

Att mäta psykoedukation

- kunskapstest för personer som genomgått kognitiv beteendeterapi för generaliserat ångestsyndrom via Internet

Emma Carlsson och Anna Johansson



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 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 2007-12-20 |
|---|---|-------------------------------------|

| | | |
|--|---|--|
| Språk <input checked="" type="checkbox"/> Svenska/Swedish <input type="checkbox"/> Engelska/English | Rapporttyp <input type="checkbox"/> Uppsats grundnivå <input type="checkbox"/> Uppsats avancerad nivå <input checked="" type="checkbox"/> Examensarbete <input type="checkbox"/> Licentiatavhandling <input type="checkbox"/> Övrig rapport | ISRN-nummer LIU-IBL/PY-D--08/185--SE |
|--|---|--|

| |
|---|
| Titel Att mäta psykoedukation - kunskapstest för personer som genomgått kognitiv beteendeterapi för generaliserat ångestsyndrom via Internet Title Can we measure psychoeducation? Development and validation of a knowledge test regarding CBT-principles for people with generalized anxiety disorder Författare Emma Carlsson och Anna Johansson |
|---|

| |
|---|
| Sammanfattning <p>Syftet med denna examensuppsats var att mäta kunskaper som deltagarna i en internetbehandlingen för generaliserat ångestsyndrom har fått av psykoedukationen i behandlingen. I studien undersöktes om behandlingsgruppen ett år efter avslutad behandling kommer ihåg det som lärdes ut i behandlingen. Det undersöktes även om det fanns något samband mellan kunskap och grad av oro. För att mäta kunskap framställdes ett flervalstest som baserades på modulerna i internetbehandlingen. Det slutgiltiga testet bestod av 22 items. Flervalstestet gavs ut till behandlingsgruppen i internetbehandlingen och till en kontrollgrupp. Behandlingsgruppen fick högre poäng på testet än kontrollgruppen. Det fanns ett samband mellan poäng på testet och poäng på PSWQ. Resultaten visar att kunskap har viss betydelse för hur personer med GAD upplever sin oro. Enbart kunskap verkar dock inte vara tillräckligt för att uppnå förbättring utan individen tycks även behöva internalisera och praktisera kunskapen.</p> |
|---|

| |
|--|
| Nyckelord Generaliserat ångestsyndrom (GAD), KBT, Psykoedukation, Internetbehandling, Kunskapstest |
|--|

Sammanfattning

Syftet med denna examensuppsats var att mäta kunskaper som deltagarna i en internetbehandlingen för generaliserat ångestsyndrom har fått av psykoedukationen i behandlingen. I studien undersöktes om behandlingsgruppen ett år efter avslutad behandling kommer ihåg det som lärdes ut i behandlingen. Det undersöktes även om det fanns något samband mellan kunskap och grad av oro. För att mäta kunskap framställdes ett flervalstest som baserades på modulerna i internetbehandlingen. Det slutgiltiga testet bestod av 22 items. Flervalstestet gavs ut till behandlingsgruppen i internetbehandlingen och till en kontrollgrupp. Behandlingsgruppen fick högre poäng på testet än kontrollgruppen. Det fanns ett samband mellan poäng på testet och poäng på PSWQ. Resultaten visar att kunskap har viss betydelse för hur personer med GAD upplever sin oro. Enbart kunskap verkar dock inte vara tillräckligt för att uppnå förbättring utan individen tycks även behöva internalisera och praktisera kunskapen.

Vi vill tacka

Vår handledare Gerhard Andersson för hjälp och inspiration, Björn Paxling för all hjälp och glad uppmuntran, Per Carlbring för praktisk hjälp, Jonas Almlöv och Mats Dahlin för hjälp med testframställningen.

Alla som svarat på testet och därmed gjort vårt examensarbete möjligt.

Arvid, Jonas och våra familjer för hjälp och stöd.

Tack till er alla!

Innehållsförteckning

| | |
|--|-----------|
| Att mäta psykoedukation – kunskapstest för personer som genomgått kognitiv beteendeterapi för generaliserat ångestsyndrom via Internet..... | 1 |
| <i>Generaliserat ångestsyndrom.....</i> | <i>1</i> |
| Diagnoskriterier..... | 1 |
| Prevalens och komorbiditet..... | 2 |
| Undvikandeteori..... | 2 |
| Informationsbearbetning..... | 3 |
| Intolerans mot osäkerhet..... | 3 |
| Metakognitioner och oro..... | 3 |
| <i>Behandling av generaliserat ångestsyndrom.....</i> | <i>4</i> |
| Kognitiv beteendeterapi..... | 4 |
| Interpersonell psykodynamisk terapi..... | 5 |
| Integrativ psykoterapi..... | 5 |
| Farmakologisk behandling..... | 5 |
| Kognitiv beteendeterapi via Internet..... | 5 |
| ORIGO-behandlingen..... | 6 |
| <i>Biblioterapi och psykoedukation.....</i> | <i>7</i> |
| <i>Framställning av flervalstest.....</i> | <i>8</i> |
| <i>Syfte.....</i> | <i>9</i> |
| Metod..... | 10 |
| <i>Deltagare.....</i> | <i>10</i> |
| Behandlingsgrupp..... | 10 |
| Kontrollgrupp..... | 10 |
| Pilotgrupp..... | 10 |
| <i>Inklusionskriterier.....</i> | <i>10</i> |
| <i>Material.....</i> | <i>10</i> |
| Kunskapstest..... | 10 |
| Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GAD-Q-IV)..... | 11 |
| Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)..... | 11 |
| Strukturerad klinisk intervju för DSM-IV (SCID)..... | 11 |
| Clinical Global Improvement (CGI)..... | 11 |
| <i>Procedur.....</i> | <i>11</i> |
| Framsällning av test..... | 11 |
| Behandlingsgruppen..... | 12 |
| Kontrollgrupp..... | 13 |

| | |
|--|----|
| Pilotgrupp..... | 13 |
| De tre grupperna..... | 13 |
| <i>Etik</i> | 13 |
| <i>Design</i> | 14 |
| <i>Statistisk analys</i> | 14 |
| Resultat | 15 |
| <i>Testframställning</i> | 15 |
| <i>Gruppernas resultat på kunskapstestet</i> | 19 |
| <i>Analys av gruppernas resultat på kunskapstestet</i> | 20 |
| Jämförelse mellan grupperna med avseende på poäng på testet..... | 20 |
| Jämförelse mellan grupperna med avseende på bakgrundsdata..... | 20 |
| Samband mellan bakgrundsvariabler och totalpoäng på testet..... | 20 |
| Samband mellan varje enskild grupp och totalpoäng på testet..... | 22 |
| Diskussion | 23 |
| <i>Resultatdiskussion</i> | 23 |
| <i>Metoddiskussion</i> | 25 |
| <i>Att mäta psykoedukation</i> | 26 |
| <i>Förslag till fortsatt forskning</i> | 27 |
| <i>Slutsatser</i> | 28 |
| Referenser | 29 |
| Appendix | 33 |
| <i>Appendix A</i> | 33 |
| <i>Appendix B</i> | 38 |

Att mäta psykoedukation – kunskapstest för personer som genomgått kognitiv beteendeterapi för generaliserat ångestsyndrom via Internet

Psykoedukation anses vara en viktig del i kognitiv beteendeterapi. Det är dock inte känt på vilket sätt psykoedukation är verksamt. Syftet med denna examensuppsats var därför att framställa ett kunskapstest för att mäta kunskaper som deltagarna i en internetbehandling för generaliserat ångestsyndrom har fått av psykoedukationen i behandlingen.

Generaliserat ångestsyndrom

Ångeststörningar har under senare år blivit allt mer uppmärksammade, både bland allmänhet och inom forskning. Fortfarande finns det dock relativt lite forskat på generaliserat ångestsyndrom (GAD) i jämförelse med andra ångestdiagnoser. En anledning kan vara att det är en relativt ung diagnos. Det var först 1980, i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM-III) som GAD presenterades som en egen diagnos separerad från paniksyndrom/agorafobi (Mennin, Heimberg & Turk, 2004). Diagnosen var dock svår att ställa eftersom kriterierna var otydliga. Förutom otydliga kriterier fick det inte finnas någon komorbiditet med till exempel depression. Dessutom var alla andra ångeststörningar tvungna att uteslutas innan GAD kunde fastställas. Allt detta bidrog till att många inom psykiatrin var skeptiska mot diagnosen. I och med DSM-III-R ändrades kriterierna så att GAD kunde förekomma tillsammans med andra ångeststörningar. I DSM-IV förändrades kriterierna för diagnosen ytterligare vilket medförde en smalare diagnos med högre reliabilitet (Mennin, Heimberg & Turk, 2004).

Diagnoskriterier. GAD innebär enligt American Psychiatric Association (2000) en överdriven oro kring flera områden, såsom arbete, familj och hälsa. Oron omfattar främst framtida händelser men även sådant som har hänt. För att uppfylla kriterierna för diagnosen ska en person ha oroat sig mer än hälften av alla dagar under de senaste sex månaderna samt uppleva att oron är okontrollerbar och svår att stoppa. Vidare ska tre av följande symtom finnas; känsla av rastlöshet eller av att vara på helspänn, vara lätt uttröttbar, vara lättirriterad, ha koncentrationssvårigheter, muskelspänningar och/eller sömnproblem. Oron ska inte bättre kunna förklaras av exempelvis social fobi eller paniksyndrom. Problemen ska innebära ett lidande för individen, alternativt orsaka en försämrad funktion i det dagliga livet. Oron ska inte enbart förekomma i samband med förstämningssyndrom eller psykos och ska inte heller bero på sjukdom eller påverkan av substanser, såsom mediciner eller droger (American Psychiatric Association, 2000).

Prevalens och komorbiditet. Livstidsprevalensen för GAD, det vill säga risken att under en livstid drabbas, är 5.6-5.8 procent (Breitholz, 2006; Ruscio et al., 2007) medan punktprevalensen, hur många som har GAD vid en viss tidpunkt, är ca 1.6 procent (Breitholz, 2006; Lieb, Becker & Altamura, 2005). Prevalensen ökar med stigande ålder och det är två till tre gånger högre risk för kvinnor att drabbas av GAD än för män. Ruscio et al. (2007) utförde en studie där de mildrade kriterierna för GAD så att oron inte behövde vara överdriven och endast behövde ha förekommit under den senaste månaden. Livstidsprevalensen ökade då till 12.6 procent. Breitholtz (2006) skriver att komorbiditet förekommer hos 45-91 procent av individer med GAD medan Lieb et al. (2005) rapporterar siffror på 70-93 procent. De vanligast förekommande tillstånden vid sidan av GAD är egentlig depression, social fobi (Breitholtz, 2006) och somatoforma syndrom (Lieb et al., 2005).

