

Umeå universitet
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats VT 2012

Psykoedukationens betydelse vid internetbaserad kognitiv beteendeterapi av generaliserat ångestsyndrom

Andreas Håkansson & Magnus Pettersson



Handledare: Per Carlbring
Biträdande handledare: Mats Dahlin
Examinator: Åke Olofsson

Vi vill tacka:

Professor Per Carlbring för att vi har fått möjligheten att medverka i projektet Oroshjälpen och för värdefulla kommentarer i arbetet med vår D-uppsats!

Psykolog Mats Dahlin för lärorik handledning och outtröttligt engagemang kring såväl behandlingsfrågor som uppsatsskrivande!

Kurskamrater Tomas Johansson och Johan Sjögren för fint samarbete och välarbetad D-uppsats!

Psykoedukation anses vara en väsentlig del av kognitiv beteendeterapi i allmänhet och internetbaserad kognitiv beteendeterapi i synnerhet. Trots detta är psykoedukationens funktion i internetbaserade behandlingsprogram tämligen lite beforskad. Föreliggande examensuppsats skrevs inom ramen för Oroshjälpens behandlingsprojekt mot generaliserat ångestsyndrom. Syftet var tvåfaldigt: Dels att undersöka huruvida ett kunskapstest, baserat på innehållet i behandlingen kunde diskriminera mellan experiment- och kontrollgrupp (n=83), dels att utröna huruvida ökad kunskapsnivå samvarierar med minskade orosymtom efter avslutad behandling (n=41). Det visade sig att det använda kunskapstestet inte kunde uppvisa några statistiskt säkerställda skillnader mellan grupperna efter behandling. Däremot uppmättes en signifikant, måttlig korrelation ($r = .33$) mellan kunskapstestet och det primära utfallsmåttet för oro. Det innebär att det fanns ett samband mellan ökad kunskap och minskad oro. Fyndet diskuteras mot bakgrund av tidigare genomförda studier inom området.

Psychoeducation is considered an essential part of cognitive behavioral therapy in general and Internet-based cognitive behavioral therapy in particular. Nevertheless, there has been rather little researched carried out on the importance of psychoeducation within the field of Internet-based cognitive behavioral therapy. The present thesis was conducted within the project of Oroshjalpen's treatment program for generalized anxiety disorder (GAD). The purpose was twofold: i) to examine whether a knowledge test based on the content of the treatment could discriminate between an experiment and control group; and ii) to ascertain whether the level of knowledge is associated with reduced symptoms of anxiety at completion of treatment. The results demonstrate that the knowledge test did not produce any statistically significant differences between groups. Albeit, a significant moderate correlation ($r = .33$) between the knowledge test and the primary outcome measure for anxiety was found. I.e. more knowledge coincided with less symptoms of anxiety. The findings are discussed in light of recent studies in the field.

Enligt en amerikansk studie (National Comorbidity Survey Replication) kommer varannan amerikan någon gång under sin livstid drabbas av en psykiatrisk störning, (utifrån de diagnostiska kriterierna i DSM-IV-TR). Ångestsyndrom är ett av de mest förekommande psykiatriska tillstånden med en sammantagen livstidsprevalens på 28.8% (Kessler, 2005). Motsvarande siffra uppskattas i Sverige till ca 25 %, med en punktprevalens på 12 - 17 % (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2005).

Generaliserat ångestsyndrom (GAD) är ett bland flera ångestsyndrom såsom paniksyndrom, social fobi, specifika fobier, posttraumatiskt stressyndrom och tvångssyndrom. Livstidsprevalensen för GAD beräknas i en omfattande amerikansk studie (National Comorbidity Survey) vara 5,1 % utifrån DSM-III-R-kriterier, och är enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) sannolikt jämförbara med svenska förhållanden (SBU, 2005).

GAD karaktäriseras i huvudsak av överdriven irrationell och okontrollerbar ångest och oro (förväntansångest) inför olika områden, händelser och aktiviteter i flertalet dagar under minst sex månader. Dessa områden kan exempelvis handla om hälsa, familj, ekonomi, arbete osv. Oron är i första hand kopplad till framtiden men kan också innefatta förflutna händelser. Diagnosen kräver även att tre av följande sex symtom uppfylls i flertalet dagar under de senaste sex månaderna: rastlöshet eller känsla av uppspelthet; lätt trötthet; koncentrationssvårigheter eller en känsla av att vara på helspänn; lättirriterad; muskelspänningar; sömnsvårigheter.

Ångesten och oron ska inte kunna förklaras bättre med något annat psykiatriskt tillstånd exempelvis paniksyndrom, social fobi eller tvångssyndrom. För att diagnosen ska uppfyllas ska ångesten, oron eller de fysiska symtomen orsaka ett signifikant lidande. Slutligen ska problemen inte ha sin grund i något substansmissbruk såsom alkohol, medikamenter eller andra stimulantia (DSM-IV-TR, 2000).

Samsjukligheten mellan GAD och andra affektiva syndrom såsom depression, social fobi och paniksyndrom är stor och uppskattas variera mellan 45 % och 90 % (Brawman-Mintzer & Lydiard, 1996). Utöver det lidande GAD utgör för den enskilda individen och dens närmsta omgivning uppskattas samhällskostnaderna, i form av t.ex. sjukskrivningar och förtidspensioneringar, vara höga (Andlin-Sobocki & Wittchen, 2005; SBU, 2005). Andelen sjukskrivningar bland personer med GAD är mer omfattande än någon annan av de 25 vanligt förekommande psykiatriska diagnoserna (Mitte, 2005). I en svensk studie uppmättes kostnaderna för en patient med huvuddiagnosen GAD under 13 månader i öppenvården till 7 698 kronor, respektive 92 152 kronor i slutenvården, samt ytterligare 5 520 kronor för läkemedel. Vidare visar forskning att den sammanlagda kostnaden för denna patientgrupp överstiger den för depression, då de förra lider av ett kroniskt sjukdomsförlopp medan de senare har en mer episodisk sjukdomsbild (Allgulander, Kowalski, Sandelin & Ahnemark, 2009 refererad i Allgulander, Paxling & Andersson, 2011).

Ärftligheten av GAD som specifik diagnos har inte kunnat påvisas i tidigare studier. Däremot har en mer generell ärftlighet kunnat bevisas vad gäller ångest, negativ affekt och beteendehämmning hos personer med affektiva tillstånd såsom ångest och depression. Flertalet studier har riktats mot hur miljöns inverkan påverkar en eventuell utveckling av GAD (Rygh & Sanderson, 2004). En upplevelse av att inte kunna kontrollera och påverka framtida händelser är det främsta symtomet i Barlows teori rörande alla sorters ångesttillstånd. I denna teori ses GAD som en slags grund i alla ångestdiagnoser (Barlow, 2008). Även en mer interaktiv modell har fått inflytande rörande uppkomsten av GAD. Denna modell tar hänsyn till genetik, individuellt temperament, ångest hos primär vårdnadshavare och stöd i den sociala miljön och diskuterar eventuella interaktiva effekter av dessa faktorer (Rygh & Sanderson, 2004).

Överdriven och okontrollerad oro är, som tidigare nämnts, det mest framträdande symtomet hos personer som lider av GAD. Det finns flera olika teorier kring hur denna oro uppstår. En av dessa är Well's teori om metakognition. I denna teori är oron och dess funktion central. Inledningsvis framstår oroandet som en räddning från framtida hot. Detta oroande överanvänds och varje kroppslig signal blir en igångsättare av oro. Följden blir en oro över oroandet, en meta-oron. Tillslut upplevs oroandet som skadligt. Detta skapar en vilja att kontrollera oroandet vilket endast, i förlängningen ökar oron (Wells, 1999).

En annan teori som fått allt större inflytande är Borkovec's teori om undvikande. Grundtanken i denna teori är att oro i första hand är en tankeprocess vars främsta

syfte är att kontrollera skrämmande tankar och bilder. Detta har lett till hypotesen om att oro är till för att undvika olika hotbilder och somatiska symtom. Oron blir i sin tur negativt förstärkt eftersom den håller upplevelsen av fara borta. Det gör dock att personen aldrig får chansen att uppleva flera aspekter av den upplevda faran vilket upprätthåller en snäv bild av verkligheten (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004).

Ångestsyndrom, däribland GAD, behandlas i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer farmakologiskt och/eller med Kognitiv beteendeterapi (KBT) (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2005). Dessa behandlingar har dokumenterad god effekt vid upprepade randomiserade kontrollerade studier (Mitte, 2005; Hoffman & Smits, 2008). KBT är en behandlingsform som utgår ifrån att beteenden, tankar och kroppsliga upplevelser ömsesidigt påverkar varandra och det psykiska tillståndet. Därför är ambitionen att hitta verktyg för patienten som inverkar på alla dessa områden. Bland dessa tekniker återfinns kognitiv omstrukturering och exponering med responsprevention (EX/RP). Kognitiv omstrukturering innebär att hjälpa patienten att objektivt utvärdera de situationer som väcker rädsla. Vid exponering utsätts patienten gradvis för dessa situationer samtidigt som säkerhetsbeteenden undviks. På så sätt får patienten en upplevelse av att ångesten minskar över tid (Barlow, 2004).

Vid behandling av GAD har en kombination av kognitiva och beteendearikade metoder konstaterats vara effektiva. Dock har exponering i sin mest grundläggande form visat sig vara en svår metod att tillämpa vid behandling av GAD eftersom det inte alltid är lätt att hitta en konkret situation som triggar oron. Istället har flera andra tekniker vunnit mark såsom tillämpad avslappning och orosfria zoner (Deacon & Abramowitz, 2004). Behandling av GAD har inte visat sig lika effektiv som behandling av andra ångestsjukdomar. Endast 40 % tillgodogör sig bestående effekter av behandlingen (Fischer & Durham, 1999). Vid behandling av paniksyndrom ligger andelen som når kliniskt signifikant förbättring på 80-85 % (Clark, 1996). Därför har det funnits ett behov av nya behandlingsmetoder som har en mer fokuserad inriktning mot de problemområden som uppstår vid GAD. En av dessa är acceptans-baserad beteendeterapi, en terapimetod som riktar in sig på det upplevelse- och beteendemässiga undvikandet. Centrala delar är värderingar, medveten närvaro och acceptans. Att behålla uppmärksamheten på sinnesförnimmelser och kroppsliga upplevelser i nuet skulle därmed kunna förhindra användningen oro som strategi. Resultaten av en open trial-studie indikerar att denna form av behandling har en signifikant inverkan på både oro och livskvalitet (Roemer & Orsillo, 2007).

