

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

NOVA: iKBT för unga vuxna med ångest
- Klientkunskap som prediktor och utfallsmått

Annie Whittam och Fanny Wolff

Examensuppsats 30hp
Psykologprogrammet
PM2519
Vårtermin 2016

Handledare: Gerhard Andersson,
Kristin Silfvernagel

NOVA: iKBT för unga vuxna med ångest

- Klientkunskap som prediktor och utfallsmått

Annie Whittam och Fanny Wolff

Sammanfattning. NOVA behandlingsstudie är utförd med 24 deltagare. NOVA behandlingsstudie syfte är: En viktig del av KBT är psykoedukation, det vill säga att under behandlingsprocessen pedagogiskt förmedla kunskap till klienten. Målet för studien var att undersöka om denna kunskap inkorporeras av klienten. Ett kunskapstest utvecklades för att mäta detta och alltså se huruvida klienterna lärt sig om KBT, ångest och depression under behandlingsperioden. För att mäta ökad kunskap användes ett för studien designat kunskapstest. Den enkla poängsättningen av *NOVA-kunskapstest* gav en icke-signifikant ökning i kunskap mellan för- och eftermätning. För den vägda poängsättningen av *NOVA-kunskapstest* fanns en signifikant ökning. För det primära utfallsmåttet *BAI* fanns en signifikant minskning mellan mätningarna.

Det finns evidens för att kognitiv beteendeterapi via internet (iKBT) som terapiform är effektiv för att behandla nedstämdhet och samtliga av de vanligaste ångesttillstånden; social fobi, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, specifik fobi, posttraumatiskt stressyndrom, tvångssyndrom samt hälsoångest (Hedman, Carlbring, Ljótsson & Andersson, 2014). NOVA behandlingsstudies syfte är att då en viktig del av KBT är psykoedukation, det vill säga att under behandlingsprocessen pedagogiskt förmedla kunskap till klienten. Målet för studien är att undersöka om denna kunskap inkorporeras av klienten. Ett kunskapstest utvecklades för att mäta detta och alltså se huruvida klienterna lärt sig om KBT, ångest och depression under behandlingsperioden. Parallellt med denna studie utförs inom NOVA behandlingsstudie ytterligare en studie vilken undersöker behandlingseffekt på samma urvalsgrupp (unga vuxna med nedstämdhet- och ångestproblematik) (Hedlund & Helin, 2016). Denna studie bedrivs av två av de fyra behandlare vilka samtliga behandlat deltagarna till denna studie.

Denna studie ingår i omfattande forskningsprojekt under ledning av professor Gerhard Andersson vid Linköpings universitet, och forskningen har etikprövats. Det är en studie som är av intresse för psykologer som yrkesgrupp i stort då det kan komma att underlätta leverans av behandling genom möjliggöra för behandling utan beroende av geografisk närhet, samt eventuellt effektivisera behandlingen av denna typ av problem. Detta kan då medföra att behandlare kan få möjlighet att nå ut och behandla fler klienter.

Psykisk ohälsa är en av de stora folksjukdomarna och drabbar människor i alla åldrar, depression och ångest är de vanligaste tillstånden inom psykiatrisk öppenvård (SBU, 2013; 2004). Psykisk ohälsa räknas i dag som ett av de stora folkhälsoproblemen och beräknas stå för närmare 40 procent av sjukförsäkringskostnaderna (Socialstyrelsen, 2013). Med ytterst få undantag visar alla studier på en ungefär dubbelt så hög frekvens av depression hos kvinnor som hos män. (SBU, 2004) Även de flesta ångestsjukdomar

förekommer betydligt oftare hos kvinnor än hos män (SBU, 2005).

I Socialstyrelsens nationella folkhälsoenkät för 2012 uppgav 28 procent av kvinnorna, i åldern 16–29 år en hög grad av psykisk ohälsa, jämfört med 16 procent för männen i samma åldersgrupp (Socialstyrelsen, 2013). Psykisk ohälsa bland unga ökar samtidigt som tillgång till kunskapsbaserad vård och omsorg inte finns att tillgå i den omfattning som behövs. Inom hälften av Sveriges landsting är tillgången till psykologisk behandling klassad som sämre och då främst inom primärvården, i resterande klassades tillgången som god eller relativt god. Samtidigt har vårdgivarna i uppdrag att arbeta för att öka tillgången till evidensbaserad psykologisk behandling.

Psykoedukation är vanligen första steget i en KBT-behandling och har till syfte att korrigera felaktiga uppfattningar hos den hjälpsökande, öka kunskapen samt lägga en grund till interventionerna som följer för densamma (Öst, 2006). Förståelse för varför individer agerar på ett visst sätt, så underlättar det för arbete med förändring av det individen inte är nöjd med gällande den egna personen och livet i allmänhet (Kåver, 2006). Vid en framgångsrik psykoedukation bör klienten även uppvisa en bättre förståelse för grundprinciperna inom KBT samt även uppvisa en minskning av symtom (Friedberg et al., 1998).

Genom god psykoedukation kan den exponering som väcker ångest även upplevas som något positivt då klienten nu förstår processen och att exponering är vägen mot förbättring (Hedman et al., 2014). Utan denna kunskap skulle en KBT-behandling bli svår att genomföra och detta gäller i synnerhet för internetbaserad KBT där behandlaren har färre påverkansmöjligheter än i en behandling där klienten och behandlaren möts. Om psykoedukationen inte är så övertygande att klienten upplever att exponering är en god idé kan inte internetbehandling vid ångest fungera.

Begreppen ungdom, unga och unga vuxna är vanligt förekommande begrepp som inte sällan används synonymt. Gemensamt för dessa är att de saknar etablerade åldersspann. När begreppet unga vuxna används gäller det generellt från 18 år ålder och har oftast ett max tak på 29 år, men det är även vanligt att ett tak sätts vid tidigare åldrar så som 23-26 år (Socialstyrelsen, 2013; Socialstyrelsen, 2013; Närhälsan, 2016; Johnston et al., 2014). Till denna studie rekryterades deltagare mellan 18-25år och det är detta åldersspann som här åsyftas med benämningen unga vuxna.

Ångest

Definition och diagnosticering. Ångestsyndrom är ett samlingsbegrepp innefattande ångest, panikattacker, tvångstankar eller tvångshandlingar, specifik fobi, socialfobi, posttraumatisk stressyndrom (PTSD) samt generaliserat ångestsyndrom (APA, 2000). Panikattacker kan förekomma vid ett antal ångeststörningar.

I denna uppsats kommer begreppet ångest att användas som ett paraplybegrepp innefattandes alla eller flera av de ovannämnda tillstånden. Om endast ett är gällande kommer det att specificeras.

Ångest har ett brett spektrum som innefattar allt från nervositet, ängslan och oro till rädsla, skräck eller akut panik, (SBU, 2005). Ångestsyndrom delas in i flera olika tillstånd och diagnostiseras utifrån hur ångesten manifesteras, vilka symtom och beteenden som är förknippade med den (APA, 2000; ICD-10; World Health Organization, 2016). Ångesttillstånden delas upp i *paniksyndrom*, *specifika fobier*, *social fobi*, *tvångssyndrom*, *posttraumatiskt stressyndrom* och *generaliserat*

ångestsyndrom.

Ångest fyller en evolutionärt viktig funktion för oss då ångesten varnar oss för potentiella faror (Gazzaniga, Ivry & Mangun, 2010). Det är när den upplevda ångesten inte är adekvat för situationen (såsom överdriven, felriktad eller ständigt förhöjd) som den skapar ett problem för individen och kan utgöra ett reellt lidande i vardagen (SUB, 2006; Kåver, 2006).

Komorbiditet är vanligt förekommande vid ångestsyndrom (SBU, 2005). Mellan 65-95 procent som har ångest har även en annan diagnos (Kovacs & Devlin, 1998). Vanligast är en komorbiditet med ytterligare ångestdiagnos (SBU, 2005; Kåver 1999;). Därefter följer denna studies sekundära undersökningstillstånd depression, som är det näst vanligaste komorbida tillståndet, vidare är det även vanligt förekommande med ADHD, autismspektrumtillstånd, trotsyndrom och missbruk hos unga vuxna (Öst, 2013; Rutter, et al., 2012).

Förekomst och konsekvenser av ångest hos unga vuxna. Ångestsjukdomar drabbar uppskattningsvis var fjärde person någon gång under livet och det är då vanligt att drabbas av fler ångestsjukdomar samtidigt (SUB, 2006). Prevalensen för social fobi som definierat av DSM-IV uppskattas ligga runt 13 procent av befolkningen och debuterar ofta under tonåren (Kåver, 1999). Med det räknas ångestsjukdomar till de vanligaste i samhället (SUB, 2005; Kåver, 1999). Ångestsyndrom är mycket vanligt i Sverige och klassas som en folksjukdom, det uppskattas vara flera hundratusen som har såpass svår ångest att det skapar negativa konsekvenser och ett lidande i vardagen.

Ångestsyndrom delas in i flera olika tillstånd, utifrån hur ångesten manifesteras och vilka symtom och beteenden som är förknippade med den (SBU, 2005). Som tidigare nämnt kallas ångesttillstånden för *paniksyndrom*, *specifika fobier*, *social fobi*, *tvångssyndrom*, *posttraumatiskt stressyndrom* och *generaliserat ångestsyndrom*.

Vid paniksyndrom uppkommer plötsliga och oväntade panikattacker (APA, 2000). Efter attackerna finns en stark oro för fler attacker eller oro för följderna av attacken. Vanliga symtom är hjärtklappning, svettningar, andnöd, överklighetskänslor samt stark skräck för att dö eller bli tokig. Panikångestsyndrom kan vara med eller utan agorafobi, vilket innebär rädslan för och undvikande av att besöka platser där man tror att man kan få en panikattack (Öst, 2006).

Social fobi innebär en stark och överdriven rädsla för att stå i centrum för andras uppmärksamhet (Kåver, 1999). Som konsekvens gör den som lider av social fobi nästan allt för att undvika situationer där det kan ske, så som att tala inför andra, arbeta i grupp, eller liknade sociala sammanhang. Vanliga symtom är negativa tankar och känslor av oro samt en negativ fysiologisk påverkan. Tvångssyndrom karaktäriseras av återkommande upprepande tankar som skapar ett obehag och lidande (Öst, 2006). Dessa tvångstankar kan följas av tvångshandlingar där personen måste utföra en form av ritual för att undkomma den ångestframkallande tanken. Dessa ritualer kan vara allt från korta upprepanden eller kontrollerande av handling till långa, komplexa och utdragna och oerhört tidskrävande ritualer. För de som lider av tvångssyndrom kan det ofta innebära att de dagligen ägnar flera timmar åt tvångshandlingar för att bli kvitt tankarna och ångesten. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) kan utvecklas som en konsekvens av att ha upplevt en extremt påfrestande situation, där personen är oförmögen att undfly eller med tillgängliga resurser hantera situationen (Gerge & Lander, 2012). Detta kan vara situationer som en allvarlig olycka, naturkatastrof, våldtäkt eller tortyr. Vanliga symtom

vid PTSD är återkommande attacker av obehagliga minnesbilder, mardrömmar och koncentrationssvårigheter, vilket orsakar signifikant lidande och har en inverkan på det dagliga livet (Gerge, 2013; Smith, Perrin, Yule & Clark, 2010). Generaliserat ångestsyndrom innebär en nästan ständig och intensiv ångslan och oro för att en katastrof eller olycka kommer att ske (Öst, 2006). Det finns ofta en insikt i att oron är överdriven, men det går ändå inte att släppa den. Vanliga konsekvenser är rastlöshet, irritabilitet, koncentrationssvårigheter, muskelspänning och sömnproblem (APA, 2000). Specifik fobi innebär att känna stark rädsla inför det fobiska objektet och medför ett starkt undvikande av detta (Öst, 2006). Specifik fobi får ofta en stor inverkan genom att personen tvingas avstå från att göra saker som personen egentligen vill av rädsla för att möta det fobiska objektet (Öst, 2013).

Depression

Definition och diagnosticering. Depression utmärks generellt av upplevd förlust av glädje, lust, och aktivitet, vilket kan förekomma i en eller flera episoder (APA, 2000). Vanliga symtom är nedstämdhet, minskad koncentrationsförmåga, sömnproblem, förändring i aptit och vikt, rastlöshet eller matthet, tankar kring skuld eller klander. I vissa fall förekommer tankar på eller ökad risk för suicid (APA, 2000; ICD-10; World Health Organization, 2016). Inom ICD-10 (2016) delas depression in i lindrig depression (det vill säga, klienten är i obalans, men kan i allmänhet fungera i vardagen), måttlig egentlig depression (det vill säga, klienten är oftast så påverkad att vardagliga sysslor är svåra att fullfölja), svår egentlig depression (klientens har tydligt nedsatt förmåga och lidande, har ofta stark självklander och självmordstankar samt ofta psykosomatiska symtom). I Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM-IV (APA, 2000) kategoriseras diagnosen som förstämningssyndrom och urskiljer de olika depressiva syndrom i diagnoserna; egentlig depression, dystymi och depression UNS. För egentlig depression ska symtomen varit ihållande i minst två veckor samtidigt som det uppkommit en påtaglig negativ förändring i personens tillstånd. Minst ett av symtomen nedstämdhet eller minskat intresse eller glädje. Det ska förekomma signifikant lidande eller försämrad funktion inom viktiga områden för personen (så som arbete eller socialt). Vidare ska symtomen inte bättre förklaras genom fysiologiska aspekter (så som substansintag eller somatiska orsaker) sorg. Depression UNS, kategoriseras av störningar- eller depressiva förstämningar vilka inte uppfyller kriterierna för egentlig depression eller annat förstämnings- eller ångestsyndrom.

Förekomst och konsekvenser av depression hos unga vuxna. Depression är i dag en av de stora folksjukdomarna och den drabbar människor i alla åldrar (SBU, 2013; 2007; 2005). Merparten av studier inom området pekar mot att depressioner både blivit vanligare under de senaste 50 åren, samt att debutåldern sjunkit allt lägre i åldrarna (SBU, 2004). Livstidsprevalensen för depression beräknas mellan 15 till 20 procent (Birmaher, Ryan, Williamson & Brent, 1996). Detta innebär att var femte kvinna och ungefär hälften så många män blir deprimerade någon gång under livet (Andersson, 2012). Komorbiditet är vanligt förekommande både vad gäller fysiska sjukdomar och psykiska problem. De främsta komorbida tillstånden utgörs av denna studies primära undersökningstillstånd ångestsyndrom men även missbruk är vanligt.

Behandling av ångest och depression

Kognitiv beteendeterapi vid behandling av unga vuxna. KBT har i flera studier visats effektiv för behandling av ångeststörningar hos barn så väl som för unga vuxna (Leigh & Clark, 2016; Mondin, de Azevedo Cardoso, Jansen, Del Grande da Silva, de Mattos Souza, da Silva, 2015; Socialstyrelsen, 2010). I en rapport kring behandling av depression lyfter SBU (2004) att de behandlingsformer som har mest omfattande kliniskt stöd är beteendeterapi, kognitiv terapi och olika kombinationer av de båda, då även i jämförelse med läkemedelsbehandling.

För ungdomar och unga vuxna har transdiagnostisk behandling för ångestsyndrom visats effektiv (Ewing, Monsen, Thompson, Cartwright-Hatton, & Field, 2015) och för social fobi har de behandlingar som anpassats för ungdomar bäst resultat jämfört med de icke anpassade (Leigh and Clark, 2016). Pittsburghgruppen (Larsson, 2002) har i flera studier visat på att tonåringar med depression och ångestproblematik hade bättre utfall på behandling med KBT än med övriga behandlingsmetoder. KBT har god effekt hos ungdomar och är rekommenderad behandling med ett gott vetenskapligt underlag vid lindrig egentlig depressionsepisod och en rad ångesttillstånd (Socialstyrelsen, 2010). Vid KBT för ångestsyndrom anses de viktigaste behandlingskomponenterna vara exponering, kognitiv omstrukturering, beteendeeexperiment och psykoedukation (Hedman et al., 2014; Öst, 2006). Exponering innebär att utsätta sig för det som väcker obehag och att stanna i detta utan undvikande eller säkerhetsbeteenden då sker en habituering och en ominläring (Kåver, 2006).

