



INSTITUTIONEN FÖR
BETEENDEVETENSKAP OCH LÄRANDE

581 83 Linköping

013-281000

Oroshjälpen.
Internetbehandling vid generaliserat
ångestsyndrom.

Marielle Ryberg

Psyko­te­ra­peut­pro­gram­met
magis­te­ru­ppsats
Höst­ter­min­en 2010
Hand­ledare: Ger­hard An­ders­son

Sammanfattning

Ett nytt internetprogram för behandling av generaliserat ångestsyndrom (GAD) har utvecklats av Psykologpartners. Denna pilotstudie med 14 deltagare ämnar att undersöka hur effektivt detta internetprogram är. Studien är en effektivitetsstudie där behandlingen skett i normal, klinisk miljö. Alla deltagare i studien diagnosticerades med GAD som primär diagnos innan behandlingen påbörjades. Efter behandlingen diagnosticerades 3 av de 14 deltagarna fortfarande med GAD, övriga inte. Med andra ord uppfyllde 79% av deltagarna inte längre diagnosen efter behandling, Fischer exact test visade att skillnaden var signifikant ($p=.001$). Deltagarna fyllde även i Penn State Worry Questionnaire före och efter behandlingen. Det framkom att skillnaden mellan före och efter behandling var statistiskt signifikant $t(13)=5.8$, $p<.0001$. Inomgrupps effektstorlek för PSWQ var $d=2.14$ mellan före och efter behandling. Trots att deltagarantalet är för litet för att dra generella slutsatser av behandlingsprogrammet, bedöms det hittills visat på goda effekter.

Förord

Ett stort tack till Kristofer Vernmark och Karin Angatyr vars behandlingar möjliggjort denna uppsats och utvärdering. Utan er hade det här aldrig kunnat producerats.

Ännu ett tack för Kristofer Vernmark som varit den som tagit fram programmet och bidragit med kloka råd under vägen och alltid varit tillgänglig för frågor och funderingar.

Jag vill också tacka professor Gerhard Andersson som varit min handledare och bidragit med kunskap som jag inte aldrig kunnat läsa mig till och givit mig inspiration till att ta sig igenom det här.

Och sist, men absolut inte minst, vill jag tacka er, mina klasskamrater, för de här tre åren. Aldrig har väl en psykoterapeututbildning varit så präglad av kärlek som denna? Det har jag svårt att tro. Jag är välsignad som fått tillbringa dessa tre år med just er; Alberto Santi, Andréas Rousseau, Gustaf Waxegård, Lena Maurtizon, Pia Enderby, Sara Hillbom och Åsa Kadowaki. Jag hoppas på många år av fortsatt socialt- och yrkesmässigt utbyte med er!

Love M

Innehållsförteckning

Inledning.....	4
Tidigare	
internetstudier.....	4
Generaliserat ångestsyndrom.....	5
Metod.....	7
Deltagare.....	7
Procedur.....	7
Bortfall.....	8
Behandling.....	8
Beskrivning av de olika modulerna.....	8
Motivation.....	9
Mätinstrument.....	10
Formulär.....	10
Resultat.....	11
Diskussion.....	11
Referenser.....	14
Bilaga 1.....	16
Bilaga 2.....	17

Inledning

I denna pilotstudie avses att undersöka huruvida Psykologpartners internetprogram ”Oroshjälpen” behandlar generaliserat ångestsyndrom (GAD) samt orostankar, vilka mätts med Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). I studien ingick 14 personer som alla genomgick behandlingen under år 2010.

Studien är utförd med syftet att bedöma huruvida internetbehandlingen är verksam i klinisk miljö, s.k. effektivitetsstudie. Det finns få effektivitetsstudier genomförda hittills (Bergström et al, 2009) och därför bedöms det av vikt att utöka dessa. De internetbehandlingsprogram som tidigare forskats på har vanligen varit effektivitetsstudier.

Tidigare internetstudier

I internetbehandlingsens begynnelse användes datorprogram precis som ett självhjälpsprogram men efterhand har programmen blivit alltmer interaktiva. De har gått från att kallas datoriserad KBT till internetbaserad KBT (Andersson, Cuijpers, Carlbring & Lindefors, 2007).

