

NOVA-PROJEKTET

– Effekten av ett Internetbaserat självhjälsprogram
med e-poststöd vid behandling av ångeststörningar

Fanny Estling
Ebba Jakobsson



Linköpings universitet
Institutionen för beteendevetenskap och lärande
Psykologprogrammet



Psykologprogrammet omfattar 300 högskolepoäng över 5 år. Vid Linköpings universitet har programmet funnits sedan 1995. Utbildningen är upplagd så att studierna från början är inriktade på den tillämpade psykologins problem och möjligheter och så mycket som möjligt liknar psykologens yrkessituation. Bland annat omfattar utbildningen två praktikperioder om sammanlagt 16 heltidsveckor. Studierna sker med hjälp av problembaserat lärande (PBL) och är organiserade i fem block, efter en introduktions kurs på 10,5hp: (I) kognitiv och biologisk psykologi, 40,5 hp; (II) utvecklingspsykologi och pedagogisk psykologi, 54 hp; (III) samhälle, organisations- och grupppsykologi, 84 hp; (IV) personlighetspsykologi och psykologisk behandling, 70,5 hp; (V) forskningsmetod och examensarbete, 40,5 hp. Parallellt med blocken löper ”strimmor” som fokuseras på träning i forsknings-metodik, psykometri och testkunskap samt samtalskonst.

Den här rapporten är en psykologexamensuppsats, värderad till 30 hp, höstterminen 2007.Handledare har varit Per Carlbring och biträdande handledare: Gerhard Andersson.

Institutionen för beteendevetenskap och lärande
Linköpings universitet
581 83 Linköping

Telefon 013-28 10 00
Fax 013-28 21 45



Institutionen för beteendevetenskap och lärande
581 83 LINKÖPING

Seminariedatum
13 dec 2007

Språk X Svenska/Swedish Engelska/English	Rapporttyp Uppsats grundnivå Uppsats avancerad nivå X Examensarbete Licentiatavhandling Övrig rapport	ISRN-nummer LIU-IBL/PY-D--07/179--SE
---	---	--

Titel: NOVA-projektet - effekten av ett internetbaserat självhjälsprogram med e-poststöd vid behandling av ångeststörningar

Title: NOVA – The efficacy of a guided self-help treatment program for anxiety disorders via the internet.

Författare: Fanny Estling och Ebba Jacobsson

Sammanfattning

Föreliggande studies syfte var att undersöka behandlingseffekten av ett Internetbaserat självhjälsprogram med e-poststöd, för personer med olika typer av ångestproblematik. Ett ytterligare syfte var att undersöka behandlingsresultaten när deltagaren själv fick förfoga över behandlingens upplägg och innehåll. Huvudkomponenten i behandlingen utgjordes av sammanlagt 16 moduler hämtade från tidigare Internetbehandlingar riktade mot social fobi, paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom samt depression.

Behandlingsgruppen utgjordes av 27 individer som varit kontrollgrupp i en tidigare behandlingsstudie. För samtliga deltagare pågick behandlingen tio veckor. Beroendevariabler utgjordes av självskattningsformulären Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure, Beck Anxiety Inventory, Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self Rated, Quality Of Life Inventory, resultat på SCID-intervjuer samt kodning av totala symtom. Beroende t-test visade att behandlingsgruppen förbättrades signifikant på samtliga beroendevariabler, vilket innebär att denna KBT-behandling har lett till minskad grad av ångest, nedstämdhet samt ökat välmående, funktion och livskvalitet för deltagarna. Genomsnittlig effektstorlek inom gruppen var Cohens $d=0.88$.

Nyckelord: Internet, e-post, individualiserad, vägled, självhjälp, patientinflytande, social fobi, paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, depression, randomiserad, kliniskt signifikant förbättring, SCID-I, CORE-OM, BAI, QOLI, MADRS-S, KBT, NOVA.

Tack

Vi skulle vilja rikta ett stort tack till följande personer som på olika sätt bidragit till denna uppsats:

Per Carlbring, Gerhard Andersson, Linda Maurin, Lotta Törngren, Emma Linna, Ulrika Wennerström, Wadad Mahmud, Paola Törnaeus, och Lena Jonsson.

Sist men inte minst vill vi tacka våra familjer och vänner som visat tålamod och stöttat oss genom hela uppsatsskrivandet!

Abstract

Föreliggande studies syfte var att undersöka behandlingseffekten av ett Internet-baserat självhjälsprogram med e-poststöd, för personer med olika typer av ångestproblematik. Ett ytterligare syfte var att undersöka behandlingsresultaten när deltagaren själv fick förfoga över behandlingens upplägg och innehåll. Huvudkomponenten i behandlingen utgjordes av sammanlagt 16 moduler hämtade från tidigare Internetbehandlingar riktade mot social fobi, paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom samt depression.

Behandlingsgruppen utgjordes av 27 individer som varit kontrollgrupp i en tidigare behandlingsstudie. För samtliga deltagare pågick behandlingen tio veckor. Beroendevariabler utgjordes av självskattningsformulären Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure, Beck Anxiety Inventory, Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self Rated, Quality Of Life Inventory, resultat på SCID-intervjuer samt kodning av totala symtom. Beroende t-test visade att behandlingsgruppen förbättrades signifikant på samtliga beroendevariabler, vilket innebär att denna KBT-behandling har lett till minskad grad av ångest, nedstämdhet samt ökat välmående, funktion och livskvalitet för deltagarna. Genomsnittlig effektstorlek inom gruppen var Cohens $d=0.88$.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
ÅNGESTSTÖRNINGAR.....	1
Prevalens.....	2
Generaliserat ångestsyndrom (GAD).....	2
Social fobi.....	3
Paniksyndrom.....	3
Depression.....	4
DIAGNOSTIK AV ÅNGESTSYNDROM.....	4
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).....	4
Komorbiditet.....	5
BEHANDLING AV ÅNGESTSYNDROM.....	5
Farmakologisk behandling av ångest.....	5
Farmakologisk behandling av depression.....	5
KBT.....	6
Självhjälpsbehandling över Internet.....	6
Behandling vid komorbiditet.....	7
BESKRIVNING AV NOVA-PROJEKTET.....	8
NOVA I.....	8
NOVA II.....	9
SYFTE.....	10
HYPOTESER.....	10
METOD.....	11
DELTAGARE.....	11
Rekrytering.....	11
Urval.....	11
Diagnostisering.....	15
Diagnosfördelning.....	15
Subkliniska besvär vid förmätningstillfälle 2.....	15
Bortfall.....	16
MATERIAL.....	17
Screening.....	17
Självskattningsformulär.....	17
Clinical Global Impression – Improvement (CGI-I).....	18
Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders (SCID-I)....	19
Självhjälpsmaterial – moduler.....	19
DESIGN.....	20
PROCEDUR.....	20
Hemsida.....	20
Anmälan.....	21
SCID-utbildning.....	21

SCID-intervjuer	21
Randomisering.....	22
Förmätning	22
Behandlingen.....	22
Eftermätning	23
Datasäkerhet	23
Etiska frågeställningar	24
Statistiska analyser	24
RESULTAT.....	25
SJÄLVSKATTNINGSFÖRMÅLÄR.....	25
Effektstorlekar	25
CLINICAL GLOBAL IMPRESSION, CGI.....	26
DIAGNOSFÖRDELNING	27
TOTALA SYMPTOM OCH SUBKLINISKA BESVÄR.....	27
Förbättringar mellan förmätningarna	28
Följsamhet i behandlingen.....	29
UTVÄRDERING AV BEHANDLINGEN	30
DISKUSSION	32
RESULTATDISKUSSION	32
Hypotes 1: Minska ångest- och nedstämdhetssymtom samt öka graden av välmående och allmänna funktioner	32
Hypotes 2: Minska ångestnivån	33
Hypotes 3: Minska graden av depression.....	33
Hypotes 4: Ökad grad av livskvalitet	34
Hypotes 5: Uppfyllande av diagnoskriterier	34
CGI-skattningar	35
Förändring inom gruppen mellan förmätningarna	35
Totala symtom och subkliniska symtom	35
METODDISKUSSION	36
Intern validitet	36
Extern validitet	37
Behandlingsprogrammets utformning.....	37
JÄMFÖRELSE MED TIDIGARE INTERNETBASERADE SJÄLVHJÄLPSSTUDIER	39
ANVÄNDNING AV RESULTATEN	40
Begränsningar med studien	40
Framtida forskning	41
SLUTORD	42
REFERENSER.....	43
BILAGOR	50
A. BEHANDLINGSMODULER	50
B. SAMTYCKE ENLIGT PERSONUPPGIFTSLAGEN.....	54
C. DELTAGARINFORMATION	56

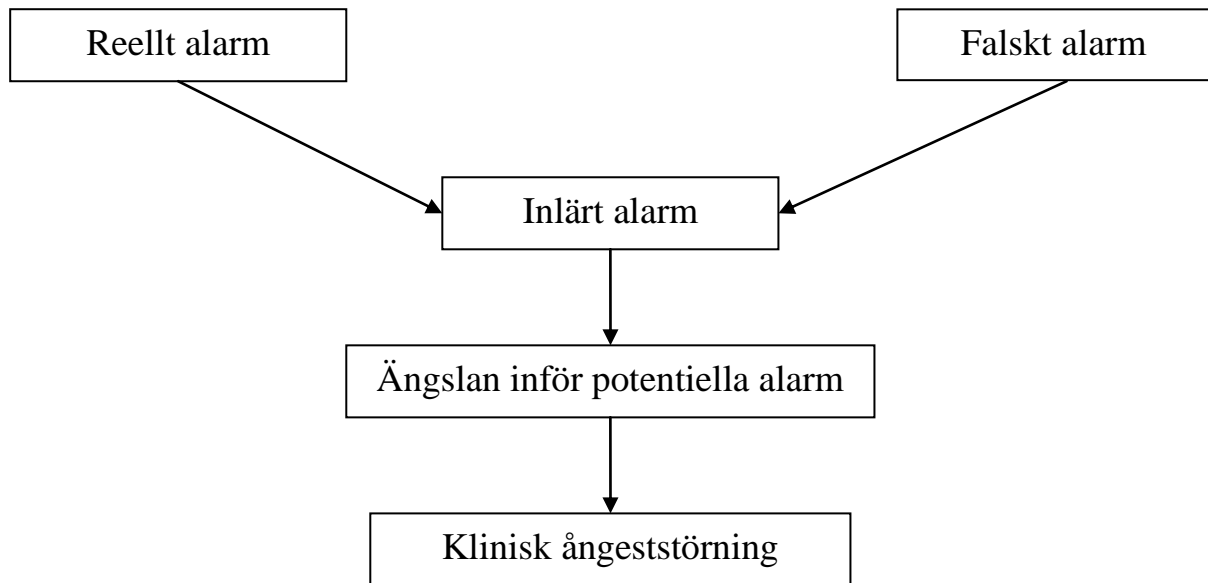
Inledning

Ångeststörningar

Ångest kan karaktäriseras av en känsla av kraftig ängslan och olust, med både fysiska och psykiska symtom, som är förenad med en förväntad fara. Ångestsyndrom kan delas in i sju underkategorier, paniksyndrom, tvångssyndrom (OCD), posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), generaliserat ångestsyndrom (GAD), social fobi, specifika fobier samt ångestsyndrom utan närmare specifikation (ångest UNS) (Statens beredning för medicinsk utvärdering; SBU, 2007).

I en modell presenterad av Barlow (2002) förklaras ångeststörningar som en funktion av upplevda ångestattacker och en intensiv ängslan och oro för potentiella attacker i framtiden. Barlow (2002) menar att upplevelsen av en plötslig och oväntad panikattack inte är särskilt ovanlig. Enligt beräkningar drabbas mellan 10 % och 14 % av befolkningen någon gång under sin livstid av så kallade falska alarm. Ett falskt alarm innebär en plötslig ångestattack utan yttre orsak. Få av dessa människor utvecklar dock en klinisk ångeststörning. Merparten av de individer som någon gång upplever en oväntad ångestattack uppvisar sällan någon oro över attacken eller för eventuella framtida attacker. Vad som verkar utmärka individer som drabbas av en ångeststörning är utvecklandet av en ängslan inför potentiellt kommande attacker. De personer som trots allt inte utvecklar en ångeststörning rapporterar ofta att de upplevde situationen som kontrollerbar. De avfärdade attacken som en följd av en dålig dag eller något de ätit (Barlow, 2002).

Barlow (2002) menar att det är just upplevelsen av kontroll under en ångestattack som tycks fungera som ett vaccin mot kliniska ångeststörningar. Känslan av kontroll verkar spegla en avsaknad av en allmän psykologisk sårbarhet för att utveckla ångeststörningar eller en välutvecklad förmåga att reglera emotioner. För att möta kriterierna för till exempel paniksyndrom måste upplevelsen av ett falskt alarm följas av utvecklandet av en ängslan och oro för eventuellt kommande attacker, baserad på en psykologisk sårbarhet för ångest och en extrem vaksamhet för potentiellt alarmerande kroppsliga symtom. Denna modell kan också appliceras på exempelvis post traumatiskt stressyndrom, PTSD, (med en förekomst av reella alarm istället för falska), social fobi och tvångssyndrom, med falska alarm centrerade till sociala situationer respektive påträngande tankar. I figur 1 nedan illustreras Barlows modell för ångest.



Figur 1. Flödesschema över Barlows (2002) ångestmodell.

Prevalens

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU; 2005) beräknar att var fjärde individ någon gång under sin livstid kommer att drabbas av ett ångestsyndrom. Kvinnor löper en högre risk än män. Samtidigt som det finns stort mänskligt lidande är de samhällsekonomiska kostnaderna för ångestsjukdomar höga. I en kartläggning som SBU (2005) gjorde 1996 beräknades de indirekta kostnaderna, för exempelvis sjukskrivningar, vara drygt 17 miljarder kronor per år i Sverige. De direkta sjukvårdskostnaderna uppgick till 1.5 miljarder kronor, varav 300 miljoner för läkemedel. Vidare menar SBU (2005) att personer som lider av något ångestsyndrom i många fall även har andra komorbida psykiska störningar. En stor epidemiologisk studie inom ramen för SBU:s (2005) undersökning visade exempelvis att individer med ett ångestsyndrom i genomsnitt hade minst två psykiska störningar samtidigt. Några hade till och med upp till sju olika psykiatiska diagnoser.

Generaliserat ångestsyndrom (GAD)

Borkovec, Newman, Pincus och Lytle (2002) menar att Generaliserat ångestsyndrom (GAD) kan betraktas som det grundläggande ångestsyndromet som många andra ångeststörningar utmynnar från. Enligt Eifert och Forsyth (2005) kännetecknas GAD av omåttlig ängslan och oro över ett flertal olika områden och aktiviteter. Individer med GAD har mycket svårt att sluta oroa sig, och oronet fungerar också som ångestreduktion. Dessa personer har även ofta problem kopplade till det centrala nervsystemet, som till exempel muskelspänningar, rastlöshet, trötthet, irritabilitet, koncentrationssvårigheter och sömnstörning-

ar. Livstidsprevalensen för GAD varierar i olika studier mellan 1.5 och 5.4 % av personer mellan 18 och 54 år (SBU, 2005).

Social fobi

Social fobi, det vill säga rädslan att bli granskad och bortgjord, är enligt Furmark, Holmström, Sparthan, Carlbring och Andersson (2006) ett av de vanligaste psykologiska problemen som människor drabbas av. Enligt Öst (2006) kan social fobi ibland vara specifik och röra en avgränsad situation, men det absolut vanligaste är att fobin är generaliserad till att gälla en mängd situationer där individen gör något som kan observeras och bedömas av andra. Fehm, Pelissolo, Furmark och Wittchen (2005) menar att social fobi oftast får sitt genombrott i de tidiga ungdomsåren, och att syndromet inte sällan betraktas som kroniskt. Enligt Furmark (2002) beräknas mellan 10-16 % av den svenska befolkningen någon gång under livet lida av social ångest i en utsträckning som får betydande negativ inverkan på individens sociala liv och livskvalitet i stort. Massion, Warshaw och Keller (1993) menar att social fobi är den tredje vanligaste psykiatriska diagnosen efter egentlig depression och alkoholberoende.