Syftet med kognitiv omstrukturering är att skapa en process för att identifiera och sedan med rationella argument ifrågasätta negativa automatiska tankar, för att på så sätt skapa en mer realistiskt tolkning (Hedman et al., 2014).

Beteendeeexperiment syftar till att ge klienten ett nytt perspektiv på problemet samtidigt som det öppnar för ny problemlösning och förändring (Kåver, 2006).

Inom KBT finns ett grundläggande antagande att klienter under behandling förvärvar nya kunskaper om de psykologiska teorier och arbetsmodeller som används under de olika momenten under behandlingsperioden. Det finns vidare ett antagande om att de kunskaper som klienter förvärvar under KBT-behandling ska kunna relateras till en positiv effekt på det psykiska måendet. En viktig del inom ångestbehandling med KBT är psykoedukation (Kåver, 2006; Svirsky & Thulin, 2010). Syftet med psykoedukation är att generera ökad kunskap om ångest och principerna bakom behandlingen. Samt att motivera till att genomföra svåra och prövande behandlingsmoment (såsom exponering och att kunna stanna kvar i sin höga ångest), då detta är det som anses leda till beteendeförändringar (Hedman et al., 2014).

Vid depressionsbehandling får klienten för individen anpassad psykoedukation gällande hur nedstämdhet uppstår och vidmakthålls samt hur den kan behandlas på ett effektivt sätt (Karlberg, 2010; Ramnerö, 2006). Klientens delaktighet och förståelse av den egna problematiken anses vara viktig för att skapa en, mellan klient och behandlare, samstämmighet i förståelsen för klientens problem. Samt vidare för att frambringa engagemang hos klienten inför genomförandet av de kommande behandlingsmomenten (Linton & Flink, 2011; Sanderson & Bruce, 2007). Detta anses av vikt då missuppfattning av den informationen och i vilket syfte som den förmedlas kan det leda till att övningarna vilka administreras till klienten under behandling utförs felaktigt och därför inte hjälper klienten (Sanderson & Bruce, 2007).

KBT kan i många avseenden anses vara en pedagogisk behandlingsmetod. Detta då det för denna behandlingsmetod läggs vikt på att förmedla en förståelse till klienten, både av den egna problematiken samt för behandlingen (Kåver, 2006; Svirsky & Thulin, 2010). I linje med detta pedagogiska förhållningssätt ges exempelvis en deprimerad klient för individens specifika problem anpassad psykoedukation (Karlberg, 2010; Ramnerö, 2006). Då innehåller sådan psykoedukation information om hur nedstämdhet uppstår och vidmakthålls, samt hur den effektivt kan behandlas. Utifrån detta synsätt på psykoedukationens roll i behandling anses klientens delaktighet i förståelsen av den egna specifika problematiken vara viktig. Den anses vara av vikt dels för att skapa en gemensam grund för förståelse för klientens problem, och dels för att det skapar engagemang hos klienten inför de kommande behandlingsmomenten (Linton & Flink, 2011). Detta då engagemang kan tänkas vara av vikt för behandlingsutfallet. Klienten väntas nämligen genom behandlingen möta flera påfrestande och svåra delar. Exempel på sådana delar är som nämnts ovan är exponering där den verksamma mekanismen är just att kunna möta och stanna kvar i den upplevda ångesten (Hedman et al., 2014).

Kognitiv beteendeterapi via internet (iKBT). Det finns flera olika sätt att bedriva terapi över internet (via e-mail, chatt eller video länk). I föreliggande studie åsyftas den form av internetadministrerad behandling där klienten genomgår ett behandlingsprogram som förmedlas via internet. Hädanefter kommer begreppet *internetbehandling* att användas inom ramen för denna studie.

Internetbehandling har funnits sedan slutet av 1990-talet, i Sverige var starten 1998 (Hedman et al., 2014). Sverige var tidigt med i utvecklingen och har haft en betydande roll för den internationella forskningen. iKBT är idag en av socialstyrelsen rekommenderad behandlingsform vid paniksyndrom, social fobi och depression (Vigerland et al., 2013).

Utgångspunkten för internetbehandling är att de verksamma mekanismerna bakom behandlingen är desamma som vid traditionell behandling (det vill säga, där behandlare och klient möts ansikte mot ansikte) (Hedman et al., 2014). Internetbehandling skiljer sig från annan psykologisk behandling främst i hur den förmedlas till klienten (Vernmark & Bjärehed, 2013). Den så kallade svenska modellen, självhjälp med vägledning av en kvalificerad terapeut, utgår ifrån en form av biblioterapi. Biblioterapi innebär att klienten läser böcker samt får behandlarstöd under behandlingen, detta med syfte att klienten ska tillgodogöra sig information från läsningen samt omsätta detta i vardagen samt genom samtal med behandlare. I en studie av Hedman et al., (2014) genomfördes denna metod genom att använda självhjälpstekniker tillsammans med stöd från en behandlare. Internetbehandling kan utgå från flera olika teoretiska inriktningar (Vernmark & Bjärehed, 2013). Majoriteten av forskningen på området är baserade på KBT-behandlingar och det är även inom KBT-behandlingar som den tyngsta evidensen ligger. Det finns idag gott stöd för iKBT för vuxna för olika tillstånd (där bland ångeststörningar och depression) och metoden har börjat användas inom både psykiatri och primärvård (Vigerland et al., 2013). iKBT har testats i flera studier för social fobi med måttlig- till stor effekt (Andersson, Carlbring & Furmark, 2012; Bertholdts & Lundborg, 2008; Carlbring et al., 2011;

Carlsson & Johansson, 2007; Johansson & Liljethörn, 2015; Backlund & Luuk, 2015; Andersson & Parmaskog 2015).

Det finns en förhoppning om att genom internetbehandling kunna erbjuda och möjliggöra psykologisk behandling till alla som är i behov av det (Vigerland et al., 2013; Hedman et al., 2014). Samt att genom denna effektivisering kunna frigöra de begränsade sjukvårdsresurserna som nu finns så att dessa kan riktas mot de med ett mer omfattande behandlingsbehov.

IKBT för unga. Idag är iKBT en etablerad behandlingsform för olika tillstånd för vuxna (Vernmark & Bjärehed, 2013). IKBT har visats lika effektiv som traditionell behandling gällande behandling av mild- och måttlig depression samt av ångestsyndrom (Cuijpers et al., 2010). Något som har understötts i både forskningsstudier och i klinisk miljö (Andersson et al., 2014). Vilket har resulterat i att iKBT sedan år 2013 inkluderats i de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2010).

Gällande barn och unga är forskningsstödet för iKBT fortfarande litet men ökande (Vigerland et al, 2013). Samtidigt är denna grupp mer heterogen än gruppen vuxna och med det ställs högre krav på att behandlingarnas utformas mer åldersspecifikt (det vill säga, det är en stor skillnad på behandlingsutformningen för 7 åringar och 14 åringar) (Vernmark & Bjärehed, 2013). Studier vilka undersökt effekten av iKBT för barn och unga har visat behandlingen vara effektiv för flera områden däribland flera olika ångesttillstånd (tvångssyndrom, ångestsyndrom, specifikfobi) (Johansson & Liljethörn, 2015). För gruppen unga vuxna har iKBT visat sig effektivt inom områdena social fobi, ångestsymtom, depression och stress (Tillfors et al., 2011; Day, McGrath & Wojtowicz, 2013; Sethi, Campbell & Ellis, 2010). I en översikt av 10 studier på iKBT för barn och unga under 18 år påvisades goda resultat gällande behandling av depression, där behandlingen lett till symtomreduktion samt förbättrad livskvalité (Richardson, Stallard, & Velleman, 2010). Sammanfattningsvis är resultaten för barn och unga försiktigt positiva, samtidigt som fler och mer omfattande studier behövs för att säkerställa behandlingseffekten av iKBT har för barn, ungdomar och unga vuxna (SBU, 2013).

År 2015 använde över 95 procent av alla svenskar mellan 8-55 år internet (Findahl & Davidsson, 2015). Detta samtidigt som den dagliga användningen av internet ökar inom alla åldersgrupper. Vidare visar rapporten att 91 procent av svenskar 16-25 år ägde en smartphone (det vill säga en mobiltelefon med internet- och andra funktioner utöver att bara kunna ringa och skicka textmeddelanden). Det har visats att över 91 procent av unga vuxna (18-29 år) använder internet för sociala ändamål. Med det avses att internet används som ett medel för mellanmänsklig kommunikation och interaktion. Detta innebär att psykologer bör se på internet som en potentiell arena väl lämpad att använda för terapeutiska ändamål (Lightfoot, 2008). I en amerikansk studie tillfrågades studenter om de skulle godta internetadministrerad behandling istället för traditionell behandling. (Travers & Benton, 2014). Detta var något som fick stöd av 34 procent av deltagarna vilka tidigare gått i behandling och av 16 procent av de tillfrågade som aldrig tidigare fått behandling. Sammantaget visar detta på potentialen i att använda och utveckla iKBT då gruppen unga vuxna generellt har tillgång till datorer och internet samt ofta har stor dator- och internetvana.

Fördelar och nackdelar med iKBT. IGBT har under de sista tolv åren vuxit fram som ett behandlingsalternativ (Andersson, 2009). IGBT innefattar oftast vägledad självhjälp där klienten går igenom ett internetbaserat behandlingsmaterial till vilket klienten får stöd av en behandlare via mailkorrespondens eller liknande. IGBT-behandlingsprogram pågår normalt ca 8-15 veckor (Hedman et al., 2014). IGBT har samma behandlingsinnehåll och mål som vanlig KBT. Det är enbart ett annat sätt att förmedla behandlingen och öka tillgängligheten.

Ett antal kontrollerade randomiserade studier har genomförts inom ångest, depression och hälsoområdet (SBU, 2013; SBU, 2012/2013). Enligt rapport från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (2013) gällande effekten av internetbaserad behandling visades att iKBT har effekt för mild till måttlig nedstämdhet samt för vissa ångesttillstånd. IGBT för social fobi har även visats ha en reducerande inverkan på komorbida tillstånd (Titov, Gibson, Andrews & McEvoy, 2009).

Det finns indikationer på att effekten av iKBT kan bestå i flera år och att iKBT eventuellt kan ge lika effekt som sedvanlig KBT, men detta är ännu ej klarlagt (Titov et al., 2009). Den befintliga forskningen inom iKBT är utförd på urval bestående av vuxna deltagare och det är oklart om iKBT fungerar lika bra för barn och ungdomar. Forskning inom detta område pågår alltjämt. Utöver detta kan det tänkas att iKBT kanske passar bättre för vissa vuxna än andra. Det kan finnas de som föredrar iKBT av rent praktiska skäl, såsom att kunna genomföra behandlingen utan att behöva göra långa resor eller vara borta från arbetet. I dagsläget är det få vårdgivare som ger iKBT som standardiserad behandlingsmetod. Men det finns indikationer som talar för att tillgången till iKBT kommer att öka och att de kommande årens forskningsarbete inom området kommer att tydliggöra möjligheterna samt begränsningarna för iKBT som behandlingsalternativ.

Kunskapsnivå som utfallsmått. Psykoedukation anses vara en viktig komponent inom KBT (Kåver, 2006) och det anses generellt vara betydelsefullt även vid internetbaserad självhjälp (Andersson et al., 2012; Scogin et al., 1998). Trots detta så har få studier undersökt huruvida klienten tillgodogör sig den förmedlade kunskapen eller ej. Att undersöka förändring i kunskapsnivå efter psykoedukation är av vikt för den interna validiteten (Lichstein, 1994). Detta då förändringen ger underlag för att bedöma huruvida psykoedukationen ger den effekt som förväntas eller ej. Att det är få som undersökt relevansen av förvärvad kunskap beror till viss del på att det hittills finns få psykometriskt validerade instrument för bedömning av klienters kunskapsnivå gällande psykiska problem samt behandling (Kronmüller et al., 2007). En studie utförd av Scogin et al. (1998) visade att det går att differentiera mellan deltagare vilka genomgått biblioterapi för depression och personer vilka inte genomgått sådan behandling. Denna differentiering mellan deltagare och kontrollgrupp gjordes genom jämförelse av för- och eftermätning av deltagarnas kunskapsnivå. För- och eftermätning gjordes genom att administrera ett validerat och reliabelt kunskapstest och utifrån resultatet på dessa mätningar gavs indikationer på en ökad kunskapsnivå hos deltagarna efter genomgången internetförmedlad biblioterapi. Detta då gällande den information som förmedlats inom ramen för behandlingsstudien. Det kan antas att ett kunskapstest kan vara ett bra instrument för att avgöra i vilken grad klienten förstått den kunskapen som förmedlats under behandlingen. Scogin et al. (1998) menar vidare att det är troligt att

det i forskningssammanhang kan användas för att relatera förändringsgrad i kunskapsnivå till minskad problematik.

Ett par studier har visat på användbarhet av kunskapstest för att urskilja deltagare vilka genomgått iKBT från deltagare som inte gått i det (Andersson et al., 2012; Carlsson & Johansson, 2007; Friedberg et al., 1998; Scogin et al., 1998). Utifrån detta kan ett kunskapstest antas vara ett bra sätt att mäta kunskapsnivån hos deltagare för att kunna se eventuella skillnader i tillgodogjord kunskap. I en studie av Andersson et al., (2012) redovisas resultat vilka tyder på att individer som genomgår behandling i iKBT för social fobi förbättrar sina kunskaper om KBT samt ångestproblematik i jämförelse med en passiv kontrollgrupp. Ytterligare en studie vilken påvisat sambandet mellan psykoedukation och minskade symtom är den av Friedberg et al., (1998) vilken undersökte sambandet mellan psykoedukation och minskade symtom vid depression. Detta gjordes genom att före och efter en psykoedukation mäta kunskapsnivå med hjälp av ett kunskapstest kallat Test of Cognitive Behavioral Principles (TCBP). Vid eftermätningen fann man en signifikant ökning i kunskapsnivå.

Prediktionsforskning. Prediktorer kan innebära olika typer av faktorer (Martin, Grasse & Davis, 2000). Det kan vara patientfaktorer såsom personlighetsdrag, demografiska faktorer (kön, ålder och så vidare) eller kliniska faktorer (som depressiva besvär och grad av depressionssymtom), klientens förväntningar, terapins trovärdighet och upplevelse av den terapeutiska alliansen. Psykoedukation (Christensen, Griffiths & Jorm, 2004) och exponering (Barrera, Grubbs, Kunik & Teng, 2004) är andra faktorer som anses vara viktiga att studera (Horvath, 2006; Smeets, Beelen, Goossens, Schouten, Knottnerus, & Vlaeyen, 2008; Sandell, 2008;).

Kännedom om betydelsefulla prediktorer kan hjälpa kliniker att anpassa behandlingar samt matcha klienter till behandlingsformat och vice versa (Carter, Luty, McKenzie, Mulder, Frampton, & Joyce, 2011; de Graaf, Hollon & Huibers, 2010; Steketee & Chambless, 1992; Wolf & Hopko, 2008). Matchning av rätt klient till rätt behandling möjliggör förbättring, vidareutveckling och effektivisering av olika behandlingsmetoder och format. Det underlättar vid val av behandling och kan därigenom förhindra att klienter genomgår behandling utan tillfredsställande resultat.

Vidare understryker American Psychological Association (APA; 2006) i en rapport om psykologisk evidensbaserad praktik betydelsen av att prioritera prediktionsforskning framöver.