Många individer med GAD har varit ängsliga och oroliga så länge de kan minnas och har svårt att ge en exakt tidpunkt då problemen började. Det är vanligt att hjälp inte söks förrän problemen har blivit gravt handikappande, vilket kan vara efter årtal av svårigheter (Breitholz, 2006). GAD är ofta förenat med stort lidande och låg livskvalitet. På grund av oron inför framtida och tidigare händelser har personer med GAD svårt att leva i nuet. Även när de gör något roligt så har de ofta svårt att njuta av detta eftersom de är upptagna av att oro sig. (Dugas & Robichaud, 2007). Vid sidan av psykiska besvär lider dessa personer ofta av fysiska symtom så som väldigt spända muskler. GAD är relativt svårbehandlat. Wells (2004) skriver att ca 50 procent blir klart förbättrade med kognitiv beteendeterapi. Återfallsfrekvensen tre år efter förbättring (alla behandlingsformer) ligger på 27 procent (Breitholtz, 2006).

Nedan följer fyra kognitiva teorier om hur GAD uppkommer och vidmakthålls.

Undvikandeteori. Oro kan fungera som ett undvikande av upplevd fara och ångestframkallande tankar (Borkovec, Alcaine & Behar, 2004). Ställs en människa inför en fara är kognitiv aktivitet det mest funktionella verktyget för att lösa problemet. Oro är ett sätt att försöka förutspå framtida farliga händelser, vilket kan vara livsavgörande och i detta syfte mycket lämpligt. Oro kan dock bli ett sätt att undvika faror som endast finns i individens upplevelse. Personer med GAD har ofta en uppfattning om världen som en farlig plats och tolkar lätt stimuli som hotande. Oron blir ett sätt att hantera det hotfulla. Oro har visat sig minska fysiska och emotionella reaktioner på ångestframkallande stimuli, vilket blir en förstärkare av oron. Oron förstärks ytterligare genom att de förutspådda hemska händelserna sällan inträffar, vilket kan tolkas som att oron faktiskt fungerar. Oro kan även fungera som undvikande av plågsamma och ångestframkallande tankar och känslor. Dessa tankar och känslor kan komma från trauman, otillfredsställande anknytning under uppväxten eller nuvarande interpersonella svårigheter. Även om orostankarna är obehagliga så tränger de

undan de mer känslomässigt laddade bilderna och tankarna (Borkovec et al., 2004).

Informationsbearbetning. Forskare har enligt MacLeod och Rutherford (2004) undersökt möjligheten att kognitiva processer kan ligga bakom den grundläggande symtomatologin (oron) hos personer med GAD. Det har visat sig att individer med GAD har en benägenhet att uppmärksamma och koda hotfull information i större utsträckning än neutral information. Vidare tolkar personer med GAD tvetydig information som hotfull i större utsträckning än personer som inte har GAD. Dessa kognitiva processer sker automatiskt hos individer med GAD, vilket kan kopplas till deras svårighet att kontrollera oron. Benägenheten att uppmärksamma hotfull information kan leda till en sårbarhet för ångest, vilket i sin tur kan medverka till utvecklandet av GAD. De kognitiva processerna kan även medverka till bibehållandet av GAD (MacLeod & Rutherford, 2004).

Intolerans mot osäkerhet. Enligt Dugas, Bhur och Ladouceur (2004) betyder intolerans mot osäkerhet att en person tycker att osäkerhet är stressande. Ställs en person med denna känslighet inför en situation som ter sig osäker så kommer personen att reagera negativt, såväl känslomässigt, kognitivt som beteendemässigt. En individ som är intolerant mot osäkerhet tycker även att osäkerhet är något dåligt och något som till varje pris bör undvikas. Till följd får detta att individen måste hitta ett antal alternativa "lösningar" till de osäkra situationer som denna stöter på. Men eftersom det aldrig finns några garantier att de uttänkta lösningarna kommer att fungera så måste individen fortsätta hitta alternativa lösningar, med andra ord oro sig. Dugas et al. (2004) menar att det kan finnas ett samband mellan intolerans mot osäkerhet och vidmakthållande av oro. När en individ med GAD ställs inför en osäker situation börjar denne oro sig och fundera över tänkbara scenarier. Kommer något av dessa scenarier att visa sig vara en bra lösning till situationen så kommer individen att tro att det var på grund av att denne oroat sig som det hela löste sig. Dugas et al. (2004) skriver vidare att intolerans mot osäkerhet verkar vara relativt specifikt vid GAD, även om det kan vara en underliggande faktor också vid andra ångeststörningar.

Metakognitioner och oro. Metakognitioner är tankar om tankar och kan vara av såväl negativ som positiv art. Exempel på positiva metakognitioner är att individen intalar sig att oron hjälper denne att vara förberedd om något skulle hända, samt att det är oron som gör att individen klarar av den tänkta situationen. Genom dessa sätt intalar sig individen att oro är en bra copingstrategi. Wells (2004) delar upp oro i typ-1 och typ-2. Typ-1 oro är oro över yttre eller inre fenomen, till exempel oro över en händelse, relationer eller fysiska symtom. Typ-2 oro är en metakognitiv process där individen oroar sig för sitt oroande. Dessa tankar handlar ofta om att oroandet är farligt eller att

individen kommer att tappa kontrollen över oron. Om individen står inför ett upplevt hot så aktiveras typ-1 oron. När individen oroar sig kommer också typ-2 oron att aktiveras. Typ-2 oron kan försvinna om det är så att individen tycker att typ-1 oron bjuder på en tillfredställande lösning, men om så inte är fallet eskalerar istället typ-2 oron och ångesten med den. Detta kan få till följd att individen tror att denne håller på att bli tokig. För att stoppa den ökande ångesten börjar individen ägna sig åt än mer typ-1 oro för att hantera hotet om den stigande ångesten. På detta sätt vidmakthålls oron som en copingstrategi.

Behandling av generaliserat ångestsyndrom

De behandlingsformer som rekommenderas av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 2005) för generaliserat ångestsyndrom (GAD) är farmakologisk behandling samt kognitiv beteendeterapi (KBT). Dessa behandlingar är de som är mest forskade på, men det finns även andra psykoterapier såsom interpersonell psykodynamisk terapi som kan vara behjälplig vid GAD (Crits-Christoph, Connolly Gibbons & Crits-Christoph, 2004).

Kognitiv beteendeterapi. Det finns empiriskt stöd för att KBT är en bra behandlingsmetod vid GAD (Dugas & Robichaud, 2007; Hollon & Beck, 2004). Enligt Breitholtz (2006) är det huvudsakliga målet med behandling av GAD inte att klienten ska bli helt ångest/orosfri. Behandlingen bör snarare rikta in sig på att öka klientens känsla av kontroll, bidra med bättre problemlösningstrategier samt minska kroppsliga symtom. I behandling av GAD är det därför viktigt att både kognitiva interventioner samt interventioner som fokuserar på de kroppsliga symtomen finns med. Dugas & Robichaud (2007) poängterar dock att KBT-behandlingar för GAD kan se olika ut och fokusera på olika interventioner.

Exempel på en kognitiv intervention är psykoedukation, där klienten får kunskaper om bland annat vad GAD innebär och hur oro och ångest fungerar. Kognitiv omstrukturering är ytterligare en kognitiv intervention och handlar om att klienten ska få ett mer flexibelt sätt att tänka om sig själv, andra människor och omgivningen. Vidare kan beteendeanalys, orosdagbok (där klienten kartlägger sin oro) samt orosexponering vara behjälpligt i behandlingen av GAD (Breitholtz, 2006).

Den intervention som främst används för att minska de kroppsliga symtomen är avslappning. En typ av avslappning som visat sig verksamt vid GAD är Tillämpad Avslappning (TA). TA har två huvudsyften. Dels kan avslappningen på sikt sänka den allmänna spänningsnivån, vilket kan leda till att klienten blir mindre känslig för ångest. Dessutom syftar TA till att klienten ska lära känna

sina tidiga ångestsignaler för att med avslappning kunna minska ångest i stunden (Breitholtz, 2006).

Interpersonell psykodynamisk terapi. En alternativ terapiform till KBT är en standardiserad interpersonellt inriktad psykodynamisk terapi som kallas ”supportive – expressive psychodynamic therapy”. I denna terapiform ses GAD som en reaktion på tidigare traumatiska händelser som ofta innefattar närstående. Traumat medför önskningar om att få kärlek, omvårdnad och trygghet och samtidigt rädsla över att bli övergiven, avvisad eller utnyttjad. Önskningarna och rädslorna lever vidare i upprepade dysfunktionella relationer. Behandlingen syftar till att medvetandegöra de tidiga händelser som bidrar till att upprätthålla individens dysfunktionella relationsmönster samt öka individens självkänsla (Crits-Christoph, Connolly Gibbons & Crits-Christoph, 2004). Det finns fortfarande lite forskning om denna terapiform. En sammanställning av två studier visar dock att terapiformen ger en viss symtomreduktion på depression och ångest (Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Narducci, Schamberger & Gallop, 2005).

Integrativ psykoterapi. Newman, Castonguay, Borkovec & Molnar (2004) menar att en brist med KBT är att terapiformen inte behandlar interpersonella och emotionella problem. De har därför arbetat med att utveckla en integrerad terapiform där både interventioner från KBT och interpersonell terapi används. Än så länge är denna terapiform dock inte tillräckligt forskad på.

Farmakologisk behandling. Som farmakologisk behandling av GAD finns antidepressiv psykofarmaka och bensodiazepiner (ångestdämpande). Eftersom bensodiazepiner är starkt beroendeframkallande rekommenderas i första hand antidepressiv farmaka. Vid användande av bensodiazepiner bör detta endast ske under en kortare tidsperiod (Lydiard och Monnier, 2004; SBU, 2005, Apoteket, 2007). Risken är stor för återfall sex till tolv månader efter avslutad farmakologisk behandling (Lydiard och Monnier, 2004).