Vid studier kring olika typer av internetbehandlingsupplägg har det visat sig att telefonsupport gav bättre följsamhet till behandlingsprogrammet än om denna saknades (Vernmark et al, 2010). Det verkar som internetbaserad KBT kan användas som komplement och som alternativ till traditionell KBT. Det som saknas nu är mer tillförlitlig data i verklig, klinisk miljö. Tidigare har man vanligen sökt klienter via annonsering i medier och resultaten av behandlingen skulle kunna bli missvisande då tanken är att denna behandling skall vara ordinerad i vanlig primärvårdsmiljö, liksom medicinering och traditionell terapi. Studie gjord i sådan miljö kallas effektivitetsstudie (Bergström et al, 2009). I studier där man rekryterat deltagare till studien för att utvärdera metoden, utan direkt koppling till klinisk miljö, kallas effektivitetsstudie.

Ofta kan man höra om nackdelarna med att behandla via internet, mer sällan om fördelarna. Det fördelaktiga med att behandla med internet handlar bland annat om att man har tillgång till behandling oavsett var man befinner sig, förutsatt att det finns tillgång till internet. Det gör psykologisk behandling mer lättillgängligt för personer som bor långt ifrån behandlande verksamhet. Särskilt som psykologisk behandling ofta kräver 2-4 besök/månad. Det är förstås också möjligt att behandla fler patienter när behandlingarna tar mindre tid i anspråk än traditionell terapi, vilket utökar tillgängligheten.

En sammanställning av SBU (2007) har gjorts gällande internetbehandling med KBT. I rapporten har man undersökt behandlingar för paniksyndrom och depression. Man

drog slutsatsen att det fanns måttligt stöd för denna nya typ av behandling.

I studie av Almlöv (2007) utförs behandling för GAD via internet. Studien är en efficacystudie där man rekryterade deltagare via annonsering i lokala och nationella medier. Denna studie omfattar även en kontrollgrupp. Efter behandlingen uppfyllde 60,5% av deltagarna i behandlingsgruppen inte längre kriterierna för GAD. Ett resultat jämförbart med vad tidigare traditionell KBT-terapi visat. I studien rapporterades att deltagarna i behandlingsgruppen hade ett medelvärde 68.7 (standardavvikelse 5.94) på PSWQ innan behandling och efter behandlingen 57.8 (standardavvikelse 13.0). Inomgrupps effektstorlek för PSWQ var $d=1.08$ mellan före och efter behandling för behandlingsgruppen. Behandlingen innehöll tillämpad avslappning i 8 steg för att lära deltagarna att viljemässigt slappna av snabbt. Denna levererades som separat CD-skiva. Parallellt med att deltagarna lärde sig tillämpad avslappning gick man igenom andra moment i modulerna. Dessa moduler innehöll information om KBT och GAD, att utöva specifik orostid, det vill säga att deltagarna fick använda en halvtimme på kvällen till att oro sig och på så vis skjuta upp oroandet under dagen. Internetprogrammet lärde även deltagarna att undersöka sina tankar och värdera sanningshalten i dem, kognitiv omstrukturering, vanliga tankefällor och hur tankar kan leda till dysfunktionella beteenden. Dessutom fick deltagarna lära sig att vara kvar i situationer som vanligen utlöste orostankar istället för att börja oro sig, det vill säga exponera för utlösande stimuli. Deltagarna fick också låta vissa platser i sitt hem bli orosfria som ett sätt att utöva stimuluskontroll. Slutligen fick deltagarna utöva interpersonell problemlösning och gå igenom sömnhygien samt att vidmakthålla de färdigheter de lärt sig.

Vernmark et al (2010) genomförde en internetstudie för behandling av depression. Deltagarna delades in i tre grupper, dels en grupp som fick en guidad självhjälpsbehandling med visst terapeutstöd, en grupp som fick en mer skraddarsydd behandling där behandlaren själv skrev ned behandlingstexten samt en kontrollgrupp som stod på väntelista. Båda behandlingsgrupperna erhöll goda resultat men den grupp som fått skraddarsydd behandling hade resultat som var något bättre än den grupp som erhöll självhjälpsbehandlingen. Deltagarna i studien hade rekryterats till behandling via annonsering i lokal och nationell dagspress samt radio och tillhör därför också efficacystudierna.

I annan efficacystudie från Australien (Titov et al, 2009) delade man in GAD-diagnos i grader av symptom vilket försvårar eventuell jämförelse med denna studie. Effektstorleken för de graderade GAD-symptomen var 1.67 i behandlingsgruppen. Effektstorleken för PSWQ var 0.98 inom behandlingsgruppen. Även denna studie var en efficacystudie där man rekryterat deltagare via medier.

