

PREDIKTORER FÖR BEHANDLINGSUTFALL VID PANIKSYNDROM

**En jämförelse mellan terapeut- och internetadministrerad
kognitiv beteendeterapi**

Ann Grimlund



Linköpings universitet
Institutionen för Beteendevetenskap
Psykologprogrammet

Sammanfattning

Paniksyndrom är en vanligt förekommande ångestdiagnos (Carlbring, 2002) vilken reducerar individens livskvalitet i hög utsträckning (Brown, Antony, & Barlow, 1995; SBU, 2005; Telch et al., 1995). För att kunna utveckla effektiva behandlingsformer för paniksyndrom är det av vikt att undersöka vilka individer som förbättras och vilka som inte gör det efter genomförd behandling. Möjligheten att kunna predicera utfall efter behandling genom kunskap om olika förhållanden före behandling kan vara av stor klinisk nytta.

Syftet med föreliggande studie var att undersöka ett antal variablers prediktiva förmåga när det gäller behandlingsutfall vid paniksyndrom efter traditionell kognitiv beteendeterapi (KBT) respektive KBT som internetbaserad självhjälpsbehandling. Som beroende variabler och utfallsmått användes individuell grad av förändring på två formulär vilka mäter vanligt förekommande symptom centrala vid paniksyndrom: agorafobiska tankar samt rädsla för kroppsliga sensationer. Prediktorer var grad av agorafobiskt undvikande, kognitiv funktion, behandlingens trovärdighet, samt en screening för personlighetsstörningar utifrån DSM-IVs kluster C (fobisk, osjälvständig och tvångsmässig personlighetsstörning).

Regressionsanalyser genomfördes med valda prediktorer och utfallsmått för de båda behandlingsgrupperna. Resultatet för regressionsmodellen visar när det gäller terapeutadministrerad behandling att en initialt hög grad av agorafobiskt undvikande predicerar behandlingsutfallet positivt på de båda utfallsmåtten direkt efter behandling samt vid uppföljning. En positiv screening för en eller flera personlighetsstörningar tillhörande kluster C predicerar däremot utfallet i viss mån negativt vid uppföljning. När det gäller utfallsmåttet agorafobiska tankar visar sig en god kognitiv funktion i viss mån kunna predicera utfallet positivt vid uppföljning. Det visar sig även att en tro på behandlingen i viss mån predicerar utfallet negativt direkt efter behandlingen när det gäller rädsla för kroppsliga sensationer. När det gäller internetadministrerad behandling är ingen av regressionsmodellerna signifikant. Resultaten vilka i viss mån ligger i linje med tidigare forskning diskuteras.

Tack

Tack till min handledare Gerhard Andersson och biträdande handledare Per Carlbring för frekvent och inspirerande handledning. Engagemanget har varit mycket uppskattat. Tack även till alla i familjen som med stort tålamod uppmuntrat mig att vara frånvarande.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning	5
Paniksyndrom	5
Behandling av paniksyndrom	7
Kognitiv beteendeterapi.....	7
Självhjälp och internetadministrerad KBT-behandling	8
Predicering av behandlingsutfall	9
Metod	13
Urval och försökspersoner.....	13
Predicering av utfall	14
Formulär	15
Utfallsmått	15
Prediktorer	15
Procedur och statistiska analyser	16
Resultat	17
Terapeutadministrerad behandling.....	18
Agorafobiska tankar	18
Rädsla för kroppsliga sensationer	19
Internetadministrerad behandling	20
Agorafobiska tankar	20
Rädsla för kroppsliga sensationer	20
Diskussion	22
Resultat	22
Metod.....	23
Framtida forskning	24
Referenser	26

Inledning

Paniksyndrom

Enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) innebär diagnosen paniksyndrom att individen upplever upprepade panikattacker. Dessa kan dyka upp utan förvarning, vara situationsbundna eller situationspredisponerade. Efter en panikattack följer en oro under minst en månads tid över att få uppleva en ny attack, och/eller över eventuella konsekvenser av en sådan (t.ex. att få en hjärtattack, bli ”galen”, etc.). Om inte denna oro infinner sig innebär diagnosen ett betydande förändrat beteende i form av t.ex. en vilja att genomgå frekventa läkarkontroller. Paniksyndrom kan även diagnostiseras tillsammans med agorafobi. Vid agorafobi upplever individen en rädsla för att befinna sig på platser som det kan vara svårt eller genant att avvika från, oftast en situation utanför hemmet. Dessa situationer undviker individen genom att t.ex. stanna hemma, uthärdar endast med någons sällskap, eller genomlider med ett betydande obehag och en rädsla för en eventuell panikattack.

En panikattack innebär för individen en kortvarig episod av intensiv rädsla utan att någon reell fara är närvarande. Attacken utvecklas hastigt och når sin kulmen inom tio minuter. Under en panikattack upplever individen åtminstone 4 av 13 symptom listade i DSM-IV där de enligt Carlbring, Gustafsson, Ekselius och Andersson (2002) tre vanligaste är hjärtklappning eller hastig puls, en rädsla för att tappa kontrollen, och illamående eller magont. Hos individer som lider av paniksyndrom tenderar panikattackerna att variera i styrka och frekvens. Detta är till stor del beroende av stressande livshändelser, personlig hälsa samt hur individen förhåller sig till sin problematik med panikattacker. Panikattacker varierar även beroende på den utlösande faktorn och vilken miljö individen befinner sig i (First & Tasman, 2004).

Vid paniksyndrom är enligt Craske och Barlow (2001) samt White och Barlow (2002) beteenden vanliga vilka individen utför eller avstår att utföra i tron att detta skyddar henne eller honom från att uppleva en panikattack. Dessa går att dela in i fyra kategorier: agorafobiskt undvikande, interoceptivt undvikande, distraktion samt säkerhetsbeteenden. Agorafobiskt undvikande handlar om att undvika särskilda platser eller situationer, interoceptivt undvikande om att undvika aktiviteter vilka kan framkalla fysiska upplevelser liknande de vid en panikattack, som t.ex. att träna eller att dricka en koffeinhaltig dryck. Distraktion handlar om försök att motarbeta en panikattack genom att t.ex. höja volymen på radion, inleda en konversation, eller genom att titta på tv. Säkerhetsbeteenden är handlingar som individen utför i syfte att uppleva en större känsla av säkerhet om en panikattack skulle dyka upp. Detta är ofta vanor såsom att bära med sig speciella saker eller att ha en viss persons sällskap. De kognitiva komponenterna

av paniksyndrom är relaterade till individens tankar och övertygelser gällande antagandet att panikattacker är skadliga. Se utförligare definiering och beskrivning av paniksyndrom, agorafobi och panikattacker i t.ex. DSM-IV-TR. (First & Tasman, 2004).

Världshälsoorganisationen WHO uppskattar att paniksyndrom är den elfte vanligaste orsaken till ohälsa i åldrarna 15-44 år i världen (Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU, 2005). Enligt Carlbring et al. (2002) är prevalensen för paniksyndrom under en tolv månadersperiod i Sverige estimerad till 2.2% vilket är relativt konstant jämfört med resten av västvärlden. Fem gånger fler kvinnor än män lider av panikångest. Enligt White och Barlow (2002) utvecklas paniksyndrom vanligtvis antingen vid 15-24 års ålder eller vid 45-54 års ålder. Stress har visat sig vara en betydande faktor i ett initialt skede. Genomsnittsåldern för att söka behandling är 34 år. Enligt Ramnerö (2005) är det naturliga förloppet för obehandlade individer med paniksyndrom i stort sett okänt. Retrospektiva data tyder dock på att paniksyndrom har ett kroniskt förlopp med en överlag liten del av spontanremission. Paniksyndrom med agorafobi har ett än mer kroniskt förlopp med en större utsträckning av återfall efter remission och längre episoder. Endast 25% av de individer som lider av paniksyndrom söker någon form av behandling (Carlbring et al., 2005).