Paniksyndrom

Carlbring, Gustafsson, Ekselius och Andersson (2002) beräknar den svenska 12-månadersprevalensen för paniksyndrom med eller utan agorafobi till 2.2 %. Enligt Eifert och Forsyth (2005) kan paniksyndrom beskrivas som återkommande panikattacker sammanhängande med en rädsla för kroppsliga sensationer. Enligt kriterierna för paniksyndrom i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association; APA, 2000) ska attackerna vara återkommande, och i alla fall ibland, även oväntade. Attackerna ska också återföljas av en oro för framtida attacker och för konsekvenser av attackerna samt ett undvikandebeteende under minst en månads tid. Detta undvikandebeteende, som också kallas agorafobi, manifesteras enligt White och Barlow (2002) hos de flesta patienter med panikångest. Agorafobin är ofta kopplad till de platser och de situationer där det kan vara svårt att avvika ifrån vid en eventuell panikattack. Utöver den situationsbundna agorafobin och undvikandet är också interoceptivt undvikande vanligt. Med detta menas att patienten undviker fysiska aktiviteter som kan skapa somatiska sensationer i kroppen som påminner om en attack. Vanliga interoceptiva aktiviteter som undviks kan vara att springa eller motionera, befinna sig i varma och trånga utrymmen, eller dricka koffeinhaltiga drycker.

Depression

Många ångestsyndrom uppträder samtidigt med depression, varför det är väsentligt att även redogöra för detta tillstånd. De vanligaste symtomen hos deprimerade personer är enligt SBU (2004) nedstämdhet, minskat emotionellt engagemang, negativa tankar samt en nedsättning av de kognitiva funktionerna. Ofta åtföljs dessa depressiva symtom av en rad fysiska tillstånd, såsom trötthet, värk i olika delar av kroppen och en allmän sjukdomskänsla. Således bidrar depression till lidande och förlorad arbetsförmåga hos den drabbade individen, och ökad belastning på dennes anhöriga. SBU (2004) menar vidare att depression är en av de viktigaste orsakerna till ohälsa i världen, så även i Sverige. Carlsson och Carlsson (2001) menar att epidemiologisk forskning visat på att mellan 10 % och 20 % av Sveriges befolkning någon gång under sin livstid upplever åtminstone en depressionsepisod. I Sverige uppskattades de direkta kostnaderna för läkarbesök och sjukhusvård år 1996 till minst en miljard kronor, och år 2002 var kostnaderna för antidepressiva läkemedel cirka 1.6 miljarder kronor, varav två tredjedelar beräknades kunna härledas till depressionsbehandling (SBU, 2004).

Diagnostik av ångestsyndrom

Brown och Barlow (2002) menar att trots att de olika ångestsyndromen relativt nyligen har definierats och inkluderats i diagnostiska system, har fenomen som fobier och tvång beskrivits sedan de tidigaste observationerna av mänskligt beteende. Inte förrän i slutet av 1940-talet började formella klassifikationssystem för ångestdiagnoser formas. Så sent som 1959 listades fobi som ett självständigt syndrom i endast tre av nio klassifikationssystem av psykiatriska diagnoser. Diagnosmanualen International Classification of Diseases (ICD; 2004) använde termen ångest första gången i den sjunde upplagan som publicerades 1955. I Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM, specificerades ångestsyndrom detaljerat först i den tredje upplagan, 1980. Idag är framförallt dessa två diagnostiska system dominerande i västvärlden (Brown & Barlow, 2002).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

DSM är ett diagnostiskt system som används över hela världen. DSM-systemet har reviderats fyra gånger sedan första utgåvan. DSM-I publicerades 1952. Den senaste versionen, DSM-IV, gavs ut 1994, och år 2000 publicerades en textrevision, DSM-IV-TR (APA, 2000). DSM-IV innehåller över 200 psykiatriska diagnoser som är arrangerade under 18 huvudgrupper. DSM-systemet använder sig av ett så kallat multiaxialt klassifikationssystem. Detta innebär att en individ klassificeras under fem separata axlar där varje axel representerar olika informationsdomäner. Ångestsyndrom hamnar under axel 1 (APA, 2000).

Komorbiditet

Diagnostisk komorbiditet innebär att en individ har två eller flera psykiatriska diagnoser samtidigt, eller någon gång under sin livstid. Enligt bland annat Dunner (2001), och Brown, Campbell, Lehman, Grisham, och Mancill (2001) är komorbiditet mycket vanligt i samband med ångeststörningar. I en stor studie av Brown et al. (2001) kring komorbiditet vid bland annat ångeststörningar, uppskattades livstidsprevalensen för ytterligare en axel I-störning till 57 % vid en föreliggande ångestdiagnos. Posttraumatiskt stressyndrom, GAD och tvångssyndrom var de ångeststörningar med högst komorbiditet (85 %, 73 % och 71 % för samsjuklighet under individens livstid och 77 %, 36 % och 32 % för komorbida diagnoser som uppvisades vid samma tillfälle).

Brown och Barlow (2002) beskriver två modeller som kan förklara komorbiditetsfynden. Den första modellen menar att problemet ligger i själva i klassificeringssystemet, i detta fall DSM-IV. Två eller flera olika diagnoser uppstår hos en och samma individ eftersom de antingen delar överlappande definitionsriterier eller på grund av att de komorbida diagnoserna representerar variationer på ett bredare underliggande sjukdomstillstånd som har separerats upp av klassifikationssystemet. Den andra modellen menar att diagnoser uppstår samtidigt eftersom de har samma ärftliga grund eller att effekterna av en diagnos är riskfaktorer för en annan diagnos.

Behandling av ångestsyndrom

Farmakologisk behandling av ångest

Enligt SBU (2005) avser merparten av den farmakologiska behandlingen av ångest antidepressiva läkemedel och bensodiazepiner. SBU (2005) menar vidare att bensodiazepiner har en väldokumenterad effekt vid ospecificerade ångeststillstånd, men att det är väl belagt att dessa läkemedel har stora nackdelar, exempelvis somatiska problem vid utsättning och beroende. Bensodiazepiner kan användas vid exempelvis paniksyndrom, GAD och social fobi. Selektiva serotonin återupptagshämmare (SSRI) utvecklades för att behandla depression, men dessa används också vid behandling av ångeststörningarna paniksyndrom, social fobi och GAD. Selektiva serotonin-noradrenalin återupptagshämmare (SSNRI-preparat) används i behandling av bland annat social fobi och GAD.

Farmakologisk behandling av depression

Läkemedel mot depression kan enligt Mårtensson och Andersson (2007) delas in i olika kategorier, varav de vanligaste är Monoaminoxidashämmare (MAO-hämmare), Tricykliska antidepressiva (TCA), SSRI- och SSNRI-preparat. Då

både MAO-hämmare och tricykliska preparat enligt Carlsson och Carlsson (2001) visat sig medföra betydande biverkningar, ibland så starka att behandling måste avslutas, utvecklades ”den nya generationens antidepressiva” – SSRI-preparaten, som enligt Mårtensson och Andersson (2007) är förstahandsvalet vid behandling av lindrig till måttlig depression. De vanligaste läkemedlen tillhörande denna kategori är paroxetin fluoxetin, sertralin och citalopram, vilka alla påverkar signalsubstanser i hjärnan.

KBT

Enligt SBU (2005) har både farmakologisk och psykoterapeutisk behandling visat sig vara effektiv vid behandling av ångestsjukdomar. Ett flertal studier (Borkovec et al., 2002; Cavanagh et al., 2006; Hollon, Stewart & Strunk, 2006), har visat att kognitiv beteendeterapi är dokumenterat effektiv vid behandling av olika ångestsyndrom. SBU (2005) jämförde farmakologisk behandling med KBT, och fann att behandlingsresultaten stod sig något bättre efter avslutad KBT-behandling vid en långtidsuppföljning. Även inom depressionsbehandling har flera studier visat att KBT har en större effekt och bättre långtidsstabilitet när den används som tillägg eller alternativ till antidepressiva inom öppenvården.

Självhjälpsbehandling över Internet

Enligt Andersson, Cuijpers, Carlbring och Lindefors (2007) kan självhjälpsbehandling definieras som en psykologisk behandling där klienten använder sig av ett standardiserat behandlingsmaterial som han eller hon arbetar mer eller mindre självständigt med. Den ökade spridningen av Internet och användandet av e-postkommunikation har bidragit till att intresset för självhjälpsbehandling via Internet vuxit och därmed möjliggjort och bidragit till utvecklandet av Internetadministrerad kognitiv beteendeterapi.

I datorbaserad KBT går patienter igenom en behandling som är baserad på datoranpassade KBT-manualer. I allmänhet förekommer det också någon form av kontakt med en KBT-terapeut i behandlingen. Denna terapeut finns tillgänglig som stöd samt för att svara på frågor. Ofta sker kontakten via e-post, telefon eller vid korta möten (SBU, 2007).

Marks, Cavanagh och Gega (2007) menar att det finns flera fördelar med Internetbaserad självhjälpsbehandling. En stor fördel är att Internetbaserad terapi ökar tillgången på psykologisk behandling. Med långa vårdköer och lång väntetid för kognitiv beteendeterapeutisk samtalsbehandling finns det ett stort behov av att ta fram kostnadseffektiva alternativ till traditionell behandling. Andersson och Carlbring (2003) hänvisar också till kostnadseffektivitet och ökad geogra-

fisk tillgänglighet som viktiga fördelar. Internetbehandling kan också underlätta för patientgrupper som tidigare inte sökt hjälp på grund av svårt undvikande, svår agorafobi eller social fobi. Med Internetbaserad självhjälpsbehandling får dessa patienter möjlighet att få behandling i hemmet. Denna behandlingsform kan också visa sig underlätta för exempelvis patienter med hörselnedsättning, som annars kan ha svårt att få tillgång till samtalsbehandling (Marks et al., 2007).

Enligt SBU (2007) finns det begränsat vetenskapligt stöd för att datorbaserad kognitiv beteendeterapi har god effekt (evidensstyrka 3; samma som för Dialektisk beteendeterapi), på kort sikt vid behandling av paniksyndrom, social fobi samt depression. Vid en metaanalys av svenska studier kring Internetadministrerad KBT fann forskarna stöd för att behandlingen har gynnsam effekt. Den genomsnittliga effektstorleken var $d = 0.91$, och är därmed att betrakta som stor (Andersson, Cuijpers et al., 2007). En metaanalys genomförd i Israel fann begränsat stöd för datorbaserad KBT. Barak, Hen, Boniel-Nissim och Shapira (in press) fann en genomsnittlig effektstorlek på $d = 0.53$, vilket är jämförbart med genomsnittliga effektstorlekar för traditionell terapi. Dock är det viktigt att ta i beaktande att studier som ingår i dessa metaanalyser varierar kraftigt när det handlar om terapeutstöd. Av den anledningen kan man ifrågasätta slutsatserna, då metaanalyserna jämför behandlingar som ser väldigt olika ut.

Behandling vid komorbiditet

Enligt Labrecque, Marchand, Dugas och Letarte (2007) kan förekomsten av en komorbid diagnos komplicera både diagnostiseringen och behandlingen och därmed påverka behandlingsutfallet negativt. I många studier är därför komorbiditet ett exklusionskriterium. Komorbiditet kan påverka aspekter som etiologi, prognos och behandling. Vid de fall då två eller flera diagnoser uppvisas samtidigt hos en individ, får det ofta effekt på både behandlingsupplägget och behandlingsutsikten (Brown & Barlow, 2002).

Wells (1999) hävdar att vid komorbiditet bör en problemhierarki utformas för att utröna patientens huvudproblem. I de fall då nedstämdhet eller depression förekommer som en följd av till exempel fobiskt undvikande eller social isolering bör det aktuella ångestsyndromet prioriteras i syfte att påverka nedstämdheten. Enligt Brown och Barlow (2002) tenderar psykologisk behandling för ett syndrom också ge en signifikant förbättring på de komorbida syndrom som ej direkt har behandlats. Orsaken till detta är oklar men det kan styrka teorin om att ångestsyndrom och förstämningssyndrom orsakas av en delad allmän sårbarhet för syndromen.

Beskrivning av NOVA-projektet

Detta examensarbete skrivs som den andra delen av två inom ramen för en studie kring Internetbehandling av ångestproblematik som går under namnet NOVA. NOVA-projektet (Maurin & Törngren, 2007) skapades med målsättningen att utarbeta och genomföra en skraddarsydd behandling för den enskilda individens behov. Syftet bakom projektet vilar på fyra grundtankar: minimal exkludering, behandling vid komorbiditet, tillämpning av unified treatment och individualiserad manualiserad behandling. Hädanefter benämns studierna NOVA I och NOVA II.

NOVA I

Minimal exkludering

Ett syfte med projektet var att försöka efterlikna den kliniska verkligheten så långt som möjligt. Många människor uppfyller inte alla kriterier som krävs för att en diagnos ska kunna sättas, trots subkliniska besvär, uppenbart lidande och svåra symtom. Därför var det viktigt att ha lägre inklusionskrav för deltagarna jämfört med andra Internetbaserade självhjälpsprogram. På grund av omfattande inklusionskriterier skulle dessa individer ha exkluderats ur tidigare Internetbaserade självhjälpsprogram, då de varit specialanpassade för en primär ångeststörning. Eftersom NOVA-projektet istället valde att inkludera alla individer som förmodas bli hjälpta av behandlingens innehåll, inkluderades även individer som inte uppfyllde alla kriterier för en specifik ångestdiagnos enligt DSM-IV, men som ändå uppvisade subkliniska besvär.

Behandling vid komorbiditet

Tidigare Internetbaserade självhjälpsprogram har endast riktats mot en diagnos eller ett problem för varje studie, vilket inneburit att eventuell komorbid problematik inte blivit direkt behandlad inom ramen för samma studie. NOVA-behandlingen erbjöd självhjälpsmaterial utifrån en rad problemområden som paniksyndrom, social fobi, GAD, sömnproblematik samt nedstämdhet som sedan sattes ihop till ett individuellt anpassat behandlingsprogram, med särskild prioritet för det problemområde som ansågs vara huvudproblematiken. Detta gjorde behandlingen mer flexibel och verklighetstrogen samt anpassad efter varje enskild deltagares behov.

Unified treatment

Unified treatment handlar om att utifrån kognitiva beteendeterapeutiska interventioner använda liknade behandlingsprinciper på patienter oavsett ångestsyndrom. Idén om Unified treatment grundar sig bland annat i problemet med den

stora grad av komorbiditet som förekommer bland ångestdiagnoser och förstämningssyndrom (Barlow, Allen & Choate, 2004). I NOVA I var fyra av behandlingsmodulerna obligatoriska och alla deltagare erhöll dessa. De fyra modulernas upplägg var inspirerade av unified treatment, vilket medförde att de innehöll aspekter som psykoedukation, kognitiva interventioner innehållandes undersökande av faktaunderlag samt motverkande av katastroftänkande, förhindrande av undvikande och uppmuntrande av handling som exponering, acceptans och beteendeaktivering. För att göra behandlingen mer enhetlig valdes neutrala benämningar; ”social fobi” ersattes till exempel med ”social ångest”. Då behandlingen även riktades mot deltagare som inte uppfyllde en specifik diagnos användes inte begreppen ”diagnos” och ”fobi”, utan ersattes med ord som ”problematik” och ”svårigheter”.

Individualiserad manualbaserad behandling

Tidigare genomförda Internetbaserade självhjälpsprogram har varit manualiserade KBT-behandlingar där alla patienter fått samma material. Då detta skiljer sig från den kliniska verkligheten, där behandlare anpassar behandlingen efter varje enskild patients behov, ville NOVA-projektet erbjuda en manualiserad Internetbaserad behandling som också var individualiserad.

NOVA II

Föreliggande studie bygger således på grundtankarna i NOVA I med den förändringen att deltagarna i NOVA II själva får vara med och utforma sin egen behandling. Detta är ytterligare ett steg i försöket att göra behandlingen så väl anpassad till individen som möjligt samt en strävan efter att öka behandlingsdeltagarnas motivation.

Forskning har visat att det finns flera fördelar med patientinflytande. Bland annat har det enligt Klein, Rosenberg och Rosenberg (2007) visat sig vara en bidragande faktor till goda behandlingsresultat. När en vårdtagare får vara med och påverka upplägget på sin behandling har det gett en positiv effekt på behandlingsutfallet. Brewin och Bradley (1989) menar att motivationen att följa en viss behandling influeras av de preferenser som en patient kan tänkas ha angående vissa aspekter av behandlingen. I behandling av till exempel ångest- och depressionsstörningar, beror en KBT-interventionens framgång till stor del på patientens uppfattning om interventionens lämplighet samt hur motiverad patienten är att se till att interventionen lyckas.