Generaliserat ångestsyndrom

Generaliserat ångestsyndrom är en av diagnoserna under kategorin ångestsyndrom i

Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (2000), fourth edition (DSM-IV). Kriterierna för GAD finner man i bilaga 1.

Det finns flera perspektiv på hur man betraktar GAD. Watson (2005), en forskare med biologiska preferenser, förespråkar att ångest- och förstämningssyndrom skall benämnas emotionella syndrom och delas upp i tre underkategorier; biopolära störningar, orostörningar samt fobisyndrom. Där GAD skulle kategoriseras under orostörningar tillsammans med egentlig depression, dystymi samt posttraumatisk stressyndrom. Hans fördelning bygger på biologiska fynd gjorda hos personer med diverse syndrom där han menar att GAD har större likheter med förstämningssyndrom än ångestsyndrom.

Integrativ terapi har utvecklats utifrån att man ansett att KBT inte till fullo har betonat betydelsen av interpersonella problem eller emotionellt undvikande (Newman et al 2008). Deras pilotstudie bygger på en kombinerad behandling av KBT och att man specifikt arbetar med interpersonella problem och emotionellt undvikande. Man har sett att personer med GAD främst oroar sig för interpersonella teman. Studien visade att integrativ terapi signifikant sänkte GAD-symptomen med kvarstående effekt efter ett år efter behandling.

The avoidance model of worry (AMW) baseras på Mowrer's tvåfaktorsanalys av rädsla samt Foas och Kozaks emotionella processmodell (Foa, Huppert & Cahill, 2006). Man menar att oro är ett ineffektivt kognitivt försök att lösa och ta bort ett upplevt hot, samtidigt som man undviker den aversiva somatiska och emotionella upplevelsen som sker vid processen då man konfronterar rädslan. Oroandet blir negativt förstärkt. Det är även förstärkt av positiva föreställningar såsom att oro är problemlösande, motiverar till prestation och hjälper en att undvika framtida negativa utfall. Positiva föreställningar förstärks av att negativa, framtida händelser inte sker eller blir effektivt manövrerade. Det finns bevis som stödjer AMW-modellens tes att oro primärt är en verbalt-lingvistisk process och inte en imaginärbaserad process. Det verkar också som att oroandet sänker somatisk arousal vid vila. Man har också sett att individer med GAD tycks behöva en längre period för att återgå till baslinjenivå när man utsatts för stressorer jämfört med personer utan GAD.

The intolerance of uncertainty model (IUM) är en modell som fokuserar på betydelsen av individers intolerans av osäkerhet som vidmakthållande faktor vid GAD. Enligt modellen svarar personer med GAD med stress och upprördhet vid osäkra och ambivalenta situationer, de upplever en kronisk oro som respons till dessa situationer. Dessa individer tror att oro kommer att hjälpa dem antingen att mer effektivt handskas med skrämmande händelser eller att hindra händelserna från att alls ske. Det här, tillsammans med känslor av ångest, leder till negativ problemlösning, brist på självförtroende vad gäller problemlösning, att man identifierar problem som hot och är pessimistiska till att själva kunna lösa

problem. Dessa känslor bidrar till att överdriva oro och ångest. Precis som i Borkovecs konceptualisering av GAD handlar det om att använda kognitiva strategier för att undvika kognitiv arousal och hotande bilder förknippad med oro. Studier har visat att intolerans av osäkerhet är densamma som personer med tvångssyndrom upplever, men som personer utan diagnoserna inte upplever (Behar et al, 2009).

Medicinering har visat sig effektivt att behandla GAD i vissa studier (Borkovec & Ruscio, 2001) men resultaten har varit inkonsekventa. Medicineringen tycks vara effektiv vad gäller att reducera ångestsymptom men inte ha någon signifikant effekt på själva oroandet i sig vilket trots allt är det karaktäristiska draget i GAD (Andersson & Palm, 2006).

Enligt Wittchen (2002) varierar prevalensen för GAD mellan 1,9-5,1% hos befolkningen i diverse studier. I primärvården är andelen som söker hjälp med GAD enligt SBU:s rapport (2005) mellan 1.6 och 9.0%. Åldersspannet i studierna har varit mellan 18-54 år. Ofta söker patienter med GAD hjälp för somatiska besvär och inte psykologiska, vilket ibland kan försvåra diagnostiken i primärvården.