Individer med paniksyndrom, särskilt de med samtidig agorafobi, har även sociala, yrkesmässiga, och fysiska problem vilket hänger ihop med en upplevelse av dålig fysisk hälsa (Ramnerö, 2005; Telch, Schmidt, Jaimez, Jacquin, & Harrington, 1995; White & Barlow, 2002). Fysiska besvär som t.ex. hjärtbesvär, förhöjda blodfetter och astma är vanligare hos individer med ångestsymptom jämfört med normalbefolkningen (SBU, 2005). Individer med diagnosen paniksyndrom frekventerar olika sjukvårdsmottagningar i högre utsträckning än andra utan denna diagnos (Carlbring et al., 2002; Ramnerö, 2005). Dessa individer är vidare bland de som i störst utsträckning använder akutsjukvård, och blir i större utsträckning än andra med psykiatriska besvär inlagda för fysiska problem (Craske & Barlow, 2001; White & Barlow, 2002). En undersökning genomförd 1996 visar att indirekta kostnader för ångestsjukdomar såsom sjukskrivningar och förtidspensioner uppgick till drygt 17 miljarder kronor per år i Sverige. Sjukvårdskostnaderna uppgick till 1,5 miljarder kronor, nästan 60% av dessa beräknas handla om icke-psykiatrisk vård (SBU, 2005).

Paniksyndrom reducerar individens livskvalitet i hög utsträckning (Brown, Antony, & Barlow, 1995; SBU, 2005; Telch et al., 1995). Individer med paniksyndrom har en dubbelt så hög dödlighet jämfört med normalbefolkningen, en dödlighet betydligt högre än vid depression. Det är vanligt med suicidförsök och

det har visat sig att panikattacker kan vara predicerande för suicidrisk (SBU, 2005; White & Barlow, 2002).

Paniksyndrom är även associerat med en hög grad av komorbiditet. Vanligt förekommande komorbida diagnoser är andra ångest- eller nedstämdhetsdiagnoser (Brown et al., 1995; Chambless, Renneberg, Gracely, Goldstein, & Fydrich, 2000). Individer med agorafobi med eller utan panikångestattacker har generellt visat sig vara svårare drabbade vad gäller funktionsnedsättning och har en högre komorbiditet med depression jämfört med andra fobier (Ramnerö, 2005). Mellan en tredjedel och hälften av individer med paniksyndrom får även diagnosen agorafobi. Prevalensen av komorbid depression ligger mellan ungefär 20-30%. Ungefär 45-85% har ytterligare en ångestdiagnos, med generaliserat ångestsyndrom, social fobi, och specifik fobi som de mest frekventa. När det gäller axel-II diagnoser ligger komorbiditeten mellan ungefär 25-50% (Slaap & den Boer, 2001), fobisk personlighetsstörning är den vanligast förekommande (Chambless et al., 2000).

Behandling av paniksyndrom

Dominerande inom behandlingsforskningen när det gäller paniksyndrom är psykoterapeutisk behandling i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) eller psykofarmakabehandling i form av bensodiazepiner eller antidepressiva (Craske & Barlow, 2001; Ramnerö, 2005; SBU, 2005; White & Barlow, 2002). Nedan beskrivs översiktligt de i studien ingående psykoterapeutiska behandlingarna traditionell terapeutadministrerad KBT samt KBT som internetadministrerad självhjälpsbehandling.

Kognitiv beteendeterapi

KBT-behandling av paniksyndrom inleds med en bedömning. Denna inkluderar vanligtvis en klinisk intervju, funktionell beteendeanalys, självregistreringar, självskattningsformulär samt beteendetest. Bedömningens olika delar undersöker specifika aspekter av individens paniksyndrom, och ligger till grund för behandlingens utformning. Efter genomförd diagnostiseringsintervju ger den funktionella beteendeanalysen information om hur paniksyndromet tar sig uttryck hos varje unik individ. Viktigt är här att få reda på den funktionella relationen mellan panik, undvikande, och kognitiva mönster liksom deras relation till interna och externa signaler (Craske & Barlow, 2001; White & Barlow, 2002).

Efter genomförd bedömning av ovanstående hos varje enskild individ inleds behandlingen. Kortfattat är det vanligt är att behandlingen innefattar ett par huvudsakliga komponenter: psykoedukation, kognitiv omstrukturering, andningsträning, interoceptiv exponering, in vivo exponering samt återfallsprevention. Psykoedukationen syftar till att informera individen om panik-

syndrom. Den kognitiva omstruktureringen handlar om att identifiera mer giltiga tolkningssätt för de panikassocierade situationerna och att hitta alternativ till de egna tankarna. Ett vanligt tillvägagångssätt är att automatiska tankar, känslor och fysiska beteenden registreras och utifrån detta undersöks motbevis och alternativa tolkningar. Andningsträning syftar till att individen ska lära sig att återställa balansen mellan koldioxid och syre i blodet genom att andas med magen. Vid en felaktig andning sjunker koldioxidhalten i blodet och symptom liknande de vid paniksyndrom kan uppträda, såsom yrsel, svettning och darrningar. Interoceptiv exponering handlar om exponering för de inre sensationer individen upplever vid panikupplevelser, som bultande hjärta eller yrsel. Dessa symptom framkallas under behandling i syfte att individen ska habitueras. Vid exponering in vivo får individen upprepade gånger utsätta sig för det fruktade som hon eller han brukar undvika. Genom detta minskar de kroppsliga reaktionerna och det psykiska obehaget gradvis. Sista steget i behandlingen är återfallsprevention. Efter varje session får individen uppgifter att utföra till nästa gång, hela behandlingen består vanligtvis av ungefär 10-15 sessioner (Craske & Barlow, 2001; White & Barlow, 2002)

Det har genomförts ett antal metaanalyser av behandlingstudier gällande paniksyndrom. Exponering in vivo och mer generell KBT har visat sig vara effektiva behandlingsformer överlag (Carlbring, 2004; Craske & Barlow, 2001; Ramnerö, 2005; SBU, 2005; Otto, Pollack & Maki; 2000; White & Barlow, 2002). När det gäller farmakologisk behandling har den fått goda resultat för panikångestattacker men har problem med bortfall och återfall. Effekten av KBT-behandling har visat sig vara mer bestående än farmakologisk behandling. Även en kombination av psykofarmaka och KBT har fått goda behandlingsutfall (Carlbring, 2004; Craske & Barlow, 2001; Ramnerö, 2005; White & Barlow, 2002). De studier som inkluderar individer med paniksyndrom och samtidig agorafobi har dock visat sig få sämre utfall än de som exkluderar dessa. Ofta får även de studier vilka inkluderar individer med svår agorafobi sämre utfall. Många framförallt äldre forskningsstudier har även omfattande exklusionskriterier (White & Barlow, 2001). Det finns dock exempel på att då behandling har överförs till klinisk population har resultaten varit jämförbara (Wade, Treat & Stuart, 1998).

Självhjälp och internetadministrerad KBT-behandling

Endast ungefär 25% av alla individer med paniksyndrom söker någon form av hjälp. Hinder utgörs av t.ex. brist på terapeuter, långa väntetider och höga behandlingskostnader. Självhjälpsbehandling kan vara en möjlighet till att öka tillgängligheten och möjligheten att tillhandahålla behandling (Richards, Klein & Carlbring, 2003).