Syfte

Föreliggande studie är en replikation och utveckling av ovan beskrivna NOVA-projekt (Maurin & Törngren, 2007). För att undersöka vad som sker när deltagarna själva får designa sitt behandlingsprogram har deltagarna fått alla behandlingsmoduler presenterade för sig, och därefter ombetts att välja de 10 moduler som bäst passar deras individuella problembild, tänkta att sträcka sig över ett 10-veckors behandlingsprogram. Studiens syfte är att undersöka behandlingsresultaten när individen själv får förfoga över behandlingens upplägg och innehåll. Studien avser att undersöka om egenkomponerade behandlingar av denna typ kan användas för att minska ångest och nedstämdhet hos målgruppen. Även deltagarnas grad av livskvalitet förväntas öka som en konsekvens av behandlingen.

Hypoteser

NOVA II avsåg att testa nedanstående riktade hypoteser. Behandlingsgruppen förväntades i jämförelse med före behandling att:

1. Minska ångest- och nedstämdhetssymtom samt öka graden av välmående och allmänna funktioner, mätt med Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM; Barkham et al., 1998).
2. Minska ångestnivån, mätt med självskattningsversionen av Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988).
3. Minska graden av depression, mätt med Montgomery Åsberg Depression Rating Scale - Self Rated (MADRS-S; Montgomery & Åsberg, 1979).
4. Öka sin livskvalitet, mätt med självskattningsformuläret av Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992).
5. I lägre utsträckning uppfylla kriterierna för social fobi, paniksyndrom, GAD och depression enligt SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV - Axis I Disorders; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1999).

Metod

Deltagare

Rekrytering

Deltagarna rekryterades till studien via e-postutskick till personer som tidigare anmält intresse för Internetbehandlingar för paniksyndrom, social fobi och GAD via hemsidan www.studie.nu. Ingen av de personer som erbjöds behandling i denna studie har tidigare deltagit i någon Internetbehandling. Ingen ersättning utgick till deltagarna för medverkande i studien. Deltagarna erbjöds en kostnadsfri KBT-behandling.

Urval

För att inkluderas i studien krävdes att den potentiella deltagaren uppfyllde nedanstående inklusionskriterier:

1. Var över 18 år.
2. Hade tillgång till Internetuppkoppling.
3. Hade möjlighet att delta vid bedömningsintervju i Linköping.
4. Inte genomgick samtidig psykologisk behandling.
5. Bedömdes lida av kliniska eller subkliniska ångest- och/eller depressions-symtom.
6. Svarade <4 poäng på item 9 angående livslust på självskattningsversionen av Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Montgomery & Åsberg, 1979).
7. Inte hade pågående alkoholmissbruk eller alkoholberoende vilket mättes med självskattningsformuläret Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Claussen & Aasland, 1993).
8. Inte led av allvarlig psykisk ohälsa som skulle minska möjligheten att tillgodogöra sig behandlingen, t.ex. bipolaritet eller schizofreni.
9. Inte hade en problematik som bedömdes kräva annan behandling och/eller kunde påverkas negativt av behandlingen.

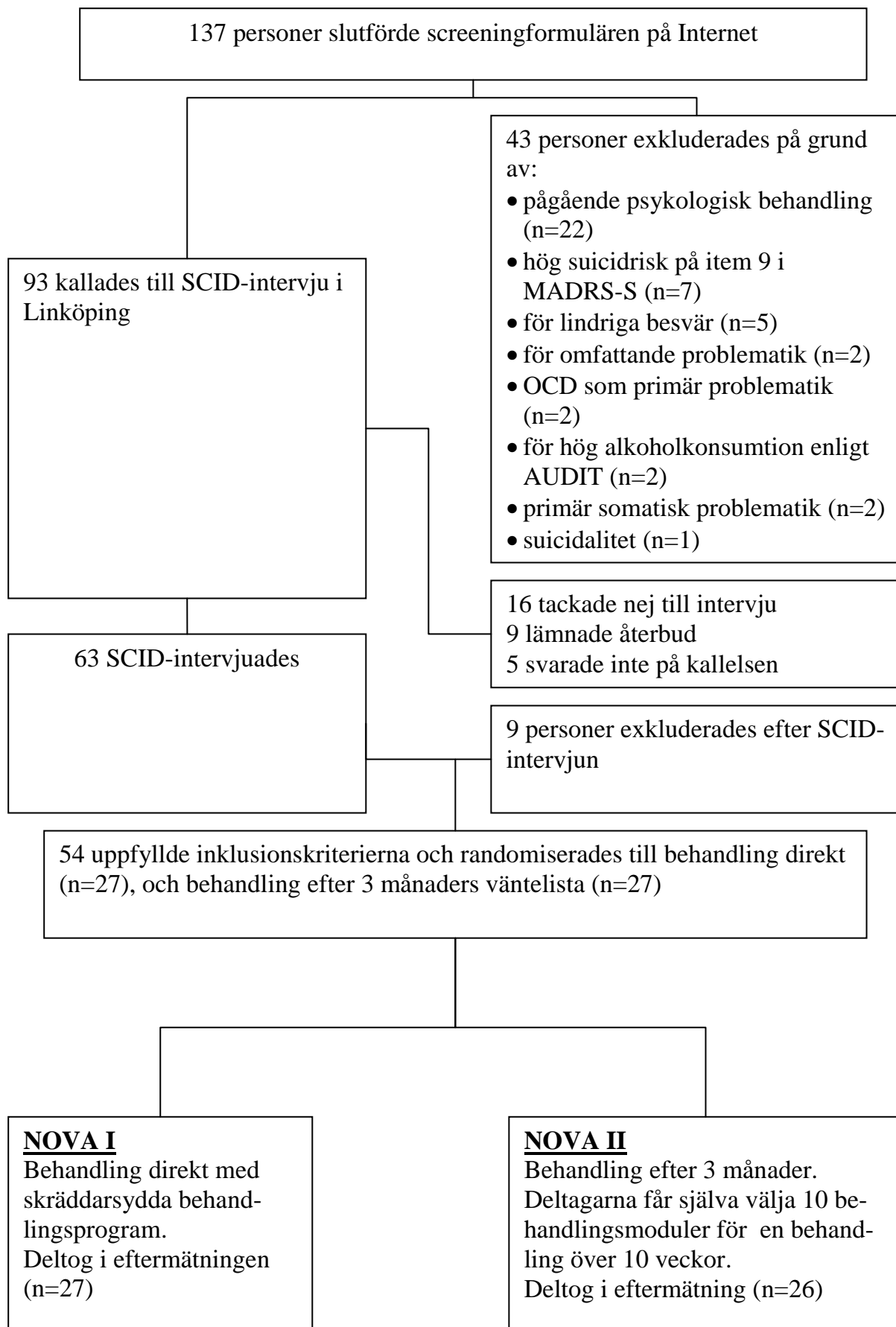
Rekryteringen genererade 137 intresseanmälningar (Maurin & Törngren, 2007). Av de 137 som anmält sitt intresse uppfyllde 93 personer inklusionskriterierna. Dessa personer kontaktades via e-post och bokades för en SCID-intervju (Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders; SCID-I; First et al., 1999) i Linköping. De deltagare som exkluderades meddelades detta via e-post, och hänvisades i vissa fall till vårdinrättningar på hemorten. Den vanligaste an-

ledningen till exkludering var pågående psykologisk behandling, följt av hög suicidrisk på item 9 i MADRS-S. För alla orsaker till exkludering, se figur 2.

Av de deltagare som tackade ja, och genomförde SCID-intervjun (n=63), bedömdes 54 personer uppfylla samtliga inklusionskriterier. Dessa 54 randomiserades därefter till antingen behandling direkt, eller kontrollgrupp som skulle få behandling efter att den andra gruppens behandling avslutats. I föreliggande studie, NOVA II, är det behandling av kontrollgruppen som ingår. Behandling av den första gruppen har avrapporterats i Maurin och Törngrens (2007) uppsats. För att kontrollera om deltagarna i den tidigare kontrollgruppen fortfarande uppfyllde inklusionskriterierna gjordes en ny förmätning innan behandlingen startade. Denna bestod av en SCID-intervju över telefon, och ifyllande av självskattningsformulär på Internet, med samtliga 27 personer.

Tabell 1. Demografisk beskrivning av deltagarna, n=27.

Kön	Kvinna	23 (85.2%)
	Man	4 (14.8%)
Ålder	Medelålder (sd)	38.3 (10.3)
	Min-max	25-62
Civilstånd	Gift/sambo	19 (70.4%)
	Särbo	4 (14.8%)
	Ensamstående	3 (11.1%)
	Annat boende	1 (3.7%)
	Änka/änkling	0
Utbildning	Grundskoleutbildning	2 (7.4%)
	Gymnasieutbildning	5 (18.5%)
	Yrkesutbildning	3 (11.1%)
	Oavslutad högskole- /universitetsutbildning	7 (25.9%)
	Avslutad högskole- /universitetsutbildning	10 (37.0%)
Sysselsättning	Arbetar (hel- eller deltid)	12 (44.4%)
	Studerar	8 (29.6%)
	Arbetslös	3 (11.1%)
	Sjukskriven	2 (7.4%)
	Sjukersättning	2 (7.4%)
Psykologisk behandling	Tidigare	16 (59.3%)
	Ingen tidigare	11 (40.7%)
Ångestdämpande och/eller antidepressiv medicinering	Ingen pågående	21 (77.8%)
	Tidigare, nu avslutad	10 (37.0%)
	Pågående	6 (22.2%)



Figur 2. Flödesschema över urval, exkludering och bortfall.

Diagnostisering

Förmätning 1

Deltagarna genomgick en personlig bedömningsintervju i Linköping enligt Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders (SCID-I; First et al., 1999), vilket skedde individuellt med en av behandlarna som ingick i Maurin och Törngrens studie (2007). Följande diagnosgrupper bedömdes genom SCID-intervjun; egentlig depression, lindrig depression, dystymi, paniksyndrom med eller utan agorafobi, tvångssyndrom, PTSD, social fobi, GAD och ångestsyndrom UNS.

Förmätning 2

Vid det andra förmätningstillfället upprepades SCID-intervjun (SCID-I; First et al., 1999), men denna gång över telefon. Intervjuare var uppsatsförfattarna, behandlarna Ulrika Wennerström, Wadad Mahmud och Paola Törneaus (alla psykologkandidater på psykologprogrammets åttonde till tionde termin) samt psykologkandidat Lena Jonsson. Samma diagnosgrupper som vid det första förmätningstillfället bedömdes genom telefonintervjun, det vill säga; egentlig depression, lindrig depression, dystymi, paniksyndrom med eller utan agorafobi, tvångssyndrom, PTSD, social fobi, GAD och ångestsyndrom UNS.

Diagnosfördelning

Delar av SCID-intervjuns kliniska version (Structured Clinical Interview for DSM-IV - Axis I Disorders Clinical Version; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1999) och delar av forskningsversionen (Structured Clinical Interview for DSM-IV- Axis I Disorders Research Version; First et al., 1999) användes för att inhämta uppgifter om uppfyllda diagnoskriterier för egentlig depression, lindrig depression, dystymi, paniksyndrom med eller utan agorafobi, tvångssyndrom, PTSD, social fobi, GAD och ångestsyndrom UNS. Dessutom noterades subkliniska symtom, aktuell medicinering, och tidigare psykologisk behandling. Av tabell 2 framgår diagnosernas fördelning över förmätning 1 och 2.

Subkliniska besvär vid förmätningstillfälle 2

När en individ har symtom inom en diagnosgrupp som innebär avsevärda besvär, men som inte är tillräckliga för att den aktuella diagnosen ska kunna sättas, så innebär detta att individen har subkliniska besvär. Den intervjuare som genomförde SCID-intervjun kodade subkliniska symtom inom respektive diagnosområde. För uppfylld diagnos gavs 2 poäng, för subkliniska besvär inom en diagnosgrupp gavs 1 poäng och för inga subkliniska besvär gavs 0 poäng. Den sammantagna poängen adderades för varje deltagare och resulterade i en total-

summa för symtom, som varierade mellan 1 och 6. För fördelning av subkliniska symtom, se tabell 3 nedan.

Tabell 2. *Diagnosfördelning, förmätning 1 och 2 (samma person kan ha flera komorbida diagnoser), n=27.*

Diagnoser	Förmätning 1	Förmätning 2
Egentlig depression	4 (15 %)	4 (15 %)
Lindrig depression	1 (4 %)	1 (4 %)
Dystymi	5 (19 %)	4 (15 %)
Paniksyndrom utan agorafobi	3 (11 %)	3 (11 %)
Paniksyndrom med agorafobi	5 (19 %)	7 (26 %)
Tvångssyndrom	0	0
PTSD	0	1 (4 %)
Social fobi	11 (41 %)	10 (37 %)
GAD	8 (30 %)	5 (19 %)
Ångestsyndrom UNS	3 (11 %)	6 (22 %)
Antal deltagare med komorbida diagnoser	13 (48 %)	10 (37 %)

Tabell 3. *Fördelning av subkliniska symtom (samma person kan ha subkliniska symtom inom flera områden), n=27.*

Diagnosområde	Antal individer med subkliniska besvär (%)
Egentlig depression ^a	4 (15 %)
Dystymi ^a	4 (15 %)
Paniksyndrom utan agorafobi	7 (26 %)
Paniksyndrom med agorafobi	1 (4 %)
Tvångssyndrom	0
PTSD	1 (4 %)
Social fobi	5 (19 %)
GAD	5 (19 %)

^a Symtom som inte uppfyllt kriterierna för diagnoserna egentlig depression, lindrig depression och dystymi

Bortfall

Under den sista behandlingsveckan utgick ett e-postmeddelande för att påminna om den förestående eftermätningen, bestående av SCID-intervju över telefon

med de båda uppsatsförfattarna, samt ifyllande av enkäter på Internet. En person exkluderades från studien, då denne aldrig startade behandlingen, och var omöjlig att kontakta.

Under behandlingens gång skedde två avhopp, ett på grund av annan påbörjad behandling, och ett på grund av tidsbrist. Vi valde att göra en så kallad intention-to-treat-analys, vilket enligt Hollis och Campbell (1999) innebär att man i den slutgiltiga resultatsammanställningen räknar med resultatet för alla deltagare, även de individer som av någon anledning inte fullföljt behandlingen. Baserat på denna statistiska princip ingår alltså dessa två individer ändå i alla beräkningar. Studiens bortfall är således 3.7 %.

Material

Screening

Eftersom deltagarna i föreliggande studie tillhörde kontrollgruppen i NOVA I (Maurin & Törngren, 2007) hade de under hösten 2006 fyllt i formulären MADRS-S, BAI, CORE-OM, AUDIT och QOLI på Internet, och genomgått den första förmätningen under januari 2007 (vilken har beskrivits ovan). Den andra förmätningen, genomförd i april 2007, bestod av ovan beskrivna SCID-intervju samt ytterligare ifyllande av självskattningsformulären MADRS-S, BAI, CORE-OM, och QOLI.

Självskattningsformulär

Samtliga självskattningsformulär administrerades via Internet, ett förfaringsätt som enligt Carlbring och medarbetare (2007) kan användas med tillförlitlighet.

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self Rated (MADRS-S).

MADRS-S (Montgomery & Åsberg, 1979) är ett självskattningsformulär som avser att mäta symtom som är vanliga tecken på depression. Formuläret innehåller 9 items som avser att mäta symtomen sinnesstämning, oros känslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism och livslust. Varje symtom skattas på en sju gradig skala och det maximala antalet poäng är 54 ($6 \times 9 = 54$). Enligt Carlbring (2005) är MADRS-S särskilt känsligt för förändring i grad av depression, visar god reliabilitet samt höga korrelationer mellan expert- och självskattning.

Beck Anxiety Inventory (BAI)

BAI (Beck et al., 1988) är ett självskattningsformulär som består av 21 frågor relaterade till ångest, under den senaste veckan. Maxpoängen är 63, och det är 4 svarsalternativ på varje fråga. Detta instrument, är enligt Carlbring (2005) ett av världens mest använda, har en god diskriminitet och äger dessutom en överlägsen förmåga att skilja depressions- och ångestsymtom åt.

Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)

CORE-OM (Barkham et al., 1998) är ett självskattningsformulär med 34 frågor som är utformat för att täcka av individens mående under den senaste veckan med hänsyn till flera olika livsområden. Områdena är Välbefinnande (4 item), Problem (12 item), Fungerande (12 item) och Risker (6 item). Det finns totalt 5 svarsalternativ på varje fråga. Enligt Evans et al. (2000) uppvisar CORE-OM en hög inre reliabilitet och test-retest stabilitet. Dessutom är det användarvänligt och enkelt att poängsätta.