Kognitiv beteendeterapi via Internet. KBT via Internet innebär att klienten får en behandling via datorn som är baserad på KBT-manualer. Behandlingarna är ofta uppbyggda som självhjälpsbehandlingar men det är vanligt att klienten har kontakt med en terapeut under behandlingen. Denna kontakt kan ske via Internet, över telefon eller ansikte mot ansikte och syftar till att klienten ska få stöttning och svar på frågor. Hur mycket kontakt klienten har med terapeuten varierar mellan olika behandlingar (SBU, 2007). Carlbring & Andersson (2006) har gjort en översikt över studier om Internetterapi. De lyfter fram ett antal fördelar med denna terapiform. Anonymiteten kan bidra till att klienten vågar öppna sig och exempelvis avslöja självmordstankar, fler får tillgång till terapi och dessutom på ett kostnadseffektivt sätt. Det finns även praktiska fördelar då behandlingen kan utföras på tider som passar klienten (Carlbring & Andersson, 2006). Vidare behöver klienten och terapeuten inte befinna sig på samma ställe

(SBU, 2007). Nackdelar med Internetterapi är bland annat att alla inte har tillgång till dator och Internet samt säkerhet gällande känsliga uppgifter (Carlbring & Andersson, 2006).

KBT via Internet har tidigare visat sig vara effektivt vid bland annat paniksyndrom (Carlbring et al., 2006) och depression (Andersson et al. 2005; Christensen, Griffiths & Jorm, 2004).

ORIGO-behandlingen. Hösten 2006 gjordes en randomiserad, kontrollerad studie (Almlöv, 2006) vid Linköpings universitet där GAD behandlades med KBT via Internet. Behandlingen kallades ORIGO och löpte över åtta veckor. Deltagarna fick anmäla sig via en websida (www.studie.nu) och screenades sedan med hjälp av självskattningsformulär och telefonintervju. För att vara med i studien krävdes bland annat att deltagarna uppfyllde kriterierna för GAD enligt DSM-IV. Eventuell komorbiditet utgjorde inte något uteslutningskriterium. Behandlingen var en självhjälpsbehandling, med stöd av en terapeut via e-post, och var uppbyggd på åtta behandlingsmoduler. Modulerna innehöll psykoedukativa inslag och andra interventioner som visat sig passa för behandling av GAD. Det förklarades hur dessa interventioner skulle utföras och varför de var viktiga. För mer detaljerat innehåll i modulerna, se tabell 1.

Tabell 1

Sammanfattning av ORIGO-behandlingens moduler

| Modul | Innehåll |
|--------------|--|
| Modul 1 | Information om hur GAD kan gestalta sig och förklaras teoretiskt, vad KBT är samt hur ORIGO-projektet är upplagt. |
| Modul 2 | Information om den allmänna spänningsnivåns betydelse, hur man kan handskas med kroppsliga ångestreaktioner, att känna igen tidiga ångestsignaler samt börja öva sig på tillämpad avslappning (TA) i form av progressiv avslappning. |
| Modul 3 | Fortsättning på TA (kort progressiv avslappning), studera hur ens oroande fungerar och vad det innehåller samt läsa om och börja använda schemalagd orostid och orosfria zoner. |
| Modul 4 | Fortsättning på TA (betingad avslappning), läsa om vad tankar är och hur de påverkar oss samt läsa om vad oro är och hur det påverkar oss. |
| Modul 5 | Fortsättning på TA (differentiell avslappning), öva sig på att förhålla sig flexibelt till sina orostankar samt träna på praktisk problemlösning. |
| Modul 6 | Fortsättning på TA (snabb avslappning), läsa om och träna på orosexponering. |
| Modul 7 | Träna på TA i verkliga ångestskapande situationer, läsa om och arbeta med personliga relationer, läsa om och arbeta med sina sömnvanor. |
| Modul 8 | Fortsätta tillämpningsträningen av TA, läsa om vad som är viktigt att tänka på inför framtiden samt läsa om och göra ett vidmakthållandeprogram. |

Till varje modul följde även hemläxor och formulär som deltagarna skulle fylla i och skicka till sin e-postterapeut. Terapeutens roll var att stödja och uppmuntra samt svara på frågor och hjälpa deltagarna framåt i behandlingen. Efter avslutad behandling hade behandlingsgruppen blivit signifikant förbättrad. 60.5 procent uppfyllde inte längre kriterierna för GAD. För utförligare beskrivning av ORIGO-behandlingen, se Almlöv (2006).

Biblioterapi och psykoedukation

Internetbehandlingar är som nämnts ovan ofta uppbyggda som självhjälpsbehandlingar, vilka vanligtvis kommer i form av biblioterapier. Enligt Glasgow och Rosen (1978) innebär biblioterapi användning av litteratur i behandling av fysiska och/eller emotionella problem. Biblioterapi kan användas som huvudsaklig behandling eller som ett komplement till annan behandling. Litteraturen kan vara såväl fack- som skönlitterär. Kognitiv biblioterapi har visat sig vara en verksam behandlingsform för bland annat ångestproblem (Kupshik & Fisher, 1999), och depression (Ackerson, Scogin, McKendree-Smith & Lyman, 1998).

En viktig del i många biblioterapier är psykoedukation. Med psykoedukation menas att klienten får kunskap om sin diagnos/problem samt hur olika interventioner fungerar. I kognitiva terapier och i KBT anses det vara viktigt att klienten får större kunskap om dessa faktorer eftersom detta kan bidra till förbättring (Kåver, 2006). För till exempel en klient med ångestproblematik kunskaper om hur ångest fungerar kan detta i sig medföra mindre ångest. I en behandling av GAD skulle det exempelvis vara viktigt att klienten lär sig om hur oro uppkommer och vidmakthålls för att kunna bryta sitt orosmönster. Psykoedukation har visat sig verksamt för bland annat depression (Christensen et al., 2004), bipolär sjukdom, (Colom et al., 2003) och paniksyndrom (White, 1997). White (1997, 1998) har även gjort studier där personer med GAD fick en psykoedukativ behandling i storgrupp, där resultaten visade på signifikanta förbättringar.

Även om det finns en utbredd uppfattning om att psykoedukation fungerar så är det oklart hur det är verksamt. Däremot finns en hypotes om att en verksam mekanism i psykoedukation är att klienten faktiskt lär sig det som anses viktigt i den specifika behandlingen (Scogin, Jamison, Floyd & Chaplin, 1998). Bendelin och Dahl (2006) visade i sin studie att det möjligtvis inte räcker med kunskap för att förbättras. De intervjuade deltagare som varit med i internetbehandling för depression. Resultaten visade att de deltagare som läst och därefter omvandlat teorin till praktik förbättrades mycket av behandlingen. De deltagare som enbart läst utan att ha gjort övningarna förbättrades minimalt eller inte alls.

I ett försök att testa klienters kunskaper efter att ha läst en självhjälpbok för depression, konstruerade Scogin et al. (1998) ett flervalstest. Testet baserades på bokens innehåll och gavs sammanlagt ut till tre klientgrupper plus en kontrollgrupp. Det huvudsakliga resultatet blev ett test med 21 items som kunde diskriminera personer som läst boken från personer som inte läst boken. Däremot fanns inget samband mellan bra resultat på testet och förbättring på Beck Depression Index (BDI) och Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD).

Framställning av flervalstest

Med flervalstest menas att varje fråga har ett flertal färdiga svarsalternativ att välja mellan. En fråga och dess svarsalternativ kallas ett item. Flervalstest kan utformas för att mäta olika kognitiva nivåer, såsom erinran, förståelse, slutledning och bedömning (Haladyna 2004; Wedman, 1988). När ett flervalstest ska konstrueras bör ett antal riktlinjer beaktas (Haladyna, 2004; Haladyna & Downing, 1989). Dessa riktlinjer är uppdelade i tre kategorier. *Generella riktlinjer för konstruktion av items.* Dessa innefattar riktlinjer för varje items innehåll och hur varje item bör presenteras. Items bör exempelvis undvika att mäta trivial kunskap och ska vara lätta att läsa och förstå. *Riktlinjer för stamkonstruktion.* Med stam menas själva frågan och dessa riktlinjer visar hur stammen bör vara formulerad. *Riktlinjer för konstruktion av svarsalternativ.* Dessa tar både upp hur det rätta svaret och distraktorerna (de felaktiga svarsalternativen) bör skrivas.

Innan testet lämnas ut bör en granskning av testet göras. Haladyna (2004) rekommenderar att varje item granskas gällande grammatik, stavning och tydlighet. Vidare är det viktigt att det bara finns ett rätt svar, alternativt ett svar som är mest rätt. Detta kontrolleras med fördel av kunniga på området. Haladyna (2004) anser också att testet i efterhand bör diskuteras med testdeltagarna, för att även de skall kunna kommentera på testets items.

Enligt Haladyna (2004) och Taylor (2005) är det optimala antalet svarsalternativ tre. Hur många svarsalternativ som passar bäst beror dock på frågan. Wedman (1988) menar att det vid ja- och nejfrågor bör vara fyra svarsalternativ för att svarsalternativen ska vara lika attraktiva.

Vid användning av flervalstest föreligger risk för felinlärning. Individen kan komma att tro att det svar som denne kryssat i är det rätta, även om så inte är fallet (Haladyna, 2004).

Syfte

ORIGO-behandlingen byggde till stor del på psykoedukation, vilket anses vara en viktig del i KBT. På vilket sätt psykoedukation är verksamt är dock inte känt och behöver vidare undersökas. Syftet med denna examensuppsats var att mäta kunskaper som deltagarna i ORIGO-behandlingen har fått av psykoedukationen i behandlingen. Ytterligare ett syfte blev därför att framställa ett flervalstest så att deltagarnas kunskaper kunde mätas. Följande frågeställningar arbetades fram:

1. Kan man med hjälp av kunskapstestet skilja ut en grupp som gått ORIGO-behandlingen från en kontrollgrupp som inte gått behandlingen?
2. Minns behandlingsgruppen ett år efter avslutad behandling det som lärdes ut i behandlingen?
3. Finns det något samband mellan resultat på flervalstestet och upplevd grad av oro?
4. Finns det något samband mellan resultat på flervalstestet och behandlingsutfall?

Metod

Deltagare

Behandlingsgrupp. 37 personer från behandlingsgruppen i ORIGO-behandlingen fick kunskapstestet. 28 personer valde att svara, 24 kvinnor och 4 män i åldrarna 23 till 66 år ($M = 41.4$, $SD = 11.4$).

Kontrollgrupp. Förfrågan om att svara på testet skickades ut till 120 personer som anmält intresse för att delta i en behandlingsstudie för generaliserat ångestsyndrom (GAD). 58 personer valde att svara. Av dessa exkluderades 13 personer på grund av att de inte uppfyllde inklusionskriterierna. Kontrollgruppen bestod slutligen av 45 personer, 34 kvinnor och 11 män i åldrarna 22 till 62 år ($M = 38.2$, $SD = 11.2$).