Självhjälp som behandlingsform för paniksyndrom har visat sig vara effektiv (Gould & Clum, 1995; Lidren et al., 1994). Det har dock visat sig att det krävs viss terapeutisk assistans för att uppnå optimal effekt (Febbraro et al., 1999). Det har även visat sig att självhjälp framförallt är till hjälp för individer med relativt hög utbildningsnivå (Richards et al., 2003).

På senare år har möjligheten att administrera KBT som självhjälp med minimal terapeutkontakt via internet undersökts. Resultaten är lovande och tyder på att denna form av behandling får ett bättre utfall jämfört med andra självhjälpsmetoder (Carlbring, Ekselius & Andersson, 2003; Carlbring et al., 2001; Andersson, Bergström, Carlbring & Lindefors, 2005; Richards, Klein & Carlbring, 2003). Internetadministrerad och traditionellt terapeutadministrerad KBT-behandling har även visat sig få likvärdiga behandlingsutfall (Carlbring et al., 2005). Till skillnad från självhjälp kan kontakt med en terapeut tillhandahållas omgående vid behov med hjälp av internet. I jämförelse med traditionell psykoterapi är denna typ av självhjälp kostnadseffektiv och kan göras tillgänglig för individer boende långt från andra behandlingsmöjligheter (Andersson & Carlbring, 2003). Även möjligheten att administrera frågeformulär via internet har undersökts. Resultat av papper- och penna versioner av formulär har visat sig korrelera högt och signifikant med internetadministrerade (Carlbring et al., in press).

KBT som internetadministrerad självhjälpsbehandling innefattar de huvudsakliga komponenter vanliga vid traditionell behandling. Behandlingen är vanligen utformad på så sätt att ett antal textavsnitt baserade på olika delar av behandlingen tillhandahålls ett efter ett. Dessa instrueras individerna att läsa samt att utföra tillhörande uppgifter. Samtidigt har deltagarna möjlighet att ha kontakt med en terapeut via e-mail samt att delta i diskussionsgrupp med övriga deltagare. Vanligt är att deltagarna närvarar före och efter avslutad behandling för diagnostisering samt administrering av frågeformulär (Carlbring et al., 2005; Carlbring et al., 2003; Carlbring et al., 2001; Kenardy et al., 2003).

Då olika lättillgängliga behandlingsformer utvecklas blir det möjligt för individer att i första hand behandlas på kortast och mest lättillgängliga sätt och om den först erbjudna typen av behandling inte passar kan en annan eventuellt mer omfattande behandling erbjudas (Andersson et al., 2005; Otto, Pollack, & Maki, 2000).

Predicering av behandlingsutfall

För att kunna utveckla effektivare behandlingsformer är det av vikt att undersöka vilka individer som förbättras och vilka som inte gör det efter genomförd behandling. Möjligheten att kunna predicera utfall efter behandling genom

kunskap om olika förhållanden före behandling kan vara av stor klinisk nytta (Sharp & Power, 1999).

Antagligen behöver inte alla individer samma intensitet eller typ av behandlingsintervention. Vissa individer kan bli hjälpta av att läsa en självhjälpbok, andra av psykoterapi med minimal psykoterapeutkontakt, medan en del kan behöva en längre tids individuell behandling (Carlbring, 2004). Med kunskap om vad som predicerar behandlingsutfall kan kliniskt arbete och behandling anpassas till varje klients individuella behov vilket tagits upp ovan. Genom att kunna tillhandahålla rätt behandling utifrån en stegvis modell tas resurser tillvara vilket blir relevant även med tanke på psykiatrins begränsningar (Baillie & Rapee, 2004).

Det finns än så länge inga konsekventa resultat från prediktionsstudier av KBT - behandling för paniksyndrom som entydigt visar vad som är predicerande för utfall (Keijsers, Hoogduin, & Schaap, 1994; Ramnerö & Öst, 2004; Sharp & Power, 1999; Steketee & Shapiro, 1995). Steketee och Shapiro (1995) har granskat studier om prediktionsfaktorer för behandlingsutfall efter KBT vid paniksyndrom med eller utan agorafobi. Deras sammanställning visar att de flesta undersökta prediktorer, med få undantag, saknar konsistent inverkan på behandlingsutfall. Nedan redovisas framförallt resultat för ett antal prediktorer gällande klientkaraktistika vilkas eventuella inverkan på behandlingsutfall är av intresse för denna studie.

Demografiska variabler som ålder, kön, och utbildning har inte visat sig vara predicerande för utfall. När det gäller symptom aspekter visar studier motstridiga resultat gällande huruvida svårighetsgrad och duration är predicerande eller inte (Steketee & Shapiro, 1995). I denna studie undersöks den prediktiva förmågan hos agorafobiskt undvikande. Enligt Craske och Barlow (2001) och SBU (2005) har en hög grad av agorafobiskt undvikande visat sig vara negativt för utfall i behandlingsstudier vilket gör det relevant att undersöka den prediktiva förmågan hos denna variabel. Enligt Keijsers et al. (1994) har sju studier genomförts mellan 1974 och 1992 vilka visar att agorafobiskt undvikande är en negativ prediktor. Under samma tidsperiod visar fyra studier på avsaknad av signifikant prediktiv förmåga, och en på en positiv prediktiv förmåga för agorafobiskt undvikande. Steketee och Shapiro (1995) menar att svårighetsgrad av agorafobiskt undvikande inte konsekvent predicerar utfall. Senare studier visar dock att frekvens av panikattacker och grad av agorafobiskt undvikande påverkar utfallet negativt (Keijsers et al., 1994; Sharp & Power, 1999). Även enligt Ramnerö och Öst (2004) är högre grad av agorafobiskt undvikande en negativ prediktor för utfallet vid eftermätning, liksom duration är för individuell grad av förändring vid uppföljningsmätning. Det har även visat sig att ett initialt lägre resultat på Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ; Chambless, Caputo,

Bright & Gallagher, 1984) i viss mån kan påverka ett utfall i positiv riktning, ett resultat som dock inte höll i sig vid uppföljning (Steketee & Shapiro, 1995).

Komorbida diagnoser är vanligt förekommande hos individer med paniksyndrom vilket gör det relevant att undersöka den prediktiva förmågan hos dessa. I denna studie undersöks den prediktiva förmågan hos en screening för personlighetsstörning tillhörande DSM-IVs kluster C (fobisk, osjälvständig och tvångsmässig). En genomgång av femton studier visar att personlighetsstörningar inte påverkar behandlingsutfallet av paniksyndrom negativt generellt (Dreessen & Arntz, 1998). Den tillsammans med paniksyndrom vanligast förekommande personlighetsstörningen, fobisk personlighetsstörning, har dock i andra studier i viss mån visat sig ha en negativ påverkan på behandlingsutfallet för paniksyndrom (Chambless et al., 2000; Steketee & Shapiro, 1995). Enligt Steketee och Shapiro (1995) har samtliga personlighetsstörningar ur kluster C visat sig kunna predicera ett sämre utfall vid uppföljning men inte direkt efter behandling. Fobisk personlighetsstörning har även enligt Chambless et al. (2000) visat sig kunna predicera sämre utfall vad gäller antal panikattacker.