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

AUDIT (Claussen & Aasland, 1993) är ett självskattningsformulär som enligt Carlbring (2005) kan fånga både riskkonsumenter av alkohol i ett relativt tidigt skede, och allvarligt alkoholberoende personer. Testet mäter det senaste årets alkoholvanor, består av 10 frågor, och har ett maximalt antal poäng av 40.

Quality of Life Inventory (QOLI)

QOLI (Frisch et al., 1992) består av 32 frågor som används för bedömning av subjektiv livskvalitet genom att studera 16 olika aspekter. Aspekterna är hälsa, självrespekt, mål och värderingar, ekonomi, arbete, fritid, inläring, kreativitet, att hjälpa andra, kärlek, vänner, barn, anhöriga, hem, grannskap, samt slutligen samhälle. Dessa områden skattas dels utifrån hur viktig aspekten är, och dels utifrån hur nöjd individen är med den. Varje områdes poäng utgörs av båda skattningarna, vilket får som konsekvens att graden av tillfredsställelse inom ett visst område får större betydelse för den totala livskvalitet om det skattas som mycket viktigt. Carlbring (2005) menar att QOLI uppvisar mycket goda psykometriska egenskaper, såsom god intern konsistens, hög test-retest reliabilitet samt diskriminativ validitet.

Clinical Global Impression – Improvement (CGI-I)

För att mäta och ange grad av förbättring vid behandling kan mätinstrumentet CGI-I (Ruhé, Dekker, Peen, Holman & de Jonghe, 2005) användas. I behandlingsstudier får CGI ofta utgöra ett komplement till andra test. Skalan som an-

vänds för att mäta förbättring går ifrån 1) väldigt mycket förbättrad, 2) mycket förbättrad, 3) lite förbättrad, 4) oförändrad, 5) lite försämrad, 6) mycket försämrad och 7) väldigt mycket försämrad. Enligt SBU (2005) är CGI-I ett enkelt och kliniskt meningsfullt mätinstrument.

Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders (SCID-I)

SCID-I (First et al., 1999) är ett semistrukturerat intervjuformulär som används som hjälpmedel när diagnoser ska sättas i enlighet med DSM-IVs kriterier. Formuläret är uppbyggt som ett hierarkiskt system med utrymme för både förbestämda och egna frågor, som intervjuaren kan ställa för få bättre grepp om individens problematik. I föreliggande studie användes delar ur både Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version (SCID-I CV; First et al., 1999) och den mer detaljerade Structured Clinical Interview for DSM-IV – Research Version (SCID-I RV; First et al., 1999).

Självhjälpsmaterial – moduler

Det huvudsakliga innehållet i den 10 veckor långa behandlingen utgjordes av moduler som bestod av en varierande mängd text att läsa, samt tillhörande övningsblad och hemuppgifter. Deltagarna ombads att välja 10 moduler för en behandlingsperiod över dessa 10 veckor. Behandlingsmodulerna, som i stort sett var identiska med dem som användes i NOVA I, inhämtades från tidigare projekt riktade mot social fobi (Furmark et al., 2006), paniksyndrom (Carlbring & Hanell, 2007), generaliserat ångestsyndrom (Almlöv, 2007) och depression (Andersson, Bergström, Holländare, Lenndin, & Vernmark, 2007), men skrevs av uppsatsförfattarna om för att anpassas till den valbarhetskomponent som ingick i NOVA II.

Av samtliga 27 deltagare var det en person som tilläts välja 9 moduler istället för 10, eftersom denne inte önskade fler. En person tilläts också att välja två av tre introduktionsmoduler, trots att de egentligen skulle väljas tillsammans. En person startade aldrig behandlingen.

De behandlingsmoduler som deltagarna kunde välja mellan var 16 stycken till antalet. Modulernas valbarhet medföljde vissa restriktioner. Ett antal moduler hängde ihop innehållsmässigt och bedömdes bäst kunna tillgodogöras av deltagaren om denne arbetade sig igenom allt material. De moduler som avhandlade samma problemområde, som exempelvis Social ångest 1 & 2, skulle därför antingen väljas tillsammans, eller uteslutas ur deltagarens behandlingsplan. Varje terapeut skickade ett e-postmeddelande med en beskrivning av modulerna samt en redogörelse för hur valet skulle gå till. De deltagare som upplevde svårigheter med att välja självständigt fick vägledning av sin terapeut. I tabell 4 nedan redo-

görs för vilka moduler som bara kunde väljas tillsammans och vilka som kunde väljas individuellt. En beskrivning av behandlingsmodulernas innehåll återfinns som bilaga.

Tabell 4. *Behandlingsmodulerna och deras valbarhet.*

Introduktion	Introduktion – valdes tillsammans
Tankens kraft del 1	
Tankens kraft del 2	
Social ångest del 1	Social ångest – valdes tillsammans
Social ångest del 2	
Beteendeaktivering del 1	Beteendeaktivering – valdes tillsammans
Beteendeaktivering del 2	
Panikångest del 1	Panikångest – valdes tillsammans
Panikångest del 2	
Generaliserad ångest del 1	GAD – valdes tillsammans
Generaliserad ångest del 2	
Generaliserad ångest del 3	
Agorafobi	Kunde väljas självständigt
Avslappning	Kunde väljas självständigt
Sömn	Kunde väljas självständigt
Avslutning	Kunde väljas självständigt

Design

Studien har en inomgruppsdesign. Beroendevariabler i NOVA II utgörs av resultaten på självskattningsformulären MADRS-S, BAI, CORE-OM, och QOLI, samt resultaten på SCID-bedömningen och kodning av totala symtom.

Procedur

Hemsida

NOVA-projektet hade en hemsida upprättad (www.kbt.info/nova), där projektets syfte, upplägg och utformning presenterades. Där fanns även en symtombeskrivning hos de deltagare som söktes samt en personlig beskrivning med bild av projektets behandlare och ansvariga för studien. På hemsidan fanns även fakta om KBT-behandling vid ångest, oro och nedstämdhet, rådande etiska forskningsprinciper, sekretess- och tystnadspliktsinformation, information om samtycke enligt personuppgiftslagen (PUL), karta och reseinformation samt en sida upprättad för en första intresseanmälan och screening.

Inför NOVA-projektets första behandlingsomgång tillfrågades personer via e-post om de ville delta i studien. Dessa individer hade sedan möjlighet att anmäla sig via hemsidan under perioden tredje till åttonde januari 2007. De uppmanades att kontakta projektets kontaktperson, som var en av projektets behandlare, vid eventuella frågor. En upplysning om möjligheten att anmäla intresse till eventuella kommande studier lades ut via en länk.

När den första behandlingsgruppen avslutat sin behandling stängdes det nedan beskrivna diskussionsforumet ned, och texten på sidan ändrades så att nya presentationer av behandlare med bild lades upp, samt hänvisning till en ny kontaktperson, som var en av författarna.

Anmälan

Enligt Maurin och Törngren (2007) uppmanades deltagarna i ett e-postutskick att läsa informationen på projektets hemsida och eventuellt göra en intresseanmälan, samt genomföra en första screening genom självskattningsformulären. Alla inkomna intresseanmälningar tilldelades automatiskt en unik kod, som bland annat baserades på när anmälan registrerades. Vidare menar Maurin och Törngren (2007) att självskattningsformulären gicks igenom av studiens behandlare, vilka utifrån denna första bedömning kontaktade presumtiva deltagare per e-post med en kallelse för en personlig bedömningsintervju enligt SCID (SCID-I; First et al., 1999).

SCID-utbildning

Samtliga personer som varit behandlare inom ramen för NOVA-projektet, (3 personer i NOVA I, och 5 personer i NOVA II) samt en person som bara deltog i intervjuförfarandet, genomgick de av First et al. (1999) i Handbok för SCID-I för DSM-IV rekommenderade träningsmomenten inför genomförande av SCID-intervju. Förberedelserna inkluderade inläsning av SCID-handboken och manualer, ett gemensamt utbildningstillfälle lett av biträdande handledare och legitimerad psykolog samt inläsning av de aktuella diagnoskriterierna i MINI-D IV (APA, 1999). Intervjuerna rollspelade också övningsintervjuer.

SCID-intervjuer

De deltagare i ursprungsstudien som kallades till SCID-intervju (n=63) i Linköping intervjuades på psykologmottagningen vid Linköpings universitet. Alla intervjuer protokollfördes och spelades in på ljudband. Även vid det andra intervjutillfället som genomfördes via telefon (förmätning 2, NOVA II) protokollfördes svaren och spelades in på band.

Randomisering

Av de 54 personer som inkluderades i ursprungsstudien (NOVA I) randomiserades 27 individer till behandling direkt, och 27 till behandling efter 10 veckor (NOVA II). Hjälpmedlet som användes för randomisering var Internettjänsten www.random.org. De individer som lottades till den senare behandlingsgruppen erbjöds via ett e-postmeddelande att delta i ett diskussionsforum under tiden de väntade på behandling. I tabell 5 nedan redovisas de frågor som deltagarna fick, samt antalet inlägg på diskussionsforumet.

Tabell 5. *Diskussionsämnen samt inlägg på forumet.*

Frågor	Antal inlägg
1. Hur började dina problem?	52
2. Hur påverkas omgivningen av dina problem?	33
3. Ångest och nedstämdhet är något som ofta porträtteras i filmer och böcker. Berätta om en karaktär, verklig eller påhittad, som du har identifierat dig med.	32
4. Denna vecka vill vi att du berättar om ”En vanlig dag med min ångest, oro och/eller nedstämdhet”.	43
5. Vissa menar att människor i dagens samhälle i högre grad lider av ångest och nedstämdhet än vi gjorde förr. Dela med dig av dina tankar kring detta.	17
6. På vilket sätt begränsar dina problem dig?	38
7. Berätta om de kroppsliga ångestsymtom som du upplever.	22
8. Snart börjar ni NOVA-behandlingen. Berätta om dina tankar inför behandlingsstarten.	29

Förmätning

För att kontrollera för spontanförbättringar genomförde deltagarna två förmätningar. Det första förmätningstillfället ägde rum i januari 2007, och det andra i mitten av april 2007. Samtliga självskattningsformulär som användes i förmätningarna fylldes i via Internet. Dessa var MADRS-S, BAI, CORE-OM samt QOLI.

Behandlingen

Deltagarna tilldelades inledningsvis en personlig Internetterapeut och fick ett välkomstbrev via e-post från denne med instruktioner om hur behandlingen skulle gå till. De informerades om att behandlingstiden var 10 veckor, och uppmanades att välja 10 behandlingsmoduler för denna period. Modulerna skickades till deltagaren per e-post i pdf-format, samt i pappersformat med vanlig

postgång. Efter varje avslutad modul skickade deltagarna in svaren på hemuppgifterna till sina respektive terapeuter, vilka gav kommentarer och avgjorde om deltagarna tillgodogjort sig innehållet i modulen. Om deltagaren inte verkade ha tillgodogjort sig modulen på ett tillfredsställande sätt efterfrågades en komplettering. I annat fall skickades nästa modul som stod på tur i deltagarens behandlingsplan. I de fall deltagaren var försenad med sin hemuppgift skickades en påminnelse ut via e-post. Deltagarna informerades också om att de när som helst kunde kontakta sin Internetterapeut via e-post om de hade frågor eller stötte på andra svårigheter med behandlingen. Dessa meddelanden besvarades inom 24 timmar. I genomsnitt lade de fem terapeuterna ner 26.3 (sd=7.4) minuter per patient och vecka. Större delen av denna tid ägnades åt att ge feedback på deltagarnas hemuppgifter och svara på frågor. Även påminnelsemeddelanden räknades med i genomsnittstiden.

De fem Internetterapeuterna fick handledning av en PTP-psykolog med stor erfarenhet av Internetbaserade självhjälpsbehandlingar, i genomsnitt varannan vecka, totalt cirka 6 timmar.

Eftermätning

Eftermätningen skedde genom en SCID-intervju (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID; First et al., 1999) över telefon av de två författarna. För att i möjligaste mån undvika bias i deltagarens svar valde författarna att intervjua deltagare som de inte själva behandlat. Samtliga deltagare informerades om den förestående eftermätningen under behandlingsvecka 9, och meddelades vilken person som skulle ringa upp dem efter avslutad behandling. Telefonintervjuerna genomfördes under perioden 2 till 6 juli 2007, med ett undantag för en deltagare som då befann sig utomlands och fick intervjuas 10 augusti.

Deltagarna besvarade även självskattningsformulären CORE-OM, MADRS-S, BAI och QOLI över Internet, samt svarade på frågor om medicinering och behandlingens utformning. 25 personer deltog i SCID-intervju och fyllde i självskattningsformulären.

Datasäkerhet

Deltagarnas uppgifter hanterades enligt personuppgiftslagen (PUL). E-post korrespondensen mellan deltagare och behandlare skedde via en säker anslutning (SSL-certifikat). All korrespondens sparades på krypterade USB-minnen. Samtliga deltagare erhöll en användarkod, som de använde under studiens gång. Forskningsmaterialet kommer att förstöras när arkiveringstiden gått ut, något alla deltagare blivit informerade om. Under tiden förvaras materialet i ett låst dokumentaskåp.

Etiska frågeställningar

Deltagarna i NOVA-projektet var väl införstådda med att deras medverkan var frivillig, och att de kunde lämna studien när som helst. De hade också informerats om att behandlingen byggde på självhjälp-material i form av moduler, och att de skulle få en personlig terapeut som stöd för att genomföra dessa. All övrig information, exempelvis e-postadresser till ansvariga för studien och sekretess- och tystnadspliktsinformation, fanns tillgänglig på den upprättade hemsidan.

Deltagarna i NOVA II stod under 10 veckors tid på väntelista för en utlovad behandling, som skulle starta efter att behandlingen i NOVA I var avslutad. Syftet med NOVA II var att utvärdera en behandlingsform där deltagarna själva fick skraddarsy sin behandling. Dessa premisser var inte kända för väntelistgruppen när de tackade ja till att medverka i studien vilket kan ha uppfattats som en, i vissa fall, oönskad överraskning. Dock var det ingen av deltagarna som kommenterade denna förändring, utan de flesta verkade nöjda med att själva få utforma sin behandling.

Trots att det utgick en stark rekommendation om att välja de tre introduktionsmodulerna, var det 1 person som valde att utesluta dessa ur sitt behandlingsprogram, och 1 person som bara valde två av de tre intromodulerna. Detta kan ses som problematiskt, då deras val innebar att de delvis missade rationalen för KBT, som traditionellt ses som en viktig del av den kognitivt beteendeterapeutiska behandlingen. Den person som inte valde rationalen alls valde att avsluta behandlingen efter 5 veckor, och den individ som valde delar av den fullgjorde hela sin behandling inom avsatt tid.

Statistiska analyser

De statistiska analyserna beräknades i Microsoft Excel och SPSS (version 15). I studien användes beroende t-test och beräkning av effektstorlekar utifrån Cohens d $[(M_{pre}-M_{post})/SD_{pooled}]$ för att beräkna resultatet på de olika självskattningsformulären. χ^2 -beräkningar gjordes också vid analyser av ickeparametriska data. I studien ingick sammanlagt 27 individer. En person exkluderades då denne inte gick att få tag på och alltså inte påbörjade behandlingen. Resterande deltagare, 26 personer, ingick i intention-to-treat-analysen.

Resultat

Resultaten för behandlingsgruppen i föreliggande studie presenteras genom förändringar i utfallet på de fyra beroendemåtten MADRS-S, BAI, CORE-OM och QOLI, som presenteras med medelvärde, standardavvikelse och effektstorlekar inom gruppen. Effektstorlekarna hänvisar till Cohens d (Cohen, 1988) som drar gränsen för liten effekt vid $d=0.20$, medelstor effekt vid 0.50 , och stor effekt vid 0.80 . Därefter redovisas förbättringar på CGI-I skalan, samt diagnosfördelning, totala symtom och subkliniska besvär. Sist redogörs för förbättringar mellan förmätning 1 och 2 och deltagarnas utvärdering av behandlingen.

Självskattningsformulär

Efter avslutad behandling fanns en signifikant förändring på alla självskattningsmått. Beräkningar med beroende t-test visade på en lägre grad av nedstämdhet (MADRS-S: $t_{25}= 5.29$, $p<0.001$) och generell ångestnivå (BAI: $t_{25}=4.15$, $p<0.001$). Det fanns också en signifikant förbättring på CORE-OM ($t_{25}=7.12$, $p<0.001$). Graden av subjektiv livskvalitet var även den signifikant högre (QOLI: $t_{25}= -2.71$, $p=0.012$).