Det finns forskning som indikerar att deltagare som ingår i behandlingsstudier för psykoterapeutisk behandling blir signifikant bättre vad gäller den problematik som behandlas i studien i jämförelse med en kontrollgrupp (Lambert & Ogles, 2004). Dock kan denna forskningsdesign inte till fullo förklara vilka bakomliggande mekanismer som är effektiva eller vilka av dessa som predicerar utfallet av en behandling (Holmqvist & Philips, 2008).

Även om prediktorer som forskningsfokus väckt mer intresse under senare tid är studier inom området fortfarande få till antalet och då särskilt i jämförelse med den mängd utfallsstudier som publicerats (Eskildsen, Hougaard & Rosenberg, 2010; de Graaf et al., 2010; Hedman et al., 2014).

KBT är ett vitt begrepp vilket innefattar många metoder, format och förhållningssätt. Därför är det svårt att göra uttalanden om verksamma mekanismer för

KBT i allmänhet (Andersson & Mörtberg, 2008). Detta gör att det är viktigt att undersöka KBT för olika målgrupper och typer av problematik.

Trots potentialen gällande optimering av behandlingar vid psykisk ohälsa är forskningsfältet kring prediktorer för behandlingsutfall än så länge relativt litet. Detta gäller både traditionella och mer moderna behandlingsformat såsom internetterapi. Vidare går de resultat som presenterats ofta isär. Därigenom har ingen säkerställd samling prediktorer kunnat identifieras. Vidare menar Carter et al., (2011) att mycket av den existerande prediktionsforskningen är i behov av replikering.

Kunskapsnivå som prediktor. Det finns idag stöd i forskningen för att alternativa sätt att leverera KBT-behandling behövs (Houghton & Saxon, 2007). Det finns vidare stöd för att inte alla klienter har behov av samma typ och intensitet av behandling. Det kan tänkas att en del klienter enbart skulle behöva en kort psykoedukation medan andra behöver mer insatser. Houghton & Saxon (2007) visar i en studie att enbart psykoedukation som intervention i sig kan vara hjälpsam. I en tid då vården präglas av begränsade resurser och tillgänglighet förefaller det rimligt att anpassa insatser efter behov.

Psykoedukation har visats sig kunna vara en nyckelfaktor för effektiv behandling av bipolära tillstånd (Pacchiarotti, Colom & Vieta, 2006). Detsamma gällande familjeinterventioner för bipolaritet där psykoedukation är den enda interventionen vilken bevisats vara effektiv som återfallsprevention, förbättring gällande tillgodogörande av behandling samt för att utveckla copingstrategier för nära viktiga personer till bipolära. I en studie av Pacchiarotti et al., (2006) lät man KBT verka förebyggande för både maniska- och depressiva återfall. I denna studie menar författarna att det tydligt framgår att psykoedukationen spelar en mer central roll än de övriga klassiska KBT-komponenterna. Utifrån dessa resultat kan tänkas att det även kan finnas en koppling mellan goda behandlingsresultat för annan typ av problematik och psykoedukation.

En studie som har tittat på psykoedukation vid iKBT var den av Andersson et al., (2012) med syfte att undersöka huruvida kunskap om social fobi ökar efter behandling. Ett kunskapstest vilket handlade om social fobi administrerades före och efter behandlingen. En uppföljning av de behandlade individerna utfördes efter ett år och då kvarstod behandlingsvinsterna. Kunskap såsom den utvärderas av kunskapstestet ökade efter behandling med liten behandlingsvinst i kontrollgruppen.

Kognitiv beteendeterapi brukar betona ökad kunskap, reduktion av dysfunktionella tankar och exponering för ångestväckande stimuli som verksamma komponenter för förändring (Butler et al., 2006). Vidare menar Butler et al., (2006) att tidigare forskning har visat att det finns samband mellan prediktorer för behandlingsutfall och behandlingsinnehåll.

Den forskning som hittills har bedrivits kring psykoedukationens vikt vid KBT är till stor del studier om psykosjukdomar (Bechdolf et al., 2010; Prasko, Vrbova, Latalova & Mainerova, 2011). De studier som utförts har visat att psykoedukation kan resultera i ökad kunskap om samt förståelse kring problematiken och förbättrad livskvalitet.

I en metaanalys av studier på vuxna av Lukens och McFarlane (2004) drogs slutsatsen att psykoedukation leder till förbättrad hälsa både fysiskt och psykiskt. Detta rörde sig om tillstånd såsom ätstörning, bipolär sjukdom, depression, schizofreni, cancer

samt vid långvarig smärta. Resultat från diverse studier utförda på barn och ungdomar visar att psykoedukation har positiv effekt på familjeklimat vid affektiva tillstånd (Fristad, Goldberg-Arnold & Gavazzi, 2002; Fristad, Gavazzi & Soldano, 1998). Vidare studier visar även att psykoedukation leder till minskade symtom hos tonåringar med olika typer av ätstörningar (Olmsted, Daneman, Rydall, Lawson & Rodin, 2002; Rocco, Ciano & Balestrieri, 2001).

Vid en studie uppmättes det likvärdiga effekter på deltagarnas psykiska mående vid jämförelse mellan de som fått iKBT för depression respektive de som fått tillgång till en hemsida med psykoedukation om denna typ av problem samt behandling av depression (Christensen et al., 2004). Utifrån denna studie påvisades det dock inget samband för variablerna kunskapsnivå och grad av symtom. I en studie av Scogin et al., (1998) undersöktes sambandet mellan kunskapsnivå och behandlingsutfall. Denna studie fann inget signifikant samband mellan variablerna, men visade samtidigt på att kunskapsnivån ökade. Detta resultat kan eventuellt förklaras av att kunskap är en förutsättning, men inte tillräckligt för att predicera ett positivt behandlingsutfall. Carlsson & Johansson (2007) drog samma slutsats i en behandlingsstudie där iKBT användes för att behandla generaliserat ångestsyndrom där sambandet mellan kunskapsnivå och grad av upplevd oro undersöktes. Friedberg et al., (1998) genomförde en studie där de förmedlade psykoedukation till deltagare med depression. Utifrån resultaten framkom här signifikanta samband mellan förändringsvärden på både TCBP och minskade depressiva symtom. En förklaring till dessa resultat har föreslagits vara att den tillägnade kunskapen av klienten måste omsättas i praktiken, då exempelvis via behandlingsövningar, för att det ska leda till symtomreduktion (Bendelin & Dahl, 2006). En uppföljningsstudie av internetadministrerad behandling för depression hos vuxna indikerar att ökad kunskapsnivå om affektiva störningar predicerade positivt resultat efter två års uppföljning (Kronmüller et al., 2007).

Syfte

En viktig del av KBT är psykoedukation, det vill säga att under behandlingsprocessen pedagogiskt förmedla kunskap till klienten. Målet för studien var att undersöka om denna kunskap inkorporeras av klienten. Ett kunskapstest utvecklades för att mäta detta och alltså se huruvida klienterna lärt sig om KBT, ångest och depression under behandlingsperioden.

Frågeställning

Följande frågeställningar formulerades: Har deltagarna i behandlingsstudien tillgodogjort sig kunskap om KBT samt ångestproblematik under behandlingen? Finns det någon skillnad i resultat för kunskapstest före och efter iKBT-behandling? Är ett ökat resultat på eftermätningen jämfört med förmätningen av kunskapstestet en prediktor för behandlingsutfall?

Metod

Tillvägagångssätt (studiedesign)

Initialt var denna behandlingsstudie planerad att vara en randomiserad kontrollerad studie (RCT), en experimentell design med två grupper. Detta hade inneburit att deltagarna randomiserades till antingen skräddarsydd internetadministrerad KBT eller den grupp där de själva får välja behandlingsmoduler och arbetstakt. Men på grund av få deltagare gjordes studien om till en pilot studie. Mot bakgrund av detta utformades studien med att istället ha en behandlingsgrupp där deltagarna valde behandlingsmoduler och takt på behandlingen under åtta veckor ($n=24$).

Föreliggande studie är en pilotstudie där effekten av psykoedukation vid iKBT utforskas. Målet för studien är att undersöka om denna kunskap inkorporeras av klienten. Deltagarna fick under behandlingens gång respons på vad de arbetat med under veckan individuellt varje måndag. Deltagarna hade möjlighet till meddelandekontakt alla dagar och kunde få svar på frågor vardagar från 09.00 till 16.00. De hade vidare tillgång till e-post via behandlingsplattformen med en behandlare.

Deltagare

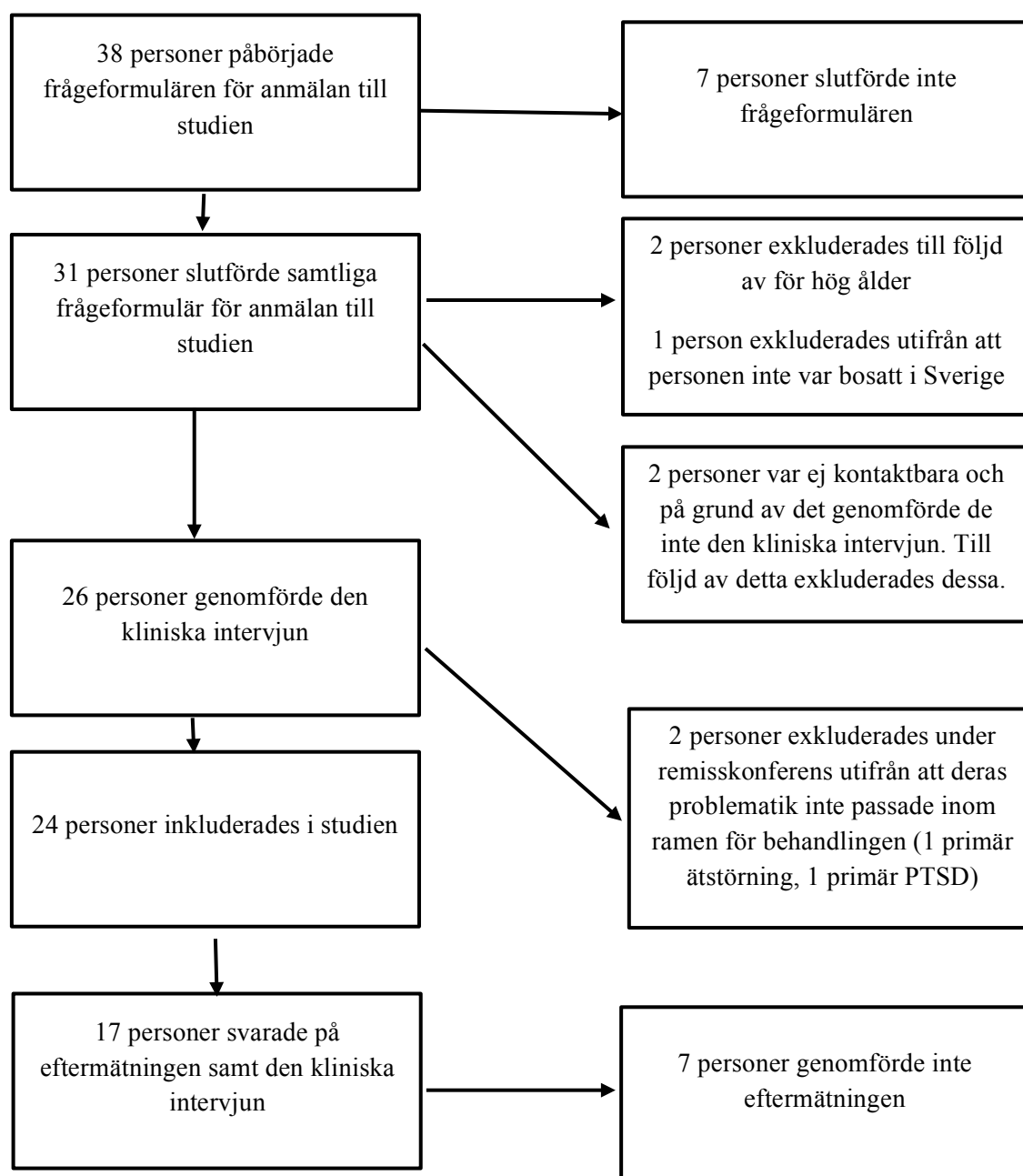
Rekrytering av deltagare. Deltagarna i NOVA-behandlingsstudie rekryterades under en fyra veckorsperiod via flera olika källor såsom sociala medier, ungdomsmottagningar, skolor, bibliotek, Göteborgs universitet, affischering, olika jourer på nätet riktade mot personer med ångest, studenthälsan, vårdcentraler och studie.nu (vilket är en hemsida för behandlingsstudier vid institutionerna för psykologi vid ett antal svenska universitet). När registreringen öppnade fick deltagarna fylla i screeningformulär samt besvara frågor om demografiska faktorer, tidigare- och pågående behandling, tidigare psykiatriska diagnoser, medicinering och liknande samt olika symtom vid psykisk ohälsa. Deltagarna anmälde sig via en behandlingsplattform. Därefter inhämtades information gällande om de uppfyllde de uppsatta kriterierna för deltagande via skattningsformulär. Därefter fick de fylla i och skicka in ett formulär kring samtycke till deltagande i studien. Om skattningsformulären visade att behandlingen passade deltagarens problematik blev de uppringda av oss för en personlig telefonintervju utifrån Structured clinical Interview for DSM-IV – Axis I disorders (SCID-I). Kort därpå meddelades det huruvida de var lämpliga att delta i studien eller inte. De som ej fanns lämpliga att ingå i studien fick råd om var de kunde vända sig för att få hjälp. I NOVA behandlingsstudie användes Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) tillsammans med klinisk bedömning, i syfte att säkerställa att inga deltagare med skadlig alkoholkonsumtion eller beroende inkluderades, då studie inte avsåg behandla denna problematik. Deltagarna fick vidare fylla i ett kunskapstest om KBT (se Bilaga 1). Intressenter som ej besvarade alla frågor fick upprepade mailpåminnelser om att slutföra screeningen till dess att den ej längre var möjlig att genomföra till följd av tidsbegränsningarna för studien. Efter upprepade de mailpåminnelserna exkluderades de som ej fullgjort screening. Då ett flertal som anmälde sig inte omfattades av det godkända åldersspannet för etikansökan exkluderades dessa, likaså personer som ej omfattades av den problematik NOVA-

behandlingsstudie riktade sig till (detta innefattade annan typ av ångestproblematik såsom PTSD eller ätstörningar) (se Figur 1). Detta då dessa tillstånd bedömdes behandlas bättre inom ramen för annan vård. Då NOVA täcker in områdena; Ångestsyndrom, paniksyndrom, med/utan agorafobi, panikattacker samt tvångstankar eller tvångshandlingar. socialfobi, generaliserat ångestsyndrom. De intressenter som efter screening bedömdes som lämpliga kontaktades för att boka in en telefonintervju. Till telefonintervjuerna användes en kombinerad klinisk och forsknings- version av SCID-I. Under telefonintervjun ställdes vidare kompletterande frågor om något gällande svaren i screeningen var otydligt eller oklart. De personer som intervjuades togs sedan upp vid tre behandlingskonferenser där studiegruppen gjorde en gemensam bedömning om eventuell inklusion. De inkluderade deltagarna fick därefter skriftlig information via plattformen om hur en iKBT behandling vanligtvis läggs upp och valmöjligheten att välja fritt upplägg för behandlingen. Därefter administrerade behandlarna de valda modulerna till respektive deltagare. Respektive behandlare hade under studieperioden ansvar för de tilldelade deltagarna. Huvudhandledaren (Professor Gerhard Andersson, vid Linköpings universitet) bar det yttersta ansvaret för urvalsprocessen.