En annan komorbid diagnos som inte är inkluderad i denna studie men vars prediktiva förmåga i stor utsträckning är undersökt är depression. Ett antal studiers resultat står enligt Steketee och Shapiro (1995) i viss mån mot varandra men tyder ändå sammantaget på att depression inte har någon inverkan på direkt eller uppföljande behandlingsutfall. Enligt McLean, Taylor, Woody, och Koch (1998) har inte en komorbid depressionsdiagnos någon betydelse för behandlingsutfall. Enligt en studie av Brown, Antony och Barlow (1995) har en komorbid depressionsdiagnos inte någon betydelse för utfall direkt efter behandling, men däremot vid uppföljning då antalet depressiondiagnoser i deras studie ökade. Även en senare studie av Sharp och Power (1999) visar att grad av depression i viss mån kan vara en negativ prediktor för utfallet. Vidare har Chambless, Renneberg, Gracely, Goldstein och Fydrich (2000) visat att svår depression påverkar resultatet av fobiskt beteende negativt vid uppföljning.

När det gäller kognitiv funktion finns det enligt Steketee och Shapiro (1995) inga studier som har undersökt intelligensens betydelse för behandlingsutfall vid paniksyndrom. Enligt Haaga et al. (1991) har dock inte kognitiv förmåga någon betydelse för behandlingsutfall efter kognitiv psykoterapi vid depression eller generaliserad ångest. Möjligheten att terapeuten anpassar behandlingen diskuteras, vilket gör att kognitiv funktion påverkar behandlingen men inte är direkt relaterat till utfall. Inkluderat i föreliggande studie är kognitiva funktioners prediktiva förmåga som hittills således i stor utsträckning varit ett eftersatt område. Inte heller den prediktiva förmågan hos individens förväntan och tro på behandlingen är undersökt i någon större utsträckning (Ramnerö, 2005; Steketee & Shapiro, 1995). Enligt Steketee och Shapiro (1995) tenderar

dock en positiv förväntan för behandling att predicera utfall positivt när det gäller agorafobiska individer. Även motivation som i stor utsträckning är relaterat med förväntan och behandlingens trovärdighet är väldigt lite undersökt. Enligt de studier som finns tyder resultaten på att motivation verkar ha betydelse framförallt för avhopp, och att det senare under behandlingen snarare är compliance som är av vikt. Studier av compliance har dock visat på avsaknad av inverkan på behandlingsutfallet (Steketee & Shapiro, 1995). Även individens förväntan inför eller tro på behandlingen är alltså i behov av att undersökas ytterligare och är inkluderat som prediktor i denna studie.

Även andra variabler har undersökts och inte visat sig påverka behandlingsutfall konsistent. Exempel vilka inte är inkluderade i denna studie är generell ångestnivå, kvaliteten på den terapeutiska relationen, och behandlingskontext. I stor utsträckning är den prediktiva förmågan hos ett välfungerade äktenskap eller relation undersökt vilket har visat sig påverka behandlingsutfall positivt framförallt vid uppföljning (Ramnerö, 2005; Steketee & Shapiro, 1995).

Vad som predicerar utfall efter självhjälsbehandling är inte utforskat i någon större utsträckning. Enligt Baillie & Rapee (2004) predicerar dock inte initial depression eller känslighet för ångest utfallet efter självhjälsbehandling för panikattacker. Däremot initial social ångest och en generellt dålig psykisk hälsa visade sig vara predicerande för behandlingsutfall i form av symptom på paniksyndrom. Vid internetadministrerad behandling är dock olika variablers betydelse för behandlingsutfall när det gäller paniksyndrom utforskat. Ett undantag är behandlingens trovärdighet som har visat sig vara utan betydelse för utfall (Carlbring et al., 2001, Carlbring et al., 2003).

Sammanfattningsvis är således resultaten motsägelsefulla eller vaga när det gäller prediktionsfaktorer för utfall av behandling vid paniksyndrom. De motstridiga resultaten beror antagligen i stor utsträckning på olika metodologiska tillvägagångssätt (Keijsers, Hoogduin & Schaap, 1994).

Syftet med föreliggande studie är att undersöka ett antal variablers eventuella prediktiva förmåga för behandlingsutfall vid paniksyndrom med eller utan agorafobi. Traditionell KBT-behandling och KBT som internetbaserad självhjälsbehandling jämförs när det gäller dessa variablers prediktiva förmåga. Valda prediktorer är grad av agorafobiskt undvikande, kognitiv funktion, behandlingens trovärdighet, samt en screening för personlighetsstörningar utifrån DSM-IVs kluster C (fobisk, osjälvständig och tvångsmässig personlighetsstörning).

Metod

Urval och försökspersoner

Försökspersoner i föreliggande studie är individer som fått behandling i en tidigare genomförd behandlingsstudie (Carlbring et al., 2005). I behandlingsstudien jämfördes en internetadministrerad KBT med en terapeutadministrerad KBT för individer med paniksyndrom med eller utan agorafobi. Försökspersonerna i studien rekryterades från en väntelista bestående av individer som uttryckt intresse för att delta i denna typ av behandlingar för paniksyndrom. Inför urvalet av deltagare genomfördes inledningsvis en datoriserad screening-intervju bestående av ett antal självskattningsformulär. För att konfirmera diagnosen kallades de som uppfyllde de uppsatta inklusionskriterierna till en SCID-I intervju (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997). För att bli inkluderad i studien krävdes att individen uppfyllde kriterier för paniksyndrom enligt DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), att paniksyndromet (enligt SCID-I - intervjuarens bedömning) var det primära problemet, och att individen inte led av någon annan psykiatrisk störning som krävde omedelbar behandling. Samtliga, förutom totalpoäng för depression, använda inklusionskriterier är vanligt förekommande i behandlingsstudier för paniksyndrom (Carlbring et al., 2001). Demografiska data presenteras i Tabell 1. En högre gräns för depressionspoäng sattes i syfte att utesluta individer i behov av annan behandling p.g.a. suicidrisk. Efter genomförd SCID-intervju var 49 personer inkluderade. Deltagarna randomiserades in i två grupper. Den ena gruppen erhöll traditionell KBT (n = 24), den andra KBT som självhjälpsbehandling administrerad via internet (n = 25).

Behandlingen pågick under 10 veckor för respektive behandlingsgrupp. Innan och efter behandlingen administrerades ett antal vanligt förekommande självskattningsformulär för paniksyndrom. Fem veckor efter den avslutade behandlingen genomfördes även en telefonintervju bestående av de frågor som använts vid den inledande screeningen. Uppföljning med administrering av formulär samt intervju genomfördes ett år efter avslutad behandling. Efter behandling uppfyllde 80% av deltagarna i internetbehandlingsgruppen och 67% av deltagarna i den terapeutadministrerade behandlingsgruppen inte längre diagnoskriterierna för paniksyndrom. Vid uppföljning var 92% respektive 88% i respektive behandlingsgrupp utan diagnos. Efter behandling samt vid uppföljning visar även självskattningsformulären på en signifikant förbättring för respektive grupp. Resultaten visar att en internetadministrerad självhjälpsbehandling kan få ett behandlingsutfall likvärdigt en traditionell KBT-behandling. För utförligare beskrivning se Carlbring et al. (2005).