Enligt SBU:s rapport (2005) finns det endast moderat stöd för att KBT är en effektiv behandlingsmetod vid GAD. Jämfört med andra ångeststörningar såsom social fobi och panikångest har GAD betydligt sämre behandlingsresultat (Barlow, 2002; Heimberg et al., 2004). Mellan 50-60 % populationen av blir kliniskt signifikant förbättrade när de behandlas med KBT för GAD medan resultaten är mellan 70-85% vid social fobi.

Studiens syfte är att undersöka huruvida personer som uppfyller diagnos för GAD blir diagnosfria samt om deras oroande tankar minskar, mätt med PSWQ.

Metod

Deltagare

I studien deltog 14 individer varav 11 kvinnor och 3 män. Deltagarnas ålder var i genomsnitt 32 (standardavvikelse 10). Den yngsta deltagaren var 21 år och den äldsta var 59 år.

Procedur

Alla deltagare hade sökt sig till vårdcentral för att få vård. Men de hade inte sökt internetbehandling för sina problem utan träffat en läkare som sedan remitterat vidare till legitimerad psykolog som i sin tur erbjöd internetbehandling. Läkarna som remitterade till psykologerna var flera olika på varje vårdcentral. Det var två psykologer vid två olika vårdcentraler som läkarna remitterade till. Psykologen som gjorde klinisk bedömning av GAD var också den som behandlade deltagaren och som sedan gjorde en avslutande bedömning vad gäller diagnos efter behandling.

Det krävdes att deltagarens primära diagnos var GAD ifall andra diagnoser också förekom samt att eventuell medicinering var stabil under behandlingen. Deltagare som medicinerade med bensodiazepiner uteslöts från behandlingen.

Inga barn- eller tonåringar ingick i studien då den är specifikt riktad till vuxna.

Bortfall

Förutom de 14 personer som deltog i studien exkluderades två personer i studien. En person valde att inte fortsätta påbörjad behandling men har sedermera valt att påbörja och följa den, dock för sent för denna studie. En annan person uteslöts pga av pågående medicinering med bensodiazepiner.

Behandling

Deltagarna informerades om att behandlingen kommer att ta ca 2 timmar i anspråk per vecka, att behandlingen tar 8-12 veckor att genomföra samt att det är nödvändigt att hon/han har tillgång till internet. Deltagarna informerades också om att hon/han kommer att få svar inom 48 timmar på frågor som skickats via e-post till behandlaren.

Deltagaren erhåller en arbetsbok, en CD-skiva samt tillgång till internetprogram. Klienten har också möjlighet att kontakta psykologen via e-post om man önskar ställa frågor eller behöver stöttning på annat vis. Programmet genomförs båda via text, film, bild och lyssnande till övningar eller exempel. Programmet är utarbetat enligt inlärningspsykologiska principer, med bland annat tydlig positiv, intermitterande förstärkning (Baldwin & Baldwin, 1998; Eikeseth & Svartdal, 2007) när deltagaren färdigställt avsnitt eller del av avsnitt.

Beskrivning av de olika modulerna

Modul 1

Deltagaren får börja med att skriva ned vilka hans/hennes vanligaste föreställningar om oro är, både positiva och negativa samt nedteckna vilka strategier man haft för att hantera sin oro och skatta om dessa strategier fungerat på kort- eller lång sikt.

Modul 2

Deltagaren får lära sig fylla i situationsanalyser, s.k. A-B-C-modell enligt inlärningspsykologiska principer i modul 2. Deltagaren kan lättare se vad som startar orostankar och vad hon/han gör när dessa dyker upp. Deltagaren får också summera vad som vanligen startar oron, vilka de vanligaste strategierna är och konsekvensen av dessa.

Modul 3

Under modul 3 undersöker deltagaren sina värderingar mer noggrant, dels vilka områden som är viktiga och hur pass viktiga de är. Tanken är att deltagaren skall öka medvetandenivån kring sitt handlande, det vill säga handlar deltagaren utifrån vad

hon/han värderar som viktigt eller handlar hon/han utifrån vilken känsla eller tanke som finns i stunden.

Modul 4 och 5

I modul 4 och 5 tränar deltagaren på att observera, beskriva och delta utan att värdera upplevelserna som bra eller dåliga. Tanken är att deltagaren skall öva på att förhålla sig till sina oroande tankar på samma vis.