Effektstorlekar

Effektstorlekar räknades ut för alla självskattningsmått efter avslutad behandling. Dessa varierade mellan medelstark och stark effekt. Se vidare i tabell 6 nedan.

Tabell 6. Medelvärde (standardavvikelse). Effektstorlek inom gruppen, före och efter behandling, n=26.

Beroendemått	Behandlingsgrupp
MADRS-S	
Före	15.96 (6.48)
Efter	9.73 (6.65)
<i>Effektstorlek inomgrupp</i>	0.95
BAI	
Före	16.85 (8.04)
Efter	10.73 (6.72)
<i>Effektstorlek inomgrupp</i>	0.83
CORE-OM	
Före	1.46 (0.40)
Efter	0.95 (0.43)
<i>Effektstorlek inomgrupp</i>	1.23
QOLI	
Före	0.85 (1.64)
Efter	1.65 (1.48)
<i>Effektstorlek inomgrupp</i>	0.51^a

^a För att undvika missförstånd har minustecknet tagits bort framför effektstorleken för QOLI. Ett högre medelvärde på QOLI indikerar höjd livskvalitet.

Clinical Global impression – Improvement, CGI-I

Som ett komplement till självskattning genomfördes även CGI-skattningar på deltagarna (n=26). 88.5 % av deltagarna var förbättrade i någon grad (lite, mycket eller väldigt mycket). Ingen av dem var försämrade efter att behandlingen avslutats.

Tabell 7. Klinisk bedömning av respektive deltagares förbättring efter behandlingen.

Väldigt mycket förbättrad	2 (7.7 %)
Mycket förbättrad	12 (46.2 %)
Lite förbättrad	9 (34.6 %)
Oförändrad	3 (11.5 %)
Lite försämrad	0
Mycket försämrad	0
Väldigt mycket försämrad	0

Diagnosfördelning

Efter behandlingen var diagnoserna för egentlig depression 3 stycken färre, för lindrig depression 1 färre, för dystymi och paniksyndrom utan agorafobi 3 färre vardera, för paniksyndrom med agorafobi 2 färre, för PTSD 1 färre, för social fobi 2 färre och för GAD uppfylldes diagnos för 1 person färre. Samtliga 26 personer (100 %) uppfyllde minst en diagnos före behandlingen (inklusive ångest UNS), jämfört med efter behandlingen då diagnos kunde ställas på 16 (61 %) personer. En χ^2 -analys gjordes av diagnosfördelningen före och efter, vilken gav en signifikant förbättring, $\chi^2_1=16.25$, $p<0.001$.

Antal deltagare med komorbida diagnoser sjönk från 10 före behandling till 5 efter behandling. En χ^2 -analys gjordes även här, vilken gav resultatet $\chi^2_1=6.19$, $p=0.0128$, alltså även detta en signifikant förändring.

Tabell 8. *Diagnosfördelning före och efter behandling samt differens.*

Diagnoser	Förmätning 2 (n=26)	Eftermätning (n=26)	Differens
Egentlig depression	4 (15 %)	1 (4 %)	- 3
Lindrig depression	1 (4 %)	0	- 1
Dystymi	4 (15 %)	1 (4 %)	- 3
Paniksyndrom utan agorafobi	3 (12 %)	0	- 3
Paniksyndrom med agorafobi	7 (27 %)	5 (19 %)	- 2
Tvångssyndrom	0	0	0
PTSD	1 (4 %)	0	- 1
Social fobi	10 (38 %)	8 (31 %)	- 2
GAD	5 (19 %)	4 (15 %)	- 1
Ångestsyndrom UNS	5 (19 %)	2 (8 %)	- 3
Antal deltagare med komorbida diagnoser	10 (38 %)	4 (15 %)	- 6
Diagnosfria	0	10 (38 %)	+ 10

Totala symtom och subkliniska besvär

På samma sätt som före behandlingen, kodade den intervjuare som genomförde SCID-intervjun i eftermätningen uppfyllt diagnos (2 poäng) och subkliniska symtom (1 poäng) inom respektive diagnosområde. Före behandlingen hade 13 individer subkliniska symtom utöver sin primära diagnos och efter behandlingen var det 11 personer som hade subkliniska symtom. Förändringen var inte signi-

fikant, $\chi^2_1=0.63$ $p<0.5$. Den sammantagna poängen för varje deltagare varierade i förmätningen mellan 1 och 6 poäng, (M=3.69, sd=1.52) och i eftermätningen mellan 0 och 6 poäng (M=2.08, sd=1.52). Beräkningar med beroende t-test visade på en signifikant förbättring avseende totala symtom, $t_{25}= 9.03$, $p>0.001$. Effektstorleken för dessa beräkningar var 1.06, det vill säga en stark effekt.

Tabell 9. *Fördelning av subkliniska besvär, före och efter behandling, (samma person kan ha subkliniska symtom inom flera områden), n=26.*

Diagnosområde	Antal individer med subkliniska besvär före behandling (%)	Antal individer med subkliniska besvär efter behandling (%)	Differens
Egentlig depression ^a	4 (15 %)	3 (12 %)	-1
Dystymi ^a	3 (12 %)	1 (4 %)	-2
Paniksyndrom utan agorafobi	6 (24 %)	1 (4 %)	-5
Paniksyndrom med agorafobi	1 (4 %)	2 (8 %)	+1
Tvångssyndrom	0	0	0
PTSD	1 (4 %)	1 (4 %)	0
Social fobi	4 (15 %)	4 (15 %)	0
GAD	5 (19 %)	2 (8 %)	-3

^a Symtom som inte uppfyllt kriterierna för diagnoserna egentlig depression, lindrig depression och dystymi.

Förbättringar mellan förmätningarna

Mellan förmätningstillfälle 1 och 2 skedde en spontanförbättring i mätning på beroendevariablerna CORE-OM, BAI och MADRS-S (alla $t_{25}\geq 2.4$; alla $p\leq 0.022$), men inte på QOLI ($t_{25}=0.34$; $p=.74$). De uträknade effektstorlekarna för dessa skillnader varierade mellan liten och stor effekt. Mellan den första förmätningen och eftermätningen låg effektstorlekarna på mellan medelstark och stark effekt. Se tabell 10 nedan.

Tabell 10. Effektstorlekar mellan förmätning 1 och 2, samt mellan förmätning 1 och eftermätning.

Förmätning 1 och 2		Förmätning 1 och eftermätning	
Beroendemått CORE-OM		Beroendemått CORE-OM	
Förmätning 1	1.84 (0.49)	Förmätning 1	1.84 (0.49)
Förmätning 2	1.46 (0.40)	Eftermätning	0.95 (0.43)
Effektstorlek	0.86	Effektstorlek	1.94
BAI		BAI	
Förmätning 1	20.50 (9.71)	Förmätning 1	20.50 (9.71)
Förmätning 2	16.85 (8.04)	Eftermätning	10.73 (6.72)
Effektstorlek	0.41	Effektstorlek	1.19
MADRS-S		MADRS-S	
Förmätning 1	19.04 (6.99)	Förmätning 1	19.04 (6.99)
Förmätning 2	15.96 (6.48)	Eftermätning	9.73 (6.65)
Effektstorlek	0.46	Effektstorlek	1.37
QOLI		QOLI	
Förmätning 1	0.79 (1.64)	Förmätning 1	0.79 (1.64)
Förmätning 2	0.85 (1.64)	Eftermätning	1.65 (1.48)
Effektstorlek	Ns	Effektstorlek	0.55

Följsamhet i behandlingen

Behandlingen varade i 10 veckor, mellan den 23 april 2007 och den 1 juli 2007. Av de 26 personer som startade behandlingen slutförde 9 personer (35 %) sin planerade behandlingsplan inom avsatt tid. Deltagarna lade ner mellan 1 och 10 timmar på sin behandling i veckan, i genomsnitt 4.9 (sd. 2.85) timmar. I tabell 11 nedan redovisas hur många av de olika modulerna som valdes, hur många av dessa som avslutades, samt antal deltagare (%) som slutfört veckans uppgifter.

Tabell 11. Antal valda respektive slutförda moduler (n=26), samt antal deltagare (%) som slutfört veckans uppgifter (oavsett modul).

Modul	Antal valda moduler	Antal slutförda moduler	Vecka	Antal deltagare som slutfört veckans uppgifter
Introduktion	24	24 (100 %)	Vecka 1	26 (100 %)
Tankens kraft 1	25	25 (100 %)	Vecka 2	26 (100 %)
Tankens kraft 2	25	24 (96 %)	Vecka 3	24 (92 %)
Social ångest 1	17	9 (53 %)	Vecka 4	24 (92 %)
Social ångest 2	17	9 (53 %)	Vecka 5	24 (92 %)
Beteendeaktivering 1	13	11 (85 %)	Vecka 6	21 (81 %)
Beteendeaktivering 2	13	9 (69 %)	Vecka 7	15 (58 %)
Panikångest 1	13	10 (77 %)	Vecka 8	15 (58 %)
Panikångest 2	13	10 (77 %)	Vecka 9	13 (50 %)
Generaliserad ångest 1	15	14 (93 %)	Vecka 10	9 (35 %)
Generaliserad ångest 2	15	14 (93 %)		
Generaliserad ångest 3	15	13 (87 %)		
Agorafobi	7	3 (43 %)		
Avslappning	18	9 (50 %)		
Sömn	7	4 (57 %)		
Avslutning	22	7 (32 %)		

Utvärdering av behandlingen

Av alla deltagare som påbörjade behandling var 23 personer (92 %) huvudsakligen nöjda eller mycket nöjda med behandlingen i stort. Alla deltagare tyckte att de fått tillräckligt mycket fakta. Alla utom 4 personer var nöjda eller mycket nöjda med den mängden råd de fått, och alla utom 4 personer tyckte att de fått tillräckligt med stöd, varav 3 av de senare var samma personer som önskat mer råd. Alla deltagare utom 2 tyckte att de fått tillräckligt mycket vägledning, och dessa 2 personer var samma deltagare som hade velat ha mer av både råd och stöd. Se tabell 12 för resultat av deltagarnas svar på utvärderingsfrågorna med svarsalternativ. En del frågor besvarades med fritext, vars svar inte redovisas här.

Tabell 12. Deltagarnas svar på utvärderingen av behandlingen.

Frågor och svarsalternativ	N (%)
Hur nöjd är du totalt sett med din behandling?	
Mycket nöjd	14 (56 %)
Huvudsakligen nöjd	9 (36 %)
Likgiltig eller lätt missnöjd	2 (8 %)
Riktigt missnöjd	0
Hur nöjd är du med behandlingens tempo (programmets omfattning i relation till dess längd)?	
Tio veckor var alldeles för kort tid	11 (44 %)
Tio veckor var lagom	11 (44 %)
Tio veckor var lite för lång tid	3 (12 %)
Tio veckor var alldeles för lång tid	0
Har behandlingen hjälpt dig till ett bättre förhållningssätt till dina problem?	
Ja, den har hjälpt mig väldigt mycket	12 (48 %)
Ja, den har hjälpt mig något	10 (40 %)
Nej, den har inte riktigt hjälpt mig	3 (12 %)
Nej, den verkar snarare ha förvärrat situationen	0
Har dina problem med oro förbättrats genom programmet?	
Ja, den är inte längre ett problem	2 (8 %)
Ja, den är ett mindre problem	17 (68 %)
Nej, den är fortfarande ett problem	6 (24 %)
Nej, det har snarare gjort situationen värre	0
Vad tyckte du om textens läsbarhet?	
Den var lätt att förstå	16 (64 %)
Den var mestadels lätt att förstå	7 (28 %)
Den var mestadels svår att förstå	1 (4 %)
Den var svår att förstå	1 (4 %)

Diskussion

Föreliggande studies syfte var att studera behandlingseffekten av ett Internet-baserat självhjälpsprogram vid olika typer av ångestproblematik, där deltagarna själva fick välja behandlingsmoduler. Studiens resultat visar att behandlingsgruppen förbättrats på samtliga beroendevariabler, och att deltagarna upplever en minskad grad av ångest, nedstämdhet samt ökad livskvalitet. Genomsnittlig effektstorlek inom gruppen var Cohens $d=0.88$.

Resultatdiskussion

Hypotes 1: Minska ångest- och nedstämdhetssymtom samt öka graden av välmående och allmänna funktioner

Den första hypotesen får stöd i studiens resultat. Beräkningar gav en inomgruppseffektstorlek på $d=1.23$ vilket anses vara en stark effekt. Detta betyder att gruppen minskade sina ångest- och nedstämdhetssymtom och ökade graden av välmående samt allmänna funktioner jämfört med det senaste förmätningstillfället.

NOVA II:s inomgruppseffektstorlek på $d=1.23$ för CORE-OM är jämförbar men något lägre jämfört med andra behandlingsstudiers resultat. I Mellor-Clark, Connell, Barkham och Cummins (2001) studie jämfördes 1087 primärvårdspatienter före och efter behandling. Inomgruppseffektstorleken beräknades till $d=1.52$. Liknande effektstorlek fann Gilbert, Barkham, Richards, och Cameron (2005), i sin studie där 2494 primärvårdspatienter fick korta behandlingsinterventioner och sedan jämfördes före och efter behandlingen.

Cavanagh et al. (2006) undersökte effekterna av självhjälpsbehandling via internet. De fann en inomgruppseffektstorlek på $d=1.00$, vid intention-to-treat-analys var dock effektstorleken $d=0.5$. I ovan beskrivna studie fick deltagarna ingen terapeutkontakt vilket kanske kan förklara den något lägre effektstorleken.

Inomgruppseffektstorleken för NOVA II var något lägre än för den första studien i NOVA-projektet. Maurin och Törngren (2007) fann en inomgruppseffektstorlek på $d=1.79$ för CORE-OM. I deras resultat finns en spontanförbättring som i föreliggande studie skedde mellan första och andra förmätningen. Om man tar hänsyn till det kan en jämförelse göras med effektstorleken mellan förmätning 1 och eftermätningen i NOVA II. Effektstorleken för CORE-OM var då $d=1.94$ vilket är något större än i NOVA I.

Hypotes 2: Minska ångestnivån

Studiens resultat stöder även denna hypotes. Beräkningar av BAI gav en inomgruppseffektstorlek på $d=0.83$ vilket är stor effekt. I en studie av Internetbaserad kognitiv beteendeterapi med telefonstöd för social fobi fann författarna en inomgruppseffektstorlek på $d=0.79$ vid beräkningar av BAI (Carlbring et al., 2007). Almlöv (2007) genomförde inom ramen för sitt examensarbete en studie kring kognitiv beteendeterapeutisk Internetbehandling vid GAD. Där fann han en inomgruppseffektstorlek på 0.90 beräknat för BAI. Även Carlbring et al., (2005) fann i sin studie en effektstorlek på 0.90 inom gruppen vid Internetbaserad KBT för paniksyndrom.

Inomgruppseffektstorleken $d=0.83$ för grad av ångestnivå vid föreliggande studie är alltså jämförbar med dessa tidigare studier av KBT via Internet. Jämfört med Maurin och Törngrens (2007) resultat i NOVA I är föreliggande studies resultat något lägre. Maurin och Törngren (2007) fann en effektstorlek på $d=1.2$. Om det även här tas hänsyn till spontanförbättringen i Maurin och Törngrens (2007) studie, och det istället görs en jämförelse med effektstorleken mellan förmätning ett och eftermätningen i NOVA II, som var $d=1.19$, blir det inte en särskilt stor skillnad mellan de båda studierna.

Hypotes 3: Minska graden av depression

Också denna hypotes fann stöd i föreliggande studie. Inomgruppseffektstorleken var $d=0.95$ och betraktas därmed stor effekt. I en studie av Andersson et al. (2006) undersöktes Internetbaserad KBT med inslag av in-vivo gruppexponering vid social fobi där deltagarna hade minimal terapeutkontakt. Författarna fann i den studien en effektstorlek på $d=0.75$ på MADRS-S inom gruppen. När Carlbring et al. (2007) genomförde en behandlingsstudie om Internetadministrerad KBT med telefonstöd, också den rörande social fobi, var inomgruppseffektstorleken $d=0.69$. En måttligt starkare effektstorlek, $d=0.87$, erhöll Carlbring et al. (2005) i en behandlingsstudie rörande paniksyndrom. Jämfört med dessa studier är MADRS-S-resultaten i NOVA II något bättre.