På grund av höga samhällskostnader samt bristande tillgänglighet av utbildade KBT-terapeuter har alternativa och kostnadseffektiva behandlingsvägar sökts. Senare års studier har visat att manualiserade självhjälpsprogram i form av biblio- och internetbaserad terapi är effektiva behandlingsalternativ vid såväl affektiva tillstånd som ångesttillstånd, inklusive GAD (Robinson, 2010; Andersson, Carlbring, Berger, Almlöv & Cuijpers, 2009; Reger & Gahm, 2009; Bergfors, Andersson & Lindefors, 2009).

Biblioterapi är i grunden en psykoedukativ behandling. Vid behandling av oro innebär det att ge patienten kunskap om hur oro uppstår och vidmakthålls. Biblioterapi kan sägas bestå av olika former av (vägled) självhjälp. Mängden behandlarkontakt varierar vanligen mellan ingen eller lite till kontinuerlig kontakt med en behandlare över telefon eller via internet (Bergfors et al. 2009). Glasgow & Rosen (1978) definierar biblioterapi som textmaterial av terapeutisk karaktär. Biblioterapi kan utöver textmaterial innefatta video- och röstinspelningar samt datorprogram vilka syftar till att hjälpa klienten förstå och lösa sina problem (Marrs, 1995). Tack vare nya kommunikationsvägar i form av internet har även internetbaserade självhjälsprogram kommit att utgöra en ny plattform för biblioterapi (Bergfors et al. 2009). Dessa självhjälsprogram är till övervägande del baserade på kognitiv beteendeterapi och innefattar vanligen någon form av behandlarkontakt. En anledning till att flertalet av dessa program är baserade på kognitiv beteendeterapi är att det inom KBT-traditionen strävats efter att utveckla manualiserade behandlingsprogram för specifika psykiatriska tillstånd (ibid.). En tydlig struktur kan därmed sägas skapa god grund för självhjälsprogram.

Den Boer, Wiersma & Van Den Bosch (2004) sammanställde i en meta-analys ett antal randomiserade studier med kliniska patienter i vilka biblioterapier användes mot ångest och depression. Resultatet visade att biblioterapier ger god effekt vid dessa tillstånd. Likaså har KBT-baserade behandlingsupplägg i vilka experimentgruppen erhåller behandlarstöd i form av e-post eller telefonkontakt med behandlare uppvisat likvärdig effekt jämfört med face-to-face terapi (Reger & Gahm, 2009). Då bristen på kognitiva beteendeterapeuter emellertid är stor bör även möjligheterna att administrera manualiserad självhjälsbehandling utan behandlarstöd via internet undersökas ytterligare (Titov, Andrews, Choi, Schwcncke & Johnston, 2009).

Den relativt begränsade forskningen inom området har inte lyckats identifiera vilka enskilda mekanismer som är verksamma avseende biblioterapi. Det är en betydande andel patienter som har kvarstående symtom efter genomgången KBT-behandling vilket gör det särskilt viktigt att undersöka vad i behandlingen som är verksamt. En viktig komponent har dock föreslagits vara psykoedukation. Psykoedukation kan sägas syfta till att ge klienten ökad kunskap och färdigheter, specifika för just dennes psykologiska problematik (Scogin, Jamison, Floyd & Chaplin, 1998). Detta begrepp ska särskiljas från behandlingens rational vilket innebär ramar och upplägg för behandlingen och övningarna som ingår i densamma.

Det finns ett stort antal studier angående psykoedukation och behandling av tyngre psykiska sjukdomar, och särskilt för psykosjukdomar. I denna behandling ingår information om sjukdomens kärna för patienten och dennes familj, vilken roll medicinen spelar i behandlingen samt att känna igen tecken på återfall. Denna typ av psykoedukation har både visat att patienterna har fått en större förståelse kring sin sjukdom samt förbättrad livskvalitet (Prasko, Vrbova, Latalova & Mainerova, 2011; Bechdolf, 2010). Psykoedukation är även den vid sidan av

mediciner mest förekommande behandlingen vid bipolärt syndrom. En forskningsöversikt av randomiserade behandlingsstudier med ren psykoedukativ behandling av bipolärt syndrom visade att psykoedukation har en positiv effekt angående längden på skoven, antal dagar patienten varit inlagd på sjukhus och psykosocialt fungerande (Batista, Werne Baes, Juruena, 2011). Vid behandling av bipolärt syndrom förekommer även mer riktad psykoedukation kring effektiva strategier för att handskas med symtomen av sjukdomen. Vidare har psykoedukation visat sig vara en effektiv behandlingsform för patienter med egentlig depression (Christensen, Griffiths & Jorm, 2004) och paniksyndrom (Shear, Paul, Cloitre & Leon, 1994).

Flera studier kring psykoedukation har fokuserat på hur väl terapeuten följer metoden men mer sällan har den kunskap som faktiskt når fram till patienten i terapin undersökts. För personer med ångest är katastroftankar och undvikande framträdande vilket skulle kunna påverka hur väl dessa personer kan ta till sig en psykoedukativ behandling. Det behövs en bättre förståelse för vilken sorts psykoedukation som kan ge denna grupp bästa möjliga resultat i behandling (Bystritsky, 2006). Det har nämligen visat sig att personer som genomgår terapi ofta har missuppfattat den information som har givits dem under behandlingen. Detta resulterar i att de inte förstår förhållandena rörande sitt tillstånd och att de använder övningar på fel sätt (Sanderson & Bruce, 2007). En person som lider av generaliserat ångestsyndrom skulle exempelvis kunna vara behjälpt av att få ökad kunskap om vidmakthållande av orostankar/beteenden och alternativa handlingsstrategier för att i förlängningen kunna bryta dessa dysfunktionella tankar/beteenden. En viktig faktor kan alltså sägas vara huruvida klienten tillgodogör sig kunskapen som förmedlas via psykoedukation. Detta har benämnts som ett kvitto på i vilken utsträckning den kunskap som anses central i en behandling når fram till klienten. Likaså är kunskapsnivån av vikt för den interna validiteten vid jämförelse med andra behandlingar. Att mäta kunskapsnivån efter genomgången behandling har därmed enligt forskningen syften, dels att undersöka vilka faktorer som påverkar behandlingens resultat, dels att säkerställa behandlingens validitet (Lichstein, 1994).

Vilken kunskap som patienter tar till sig kan mätas på flera olika sätt. Särskilt inom den medicinska praktiken har olika sätt utvecklats för att se hur mycket patienterna har förstått av en konsultation med en läkare. Ett sätt att mäta detta har varit att se hur stor andel av de informationsbärande uttalandena från läkaren som kan återges direkt efter en konsultation. Denna metod tar dock inte hänsyn till att informationen kan vara av olika vikt för patienten utan räknar alla uttalanden som likvärdiga ur detta hänseende. Ett utvecklande av dessa metoder har inneburit intervjuer och användning av en "tredje part" som bedömt hur mycket information patienten borde förstått vilket sedan har jämförts med den information som patienten verkligen har tagit till sig (Tuckett, Boulton & Olson, 1985).

På samma sätt behöver det utvecklas reliabla metoder att mäta kunskaperna hos de personer som genomgått terapi av olika slag. Det är svårt att säga säkert vilken

sorts kunskap det är som påverkar symtomen i psykoedukativa behandlingar. Särskilt eftersom det i olika studier görs olika definitioner av psykoedukation. I en studie rörande tvångssyndrom fanns en stark relation mellan hur väl deltagarna förstått själva rationalen för behandlingen (EX/RP) och hur väl de följde med i övningarna. Huruvida kunskapen i sig ledde till bättre följsamhet, eller om en grundligare följsamhet ledde till större förståelse, är oklart. I denna studie användes en likert-skala från 0 (dåligt) till 6 (mycket bra) för att mäta kunskap där behandlaren skattade deltagarna efter behandlingen men innan de fått se resultatet på symtomreduktion (Abramowitz, Franklin, Zoellner & Dibernardo, 2002).

En studie av Scogin et al. (1998) har bland annat visat att ett validerat och reliabelt kunskapstest kan urskilja de deltagare som tagit del av en biblioterapi mot depression, från de deltagare som inte har gjort det. Det innebär att kunskapstest kan vara en måttstock på vilka delar i en behandling som en klient har tillgodogjort sig. Artikelförfattarna till nämnda studie spekulerade även kring huruvida ökad kunskapsnivå efter avslutad behandling skulle samvariera med minskad mängd depressiva symtom. Någon sådan korrelation kunde dock inte stödjas. Detta skulle kunna bero på att ökad kunskapsnivå inte nödvändigtvis leder till minskad mängd psykiska symtom utan också förutsätter att klienten lyckas omsätta kunskapen i praktiken (Bendelin & Dahl, 2006). Något som exempelvis skulle kunna uppnås genom kognitiva och beteendeorienterade övningar relaterade till klientens specifika problematik. Övningar i form av hemuppgifter som syftar till beteendemässiga förändringar har visat sig korrelera positivt med behandlingsutfall (Kazantzis, Deane & Ronan, 2000).

Studier som undersöker förhållandet mellan psykoedukation och behandlingsutfall inom internetbaserad kognitiv beteendeterapi (ICBT) är i dagsläget ytterst få. Förutom ovan nämnda artikel av Scogin et al. (1998) har undertecknade endast funnit ett fåtal forskningsartiklar (Freidberg et al. 1998, Kronmüller et al. 2007; Andersson et al., in press) varav den senare ännu opublicerad. Därutöver tillkommer ett examensarbete (Carlsson & Johansson, 2007) inom området. Freidberg et al. (1998) avsåg undersöka huruvida tillägnet av psykoedukativa principer kring kognitiv beteendeterapi samvarierar med minskade symtom hos en population (n=123) med egentlig depression. Innan påbörjad behandling administrerades kunskapstestet Test of cognitive behavioral principles (TCBP) som utvecklades i samband med studien. Författarnas hypotes var att poängen skulle vara avgjort högre efter avslutad behandling. Detta visade sig stämma. Däremot hittades inga statistiskt säkerställda skillnader mellan förbättringspoäng på TCBP och minskade symtom, vilket uppmättes med Becks depression inventory. Författarna spekulerade bland annat kring huruvida kunskap om kognitiv beteendeterapi vid depressionsbehandling bidrar till minskade symtom, dock ej på egen hand. Andra, okända faktorer kan alltså vara av lika stor vikt. Studiens främsta begränsning var att det inte fanns någon kontrollgrupp.