Urval

I enlighet med godkännande av etikrådet inkluderades de som bedömdes kunna ta del av behandling samt uppfyllde inklusionskriterierna nedan:

1. Vara mellan 18-25 år
2. Måste ha fyllt i samtliga screeningsformulär för studien: *BAI*, *MADRS-S*, *AUDIT*, *CORE-OM*, *GAD-7*, *PHQ-9* och *BBQ*. Samt deltagit i efterföljande intervju med *SCID-I*.
3. Under större delen av behandlingen befinna sig i Sverige
4. Ha tillgång till dator med internetuppkoppling och telefon med svenskt telefonnummer.
5. Behärska svenska i tal och skrift
6. Eventuell farmakologisk behandling ska vara stabil enligt information inhämtat från deltagaren. Det ska vidare efter bedömning från behandlingsansvarig pågått under tillräckligt långt tidsspänn med samma dosering (med hänsyn till vilket preparat och besvär det rör sig om).
7. Ej pågående psykologisk behandling
8. Ej vara suicidbenägen
9. Ej ha alkohol eller drogmissbruk
10. Ej ha annan problematik vilken bättre kan behandlas inom psykiatri eller där annan behandling behövs i första hand (såsom, ätstörningar, PTSD, psykosproblematik).



Figur 1. Flödesschema för urval och bortfall

Bortfall. Se grafisk presentation av urval och bortfallsprocessen i flödesschemat (se Figur 1). Totalt registrerades sig 38 personer på hemsidan, www.nova.iterapi.se. Av dessa fullföljde 31 förmätningen. Av de 31 personer som fullföljde förmätningen exkluderades två personer innan telefonintervju till följd av för hög ålder, och en person på grund av utlandsvistelse under behandlingsperioden. Två personer fullföljde trots upprepade kontaktförsök inte telefonintervjun. 26 personer genomförde telefonintervjun och under efterföljande remisskonferenser exkluderades två av dessa. Orsakerna till exklusion var en diagnos- och problembild vilken inte omfattades av NOVAs problemfokus. De 24 resterande personerna som återstod inkluderades till

behandlingsgruppen. Det var sedan 17 av 24 deltagare som svarade på hela eftermätningen. Samtliga 7 av bortfallen svarade inte på eftermätningen alls. Det var 17 av 24 deltagare som medverkade i den avslutande diagnostiska telefonintervjun.

Demografisk beskrivning av deltagarna. Totalt 24 deltagare inkluderades vid behandlingskonferenserna varav 19 var kvinnor och 5 män. Samtliga deltagare som inkluderades ingick i behandlingsgruppen, de fördelades därefter genom lottdragning till respektive behandlare. Varje behandlare ansvarade för 6 deltagares behandling under tiden studien pågick. Nedan följer en demografisk beskrivning samt information om tidigare diagnosförekomst och pågående medicinering hos de inkluderade deltagarna (Tabell 1).

Tabell 1

Demografisk beskrivning av deltagarna i NOVA behandlingsstudie

Ålder	<i>Medelvärde</i>	22.6
	<i>Åldersspann</i>	19-25
Kön	<i>Kvinna</i>	19
	<i>Man</i>	5
Sysselsättning	<i>Studerande</i>	18
	<i>Arbetande</i>	3
	<i>Arbetslös</i>	3
Boendeform	<i>Ensam</i>	12
	<i>Med föräldrar</i>	6
	<i>Med sambo</i>	3
	<i>Kollektivt</i>	2
	<i>Inneboende</i>	1
Plats	<i>Storstad</i>	11
	<i>Mindre stad</i>	10
	<i>Tätort</i>	1
	<i>Glesbygd</i>	2
Civilstånd	<i>Singel</i>	17
	<i>Särbo</i>	3
	<i>Sambo</i>	3
	<i>Gift/partnerskap</i>	1
Avslutad utbildningsnivå	<i>Grundskola</i>	2
	<i>Gymnasium</i>	17
	<i>Universitet</i>	5
Vetskap om studien	<i>Sociala medier</i>	7
	<i>Google-sökning</i>	7
	<i>Anslag</i>	5
	<i>Organisation</i>	3
	<i>Bekant</i>	2

Tabell 2

Behandlingserfarenhet och diagnosförekomst i NOVA behandlingsstudie

Diagnosförekomst utifrån SCID-I	<i>Generaliserat ångestsyndrom (GAD)</i>	15
	<i>Social fobi</i>	13
	<i>Paniksyndrom utan agorafobi</i>	4
	<i>Paniksyndrom med agorafobi</i>	2
	<i>Ångestsyndrom UNS</i>	1
	<i>Egentlig depression</i>	12
	<i>Uppfyller en diagnos</i>	9
	<i>Uppfyller fler än en diagnos</i>	15
	<i>Ingen tidigare</i>	7
Psykologisk behandling	<i>Avslutad</i>	17
	<i>Pågående</i>	0
Psykofarmakologisk behandling	<i>Ingen</i>	15
	<i>Avslutad</i>	5
	<i>Pågående</i>	4

Behandlingens innehåll. Deltagarna fick information om att de själva skulle utforma sitt behandlingsupplägg. Inför detta fick de korta beskrivningar av hur en internetbehandling brukar se ut samt de olika delarnas innehåll (se Bilaga 2).

Samtliga deltagare startade behandlingen februari 2016 och hade kontakt med en personlig behandlare under hela studiens gång. Behandlingen bestod av att deltagarna fick ta del av texter samt genomföra övningar. Dessa administrerades samtliga i början av behandlingen och det var valbart vilken ordning de ville göra dessa samt hur många de gjorde per vecka. Vilket skiljer sig från sedvanlig skraddarsydd behandling där det administreras en modul per vecka och deltagarna har med det inte tillgång till dem innan de administrerats. Deltagarna fick information gällande att de kunde ställa frågor till sin behandlare när som helst samt att återkoppling på arbetet utifrån modulerna sker en gång i veckan. De fick vidare information om att deras behandlare får handledning av legitimerad psykolog. Samtliga deltagare fick information innan behandlingen startade om att de vid slutet av behandlingen skulle fylla i formulär som skattar behandlingens resultat samt att de skulle bli uppringda för en uppföljande intervju.

Behandlare och behandlarstöd. Sammanlagt deltog fyra behandlare i NOVA-behandlingsstudie varav samtliga hade en grundläggande psykoterapiutbildning samt studerade sista terminen på psykologprogrammet vid Göteborgs universitet. Under behandlingens gång fick behandlarna regelbunden handledning av legitimerad psykolog med specialistkunskaper i KBT samt KBT för unga. Samtliga behandlarna var involverade vid planering av studiens upplägg och producerande av behandlingsmaterial. Samtliga behandlare deltog även i arbetet rörande rekrytering till studien och innehållet i studiens behandlingsplattform. Dessutom genomförde behandlarna de diagnostiska intervjuer vilka administrerades före och efter behandlingen. Deltagarunderlagets resultat för screening och intervjuer presenterades och diskuterades sedan av behandlarna vid behandlingskonferenser.

Mätinstrument

Beck Anxiety Inventory (BAI)

BAI är ett självskattingsformulär med syfte att mäta ångestsymtom och har en hög intern validitet (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). *BAI* har en validerad diskriminativ förmåga mellan ångestdiagnoser (såsom GAD och paniksyndrom) och depressionsdiagnoser (egentlig depression, dystemi).

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

Ett nio frågors självskattningsformulär med syfte att mäta depression och har en god förmåga gäller differentiering av olika axel-I diagnoser (såsom depression och ångestsymtom) enligt DSM-IV (Svanborg & Åsberg, 1994).

Frågorna mäter sinnesstämning, oroskänslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism samt livslust (Snaith, Harrop & Newby, 1986).

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

CORE-OM tt självskattningsformulär uppdelat i fyra kategorier (Elfström, Evans, Lundgren, Johansson, Hakeberg & Carlsson, 2013). CORE-OM är känsligt för förändring hos respondenten och är med det lämpligt för att visa på effekt av behandling.

Generalised Anxiety Disorder (GAD-7)

GAD-7 är ett självskattningsformulär med syfte att identifiera förekomst av generaliserat ångestsyndrom och för att mäta förändring i ångestsymtom (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006; Johnston, Dear, Gandy, Fogliati, Kayrouz, Sheehan, Rapee, & Titov, 2011).

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

AUDIT är ett självskattningsformulär med frågor om alkoholkonsumtion som används för att screena för alkoholvanor och för att fånga upp riskbruk, skadligt drickande samt alkoholberoende (Berman, Wennberg & Källmén, 2012).

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

PHQ-9 är ett självskattningsformulär för depression, dess frågor är utformade för att följa kriterierna i DSM-IV (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). PHQ-9 kan användas i syfte att undersöka om depressionsdiagnos förekommer samt i vilken grad symtomen manifesteras.

Brunnsviken Brief Quality of Life (BBQ)

BBQ är ett självskattningsformulär med syfte att mäta den upplevda livskvalitén (Frykheden, 2014). BBQ är uppbyggt av påståenden vilka täcker av livsområden där respondenten skattar betydelse och upplevd nöjdhet.

Structured clinical Interview for DSM-IV – Axis I disorders (SCID-I)

SCID-I är en för DSM-IV strukturerad klinisk intervju manual som används för psykiatrisk diagnostik (Vernmark & Bjärehed, 2013). Vidare betraktas SCID ofta som det mest pålitliga och omfattande instrumentet gällande diagnostisering (Hedman et al.,

2014). Intervjuaren använder instrumentet som ett stöd för att kartlägga klientens situation och symtombild. SCID finns i två versioner, en klinisk och en för forskning. SCID-I kartlägger de vanligaste psykiatriska diagnoserna av axel I-typ enligt DSM-IVs kategorisering, medan SCID-II kartlägger symtom vid personlighetsstörningar (Vernmark & Bjärehed, 2013). SCID-I har en god reliabilitet (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 2002).

NOVA-Kunskapstest

Psykoedukation är en viktig komponent i ångestbehandling då dess främsta syfte är att motivera den behandlade att genomföra beteendeförändringar (Hedman et al., 2014). Psykoedukation tillhandahåller även mer generell kunskap om ångest samt effektiv behandling av tillståndet (Hedman et al., 2014; Öst 2013). Då det idag finns lite utbildningsmaterial inom befintlig forskning att använda under en behandling utformades ett kunskapstest för att mäta hur mycket av den information som förmedlades till deltagarna i form av psykoedukation de förvärvat sig (Friedberg et al. 1998). För att göra detta utformades ett test inspirerat av tidigare utvecklade kunskapstest (Andersson & Parmskog, 2015; Backlund & Luuk, 2015; Bertholdts & Lundborg, 2008; Carlsson & Johansson, 2007; Johansson & Liljethörn, 2015; Scogin et al., 1998), med syfte att mäta om deltagarna tillgodogjort sig mer kunskap än de hade innan behandling. För studien utformades ett nytt kunskapstest (*NOVA-kunskapstest*, se Bilaga 1) för att kunna mäta huruvida deltagarna efter behandling förvärvat sig mer kunskap om KBT och om vanligt förekommande symtom vid ångest och depression. Detta baserades på de grundmoduler vilka ingick i behandlingsprogrammet (se Bilaga 2) och administrerades via hemsidan till samtliga deltagare innan behandlingsstart samt efter avslutad behandlingen (nio veckor senare). För den första delen av testet användes påståenden med tvåvalsalternativ sant/falskt (se Bilaga 1). För den andra delen användes frågor med trevalsalternativ med olika påståenden varav ett var riktigt. Användandet av tre svarsalternativ tillämpades på ena delen av testet då det ska vara optimalt (Haladyna, 2004; Rodriguez, 2005). Detta då det går att administrera fler items med tre svarsalternativ jämfört med till exempel 4-5 items under samma tidsspänn. Därigenom kan man täcka av ett större innehållsområde. Anledningen till att testet delades in i två delar med olika antal items var av intresse gällande om det blev olika utfall för de två delarna. Samtliga av de 19 huvudfrågorna (med sant/falskt eller med tre svarsalternativ) skattas med 1poäng för rätt svar och -1poäng för felaktigt svar. De frågor som berörde hur säkra deltagarna var skattas 0-3 enligt följande. Poäng från kunskapsfrågorna multipliceras med hur-säker-är-du-frågorna vilket ger det poängtal användaren får för vart och ett av de 19 frågeparen. Sedan summeras alla dessa 19 och ger det slutliga poängtalet för hela testet. Poängtal för ett frågepar kan variera mellan -3 och +3, dvs. poängtalet för hela testet kan variera mellan -57 till +57. Liknande beräkningssätt har tidigare använts av Andersson et al. (2012).

Etiska ställningstaganden

NOVA-behandlingsstudie faller in under ramarna för den etikprövning som tidigare genomförts via Linköpings universitet i linje med Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460) och som skickades in till Regionala etikprövningsnämnden i Linköping för formell etikgranskning och godkännande. Denna etikprövning är godkänd av Regionala etikprövningsnämnden i Linköping i linje med

rådande krav och etiska riktlinjer. I etikansökan har studiens relevans, innehåll, upplägg samt hantering av deltagarna diskuterats. Fullständig information till sökande har i enlighet med etikansökan delgetts deltagarna innan självskattningsformulär samt i samband med telefonintervju.

Innan studien startades skickade deltagarna in informerat samtycke till huvudansvarig för studien. Riskerna för att deltagare skulle utsättas för fysisk smärta eller obehag inom ramarna för behandlingsstudien bedömdes som låga.

På NOVA-behandlingsstudies hemsida delgavs deltagarna en tydlig beskrivning över hanteringen av personuppgifter, vilket hanterades enligt personuppgiftslagen (1998:204).

Vid all psykologisk behandling måste suicidrisk hanteras och så även inom ramen för NOVA behandlingsstudie. Det var inga deltagare som visade tecken på suicidrisk vid självskattnings eller intervju. Om så varit fallet skulle dessa rekommenderades annan behandling. Deltagarna hade även vid akut behov av vård under deltagande i NOVA behandlingsstudie möjlighet att få rekommendationer gällande sådan kontakt.

Deltagare som exkluderades från NOVA behandlingsstudie hade kunnat uppfatta det som negativt men för att förebygga detta så gavs samtliga exkluderade information om hur de kunde gå tillväga för att söka adekvat behandling och hänvisades till annan behandling. De hade vidare möjlighet att ställa frågor kring exkluderingen samt alternativ behandling. De som redan vid screeningen uppfyllde tydliga exklusionskriterier såsom för hög eller för låg ålder eller primär diagnos vilken ej omfattas av de behandlingsmoduler vilka finns på NOVA behandlingsstudiens plattform fick denna information via e-post på behandlingsplattformen omgående. Deltagarna i NOVA behandlingsstudie riskerade att inte bli hjälpta av behandlingen trots att de lagt ner tid på den. Denna risk bedömdes vara densamma som vid sedvanlig kognitiv beteenterapeutisk behandling (KBT).

Bedömningen av riskerna förknippade med internetbehandling kontra traditionell psykologisk behandling bedömdes som likvärdiga avseende riskerna att fara illa av eller lida men på grund av behandlingen. Ytterligare en eventuell risk förknippad med denna typ av behandling, där kontakten med behandlare är begränsad fysiskt, är att den kan komma att användas för att hjälpa människor som i själva verket kanske har ett större behov av traditionell psykologisk behandling än vad som kan erbjudas då kontakten är begränsad till internetkontakt. Behandlare bör alltid ta hänsyn till deltagares individuella önskemål vad gäller behandlingens utformning och förutsättningar.

Nyttan med studien bedömdes vara flerfaldig både för patientnyttan men även för psykologer som yrkesgrupp samt vårdgivare, förutom den goda effekt som kan komma att upplevas direkt av deltagarna, kan det leda till att mångfalden av vårdmöjligheter i samhället utökas. Det kan leda till att leverans av behandling underlättas genom att möjliggöra för behandling vilken ej är beroende av geografisk närhet mellan individ och behandlare. Behandling via internet kan nås av individer som av olika skäl inte har tillgång till traditionell psykologisk behandling. Internetbehandling kan minska väntetider, komplettera traditionell psykologisk behandling samt är kostnads- och tidseffektiv i jämförelse med traditionell psykologisk behandling. Detta kan även medföra möjlighet för behandlare att nå ut till och behandla fler klienter än vad som i dagsläget är möjligt.