Modul 6

Modul 6 fokuserar på acceptans för sina upplevelser, att uppleva det man upplever oavsett innehåll men också att våga göra saker som värderas som viktiga även om det innebär obehag att göra det. Deltagaren får fundera över vad hon/han har svårt för att acceptera i sitt liv och om det funnits ett pris man varit tvungen att betala på grund av detta. Deltagaren får också fundera över hur livet skulle sett annorlunda ut om graden av acceptans ökade.

Modul 7

Sista modulen innehåller reflexioner för alla modulerna, deltagaren får fundera på vilket vis de olika momenten varit till hjälp. Deltagaren ombedes också att skriva ned de tre viktigaste delarna som hon/han behöver arbeta vidare med och hinder att se upp med.

Innan varje ny modul startar finns möjligheter att skriva ned reflektioner patienten haft från förra avsnittet. Till modulerna finns det även filmer med exempel och instruktioner och mindfulnessövningar att lyssna till.

Under behandlingen kan patienten när som helst gå tillbaka till en tidigare modul och upprepa tidigare övning eller instruktion.

Alla patienterna genomgick alla modulerna under behandlingen.

Motivation

Programmet är uppbyggt enligt inlärningspsykologiska principer. Det finns olika medier för att tillgodogöra sig materialet i programmet. Deltagaren kan se film, läsa text samt lyssna till uppläst text. Under tiden deltagaren avslutar ett moment dyker ibland ett pop-up fönster upp. Enligt inlärningspsykologiska principer förstärks individer intermittent, det vill säga om ett beteende belönas men inte varje gång. Då ökar chansen för att detta beteende fortsätter förekomma i framtiden (Baldwin & Baldwin, 1998). Denna förstärkning minskar i frekvens efter hand i programmet. Det finns också en tydlig positiv förstärkning genom att en måne försvinner efterhand som modulerna arbetas igenom.

I programmet har deltagaren också möjlighet att markera viktiga sidor med stjärna.

Detta för att underlätta vid senare tillfällen när deltagaren önskar gå tillbaka till visst moment. Deltagaren har också möjlighet att arbeta med fullskärm. På så vis är risken för att andra stimuli skall störa mindre och risken för att deltagaren distraheras och vill avbryta minskas.

Som tidigare nämnts skall det dröja högst 48 timmar innan deltagaren får svar på fråga som han/hon skickat till behandlaren. Men det är också terapeutens uppgift att vara vaksam på eventuellt avbrott i behandlingen. Terapeuten har möjlighet att se när klienten varit inne i programmet och kan på så vis lätt stödja klienten i att gå tillbaka och fortsätta med behandlingen om man uppmärksammar att klienten inte varit där under en vecka. Terapeuten kan förstås också lämna positiv förstärkning åt klienten under tiden behandlingen pågår.

Mätinstrument

Vid vårdcentralerna har läkarna först gjort en klinisk bedömning av diagnosen GAD och sedan har patienten remitterats till legitimerad psykolog där ytterligare klinisk bedömning av diagnosen gjorts. Inklusionskriterier för att delta i studien har varit att man uppfyller kriterierna för diagnosen GAD samt att denna diagnos bedöms vara klientens primära diagnos utifall klienten även uppfyllt kriterier för ytterligare diagnoser.

Förutom bedömning av diagnosen GAD har patienterna även fyllt i PSWQ, se bilaga 2. Formuläret mäter individens tendens att oro sig överdrivet. Vid avslutad behandling har samma procedur upprepats som vid före behandling.

Vid eftermätning 2-3 månader efter avslutad behandling har patienterna åter fyllt i PSWQ. Flera av behandlingarna är nyligen avslutade, således finns det inte uppföljning för alla patienterna.

Formulär

PSWQ är ett formulär utvecklat av terapeuter som till en början nedtecknade patienters typ av oro under terapin med GAD-patienter (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990). Senare utvecklades 16 påstående för klienter att skatta. Medelvärde för klienter med GAD-diagnos är 67,77 (standardavvikelse 8,66) och medelvärde för icke-ångestfyllda patienter är 44,27 (standardavvikelse 11,44). Normerna är inte svenska då några sådan inte finns. Som mest kan man erhålla 80 poäng och som minst 16 poäng.