Tabell 1

Demografiska data för respektive grupp med medelvärde och (standardavvikelse)

Data	Terapeutbehandling	Internetbehandling
n	24	25
Kvinna	75%	68%
Ålder	35.8 (9.3)	34.2 (6.0)
År med PD	9.9 (11.1)	8.2 (7.2)
<i>Komorbid diagnos</i>		
Agorafobi	54%	48%
Annan ångestdiagnos	50%	48%
Depression	8%	4%

Predicering av utfall

Som beroende variabler och utfallsmått används i denna studie individuell grad av förändring på Agoraphobic Cognitions Questionnaire (Chambless et al., 1984), och The Body Sensations Questionnaire (BSQ; Chambless et al., 1984). Dessa formulär mäter vanligt förekommande symptom centrala vid paniksyndrom: agorafobiska tankar samt rädsla för kroppsliga sensationer. Som oberoende variabler valdes fyra stycken prediktorvariabler ut:

1. Grad av agorafobiskt undvikande mätt med Mobility Inventory for Agoraphobia Alone (MI-AAL; Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, & Williams 1985).
2. Kognitiv funktion mätt med The Controlled Oral Word Association Test (COWAT; Benton & Hamsher, 1976).
3. Behandlingens trovärdighet mätt med Credibility-scale (C-scale; Borkovec & Nau, 1972).
4. Personlighetsstörning ur DSM-IVs kluster C, screening med Structured Clinical Interview for DSM-IV II (SCID-II; First et al., 1997).

Data gällande COWAT (Benton & Hamsher, 1976) och SCID-II (First et al., 1997) är inte rapporterat i någon tidigare studie. Av SCID-II screeningen (First et al., 1997) användes kluster C: fobisk, osjälvständig och tvångsmässig personlighetsstörning. Här togs även hänsyn till om individen uppvisade en tendens till en, två eller tre diagnoser inom detta kluster. Då screeningmättet medvetet är överinklusivt antogs det vara mer troligt med en säkerställd diagnos efter genomförd intervju vid flertalet screeningdiagnoser (Carlbring, 2005).

Formulär

Utfallsmått

Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ) ACQ mäter maladaptiva kognitioner och antaganden associerade med panikattacker och agorafobi. Individen skattar hur ofta agorafobiska tankar uppkommer vid ångest eller rädsla. Formuläret består av 15 påståenden exempelvis ”Jag kommer att bete mig tokigt.” och ”Jag kommer att få en hjärtattack.”. Individen skattar på en femgradig skala från ”aldrig” till ”alltid” hur ofta varje tanke uppkommer i olika situationer (Chambless et al., 1984). Enligt Carlbring et al. (2005) var test-retest reliabiliteten för ett svenskt urval av panikpatienter hög, $r = .89$. Även den interna konsistensen var mycket bra, $\alpha = .84$.

The Body Sensations Questionnaire (BSQ) BSQ avser mäta en individs subjektiva rädsla för kroppsliga sensationer vilka är vanligt förekommande vid ångest. De kroppsliga sensationerna kan upplevas vid i en fruktad situation eller vid nervositet. Formuläret består av 17 påståenden och sensationerna (t.ex. domningar i armar eller ben, svettningar, andnöd) skattas på en femgradig skala (Chambless et al., 1984). Test-retest reliabiliteten för BSQ är hög, för ett svenskt urval av panikpatienter $r = .81$. Den interna konsistensen var för samma urval mycket bra, $\alpha = .87$ (Carlbring et al. 2005).

Prediktorer

Mobility Inventory for Agoraphobia Alone (MI-AAL) MI mäter grad av agorafobiskt undvikande. Självskattningsformuläret består av en uppräkningslista av 25 platser eller situationer. Individen skattar i hur hög utsträckning hon eller han undviker dessa både ensam respektive tillsammans med någon. MI-AAL handlar om de situationer då individen är ensam. Skattningen sker på en 5-gradig skala från ”undviker aldrig” till ”undviker alltid” (Chambless et al., 1985). MI-AAL har en hög test-retest reliabilitet på mellan $r = .94$ och $.96$ och den interna konsistensen är mycket bra med α mellan $.92$ till $.95$ för ett svenskt urval av panikpatienter (Carlbring et al. 2005).

The Controlled Oral Word Association Test (COWAT) COWAT mäter en individs kognitiva förmåga när det handlar om att under tidspress formulera så många ord som möjligt som börjar på F, A, respektive S. Cowat betraktas generellt som ett mått på verbalt flöde, och är således ett test där ett fungerande arbetsminne är centralt (Lezak, 1995).

Credibility-scale (C-scale) Skalan mäter hur trovärdig behandlingen uppskattas vara och består av 5 frågor på en tio-gradig skala. Frågorna handlar om hur bra individen tror sig kunna bli efter genomförd behandling (Borkovec & Nau, 1972).

Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) SCID är ett semistrukturerat intervjustöd och ett instrument för att ställa axel I (SCID-I) eller axel II (SCID-II) diagnoser utifrån DSM. SCID-II omfattar de i DSM-IV beskrivna personlighetsstörningarna. Valda delar av SCID-II kan administreras separat. SCID-II kan även som i det här fallet administreras med ett tillhörande frågeformulär som en inledande screening. Intervju kan genomföras efteråt med fokus på relevanta områden. Frågeformuläret består av 119 frågor med ja eller nej som svarsalternativ (First et al., 1997).

Procedur och statistiska analyser

Statistiska analyser genomfördes för den grupp som erhållit terapeut-administrerad behandling samt för den grupp som erhållit internetadministrerad behandling. Som utfallsmått beräknades residual gain scores, individuella förändringsvärden, för ACQ respektive BSQ vid behandlingens avslut samt vid uppföljningen efter ett år med hjälp av formeln $z_2 - z_1 r_{12}$ (Steketee & Chambless, 1992). Residual gain scores tar hänsyn till individuella förbättringar relativt förbättringar andra deltagare gjort vilka befunnit sig på samma initiala nivå. För prediktionsanalyser användes multipel regressionsanalys med de ovan beskrivna oberoende variablerna som prediktorer. Semi-partiella korrelationer beräknades för att få respektive prediktors enskilda betydelse. Analyserna genomfördes för respektive grupp för mätningar direkt efter behandling samt för uppföljningsmätningar. Skillnader i resultat mellan de båda grupperna undersöktes. Analyserna genomfördes med SPSS version 11.0 för Macintosh OS X.

Resultat

Resultaten för behandlingsstudien (Carlbring et al., 2005) visar på en signifikant förbättring när det gäller de inkluderade självskattningsformulären både efter behandling samt vid uppföljning för respektive behandlingsgrupp. Resultaten på formulären skiljde sig inte signifikant åt mellan grupperna vid något av de tre mätningstillfällena. Det fanns inte heller några skillnader mellan resultaten efter behandling respektive vid uppföljning. Den terapeutadministrerade behandlingsgruppen fick dock överlag högre effektstorlekar. Den totala effektstorleken var efter behandling 0.99 för gruppen som erhållit terapeutadministrerad behandling och 0.78 för den grupp som erhållit internetadministrerad behandling, vid uppföljningen 0.93 respektive 0.80. Tabell 2 redovisar utfallsmått och prediktorers medelvärde och standardavvikelse för de använda formulären inkluderade i föreliggande studie. Resultaten för respektive behandlingsgrupp redovisas före och efter behandling samt vid ettårsuppföljning.

Tabell 2

Medelvärde (standardavvikelse) för de använda formulären före och efter behandling samt vid ettårsuppföljning för respektive behandlingsgrupp

Mått	Grupp	Före	Efter	Ettårsuppföljning
<i>Utfallsmått</i>				
ACQ	Terapeut	34.6 (9.3)	23.6 (7.2)	23.1 (8.6)
	Internet	34.5 (8.6)	23.8 (9.0)	23.0 (9.6)
BSQ	Terapeut	52.6 (10.8)	31.3 (9.1)	31.9 (10.7)
	Internet	48.7 (11.7)	31.8 (11.6)	32.1 (11.5)
<i>Prediktorer</i>				
MI-AAL	Terapeut	2.7 (0.9)	1.9 (0.8)	2.0 (0.9)
	Internet	2.2 (0.9)	1.7 (0.7)	1.6 (0.7)
COWAT	Terapeut	38.0 (12.9)		
	Internet	40.0 (8.0)		
C-scale	Terapeut	41.7 (7.0)		
	Internet	32.7 (6.0)		
SCID-II (C)	Terapeut	.88 (.85)		
	Internet	.76 (.93)		

ACQ, Agoraphobic Cognitions Questionnaire; BSQ, The Body Sensations Questionnaire; MI-AAL, Mobility Inventory for Agoraphobia Alone; COWAT, The Controlled Oral Word Association Test; C-scale, Credibility-scale; SCID-II (C), screening Structured Clinical Interview for DSM-IV kluster C.