All behandling i projektet skedde under handledning av tre legitimerade psykologer, där studiens huvudhandledare var ytterst behandlingsansvarig. Alla som arbetade med studien omfattades av Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763), och har då därigenom tystnadsplikt i enlighet med dess bestämmelser. Kommunikation mellan behandlare och deltagare skedde via e-post samt via den krypterade meddelandefunktionen på behandlingsplattformen, samtlig korrespondens arkiverades på plattformen. I övrigt arkiveras och sparas samtlig data i enlighet med arkivlagen.

Dataintegritet

Samtlig kommunikation mellan behandlare och deltagare i NOVA skedde via behandlingsplattformen och NOVA behandlingsstudies webmail. Behandlingsplattformen är en på Linköpings universitet egenutvecklad, webbaserade behandlingsplattform, genom vilken klienter interagerar med terapeuter på ett säkert sätt och där de även kan utföra ett antal åtgärder som en del av deras behandling: De läser specifika behandlingsmoduler, besvarar frågeformulär samt gör uppgifter (Vlaescu, Carlbring, Lunner, & Andersson, 2015; Andersson, 2014).

Plattformen har utformats med att rådande säkerhetskrav för ändamålet i beaktande, såsom säkerhetskrav för online-behandlingar gällande både servrar och mjukvaruutveckling (Vlaescu et al., 2015; Andersson, 2014). Plattformen installeras på servrar som är placerade i lokaler Linköpings universitet. Servrarna är placerade i ett låst datorrum som endast kan nås av behörig personal med hjälp av kort och nycklar. Alla känsliga data lagras krypterat i databasen och det är inte möjligt att koppla dessa uppgifter till enskilda användare genom att tillträda databasen. All datakommunikation mellan servrarna och användare som äger rum är krypterad, och en två-steps inloggningsprocessen används med en slumpmässig användarkod och lösenord samt engångs short message service (SMS) koder som skickas till användarens mobiltelefon.

All kommunikation i samband med behandlingen sker i plattformen alternativt via en studiens särskilda maildomän, detta för att ingen konfidentiell information ska sändas okrypterat via e-post (Vlaescu et al., 2015). Programvaran på servrarna uppdateras kontinuerligt, plattformens administratörer är en del av ett större professionellt team för informationsteknik (IT) institutionen vid universitetet. Plattformens layout är följsam så för att vara lätt att läsa på alla mobila enheter.

Statistiska analyser

För att kartlägga medelvärde, standardavvikelse samt för att fastställa signifikansen p för poäng på kunskapstestet (både för enkel- och för vägd poängsättning) samt poäng på det primära utfallsmåttet BAI på förmätningen jämfört med poäng eftermätningen användes parat t-test (dependent samples t-test) med signifikansnivån .05. Detta för att klarlägga om förändring skett som ett resultat av behandlingsperioden.

De statistiska analyserna i studien genomfördes i programmet SPSS version 24. Cronbachs alfa (α) reliabilitetstest användes för att fastställa intern konsistens för kunskapstestens båda poängssystem. Intern konsistens avser att mäta hur väl olika delar av ett test mäter samma sak, och beskrivs genom ett nummer mellan 0-1, där ju närmare 1 desto godare är den interna konsistensen (Borg & Westerlund, 2014).

Resultat

NOVA-Kunskapstest (enkel poäng) förmätning ($N=17$), medelvärdet $M=15.47$ standardavvikelse $SD=1.55$. Eftermätning ($N=17$), medelvärdet $M=15.76$ standardavvikelse $SD=.97$. Skillnaden mellan för och eftermätning var $p=.43$, med $t(16)=-3.92$, vilket inte är någon signifikant skillnad mellan mätningarna. Deltagarna har enligt dessa resultat tillgodogjort sig mer kunskap mellan mätningarna, men det är inte en signifikant skillnad och därför kan inga slutsatser utifrån dessa resultat dras.

NOVA-Kunskapstest (vägd poäng) förmätning ($N=17$), medelvärdet $M=23.06$ standardavvikelse $SD=8.88$. Eftermätning ($N=17$), medelvärdet $M=31.12$ standardavvikelse $SD=8.9$. Skillnaden här mellan för och eftermätning var $p=.001$, med $t(16)=-4.13$, vilket är en signifikant skillnad mellan mätningarna. Deltagarna har enligt dessa resultat tillgodogjort sig mer kunskap mellan mätningarna samt blivit mer säkra på att de har kunskap om sitt problem och KBT mellan det första mättillfället och det andra.

BAI förmätning ($N=17$), medelvärdet $M=24.18$ standardavvikelse $SD=13.22$. Eftermätning ($N=17$), medelvärdet $M=16.29$ standardavvikelse $SD=12.39$. Skillnaden mellan för och eftermätning var $p=.0001$, med $t(16)=6.93$, för resultaten för mätningarna. Deltagarna har enligt dessa resultat blivit signifikant mindre ångestfyllda mellan det första mättillfället och det andra.

NOVA-kunskapstest har en god intern konsistens (Cronbachs alfa $\alpha=.82$) för de båda poängsystemen (Field, 2011) vilket ökar tillförlitligheten i resultaten för NOVA behandlingsstudie. Föreliggandestudies resultat för kunskapstestet samt det primära utfallsmåttet *BAI* redovisas i nedanstående tabell (tabell 3).

NOVAs behandlingsstudie inkluderade en annan del som undersökte effekten av behandlingen för diagnos och symtom reducering hos deltagarna se Hedlund & Helin (2016). Där även de sekundära utfallsmåtten MADRS-S, GAD-7 och CORE-OM visade på signifikant minskade symtom på ångest och depression. Gällande de sekundära utfallsmåtten PHQ-9 och BBQ föreligger ingen signifikant skillnad, men en trend som pekar på minskning på symtomen ångest och depression (Hedlund & Helin, 2016).

Tabell 3

Resultat förmätning och eftermätning NOVA-studien på prediktionsmått och utfallsmått

Instrument	Måttillfälle	M	SD	t	df	p
Kunskapstest (enkel)						
	Förmätning	15.47	1.55			
	Eftermätning	15.76	0.97			
				-3.92	16	.43
Kunskapstest (vägd)						
	Förmätning	23.06	8.88			
	Eftermätning	31.12	8.9			
				-4.13	16	.001
BAI						
	Förmätning	24.18	13.22			
	Eftermätning	16.29	12.39			
				6.93	16	.0001

Bortfall. Till NOVA-studien inkluderades 24 deltagare och av dem fullföljde 17 deltagare eftermätningen. Utifrån detta räknades ett bortfall om 7 deltagare fram. Av bortfallen var det två deltagare som inte påbörjade första delen med val av moduler. En deltagare som valde moduler, men inte fullföljde några. Två deltagare som båda endast fullföljde en modul. Samt en deltagare som genomförde 3/8 moduler. Ytterligare en deltagare genomförde 5/8 moduler innan avhoppet. Varav den sistnämnda deltagaren varit aktiv under hela behandlingen, men sedan inte hade möjlighet att genomföra eftermätningen under den veckan som dessa var tillgängliga.

Följsamhet. Följsamhet definieras utifrån andelen genomförda moduler, med genomförd räknas inskickad hemuppgift för respektive modul. Det har förekommit fall där deltagare har varit inne och läst i en modul men inte skickat in tillhörande uppgift. Detta räknas då inte som en genomförd modul då det inte går att avgöra om deltagaren läst hela eller om hen gjort några av de tillhörande övningarna eller enbart öppnat modulen.

Av de 17 deltagare som fullföljde studien var det fem deltagare som gjorde alla de moduler som de valt att jobba med. Det var två deltagare som gjorde 8 moduler. Två av deltagarna gjorde inte någon modul och där till var det sju deltagare som gjorde tre eller färre moduler samt en som gjorde 4 moduler.

Under behandlingsveckorna la behandlarna uppskattningsvis 20 minuter i vecka per deltagare. Detta varierade dock mellan veckor och mellan deltagarna. Behandlarna la mer tid och hade mer frekvent kommunikation med vissa av deltagarna, samtidigt som det för andra fanns det ett mindre behov av kontakt mellan hemuppgifterna och med det även mindre tid för de deltagarna.

Tabell 4

Följsamhet i NOVA behandlingsstudien

Deltagare	Antal genomförda moduler	Antal valda moduler	Andel genomförda i procent
1	7	7	100%
2	3	8	38%
3	1	10	10%
4	2	8	25%
5	0	9	0%
6	12	12	100%
7	8	10	80%
8	3	8	38%
9	5	5	100%
10	4	10	40%
11	8	9	89%
12	8	8	100%
13	3	8	38%
14	0	14	0%
15	3	10	30%
16	8	8	100%
17	8	8	100%

Diskussion

Studiens syfte var att en viktig del av KBT är psykoedukation, det vill säga att under behandlingsprocessen pedagogiskt förmedla kunskap till klienten. Målet för studien var att undersöka om denna kunskap inkorporeras av klienten. Ett kunskapstest kallat *NOVA-kunskapstest* utvecklades för att mäta detta och alltså se huruvida klienterna lärt sig om KBT, ångest och depression under behandlingsperioden. Vidare undersöktes om resultatet vid kunskapstestets förmätning kan vara en prediktor för behandlingsutfallet samt om en ökning av resultatet på kunskapstestets för- och eftermätning hade ett samband med behandlingsutfall vilket jämfördes med det primära utfallsmåttet *BAI*.

Resultatdiskussion

Resultaten i NOVA behandlingsstudie är intressanta för framtida forskning gällande vilka verkningsmekanismer som är de verksamma inom iKBT behandling. Som nämnts tidigare finns det forskning som indikerar att det finns samband mellan ökad kunskapsnivå och behandlingsutfall (Andersson et al., 2012; Butler et al., 2006). De resultat som framkommit i NOVA indikerar att det kan finnas ett samband mellan upplevd ökning i kunskapsnivå och upplevd förbättring varför dessa resultat är intressanta att vidare undersöka. Den ökning i kunskapsnivå som skedde var ej signifikant för den enkla rättningen av kunskapstestet varför inga slutsatser kan dras gällande den. Däremot blev det ett signifikant resultat för den vägda poängsättningen för kunskapstestet. Likaså var resultatet för det primära utfallsmåttet på upplevd ångest signifikant.

Resultaten är dock problematiska att dra några slutsatser utifrån då bortfallet i studien inte behandlats samt att urvalet är så pass litet. Därför kan de enbart användas som en rekommendation för fortsatt undersökning av vilken eller vilka mekanismer som är verksamma vad gäller psykoedukation vid iKBT behandling. Det är tänkbart att det rör sig om ett samspel mellan olika aspekter gällande ökad kunskapsnivå men att de inte täckts av inom ramen för denna studie.

Risken för låg följsamhet eller avhopp var väntad utifrån resultat från tidigare studier (Richardson et al., 2010). Det verkar föreligga flera orsaker till låg följsamhet, såsom tid till att slutföra modulerna, om deltagaren har en sysselsättning så som jobb eller studier, om behandlingen upplevs som krävande eller om deltagaren hade föredragit traditionell behandling. Vidare kan tekniska problem vara en bidragande orsak, även om personliga orsaker har visats ha en större betydelse (Waller & Gilbody, 2009).

Förmätning. Förmätningarna administrerades i form av screeningformulär via behandlingsplattformen samt genom en SCID-I intervju över telefon. Behandlarna vilka genomförde SCID-I intervjuerna hade inte tidigare utfört SCID-I intervjuer, vilket kan ha påverkat sammanställningarna och bedömningarna. Även vissa utav screeningformulären var nya för behandlarna, detsamma gäller förfarandet kring att redogöra för resultat och rekommendation gällande inklusion eller exkludering vid behandlingenskonferenser. Behandlingskonferenserna hölls i syfte att redogöra för livriga behandlare och behandlingsansvarig om de individer vilka intervjuats för att behandlingsansvarig i samråd med behandlarna sedan utifrån insamlad information beslutar kring inkludering eller exkludering.

Det kan tänkas att mer erfarna behandlare alternativt om behandlarna haft mer tid att sätta sig in i de instrument som användes hade eventuellt kunnat påverkat i bedömningarna och bidragit till en ökad intern validitet samt test-retest reliabilitet (intrabedömarreliabilitet).

Kunskapsnivå som utfallsmått. Studiens frågeställningar gällande kunskapsnivå som utfallsmått löd: har deltagarna i behandlingsstudien tillgodogjort sig kunskap om KBT samt ångestproblematik under behandlingen? Finns det någon

skillnad i resultat för kunskapstest före och efter iKBT behandling? På grund av bristande forskning inom området formulerades inga hypoteser om utfallet.

Grundat i antagandet om att psykoedukation fyller en viktig funktion vid iKBT (Andersson et al., 2012; Scogin et al., 1998) fanns en tanke om att behandlingen skulle uppnå en ökning vad gäller resultat på kunskapstest om KBT samt ångestproblematik efter behandlingsperioden. Resultaten indikerade en ökning i enlighet med detta antagande, alltså en ökning vad gäller kunskap om dock ej någon signifikant ökning för gruppen.

För den vägda poängsättningen av *NOVA-kunskapstest* ökade medelvärdet och resultaten av t-testet gav signifikant skillnad mellan mätningarna. Deltagarna har enligt dessa resultat blivit mer säkra på att de har kunskap om ångestproblematik och KBT mellan det första mättillfället och det andra.

Vi kan därför inte säkert uttala oss gällande om deltagarna som genomgick NOVA behandlingsstudie förbättrades vad gäller kunskapsnivå, samtidigt kan vi se att resultaten pekar på att de blev säkrare på sin kunskap och att det finns en indikation att även kunskapsnivån ökat något.

Föreliggande resultat går därför i linje med tidigare forskning som har undersökt effekten av internetbehandling på kunskapsnivå som utfallsmått (Andersson et al., 2012; Bertholds & Lundborg, 2008; Carlsson & Johansson, 2007; Scogin et al., 1998; Friedberg et al., 1998; Kronmüller et al., 2007).

Då resultatet för medelvärdet för vägd poängsättning för NOVA kunskapstest ökade signifikant efter behandlingsperioden kan detta tolkas som att resultaten indikerar att kunskap har förmedlats till deltagarna i NOVA behandlingsstudie därigenom kan tänkas att det eventuellt kan fungera så även för andra unga vuxna med ångestproblematik.

En begränsning i studien är att deltagarna varken inför för- eller eftermätning tillhandahölls någon information om hur besvarandet av kunskapstestet skulle göras, det vill säga efter egen förmåga. Därför kan användande av sökmotorer på internet inför eller under mättillfällena och liknande annan kunskapsinhämtning ha förekommit, vilket kan ha påverkat resultaten.

Trots ovan nämnda eventuella påverkansfaktorer uppnås signifikant resultat för den vägda poängsättningen vilket således bekräftar föreliggande resultat. Det kan dock finnas risker förknippade med att inkludera säkerhetsfrågor i ett test. Detta då svaren på dem eventuellt kan påverkas av personlighetsdrag såsom att vara generellt mer säker alternativt mer osäker. Detta är en risk vilken eventuellt kunde ha reducerats i denna studie om en randomisering genomförts. Detta skulle inneburi att grupperna kunde förväntas ha likvärdig variation gällande personlighetsdrag och därigenom reducerat denna potentiella påverkan.

Kunskapstest kan ses som ett viktigt redskap i kliniska sammanhang. Detta då det kan användas för att kartlägga vilka aspekter av- och till hur stor del av den tillhandahållna psykoedukationen som klienten tillgodogör sig.

Identifiering av vad klienter tillgodogör sig kan leda till att underlätta kartläggning av varför vissa klienter inte blir hjälpta av behandlingen. Det kan vidare underlätta identifiering gällande vem behandlingen lämpar sig för bäst samt vilka kunskapsområden som behöver mer beaktande i individuella fall. Därigenom kan kunskapstest fungera som en vägvisning för behandlaren. Då målgruppen för denna studie utgörs av unga vuxna kan maktskillnaden eventuellt bli stor och att vara behandlaren till lags hellre än att erkänna svårigheter i att förstå psykoedukationen.