Almlöv (2007) fann i sin studie en inomgruppseffektstorlek på $d=1.21$ och i NOVA I beräknade Maurin och Törngren (2007) effektstorleken till $d=1.26$. Dessa två resultat är således något bättre än i föreliggande studies resultat för beroendemåttet nedstämdhet. Anledningen till detta kan vara att deltagarna i NOVA II var deprimerade i mindre utsträckning vid behandlingens inledning vilket medförde att skillnaden efter behandling inte blev lika signifikant. Deltagarnas medelvärde för MADRS-S i denna studie var 15.96 vilket enligt Snaith, Harrop och Newbi och Teale (1996) motsvarar mild depression. I NOVA I var behandlingsgruppens medelvärde före behandlingens start 20.5 vilket motsvarar måttlig depression (Maurin & Törngren, 2007). I Almlövs (2007) studie var

motsvarande medelvärde 20.24. Deltagarna i föreliggande studie hade också spontanförbättring mellan första och andra förmätningstillfället vilket kan påverka resultatet. Vid jämförelse med effektstorleken mellan första förmätningen och eftermätningen, $d=1.37$ för MADRS-S, blir resultatet i NOVA II starkare än i ovan beskrivna studier.

Hypotes 4: Ökad grad av livskvalitet

Den fjärde hypotesen får stöd i studiens resultat. Detta indikerar att deltagarnas grad av livskvalitet höjts som en konsekvens av behandlingen. Den uppnådda effektstorleken var $d=0.51$, vilket är en medelstark effekt. Ingen signifikant förbättring hade skett mellan förmätning 1 och 2. Resultat som uppnåddes i NOVA II kan ställas i relation till effektstorlekar i flera andra Internetbaserade behandlingar, exempelvis den som bedrevs i första behandlingsgruppen inom NOVA-projektet. Den uppnådda effektstorleken inom behandlingsgruppen i Maurin och Törngrens (2007) studie var 0.71, och alltså även det en medelstark, men något högre effekt. Resultatet i NOVA II är däremot likvärdigt med Almlövs (2007) Internetbehandling riktad mot GAD, där inomgrupps effektstorleken uppgick till 0.59, och står sig väl i jämförelse med de resultat som Carlbring et al. (2005) erhöll i en Internetbehandlingsgrupp mot paniksyndrom, där inomgruppseffektstorleken var 0.37.

Hypotes 5: Uppfyllande av diagnoskriterier

Eftersom ingen mätning av interbedömarreliabilitet gjorts angående SCID-intervjuerna bör resultaten av dessa tolkas med viss försiktighet. Liksom i Maurin och Törngrens (2007) studie, NOVA I, är det svårt att göra jämförelser i diagnosfördelningen före och efter behandling med andra studier, då dessa oftast inriktats på en primär diagnos. Liksom NOVA I (Maurin & Törngren, 2007) fokuserade NOVA II på flera ångeststörningar, varför en jämförelse mellan dessa två studier kan göras.

Maurin och Törngrens (2007) behandling resulterade i att 9 deltagare (33 %) blev diagnosfria, 11 personer färre (41 %) hade komorbida diagnoser, och 23 färre diagnoser kunde sättas efter avslutad behandling. Detta kan jämföras med innevarande studie där 10 personer (38 %) blev utan diagnos, 5 personer färre hade subkliniska diagnoser (19 %) och totalt 16 färre diagnoser ställdes efter avslutad behandling. NOVA II hade alltså likvärdiga resultat med NOVA I avseende hur många deltagare som blev diagnosfria, men något sämre angående antalet subkliniska diagnoser och det totala antalet satta diagnoser efter avslutad behandling. χ^2 -analysen som gjordes av diagnosfördelningen före och efter, visade dock på en signifikant förbättring i detta avseende.

CGI-skattningar

Efter avslutad behandling var 88.5 % av deltagarna förbättrade i någon grad (lite, mycket eller väldigt mycket), vilket kan jämföras med NOVA I där andelen förbättrade i behandlingsgruppen var 89 %. Dessa siffror kan jämföras med Almlövs (2007) studie om GAD, där motsvarande siffra var 86.8 %. CGI-resultaten för NOVA II ligger således i linje med dessa två studier.

Förändring inom gruppen mellan förmätningarna

Mellan förmätning 1 och 2 fanns en kliniskt signifikant förbättring på tre av beroendemåtten. Effektstorleken för CORE-OM mellan förmätningarna var $d=0.86$, för BAI var den $d=0.41$ och för MADRS-S, $d=0.46$. Denna förändring mellan förmätningstillfällena skulle kunna bero på en så kallad spontanförbättring. Kanske kan förbättringen också härledas till deltagandet i diskussionsforumet, där individerna i kontrollgruppen fick möjlighet att diskutera sina problem med andra människor i liknande situationer. I en studie riktad mot depression fann Houston, Cooper och Ford (2002) att individerna upplevde sig bli hjälpta av deltagandet i en supportgrupp på Internet. Även i Lenndin och Vernmarks (2004) Internetbaserade depressionsstudie förekom förbättring inom kontrollgruppen, mätt med MADRS-S. Deltagarna i NOVA II uppgav att de uppskattade diskussionsforumet och möjligheten det gav till att få kontakt med andra individer med liknande besvär. Vissa deltagare efterfrågade även att få fortsätta hålla kontakten efter behandlingens slut, exempelvis via en e-postlista. Denna förfrågan nekades dock på grund av sekretesskäl. Förbättringarna skulle även kunna bero på en ökad förväntning inför den stundande behandlingen, vilken kan ha ingett hopp och bidragit med ny energi.

Totala symtom och subkliniska symtom

Liksom i NOVA I (Maurin & Törngren, 2007) har kodning gjorts av totala symtom och subkliniska symtom, för att så långt som möjligt försöka fånga den kliniska verkligheten, där många individer med ångestsyndrom även lider av annan ångest- eller depressionsproblematik. I NOVA-projektet har även personer inkluderats som inte uppfyllt någon annan diagnos än ångest UNS. χ^2 -analysen av subkliniska symtom, före och efter behandling, visade inte på någon signifikant skillnad. Däremot visade eftertestingen en signifikant förbättring gällande totala symtom, med en effektstorlek på 1.06. Detta innebär att deltagarna totalt sett uppvisade färre symtom avseende ångest och nedstämdhet.

Metoddiskussion

Intern validitet

Enligt Borg och Westerlund (2006) handlar den interna validiteten om med vilken säkerhet vi kan dra slutsatser om ett orsakssamband och dess riktning, att vi kan lita på slutsatsen att det var den oberoende variabeln som påverkade den beroende variabeln. I en undersökning finns det flera hot mot den interna validiteten, bland annat riktningproblemet och bakomliggande-variabelproblemet. Riktningproblemet handlar om vad som påverkar vad. Men har man i studien kontroll över den oberoende variabeln så kan man inte ha något riktningproblem. Därför har man inte riktningproblemet vid varken kvasiexperiment eller experiment. Bakomliggande-variabelproblemet innebär att man har ett skensamband mellan en oberoende och en beroende variabel som i själva verket förklaras av en bakomliggande variabel. Detta problem kan man komma runt med hjälp av randomisering eller avhjälpas helt genom att genomföra ett äkta experiment (Borg & Westerlund, 2006).

I NOVA-studien randomiserades deltagarna till olika behandlingsbetingelser för att i så hög grad som möjligt säkra den interna validiteten och undvika problemet med en eventuellt bakomliggande variabel. Däremot är bristen på en jämförande kontrollgrupp ett hot mot den interna validiteten i NOVA II, och en av studiens svagheter. I föreliggande studie användes dock två förmätningstillfällen för att kontrollera för exempelvis spontanförbättring, vilket också upptäcktes vid vissa av studiens utfallsmått.

Med hjälp av två förmätningar kan också risken för testeffekt, vilket innebär att deltagarna svarar olika vid olika mättillfällen, och mognadseffekt, vilket handlar om att en inre mognadsprocess hos individen förklarar resultatet snarare än behandlingen, till viss del kontrolleras. Genom att använda samma mätinstrument vid alla mättillfällen kontrollerades till viss grad också mäteffekten. Det kan inte garanteras att deltagarnas signifikanta förbättring beror på behandlingen och inte andra orsaker som årstid, placebo eller andra eventuella oupptäckta oberoende variabler.

Det går alltså inte att helt skydda sig mot eventuella hot mot den interna validiteten i denna studie. Bristen på kontrollgrupp är en avsevärd svaghet hos studien. Trots att placeboeffekt inte kan uteslutas är det ändå troligt att resultaten i studien visar att behandlingen har gett effekt, även om det inte går att visa på vilken komponent som har svarat för förändringen. Att en yttre oberoende variabel konsekvent har påverkat behandlingsdeltagarna och därmed behandlingseffekten, är inte troligt.

Extern validitet

Borg och Westerlund (2006) beskriver att den externa validiteten handlar om huruvida man kan göra generaliseringar från de samband mellan oberoende och beroende variabler som påvisats i en studie. Vidare menar Borg och Westerlund (2006) att det framförallt finns tre typer av generaliseringar som efterfrågas; generalisering till andra sätt att operationalisera variablerna i undersökningen, generalisering till andra miljöer, samt generalisering till andra individer än de undersökta. Om man kan påvisa att dessa generaliseringar är möjliga så stärks den externa validiteten.

Den första aspekten att ta i beaktande är huruvida stickprovet med individer som deltagit i NOVA II kan anses representativt för den population det hämtats från. Som beskrivits i inledningen av innevarande uppsats drabbas kvinnor oftare än män av ångestsyndrom (SBU, 2005), ett förhållande som avspeglas i att 23 personer (över 85 %) av deltagarna i NOVA II var kvinnor. I detta avseende kan alltså urvalet sägas vara representativt för populationen.

Enligt en undersökning som Statistiska Centralbyrån gjort (SCB; "Utbildningsnivå" 2006) har 13 % av Sveriges befolkning i åldersgruppen 16-74 år någon form av eftergymnasial utbildning. Även om NOVAs deltagare befinner sig inom ett något snävare åldersspann (25 till 62 år), kan SCB:s siffror ge en fingervisning om att NOVAs urval på denna punkt inte kan anses spegla den allmänna populationen. I NOVA hade 17 deltagare (62.9 %) antingen en påbörjad eller avslutad högskole- eller universitetsutbildning. Att så många deltagare var akademiker skulle kunna bero på att föreliggande studie är förankrad till Linköpings universitet, vilket kan ha medfört en övervikt av akademiskt orienterade individer.

Ett hot mot den externa validiteten med avseende på urvalet, är det krav på Internetuppkoppling och datorvana som behandlingsformen innehöll. Även om många personer i dagens samhälle troligen använder dator och Internet i viss utsträckning kan en del personer ha avskräckts från att söka sig till denna typ av behandling då de inte anser sig ha tillräcklig datorvana. Det är även möjligt att personer som använder dator dagligen dragit sig för att anmäla sig till Internetbaserad terapi, då en behandling för de ångestproblem man länge haft kan anses vara ett alltför stort åtagande för att kunna hanteras enbart över nätet. Behandlingens utformning kan därmed ha begränsat urvalets representativitet något.

Behandlingsprogrammets utformning

I huvudsak verkar deltagarna vara nöjda med sin behandling. 23 personer (92 %) rapporterade att de var huvudsakligen eller mycket nöjda med behandlingen to-

talt sett. Det finns ändå en del aspekter som bör diskuteras rörande NOVA II-behandlingens utformning.

En av grundtankarna i NOVA-projektet var att även deltagare med komorbid problematik skulle inkluderas. Trots att behandlingen riktade sig mot flera diagnoser var det vissa komorbida tillstånd som inte behandlades i studien. Ett sådant tillstånd var exempelvis PTSD, vilket en av deltagarna uppfyllde. Att behandlingen inte kunde täcka hela problematiken för denne deltagare kan anses vara ett problem.

Behandlingsprogrammets tidsmässiga upplägg har på olika sätt upplevts som problematiskt. Flera av deltagarna i NOVA II-studien, 11 personer (44 %), upplevde att tempot i behandlingen var för högt. Lika många individer ansåg dock att tiden räckt till för att de skulle hinna med att både läsa och göra uppgifterna. 12 % ansåg däremot att behandlingen pågått för länge. Bendelin och Dahl (2006) fann i sin studie om deltagarnas upplevelser av Internetbaserad KBT, att deltagarnas uppfattning om tidsdispositionen skilde sig. Många uppfattade att tidsåtgången varit fullt tillräcklig medan andra ansåg att tio veckor var alldeles för lite för att tillgodogöra sig behandlingen ordentligt. Det finns evidens för att kortare terapier ger god effekt, bland annat vid KBT-behandling av paniksyndrom (White & Barlow, 2002; Westling & Öst, 1999).

Ett antal av deltagarna menade också att behandlingens placering tidsmässigt var problematisk. De sista behandlingsveckorna var förlagda under juni, en månad då flera av deltagarna gick på semester. Flera av deltagarna uppgav också att de under de sista veckorna var upptagna med avslutningar, sluttentor eller förberedelser för semestern. Under den sjunde och åttonde veckan blev det också en avsevärd skillnad i hur många av deltagarna som avslutade modulen i tid. Vecka 6 lämnade 81 % av deltagarna in sina hemuppgifter i tid, vecka 7 och 8 var motsvarande siffra 58 %. Vecka 9 lämnade endast hälften av deltagarna in sin hemuppgift och vecka 10 var det endast 35 % av deltagarna som avslutade modulen. I snitt lade deltagarna ner mellan 1 och 10 (i snitt 4,9) timmar på sin behandling i veckan. Enligt flera av deltagarna varierade tiden de lade ner från vecka till vecka. Många uppgav också att de i efterhand önskade att de lagt ner ännu mer tid på arbetet med modulerna.

Utöver tempot i behandlingen var modulerna informationsmässigt krävande. Varje modul bestod av flera sidor tätskriven text samt en mängd fordrande interventionsövningar. Texten i behandlingen var också akademiskt krävande, vilket en deltagare påpekade. Med tanke på att behandlingen vände sig till individer med olika ångestsyndrom där ofta kognitiva nedsättningar förekommer, kan detta vara problematiskt. De flesta, 64 %, av deltagarna i NOVA II ansåg dock att texten var lätt att förstå. 7 individer (28 %) ansåg att den för det mesta var lätt att

förstå medan sammanlagt 2 individer (8 %) ansåg att texten mestadels eller alltid var svår att förstå.

En av tankarna med NOVA II var att deltagarna själva skulle få vara med och utforma behandlingens upplägg. Utifrån en modulbeskrivning fick deltagarna välja de behandlingsmoduler de önskade skulle ingå under de tio behandlingsveckorna. Att få vara med och besluta kring behandlingens innehåll verkade inte ha uppfattats som något negativt. Att deltagarna tidigt fick information om behandlingens olika delar, samtidigt som de fick möjlighet att vara delaktiga i utformningen och planerandet av sin behandling, kan kanske till och med ha ökat deras motivation. Att låta patienten vara involverad i beslutsfattande kring sin behandling är enligt Entwistle och Watt (2006) en viktig del av en bra behandling.

Då behandlingsdeltagarna blev instruerade att välja tio moduler valde en del deltagare moduler som kanske inte stämde med deras problematik. För att fylla upp alla tio behandlingsveckor valde till exempel en deltagare med problematiken social fobi även modulerna som handlade om beteendeaktivering, trots att depression inte förekom som komorbid diagnos. Detta påverkade eventuellt motivationen för de deltagare som uppfattade att de arbetade med moduler som inte kändes relevanta.

Jämförelse med tidigare Internetbaserade självhjälpsstudier

Den genomsnittliga effektstorleken inom gruppen för NOVA II-behandlingen var $d=0.88$. Denna genomsnittliga effektstorlek kan jämföras med flera andra studiers resultat. I Carlbring, Ekselius och Anderssons (2003) studie fick två grupper av patienter med paniksyndrom antingen Internetbaserad kognitiv beteendeterapi eller tillämpad avslappning administrerad över Internet. För båda dessa grupper fann man att behandlingen hade en signifikant effekt. Den genomsnittliga effektstorleken inom gruppen som fick KBT var $d=0.42$ medan inomgruppseffektstorleken för tillämpad avslappning var $d=0.71$. I ytterligare en studie om Internetbaserad självhjälpsbehandling vid paniksyndrom fann Carlbring et al. (2005) en genomsnittlig inomgruppseffektstorlek på $d=0.78$. En något högre effektstorlek, $d=1.10$, fann Carlbring et al. (2006) när de studerade effekterna av Internetbaserad KBT, också där vid paniksyndrom.