Kronmüller et al. (2007) undersökte i vilken utsträckning kunskap om behandling, symtom och coping-strategier samvarierar med förbättrad sjukdomsbild hos

patienter med egentlig depression (n=62). Strukturerade intervjuer utifrån DSM-IV användes för diagnostisera patienterna med depression och kunskapsnivå uppmättes med testet Knowledge about depression and Mania Inventory (KDMI) som är ett reliabelt och valitt test att mäta kunskap rörande depression (Kronmüller et al., 2008). En uppföljning efter två år visade att patienter med stabil remission hade en högre nivå av kunskap i förhållande till patienter med återkommande eller kronisk depression. Denna studie är enligt artikelförfattarna den första att visa att ökad kunskapsnivå korrelerar med förbättrad sjukdomsbild hos patienter med egentlig depression. Utifrån KDMI predicerade endast kunskap om behandling förbättrat utfall. Kunskap om symtom och coping-strategier var alltså inte avgörande i detta sammanhang. Då studien inte innefattade en kontrollgrupp kan dock inte variabeln psykoedukationen uteslutande sägas vara avgörande för utfallet.

Andersson, Carlbring & Furmark (2012) undersökte i en randomiserad kontrollerad studie bl.a. huruvida ICBT leder till ökad nivå av kunskap hos individer med social fobi. Artikelförfattarna utvecklade av den anledningen ett kunskapstest vilket mätte kunskap om social fobi och dess behandling. Testet administrerades före och efter behandling och bestod av 11 flervalsfrågor. Dessa följdes av viktade svarsalternativ i vilka testpersonerna ombads ange hur säkra de var på svaret på föregående fråga. De viktade svarsalternativen hämtades från Bertholds & Lundbergs (2008) examensarbete. Resultatet visade att liten men statistiskt signifikant ökning av kunskapsnivå hos behandlingsgruppen relativt kontrollgruppen efter avslutad behandling. Två av fyra primära utfalsmått för social fobi uppmätte måttliga korrelationer med testet. Artikelförfattarna nämner bl.a. följande begränsningar. Då testet utvecklades och validerades i samband med behandlingsstudien finns risken att testet inte med nödvändighet mäter kunskap kring de mest avgörande centrala delarna av social fobi. Vidare kan testets, förhållandevis låga svårighetsgrad, leda till takeffekt och därmed minskad spridning av antalet rätta svar. Det faktum att de viktade svarsalternativen gav en större spridning tyder troligen på att testpersonerna genom behandlingen blev ytterligare säkra på rätt svarsalternativ.

Carlsson och Johansson (2006) genomförde en undersökning där de mätte inhämtade kunskaper ett år efter avslutad behandling (ICBT) hos deltagarna i en behandlingsstudie mot GAD. Ett kunskapstest med 22 flervals-items baserat på psykoedukativa moment i behandlingen togs fram. Studien hade bl.a. följande frågeställningar: (a) Kan kunskapstestet diskriminera mellan experiment- och kontrollgrupp? (b) Finns det något samband mellan kunskapsnivå och upplevd grad av oro? (c) Finns det något samband mellan kunskapsnivå och behandlingsutfall? I likhet med Scogin et al. (1998) visade sig testet diskriminera mellan grupperna i enlighet med frågeställning (a). Vidare korrelerade testet med upplevd grad av oro (b). Slutligen hittades inga samband mellan kunskapsnivå och behandlingsutfall. Då studiens design inte möjliggjorde någon förmätning kan inte ökningen av kunskap med säkerhet tillskrivas de psykoedukativa momenten i behandlingen.

Resultaten från ovan nämnda studier tyder sammantaget på att psykoedukation inte på egen hand medierar behandlingsutfall. Andersson et al. (2012) och Carlsson & Johansson (2007) fann dock svaga men signifikanta korrelationer mellan kunskapsnivå och behandlingsutfall. Då endast en studie (Andersson et al., 2012) med experimentell design har undersökt sambandet mellan kunskapsnivå och behandlingsutfall är det önskvärt att söka replikera denna forskning.

Föreliggande studie syftar därmed till att undersöka sambandet mellan kunskapsnivå och behandlingsutfall hos en grupp deltagare diagnostiserade med generaliserat ångestsyndrom som genomgick Oroshjälpens internetbaserade behandlingsprogram, jämfört med en identisk kontrollgrupp med avseende på demografi. För det första antas kunskapstestet diskriminera mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp vid eftermätningen. Behandlingsgruppen förväntas ha en högre poäng efter avslutad behandling relativt kontrollgruppen. För det andra antas ökad poäng på kunskapstestet samvariera med minskad oro mätt med PSWQ för behandlingsgruppen efter avslutad behandling.

Metod

Undersökningsdeltagare

Deltagarna i studien rekryterades främst via en annons kopplad till Googles sökmotor. Vid sökning på ord starkt relaterade till GAD (t.ex. Oro) kunde deltagare klicka på en länk till oroshjälpens hemsida www.kbt.info/oro. På hemsidan kunde de läsa en kort introduktion till vad behandlingen innehöll samt vilken grupp den var riktad till. Det skickades även e-post till de personer som redan innan anmält sitt intresse av att delta i liknande studier på www.studie.nu. För att ytterligare effektivisera tillströmningen sattes affischer upp på universitetsområdena i Umeå och Linköping.

För att anmäla sig till studien registrerade sig deltagarna under fliken "Registrera dig" på Oroshjälpens hemsida. Här skrev de sina kontaktuppgifter varefter de fick fylla i ett antal screeningformulär samt demografiska frågor. För att komma till screeningformulären loggade de in med en studiekod som de fick via mail (Se mer om frågeformulär under rubrik material).

För att kunna delta i studien fanns ett antal kriterier som deltagarna i studien skulle uppfylla:

- Minst 18 år.
- Diagnosen GAD enligt kriterierna i DSM-IV ska vara uppfylld. Komorbid diagnos kan förekomma. T.ex. egentlig depression, men GAD ska vara primär diagnos.
- Totalpoäng på skattningsformuläret MADRS-S ska understiga 30p.
- Totalpoäng för skattningsformuläret PSWQ ska överstiga 44p.
- Ingen påbörjad eller förändrad medicinering under de senaste tre månaderna.
- De ska inte samtidigt genomgå någon psykologisk behandling.
- Inga allvarliga suicidtankar eller suicidplaner.

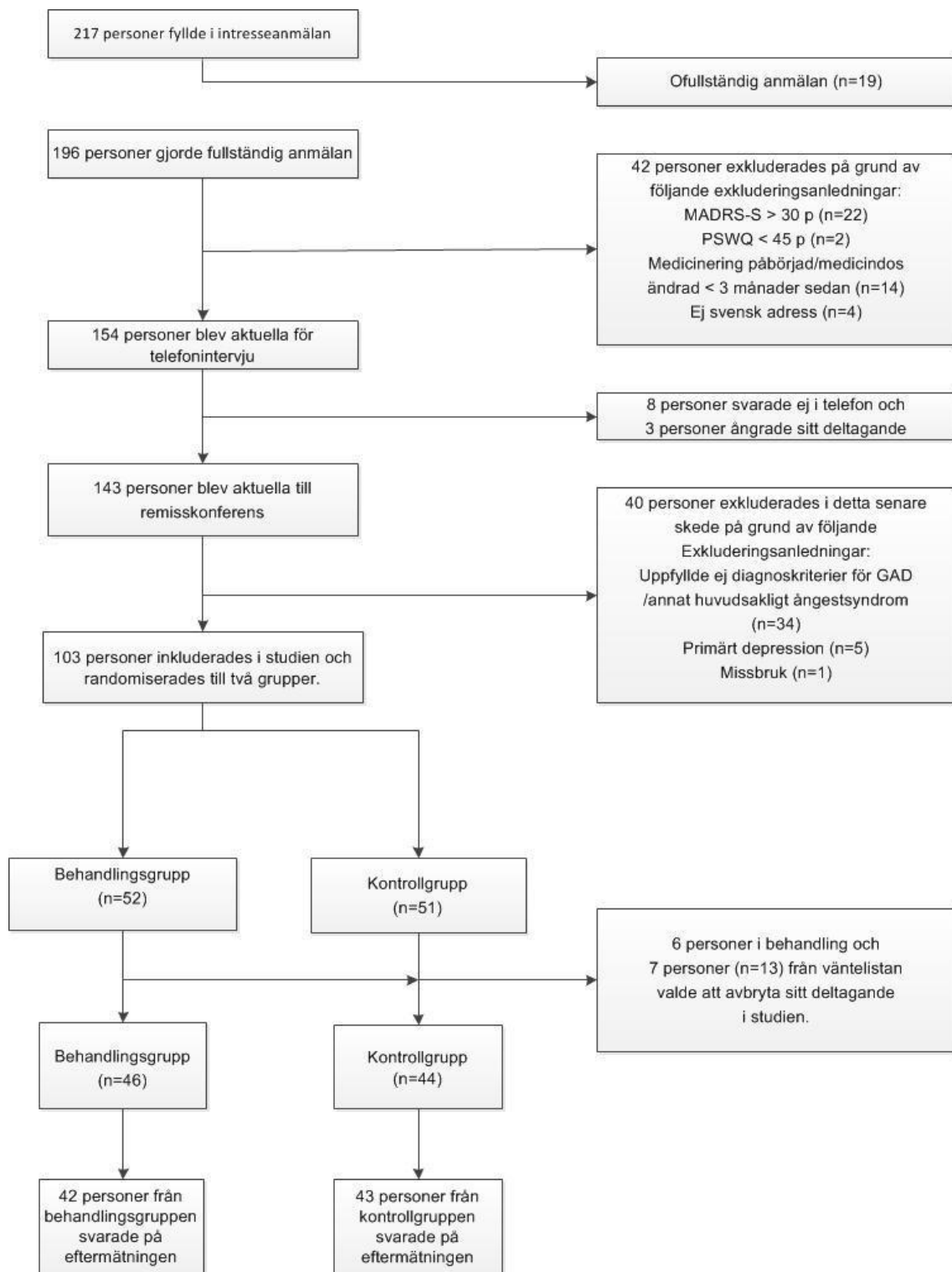
De personer som uppfyllde dessa kriterier ringdes upp för en telefonintervju. Intervjun utgick ifrån frågorna i SCID som är en manualiserad psykiatrisk intervju (First, Gibbon, Spizer, Williams & Benjamin, 1999). Delarna i SCID som handlar om GAD och egentlig depression användes. I telefonintervjun ställdes även frågor angående medicinsk och annan psykologisk behandling. Intervjuerna genomfördes av uppsatsförfattarna och två övriga studenter, samtliga studerande på den 10:e och avslutande terminen på psykologprogrammet. Efter att alla intervjuer var avslutade genomfördes en remisskonferens. Samtliga personer som visat intresse kontaktades efter det att beslut tagit om huruvida de skulle inkluderas eller exkluderas. På remisskonferensen ingick förutom artikelförfattarna två legitimerade psykologer samt en psykiatriker. För en översikt av deltagarflödet se flödesschema på s. 10.