Detta kan därför vara ett hinder för behandlingsprocessen.

Sammanfattningsvis förefaller behovet av vidare forskning om kunskapsnivå i behandling, dels för att redan påvisade resultat behöver replikeras. Detta för att evidensbaserade slutsatser ska kunna dras, och dels för att undersöka psykoedukationens roll i behandling för olika målgrupper. Därigenom skulle det redan insamlade forskningsunderlaget kunna utökas.

Klientkunskap som prediktor. Den aktuella studien hade även frågeställningen: är ett ökat resultat på eftermätningen jämfört med förmätningen av kunskapstestet en prediktor för behandlingsutfall? Ej heller för denna frågeställning formulerade någon hypotes. Dock fanns en tanke om att högre poäng på kunskapstestet vid eftermätning skulle korrelera med minskade poäng på det primära utfallsmåttet *BAI* efter avslutad behandling.

Resultatet indikerade att förändringsvärdena på kunskapstestets vägda poäng korrelerade med förändringsvärdet på *BAI* vilka båda förändrats signifikant i resultat från förmätning till eftermätning. *BAI* minskade i medelvärde från $M=24.18$ (SD 13.22) till $M=16.29$ (SD 12.39). Deltagarna har enligt dessa resultat blivit signifikant mindre ångestfyllda mellan det första mättillfället och det andra. Detta resultat stämmer överens med det resultat som funnits för den vägda poängsättningen av *NOVA-kunskapstest* vilket ökade från medelvärdet $M=23.06$ (SD 8.88) till $M=31.12$ (SD 8.90), med signifikans $p=.001$. Däremot ligger resultatet för *BAI* inte i linje resultaten med den enkla rättningen av *NOVA-kunskapstest* där ingen signifikant skillnad mellan mätningarna återfunnits, om än det finns en indikation på att en ökning skett.

Dessa resultat ligger i linje med tidigare forskning. Detta då studier som har undersökt sambandet mellan kunskapsnivå och minskad problematik inte kunnat visa på något tydlig samband för de två variablerna (exempelvis Christensen et al., 2004). Att det inte finns någon tydlig korrelation mellan kunskapsnivå och minskad problematik betyder inte att det inte finns någon korrelation dem emellan. Däremot kan denna korrelation behöva undersökas vidare för att klargöra hur sambandet ser ut.

Dock finns stöd för betydelsen av klientkunskap för förbättringspotentialen vid psykologisk behandling (Scogin et al., 1998). En tänkbarhet är dock att andra faktorer än klientkunskap är mer avgörande. Huruvida detta antagande stämmer samt vilka dessa faktorer skulle kunna vara är i dagsläget oklart. En rimlig teori är att viss förbättring av kunskap är en förutsättning för bättrat mående samt att det inte är tillräckligt som enda verkningsmekanism för att uppnå positivt behandlingsutfall (Carlsson & Johansson, 2007).

Bendelin och Dahl (2006) betonar i en examensuppsats att ett positivt behandlingsutfall förutsätter att individen omsätter den kunskap denne besitter i praktiken. I den studien påvisades att de deltagare vilka uppnådde störst förbättring var desamma som de som lyckades omsätta kunskap kring behandlingen i sin vardag.

Det kan finnas flera olika förklaringar till ovanstående resultat. En potentiell förklaring kan vara att de deltagare vilka initialt fick höga poäng på *NOVA-kunskapstestets* vägda poäng kan ha tidigare erfarenheter av psykologisk behandling. Vilket vidare innebär att de kan ha negativa erfarenheter som påverkar deras förväntningar och mottaglighet för behandling. Det finns vidare en stor sannolikhet att om en deltagare har gått i behandling tidigare att denne också har haft tidigare psykisk ohälsa. Detta kan således vara ytterligare en anledning till varför högre kunskapsnivå

initialt predicerade lägre grad av symtomförbättring. Om deltagare vilka har erfarenhet av tidigare behandling har mer kunskap initialt kan möjligen det minska möjligheterna till symtomförbättring i en pågående behandling. Antagandet att deltagare som tidigare har gått i psykologisk behandling är de som har högre kunskaper initialt har dock inte undersökts i föreliggande studie varför inga slutsatser om huruvida tidigare behandling spelar in i resultatet för förvärvad klientkunskap som prediktor.

Metoddiskussion

Design och urval. I studiens liberala design ingick att deltagarna själva utformade sitt behandlingsupplägg utifrån de 20 moduler de hade att tillgå samt med begränsningen på att behandlingen varade i åtta veckor. Flera deltagare valde ”tilläggsmoduler” (såsom uppskjutande, avslappning, sömn, oro eller att sätta gränser). Problem inom områden som täcks in av dessa moduler är inget som efterfrågas under screening eller intervju, då frågor kring detta inte ställs utifrån våra instrument. Utifrån det hade vi som behandlare troligen ej heller tilldelat deltagarna dessa moduler initialt i behandlingen. Utifrån detta kan tolkas att när deltagarna som här blir aktiva i utformandet av sin behandling framkommer nya och andra behov än vad som initialt ses av behandlaren.

Under behandlingen uppkom tillfällen där behandlarna upplevde en vilja att gå in och styra mer i modulvalen samt göra ändringar i ordning och val av moduler att fokusera på. Då detta inte rymdes inom den liberala ramen var det inte möjligt i denna studie, något som kan ha påverkat utfallet i studien. Det kan spekuleras kring om det hade vart mer givande för några av deltagarna att jobba med färre moduler än de själva valt eller om de fått mer styrning från behandlaren i vilka moduler de skulle arbeta med.

Genom deltagarnas plattformsp profiler kan utläsas att det finns ett antal deltagare som initialt i behandlingen varit aktiva och läst inne på flera av sina moduler men sedan blivit inaktiva och ej heller svarat på behandlars meddelanden. Under eftermätningarna har det framkommit att en del av deltagarna (8 av de 17 som fullföljde eftermätningen) hade föredragit en mer aktiv behandlare vid modulval samt att istället för att få alla moduler vid uppstart få en modul i taget tilldelad av behandlaren. Detta sammantaget väcker funderingar kring om behandlingen fått färre avhopp och en högre följsamhet om designen istället varit semiliberal och behandlarna varit mer delaktiga och styrande i samråd med den enskilde deltagaren.

Då behandlingen var internetadministrerad och all kontakt med deltagarna skedde via dator eller telefon finns inga geografiska gränser, utan urvalet var spritt över hela landet. Utöver en spridning mellan norra och södra Sverige förekom även en spridning mellan storstäder och glesbygd. En begränsning i urvalet var att deltagarna behöver ha tillgång till dator och internet för att kunna delta i behandlingen. Detta ses dock inte som någon större begränsning utifrån rapporten svenskarna och internet (2015) som tidigare hänvisats till där det framkommer att 95 procent av alla svenskar 8-55 år använder internet dagligen. Vidare finns studier som visar att 91 procent av unga vuxna (18-29 år) använder internet för kommunikation och sociala ändamål (Findahl & Davidsson, 2015). En ytterligare begränsning i urvalet fanns i beslutet att avgränsa unga vuxna till 25 års ålder. Hade istället en högre ålder valts så hade det kunnat leda till ett större urval. Syftet med att ha ett lägre åldersspann var att komma närmare tonårstiden och tydligt gränsa av mot den övriga vuxna populationen.

Generaliserbarhet. Detta begrepp innebär huruvida ett resultat som man fått vid studie av en viss grupp eller situation gäller även för andra grupper och situationer än den eller de som varit föremål för undersökningen. Generaliserbarhet är detsamma som att resultaten har yttre validitet (även kallat extern validitet) (Borg & Westerlund, 2014). Den grundar sig således på flera olika faktorer.

Då NOVA behandlingsstudie hade begränsat med deltagare ($N=24$) med ett bortfall på ($N=7$) kan resultaten inte anses vara generaliserbara. Vidare kan vi utläsa att bortfallet för NOVA behandlingsstudie i relation till liknande uppsatser som undersökt målgrupper med unga eller unga vuxna (Berg & Radvogin, 2015; Johansson & Liljethörn, 2015; Wassermann, 2015).

Då NOVA är en pilotstudie med ett fåtal deltagare är generaliserbarheten inte stor. Detta innebär att det inte går att dra några slutsatser gällande andra utifrån resultaten från NOVA. Det faktum att rekrytering skedde via sociala medier och studie.nu kan stärka generaliserbarheten utifrån att det innebar att unga vuxna i åldersspannet 18-25 år rekryterades från hela landet. Det är något som ledde till att den geografiska spridningen blev stor och med ungefär lika stora grupper boende i storstad, mindre stad och en något mindre andel deltagare från glesbygd. Denna spridning kan jämföras med boendeförhållandena för Sverige i stort där större andelen av befolkningen är lokaliserad till tätorter eller städer. Utifrån det kan det anses möjligt att generalisera resultaten till en rikstäckande nivå. Däremot kan det faktum att rekryteringen utförts utifrån enbart behandlarnas annonsering samt annonsering på studie.nu ha lett till en snedrekrytering vilket kan ha påverkat generaliserbarheten då det är tänkbart att det kan finnas en överrepresentation av högskolestudenter och liknande i urvalsgruppen.

För en möjlig generalisering till vidare kontexter bör även studiens behandlare lyftas fram och synas. För denna studie var studiens samtliga fyra behandlare studerande på termin 10 vid psykologprogrammet vid Göteborgs universitet. Detta är något kan tänkas sänka studiens generaliserbarhet, detta på grund av den jämförelsevis låga erfarenhet hos behandlarna i NOVA behandlingsstudie i relation till behandlare i andra studier och den erfarenhet av behandling dessa kan förväntas besitta. Detta är även en jämförelse vilken kan göras mellan behandlarna i NOVA och psykologkåren i stort. Behandlarna i NOVA fick dock gedigen handledning av olika handledare med stor erfarenhet av KBT-behandling samt av internetterapi vilket kan påverka generaliserbarheten något positivt.

Mätinstrument och analysmetoder. Trots att forskning visar att tre items är optimalt valdes att ha fyra items i kunskapstestets skala för hur säkra deltagarna var på sina svar. Detta berodde på tekniska begränsningar till följd av att övriga iKBT studier vid Linköpings universitet som pågår parallellt utgår från samma plattform grund och kodning. Övriga studier hade fyra items vilket medförde att det blev smidigare administrera då det hade varit tidskrävande att ändra på formulärets tekniska utformning. Utifrån detta valdes att även för denna studie ha fyra items istället för att hamna efter i tidsplanering och lansering av studien. Då utformningen varit densamma för de båda mättillfällena bör detta inte ha påverkat resultatet.

Främst användes självskattningsformulär som mått för att bedöma effektiviteten av behandlingen var, med undantag för SCID-I som är en kliniskt administrerad strukturerad intervju för att undersöka diagnosförekomst. Alla mätinstrument som

används är sedan tidigare validerade. Samtidigt föreligger en risk att deltagare i ett initialt skede överdriver sina symtom ihop om att det påverkar chanserna för att få vara med i studien och få behandling. En risk för det omvända, att deltagarna svarar utifrån en social önskvärdhet eller underrapporterar sina symtom på eftermätningen dels utifrån en önskan att möta behandlarens förhoppning om att deltagaren blivit förbättrad, dels utifrån en önskan om att ha blivit förbättrad av behandlingen.

För att kunna se till följsamhet hos deltagarna har vi analyserat antalet genomförda moduler i relation till antalet deltagarna initialt valt att arbeta med. Genomförd modul har här definierats som inskickade hemuppgifter. Det kan vara problematiskt att ha just den avgränsningen av definitionen då den inte tar hänsyn till andra faktorer än just att deltagaren läst och gjort uppgifterna kopplade till hemläxan. Här framkommer alltså inte hur väl deltagaren läst, hur mycket tid som är lagt på modulen eller om deltagaren tagit till sig övningarna. Vidare öppnar detta för risker för felaktiga analyser av följsamheten då en deltagare kan ha hastat igenom en modul och endast gjort hemläxan en gång klassas som följsam. Samtidigt som en deltagare kan ha läst modulen, gjort alla övningar och tagit till sig uppgifterna men inte skickat in sin hemläxa och då inte klassas som följsam.

Intern validitet. Intern validitet (även kallat inre validitet eller den interna validiteten) avser giltighet av påståenden inom en utförd studie (Bryman, 2012). Med det menas hur säkra de slutsatser som dras om ett testresultat är. Annorlunda uttryckt kan det förklaras som; med den säkerhet som beroende variabelns förändring kan tänkas ha orsakats av den oberoende variabeln. I NOVA behandlingsstudie är graden av intern validitet avhängigt med vilken säkerhet utfallet på kunskapstestet (både enkel- och vägd poängsättning) samt hur det primära utfallsmåttet *BAI* förändrats som ett resultat av behandlingsperioden.

Det finns faktorer som kan påverka den interna validiteten negativt och som kan ha haft inverkan på utfallet men som inte är kopplade till behandlingen. Exempel på sådana faktorer är förändrade livsomständigheter, spontanförbättring, urvalets sammansättning samt testinstrumentens egenskaper och hur dessa administrerats. De screeningformulär och den intervju som användes för NOVA behandlingsstudie får anses ha hög reliabilitet $\alpha = .82$ (Carlbring, 2016). Ytterligare ett hot mot den interna validiteten är bortfall. Hur bortfallet hanteras är därför av betydelse. I NOVA inkluderades enbart data från deltagare vilka fyllde i eftermätningen samt genomförde en SCID-I intervju efter behandlingsavslut i analysen av utfallet. Detta i enlighet med principen Complete Cases (CC). Anledningen till det är antagandet om att det inte finns någon systematik i data som saknas. Den antas bero på slumpen även om så sällan är fallet i verkligheten (Salim, Mackinnon, Christensen & Griffiths, 2008). Då bortfallet inte analyserades i NOVA behandlingsstudie utgör det ett hot mot den interna validiteten för föreliggande studie.

Etiska aspekter. NOVA behandlingsstudie stod initialt inför utmaningar gällande etiska aspekter, detta då det är en internetadministrerad behandlingsstudie. Mot bakgrund av dessa utmaningar utformades ett system för upprätthållande av sekretess och konfidentialitet. Vidare fick behandlarna före- och under behandlingsperioden kontinuerlig handledning av professionella psykologer.

Det formulerades också tydliga inklusions- och exklusionskriterier vilka behandlarna kunde grunda bedömningarna utifrån. Forskningsgruppen var noga med att inga deltagare vilka vid förmätningen bedömdes ha för allvarlig problematik eller hög suicidalitet inkluderas i behandlingsstudien.

Det utfördes inga uppföljningar på deltagare vilka exkluderades från studien, däremot fick de vid exklusionstillfället rekommendationer och information från behandlarna om vart de kunde vända sig för lämplig behandling.

Studiens behandlare tog under behandlingsperioden, gentemot deltagarna i studien, fullt ansvar för allt vad behandlingens ramar täckte in. Inledningsvis vid studiens förmätning samlades kontaktuppgifter i form av personnummer, adress och telefonnummer in från samtliga deltagare för att säkerställa etiskt ansvar.

Begränsningar. Studiens deltagarantal var lägre än vad som initialt var önskat och därför kunde inte studien inte vara en randomiserad kontrollstudie utan designen ändrades till en pilotstudie. Den begränsade förberedelsetiden inför studien kan eventuellt varit en begränsning, detta då behandlingsstudien faller inom tidsramen för en examensuppsats. Vilket begränsar tiden hur länge studien kan pågå och med det även för rekrytering och kan därför varit en bidragande faktor till deltagarantalet. Deltagarantalet ökade under de sista dagarna för rekrytering, vilket kan ses som en indikation på att om rekryteringsprocessen fortgått under ett längre tidsspann hade deltagarantalet kunnat öka.