Carlbring et al. (2007) fann i sin studie av Internetadministrerad KBT med telefonstöd vid social fobi en genomsnittlig effektstorlek inom behandlingsgruppen på $d=0.95$. I Andersson et al.s (2006) studie om självhjälp över Internet vid social fobi beräknades inomgruppseffektstorleken till $d=0.87$. Carlbring, Furmark,

Steczko, Ekselius och Andersson (2006) fann även de en snarlik inomgruppseffektstorlek, $d=0.88$, vid Internetbaserad KBT vid social fobi.

I NOVA I fann författarna en stor genomsnittlig inomgruppseffektstorlek, $d=1.24$, i sin studie. En anledning till att deltagarna i NOVA II inte fick lika stor effekt av behandlingen kan kanske vara att föreliggande studies behandlingsgrupp hade spontanförbättrats något under tiden de stod på väntelista. Därför blev behandlingseffekten inte lika stor då gruppen redan vid behandlingens start mådde lite bättre. Om den genomsnittliga inomgruppseffektstorleken mellan förmätning 1 och eftermätningen i NOVA I jämförs med resultatet i NOVA II, får föreliggande studie en något större effekt, $d=1.26$. Jämförelser mellan NOVA I och NOVA II ska dock göras med försiktighet då behandlingen låg så pass olika tidsmässigt.

Effekten av behandlingen i NOVA II är jämförbar med de ovan beskrivna studierna, därför kan man anta att behandlingen inte förlorade på att patienterna tilläts vara med och välja sina moduler och därmed designa sin behandling.

Användning av resultaten

NOVA-studiens resultat indikerar att behandlingsutformningen kan lämpa sig för personer med komorbida ångeststörningar, vilket är lovande då komorbiditet är vanligt förekommande i den kliniska verkligheten. Eftersom Internetbaserade behandlingar är kostnadseffektiva i jämförelse med traditionell psykoterapi, skulle olika vårdinrättningar kunna tjäna på att införa denna typ av behandlingsform. Internetbaserade självhjälpsprogram skulle enligt Tate och Zabinski (2004) kunna användas inom psykiatri för personer som är motiverade att arbeta mycket på egen hand, och som lider av mindre allvarliga problem. Samma krav torde behöva ställas på personer som ska genomgå en behandling liknande den som bedrevs inom NOVA-projektet, då denna kräver mycket arbete av den enskilde individen.

Begränsningar med studien

En klar begränsning med NOVA II-studien är bristen på en kontrollgrupp, vilket medför att det inte helt går att gardera sig mot eventuella hot mot den interna validiteten. Det har gjorts försök att kompensera för detta genom att ha två förmätningstillfällen, vilket till viss grad stärker den interna validiteten. Dock är avsaknaden av en kontrollerad jämförelse en svaghet, vilket medför att resultatet bör tolkas försiktigt och inte allt för stora slutsatser bör dras.

Maurin och Törngren (2007) beskrev i sin studie att en begränsning med deras studie var att det vid screeningintervjun i januari inte gjordes en strukturerad bedömning av eventuella personlighetsstörningar eller neuropsykiatriska störningar, som exempelvis Aspergers syndrom. Detta skulle kunna resultera i att individer som inte kan tillgodogöra sig behandlingen på ett optimalt sätt inkluderades. Dock fyllde deltagarna i ett screeningformulär, SCID-II rörande personlighetsstörningar, på Internet vid rekryteringen. Då deltagarna i denna studie fungerade som kontrollgrupp i Maurins och Törngrens (2007) studie, innebär det att avsaknaden av en strukturerad bedömning av deltagarna även blir en begränsning i NOVA II.

Då en av ambitionerna med studien var att efterlikna en klinisk verklighet är avsaknaden av uppföljning, eller booster-sessioner en brist. Booster-sessioner sker vanligen en till två gånger med cirka tre månaders intervall. Klienten får då bland annat en chans att repetera delar av behandlingen samt en möjlighet att göra ändringar i det vidmakthållandeprogram som klienten fått med sig efter behandlingens avslut (Kåver, 2006). Denna möjlighet fanns alltså inte för deltagarna i NOVA II-studien.

Det faktum att ingen av behandlarna någonsin träffade deltagarna kan anses vara en ytterligare begränsning med studien. Detta kan ifrågasätta projektets trovärdighet då Internetformatet eventuellt inte kan garantera att deltagarna var helt uppriktiga i sina e-postmeddelanden, hemuppgifter och i det Internet-administrerade frågeformuläret. Det är inte troligt att deltagarna fuskade med sina hemuppgifter eller svarade oärligt på frågeformulären, eftersom reell progression i behandlingen låg i deltagarnas intresse.

En brist i studien är att det vid förmätning och eftermätning inte ställdes några frågor kring hur deltagarnas egna uppfattningar om patientinflytande samt upplägget med att de själva fick designa sitt behandlingsprogram. Därför kan det inte dras några slutsatser kring hur verksam aspekten patientinflytande var för behandlingsutfallet.

Framtida forskning

Resultaten av de behandlingar som genomförts inom ramen för NOVA-projektet stöder användandet av Internetbaserad terapi för ångeststörningarna GAD, paniksyndrom, social fobi, ångest UNS och depression. Den stora skillnaden mellan NOVA I och II var att deltagarna i den senare behandlingsgruppen själva fick designa sitt behandlingsprogram. Detta förfarande har oss veterligen aldrig använts tidigare, vilket gör en långtidsuppföljning av resultaten, både hur de står sig i förhållande till de i NOVA I och andra Internetbaserade ångeststudier, extra

intressant. Det skulle också vara värdefullt att undersöka hur väl denna behandlingsform står sig i jämförelse med traditionell behandling av ångest.

Som en del av SCID-intervjuerna screenades det även för diagnoserna tvångs- syndrom och PTSD, men inte för specifik fobi. Trots att en av deltagarna uppfyllde de diagnostiska kriterierna för PTSD, fanns i NOVA ingen behandlingskomponent tillgänglig för just detta syndrom. I framtida studier vore det intressant att inkludera även ovan nämnda diagnoser, för att undersöka en behandling riktad mot samtliga ångeststörningar.

I denna studie undersöktes inte huruvida deltagarna valde moduler utifrån sin förmodade diagnos, eftersom urvalets storlek inte var tillräckligt stort för att några egentliga slutsatser skulle kunna göras utifrån detta. Det kan i framtiden vara intressant att undersöka hur väl deltagares val av moduler överensstämmer med de diagnoser som satts, och hur detta samband i så fall skulle kunna påverka behandlingsresultat.

I eventuellt framtida studier av behandling vid komorbiditet kan det också vara av intresse att titta på hur primärdiagnoser förändras. Detta kan med fördel beräknas genom mätinstrument som kontrollerar för just den aktuella diagnosen, exempelvis förändringar i BAI för deltagare med ångest som primärdiagnos.

Effekten av denna form av behandling behöver även prövas i kliniska sammanhang, där patienterna själva inte valt att genomföra ett behandlingsprogram av denna typ. Ett sätt att göra detta är att applicera Internetadministrerade behandlingsformer inom exempelvis primärvården.

Slutord

I dag lider många människor av ångest och nedstämdhetsproblematik. Lidandet tar sig både fysiska och psykologiska uttryck och för med sig en ofta avsevärt sänkt livskvalitet. I takt med ökade vårdköer för psykologisk behandling ökar också behovet och kraven på mer lättillgängliga och kostnadseffektiva behandlingsalternativ.

Resultatet av denna studie är jämförbart med andra studier av Internetadministrerad KBT med e-poststöd. NOVA-behandlingen hade signifikant effekt trots låga inklusionskrav och behandling av komorbiditet. Det kan också antas att patienter kan dra nytta av att få vara med att utforma sin egen behandling. Detta kan betraktas som värdefullt för framtida forskning och utvecklandet av nya behandlingar.

Referenser

Almlöv, J. (2007). *Origo: A randomized controlled study*. Psykologexamensuppsats. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings Universitet.

American Psychiatric Association (APA). (1999). MINI-D IV. *Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-TR (4th ed.)*. Washington, DC: APA.

Andersson, G., & Carlbring, P. (2003). Editorial-special issue. Internet and cognitive behaviour therapy: New opportunities for treatment and assessment. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 3, 97-99.

Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrman, M., & Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 677-686.

Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Lenndin, J., & Vernmark, K. (2007). *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Viva förlag.

Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2007). Effects of Internet delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and mood disorders. *Review Series: Psychiatry*.

Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (In press) A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*.

Barlow, D. H. (2002). True alarms, false alarms, and learned (conditioned) anxiety: the origin of panic and phobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and Its disorders* (pp. 292-327). New York: The Guildford Press.

Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.

Barkham, M., Evans, C., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D., & Connell, J. (1998). The rationale for developing and implementing core

outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental health*, 7 (1), 35-47.

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

Bendelin, N., & Dahl, J. (2006). *Patienters upplevelser av Internetbaserad kognitiv beteendeterapeutisk självhjälpsbehandling mot depression*. Psykologexamensuppsats. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings Universitet.

Borg, E., & Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber AB.

Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.

Brewin, C. R., & Bradley, C. (1989). Patient preferences and randomized clinical trials. *British Medical Journal*, 299, 313-315.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-566.

Brown, T. A., & Barlow D. H. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders, the nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 328-379). New York: The Guilford Press.

Carlbring, P. (2005). *Formulärsammanställning*. Uppsala: Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet.

Carlbring, P., Gustafsson, H., Ekselius, L., & Andersson, G. (2002). 12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 37, 207-211.

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

- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldo, V., Söderberg, M., & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1321-1333.
- Carlbring, P., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B., Ekselius, L. & Andersson, G. (2006). Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of Internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *American journal of psychiatry*, *163*, 2119-2125.
- Carlbring, P., Furmark, T., Steczko, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via email for social phobia. *Clinical Psychologist*, *10*, 30-38.
- Carlbring, P., Gunnarsdottir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T., (2007) Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive behavioural therapy with telephone support. *British journal of psychiatry*, *190*, 123-128.
- Carlbring, P., & Hanell, Å. (2007). *Ingen panik: Fri från panik- och ångestattacker i 10 steg med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Carlsson, A., & Carlsson, L. (2001). *Hjärnans budbärare*. Lund: Studentlitteratur.
- Cavanaugh, K., Shapiro, D. A., Van Den Berg, S., Swain, S., Barkham, M., & Proudfoot, J. (2006). The effectiveness of computerized cognitive behavioural therapy in routine care. *British Journal of Clinical Psychology*, *45* (4), 499-514.
- Claussen, B., & Aasland, O. G. (1993). The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) in a routine health examination of long-term unemployment. *Addiction*, *88*, 362-368.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power of analysis for the behavioral sciences*. (2:nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dunner, D. L. (2001). Management of anxiety disorders: The added challenge of comorbidity. *Depression and anxiety*, *13*, 57-71.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders*. Oakland, California: New Harbringer Publications.

- Entwistle, V. A., & Watt, I. A. (2006). Patient involvement in treatment decision-making: The case for a broader conceptual framework. *Patient Education and counselling*, 63, 268-278
- Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audin, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9, 3, 247-255.
- Fehm, L., Pelisollo, A., Furmark, T., & Wittchen, H-U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 453 – 462.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1999). *Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders. Clinical version.* (J. Herlofson, svensk bearbetning). Danderyd: Pilgrim Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1999). *Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders. Research version.* (J. Herlofson, svensk bearbetning). Danderyd: Pilgrim Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1999). *Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV.* (J. Herlofson, svensk bearbetning). Danderyd: Pilgrim Press.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the quality of life inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Furmark, T., Holmström, A., Sparthán, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). *Social fobi – Effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi.* Stockholm: Liber.
- Gilbert, N., Barkham, M., Richards, A., & Cameron, I. (2005). The effectiveness of a primary care mental health service delivering brief psychological interventions: a benchmarking study using the CORE system. *Primary Care Mental Health*, 3, 241-51.

Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *British Medical Journal*, *319*, 670-674.

Hollon, S.D., Stewart, M.O., & Strunk, D. R. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, *57*, 285-315.

Houston, T. K., Cooper, L. A., & Ford, D. E. (2002). Internet support groups for depression: a 1-year prospective cohort study. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 2062-2068.

Klein, E., Rosenberg, J., & Rosenberg, S. (2007). Whose treatment is it anyway? The role of consumer preferences in mental health care. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, *10*, 65-80

Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling - en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Falköping: Natur och Kultur.

Lebreque, J., Marchand, A., Dugas, M. J., & Letarte, A. (2007). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, *3*, 616-637.

Lenndin, J., & Vernmark, K. (2004). *Klara-projektet – Internetbaserad e-post-och självhjälpsbehandling vid depression: en randomiserad kontrollerad studie*. Psykologexamensuppsats. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings Universitet.

Marks, I. M., Cavanaugh, K., & Gega, L. (2007). *Hands-on help, computer-aided psychotherapy*. New York: Psychology Press.

Massion, A. O., Warshaw, M. G., & Keller, M. B. (1993). Quality of life and psychiatric morbidity in Panic Disorder versus Generalized Anxiety Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 600-607.

Maurin, L., & Törngren, C. (2007). *NOVA: Individualiserad Internetbaserad vägledad självhjälpsbehandling vid ångeststörningar – En randomiserad kontrollerad studie*. Psykologexamensuppsats. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings Universitet.

Mellor-Clark, J., Connell, J., Barkham, M., & Cummins, P. (2001). Counseling outcomes in primary health care: a CORE system data profile. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, *4*, 65-86.

Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British journal of psychiatry*, 134, 382-389.

Mårtensson, B., & Andersson, S. (2007). *Förstämmningssyndrom. Läkemedelsbo-*
ken. Hämtad 29 november, 2007 från <http://www.apoteket.se/rd/d/3043>

Ruhé, H. G., Dekker, J. J., Peen, J., Holman, R., & de Jonghe, F. (2005). Clinical use of the Hamilton Depression Rating Scale: is increased efficiency possible? A post hoc comparison of Hamilton Depression Rating Scale, Maier and Bech subscales, Clinical Global Impression, and Symptom Checklist-90 scores. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 417-427.

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

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom – En systematisk litteraturöversikt Vol. 2*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Tate, D. F., & Zabinski, M. F. (2004). Computer and Internet applications for psychological treatment: update for clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 209-220.

Utbildningsnivå för befolkningen 2006, 16-74 år. (2006). Hämtad 29 november, 2007 från http://www.scb.se/templates/Product___9565.asp

Wells, A. (1999). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. West Sussex: John Wiley & Sons.

Westling, B. E., & Öst, L. G. (1999). Brief cognitive behaviour therapy of panic disorder. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 28, 49-57.

White, K. S., & Barlow, D. H., (2002). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders, the nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 328-379). New York: The Guilford Press.

World Health Organization. (2004). *International classification of diseases and related health problems, tenth revision*. Geneva: WHO.

Öst, L-G. (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bilagor

A. Behandlingsmoduler

Introduktion, 3 moduler (motsvarande 3 behandlingsveckor)

De inledande modulerna var, liksom alla andra moduler, valbara men vi rekommenderade starkt att deltagaren, oavsett problematik, skulle välja dessa tre för att få en ordentlig introduktion till KBT-metoden och dess syn på ångest.

Introduktion, 14 sidor (16 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

I den första modulen gavs en kortfattad introduktion till behandlingsprogramets upplägg och innehåll. Efter introduktionen följde en översikt av begreppet ångest och dess uttryck samt förklaringar till uppkomst. Slutligen beskrevs kognitiv beteendeterapi och Internetbehandling.

Tankens kraft del 1, 14 sidor (20 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

Denna modul inleddes av en genomgång av vad automatiska tankar, grundantaganden och livsregler är och vad deras betydelse och konsekvenser kan vara. Därefter introducerades ett sätt att registrera negativa automatiska tankar och den kognitiva modellen för ångest. Slutligen gavs fakta kring hur ångestproblematik vidmakthålls.

Tankens kraft del 2, 21 sidor (30 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

Denna modul innehöll information om hur man kan gå till väga för att försöka ifrågasätta och förändra sitt tänkande. En beskrivning av vanliga tankefällor ingick, liksom en modell för registrering av säkerhetsbeteenden och utmanande av negativa automatiska tankar. Sist i modulen uppmanades deltagaren att formulera mål för den fortsatta behandlingen.

Social ångest, 2 moduler (motsvarande 2 behandlingsveckor)

Social ångest del 1, 21 sidor (26 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

I den här modulen fick deltagaren läsa om vanliga symtom, problemsituationer och säkerhetsbeteenden vid social ångest. Därefter presenterades metoden realitetstestning och principerna bakom exponering beskrevs. Läsaren fick också skapa en ångesthierarki över de mest ångestfyllda sociala situationerna i dennes liv.