Demografi

För att grupperna skulle vara så lika som möjligt randomiserades de till behandlings respektive kontrollgrupp. Efter randomisering till en behandlingsgrupp och en kontrollgrupp fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna på bakgrundsvariablerna ålder, utbildning, civilstånd sysselsättning, tidigare psykologiska behandling och medicinering (se tabell 1).

Tabell 1. Demografiska data

		Behandling n=52	Kontrollgrupp n=51	Totalt n=103
Ålder	Medelålder (SD)	40,8 (10,8)	38,1 (10,6)	39,5 (10,7)
Kön	Man	11 (21,2 %)	6 (11,8 %)	17 (16,5 %)
	Kvinna	41 (78,8 %)	45 (88,2 %)	86 (83,5 %)
Utbildning	Grundskola	1 (1,9 %)	1 (2,0 %)	2 (2,0 %)
	Gymnasiet/Folkhögskola	11 (21,2 %)	11 (21,6 %)	22 (21,4 %)
	Universitet/Högskola	40 (76,9 %)	39 (76,5 %)	79 (76,7 %)
Civilstånd	Singel	11 (21,2 %)	10 (19,6 %)	21 (20,4 %)
	Särbo	8 (15,4 %)	7 (13,7 %)	15 (14,6 %)
	Gift/Sambo	33 (63,5 %)	34 (66,7 %)	67 (65,0 %)
Sysselsättning	Arbetar	36 (69,2 %)	37 (72,5 %)	73 (70,9 %)
	Arbetssökande	5 (9,6 %)	0 (0,0 %)	5 (4,9 %)
	Arbetar + Arbetssökande	3 (5,8 %)	0 (0,0 %)	3 (2,9 %)
	Studerar	4 (7,7 %)	6 (11,8)	10 (9,7 %)
	Arbetar + Studerar	2 (3,8 %)	1 (2,0 %)	3 (2,9 %)
	Arbetssökande + Studerar	0 (0,0 %)	2 (3,9 %)	2 (1,9 %)
	Pensionär	1 (1,9 %)	1 (2,0 %)	2 (1,9 %)
	Övrigt	1 (1,9 %)	4 (7,8 %)	5 (4,9 %)
Tidigare psykologisk behandling	Ingen tidigare psykoterapi	17 (32,7 %)	10 (19,6 %)	27 (26,2 %)
	Historik av psykoterapi	35 (67,3 %)	41 (8,4 %)	76 (73,8 %)
Medicinering	Aldrig	26 (50,0 %)	24 (47,1 %)	50 (48,5 %)
	Historik eller pågående	26 (50,0 %)	27 (52,9 %)	53 (51,5 %)



Figur 1. Flödesschema

Material

Vid för- och eftermätning fick deltagarna fylla i sju självskattningsformulär, frågor rörande medicinering och annan pågående behandling samt ett antal demografiska frågor. Vid förmätningen bestod hela frågebatteriet av sammanlagt 134 frågor. Varje vecka fyllde deltagarna i veckomätningar för depression (PHQ-9) och GAD (GAD-7). Kunskapstestet fylldes i vid den första veckomätningen. Vid eftermätningen tillkom frågor, bland annat kring vad de tyckt om behandlingen och behandlarstödet samt en viktning av frågorna på kunskapstestet. Viktning betyder en följdfråga efter varje fråga på kunskapstestet avseende hur säkra deltagarna var på sitt svar (se mer under rubriken Kunskapstestet). Sammanlagt bestod eftermätningen av 172 frågor. Internetlevererade självskattningsformulär har visat sig fungera lika bra som vid användning av penna och papper (Carlbring, Brunt, Bohman, Austin, Richards, Öst & Andersson, 2005).

Kunskapstestet

Kunskapstestet är utvecklat för att mäta personers kunskap rörande KBT och GAD. Det utvecklades av Carlsson och Johansson (2007) under tidigare nämnda examensuppsats vid Linköpings universitet. Denna uppsats var en ettårsuppföljning på Origo-4, som är en randomiserad, kontrollerad behandlingsstudie av GAD över internet, utförd vid Linköpings universitet. Vid utvecklingen av testet användes särskilda riktlinjer där alltifrån frågornas konstruktion till svarsalternativens uppbyggnad beaktades. Formen på frågorna utgjordes av en fråga eller ett påstående följt av tre eller fyra svarsalternativ varav ett alternativ var rätt. Varje rätt svar gavs ett poäng. Vid utvecklingen av testet fick en pilotgrupp genomföra testet vilket efter svarsanalys bestod av 33 frågor (Carlsson & Johansson, 2007). För att höja testets validitet och reliabilitet analyserades frågorna även efter att svaren kommit in från behandlings- och kontrollgruppen i nämnda uppsats. Av de 33 frågor som ursprungligen fanns med i testet exkluderades 11 frågor. Det slutliga testet bestod av 22 frågor. Kunskapstestet visade på en acceptabel intern konsistens (Cronbachs Alpha=0.74).

I syfte att anpassa kunskapstestet till Oroshjälpens behandling togs tre av frågorna bort från originaltestet, då svaren på dessa frågor inte kunde återfinnas i Oroshjälpens behandlingsprogram. För att ytterligare förbättra överensstämmelsen mellan kunskapstestet och Oroshjälpens behandlingsprogram skapades tre nya frågor. Dessa frågor behandlade medveten närvaro, värderingar och acceptans (se fråga 5, 20 & 21 i bilaga A). De nya frågorna följde formen för de redan befintliga frågorna gällande antal svarsalternativ. Frågorna lästes därefter igenom och kommenterades av tre erfarna psykologer som varit inblandade i utformningen av både Origo-4:s och Oroshjälpens behandlingar. Ordningen på de nya frågorna sattes efter kommentarer från nämnda psykologer och modulförfattare. Kunskapstestet bestod slutligen av 22 frågor (se bilaga A).

Varje rätt svar på kunskapstestet gav en poäng. Det innebar att poängspannet låg mellan 0 och 22 poäng. Med viktning avses hur säkra deltagarna var på sitt svar. Efter varje fråga tillkom en följdfråga angående hur säker personen var på sitt svar. På dessa frågor fanns tre alternativ som speglade graden av säkerhet. Dessa tre

alternativ var samma alternativ som användes av Bertholds och Lundberg (2008). Med den viktade poängsättningen kunde deltagarna få poäng mellan -66 och 66 poäng. Varje felsvar (-1p) multiplicerades med hur säker deltagaren var (1-3p). På samma sätt multiplicerades varje rätt svar (1p) med hur säker deltagaren var. Ett korrekt svar som personen dessutom är säker på får då extra poäng. För en tydligare bild av hur kunskapstestet såg ut, se bilaga A.

Viktningen tillkom då det i en tidigare studie rörande social fobi har visat sig ha betydelse för resultatet. Det visade sig ge ett större spann mellan deltagarnas poäng och även signifikant korrelation mellan ökad poäng på kunskapstest och minskad social fobi mätt med självskattningsformuläret SPSQ (Andersson et al., 2012; Bertholds & Lundborg, 2008)

Structural clinical interview for DSM-IV-TR (SCID-1)

SCID-1 användes vid de telefonintervjuer som genomfördes vid screeningen. SCID är en semistrukturerad diagnosintervju med särskilt framtagna frågor utifrån diagnoskriterierna i DSM-IV-TR. I denna studie användes frågorna till diagnosen GAD samt egentlig depression. För GAD användes forskningsversionen, SCID-I RV, och för egentlig depression den kliniska versionen, SCID-I CV (First et al., 1999).

Självskattningsformulär

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) är ett självskattningsformulär som mäter intensiteten på oro samt om oron uppfattas som överdriven. Formuläret består av 16 påståenden angående oro. Poängsättning sker på en skala från 1 till 5, 1 (Inte alls typiskt), 3 (Något typiskt) och 5 (Mycket typiskt). Konstruktvaliditeten i PSWQ har styrkts då testet jämförts med Cognitive Somatic Anxiety Questionnaire. PSWQ visade sig ha ett starkare samband med den kognitiva skalan ($r = .70$) än med den somatiska ($r = .55$) (Ibid.). Test-retest reliabiliteten hade ett värde mellan $r = 0.74$ och $r = 0.93$ och Cronbachs Alpha låg mellan 0.86 och 0.93 (Fbanken, 2011). Personer med GAD har visats ha signifikant högre poäng på PSWQ än personer med andra ångestsyndrom (Brown, Antony & Barlow, 1992). Gränsvärdet för att screena personer med diagnosen GAD har värderats till 45 poäng (Behar, Alcaine, Zuellig & Borkovec, 2003). Det är också det gränsvärde som används för inklusion i föreliggande studie.

Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006) är ett kort självskattningsformulär med sju frågor rörande symtom på GAD. Formuläret berör de senaste två veckorna och skalan går från 0-3. Det innebär en maxpoäng på 21p. Den rekommenderade tolkningen av testet är 0-4 (minimal ångest), 5-9 (mild ångest), 10-14 (måttlig ångest) och 15-21 (svår ångest). Den interna konsistensen på testet är mycket bra (Cronbachs Alpha=.92) (Ibid.)

Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) är ett självskattningsformulär som mäter graden av depressionssymtom enligt DSM-IV. Testpersonen graderar varje symtom på en skala från 0-3 vilket innebär en maxpoäng på 27p. Depressionens svårighetsgrad delas upp i testet enligt följande: 0-4 (minimal), 5-9 (mild), 10-14 (moderat) 15-19 (moderat till svår) och 20-27

(svår). Testet har visat på god intern reliabilitet (Cronbachs Alpha=0,86) och god test-retest reliabilitet med en korrelation på $r=0,84$ (Ibid.).

GAD-7 och PHQ-9 användes i de veckomätningar som deltagarna fick fylla i vid slutet av varje behandlingvecka. I studien användes även formulären Quality of Life Inventory (QOLI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Montgomery Åsberg Depression Rating Scale Self-assessment (MADRS-S) samt Generalized Anxiety Disorder Questionnaire – IV (GAD-Q-IV). För en utförlig beskrivning av dessa formulär, se hemsidan www.fbanken.se.