Pilotgrupp. 53 studenter som gick första terminen på psykologprogrammet vid Linköpings Universitet tillfrågades om de ville svara på testet. 21 personer svarade. Av dessa exkluderades två på grund av att de svarat på så kort tid att de omöjligt kan ha hunnit läsa frågorna. Därför kunde deras resultat ifrågasättas och togs ej med. Testet besvarades även av sex personer ur författarnas bekantskapskrets. Dessa personer tillfrågades för att frågorna skulle läsas av några personer utan akademisk bakgrund och förkunskaper i ämnet psykologi. Pilotgruppen bestod slutligen av 27 personer, dessa tillfrågades inte om demografiska fakta.

Inklusionskriterier

För att inkluderas i kontrollgruppen skulle deltagarna ha fyllt 18 år samt uppnått gränsvärdena för Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GAD-Q-IV) och Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). Detta var kriterier som ingick i inklusionskriterierna för ORIGO-behandlingen och som behandlingsgruppen screenats för i samband med behandlingen, se Almlöv (2006) för närmare beskrivning.

Material

Kunskapstest. Kunskapstest med 33 items som tagits fram i denna studie. Kunskapstestet grundas på behandlingsmodulerna i ORIGO-behandlingen och används för att mäta kunskap som lärts ut i behandlingen.

Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GAD-Q-IV). GAD-Q-IV är ett självskattningsinstrument som mäter huruvida en individ uppfyller kriterierna för GAD enligt DSM-IV. Instrumentet består av nio items som mäter om individens oro är överdriven och okontrollerbar samt symptom på oro. Därtill ska individen lista sina orosområden samt skatta hur oron påverkar det dagliga livet och vilket lidande oron medför. (Turk, Heimberg & Mennin, 2004). GAD-Q-IV har visat sig vara användbart när GAD ska särskiljas från andra ångestdiagnoser. 5,7 poäng har rapporterats vara ett bra gränsvärde för att urskilja individer med GAD (Turk et al., 2004; Newman et al., 2002). Detta gränsvärde användes i ORIGO-studien och används därför även i denna studie.

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). PSWQ är ett självskattningsinstrument utvecklat för att mäta klinisk signifikant oro och fokuserar på huruvida individens oro är generell, överdriven och okontrollerbar. Instrumentet består av sexton items vilka skattas på en femgradig skala. Maxpoängen är 80, ju högre poäng desto mer oro. Instrumentet har visat sig bra på att mäta oro men särskiljer inte alltid individer med GAD. Det har dock visat sig att personer med GAD ofta har högre poäng än personer med andra ångeststörningar. Ett bra gränsvärde för att mäta signifikant oro är 53 poäng (Fresco, Mennin, Heimberg & Turk, 2003; Turk et al., 2004).

Strukturerad klinisk intervju för DSM-IV (SCID). SCID är en semistrukturerad intervjuguide. Intervjun används för att ställa diagnoser enligt DSM-IV (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1999).

Clinical Global Improvement (CGI). CGI används som ett mått på förbättring och består av en sjugradig skala (Guy, 1976). I ORIGO-behandlingen användes endast den del av skalan som mäter förbättring, där 1 = väldigt mycket förbättrad, 2 = mycket förbättrad, 3 = minimalt förbättrad, 4 = ingen förbättring.

Procedur

Framsällning av test. Till denna studie valdes att utforma ett flervalstest för att mäta deltagarnas kunskaper. Flervalstest valdes för att undvika en subjektiv bedömning av svaren. Dessutom går det snabbt att svara på flervalstest, vilket underlättar för testdeltagarna.

Fyrtiotvå items utarbetades från de åtta behandlingsmodulerna i ORIGO-projektet. I framställningen av testet tillämpades regler för hur items i flervalstest bör utformas (Haladyna, 2004; Haladyna & Downing, 1989). Varje fråga fick tre eller fyra svarsalternativ. Frågor med ja/nej-svar fick fyra svarsalternativ för att få två ja-svar samt två nej-svar.

Haladyna (2004) menar att frågor och svar bör kontrolleras av kunniga på området. Därför lästes varje item av de tre författarna till behandlingsmodulerna i ORIGO-behandlingen, vilka kontrollerade att frågor och svarsalternativ var korrekta. Frågorna reviderades utifrån modulförfattarnas kommentarer och sex frågor togs bort.

Alla items blandades så att flera items som härstammade från samma modul inte stod efter varandra i testet. Detta gjordes för att minimera risken att behandlingsgruppens deltagare skulle leta upp de rätta svaren i modulerna. Även de rätta svarsalternativen blandades så att de var ungefär lika ofta förekommande. Det vill säga att exempelvis svarsalternativ 2 inte alltid var det rätta. Det kontrollerades också att det inte skulle förekomma något mönster i ordningen på de rätta svarsalternativen.

Testet med 36 items skickades sedan ut till pilotgruppen. Detta gjordes för att granska hur någon som inte gått i ORIGO-behandlingen svarade på frågorna och för att kontrollera tydligheten i testets items. Om alla deltagarna i pilotgruppen svarat rätt på ett specifikt item skulle detta item anses vara för enkelt och inte testa kunskaper som behandlingsdeltagarna fått i behandlingen. Utifrån svaren och kommentarer som pilotgruppen gjort reviderades testet ytterligare en gång. Två items togs bort för att alla i pilotgruppen svarat rätt på dessa items och ett för att detta item var för likt ett annat item. Frågor där större delen av pilotgruppen svarat rätt (>20) ändrades så att svarsalternativen blev något svårare. Några items ändrades för att göra dem tydligare. Sammanlagt gjordes ändringar i 14 items.

Behandlingsgruppen och kontrollgruppen fick därefter testet med 33 frågor. Maxpoäng på detta test var 33 då varje fråga kunde ge ett poäng.

Behandlingsgrupp. Behandlingsgruppen svarade på testet i samband med ettårsuppföljningen av ORIGO-behandlingen. Förutom kunskapstestet fick deltagarna fylla i GAD-Q-IV och PSWQ. I ettårsuppföljningen ingick dessutom State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self rated (MADRS-S), Quality of Life Inventory (QOLI), The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) och EQ-5D (för närmare beskrivning se Almlöv, 2006; Palmqvist, 2006). Dessa formulär fylldes i via Internet. I samband med datainsamlingen intervjuades även deltagarna i behandlingsgruppen med strukturerad klinisk intervju för DSM-IV (SCID) och CGI-skattning gjordes. Endast avsnitten för generaliserat ångestsyndrom och egentlig depressionsepisod användes i SCID-intervjun. Intervjuerna utfördes via telefon. Deltagarna i behandlingsgruppen fick tre veckor på sig att svara. Efter två veckor skickades en påminnelse ut via e-post och efter ytterligare en vecka ringdes de personer som ännu inte svarat upp för ännu en påminnelse.

Kontrollgrupp. Websidan som kontrollgruppen anmält sitt intresse via var densamma som deltagarna i ORIGO anmälde sig på inför ORIGO-behandlingen. Kontrollgruppen valdes för att få en grupp som var så lik behandlingsgruppen som möjligt med hänseende på orosproblematik. Förutom kunskapstestet fick deltagarna i kontrollgruppen även fylla i GAD-Q-IV och PSWQ. Deltagarna fick även ange samma demografiska data som behandlingsgruppen gjorde i samband med ORIGO-behandlingen. Demografisk data som efterfrågades var, kön, ålder, utbildning samt år av oro. År av oro innebar att individen angav hur lång tid denne lidit på grund av sin oro. Utbildning angavs på sexgradig skala där 1 = ej avslutad folkskola/grundskola och 6 = avslutad universitets/högskoleutbildning. De som svarade fick en biobiljett som tack. Kontrollgruppen fick två veckor på sig att svara på testet.

Pilotgrupp. Deltagarna i pilotgruppen tillfrågades muntligt om de ville svara på testet och fick sedan mer information via e-post. Pilotgruppen fick en vecka på sig att göra testet och hade möjlighet att kommentera testet, vilket några valde att göra.

De tre grupperna. Alla deltagare fick en länk via e-post som de använde för att komma åt testet. För att komma in på testet krävdes ett personligt lösenord som bifogades i e-postmeddelandet. Alla deltagare informerades om att testet var frivilligt.

De tre grupperna fick, för att motverka felinläring, tillgång till de rätta svaren på frågorna samt en kort motivering till varje rätt svar. Behandlings- och kontrollgrupp fick efter avslutat test en direktlänk till de rätta svaren. Pilotgruppen fick de rätta svaren skickade till sig via e-post.

Etik

Till denna studie lämnades ingen enskild etikansökan in eftersom ORIGO-behandlingen redan godkänts av den regionala etikprövningsnämnden. Då detta ses som en del i uppföljningen av ORIGO-behandlingen ansågs det inte nödvändigt att göra ytterligare en etikansökan.

Alla deltagare informerades om att medverkan var frivillig, samt att de kunde avbryta testet om de så önskade.

Som tack för hjälpen och för att kontrollgruppen inte skulle känna sig utnyttjade fick deltagarna i denna grupp en biobiljett. De informerades också om att en behandling skulle starta inom det närmsta året.

Design

En longitudinell uppföljningsstudie på en kontrollerad randomiserad studie gjordes med avseende på att mäta kunskaper ett år efter avslutad internetbehandling för GAD. Testframställning, enligt Haladyna (2004), användes för att konstruera ett flervalstest. Skattningar från ORIGO-behandlingens ettårsuppföljning och skattningar från en kontrollgrupp användes tillsammans med resultat på kunskapstestet.

Statistisk analys

För att jämföra grupperna användes t -test med två-sidig prövning. För att mäta samband mellan poäng på kunskapstestet och behandlings- och kontrollgrupp, samt mäta varje items korrelation med totalpoängen användes Pearson korrelationskoefficient. Pearson chi-två test användes för att undersöka om individuella items kunde diskriminera mellan grupperna. För testutveckling användes Pearson korrelationskoefficient samt Cronbach's Alpha. Statistiska analyser gjordes med hjälp av statistikprogrammet SPSS.