Terapeutadministrerad behandling

Agorafobiska tankar

Den multipla regressionen visar att för den grupp som erhållit terapeut-administrerad behandling predicerar modellen utfall i form av individuella förändringsvärden vad gäller agorafobiska tankar, $F(4,19) = 3.60$, $\text{Adj.R}^2 = .31$, $p = .02$. Resultaten redovisas i Tabell 3. När det gäller de enskilda prediktorerna är grad av agorafobiskt undvikande en signifikant prediktor med $\beta = .73$, $p = .002$. Den semi-partiella korrelationen $r = .61$ visar att grad av agorafobiskt undvikande är en signifikant positiv prediktor. Modellen predicerar även utfall vid ettårsuppföljning $F(4,19) = 6.36$, $\text{Adj.R}^2 = .48$, $p = .002$. Grad av agorafobiskt undvikande är en signifikant prediktor även här med $\beta = .80$, $p = .000$, den semi-partiella korrelationen $r = .67$ visar att det är en signifikant positiv prediktor för förändring. Vid uppföljningen visar regressionsmodellen vidare att kognitiv funktion predicerar utfall när det gäller agorafobiska tankar, $\beta = .34$, $p = .04$. Den semi-partiella korrelationen $r = .33$ visar att kognitiv funktion är en signifikant positiv prediktor. Även att vara positivt screenad för någon personlighetsstörning tillhörande kluster C visar sig vid uppföljningen kunna predicera utfall i form av agorafobiska tankar för de som erhållit terapeut-administrerad behandling; $\beta = -.57$, $p = .004$. I det här fallet visar den semi-partiella korrelationen $r = -.49$ att symptom på personlighetsstörning inom kluster C är en negativ prediktor för utfall. Ingen av de övriga prediktor-variablerna predicerar utfall signifikant när det gäller agorafobiska tankar direkt efter eller vid uppföljning efter terapeutadministrerad behandling.

Tabell 3

Multipel regressionsanalys av individuella förändringsvärden på ACQ efter terapeutadministrerad behandling

Modell	Efter	Ettårsuppföljning
R	.66	.76
R ²	.43	.57
Adj R ²	.31	.48
F	3.60*	6.36**
Prediktorer		
Semi-partiella korrelationer med utfall		
MI-AAL	.61**	.67**
COWAT	.29	.33*
C-scale	.02	-.09
SCID-II (C)	-.31	-.49**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

ACQ, Agoraphobic Cognitions Questionnaire; BSQ, The Body Sensations Questionnaire; MI-AAL, Mobility Inventory for Agoraphobia Alone; COWAT, The Controlled Oral Word Association Test; C-scale, Credibility-scale; SCID-II (C), screening Structured Clinical Interview for DSM-IV kluster C.

Rädsla för kroppsliga sensationer

Modellen predicerar även utfall när det gäller rädsla för kroppsliga sensationer, $F(4,19) = 5.86$, $\text{Adj.}R^2 = .46$, $p = .003$. Resultaten redovisas i Tabell 4. Även för detta utfallsmått är grad av agorafobiskt undvikande en signifikant prediktor med $\beta = .67$, $p = .002$. Den semi-partiella korrelationen $r = .55$ visar att grad av agorafobiskt undvikande är en signifikant positiv prediktor. En övertygelse om behandlingens trovärdighet visar sig i viss mån kunna predicera utfallet negativt, $\beta = -.35$, $p = .04$, $r = -.34$. Med valda prediktorer i modellen blir resultatet för rädsla för kroppsliga sensationer vid uppföljningen $F(4,19) = 4.29$, $\text{Adj.}R^2 = .36$, $p = .012$. Grad av agorafobiskt undvikande är en signifikant prediktor, $\beta = .70$, $p = .003$ och den semi-partiella korrelationen $r = .58$ visar att grad av agorafobiskt undvikande även för detta utfallsmått är en positiv prediktor. Även kluster C predicerar kroppsliga sensationer, $\beta = -.42$, $p = .04$. Den semi-partiella korrelationen $r = -.36$ visar även här att symptom på personlighetsstörning inom kluster C är en negativ prediktor för utfall. Ingen av de övriga prediktorvariablerna predicerar utfall signifikant när det gäller rädsla för kroppsliga sensationer direkt efter eller vid uppföljning efter terapeutadministrerad behandling.

Tabell 4

Multipel regressionsanalys av individuella förändringsvärden på BSQ efter terapeutadministrerad behandling

<i>Modell</i>	<i>Efter</i>	<i>Ettårsuppföljning</i>
R	.74	.69
R ²	.55	.48
Adj. R ²	.46	.36
F	5.86**	4.29**
<i>Prediktorer</i>		
Semi-partiella korrelationer med utfall		
MI-AAL	.55**	.58**
COWAT	.24	.33
C-scale	-.34*	-.16
SCID-II (C)	-.20	-.36*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

ACQ, Agoraphobic Cognitions Questionnaire; BSQ, The Body Sensations Questionnaire; MI-AAL, Mobility Inventory for Agoraphobia Alone; COWAT, The Controlled Oral Word Association Test; C-scale, Credibility-scale; SCID-II (C), screening Structured Clinical Interview for DSM-IV kluster C.

Internetadministrerad behandling

Agorafobiska tankar

Den multipla regressionen visar att valda prediktorer i modellen inte signifikant predicerar utfall i form av individuella förändringsvärden när det gäller agorafobiska tankar efter internetadministrerad behandling. Resultaten redovisas i Tabell 5. Efter behandling visar modellen $F(4,20) = 1.70$, $Adj.R^2 = .11$, $p = .19$ och vid ettårsuppföljning $F(4,20) = 0.62$, $Adj.R^2 = -.07$, $p = .65$. Då screening för personlighetsstörning kluster C signifikant predicerar utfallet positivt utfördes en korrelation för den enskilda prediktorn. Pearsons $r = .44$, $p = .05$ tyder på ett enkelt samband där variabeln enskilt har en positiv förmåga att predicera behandlingsutfallet.

Tabell 5

Multipel regressionsanalys av individuella förändringsvärden på ACQ efter internetadministrerad behandling

Modell	Efter	Ettårsuppföljning
R	.50	.33
R ²	.25	.11
Adj R ²	.11	-.07
F	1.70	0.62
Prediktorer		
Semi-partiella korrelationer med utfall		
MI-AAL	-.05	-.06
COWAT	.20	.10
C-scale	.01	-.07
SCID-II (C)	.48*	.32

* $p < 0.05$

ACQ, Agoraphobic Cognitions Questionnaire; BSQ, The Body Sensations Questionnaire; MI-AAL, Mobility Inventory for Agoraphobia Alone; COWAT, The Controlled Oral Word Association Test; C-scale, Credibility-scale; SCID-II (C), screening Structured Clinical Interview for DSM-IV kluster C.