Resultat

Medelvärden för PSWQ före och efter behandling presenteras i tabell 1. Skillnader analyserades med parade t-test. Det framkom att skillnaden mellan före och efter behandling var statistiskt signifikant $t(13)=5.8$, $p<.0001$. Inomgrupps effektstorlek för PSWQ var $d=2.14$ mellan före och efter behandling. För 10 deltagare fanns uppföljning vid 2-3 månader efter avslutad behandling. Skillnaden mellan avslutad behandling och uppföljning var inte signifikant $t(9)=0.30$, $p<.77$.

Tabell 1

Medelvärde (standardavvikelse) inom behandlingsgruppen

Test	Tillfälle	n	Behandlingsgrupp M (SD)
PSWQ	Före	14	66,43 (5,30)
	Efter	14	48,14 (11,72)
	Vid uppföljning	10	47,6 (12,35)

Andelen som uppfyllde diagnostiska kriterier för GAD var 100% vid förmätning och 21% vid eftermätning, se tabell 2. Fischer exact test visade att skillnaden var signifikant ($p=.001$).

Vid 2-3 mån uppföljning uppfyllde 20% av deltagarna fortfarande kriterierna för GAD. Eftermätningar utfördes på 10 av de 14 deltagarna. Det var samma individer som uppfyllde kriterierna för GAD vid avslutad behandling som vid eftermätningen 2-3 månader senare.

Tabell 2

Antal deltagare diagnosticerade med GAD, andelen procent inom parantes.

Före behandlingen månader efter behandling	Efter behandlingen	Vid uppföljning 2-3 avslutad
14 (100%)	3 (21%)	2 (20 %)

Diskussion

Trots att detta är en pilotstudie är resultaten lovande för denna specifika behandling. I tidigare internetbehandling för GAD har resultaten för diagnosfrihet efter behandling varit 60,5% i Almlövs studie och vid traditionell KBT har 50-60% mot 79% i den här

studien. Man kan tänka sig att internetbehandling för just den här typen av problematik kan vara gynnsam då risken för att klienten vidmakthåller sitt oroande i terapin genom att prata om det, minskar betydligt när möjligheten inte finns. Att studiens resultat blivit så pass mycket bättre än i Almlövs studie kan ju inte helt förklaras med att internet ger bättre resultat än traditionell terapi eftersom båda är internetstudier. Möjligtvis har riktningen i terapin spelat roll där man i den här behandlingen tydligt talat om värderingar och vad man vill ha ut av livet samt acceptera av upplevelser istället för att tydligare ha som mål att oroa sig mindre. Troligen har den här behandlingen en tydligare riktning till något än flykt ifrån något (oro och ångestsymptom) för deltagarna. Förutom att deltagarna i större utsträckning var diagnosfria när behandlingen avslutades, uppnådde deltagarna i den här studien lägre resultat på PSWQ vid behandlingsavslut jämfört med Almlövs studie.

En annan förklaring till att resultaten skulle vara så pass mycket bättre är att man i denna studie haft många olika sätt att tillhandahålla det man behöver för att gå vidare, både via text, bild och ljud. Kan det vara lättare att tillgodogöra sig behandlingen på grund av detta? Åtminstone har följsamheten till programmet varit utomordentlig så att motivationen att fullfölja bör ha varit stark.

Enligt tidigare studier är det mer effektivt med telefonsupport än om denna uteblir. I denna studie bedrivs inte telefonsupport men väl snabb tillgänglighet för svar på frågor och framför allt möjlighet för terapeuten att ge klienten support när denna bedömer det lämpligt genom att det är möjligt att ta reda på när och hur mycket klienten varit inne i programmet.

Enligt Intolerance of Uncertainty model har personer med GAD svårt för att befinna sig i osäkra, ambivalenta situationer och de saknar en del självförtroende att lösa problem som uppstår och försöker istället undvika dem. I den här studien har deltagarna snarare fått titta på konsekvenser av sitt oroande samt rikta fokus på vad man vill göra, inte undvika, vilket kan ha bidragit till ett gott behandlingsresultat.

Då de eftermätningar som gjordes visade att effekt vid behandlingsslut kvarstod efter 2-3 månader vore det önskvärt att göra ettårsuppföljning för att studera huruvida behandlingsresultaten är kvarstående.