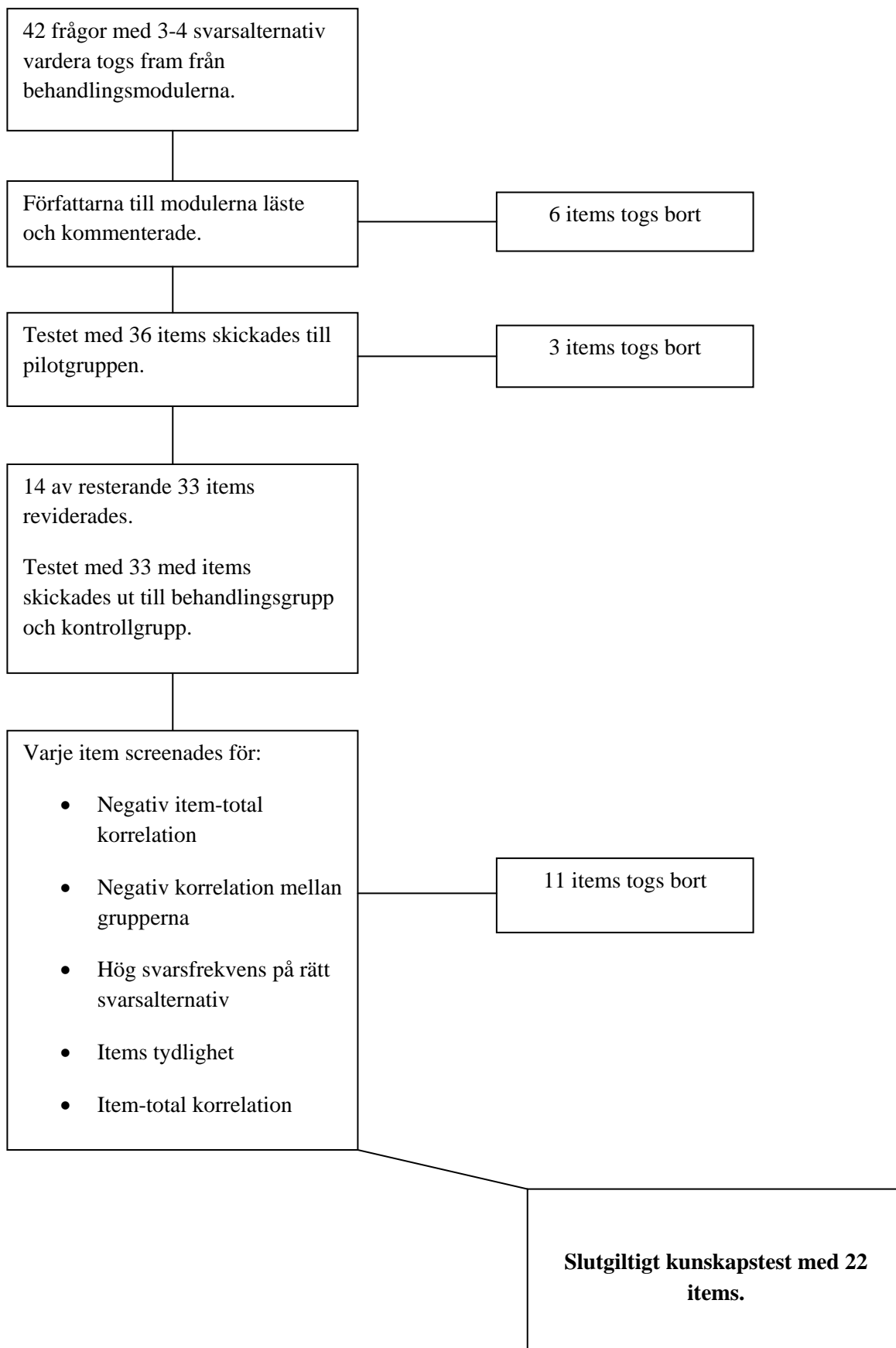
Resultat

Testframställning

För att få fram ett kunskapstest med hög validitet behövde vissa items exkluderas. Resultaten för behandlingsgruppen och kontrollgruppen lades ihop innan testet och varje item screenades utifrån samma kriterier som användes i Scogins (1998) studie. Kunskapstestet med 33 items screenades utifrån fyra kriterier. För att ett item skulle exkluderas behövde minst två av nedanstående kriterier uppfyllas. Denna gräns sattes för att minska risken för att en fråga skulle exkluderas av slumpmässiga skäl. Exempelvis skulle negativ item-total korrelation kunna bero på att lågpresterande på testet slumpmässigt svarat rätt på denna fråga.

- *Negativ item-total korrelation.* Detta innebär att fler personer med låg totalpoäng än personer med hög totalpoäng svarar rätt på ett item. Om så är fallet är inte frågan ett bra mått på förståelse.
- *Negativ korrelation mellan grupperna.* Detta innebär att kontrollgruppen har bättre resultat på ett item än behandlingsgruppen. Detta kan tyda på att frågan inte mäter den kunskap den är avsedd att mäta, alternativt att frågan är ställd på fel sätt och därför kan misstolkas.
- *Hög svarsfrekvens på rätt svarsalternativ.* Att väldigt många > 90 % (samma värde som Scogin, 1998, använde) har svarat rätt på ett item. Detta kan tyda på att frågan är för lätt och därför inte diskriminerar mellan hög- och lågpresterande på testet.
- *Items tydlighet.* När något av ovanstående kriterier uppfylldes granskades detta item utifrån ett kvalitativt kriterium, där frågans och svarsalternativens tydlighet bedömdes av författarna.

Sex items exkluderades utifrån ovanstående kriterier. För att höja testets reliabilitet testades därefter sambandet mellan varje items totalpoäng och totalpoängen på testet ($p < .05$). Fem items som inte korrelerade med totalpoängen exkluderades. Detta medförde att totalpoängen förändrades och därför testades sambandet mellan varje items totalpoäng och totalpoängen på testet ytterligare en gång. Alla items uppnådde då signifikant korrelation. Det slutgiltiga kunskapstestet bestod av 22 items. Flödesschema över testframställningen ses i figur 1. Den interna konsistensen för de 22 frågorna är $\alpha = .74$ (Cronbach's Alpha). Detta innebär att frågorna i testet mäter kunskap inom samma område. Frågorna är dock inte så lika att de efterfrågar en och samma företeelse. Testets slutgiltiga frågor presenteras i tabell 2. För hela testet med frågor och svarsalternativ se appendix A, för exkluderade frågor se appendix B.



Figur 1. Flödesschema över testframställning.

Tabell 2

Frågorna i kunskapstestet samt varje items korrelation med testets totalpoäng

| Frågor | Korrelation med totalpoäng |
|--|-----------------------------------|
| 1. Vad är huvudproblematiken för personer med GAD? | .42** |
| 2. Hur kan avslappningsträning vara behjälpligt för att motverka GAD? | .36** |
| 3. Är det bra att alltid tänka positivt? | .35** |
| 4. Hur sätter man upp bra mål för sig själv enligt KBT? | .27* |
| 5. Sett ur ett KBT-perspektiv, varför oroar man sig så mycket när man har GAD? | .38** |
| 6. Kan man få ångest av att slappna av? | .47** |
| 7. I ORIGO-behandlingen presenteras några olika strategier för att arbeta med sin oro, till exempel att kartlägga sina orosbeteenden. Kan dessa strategier användas på andra problemområden än oro? | .39** |
| 8. Hur kan det hjälpa en person med GAD att lära sig känna igen sina tidiga ångestsignaler? | .33** |
| 9. Är det troligt att man kommer att drabbas av ångest igen om man genomgått en lyckad behandling av GAD? | .37** |
| 10. Vad händer om man avlägsnar sig från en ofarlig situation som väcker ångest? | .37** |
| 11. Även om man inte längre lider av GAD så kan det vara bra att fundera över vilka situationer som kan tänkas sätta igång ens oro, varför? | .44** |

| | |
|--|-------|
| 12. Är det viktigt att vara aktivt deltagande och göra övningarna i en självhjälpsbehandling via Internet, som bygger på KBT? | .44** |
| 13. Är ångest farligt? | .40** |
| 14. Vad fokuserar man främst på i en KBT-behandling? | .27* |
| 15. Vad är meningen med orosfria platser och avsatt tid för att oroa sig? | .26* |
| 16. Vad är på lång sikt ett bra sätt att bryta oro när den dyker upp? | .46** |
| 17. Är det möjligt att påverka sin hjärtrytm i en ångestsituation? | .36** |
| 18. Vad är två bra sätt att hantera ångest i längden? | .43** |
| 19. Hur arbetar man vanligen med negativa tankar i en KBT-behandling? | .46** |
| 20. Säkerhetsbeteende är beteenden man tar till för att lättare klara av en situation som upplevs som hotfull. Är säkerhetsbeteenden positiva, på lång sikt, för personer med GAD? | .67** |
| 21. Hur kommer det sig att personer med GAD lättare uppfattar en situation som hotfull? | .53** |
| 22. Varför ska man fortsätta att träna på de strategier man har lärt sig under behandlingen, även när behandlingen är avslutad? | .30** |

* = $p < .05$, ** = $p < .01$

Gruppernas resultat på kunskapstestet

Maxpoängen på testet, efter att items exkluderats, blev 22 poäng. Totalpoängen för varje individ ($M = 16.2$, $SD = 3.5$) i de båda grupperna tillsammans var normalfördelad. Fördelning av poäng kan ses i tabell 3 och gruppernas resultat i tabell 4.

Tabell 3

Fördelning av poäng för behandlings- och kontrollgrupp

| Antal rätt | Frekvens | % | Kumulativ % |
|-------------------|-----------------|----------|--------------------|
| 7 | 2 | 2.7 | 2.7 |
| 10 | 2 | 2.7 | 5.5 |
| 11 | 4 | 5.5 | 11.0 |
| 12 | 6 | 8.2 | 19.2 |
| 13 | 2 | 2.7 | 21.9 |
| 14 | 8 | 11.0 | 32.9 |
| 15 | 5 | 6.8 | 39.7 |
| 16 | 3 | 4.1 | 43.8 |
| 17 | 10 | 13.7 | 57.5 |
| 18 | 10 | 13.7 | 71.2 |
| 19 | 8 | 11.0 | 82.2 |
| 20 | 8 | 11.0 | 93.2 |
| 21 | 3 | 4.1 | 97.3 |
| 22 | 2 | 2.7 | 100 |

Tabell 4

Resultat på kunskapstestet

| | M | SD | Min | max |
|---------------------------|----------|-----------|------------|------------|
| Behandlingsgrupp (n = 28) | 17.3 | 2.8 | 11 | 22 |
| Kontrollgrupp (n = 45) | 15.5 | 3.8 | 7 | 21 |
| Båda grupperna (n = 73) | 16.2 | 3.5 | 7 | 22 |

Analys av gruppernas resultat på kunskapstestet

Jämförelse mellan grupperna med avseende på poäng på testet. För att se om testet kunde diskriminera mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp jämfördes gruppernas medelpoäng på testet (för medelvärden, se tabell 4). Testet visade sig kunna diskriminera mellan grupperna, $t(71) = 2.14$, $p < .05$. För att undersöka huruvida specifika items ensamma kunde diskriminera mellan grupperna utfördes chi två-test. Fem enskilda items visade sig kunna diskriminera mellan grupperna. Item 2: Hur kan avslappningsträning vara behjälpligt för att motverka GAD? $\chi^2(1) = 5.5$, $p < .05$, item 5: Sett ur ett KBT-perspektiv, varför oroar man sig så mycket när man har GAD? $\chi^2(1) = 16.4$, $p < .001$, item 13: Är ångest farligt? $\chi^2(1) = 5.0$, $p < .05$, item 16: Vad är på lång sikt ett bra sätt att bryta oro när den dyker upp? $\chi^2(1) = 6.3$, $p < .05$ och item 17: Är det möjligt att påverka sin hjärtrytm i en ångestsituation? $\chi^2(1) = 4.2$, $p < .05$.