Behandlingsprogrammet

Behandlingsprogrammet, Oroshjälpen, som är utvecklat av Psykologpartners, var uppdelat i sju avsnitt där deltagarna förväntades jobba med ett avsnitt per vecka. Därefter hade de ytterligare två veckor att arbeta med de delar som fungerat bäst för dem. Hela behandlingen var på nio veckor. Den mest framträdande delen av behandlingen var inriktad på nyare former av KBT såsom medveten närvaro och acceptans. Ett av målen var att hitta nya, och mer accepterade sätt, att förhålla sig till sin oro. I programmet ingick även traditionella KBT-inslag såsom veckodagbok och situationsanalyser. En mer grundläggande genomgång av varje avsnitt återfinns i Bilaga B.

Behandlingens genomförande

Deltagarna fick en arbetsbok i pappersform som följde programmets avsnitt. I denna fick de skriva upp sina tankar om varje avsnitt, föra veckodagbok och skriva situationsanalyser. De fick även en CD-skiva med övningar i medveten närvaro som introducerades i programmet. Själva programmet var också interaktivt genom speakerröst och videos för att få så god hjälp som möjligt med att ta till sig informationen och övningarna. Genom hela programmet fick deltagarna psykoedukation rörande oro. De fick information om hur beteende, tankar och känslor samverkar under oro och tips på vad de kunde tänka på när de utförde övningarna i programmet. För varje avsnitt fick deltagarna skatta sin oro, ångest, spänning och livskvalitet digitalt i programmet. På så sätt kunde de följa sin egen utveckling under behandlingens gång.

Behandlarstöd

Uppsatsförfattarna samt ytterligare två studenter fungerade som behandlarstöd under behandlingen. Varje vecka hade deltagarna kontakt med sin behandlare via ett krypterat kontakthanteringssystem (KHS) för att uppnå maximal sekretess. I KHS krävs dubbel inloggning för att öka säkerheten. De uppmuntrades att skicka en sammanfattning av veckans arbete i slutet på varje vecka. Behandlarnas svar hade en validerande, uppmuntrande samt problemlösande hållning. Behandlarna var även tillgängliga under veckan, genom att svara på frågor rörande arbetet med programmet. Tidsmässigt var riktlinjerna för behandlarstödet 15 minuter per vecka och deltagare. I denna tid ingick att följa sina patienters inloggningar och registreringar, läsa patienters mail samt besvara dessa. Till de patienter som inte skrev något rörande arbetet med programmet skickades uppmaningar eller påminnelser från behandlaren varje vecka. Varje vecka fick behandlarna

handledning via internet med en legitimerad psykolog från psykologpartners. Därutöver hade behandlarna även möjlighet att närsomhelst ringa eller maila för vägledning och stöd från handledaren.

Procedur

Deltagarna i studien randomiserades till antingen behandling eller kontrollgrupp i form av väntelista. Därefter randomiserades behandlingsgruppen i fyra grupper, en åt vardera behandlare. Samma fyra studenter som tidigare hade ringt upp deltagarna för intervju fungerade som behandlarstöd. En deltagare tillkom efter randomiseringen och tilldelades den behandlare med minst antal deltagare.

Alla deltagare i studien fick ett välkomstmål. De som blivit randomiserade till väntelistan fick information om veckomätningar och när de kunde väntas få ta del av själva behandlingen. Behandlingsgruppen fick till att börja med ett kuvert utskickat med post. I detta kuvert fanns ett välkomstbrev med beskrivning av behandlingen och behandlarstödet, inloggningsuppgifter samt arbetsbok och CD-skiva. I välkomstbrevet fick de även information om att de kunde vänta sig ett välkomstmål från deras personliga behandlarstöd på dagen då behandlingen skulle sätta igång. I samma brev fanns även information om teknisk support och kontaktuppgifter till projektledaren vid eventuella frågor.

Vid sidan av för- och eftermätning skulle samtliga deltagare, behandlingsgrupp och väntelista, fylla i veckomätningar. Dessa bestod av GAD-7 och PHQ-9 (se under rubrik självskattningsformulär ovan). Vid den första veckomätningen fick de även fylla i kunskapstestet. Båda grupperna fick påminnelser rörande första veckomätningen och kunskapstestet tillsammans med en länk till sidan där dessa besvarades. De som ännu inte hade skickat in samtycke (se nedan) till behandling blev även påmind om detta.

Samtycke

Efter anmälan via hemsidan gav deltagarna sitt samtycke i form av ett skriftligt medgivande via brevpост. Samtyckeslappen fanns att finna på hemsidan. Deltagarna informerades om att de behövde skicka in detta samtycke för att påbörja behandlingen. Deltagarna informerades om att deltagande i studien var frivilligt och att de närsomhelst kunde avbryta sitt deltagande i behandlingsstudien.

Etik

Innan studien påbörjades skickades en etikansökan in till etikprövningsnämnden som beskrev studiens syfte och behandlingsupplägg vilken sedan godkändes. Då behandlingsstudien innefattade deltagare med psykiatrisk diagnos av varierande svårighetsgrad fanns risken att vissa individers tillstånd försämrades under behandlingens gång. Detta i kombination med att samsjukligheten vid GAD vad gäller egentlig depression är hög utgjorde sålunda anledning till regelbundna veckomätningar för såväl behandlings- som kontrollgrupp. Vidare var information kring samtliga deltagare sekretesskyddad och krypterad för att optimera säkerheten.

Biträdande handledare Mats Dahlin (leg. psykolog) har främst fungerat som klinisk handledare under behandlingen. Mats arbetar på Psykologpartners vilka har utvecklat programmet Oroshjälpen.Handledningen för uppsatsarbetet och de forskningsmässiga riktlinjerna har i huvudsak getts av professor Per Carlbring.

Exkluderingar

Alla som av olika skäl inte var lämpliga deltagare för studien fick ett meddelande via KHS där det förklarades varför de inte kommit med i studien. I samma meddelande fick de även rekommendationer på lämplig självhjälpplitteratur beroende på personens problematik.

Statistisk databearbetning

Alla som påbörjade deltagande i studien var inberäknade i analysen även om de inte avslutade behandlingen, enligt den så kallade intention-to-treat principen. Det innebar att även avhopp inräknades i analysen. Det finns olika sätt att gå tillväga för att beräkna värdet när data saknas. I föreliggande studie användes metoden Last Value Carried Forward (LVCF) vilket innebar att data som saknades ersattes med det senaste observerade värdet. Beräkningen av kunskapstestet begränsades till de deltagare som svarat på både för- och eftermätning.

För beräkning av korrelation mellan kunskapstestet och PSWQ användes Pearsons produktmomentskorrelation. Eftersom det inte med säkerhet kan förutsägas att kunskap inte kan ge motsatt effekt, dvs. ha en negativ inverkan på symtomen mätt med PSWQ användes en oriktad hypotes. Sammantaget kan sägas att en konservativ metod användes för att tolka resultaten vilket minimerar risken för typ-1 fel (Field, 2005).

I syfte att mäta huruvida grupperna skiljde sig åt vid förmätningarna av både kunskapstest och PSWQ användes oberoende t-test. För att beräkna skillnader mellan grupperna i förbättringspoäng mellan för- och eftermätningar användes ANOVA med upprepad mätning. Då PSWQ är ett vedertaget instrument för att mäta graden av oro valde uppsatsförfattarna att begränsa beräkningarna till detta utfallsmått. Samtliga uträkningar utfördes i statistikprogrammet SPSS.

Resultat

Vid förmätningen visade ett oberoende t-test att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan grupperna av kunskapstestet med en enkel poängsättning ($t_{94}=1,05$, $p=.30$). Det framkom inte heller någon signifikant skillnad mellan grupperna på förmätningen av PSWQ ($t_{101}=-0,41$, $p=.70$).

För kunskapstestet med enkel poängsättning visade ANOVA med upprepad mätning på att det inte fanns någon signifikant effekt av tid*grupp (se tabell 2). Resultaten låg dock på gränsen till en trend ($p=.13$). Inte heller kunde någon huvudeffekt av grupp påvisas, men däremot fanns det en stark huvudeffekt av tid.

Behandlingsgruppen hade obetydligt högre medelvärde på de viktade frågorna jämfört med kontrollgruppen. Skillnaden mellan grupperna med den vägd poängsättningen räknades ut med ett oberoende t-test (se tabell 2). Det fanns ingen signifikant skillnad mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp vid eftermätningen ($p=.66$).

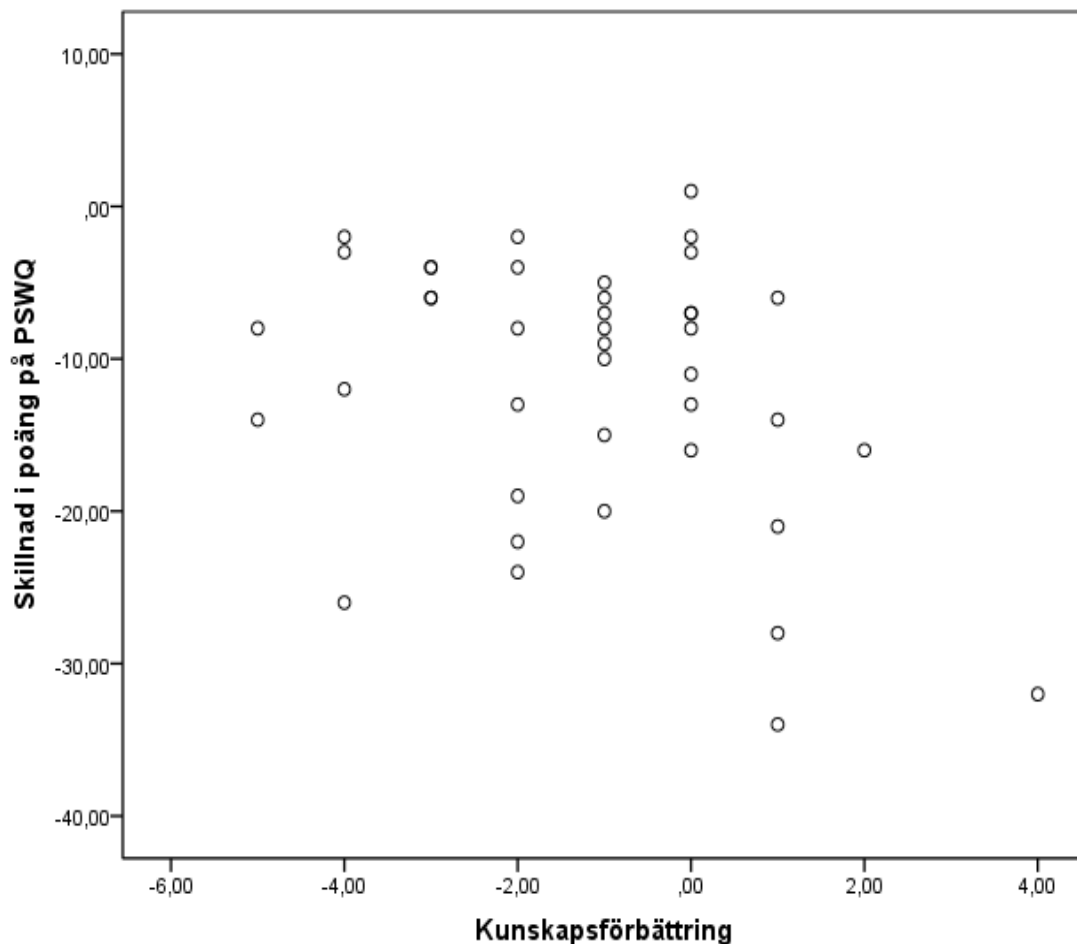
Tabell 2. Medelpoäng (standardavvikelse), huvudeffekter, interaktionseffekter, och effektstorlekar (Cohens d) för PSWQ och kunskapstestet