I studien har inga livskvalitémått använts, vilket skulle vara önskvärt i en liknande, kommande studie. Det är rimligt att tänka sig att deltagarnas livskvalitén ökar om oron och ångestsymptomen reducerats eller om acceptansen för dem ökar. Det som också vore önskvärt i fortsatta studier är att undersöka vilka komponenter som är verkningsamma i det här programmet. Är det inriktningen mot vad man vill istället för vad man vill ifrån? Handlar det om att programmet i sig är tilltalande? Både vad gäller estetik och innehåll?

Kostnaden per behandling med internet blir betydligt billigare än vid traditionell terapi. Fler individer har också möjlighet att få behandling då varje individ tar mindre tid i anspråk för behandlaren. Fördelen med internetbehandling är också att tillgängligheten oftast är betydligt snabbare. När patienten söker för problem kommer diagnos ändå att ställas och efter detta skulle det kunna vara möjligt att sätta igång behandlingen som inte tar så mycket tid i anspråk för behandlaren del. Som utomstående, som remittent eller annan kan det vara betydelsefullt att veta innehållet i behandlingen. Då många behandlare kan säga att ”jag sysslar med KBT” kan ändå innehållet i behandlingen variera oerhört mellan olika behandlare.

Liksom KBT ibland blivit ”beskyld” för att vara en förenklad metod kan oinvigda personer tro att internet är en lättare typ av terapi. Tvärtom krävs det en hel del engagemang från patienterna för att gå igenom behandlingen, det får man inte glömma. Precis som det krävs en hel del tillit hos patienter för att utsätta sig för de svårigheter man är rädd för, som vid exempelvis exponering i KBT.

Då tre år passerat sen SBU sammanställde sin rapport för internetbehandling är det rimligt att tänka att underlaget för rapporten idag skulle vara betydligt mer omfattande. Om dessutom antalet effektivitetsstudier kommer att öka i omfång framöver kan man få en bättre uppfattning kring hur verksamt det är i klinisk miljö där deltagarna ordineras internet och inte söker sig till det via annonser i exempelvis tidningar.

Det är möjligt att läkarna som gjorde första bedömning av GAD-diagnos uteslutit personer som de av någon anledning inte ansett passa för denna behandling. Exempelvis skulle äldre personer kunnat exkluderas utan att de tillfrågats om de är vana vid internet och har tillgång till detta. Eftersom det är möjligt att patienter inte remitterats till den här behandlingen när GAD-diagnos ställts är det också möjligt att det är en av anledningarna till studiens goda resultat. Det kan ha förekommit systematisk exkludering som inte iakttagits vid remitterande till psykolog, som i sin tur skulle ha gynnat resultatet.

I fortsatta studier vore det önskvärt med en oberoende bedömare som utförde SCID-intervju före och efter behandlingen. Som det sett ut nu är det samma terapeut som genomfört den kliniska bedömningen som utfört behandling och gjort den slutliga bedömningen av GAD. Det vore också önskvärt med liknande studie där kontrollgrupp ingår.

Referenser

- Almlöv, J. (2007). *ORIGO: A randomized controlled study. The efficacy of guided self-help treatment for generalized anxiety disorder via the internet*. Linköping: Linköpings Universitet, Institutionen för Beteendevetenskap.
- Andersson, I., & Palm, M. (2006). Pharmacological treatments of worry: focus on generalized anxiety disorder. G.C.L. Davey & Wells (redaktör). *Worry and its psychological disorders: theory, assessment and treatment*. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P. Lindefors, N. (2007). Effects of internet-delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and mood disorders. *Helix review series. Psychiatry, 2*, 9-14.
- Baldwin, S. & Baldwin S. (1998). *Behavior principles in everyday life*. Upper Saddle River: Printice-Hall Inc.
- Barlow, D. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Behar, E., DiMarco, I., Hekler, E., Mohlman, J. & Staples, A. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder: Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 1011-1023.
- Bergström, J., Andersson, G., Karlsson, A., Andréewitch, S., Rück, C., Carlbring, P. & Lindefors, N. (2009). An open study of the effectiveness of Internet treatment for panic disorder delivered in a psychiatric setting. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*, 44-50.
- Borkovec, T., & Ruscio, A. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry. 62*, 37-42.
- American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostical and statistical manual of mental disorders. Text Revision*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Eikeseth, S. & Svartdal, F. (2007). *Tillämpad beteendeanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Foa, E., Huppert, J. & Cahill, S. (2006). Emotional processing theory: an update. B.O. Rothbaum (redaktör). *Pathological anxiety: emotional processing in etiology and treatment*. New York: Guildford Press.