Jämförelse mellan grupperna med avseende på bakgrundsdata. Med bakgrundsdata avses demografiska data, GAD-Q-IV, PSWQ, SCID och CGI. För att kontrollera om behandlingsgruppen och kontrollgruppen var likvärdiga jämfördes gruppernas demografiska data. Inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna gällande kön, ålder, utbildningsnivå eller år med oro. Det fanns inte heller några signifikanta skillnader på Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV (GAD-Q-IV) och Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) mellan behandlingsgruppen innan genomförd behandling och kontrollgruppen. Däremot fanns signifikanta skillnader när grupperna jämfördes med GAD-Q-IV, $t(71) = 10.60$, $p < .001$, och PSWQ $t(71) = 10.96$, $p < .001$, efter behandlingsgruppen genomgått behandling. Behandlingsgruppens värden, efter behandling, på GAD-Q-IV var; $M = 4.2$, $SD = 4.1$ och på PSWQ, $M = 47.0$, $SD = 8.8$. Kontrollgruppens värden på GAD-Q-IV var; $M = 10.9$, $SD = 1.0$ och på PSWQ $M = 67.3$, $SD = 6.9$. Dessa resultat visar att behandlingsgruppen efter behandling inte i lika stor grad besväras av sin oro som kontrollgruppen. Bakgrundsdata presenteras ytterligare i tabell 5.

Samband mellan bakgrundsvariabler och totalpoäng på testet. Det fanns ingen signifikant korrelation mellan gruppernas sammanslagna totalpoäng på testet och kön, ålder, utbildningsnivå eller år med oro. För att ta reda på om det fanns något samband mellan graden av testpersonernas upplevda oro och deras testresultat korrelerades deras poäng på GAD-Q-IV och PSWQ med deras individuella totalpoäng på testet. Inget signifikant samband fanns, $r = -.22$, $p = .061$, mellan poäng på GAD-Q-IV och totalpoäng på testet. Däremot fanns ett signifikant samband, $r = -.24$, $p = .039$, mellan poäng på PSWQ och totalpoäng på testet. Personer som svarat mycket rätt på testet hade alltså skattat låg

självupplevd oro. Det undersöktes också om det fanns något samband mellan testpersonernas upplevda oro och hur de svarat på specifika items. Inga sådana samband fanns.

Tabell 5
Bakgrundsdata

| | Behandlingsgrupp (n = 28) | Kontrollgrupp (n = 45) |
|---------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Kön | | |
| Kvinnor | 24 (86 %) | 34 (76 %) |
| Män | 4 (14 %) | 11 (24 %) |
| Ålder | | |
| M | 41.4 | 38.2 |
| sd | 11.4 | 11.2 |
| min | 23 | 22 |
| max | 66 | 62 |
| Utbildningsnivå | | |
| M | 4.7 | 4.5 |
| sd | 1.7 | 1.4 |
| År med oro | | |
| M | 21.3 | 22.3 |
| sd | 12.8 | 14.1 |
| min | 3 | 2 |
| max | 48 | 54 |
| GAD-Q-IV | | |
| M | 4.2 | 10.9 |
| sd | 4.1 | 1.0 |
| min | 0 | 8.8 |
| max | 11 | 13 |
| PSWQ | | |
| M | 47.0 | 67.3 |
| sd | 8.8 | 6.9 |
| min | 31 | 53 |
| max | 66 | 80 |
| SCID* | | |
| GAD | 10 (36 %) | |
| Ej GAD | 18 (64 %) | |
| CGI* | | |
| Väldigt mycket förbättrad | 4 (14%) | |
| Mycket förbättrad | 13 (46.5 %) | |
| Minimalt förbättrad | 5 (18 %) | |
| Ingen förbättring | 6 (21.5 %) | |

*Data finns enbart för behandlingsgruppen

Samband mellan varje enskild grupp och totalpoäng på testet. Grupperna separerades för att ta reda på om det fanns något samband mellan GAD-Q-IV respektive PSWQ och individernas totalpoäng på testet när grupperna skildes åt. Inga signifikanta samband fanns då. Det fanns inte heller några signifikanta samband mellan testpersonernas upplevda oro och hur de svarat på specifika items.

För behandlingsgruppen fanns även mått på differensen mellan självskattningar innan behandlingen och självskattningar vid ettårsuppföljningen, vilket kan ses som mått på eventuell förbättring. Några signifikanta samband fanns inte mellan differensen på GAD-Q-IV och PSWQ och totalpoäng på testet. Inte heller fanns något signifikant samband när behandlingsgruppens totalpoäng på testet korrelerades med mått på Clinical Global Improvement (CGI) och strukturerad klinisk intervju för DSM-IV (SCID). Det undersöktes även om det fanns något samband mellan hur många moduler behandlingsgruppen läst och totalpoäng på testet. Inget signifikant samband fanns.

Diskussion

Syftet med denna examensuppsats var att mäta kunskaper som deltagarna i ORIGO-behandlingen har fått av psykoedukationen i behandlingen. För detta behövde ett kunskapstest framställas. Resultatet blev ett flervalstest med 22 items. För att undersöka psykoedukationen i behandlingen fanns fyra frågeställningar:

Kan man med hjälp av kunskapstestet skilja ut en grupp som gått ORIGO-behandlingen från en kontrollgrupp som inte gått behandlingen? För att ta reda på detta jämfördes behandlings- och kontrollgruppens medelpoäng på kunskapstestet. Resultatet visade att det går att diskriminera mellan dessa grupper med hjälp av testet.

Minns behandlingsgruppen ett år efter avslutad behandling det som lärdes ut i behandlingen? Deltagarna i behandlingsgruppen hade mycket rätt på testet, vilket pekar mot att de kom ihåg det som lärdes ut i behandlingen. Dock är det svårt att veta om dessa kunskaper kommer från ORIGO-behandlingen eftersom kontrollgruppen också hade många rätt på testet.

Finns det något samband mellan resultat på flervalstestet och upplevd grad av oro? Poäng på GAD-Q-IV och PSWQ jämfördes med poängen på testet. Det visade sig finnas ett samband mellan PSWQ och poäng på testet. Detta innebär att ju högre poäng en individ hade på testet desto mindre upplevd oro skattade denna. På GAD-Q-IV fanns ett svagt samband som dock inte var signifikant.

Finns det något samband mellan resultat på flervalstestet och behandlingsutfall? Differensen mellan mätningar före behandlingen och mätningar på ettårsuppföljningen (på GAD-Q-IV och PSWQ) jämfördes med poäng på kunskapstestet. Inga samband fanns mellan hur mycket personerna i behandlingsgruppen hade förbättrats enligt dessa mått och hur de svarat på testet.

Resultatdiskussion

Eftersom behandlingsgruppens kunskaper inte testats innan de genomgick behandlingen behövdes en kontrollgrupp som kunde tänkas ha ungefär samma förkunskaper som behandlingsgruppen (innan påbörjad behandling). Det fanns inte några signifikanta skillnader mellan grupperna med avseende på demografisk data. Kontrollgruppens skattningar på GAD-Q-IV och PSWQ skilde sig inte heller från behandlingsgruppens skattningar innan de genomgick behandlingen. Dessa likheter gör grupperna jämförbara. Kontrollgruppen kunde därför användas för att se om testet mätte kunskap som lärts ut i behandlingen.

Att behandlingsgruppen hade bättre resultat än kontrollgruppen kan tolkas som att testets items mäter kunskap som psykoedukationen i ORIGO-behandlingen har bidragit till. Visserligen kan det tänkas att mycket av kunskapen som testet efterfrågar är sådan som kan tillskansas på annat håll, eftersom många deltagare i kontrollgruppen svarade mycket rätt. Det fanns dock en signifikant skillnad mellan gruppernas medelvärden, vilket visar att behandlingsgruppen besitter kunskap som kontrollgruppen inte har. Denna kunskap har behandlingsgruppen troligtvis lärt sig i ORIGO-behandlingen.

Trots att grupperna har ungefär samma kunskaper så mår behandlingsgruppen mycket bättre. Detta kan tyda på att ORIGO-behandlingen lyckats få klienterna att tillämpa kunskapen. Om så är fallet tyder detta på att internetbehandling kan vara ett bra sätt att förmedla verksam psykoedukation.

Båda grupperna har anmält intresse av att vara med i en behandling via internet vilket tyder på att deltagarna i studien är individer som söker information om GAD via Internet. Då är det också tänkbart att de söker information även på andra sätt. Detta kan vara en förklaring till att båda grupperna hade mycket rätt på testet. Hade kunskapstestet exempelvis getts ut till klienter med GAD inom psykiatrin skulle resultaten kanske sett annorlunda ut.

När grupperna slogs samman fanns ett svagt samband mellan hur deltagarna skattat sin oro och deras resultat på testet. Detta pekar mot att kunskap som efterfrågas i testet kan ha betydelse för hur mycket oro en individ upplever. När gruppernas värden var för sig korrelerades fanns inga signifikanta samband mellan upplevd oro och resultat på testet. Att det blir ett annat resultat när grupperna jämförs tillsammans beror troligtvis på att samplet då blir större och variationen inom gruppen ökar.

Fem items kunde ensamma diskriminera mellan grupperna, med andra ord var dessa items som behandlingsgruppen hade svarat mycket bättre på. Dessa items (2, 5, 13, 16 och 17, se tabell 2, sid. 17) handlade om att förstå sin oro och ångest och hur oron och ångesten kan hanteras i stunden. Enligt kognitiva teorier om hur GAD uppkommer och vidmakthålls kan kunskap om orons funktion minska oron hos personer med GAD (Borkovec et al., 2004; Dugas et al., 2004; MacLeod och Rutherford, 2004; Wells, 2004). Behandlingsgruppen har mycket bättre resultat på ovan nämnda items och mår betydligt bättre än kontrollgruppen. Kunskapen som mäts med dessa items verkar vara viktiga för förbättring hos individer med GAD, vilket kan bekräfta de kognitiva teorierna.