Rädsla för kroppsliga sensationer

Inte heller när det gäller rädsla för kroppsliga sensationer är den valda prediktionsmodellen signifikant för den grupp som erhållit internetadministrerad behandling. De valda prediktorvariablerna predicerar inte utfall i form av individuella förändringsvärden, resultaten redovisas i Tabell 6. Direkt efter behandling är resultatet för den multipla regressionen $F(4,20) = 1.35$, $Adj.R^2 = .05$, $p = .29$ och vid ettårsuppföljning $F(4,20) = 1.22$, $Adj.R^2 = .04$, $p = .34$.

Tabell 6

Multipel regressionsanalys av individuella förändringsvärden på BSQ efter internetadministrerad behandling

Modell	Efter	Ettårsuppföljning
R	.46	.44
R ²	.21	.20
Adj R ²	.05	.04
F	1.35	1.22
<i>Prediktorer</i>		
Semi-partiella korrelationer med utfall		
MI-AAL	-.04	-.23
COWAT	.33	-.06
C-scale	.10	-.28
SCID-II (C)	.39	.33

ACQ, Agoraphobic Cognitions Questionnaire; BSQ, The Body Sensations Questionnaire; MI-AAL, Mobility Inventory for Agoraphobia Alone; COWAT, The Controlled Oral Word Association Test; C-scale, Credibility-scale; SCID-II (C), screening Structured Clinical Interview for DSM-IV kluster C.

Diskussion

Resultat

Till skillnad från resultaten när det gäller den terapeutadministrerade behandlingen är ingen av de båda regressionsmodellerna signifikanta när det gäller internetadministrerad behandling. Att inte någon av variablerna predicerar utfall efter internetbehandling trots likheter mellan grupperna vad gäller behandlingsresultat kan ha att göra med en viss skillnad i behandlingsutfallets effektstorlek mellan de båda grupperna. Det kan även handla om att antalet försökspersoner är relativt få. Då internetbehandling är ett relativt nytt behandlingsformat blir det vidare relevant att fundera över huruvida valda prediktorer vilka undersökts för terapeutadministrerad behandling är applicerbara även på internetbaserad behandling. Eventuellt kan specifika mått behöva utvecklas för vad som är av vikt vid internetbaserad självhjälpsbehandling. När det gäller t.ex. kognitiv förmåga är det möjligt att textförståelse är av större betydelse för behandlingsutfallet vid denna typ av behandling. Resultatet visar dock att en screening för kluster C personlighetsstörning har en signifikant betavikt för agorafobiska kognitioner. Detta undersöktes närmare genom att en korrelation utfördes som visade på ett enkelt positivt samband vilket kan tyda på att drag av en personlighetsstörning ur kluster C åtminstone inte behöver vara något negativt vid internetbehandling.

Efter terapeutadministrerad behandling visade sig grad av agorafobiskt undvikande vara en signifikant positiv prediktor för förändring när det gäller de båda utfallsmåtten agorafobiska tankar och rädsla för kroppsliga sensationer. Variabeln predicerade i princip lika mycket direkt efter behandling som vid uppföljning. Detta resultat ligger inte i linje med en del tidigare forskning vilket kan förklaras med val av utfallsmått. Initial svårighetsgrad av agorafobiskt undvikande verkar vara en negativ prediktor när det gäller råpoäng efter behandling. När utfallet som i det här fallet istället mäts med residual gain scores blir resultatet det motsatta. Residual gain scores syftar till att behandlingsutfallet inte ska vara beroende av förmätningen. Om två individer förbättras lika mycket kan de ändå få olika utfall efter behandling p.g.a. olika poäng vid förmätningen. För att få reda på individens verkliga förändringsgrad tas hänsyn till initiala skillnader. Här har individer som innan behandling rapporterat stora svårigheter även rapporterat störst minskning av dessa efter behandling, vilket gör att de initiala svårigheterna blir något positivt för behandlingsutfallet (Keijsers et al., 1994). Slutsatsen blir att det troligtvis inte är ett hinder med svåra symptom som agorafobiskt undvikande för en lyckad behandling (stor individuell förändring) vilket även Steketee och Shapiro (1995) samt Ramnerö och Öst (2004) har konstaterat.

Att vara positivt screenad för någon personlighetsstörning tillhörande kluster C visade sig vid uppföljningen kunna predicera de båda utfallsmåtten. I det här fallet var det negativt för behandlingsutfallet. Som inledningsvis beskrivits har tidigare forskning visat motstridiga resultat gällande personlighetsstörningars inverkan på behandlingsutfall, senare studier att de kan ha en negativ påverkan. I denna studie var inte diagnoserna säkerställda utan endast en screening var genomförd. Resultatet tyder på att det under en behandling kan vara av vikt att uppmärksamma drag av den här typen av personlighetsstörningar, även om de inte nödvändigtvis behöver vara negativa för det direkta behandlingsutfallet.

Vid uppföljningen visade sig även en god kognitiv förmåga vara en signifikant positiv prediktor för behandlingsutfallet i form av agorafobiska tankar. Kognitiv förmåga är i princip inte undersökt när det gäller dess betydelse för behandlingsutfall vid paniksyndrom. En tolkning av resultatet från denna studie är att kognitiv förmåga kan ha viss betydelse. En möjlighet är att behandlingen i denna studie inte anpassades till individernas förmåga på samma sätt som den kan göras i en klinisk verklighet vilket gör att den påverkar behandlingsresultatet. Efter genomförd behandling visade det sig slutligen att en tro på behandlingen var en i viss mån negativ prediktor för behandlingsutfall när det gäller rädsla för kroppsliga sensationer. Försökspersonerna i studien fick ange hur trovärdig de ansåg respektive behandling vara innan de slumpades in i en av två behandlingsgrupper. Terapeutadministrerad behandling skattades något högre än internetadministrerad. Det är möjligt att de som erhöll terapeutadministrerad behandling kan ha haft en övertro på denna behandlingsform. Denna tolkning blir rimlig med tanke på tidigare studiers resultat gällande detta.

Metod

Inkonsekventa resultat när det gäller tidigare prediktionsstudier kan ha att göra med metodfrågor. Bl.a. har olika typer av behandlingsutfall använts: olika instrument, klinisk respektive signifikant förbättring, råpoäng vid eftermätningar respektive gain eller residual gain scores. När det gäller initiala symptom som agorafobiskt undvikande kan det vara svårt att dra slutsatser om dess prediktiva värde. Då utfallsinstrument och prediktionsvariabel korrelerar innan behandling kan det prognostiska värdet försvagas. Båda variabler mäter symptom vilket gör det troligt att de även korrelerar efter framgångsrik behandling (Keijsers et al., 1994). Enligt Steketee och Chambless (1992) är dock residual gain scores att rekommendera då syftet är att ta reda på individens förändring efter genomförd behandling.

Att endast ha självrapporteringsformulär som utfallsmått kan kritiseras. Enligt Lidren et al. (1994) har en metaanalys gällande självhjälpsstudier dock visat på en avsaknad av signifikanta skillnader mellan självrapporteringar, beteendeobservationer och fysiologiska mätningar. Önskvärt är ändå flertalet utfallsmått.

Även att när det gäller personlighetsstörningar ha en genomförd diagnostiseringsintervju är givetvis att föredra. Ett alternativt tillvägagångssätt är även att undersöka kliniskt signifikant förbättring vid beräkning av utfall. Här användes istället residual gain scores då den behandlingsstudie vilken data är hämtat från redan undersökt kliniskt signifikant förbättring. Av intresse var i detta fall individuell grad av förändring på vissa mått efter behandling med kunskap om valda prediktorer innan behandling. Alltså i högre grad möjligheten att predicera en förändring på vissa mått istället för att undersöka behandlingens nytta i betydelsen att individer blir kliniskt signifikant förbättrade eller ej.