Instrument	Grupp	M (SD)		Huvudeffekt		T	Interaktion	Effektstorlek	
		Pre	Post	Tid F	Grupp F		Tid*Grupp F	Inom (d)	Mellan (d)
PSWQ	Beh. (n=52)	66,88 (7,16)	57,38 (10,59)	60,76***	6,90*		15,40***	1,07	0,74
	Kontr. (n=51)	67,45 (6,77)	64,31 (8,22)					0,42	
Kunskapstest (enkel poäng)	Beh. (n=41)	16,37 (2,42)	17,56 (1,96)	23,21***	1,13		2,34	0,54	0,37
	Kontr. (n=42)	16,17 (2,48)	16,79 (2,15)					0,27	
Kunskapstest (vägd poäng)	Beh. (n=42)		2,38 (11,62)			0,44			0,10
	Kontr. (n=43)		1,12 (14,59)						

*** $p\leq.001$, ** $p\leq.01$, * $p\leq.05$

Korrelation mellan kunskapstestet och PSWQ

Förändringspoängen på kunskapstestet med den enkla poängsättningen för behandlingsgruppen korrelerades med förändringspoängen på PSWQ för behandlingsgruppen. Det framkom en måttlig negativ korrelation mellan förbättring av resultaten på kunskapstestet och minskning av symtom på PSWQ och i behandlingsgruppen ($n=41$) ($r=.33$, $p=.03$) (se figur 1).



Figur 2. Korrelationen mellan skillnaden i poäng på PSWQ och förbättring på kunskapstestet (enkel poängsättning).

Diskussion

Syftet med föreliggande studie har varit att undersöka förhållandet mellan kunskapsnivå och behandlingsutfall hos en grupp deltagare diagnostiserade med GAD vilka genomgått ett internetbaserade behandlingsprogram för GAD (Oroshjälpen), relativt en identisk kontrollgrupp.

För det första antogs kunskapstestet diskriminera mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp. Behandlingsgruppen förväntades ha en högre poäng efter avslutad behandling relativt kontrollgruppen. För det andra antogs högre poäng på kunskapstestet korrelera med minskad poäng på utfallsmåttet PSWQ för behandlingsgruppen efter avslutad behandling.

Resultatet visade att det inte fanns någon statistiskt säkerställd skillnad mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp avseende poäng på kunskapstestet. En statistiskt signifikant korrelation med avseende på förändringspoäng uppmättes dock mellan kunskapstestet och PSWQ. Detta innebär att förbättring på kunskapstestet samvarierade med minskad oro mätt med PSWQ mellan för- och eftermätning.

Ett återkommande problem inom forskning kring erhållande av kunskap relaterat till behandlingsutfall är val av design och metod. Psykoedukation anses vara en viktig del av flertalet KBT-behandlingar. Likväl är det svårt att isolera variabeln psykoedukation. Föreliggande studie har fokuserat på studier i vilka kunskapsnivå har mätts med hjälp av kunskapstest. Dessa test har vanligen framställts parallellt med den givna behandlingen. Testens generaliserbarhet till andra behandlingar är därmed begränsad med undantag för KDMI vars reliabilitet och validitet har prövats vid upprepade tillfällen. Vid redigeringen av det kunskapstest som använts i föreliggande studie formulerades tre nya frågor och tre togs bort med anledning av att testet på ett bättre sätt skulle överensstämma med oroshjälpens program. Dessa frågor kontrollerades inte för eventuella takeffekter vilket kan ha bidragit till att frågorna var för enkla. Det skulle kunna förklara båda gruppernas relativt höga poäng vid förmätningen vilket i sin tur kan förklara varför det inte gick att skilja grupperna åt.

De studier som tidigare har mätt psykoedukation med hjälp av kunskapstest har uppvisat signifikanta skillnader mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp efter avslutad behandling (Scogin et al., 1998; Andersson et al., 2012). Freidberg et al. (1998) och Kronmüller et al. (2007) hade inte någon kontrollgrupp i sina studier och respektive studiegrupp erhöll en signifikant högre poäng på kunskapstest efter avslutad behandling jämfört med före behandling. Det faktum att föreliggande studie inte fann några skillnader (dock nästan en trend $p=.13$) mellan experiment- och kontrollgrupp med avseende på kunskapsnivå efter behandling skulle möjligen kunna bero på inlärningseffekt i kombination med att deltagarna i studien av olika anledningar var måna om att prestera väl på kunskapstestet. Samtliga deltagare var tämligen motiverade att genomgå behandlingen vilket möjligen bidrog till att dessa letade upp information kring behandling av GAD.

Vidare var de personer som lottats till väntelistan informerade om att de skulle få ta del av behandlingen efter ett visst antal veckor vilket också skulle kunna ha bidragit till att de var måna om att samla på sig information om såväl behandling som om typiska karaktäristika vid GAD. Vad som ytterligare skulle kunna ha verkat i denna riktning är personer som lider av GAD har en stark tendens att oro sig för framtiden, vilket möjligen gör denna grupp mer benägen att samla in information. Åter ytterligare anledningar kan bero på den undersökta gruppen deltagares demografiska karaktär. Ungefär 77 % av deltagarna hade någon form av högskoleutbildning och 74 % hade tidigare erfarenheter av psykoterapi. Sammantaget borgar detta för att denna grupp är såväl högpresterande som att den har tidigare kunskaper om terapeutisk behandling och den terapeutiska processen, vilket i förlängningen kan bidra till en högre poäng på kunskapstestet.

Slutligen har kontrollgruppen varje vecka fyllt i en veckomätning bestående av instrumenten GAD-7 och PHQ-9 vilket möjligen har gjort denna grupp mer benägen att samla in information kring diagnos och behandling.

Tidigare forskning har med undantag av två studier inte kunnat uppvisa något tydligt samband mellan kunskapsnivå och minskade sjukdomssymtom. Kronmüller et al. (2007), vilka inte hade någon kontrollgrupp att jämföra med, visade dock att ökad kunskap kring depressionsbehandling samvarierade med en förbättrad sjukdomsbild. Likaså kunde Andersson et al. (2012) klarlägga att det fanns små, men statistiskt säkerställda samband mellan kunskapsnivå och minskade symtom för en grupp deltagare som genomgått behandling mot social fobi relativt en kontrollgrupp. Utöver dessa har forskare inte funnit några samband mellan kunskapsnivå och minskade symtom efter avslutad behandling. I föreliggande studie fann dock undertecknade en måttlig korrelation ($r = .33$) mellan ökad kunskapsnivå och utfallsmåttet PSWQ.

En förklaring skulle kunna vara att behandlingsgruppen har tillgodogjort sig kunskap som är särskilt verksam för symtomlindring. En mer ingående analys av svaren på testet skulle kunna visa på om behandlingsgruppen har svarat rätt på specifika items i större utsträckning än kontrollgruppen. Detta skulle kunna bringa klarhet kring vilken sorts psykoedukation det är som är verksam i internetbehandling mot oro. Det skulle exempelvis kunna handla om att kunna hantera sin oro i stunden vilket skulle gå i linje med Carlsson och Johanssons (2007) slutsatser. En annan möjlighet är att de frågor som handlar om själva behandlingen är särskilt viktiga för symtomlindring vilket tidigare har visat sig vara fallet i behandling mot OCD (Abramowitz, 2002).

Vidare är Oroshjälpens behandlingsprogram inriktat på tredje vågens KBT där medveten närvaro ingår som en central del i behandlingen. Den form av kunskap som deltagarna tillgodogör sig i och med dessa övningar är möjligtvis en form av kunskap som inte utan svårighet kan formuleras med ord och än mindre sammanfattas i ett test. De metoder som används i behandlingen är starkt kopplade till den enskilda individens förhållande till sin oro. Det skulle kunna innebära att den kunskapen som deltagarna i första hand har tagit till sig är av subjektiv karaktär. Tidigare studier som har haft en annan inriktning på behandlingen har kunnat visa på en förbättring av kunskap i behandlingsgruppen. Behandlingsformen skulle därmed kunna sägas ha betydelse för hur väl kunskapen rörande GAD och KBT kan förmedlas via ett kunskapstest.

Vad som möjligen också skulle kunna påverka förbättringspotentialen i relation till kunskapsnivå är typ av psykiatriskt tillstånd. Exempelvis har psykoedukation visats vara av stor vikt vid behandling av schizofreni, bipolärt syndrom och tvångssyndrom. Dessa tillstånd har alla det gemensamt att patienterna har bristande sjukdomsinsikt. Psykoedukation kan därmed förväntas ha ett värdefullt förklaringsvärde kring symtom och diagnostiska karaktäristika. En individ som lider av GAD är vanligen medveten om att dennes oro i mångt och mycket är överdriven, vilket också ingår som ett av kriterierna i diagnosen. Vidare kan

psykoedukation vid affektiva tillstånd antas vara av värde då många patienter med ångestsymtom har en föreställning om att ångest i sig är skadligt.