Det fanns inget samband mellan hur många moduler behandlingsgruppen hade läst och hur många poäng de fick på kunskapstestet. Detta kan bero på att de flesta frågorna var tagna från de första modulerna, som nästan alla i behandlingsgruppen läst. Anledningen till att frågorna huvudsakligen togs från

dessa moduler var att de innehöll grundprinciperna i behandlingen, vilket var den kunskap vi ville mäta.

Resultaten i denna studie pekar mot att den kunskap som kunskapstestet mäter bidrar till mindre oro hos individer med GAD. Resultaten är dock inte tillräckligt starka för att bekräfta hypotesen om att det som gör psykoedukation verksamt är att klienten lär sig det som anses vara viktigt i den specifika behandlingen (Scogin, 1998). Scogin själv fann inte några signifikanta samband mellan kunskap om depression och behandlingsutfall. Bendelin och Dahl (2006) fann i sin studie att deltagare i en internetbehandling som läst och därefter omvandlat teorin till praktik förbättrades mycket av behandlingen medan de deltagare som enbart läst förbättrades minimalt eller inte alls. Resultaten från Scogins och Bendelin och Dahls studier tillsammans med resultaten av denna studie, indikerar att enbart psykoedukation inte är tillräckligt för förbättring utan att kunskapen även måste internaliseras och tillämpas av individen.

Metoddiskussion

I testframställningen användes en pilotgrupp bestående av studenter i termin ett på psykologprogrammet vid Linköpings universitet, samt sex övriga. Möjligtvis hade det varit bättre om hela pilotgruppen ej utgjorts av psykologstudenter eftersom studenterna kan ha haft förkunskaper i ämnet. Denna grupp valdes ändå på grund av tillgänglighet.

Haladyna (2004) föreslår att testdeltagarna kan få en chans att kommentera testets items för ytterligare utveckling av testet. Vi valde att inte låta behandlings- och kontrollgrupp göra detta eftersom pilotgruppen och författarna till behandlingsmodulerna givit kommentarer tidigare. Deras kommentarer handlade om huruvida testets items var lätta att läsa och förstå. Ett annat sätt att testa om items är lätta att förstå är att mäta svårighetsgraden gällande läsförståelse på frågorna. Detta gjordes inte i framställningen av kunskapstestet och kan ses som en brist. Det kan ha funnits testdeltagare som hade låg läsförståelse och som till följd av detta kan ha missuppfattat frågorna. I framställningen av testet togs dock språknivån i beaktande.

En svårighet med att framställa flervalstest är att få fram bra distraktorer. Enligt Haladyna (2004) kan distraktorerna vara "nästan rätt" så länge det rätta svaret är mest rätt. I vårt kunskapstest skulle vissa distraktorer kunna ha uppfattats som rätt utifrån testdeltagarens personliga erfarenheter. För att motverka att testdeltagarna skulle svara utifrån personliga erfarenheter föregicks testet av en inledning där det förklarades att frågorna ställdes utifrån ORIGO-behandlingen och ur ett KBT-perspektiv. I de flesta frågor framgick det även att svaret skulle ges ur ett allmänt och inte ett personligt perspektiv.

För att få ett test med hög validitet har testet konstruerats och granskats utifrån Haladynas (2004) regler om testframställning. Att det finns en signifikant skillnad mellan gruppernas medelvärden kan ses som en bekräftelse på att testet mäter det som det är avsett att mäta. I framställningen av testet har test-retest inte gjorts, vilket hade varit önskvärt för att öka reliabiliteten på testet. Detta har inte kunnat göras eftersom grupperna endast svarat på testet en gång. Däremot har reliabiliteten mätts med Cronbach's Alpha.

Något som kan ha haft en negativ inverkan på behandlingsgruppens svar på testet var att det gavs ut tillsammans med formulär för ettårsuppföljningen. Detta innehöll sammantaget över 200 frågor och kunskapstestet låg sist. Detta kan ha gjort att deltagarna i behandlingsgruppen var trötta när kunskapstestet skulle fyllas i och därför inte orkade koncentrera sig ordentligt, vilket kan ha påverkat deras totalpoäng. Formulären innan kunskapstestet var självskattningsformulär. Det kan därför finnas en möjlighet att några deltagare fortsatt att svara på frågorna utifrån ett personligt perspektiv. Introduktionen till testet samt frågornas utformning har förhoppningsvis motverkat detta.

Fördelar med att mäta kunskapen ett år efter avslutad behandling är bland annat att se vilken kunskap som finns kvar och hur den påverkar långsiktig förbättring hos deltagarna. Att behandlingsgruppen fick svara på testet ett år efter avslutad behandling har dock troligtvis påverkat resultatet. Hade testet getts ut direkt efter behandlingen så hade skillnaden mellan gruppernas poäng antagligen varit större. Det är möjligt att behandlingsgruppen ett år efter avslutad behandling glömt bort det de lärde sig, eller så kan de ha lämnat behandlingen bakom sig eftersom de börjat må bättre.

Det kan tänkas att ett test med öppna frågor genererat andra svar än ett flervalstest. I ett flervalstest är svaren givna och risken större att testdeltagaren chansar på rätt svar. Ett test med öppna frågor hade möjligtvis genererat en större skillnad mellan behandlings- och kontrollgrupp. Dessutom hade det kanske framkommit aspekter som vi inte har tänkt på. Flervalstest valdes ändå på grund av dess fördelar. Det är lättare att objektivt bedöma ett flervalstest eftersom varje rätt ger ett visst antal poäng. Med öppna frågor tillkommer en subjektiv bedömning av varje svar. Det går dessutom snabbt och lätt för testdeltagarna att svara, vilket kan ha ökat svarsfrekvensen.

Att mäta psykoedukation

Psykoedukation anses, som tidigare nämnts, vara en viktig del i KBT. Det har dock enligt vår vetenskap endast gjorts ett försök tidigare att mäta psykoedukation. Vad kan det finnas för nytta med att mäta psykoedukation? Eftersom psykoedukationen anses som så en viktig del i KBT bör den utvärderas, vilket

kräver att den på något sätt mäts. Detta kan ske med hjälp av kunskapstest. Kommer klienten ihåg det som lärts ut i behandlingen och detta verkar ha bidragit till klientens förbättring så har psykoedukationen fungerat som det var tänkt. Kommer däremot klienten inte ihåg vad som lärts ut i behandlingen kan det tyda på att behandlaren inte lyckats förmedla kunskaperna på rätt sätt. Tänkbart är också att kunskaperna som lärs ut inte var relevanta för klienten i fråga.

Det kan vara särskilt viktigt att undersöka vad klienterna lärt sig i en internetbehandling. Internetbehandlingar är ofta uppbyggda som självhjälpsbehandlingar med mycket text att läsa och lära sig. Att läsa mycket text kan vara krävande för klienter med psykiska problem. Genom att undersöka vilka delar av psykoedukationen som är viktiga kan mindre viktiga delar tas bort och texten därmed minskas. Troligtvis passar dock olika delar av psykoedukationen till olika personer. Det kan då snarare tänkas att innehållet i behandlingen bör anpassas efter varje enskild klient.

Psykoedukation som fenomen tas främst upp i terapiformer med grunder i kognitiva modeller. Det skulle även kunna finnas en nytta med att mäta kunskap i andra terapiformer där psykoedukation inte funnits med som en intervention. Kan klienter i till exempel psykodynamiska terapier få med sig liknande kunskaper utan att det direkt har lärts ut i terapin? Om det visar sig vara så, hur har då dessa klienter tillskansat sig denna kunskap? Att studera detta skulle kunna vara ytterligare ett steg i att undersöka hur psykoedukation fungerar.

Förslag till fortsatt forskning

För att utveckla kunskapstestet skulle det vara bra att låta en och samma behandlingsgrupp göra testet före och efter behandling. Då skulle kunskap som deltagarna fått med sig från behandlingen kunna mätas mer exakt. I samband med detta skulle även ett test-retest kunna utföras för att öka reliabiliteten på testet.

För att utveckla testet ännu mer skulle distraktorerna kunna granskas. De distraktorer som ingen valt fyller ingen funktion och bör bytas ut. Detta skulle kunna minska risken att deltagarna chansar på rätt svar. För att minska risken att totalpoängen påverkas av att deltagarna slumpvis svarat rätt skulle det vara bra att utöka antalet items.

Det skulle vara intressant att ge ut kunskapstestet till klienter som gått i olika slags behandlingar för att jämföra de kunskaper de fått med sig. Detta skulle kunna visa om kunskap som anses komma från psykoedukation även kan tillskansas i terapier utan psykoedukativa inslag.

Det kan tänkas att det skulle gå att mäta psykoedukation på andra sätt än med kunskapstest. Intervju kan vara ett sätt. Det skulle kunna ske genom en strukturerad intervju där svaren bedöms efter vissa kriterier. Det skulle även kunna ske genom en mer kvalitativ ansats där deltagarna får större chans att utveckla sina svar och nya aspekter ges möjlighet att belysas. En annan kvalitativ ansats kan vara att ge ut vinjetter som deltagarna får berätta kring och på så sätt visa sin kunskap.

Slutsatser

Det finns ett svagt samband mellan den kunskap som testet mäter och hur deltagarna skattar sin oro. Deltagare som upplever en låg grad av oro har svarat mycket rätt på kunskapstestet. Detta tyder på att den kunskap som testet mäter spelar en viss roll för hur personer med GAD mår. Det verkar som att kunskap som handlar om hur oro och ångest fungerar och kan hanteras i stunden är särskilt viktigt för att personer med GAD ska förbättras.

Även om kontrollgruppen svarat sämre på testet så har de ändå mycket rätt vilket tyder på att denna grupp också besitter mycket av dessa kunskaper. Trots detta mår behandlingsgruppen mycket bättre än kontrollgruppen. Detta pekar mot att enbart kunskap inte är tillräckligt utan att individen måste ta till sig och utöva kunskapen praktiskt för att förbättras.

Sammanfattningsvis verkar den kunskap som mäts i kunskapstestet vara av betydelse för hur personer med GAD upplever sin oro. Dock verkar det krävas att individen internaliserar och praktiserar kunskapen för att uppnå förbättring.