Heimberg, R., Turk, C. & Mennin, M. (2004). *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice*. New York: Guilford Press.

Meyer, T., Miller, M., Metzger, R. & Borkovec, T. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28, 487-495.

Newman, M, Castonguay, L., Bokovec, T., Fisher, A. & Nordberg, S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*, 45, 135-147.

Psykologpartners. (2009). *Oroshjälpen*. Linköping: Psykologpartners.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2005). *Behandling av ångestsyndrom – En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport nr 171*. Stockholm: SBU.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2007). *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression. SBU alert-rapport nr 2007-03*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Titov, N., Andrews, G., Robinson, E., Schwencke, G., Johnston, L., Solley, K. & Choi, I. (2009). Clinician-assisted internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 43, 905-912.

Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Öberg, J., Carlbring, P., Eriksson, T. & Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 368-376.

Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of abnormal psychology*, 114, 522-536.

Wittchen, HU. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden and cost to society. *Depression and anxiety*, 16, 162-171.

Bilaga 1

DSM-IV kriterier vid generaliserat ångestsyndrom

A. Överdriver rädsla och oro (förväntansångest) inför ett antal olika händelser eller aktiviteter (t ex skol- eller arbetsprestationer) flertalet dagar under minst sex månader.

B. Svårigheter att kontrollera oron.

C. Rädslan och oron förknippas med tre eller fler av följande sex symptom (av vilka några funnits med i bilden flertalet dagar de senaste sex månaderna) OBS! Hos barn behöver bara ett av symptomen förekomma.

- 1) rastlös, uppskruvad eller på helspänn
- 2) lätt att bli uttröttad
- 3) svårt att koncentrerar sig eller ”tom i huvudet”
- 4) irritabel
- 5) muskelspänning
- 6) sömnstörning (svårt att somna, täta uppvaknanden eller orolig och otillfredställande sömn)

D. Fokus för rädslan och oron är inte enbart begränsat till symptom på någon axel I-störning, t ex rädslan och oron gäller inte panikattacker (som vid paniksyndrom), social genans (som vid social fobi), förorening (som vid tvångssyndrom), att vara ensam borta från hemmet eller anhöriga (som vid separationsångest), viktökning (som vid anorexia nervosa), olika fysiska besvär (som vid somatiseringssyndrom), eller allvarlig sjukdom (som vid hypokondri). Rädslan och oron föreligger inte heller uteslutande i samband med posttraumatiskt stressyndrom.

E. Rädslan, oron eller de fysiska symptomen orsaker kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.

F. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t ex hypertyroidism) samt visar sig inte enbart i samband med ett förstämningssyndrom eller en psykos. Den diagnosticeras inte heller vid genomgripande störning i utvecklingen.

Bilaga 2

PSWQ

Namn: _____ Datum: _____

Instruktion: Besvara varje påstående genom att ringa in den siffra som bäst beskriver det som är typiskt för dig.

	Inte alls typiskt 1	2	Något typiskt 3	4	Mycket typiskt 5
1. Om jag inte har tillräcklig tid för att göra allting oroar jag mig inte för det	1	2	3	4	5
2. Mina bekymmer överväldigar mig	1	2	3	4	5
3. Jag brukar inte oroa mig för saker	1	2	3	4	5
4. Många situationer gör mig orolig	1	2	3	4	5
5. Jag vet att jag inte borde oroa mig för saker, men jag kan inte hjälpa det	1	2	3	4	5
6. När jag är stressad oroar jag mig mycket	1	2	3	4	5
7. Jag är alltid orolig för någonting	1	2	3	4	5
8. Jag tycker det är lätt att slå bort oroande tankar	1	2	3	4	5
9. Så fort jag har avslutat en uppgift börjar jag att oroa mig för allt annat jag har att göra	1	2	3	4	5
10. Jag oroar mig aldrig för någonting	1	2	3	4	5
11. När det inte finns något mera jag kan göra med ett problem oroar jag mig inte längre för det	1	2	3	4	5
12. Jag har oroat mig i hela mitt liv	1	2	3	4	5
13. Jag lägger märke till att jag har oroat mig för saker	1	2	3	4	5
14. När jag en gång har börjat att oroa mig kan jag inte sluta	1	2	3	4	5

15. Jag oroar mig hela tiden	1	2	3	4	5
16. Jag oroar mig för uppgifter tills alla är färdiga	1	2	3	4	5