Slutligen har det argumenterats att kunskapsnivå bör vara en viktig del av förbättringspotentialen i en behandling. Ett rimligt antagande är att ju mer kunskap en individ tillgodogör sig kring såväl behandling som diagnostiska karaktäristika, desto större är chanserna till förbättring. Det är dock möjligt att det finns andra faktorer, utöver kunskapsnivå, som är avgörande. Huruvida detta är riktigt och i så fall vilka dessa faktorer är har i dagsläget ännu inte klargjorts. En möjlig förklaring är att ett visst mått av kunskap är en förutsättning för förbättring, men endast upp till en viss nivå. Kunskap om hur undvikandebeteende leder till vidmakthållande av ett problembeteende skulle exempelvis vara av stort värde för en individ som arbetar med exponering. Ett lyckat behandlingsutfall förutsätter dock att vederbörande lyckas omsätta denna kunskap i praktiken. Detta ligger i linje med vad Bendelin och Dahl (2006) visade i sin examensuppsats. De individer som i den studien uppnådde störst förbättring var också de som lyckades omsätta kunskap kring behandlingen i vardagen.

En brist i studien är att det inte gjordes någon ny pilotstudie av det redigerade testet och testets validitet och reliabilitet kan därmed ifrågasättas. Resultatet uppvisade inte någon skillnad i kunskap mellan behandlings- och kontrollgrupp vilket reser frågetecken kring huruvida testet verkligen mäter kunskap och i så fall hur reliabelt testet är. Det kan också vara så att det är för liten överensstämmelse mellan den kunskap som mäts genom kunskapstestet och den kunskap som återfinns i oroshjälpens behandling. Denna osäkerhet skulle dock till viss del kunna åtgärdas med en item-analys. Testet skulle därmed finjusteras ytterligare. Ytterligare en brist är att endast ett utfallsmått (PSWQ) användes. I framtida studier skulle det vidare kunna undersökas i vilken utsträckning de personer som har en hög nivå av kunskap i kombination med minskade symtom har lyckats omsätta kunskapen i praktik. Dessa studier bör också sträva efter att utveckla kunskapstest med hög validitet då en av de största utmaningarna med att mäta psykoedukation är att ta fram test som genomgående mäter kunskapen i förhållande till behandlingens innehåll på ett reliabelt sätt.

I denna studie har det visats att det kunskapstest som har använts för att mäta kunskapsnivå inte kan diskriminera mellan de deltagarna som genomgått Oroshjälpens behandlingsprogram och de som stått på väntelista. En måttlig korrelation ($r = .33$) mellan kunskapstestet och PSWQ uppmättes dock. Resultaten skiljer sig något från ovannämnda studier och möjliga anledningar har diskuterats i relation till tidigare forskning.

Referenser

Abramovitz J. S., Franklin M. E., Zoellner L. A., Dibernardo C. L. (2002). Treatment Compliance and Outcome in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior modification*, 26(4), 447-463.

Allgulander C., Paxling, B., Andersson, G. (2011). Generaliserat ångestsyndrom kan behandlas effektivt. *Läkartidningen*, (14) Från:
<http://www.lakartidningen.se/includes/07printArticle.php?articleId=16276>

Allgulander C., Kowalski J., Sandelin R., Ahnemark E. Hur behandlas patienter med generaliserat ångestsyndrom (GAD) i specialistvården? En farmakoepidemiologisk och hälsoekonomisk registerstudie av 3 701 fall. Föredrag, Medicinsk riksstämma, Stockholm 2009.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC.

Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J & Cuijpers, P. (2009). What Makes Internet Therapy Work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(1), 55–60. doi: 10.1080/16506070902916400

Andersson G, Carlbring P, Furmark T, on behalf of the S. O. F. I. E. Research Group (2012) Therapist Experience and Knowledge Acquisition in Internet-Delivered CBT for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 7(5): e37411.
doi:10.1371/journal.pone.0037411

Andlin-Sobocki P., Wittchen H. U. (2005). Cost of anxiety disorders in Europe. *European Journal of Neurology*. (12), 39-44.

Barlow H. D. (Ed.) (2008). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step Treatment Manual*, Fourth edition, The Guilford Press, New York.

Batista T. A., Werne Baes V., Juruena M. F. (2011). Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: systematic review of randomized trials. *Psychology & Neuroscience*, 4(3), 409 - 416.
DOI: 10.3922/j.psns.2011.3.014

Bechdolf A., Knost B., Nelson B., Schneider N., Veith V., Yung A. R., Pukrop R. (2010). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 144–150.

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(6), 893-897.

Behar E., Alcaine O., Zullig A. R. & Borkovec T.D. (2003). Screening for generalized anxiety disorder using the Penn State Worry Questionnaire: a receiver operating characteristic analysis, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 25–43.

Bendelin, N. & Dahl, J. (2006). *Patienters upplevelse av internetbaserad kognitiv beteendeterapeutisk självhjälpsbehandling mot depression*. Examensarbete, Linköpings universitet, Institutionen för Beteendevetenskap.

Bergfors, J., Andersson, G. & Lindefors, N. (2009). Vetenskapligt stöd för vägled KBT-baserad självhjälp vid depression. *Läkartidningen*, (5)

Bertholds, C. & Lundborg, L. (2008). *Hur fungerar Internetterapi?: Betydelsen av allians och psykoedukation i en Internetbaserad kognitiv-beteendeterapeutisk behandling för social fobi*. Examensarbete, Uppsala universitet, Institutionen för psykologi.

Borkovec, T. D., Alcaine, O. M. & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. Turk & D.S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
Brawman-Mintzer, O. & Lydiard, R. B. (1996) Biological basis of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(3), 16-25.

- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy*, 30(1), 33–37.
- Bystritsky A., (2006) Treatment-resistant anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*, (11), 805–814. doi:10.1038/sj.mp.4001852
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L-G. & Andersson, G. (2005). Internet vs. Paper And Pencil Administration of Questionnaires Commonly Used In Panic/Agoraphobic Research. *Computers in Human Behavior*. (23), 1421-1434. doi: 10.1016/j.chb.2005.05.002
- Carlsson, E & Johanson, A. (2007). *Att mäta psykoedukation: - kunskapstest för personer som genomgått kognitiv beteendeterapi för generaliserat ångestsyndrom via Internet*. Examensarbete, Linköpings universitet, Institutionen för Beteendevetenskap och Lärande.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ*, 328, 265-268. doi:10.1136/bmj.37945.566632.EE.
- Clark, D. M. (1996). Panic disorder: from theory to therapy. In P. M. Salkovskis, *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318-344). New York: Guilford Press.
- Deacon B. J., Abramowitz J. S. (2004). Cognitive and Behavioral Treatments for Anxiety Disorders: A Review of Meta-analytic Findings. *Journal Of Clinical Psychology*, 60(4), 429–441.
- Field, A. (Ed.) (2005). *Discovering Statistics Using SPSS: (and sex, drugs and rock 'n' roll)*, (2nd ed.). London: SAGE Publications
- First, M. B., Gibbon, M., Spizer, R. L., Williams, J. B. W. & Benjamin, L. S. (1999). *Handbok: SCID I och SCID II för DSM-IV* (J. Herlofson, övers.). Danderyd: Pilgrim Press.
- Freidberg, R. D., Viglione, D. J., Fidaleo, R. A., Celeste, B. L., Lovette, J., Street, G., Yerka, E., Bieraugel, M., Dumas, M., Beal, K. G. (1998). Measuring how we preach what we practice: psychoeducational change in depressed inpatients. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 16(1), 45-59. doi: 10.1023/A:1024998323708
- 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(1), 92-101. doi: 10.1037/1040-3590.4.1.92
- Glasgow, R. E., Rosen, G. M. (1978), Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, 85(1), 1-23.
- Hoffman, S. G. & Smits, J., A., J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychology*, 69(4), 621-632.
- Kazantzis, N., Deane, F. P. & Ronan, K., R. (2000). Homework Assignments in Cognitive and Behavioral Therapy: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and practice*, 7(2), 189-202. doi: 10.1093/clipsy.7.2.189
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief

Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

Fisher, P., Durham, R. (1999). Recovery rates in generalized anxiety disorder following psychological therapy: an analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29, 1425-1434.

Kronmüller, K-T, Saha, R., Kratz, B., Karr, M., Hunt, A., Mundt, C. & Backenstrass, M. (2008). Reliability and Validity of the Knowledge about Depression and Mania Inventory, *Psychopathology*, 41, 69-76. doi: 10.1159/000111550

Kronmüller, K-T., Victor, D., Schenkenbach, C., Postelnicu, I., Backenstrass, M., Schröder, J., & Mundt, C. (2007). Knowledge about affective disorders and outcome of depression. *Journal of Affective Disorders*, 104(1-3), 155-160.

Lichstein, K. L. (1994). Fair tests of clinical trials: A treatment implementation model. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16(1), 1-29.

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(6), 487-495.

Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131(5), 785-795.

Newman M.G., Zuellig A. R., Kachin K. E., Constantino M.J., Przeworski M.J., Erickson T. & Cashman-Mcgrath L. (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(2), 215-233.

Prasko J., Vrbova K., Latalova K., Mainerova B. (2011) Psychoeducation for psychotic patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*, 155(4), 385-396. doi: 10.5507/bp.2011.008

Reger, M., A. & Gahm, G., A. (2009). A meta-analysis of the effects of internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 53-75.

Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G., Solley, K. (2010). Internet Treatment for Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial Comparing Clinician vs. Technician Assistance. *PloS One*, 5(6).

Roemer L., Orsillo S. M. (2007) An Open Trial of an Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*. 38(1), 72-85. doi:org/10.1016/j.bbr.2011.03.031

Rygh, J., L., Sanderson, W., C. (2004). *Treating Generalized Anxiety Disorder: Evidence-Based Strategies, Tools, and Techniques*, New York, Guilford Publications.

Sanderson, W.C., Bruce, T.J. (2007) Causes and Management of Treatment-Resistant Panic Disorder and Agoraphobia: A Survey of Expert Therapists, *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 26-35. doi: 10.1016/j.bbr.2011.03.031

Shear, M. K., Paul, P. A., Cloutre, M., & Leon, A. C. (1994). Cognitive behavioral treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 395-401.

Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B, W., Löwe, B. (2006). A Brief measure for assessing generalized anxiety disorder: GAD-7, *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.

Statens beredning för medicinsk utredning. (2005). *Behandling av ångestsyndrom: en systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport, nr 171). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utredning

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(1), 21-28.