När det gäller multipel regressionsanalys finns det vidare olika rekommendationer för hur många försökspersoner som bör vara inkluderade i en analys. Vissa menar att $n = 15$ per prediktor är rimligt, vilket i det här fallet med fyra prediktorer skulle kräva att $n = 60$. Enligt Tabachnick & Fidell (1989) bör $n > 50 + 8m$ då $m =$ antal prediktorer. Med fyra prediktorer bör alltså $n = 82$. Enligt Clark-Carter (2004) menar dock vissa att $n = 5$ är godtagbart. I denna studie är antalet prediktorer fyra och $n = 24$ respektive 25 vilket ger sex försökspersoner per prediktor. Här undersöktes möjligheten att utesluta prediktorn behandlingens trovärdighet ur modellen så att $n = 8$ per prediktor. Resultatet blev dock i princip likadant vilket gjorde att det ursprungliga antalet prediktorer fick kvarstå.

Vidare gör ett begränsat antal försökspersoner det svårt att i någon större utsträckning generalisera resultaten. Även det faktum att de inkluderade individerna själva hade uttryckt intresse för att delta kan påverka resultatet. Oavsett metodologiska tillkortakommanden kan dock denna studie vara av intresse som ett led i forskningen kring predicering av utfall efter psykoterapeutisk behandling vid paniksyndrom.

Framtida forskning

Tidigare forskning har visat motstridiga resultat gällande de flesta variabelers prediktiva förmåga när det gäller behandlingsutfall vid paniksyndrom. Viktigt är således att fortsätta undersöka olika variabelers prediktiva förmåga för att kunna utveckla psykoterapeutisk behandling och ge individer anpassad behandling. De i denna studie inkluderade prediktorerna behöver undersökas ytterligare. Av särskilt intresse blir resultat gällande kognitiv förmågas betydelse som inte tidigare undersökts i någon större utsträckning. Ytterligare forskning behövs även när det gäller internetadministrerad behandling för att kunna hitta möjliga prediktiva variabler för denna typ av behandling. Av särskilt intresse vid denna typ av behandling blir den prediktiva förmågan hos personlighetsstörningar tillhörande kluster C då resultatet här möjligen antyder en avsaknad av inflytande. Av vikt blir även att inkludera ett större antal försökspersoner samt olika typer av utfallsmått.

Genom ytterligare behandlingsforskning för kliniska populationer (t.ex. Wade, Treat & Stuart, 1998) kan prediktionsstudier genomföras även för denna typ av population. Genom detta inkluderas även en klinisk verklighet och genom forskning utvecklade behandlingar kan appliceras på denna.

Referenser

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andersson, G., Bergström, J., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2005). The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *18*, 73-77.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Ekselius, L., & Carlbring, P. (2004). Delivering Cognitive Behavioural Therapy for mild to moderate depression via the Internet: Predicting outcome at 6-month follow-up. *Verhaltenstherapie*, *14*, 185-189.
- Andersson, G., & Carlbring, P. (2003). Internet and Cognitive Behaviour Therapy: New opportunities for treatment and assessment. *Cognitive Behaviour Therapy* *32*, 97-99.
- Baillie, A. J., & Rapee, R. M. (2004). Predicting who benefits from psychoeducation and self help for panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 513-527.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 408-418.
- Carlbring, P. (2005). *Formulärsammanställning*. Institutionen för Psykologi, Uppsala universitet.
- Carlbring, P. (2004). *Panic! Its prevalence, diagnosis and treatment via the Internet*. Akademisk avhandling, Uppsala universitet.
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L-G., & Andersson, G. (in press). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., Söderberg, M., Ekselius, L., & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the internet. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1321-1333.

Carlbring, P., Ekselius, E., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 129-140.

Carlbring, C., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy*, 32, 751-764.

Chambless, D. L., Renneberg, B., Gracely, E. J., Goldstein, A. J., & Fydrich, T. (2000). Axis I and Axis II comorbidity in agoraphobia: Prediction of psychotherapy outcome in a clinical setting. *Psychotherapy Research*, 10, 279-295.

Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative psychological research. A student's handbook*. New York: Psychology Press.

Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2001). Panic disorder and agoraphobia. I D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (s. 1-59). New York: The Guilford Press.

Dreessen, L., & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 483-504.

Febbraro, G. A. R., Clum, G. A., Roodman, A. A., & Wright, J. H. (1999). The limits of bibliotherapy: A study of the differential effectiveness of self-administered interventions in individuals with panic attacks. *Behavior Therapy*, 30, 209-222.

First, M. B., & Tasman, A. (2004). *DSM-IV-TR. Mental Disorders. Diagnosis, etiology & treatment*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Smith Benjamin, L. (1997). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Clinician version (SCID-CV)*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Gould, R. A., & Clum, G. A. (1995). Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension. *Behavior Therapy*, 26, 533-546.

Haaga, D. A. F., DeRubeis, R. J., Stewart, B. L., & Beck, A. T. (1991). Relationship of intelligence with cognitive therapy outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 277-281.

Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & Schaap, C. P. D. R. (1994). Prognostic factors in the behavioral treatment of panic disorder with and without agoraphobia. *Behavior Therapy*, 25, 689-708.

Kenardy, J. A., Johnston, D. W., Thomson, A., Dow, M. G. T., Newman, M. G., & Barr Taylor, C. (2003). A comparison of delivery methods of Cognitive-Behavioral Therapy for panic disorder: An international multicenter trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1068-1075.

Lezak, M. (1995). *Neuropsychological assessment* (3 ed.). New York: Oxford University Press.

Lidren D. M., Watkins, P. L., Gould, R. A., Clum, G. A., Asterino, M., & Tulloch, H. L. (1994). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 865-869.

McLean, P. D., Taylor, S. Woody, S., & Koch, W. J. (1998). Comorbid panic disorder and major depression: Implications for Cognitive-Behavioral Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 240-247.

Otto, M. W., Pollack, M. H., & Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: Costs, benefits, and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 556-563.

Ramnerö, J. (2005). *Behavioral Treatments of Panic Disorder with Agoraphobia: Treatment Process and Determinants of Change*. Akademisk avhandling, Stockholms universitet.

Ramnerö, J., & Öst, L-G. (2004). Prediction of outcome in the behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33, 176-180.

Richards, J., Klein, B., & Carlbring, P. (2003). Internet-based treatment for panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 125-135.

- Sharp, D. M., & Power, K. G. (1999). Predicting treatment outcome for panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 336-348.
- Slaap, B. R., & den Boer, J. A. (2001). The prediction of nonresponse to pharmacotherapy in panic disorder: A review. *Depression and Anxiety*, 14, 112-122.
- Steketee, G., & Chambless, D. L. (1992). Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, 12, 387-400.
- Steketee, G., & Shapiro, L. J. (1995). Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 15, 317-346.
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom. SBU:s sammanfattning och slutsatser*. Mölntycke: Elanders Infologistics Väst AB.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (1989). *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins.
- Telch, M. J., Schmidt, N. B., Jaimez, L., Jacquin, K. M., & Harrington, P. J. (1995). Impact of cognitive-behavioral treatment on quality of life in panic disorder patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 823-830.
- Wade, W. A., Treat, T. A., & Stuart, G. L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231-239.
- White, K. S., & Barlow, D. H. (2002). I D. H. Barlow, *Anxiety and its disorders - The nature and treatment of anxiety and panic* (s. 328-379). New York: The Guilford Press.