Referenser

- Ackerson, J., Scogin, F., McKendree-Smith, N., & Lyman, R. D. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66* (4), 685-690.
- Almlöv, J. (2006). *ORIGO: a randomized controlled study – the efficacy of guided self help treatment for generalized anxiety disorder via the Internet* (master thesis). Linköpings Universitet, Institutionen för Beteendevetenskap.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. revised). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 187*, 456-461
- Apoteket. (2007). *Läkemedelsboken 2007/2008*. Stockholm: Apoteket AB.
- Bendelin, N., & Dahl, J. (2006). *Patienters upplevelser av internetbaserad kognitiv beteendeterapeutisk självhjälpsbehandling mot depression* (examensuppsats). Linköpings universitet. Institutionen för beteendevetenskap.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp.77-108). New York: Guilford Press.
- Breitholtz, E. (2006). Generaliserat ångestsyndrom. I L-G., Öst (Red.), *KBT:Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin* (s.89-108). Stockholm: Natur och Kultur.
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined. *Computers in human behavior, 22*, 545-553.
- 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.

- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ.com*. 328:265. Hämtad 16 oktober, 2007, från <http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7434/265>
- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., goikoela, J. M., Benabarra, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, P., & Corominas, J. (2003). A randomized trail on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patient whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Crits-Christoph, K. (2004). Supportive- expressive psychodynamic therapy. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp.293-350). New York: Guilford Press.
- Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Narducci, Schamberger & Gallop, (2005). Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, 42, 211-224.
- Dugas, M. J., Bhur, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of Intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp.143-163). New York: Guilford Press.
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. New York: Routledge.
- 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*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. H. (2003). Using the Penn State Worry Questionnaire to identify individuals with generalized anxiety disorder: a receiver operating characteristic analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 283-291.
- Guy, W. (1976). ECDEU assessment manual for psychopharmacology. US Department of Health and Human Services (pp. 217-222). Rockville: NIMH
- Haladyna, T. M., & Downing S. M. (1989). A taxonomy of multiple-choice item-writing rules. *Applied Measurements in education*, 2(1), 37-50.

- Haladyna, T. M. (2004). *Developing and validating multiple-choice test items*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hollon, S. D., & Beck, A., T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M. J., Lambert (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.447-492). New York: John Wiley & Sons.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lieb, R., Becker, E., & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 445-452.
- Lydiard, R. B., & Monnier, J. (2004) Pharmacological treatment. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp.351-379). New York: Guilford Press.
- MacLeod, C., & Rutherford, E. (2004). Assessing the selective functioning of attention, interpretation, and retrieval. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp.109-142). New York: Guilford Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2004). Clinical presentation and Diagnostic Features. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp.3-28). New York: Guilford Press.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., & Molnar, C.(2004). Integrative Psychotherapy. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp.320-350). New York: Guilford Press.
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T., & Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the generalized anxiety disorder questionnaire-IV: a revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33, 215-233.
- Palmqvist, B. (2006) *Cost-effectiveness of a computerized cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder* (master thesis). Linköpings Universitet, Institutionen för Beteendevetenskap.
- Ruscio, A. M., Chiu, W. T., Roy-Burne, P., Stang, P. E., Stein. D. J., Wittchen., H., & Kessler, R. C. (2007). Broadening the definition of generalized anxiety disorder: effects on prevalence and associations with other

- disorders in the National comorbidity survey replication. *Journal of Anxiety disorder*, 21, 662-676.
- Scogin, F., Jamison, C., Floyd, M., & Chaplin, W. F. (1998). Measuring learning in depression treatment: a cognitive bibliotherapy test. *Cognitive Therapy and Research*, 22 (5), 475-482.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom- en systematisk litteraturöversikt*. (SBU-rapport nr 171). Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2007). *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. (SBU alert-rapport nr 2007-03). Stockholm: SBU.
- Taylor, A. K. (2005). Violating conventional wisdom in multiple choice test construction. *Collage Student Journal*, 39(1), 141-148.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Mennin, D. S. (2004). Assesment. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp. 217-247). New York: Guilford Press.
- Wedman, I. (1988). *Prov och provkonstruktion*. Stockholm: Utbildningsförlaget.
- Wells, A. (2004). A cognitive model of GAD, metacognitions and pathological worry. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp.165-186). New York: Guilford Press.
- White, J. (1997). "Stress control" large group therapy: implications for managed care systems. *Depression and Anxiety*, 5, 43-45.
- White, J. (1998). "Stress control" large group therapy for generalized anxiety disorder: two year follow up. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 26, 237-245.

Appendix A

Det slutgiltiga testet med 22 items

Rätt svar är kursiverade.

1. Vad är huvudproblematiken för personer med GAD?

Att man oroar sig mycket och...

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

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

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

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

3. Är det bra att alltid tänka positivt?

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

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

Det bästa är att sätta upp...

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

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

Det är ett sätt att...

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

6. Kan man få ångest av att slappna av?

1. *Ja, om man är ovan vid avslappning kan avslappning i början leda till en ångestreaktion.*
2. Ja, och får man det bör man inte använda avslappning.
3. Nej, att slappna av är alltid skönt för kroppen.
4. Nej, får man ångest när man slappnar av så beror ångesten på något annat än själva avslappningen.

7. I ORIGO-behandlingen presenteras några olika strategier för att arbeta med sin oro, till exempel att kartlägga sina orosbeteenden.

Kan dessa strategier användas på andra problemområden än oro?

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

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

Det kan hjälpa personen att...

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. Är ångest farligt?

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

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

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

15. Vad är meningen med orofria platser och avsatt tid för att oro sig?

1. *Att lära sig att avgränsa sin oro.*
2. Att ens närstående ska få en paus från ens oroande.
3. Att lära sig att man behöver oro sig färdigt över saker och ting.

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

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

17. Är det möjligt att påverka sin hjärtrytm i en ångestsituation?

1. *Ja, genom att påverka andningen så kan man indirekt få hjärtat att slå långsammare.*
2. Ja, alla människor kan lära sig att kontrollera sin hjärtrytm med sin vilja.
3. Nej, det är omöjligt, man kan inte kontrollera sin hjärtrytm.
4. Nej, det är omöjligt att påverka sin hjärtrytm i en ångestsituation, men det finns situationer där man kan göra det.

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

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

19. Hur arbetar man vanligen med negativa tankar i en KBT-behandling?

Främst genom att...

1. ...tala ut om sina tankar.
2. ...*ifrågasätta och verklighetstesta sina tankar.*
3. ...bearbeta felaktiga tankar och lära in rätta tankar istället.

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

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

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

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

Personer med GAD...

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

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

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

Appendix B

De frågor som exkluderades från det ursprungliga kunskapstestet med 33 items.

Vilken är den vanligaste orsaken till att personer med GAD plötsligt känner följande symtom: hjärklappning, svårt att andas, yrsel, svettning och spända muskler?

1. Att de har ett hjärtfel.
2. *Att de är rädda att något farligt kommer att hända.*
3. Att något farligt faktiskt håller på att hända.

Är det viktigt att följa instruktionerna till punkt och pricka när man skall lära sig avslappningsövningar?

1. Ja, att hoppa över vissa uppgifter kan vara skadligt för kroppen.
2. Ja, annars kan man missa viktiga detaljer som är avgörande för att uppnå avslappning.
3. *Nej, det är viktigare att göra uppgifterna på ett sätt som passar en själv.*
4. Nej, det räcker att bara testa de uppgifter som man tror passar en själv.

Varför ska man träna på att lägga märke till sin oro när man har GAD?

1. Om man lägger märke till sin oro man kan undvika det man oroar sig för.
2. Man ska inte träna på detta. Istället ska man träna sig på att ignorera oron.
3. *Att lägga märke till sin oro är ett första steg mot att påverka den.*

Är det viktigt att göra alla övningar i självhjälpsbehandlingar som t.ex. ORIGO?

1. *Ja, det är viktigt att prova på alla övningar för att hitta strategier som passar en själv.*
2. Ja, alla övningar är lika viktiga och är beroende av varandra.
3. Nej, har man tidigt hittat en strategi som passar bra så ska man hålla sig till denna.
4. Nej, då blir det svårt att tillgodogöra sig de övningar som verkligen skulle hjälpa.

Varför har personer med GAD lätt att känna ångest?

En anledning är att personer med GAD...

1. ...har nära kontakt med sina känslor och har därför lättare att känna ångest.
2. ...*ständigt är uppskruvade och vaksamma på att något hemskt kan hända och har därför lättare att få ångest.*
3. ...i regel får starkare ångestreaktioner än personer utan GAD vilket medför att de lättare känner av ångesten.

Varför är det viktigt att arbeta med sina personliga relationer när man har GAD?

1. Personer med GAD har ofta svårt att relatera till andra människor, därför är det extra viktigt för dessa personer att arbeta med sina relationer.
2. *Dels kan problematiken vid GAD påverka de personliga relationerna på ett negativt sätt, och dels kan en förbättring leda till att man utsätts för nya och förändrade sociala situationer.*
3. Om man får en bättre relation till en person, kommer man inte oroa sig lika mycket för personen i fråga.

Hur kan avslappning hjälpa i en ångestsituation?

Genom att tidigt använda avslappning i en ångestsituation kan man ...

1. ... *dämpa ångesten.*
2. ... motverka nedstämdhet efter ångesten.
3. ... häva de kroppsliga symtomen på ångest, dock ej obehagskänslorna.

Vad kan man göra om man efter en tid med mindre oro och ångest drabbas av ett bakslag (dvs att man börjar oroa sig igen)?

1. *Använda sig av de strategier som man lärt sig samt gå tillbaka till situationen (eller en liknande) som har gett en ångest så fort som möjligt*
2. Använda sig av de strategier som man lärt sig men se till att undvika liknande situationer i framtiden.
3. Drabbas man av bakslag så är det bäst att söka professionell hjälp, det kan vara svårt att reda ut ett bakslag på egen hand.

Förväntansångest är ångest över framtida situationer.

På vilket sätt kan förväntansångest bli ett problem?

1. Det leder till hjärtsjukdomar.
2. Det leder till att man blir rädd för framtida situationer och isolerar sig.
3. *Det leder till en hög allmän spänningsnivå i kroppen vilket i sin tur leder till oro.*

Med exponering menas att man utsätter sig för en ångestframkallande situation.

Hur är exponering verksamt?

1. Man lär sig knep för att ta sig ifrån liknande situationer.
2. *Genom att vara kvar i situationen tills ångesten dämpas kommer man att lära sig att situationen inte är farlig.*
3. Genom att vara kvar i situationen samtidigt som man koncentrerar sig på något annat, så lär man sig att ångest inte är farligt.

Är det viktigt att arbeta med sina tankar när man har GAD?

1. *Ja, eftersom att oro har med tankar att göra.*
 2. Ja, om man arbetar med sina tankar så kommer man inte lyssna på sina känslor i samma utsträckning.
 3. Nej, eftersom tankar inte har något med oro att göra
 4. Nej, eftersom oro är en känsla så ska man arbeta men sina känslor.
-