Titov, N., Andrews, G., Choi, I., Genevieve Schwencke, G. & Johnston, L. (2009). Randomized controlled trial of web-based treatment of social phobia without clinician guidance. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 43(10) 913-919. doi: 10.1080/00048670903179160

Tuckett, D. A., Boulton M. & Olson C. (1985). A New Approach to the Measurement of Patients' Understanding of What They Are Told in Medical Consultations, *Journal of Health and Social Behavior*, 26(1), 27-38.

Wells, A. (1999) A Metacognitive Model and Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2), 86-95.

Bilaga A

Varje fråga på kunskapstestet följdes vid eftermätningen av de viktade svarsalternativen:

Hur säker är du på ditt?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt säker

Kunskapstest – Oroshjälpen (Varje rätt svar anges i kursiv stil)

1. Vad är huvudproblematiken för personer med GAD?

Att man oroar sig mycket och...

1. ...känner sig nedstämd.
2. ...isolerar sig från omgivningen.
3. ...*har svårt att kontrollera sin oro.*

2. Hur kan avslappningsträning vara behjälpligt för att motverka GAD?

Genom att regelbundet använda avslappning så kan man sänka den allmänna spänningsnivån vilket i sin tur gör att man ...

1. ... *inte oroar sig lika mycket.*
2. ... lättare förstår sin oro.
3. ... *inte lika lätt blir nedstämd.*

3. Är det bra att alltid tänka positivt?

1. Ja, om en situation är hopplös så känns det alltid bättre om man tänker positivt.
2. Ja, om man alltid tänker positivt så är det lättare att vara glad.
3. Nej, om en situation känns hopplös så spelar det ingen roll om man tänker positivt.
4. *Nej, eftersom livet inte alltid är en dans på rosor så är det inte alltid verksamt att tänka positivt. Det kan istället kännas konstlat.*

4. Hur sätter man upp bra mål för sig själv enligt KBT?

Det bästa är att sätta upp...

1. ...stora mål, för att känna att man kommer framåt.
2. ...generella mål, för att få med allt man vill arbeta med.
3. ...avgränsade mål, för att det ska bli tydligt vad det är man vill uppnå.

5. Värderingar är det som är viktigt för oss i livet.

Vad är syftet med att arbeta med värderingar i en behandling för oro?

Att arbeta med värderingar...

1. ...ger dig en större självrespekt vilket i sig minskar din oro.
2. ...ger dig en riktning för behandlingen och skapar motivation att stå ut med oro.
3. ...hjälp dig i ditt arbete med medveten närvaro.

6. Sett ur ett KBT-perspektiv, varför oroar man sig så mycket när man har GAD?

Det är ett sätt att...

1. ...hålla ångest borta.
2. ...vara förberedd om något hemskt skulle inträffa.
3. ...förutse hemska situationer så att man kan undvika dessa.

7. Kan man få ångest av att slappna av?

1. Ja, om man är ovan vid avslappning kan avslappning i början leda till en ångestreaktion.
2. Ja, och får man det bör man inte använda avslappning.
3. Nej, att slappna av är alltid skönt för kroppen.

4. Nej, får man ångest när man slappnar av så beror ångesten på något annat än själva avslappningen.

8. I KBT-behandlingar presenteras några olika strategier för att arbeta med sin oro, till exempel att kartlägga sina orosbeteenden.

Kan dessa strategier användas på andra problemområden än oro?

1. Ja, men bara på andra ångestproblem.
2. *Ja, och det kan rekommenderas att använda strategierna inom andra områden.*
3. Nej, strategierna är specifika för GAD och denna problematik.
4. Nej, det kan bli förvirrande och därför rekommenderas detta inte.

9. Hur kan det hjälpa en person med GAD att lära sig känna igen sina tidiga ångestsignaler?

Det kan hjälpa personen att...

1. *...bättre hantera ångesten.*
2. *...avlägsna sig från platsen innan ångesten blir för stark.*
3. *...vara beredd på att stoppa ångesten om den skulle bli för stark.*

10. Är det troligt att man kommer att drabbas av ångest igen om man genomgått en lyckad behandling av GAD?

1. *Ja, ångest är en del av livet, även om man förhoppningsvis inte längre har ångest i samma utsträckning.*
2. Ja, man kommer att ha lika mycket ångest, men man lär sig leva med och acceptera ångesten.
3. Nej, om man får ångest igen så tyder det på att man fortfarande har GAD.
4. Nej, om behandlingen lyckas så ska man inte behöva ha mer ångest.

11. Vad händer om man avlägsnar sig från en ofarlig situation som väcker ångest?

1. Det är ett snabbt och bra sätt att minska ångesten.
2. Ångesten ökar för stunden, men den kommer förmodligen tillbaka i liknande situationer.
3. *Det är ett snabbt sätt att minska ångesten, problemet är att ångesten antagligen kommer tillbaka nästa gång man är i samma situation.*

12. Även om man inte längre lider av GAD så kan det vara bra att fundera över vilka situationer som kan tänkas sätta igång ens oro, varför?

Om man vet i vilka situationer som kan sätta igång ens oro så kan man...

1. ...undvika dessa situationer i så hög grad som möjligt.
2. ...förbereda sig för hur man skall hantera dessa situationer.
3. ...se till att alltid ta med sig någon som kan stödja en genom det jobbiga.

13. Är det viktigt att vara aktivt deltagande och göra övningarna i en självhjälpsbehandling via Internet, som bygger på KBT?

1. Ja, det är en förutsättning för att få vara med i sådana behandlingar.
2. *Ja, för att kunna tillgodogöra sig nya färdigheter behöver man träna på dessa.*
3. Nej, det räcker att läsa texten som man får och det ger tillräcklig hjälp.
4. Nej, mår man dåligt så kan det vara en för stor belastning, vilket gör att man mår ännu sämre.

14. Är ångest farligt?

1. Ja, ångest leder till hjärtsjukdomar.
2. Ja, det finns stor risk att man blir galen av stark ångest.
3. Nej, ångest är inte farligt så länge den inte blir för stark.
4. *Nej, ångest är inte farligt, men kan upplevas som obehaglig.*

15. Vad fokuserar man främst på i en KBT-behandling?

1. Att bearbeta tidigare händelser/problem.
2. *Att arbeta med det som är problem här och nu.*
3. Att arbeta med tankar kring framtiden.

16. Vad är på lång sikt ett bra sätt att bryta oro när den dyker upp?

1. *Att fokusera på det som händer här och nu.*
2. Att prata med någon annan om det som oroar en.
3. Att börja oroa sig över något annat som är mindre jobbigt.

17. Vad är två bra sätt att hantera ångest i längden?

1. Medveten närvaro och att undvika det som framkallar ångest.
2. *Medveten närvaro och att utsätta sig för det som framkallar ångest.*
3. Medveten närvaro och att utsätta sig för det som framkallar ångest, samtidigt som man tänker på något roligt.

18. Säkerhetsbeteende är beteenden man tar till för att lättare klara av en situation som upplevs som hotfull.

Är säkerhetsbeteenden positiva, på lång sikt, för personer med GAD?

1. Ja, säkerhetsbeteenden är ett bra sätt att klara av situationer som upplevs som hotfulla.
2. Ja, säkerhetsbeteenden är särskilt positiva för personer med GAD.
3. Nej, säkerhetsbeteenden är särskilt negativa för personer med GAD.
4. *Nej, säkerhetsbeteenden kan hindra en person att upptäcka att en upplevd hotfull situation inte alls är farlig.*

19. Hur kommer det sig att personer med GAD lättare uppfattar en situation som hotfull?

Personer med GAD...

1. ...kan se situationer ur många olika perspektiv vilket kan leda till att de överanalyserar situationer.
2. ... kan inte se situationer ur olika perspektiv och därför uppfattas de flesta situationer som hotfulla.
3. *...kan lätt tolka information från omgivningen negativt och har ofta svårt att se på situationer ur olika perspektiv.*

20. Vad är viktigt att tänka på när man tränar medveten närvaro?

Det är viktigt att...

1. *...notera tankar, känslor och kroppsupplevelser utan att fastna i dem upplevelsemässigt.*
2. ...särskilt uppmärksamma negativa tankar för att reda ut orsaken till dem.
3. ...arbeta för att positiva tankar, känslor och kroppsupplevelser ska få ta plats.

21. Hur kan en accepterande inställning till oro hjälpa dig i din vardag?

Genom acceptans av oro...

1. *...får du chansen att ta in och lära känna din oro vilket gör det lättare att hantera en föränderlig vardag.*
2. ...blir du av med negativa tankar.
3. ...blir de positiva tankarna ännu tydligare vilket gör att du lättare får syn på dessa.

22. Varför ska man fortsätta att träna på de strategier man har lärt sig under behandlingen, även när behandlingen är avslutad?

1. För att inte tappa kunskapen om strategierna så är det viktigt att fortsätta träna lika mycket som under behandlingen.
 2. *Man behöver träna för att fortsätta behärska strategierna, även om man inte behöver träna lika mycket som under behandlingen.*
 3. På grund av att man har arbetat med strategierna på egen hand så är det större risk att man glömmer bort det man lärt sig än om man har gått hos en terapeut.
-

Bilaga B

Beskrivning av innehållet i självhjälpsprogrammet Oroshjälpen:

Avsnitten i oroshjälpen

1. Vad är oro

I detta avsnitt introduceras behandlingsprogrammet och deltagarna får lära sig vad som kännetecknar oro och hur den fungerar. De får skriva upp sina föreställningar om den egna oron och veckodagboken introduceras.

2. Situationsanalyser

Avsnittet går igenom hur situationsanalyser fungerar och hur situationer, tankar, beteenden och känslor påverkar varandra. Fokus ligger på att få syn på beteenden som minskar oron på kort respektive lång sikt.

3. Värderingar och aktiviteter

Avsnittet går ut på att tydliggöra deltagarnas egna värderingar för att kunna planera in aktiviteter i veckodagboken som kan leda i riktning mot dessa värderingar.

4. Att vara medvetet närvarande

I detta avsnitt introduceras medveten närvaro. Tyngdpunkten läggs på en observerande hållning till oro. Att lära sig uppmärksamma alla sina sinnen.

5. Oro som process

Här fortsätter arbetet med medveten närvaro och värderingar. Det ges en fördjupad psykoedukation om hur tankar och oro fungerar och vikten av att låta tankar komma och gå framhålls.

6. Acceptans

Arbetet i detta avsnitt handlar om att lära sig acceptera obehagliga upplevelser i form av tankar, känslor och kroppsligt obehag.

7. Vad fungerar bäst för dig

I detta avsnitt repeteras och utvärderas de olika delarna i behandlingen och deltagarna ges utrymme att fundera på vilka metoder och övningar som fungerat bäst för just dem.