Social ångest del 2, 21 sidor (23 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

Syftet med denna modul var att ytterligare öka kunskapen om vilka beteenden som går hand i hand med social ångest. I den här modulen fick deltagaren hjälp att, med olika övningar, skifta fokus från sig själv till omgivningen och därmed

bli mindre ångestfylld och självmedveten. Modulen innehöll även exempel på vanligt förekommande säkerhetsbeteenden, perfektionism och självförtroende. Slutligen presenterades en modell för att utmana säkerhetsbeteenden.

Beteendeaktivering, 2 moduler (motsvarande 2 behandlingsveckor)

Beteendeaktivering del 1, 25 sidor (34 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

I den första modulen om beteendeaktivering beskrevs och förklarades nedstämdhet ur ett kognitivt beteendeterapeutiskt perspektiv. Begrepp som interaktioner, positiv och negativ förstärkning, belöningar och bestraffningar introducerades. Deltagaren uppmanas också att lägga upp sin egen aktivitetsplan där målet var att inplanerade aktiviteter skulle genomföras oavsett om nedstämdhet förelåg. Aktivitetsplanen syftade även till att kartlägga och jämma ut balansen mellan så kallade minus- och plusaktiviteter.

Beteendeaktivering del 2, 11 sidor (18 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

Denna modul fokuserade ytterligare på minusaktiviteter och tendenser hos nedstämda att skjuta upp saker. Utöver detta uppmanades deltagaren att belöna sig själv för sina framsteg och utveckla aktivitetsplanen efterhand som de klarade av att genomföra fler aktiviteter. Slutligen ingick en utvärdering av aktivitetsplanen.

Panikångest, 2 moduler (motsvarande 2 behandlingsveckor)

Panikångest del 1, 31 sidor (32 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

Den första panikångestmodulen bestod av en beskrivning om vad panikångest är, och hur ångest och kroppsliga symtom hänger ihop. Ett stort utrymme upptogs av det så kallade överandningstestet, som gav deltagaren möjlighet att själv framkalla symtom liknande de vid hyperventilering. I samband med övningarna fick deltagaren också registrera tankar och känslor som uppstod. Som en sista del av andningsövningarna introducerades tekniker för att stoppa hyperventilering och deltagaren gavs instruktioner för magandning.

Panikångest del 2, 30 sidor (39 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

Den andra modulen om panikångest informerade om orsaker och uppkomst av panikångest. Övningsmomentet bestod i 18 stycken så kallade interoceptiva övningar som hade till uppgift att vänja deltagaren vid fysiska sensationer som är vanliga vid panikattacker. För att handskas med dessa sensationer uppmanades deltagaren att ta hjälp av någon närstående som kunde agera coach. Som repetition fick deltagaren utforska sina centrala rädslor och negativa automatiska tankar samt utmana dessa.

Generaliserad ångest, 3 moduler (motsvarande 3 behandlingsveckor)

Generaliserad ångest del 1, 10 sidor (13 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

Denna modul syftade till att ge övergripande information om vad oro och generaliserad ångest är, hur den uppstår och vad dess konsekvenser kan vara. För att kartlägga sin egen oro fick deltagaren göra en beteendeanalys utifrån en utlösande situation, samt registrera vad som hände med tankar, känslor och kroppsliga reaktioner när denne oroar sig. Utifrån denna analys fick deltagaren sedan svara på vad de gjorde med sin oro, och vad oron fick för effekt på kort och lång sikt. Deltagaren uppmanades också att skatta sina orosdomäner och orons styrka.

Generaliserad ångest del 2, 9 sidor (12 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

Syftet med denna modul var att få deltagaren att öka sin medvetenhet kring sitt oroande och att börja öva på att upptäcka när oroandet startar och därefter aktivt stoppa det. Modulen presenterade också tekniker för att försöka kontrollera oroande med bland annat schemalagd orostid; där inplanering, identifikation och uppskjutande av oro ingick. Som en del av denna övning uppmanades deltagaren att välja så kallade orosfria zoner, det vill speciellt utvalda platser där de skulle försöka att inte oro sig. Deltagarna fick även fylla i och skapa sin egen orosdagbok där orons styrka och tid använd för oroande noterades.

Generaliserad ångest del 3, 13 sidor (16 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

I den sista modulen om generaliserad ångest introduceras deltagaren för tekniken praktisk problemlösning, och uppmanades därefter att välja ut ett problemområde att arbeta med enligt den nya tekniken. Deltagaren fick också råd hur man bäst formulerar och sätter mål att jobba mot. Ett stort utrymme lades även på orosexponering, där deltagaren fick öva på att stanna kvar i jobbiga situationer utan att tankemässigt fly undan. Som en del av orosexponeringen uppmanades deltagaren även att registrera sina orosområden, samt anspänning före, under och efter exponeringen.

Agorafobi, 1 modul (motsvarande 1 behandlingsvecka)

Agorafobi, 31 sidor (36 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

Modulen innehöll information om agorafobi och de kortsiktiga respektive långsiktiga konsekvenser av undvikande. Det redogjordes också för vanliga säkerhetsbeteenden och deras konsekvenser. Deltagaren guidades genom exponeringsförfarandet och uppmanades sätta upp mål för hur detta skulle genomföras. För att utföra exponeringen på bästa sätt hjälptes deltagaren med att bryta ned målen i delmål och arbeta sig framåt successivt. Ett schema för veckoexponeringar användes för att understödja deltagarens struktur och rutin.

Sömn, 1 modul (motsvarande 1 behandlingsvecka)

Sömn, 16 sidor (16 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

Sömnmodulen inleddes med psykoedukation om hur man inom kognitiv beteendeterapi ser på sömn och de faktorer som påverkar denna. För att hjälpa deltagaren att skapa ett bättre sovnmönster introducerades sju strategier som deltagaren uppmanades att använda i förändringen av sina sovvanor. Modulen innehöll även råd om hur man kan klara av svåra dagar trots störd sömn samt hur man kan förhålla sig till de känslor och tankar som uppkommer i relation till den upplevda sömnproblematiken. Under den vecka som modulen sträcker sig över fick deltagaren föra sömndagbok där registrering av sovvanor ingick med syfte att räkna ut deltagarens sömneffektivitet.

Avslappning, 1 modul (motsvarande 1 behandlingsvecka)

Avslappning, 27 sidor (33 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

I denna modul introducerades och presenterades avslappning. Vidare gavs information om den allmänna spänningsnivåns betydelse och deltagaren fick också lära sig att registrera tidiga ångestsignaler. Metoderna *tillämpad avslappning* och *progressiv avslappning* introduceras och deltagaren fick en genomgång av progressiv avslappning med bildpresentation i modulen samt röstinstruktion på den bifogade CD-skivan. En rekommendation om att i fortsättning försöka göra avslappningen till en del av vardagen gick ut.

Avslutning, 1 modul (motsvarande 1 behandlingsvecka)

Avslutning, 30 sidor (36 sidor inklusive uppgifter och arbetsblad)

Denna modul handlade om att förbereda deltagaren på bakslag och en redogörelse för skillnaden mellan bakslag och återfall gjordes. Specifika ”säga nej”-tekniker, jagbudskap, fem allmänna strategier för minskande av oro samt råd om tidsplanering beskrevs. Deltagaren uppmanades också att själv summera det som varit mest relevant för denne utifrån varje genomarbetad modul. Deltagaren uppmanades även att repetera vad denne lärt sig och skapa sin egen åtgärdsplan. Precis som inledningsmodulerna var också avslutningsmodulen valfri, men vi rekommenderade starkt att deltagaren skulle välja denna, då den innehöll viktig information om exempelvis bakslag.

B. Samtycke enligt personuppgiftslagen

Gerhard Andersson
Linköpings Universitet
Institutionen för Beteendevetenskap
58183 Linköping
Tfn: 013-285840
gerhard.andersson@ibv.liu.se

Du tillfrågas härmed om du är villig att delta i en studie för att undersöka hur behandling administrerad via Internet (baserade på kognitiv beteendeterapeutisk teori) påverkar personer som lider av ångestsyndrom. Tidigare studier har visat att Internetbaserade behandlingar är effektiva vid olika typer av problematik till exempel panikångest, social fobi, generaliserad ångest och depression. Syftet med denna studie är att undersöka om det går att behandla ångestproblematik via Internet.

Undersökningen är frivillig och du kan när som helst avbryta ditt deltagande. Ditt deltagande i denna studie påverkar inte din rätt att efter avslutad behandling få ytterligare hjälp som kan vara aktuell för ditt problem. För att kunna delta i studien ska du lida av din ångestproblematik, till exempel en ihållande och/eller återkommande oro, nedstämdhet, fysiska symtom (såsom hjärtklappning, darrningar, magbesvär), olust i sociala sammanhang, eller andra vanliga ångestsymtom. Behandlingen pågår under totalt tio veckor. Behandlingarna bygger på beprövade kognitiva beteendeterapeutiska metoder. Innan behandlingen påbörjas kommer du att intervjuas samt fylla i ett antal frågeformulär angående dina problem. Formulären ska även ifyllas efter avslutad behandling.

Resultaten från undersökningen behandlas under sekretess. Ingen utomstående kommer att veta att du har deltagit eller kunna se hur just du svarade. Resultaten kommer i huvudsak att analyseras på gruppnivå, vilket innebär att studiens resultat först och främst kommer att vara intressant när hela gruppens genomsnitt tagits fram. Om vi redovisar utfallet av enskilda behandlingar kommer vi att göra dessa framställningar oidentifierade på så sätt att utomstående inte ska kunna känna igen någon enskild person. Alla deltagare kan få en sammanställning av studiens resultat om de så önskar. Har du frågor om studien eller om några frågor dyker upp efter det att du deltagit är du välkommen att kontakta någon av oss.

Du har enligt 26 § personuppgiftslagen (1998: 204) rätt att gratis, en gång per kalenderår, efter skriftlig undertecknad ansökan ställd till oss, få besked om vilka personuppgifter om dig som vi behandlar och hur vi behandlar dessa. Du har

också rätt att enligt 28 § personuppgiftslagen begära rättelse i fråga om personuppgifter som vi behandlar om dig.

Jag samtycker till att personuppgifter om mig behandlas i enlighet med det ovanstående.

För- och efternamn: _____

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

C. Deltagarinformation

Det har sedan flera år tillbaka pågått en forskningsverksamhet kring behandling via Internet. Syftet med denna verksamhet är bland annat att ta fram effektiva behandlingsmetoder. Tidigare har Internetbaserade behandlingsprogram mot bland annat paniksyndrom, social fobi, generaliserad ångest och depression genomförts. Resultaten har varit övervägande positiva. Nu vill vi undersöka om Internetterapi fungerar för personer med symtom på social ångest, panikångest och generell ångest. Ovan nämnda studier, samt även denna studie, baseras på kognitiv beteendeterapeutisk teori och metod.

Studien innebär att du får behandling via en hemsida och med stöd via e-post. En förutsättning för deltagande är att du har tillgång till en egen dator med Internetuppkoppling samt möjlighet att skicka och ta emot e-post. Du måste även ha tillgång till en skrivare.

Tillvägagångssätt

För att delta i studien fyller du i din e-postadress på www.studie.nu. Vi kommer därefter att undersöka om du uppfyller de kriterier vi har för deltagande via skattningsformulär, det vill säga om vi tror att behandlingen kan vara till hjälp för dig. Visar skattningsformulären att behandlingen kan passa din problematik, så kommer du bli uppringd av oss för att boka in en personlig intervju. De första 60 personerna som anmäler sig och som uppfyller kriterierna för deltagande kommer slumpmässigt att delas in i två grupper.

Grupp 1 kommer omedelbart att påbörja behandling. Grupp 2 kommer först att placeras på en s.k. "väntelista", och sedan efter cirka 10 veckor att få ta del av samma behandling som grupp 1 genomfört. Under tiden du väntar kommer du dock få tillgång till en diskussionsgrupp på nätet där andra deltagare är med. Vi kommer att leda denna men vi räknar med aktivt deltagande och diskussioner kring ångestproblem.

Ovanstående procedur, med två olika grupper, är nödvändigt för att resultaten av behandlingen ska kunna jämföras och tillföra ny vetenskaplig kunskap.

Under behandlingen kommer du att ha kontakt med en behandlare via e-post. Det kommer att vara en psykologstudent under den sista terminen av den 5-åriga psykologutbildningen. Din behandlare kommer att få handledning av legitimerad kognitiv beteendeterapeut och det finns även en psykiater att tillfråga i de fall det behövs.

Samtliga deltagare (i grupp 1 och 2) kommer efter avslutad behandling att få fylla i formulär som skattar behandlingens resultat. Dessa formulär kommer även att fyllas i 6 och 12 månader efter avslutad behandling för att se om behandlingen ger långsiktig förbättring.

KBT-behandling av ångestsjukdomar

Inom kognitiv beteendeterapi (KBT) använder man sig av en kombination av kognitiva tekniker och beteendetekniker vid behandling. Kognitiva tekniker kan till exempel innebära att man undersöker sina tankar och tränar sig på att tolka situationer och upplevelser på ett mera realistiskt (och mindre automatiskt) sätt. Beteendetekniker riktar in sig på det man gör och inte gör och syftar bland annat till att påverka problembilden genom att öka vissa typer av aktiviteter. Behandling med KBT har i flera olika behandlingsstudier visat att en majoritet av patienterna uppnår lindring av sin ångest och oro. Behandlingen ger också patienten kunskap om olika faktorer som påverkar återfall, vilket ökar möjligheterna att behålla den förbättring som uppnåtts under behandlingen.

Annan problematik

Hela studien bygger på behandling via Internet. Inom projektet finns begränsade möjligheter till personligt stöd vid sidan om själva behandlingsprogrammet. Det finns även möjligheter till kontakt med din ansvariga behandlare via e-post eller telefon om detta skulle anses vara nödvändigt, t.ex. vid en krissituation. Detta betyder att vi inte har möjlighet att ta emot personer som lider av andra psykiska problem som till exempel svår depression, psykos och missbruk. Om denna problematik stämmer in på dig så uppmanar vi dig att söka läkarkontakt där du bor för att få hjälp med dina svårigheter. Vi vill betona att du endast bör anmäla dig till studien om du är medveten om och accepterar att du kan hamna i en grupp där den aktiva behandlingen med KBT via Internet erbjuds först efter cirka 10 veckor.

Etik

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst avbryta behandlingen. Dock förutsätter vi att du vid eventuellt avbrott i behandlingen meddelar oss detta och så att vi kan plocka bort dig och undvika att skicka påminnelser. Vi uppskattar även återkoppling om varför du väljer att hoppa av. Dina uppgifter kommer inte att användas i kommersiella syften. Resultatet från undersökningen behandlas under sekretess och ingen utomstående kommer att veta att du har deltagit eller kunna se hur just du svarade. Svaren kommer att sammanställas statistiskt i oidentifierad form och presenteras så att enskilda personers svar inte kan spåras. Alla deltagare kan få en sammanställning av studiens resultat om de så önskar. Har du några frågor om undersökningen, eller om några frågor dyker upp efter det att du deltagit, är du välkommen att kontakta oss via e-post.

Säkerhet

Kontakten med oss kommer att ske via e-post och via formulär på hemsidorna. Du kommer att tilldelas ett användarnamn som du ska använda dig av under behandlingen. Vi kommer även att erbjuda dig en krypterad e-postadress, vilket innebär att vi kan garantera att ingen obehörig kan läsa din e-post eller övrig information om dig om du använder denna. Data från frågeformulären och e-postkontakten kommer att registreras i avidentifierad form. Detta innebär att försöksdeltagare inte kan identifieras efteråt. Resultaten kommer i huvudsak att analyseras på gruppnivå, vilket innebär att studiens resultat först och främst kommer att vara intressant när hela gruppens genomsnitt tagits fram. Om vi redovisar utfallet av enskilda behandlingar kommer vi att göra dessa framställningar avidentifierade på så sätt att utomstående inte ska kunna känna igen någon enskild person.

Ansvariga

Gerhard Andersson, professor, leg psykolog, leg KBT-terapeut, Institutionen för beteendevetenskap (IBV), Linköping

Thomas Eriksson, leg läkare, specialist i allmänpsykiatri, Specialistläkarna, Linköping

Emma Linna, psykologkandidat, IBV, Linköping

Linda Maurin, psykologkandidat, IBV, Linköping

Lotta Törngren, psykologkandidat, IBV, Linköping

Per Carlbring, docent, leg psykolog, Institutionen för beteendevetenskap (IBV), Linköping

Fanny Estling, psykologkandidat, IBV, Linköping

Ebba Jakobsson, psykologkandidat, IBV, Linköping