Även tidsspannet för när annonseringen påbörjades var begränsat till dessa parametrar samt andra faktorer såsom att plattformen skulle vara färdigställd, och upplägg och ramar för studien skulle vara satta. Samt brist på tidigare erfarenhet från behandlarna gällande att utforma en studie och arbetet runt detta, så som utformning av annons, förberedelser kring plattform, behandlingsunderlag med moduler och frågeformulär. Det kan spekuleras i om en mer erfaren grupp hade färdigställt förberedelserna tidigare och med det haft mer tid för rekrytering och om detta då hade påverkat deltagarantalet.

Formatet för hur annonseringen skulle göras utformades av behandlarna, med undantag för att annonsering även skulle förekomma på studie.nu. Det saknades systematik i vart annonsering skulle ske samt avsaknad av systematisk uppföljning på hur annonseringen genomfördes på plats i de fall då det var personal inom skolor eller vårdgivare som annonserat. Samt hur länge annonsering på de olika platserna fick fortgå. Då annonseringen utfördes av de fyra behandlarna begränsades den till behandlarnas kontext och beröringspunkter, vilket kan utgöra en begränsning i att nå ut till potentiella deltagare.

Då kommunikationen mellan behandlare och deltagare skett via mail, då främst via plattformens meddelandefunktion, har det bidragit till att tiden som går mellan svaren gör att kommunikationen av behandlarna stundtals upplevts som haltande. Vilket eventuellt kunnat undvikas med exempelvis en chattfunktion, tydligare tidsramar för mail korrespondens eller samtal mellan behandlare och deltagare. Kommunikation i realtid mellan behandlare och deltagare är något som även uppkommit som önskemål från deltagare vid eftermätningen.

Framtida forskning. Förslag på framtida forskning är att ytterligare undersöka den i den aktuella studien valda prediktorn (kunskapsnivå) samt andra variabler som kan moderera behandlingsutfallet. Detta då det behövs mer insikt gällande vilka variabler som har betydelse vid internetbehandling för unga vuxna med ångest och depression. Bättre kunskap inom området kan komma att underlätta vid utformande av effektiva behandlingsmetoder i framtiden (Carter et al., 2011).

Föreliggande studie fann en signifikant korrelation mellan vald kunskapsnivå och förändringsvärdet på *BAI* för vägd poäng vid för- och eftermätning på kunskapstestet men inte för den enkla rättningen av samma test. Trots detta att resultatet inte var signifikant för båda poängssystemen behövs mer forskning gällande kunskapsnivå som prediktor. Detta för att kunna säkerställa betydelsen av förbättrad kunskap vid internetbehandling för unga vuxna med ångest och depression.

Framtida forskning bör söka framställa kunskapstest med hög validitet. Detta då en av utmaningarna med att mäta psykoedukation är att framställa test vilket mäter kunskap om behandling och problematik i relation till behandlingsinnehåll på ett reliabelt sätt (Scogin et al., 1998).

Det kan eventuellt vara en god idé att administrera hela eller delar ur kunskapstestet även under behandlingens gång. Detta för att på så vis kunna stämma av hur mycket deltagarna tillgodogör sig, i syfte att få en bild av vart deltagarna befinner sig och på så vis bättre kunna möta deras behov och anpassa det psykoedukativa inslaget i behandlingen ytterligare.

Vidare kan behandlingsmodulernas kunskapsförmedlande delar behöva förbättras för att ytterligare gynna inlärning genom att bryta ner det till mindre delar. Dessa delar skulle då kunna administreras till deltagarna löpande med jämna mellanrum. Detta skulle kunna tydliggöra inlärningsmål samt vilka frågor texten kommer att besvara (Svirsky & Thulin, 2010).

Deltagarna i NOVA har själva fått välja moduler att arbeta med. Dessa val har ej alltid stämt överens med den bedömning som gjorts av behandlingsansvarig i samråd med behandlarna vid inkluderingen. Detta väcker frågan huruvida eventuellt kan vara skillnad gällande möjlighet att tillgodogöra sig information rörande KBT och problematiken om man kan hänga upp informationen på sådant som passar in på den egna personen. Det kan hända att en skraddarsydd behandling hade gett ett bättre resultat vad gäller kunskapsnivå till följd av detta varför det skulle vara ett potentiellt framtida forskningsområde.

Det finns både för och nackdelar med det liberala behandlingsupplägget, deltagare har uppgett att de har kunnat passa in behandlingen och anpassa den efter egen tid och förmåga, samtidigt som det framkommit att en del önskat mer vägledning både gällande modulval samt vad man ska fokusera på i de olika uppgifterna. Därför skulle ett framtida forskningsupplägg kunna vara ett semiliberal upplägg, där behandlaren är mer aktiv i att guida och påverka modulval samt revidera dessa om behov uppkommer under studiens gång.

Slutsats. NOVA är en av få studier som undersökt skraddarsydd internetadministrerad KBT för unga vuxna med ångest och depression. Resultaten är lovande men behöver replikeras i större skala detta då resultaten indikerade att initial och slutlig kunskapsnivå (kunskapstest vägd poäng) har ett negativt samband med förändring i ångestsymtom.

Det krävs mer forskning för att bekräfta de resultat som framkommit i NOVA behandlingsstudie. Vidare förefaller NOVA-behandlingen bidragit till ökad kunskap om ett för målgruppen anpassat behandlingsprogram via internet. Förhoppningen är vidare att NOVA behandlingsstudie bidragit till fler fungerande internetbehandlingar vilka kan komma att komplettera traditionella psykoterapeutiska interventioner.

Referenser

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. (4. ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, *61*, 271-285.
- Andersson, G. (2014). *The internet and CBT: A clinical guide*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Andersson, G. (2012). *Psykologisk behandling vid depression: Teorier, terapimetoder och forskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Andersson, G. (2009). Using the internet to provide cognitive behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 175-180.
- Andersson, G., Carlbring, P., Furmark, T., & on behalf of SOFIE Research Group. (2012). Therapist experience and knowledge acquisition in internet-delivered CBT for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, *7*, e37411.
- Andersson, G., & Mörtberg, E. (2008). Verksamma mekanismer i kognitiv och beteendeorienterad terapi (KBT). I R. Holmqvist & B. Philips (red), *Vad är verksamt i psykoterapi?* (s. 68-98). Stockholm: Liber AB.
- Andersson, H., & Parmskog, N., (2015). Internetförmiddad kognitiv beteendeterapi för bulimia nervosa och ätstörning utan närmare specifikation - en randomiserad kontrollerad studie (Examensarbete). Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Backlund, L., Luuk, L., (2015) DAY: Allians, komorbiditet och kunskap i KBT-behandling bestående av fyra behandlingsträffar och tio veckors internetbehandling för depression, *64*, (Examensarbete). Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Barrera, T. L., Grubbs, K. M., Kunik, M. E., & Teng, E. J. (2014). A review of cognitive behavioral therapy for panic disorder in patients with chronic obstructive pulmonary disease: The rationale for interoceptive exposure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *21*, 144-154.
- Bechdolf, A., Knost, B., Nelson, B., Schneider, N., Veith, V., Yung, A. R., & Pukrop, R. (2010). Randomized comparison of group cognitive behaviour therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: effects on subjective quality of life. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*, 144-150.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. K., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56* (6), 893-897.
- Bendelin, N., & Dahl, J. (2006). Klienters upplevelse av internetbaserad kognitiv beteendeterapeutisk självhjälpsbehandling mot depression. (Examensarbete). Linköpings universitet, Institutionen för Beteendevetenskap.
- Berg, M., & Radvugin, E. (2015). *DEA - Depression och komorbida tillstånd hos unga mellan 15-19 år - en randomiserad kontrollerad studie av internetbaserad kognitiv beteendeterapi*. (Examensarbete). Linköpings universitet, Institutionen för Beteendevetenskap och Lärande.

- Berman, A. H., Wennberg, P., & Källmén, H. (2012). *AUDIT och DUDIT – identifiera problem med alkohol och droger [AUDIT and DUDIT - identifying problematic use of alcohol and drugs]*. Stockholm: Gothia förlag.
- Bertholdts, C., & Lundborg, L. (2008). Hur fungerar internetterapi? Betydelsen av allians och psykoedukation i en internetbaserad kognitiv beteendeterapeutisk behandling för social fobi. (Examensarbete). Uppsala universitet, Institutionen för Psykologi.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., & Brent, D.A. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years, Part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Borg, E., & Westerlund, J. (2014). *Statistik för beteendevetare: faktabok (3:e uppl.)* Malmö: Liber.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of metaanalyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Carlbring, P. (2016) *FB-banken*.
<http://carlbring.se/formular>
- Carlbring, P., Maurin, L., Törngren, C. Linna, E., Eriksson, T., Sparthan, E., Strååt, M., Marquez von Hage, C., Bergman Nordgren, L., & Andersson, G. (2011). Individually-tailored, internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 18-24.
- Carlsson, E., & Johanson, A. (2007). Att mäta psykoedukation: - kunskapstest för personer som genomgått kognitiv beteendeterapi för generaliserat ångestsyndrom via Internet (Examensarbete). Linköpings universitet, Institutionen för Beteendevetenskap och Lärande.
- Carter, J. D., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Mulder, R. T., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2011). Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy in a randomized clinical trial for depression. *Journal of Affective Disorders*, 128, 252-261.
- Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328, 265-268.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological Medicine*, 40, 1943-1957.
- Day, V., McGrath, P. J., & Wojtowicz, M. (2013). Internet-based guided self-help for university students with anxiety, depression and stress: A randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 51 (7), 344-351.
- De Graaf, L. E., Hollon, S. D., & Huibers, M. J. H. (2010). Predicting outcome in computerized cognitive behavioral therapy for depression in primary care: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 184-189.
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G., Validation of the Swedish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM), *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 447–455 (2013).
- Eskildsen, A., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2010). Pre-treatment patient variables as predictors of drop-out and treatment outcome in cognitive behavioural

- therapy for social phobia: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64, 94-105.
- Ewing, D. L., Mosen, J. J., Thompson, E. J., Cartwright-Hatton, S., & Field, A. (2015). A Meta-Analysis of Transdiagnostic Cognitive Behavioural Therapy in the Treatment of Child and Young Person Anxiety Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2015, 43, 562–577.
- Field, A. (2011). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. London: Sage Publications Ltd.
- Findahl, O., & Davidsson, P. (2015). *Svenskarna och Internet 2015 års undersökning av svenska folkets internetvanor*. Ödeshög, Sweden: Danagårds LiTHO.
- Friedberg, R. D., Viglione, D. J., Fidaleo, R. A., Celeste, B. L., Lovette, J., Street, G., Yerka, E., Bieraugel, M., Dumas, M., & Beal, K. G. (1998). Measuring how we preach what we practice: psychoeducational change in depressed inpatients. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy Volume 16, Number 1*, 45-59.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)* New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, November 2002.
- Fristad, M. A., Gavazzi, S. M., & Soldano, K. W. (1998). Multi-family psychoeducation groups for childhood mood disorders: A program description and preliminary efficacy data. *Contemporary Family Therapy*, 20, 385–403.
- Fristad, M. A., Goldberg-Arnold, J. S., & Gavazzi, S. M. (2002). Multifamily psychoeducation groups (MFPG) for families of children with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 4, 254–262.
- Frykheden, O. (2014). *Effektiv mätning av livskvalitet - Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ) - en psykometrisk utvärdering (Master's thesis)*. Stockholm: Psykologiska institutionen, Stockholms universitet.
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., & Mangun, G. R. (2010). *Cognitive Neuroscience: The Biology of the Mind*. (Third edition). New York, NY: W.W. Norton & Company, Inc.
- Gerge, A. (Ed.). (2013). *Vad har du varit med om? PTSD och dissociation hos barn och unga : förekomst, diagnostik och behandling*. Stockholm: Insidan förlag.
- Gerge, A & Lander, K., (2012). *PTSD En handbok för dig som drabbats av psykisk traumatisering som barn eller vuxen*. Stockholm: Insidan förlag.
- Haladyna, T. M. (2004). *Developing and validating multiple-choice test items*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hedlund, J., & Helin, S. (2016). *Behandlingsstudien NOVA - Kan unga vuxna med ångestproblematik själva välja behandlingsupplägg i skraddarsydd IKBT? (Examensarbete)*. Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen.
- Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G., (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling: Evidens, indikation och praktiskt genomförande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Holmqvist, R., & Philips, B. (2008). Verksamma mekanismer och evidensfrågan. I R. Holmqvist & B. Philips (red), *Vad är verksamt i psykoterapi?* (s. 229-240). Stockholm: Liber AB.
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 258–263.

- Houghton, S., & Saxon, D., (2007). An evaluation of large group CBT psychoeducation for anxiety disorders delivered in routine practice. *Patient Education and Counseling*, 68.1, 107-110
- Johansson, S., Liljethörn, L., (2015) DEA: Vägledad iKBT med chatt/videosamtal för ungdomar med depression - Klientkunskap som utfallsmått samt en studie av prediktorer (Examensarbete). Linköpings universitet, Institutionen för Beteendevetenskap och Lärande.
- Johnston, L., Dear, B.F., Gandy, M., Fogliati, V. J., Kayrouz, R., Sheehan, J., Rapee, R. M., & Titov, N. (2014). Exploring the efficacy and acceptability of Internet-delivered cognitive behavioural therapy for young adults with anxiety and depression: An open trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 48(9) 819–827.
- Johnston, L. Dear, B. F., Gandy, M., Fogliati, V. J., Kayrouz, R., Sheehan, J., Rapee, R. M., & Titov, N. (2011). Exploring the efficacy and acceptability of Internet-delivered cognitive behavioural therapy for young adults with anxiety and depression: An open trial. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 48(9) 819–827
- Kabacoff, R I., Segal, D. L., Hersen, M., & van Hasselt, V.B. (1997). Psychometric Properties and Diagnostic Utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory With Older Adult Psychiatric Outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 11 (1), 33-47.
- Karlberg, P. (2010). Depression. I L-G. Öst (red). *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri* (s. 111-126). Stockholm: Natur och Kultur.
- Kovacs, M., & Devlin, B. (1998). Internalizing disorders in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 47-63.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of GEN INTERN MED* 2001;16:606-613.
- Kronmüller, K-T., Victor, D., Schenkenbach, C., Postelnicu, I., Backenstrass, M., Schröder, J., & Mundt, C. (2007). Knowledge about affective disorders and outcome of depression. *Journal of Affective Disorders*, 104, 155-160.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Kåver, A. (1999). *Social fobi. Att känna sig granskad och bortgjord*. Stockholm: Cura Bokförlag.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. I M. J. Lambert (Ed). Bergins and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change (s. 139-193). New York: John Wiley and Sons.
- Larsson, B., (2002) Treatment of depression in children: Cognitive- behavioural approaches show positive outcomes. *Läkartidningen*, 99, 1810-6.
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2016) .Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder in Adolescents: A Development Case Series *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44, 1–17.
- Lichstein, K. L. (1994). Fair tests of clinical trials: A treatment implementation model. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16, 1-29.
- Lightfoot, M., (2008). Time to Reboot: Engaging Youth in Preventive Behavior Change. *American Psychology Association; Psychological Science Agenda*. December 2008.
- Linton, S. J., & Flink, I. (2011). *12 verktyg i KBT. Från teori till färdighet*. Stockholm:

Natur och Kultur.

- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 4, 205–225.
- Martin, D., Grasse, J., & Davis, M. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcomes and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450.
- Mondin, T. C., de Azevedo Cardoso, T., Jansen, K., Del Grande da Silva, G., de Mattos Souza, L. D., da Silva, R. A., (2015). Long-term effects of cognitive therapy on biological rhythms and depressive symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 187, 1–9.
- Montgomery, S. A., Åsberg, M., 1979. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br. J. Psychiatry* 134, 382 – 389.
- Närhälsan - <http://www.narhalsan.se/mottagningungavuxna/> - hämtat från internet 2016-04-14
- Olmsted, M. P., Daneman, D., Rydall, A. C., Lawson, M. L., & Rodin, G. (2002). The effects of psychoeducation on disturbed eating attitudes and behavior in young women with type 1 diabetes mellitus. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 230-239.
- Pacchiarotti, F., Colom, I., Vieta, E., (2006). Treatment arsenal for bipolar disorders: The role of psychoeducation in good clinical practice. *Psichiatria e Psicoterapia* 25.1, 3-6.
- Prasko J., Vrbova K., Latalova K., & Mainerova B. (2011). Psychoeducation for psychotic patients. *Biomedical Papers Of The Medical Faculty Of The University Of Palacky, Olomouc, Czechoslovakia*, 155, 385-396.
- Ramnerö, J. (2006). Depression och bipolär störning. I L-G. Öst (red). *KBT - Kognitiv beteendeterapi inom psykiatri* (s. 143-161). Stockholm: Natur och Kultur.
- Richardson, T., Stallard, P., & Velleman, S. (2010). Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 275-290.
- Rodriguez, M.C., (2005) Multiple-Choice Items: A Meta-Analysis of 80 Years of Research *Educational Measurement: Issues and Practice, Summer 2005*.
- Rocco, P. L., Ciano, R. P., & Balestrieri, M. (2001). Psychoeducation in the prevention of eating disorders: An experimental approach in adolescent schoolgirls. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 351-358.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J.S., Taylor, E.A., & Thapar, A. (2012). *Child and adolescent psychiatry, 5th ed.* New York: Wiley Blackwell.
- Salim, A., Mackinnon, A., Christensen, H., & Griffiths, K. (2008). Comparison of data analysis strategies for intent-to-treat analysis in pre-test-post-test designs with substantial dropout rates. *Psychiatry Research*, 160(3), 335-345.
- Sandell, R. (2008). Klienten och terapeuten, två avgörande faktorer. I B. Philips & R. Holmqvist (red). *Vad är verksamt i psykoterapi?* (s. 180-210). Stockholm: Liber.
- Sanderson, W. C., & Bruce, T. J. (2007). Causes and management of treatment-resistant panic disorder and agoraphobia: A survey of expert therapists, *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 26-35.
- Sethi, S., Campbell, A.J., & Ellis, L.A. (2010). The use of computerized self-help packages to treat adolescent depression and anxiety. *Journal of Technology in*

- Human Services*, 28, 144-160.
- Scogin, F., Jamison, C., Floyd, M., & Chaplin W. F. (1998). Measuring learning in depression treatment: A cognitive bibliotherapy test. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 475-482.
- Smeets, R. J. E. M., Beelen, S., Goossens, M. E. J. B., Schouten, E. G. W., Knottnerus, J. A., & Vlaeyen, J. W. S. (2008). Treatment expectancy and credibility are associated with the outcome of both physical and cognitive-behavioral treatment in chronic low back pain. *Clinical Journal of Pain*, 24, 305-315.
- Smith, P., Perrin, S., Yule, W., & Clark, D. M. (2010). *Post Traumatic Stress Disorder. Cognitive Therapy with Children and Young Adults*. Sussex: Routledge.
- Snaith, R.P., Harrop, F.M., Newby, D.A. (1986). Grade scores of the Montgomery-Åsberg Depression and Clinical Anxiety Scales. *British Journal of Psychiatry*, 148, 599-601.
- Socialstyrelsen (2013). *Nationell utvärdering 2013-vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni: rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. 2013*. Stockholm 2013.
- Socialstyrelsen (2013). *Stöd för utveckling av psykoterapeutisk kompetens - slutrapport om statsbidrag till landstingen 2009–2012*. Stockholm, 2013.
- Socialstyrelsen (2013). *Psykisk ohälsa bland unga; underlagsrapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm, 2013
- Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 - stöd för styrning och ledning*. Stockholm 2010.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Löwe, B. A. (2006). Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166, 1092-1097.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Löwe, B. A. (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16 (9) 606–613.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm, 2004.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005). *Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturöversikt (SBU 2005:171/1)*. Stockholm: Elanders Infologistics Väst AB.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005). *Behandling av ångestsjukdomar*. Stockholm, 2005.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007). *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression (SBU 2007:03)*. Stockholm: SBU Alert.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). *Internetförmiddad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom*. (SBU 2013:02).
- Statens medieråd. (2012/2013). *Unga och medier 2012/2013– Fakta om barns och ungas användning och upplevelser av medier*. Stockholm: Kulturdepartementet.
- Steketee, G., & Chambless, D. (1992). Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, 12, 387-400.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64, 203-216.

- Svanborg, S., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 89, 21-28.
- Svirsky, L., & Thulin, U. (2010). Att arbeta med barn och ungdomar i kognitiv beteendeterapi. I L-G. Öst (red). *KBT inom barn- och ungdomspsykiatri* (s. 13-26). Stockholm: Natur och Kultur.
- Tillfors, M., Andersson, G., Ekselius, L., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Karlsson, A., & Carlbring, P. (2011). A randomized trial of internet-delivered treatment for social anxiety disorder in high school students. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40, 147-157.
- Titov, N., Dear B. F., McMillan, D., Anderson, T., Zou, J., & Sunderland, M. (2011). Psychometric Comparison of the PHQ-9 and BDI-II for Measuring Response during Treatment of Depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40:2, 126-136
- Titov, N., Gibson, M., Andrews, G., & McEvoy, P. (2009). Internet treatment for social phobia reduces comorbidity. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 43, 754-759.
- Travers, M. F., & Benton, S. A. (2014). The acceptability of therapist-assisted, internet-delivered treatment for college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, 28, 35- 46.
- Vernmark, K., Bjärehed, J. (2013). *Internetbehandling med KBT. En praktisk handbok*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Vigerland, S., Thulin, U., Ljótsson, B., Svirsky, L., Bengtsson, O., Lindefors, N., Andersson, G., & Serlachius, E. (2013). Datoriserad terapi för ångeststörning bör prövas även för barn och unga. Kan ge bättre tillgänglighet till evidensbaserad behandling. *Läkartidningen*, 110, 92 – 94
- Vlaescu, G., Carlbring, P., Lunner, T., & Andersson, G., (2015) *American Journal of Audiology*, 24, 271–275.
- Waller, R., & Gilbody, S. (2009). Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioural therapy: A systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychological Medicine*, 39, 705–712.
- Wassermann, C. (2015). *NOVA-IV Skraddarsydd internetadministrerad KBT för unga vuxna med ångest, depression och eventuell samsjuklighet*. (Examensarbete). Linköpings universitet, Institutionen för Beteendevetenskap och Lärande.
- Wolf, N. J., & Hopko, D. R. (2008). Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 131-161.
- World Health Organization. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, tenth revision, online version: 2016*. WHO: Geneva.
- Öst, L.G. (2006). *Kognitiv beteende terapi inom psykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Öst, L.G. (2013). *KBT inom psykiatri. Andra utgåvan*. Natur & Kultur: Stockholm.

Bilaga 1

NOVA-kunskapstest

Nu följer några frågor som rör kognitiv beteendeterapi (KBT).

Svara så gott du kan på varje fråga och markera även på hur säker du är på ditt svar.

1. Enligt kognitiv beteendeterapi påverkas ditt mående av det du gör och vilka konsekvenser det får

- Sant
- Falskt

** Hur säker är du på ditt svar?*

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

* 2. Att vara lättirriterad och sova dåligt kan vara tecken på ångest

- Sant
- Falskt

• Hur säker är du på ditt svar?

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

* 3. Att grubbla ordentligt är en mer effektiv problemlösningsmetod än andra metoder

- Sant
 Falskt

* Hur säker är du på ditt svar?

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

* 4. Ångest är en tidsbegränsad känsla

- Sant
 Falskt

* Hur säker är du på ditt svar?

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

* 5. Om man undviker att göra sånt man tycker är jobbigt så mår man bättre i längden

- Sant
 Falskt

** Hur säker är du på ditt svar?*

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

*** 6. Personer som skjuter upp saker är ofta lata**

- Sant
- Falskt

** Hur säker är du på ditt svar?*

- ag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är nästan helt säker
- Jag är helt säker

*** 7. Det bästa sättet att handskas med negativa tankar är att försöka trycka undan dem eller att inte tänka på det som är negativt**

- Sant
- Falskt

** Hur säker är du på ditt svar?*

- Jag gissar
- Jag är ganska säker

Jag är nästan helt säker

Jag är helt säker

Nu följer några frågor. Välj det svar du tror är rätt. Svara så gott du kan på varje fråga. För varje fråga, fyll i hur säker du är på ditt svar.

*** 1. Är det bra att alltid tänka positivt?**

a, om man alltid tänker positivt så är det lättare att vara glad.

Nej, om en situation känns hopplös så spelar det ingen roll om man tänker positivt.

Nej, det kan kännas falskt. Livet kan vara tufft emellanåt så det är inte alltid verksamt att tänka positivt.

*

Hur säker är du på ditt svar?

Jag gissar

Jag är ganska säker

Jag är nästan helt säker

Jag är helt säker

*** 2. Enligt kognitiv beteendeterapi (KBT) har tankar en viktig betydelse för vårt mående. Vad är viktigt att göra om man arbetar med att förändra sitt mående?**

Lära sig känna igen vad man tänker eftersom man nästan alltid tänker något innan en känsla kommer.

Försöka ignorera och inte lägga någon energi på sina tankar.

Tänka fler positiva än negativa tankar per dag.

** Hur säker är du på ditt svar?*

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

*** 3. Vad är ett bra sätt att hantera ångest i längden?**

- Att inte utsätta sig för ångestladdade situationer.
- Att stanna hemma, göra något annat och inte tänka på det.
- Att göra saker som man tycker är ångestladdade för att känna att man klarar av dem.

** Hur säker är du på ditt svar?*

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

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

- Ja, man kommer att ha lika mycket ångest och lika ofta, men man lär sig leva med och acceptera det.
- Ja, ångest är en del av livet, även om man förhoppningsvis inte har lika mycket ångest och lika ofta.
- Nej, om man får ångest igen så tyder det på att man fortfarande har kvar sin problematik.

** Hur säker är du på ditt svar?*

- Jag gissar

- Jag är ganska säker
- Jag är nästan helt säker
- Jag är helt säker

* 5. Vad händer om man drar sig undan från en ofarlig situation som väcker ångest?

- Ångesten minskar, men kommer antagligen tillbaka nästa gång man är i samma situation
- Ångesten som väcktes kommer då att finnas kvar under en längre tid
- Ångesten ökar för stunden, och den kommer förmodligen tillbaka i liknande situationer

* Hur säker är du på ditt svar?

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

* 6. Är det viktigt att vara aktivt deltagande och göra övningarna i en självhjälpsbehandling via Internet, som bygger på kognitiv beteendeterapi (KBT)?

- Ja, det är en förutsättning för att få vara med i sådana behandlingar.
- Ja, för att kunna tillgodogöra sig nya färdigheter behöver man träna på dessa.
- Nej, mår man dåligt så kan det vara en för stor belastning, vilket gör att man mår ännu sämre

* Hur säker är du på ditt svar?

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

* 7. Är ångest farligt?

- Ja, ångest leder till hjärtsjukdomar.
- Ja, det finns stor risk att man blir galen av stark ångest.
- Nej, ångest är inte farligt, men kan upplevas som obehaglig.

* Hur säker är du på ditt svar?

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

* 8. Vad fokuserar man främst på i en KBTbehandling?

- Att bearbeta tidigare händelser/problem.
- Att arbeta med det som är problem här och nu.
- Att arbeta med tankar kring framtiden.

* Hur säker är du på ditt svar?

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

* 9. Vad är ett bra sätt att hantera ångest i längden?

- Att utsätta sig för det som framkallar ångest.
- Att undvika det som framkallar ångest.
- Att utsätta sig för det som framkallar ångest, samtidigt som man tänker på något roligt.

** Hur säker är du på ditt svar?*

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

*** 10. Även om man inte längre lider av ångest så kan det vara bra att fundera över vilka situationer som kan tänkas sätta igång det, varför? Om man vet i vilka situationer som kan sätta igång ens nedstämdhet/oro så kan man...**

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

** Hur säker är du på ditt svar?*

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

*** 11. Varför är det viktigt att kunna acceptera sina negativa känslor?**

- För att komma i kontakt med sina känslor och på så sätt lättare kunna hantera dem
- För att lättare bli av med negativa tankar och få nya perspektiv



För att de positiva tankarna ska bli tydligare och därmed lättare att fokusera på

* *Hur säker är du på ditt svar?*

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

* 12. Vilket är det främsta syftet med att sätta upp mål för sig själv inom KBT?

- Att veta att man är på rätt väg mot sina värderingar
- Att se till så att man inte hamnar efter i behandlingsarbetet
- Att ta reda på var man fastnat vid eventuella motgångar i behandlingen

* *Hur säker är du på ditt svar?*

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

Bilaga 2

Modulbeskrivning

Introduktion:

Detta är en inledning med syfte att förbereda dig inför behandlingen och ge dig strategier för hur du kan jobba med att nå dina mål med behandlingen. Här får du psykoedukation, det innebär att du får förklaringar runt ångest och nedstämdhet. Hur det fungerar och hur det påverkar dina tankar, känslor och beteende, samt hur detta samspelar. Det följs av en beskrivning av hur KBT behandling går till, tips inför behandlingen och övningar kring hur du kan sätta upp bra mål för din behandling.

Social ångest 1:

Den här modulen är för dig som blir nervös och oroar dig för sociala situationer, t.ex presentationer, ta kontakt med andra. Här kommer du att arbeta med exponering, som är ett sätt att behandla genom att i etapper närma sig det som väcker obehag eller rädslor. Du kommer att få läsa om vanliga symtom, problemsituationer och olika beteenden som används för att distrahera eller underlätta, så kallade säkerhetsbeteenden.

Social ångest 2:

I den här modulen kommer du att få läsa om en kognitiv modell för social ångest, självfokus och att skifta fokus. Du kommer att träna din uppmärksamhet och jobba med säkerhetsbeteenden, perfektionism och självförtroende.

Beteendeaktivering 1:

Den här modulen är för dig som upplever nedstämdhet eller depression. Här jobbar du med beteendeaktivering. Beteendeaktivering handlar om att du genom vad du gör, alltså hur du beter dig, kan påverka hur du mår. Forskning har visat att nedstämda personer kan må bättre genom att ändra sitt beteende i vardagen. Därför handlar den här modulen om vad du gör och hur du mår när du gör olika saker. Det är viktigt att du gör alla övningarna i modulen och gör dem i rätt ordning. Tillsammans skapar övningarna din aktivitetsplan.

Beteendeaktivering 2:

Detta är en fortsättning på beteendeaktivering 1, för att göra denna modul måste du först gjort 1an. Du kommer här att fortsätta med beteendeaktiveringen. Du kommer också att få lära dig mer om minusaktiviteter och det negativa med att skjuta upp saker.

Tankens kraft 1:

I denna modul kommer du att få lära dig om hur dina tankar påverkar ångest och nedstämdhet. Detta blir ett första steg mot att lära dig tänka annorlunda. Här kommer du att jobba med *automatiska tankar*. Dessa kan ses som reflexmässiga tankar, det är samma eller snarlika tankar som alltid poppar upp direkt i huvudet i vissa situationer. Om våra

automatiska tankar är negativa gör det att vi får det extra svårt i dessa situationer, våra tankar kanske talar om för oss att vi inte kommer att klara detta redan innan vi försökt.

Du kommer också att jobba med *din onda cirkel*, som är ett verktyg för att bättre förstå ditt eget förlopp under en situation som väcker mycket ångest.

Tankens kraft 2:

I den här modulen kommer du att få lära dig mer om hur du kan börja ifrågasätta och förändra dina tankar. Du kommer också få anteckna automatiska tankar och försöka uppmärksamma dina beteenden.

Paniksymtom:

Den här modulen handlar om panikångest och är till för dig som haft någon eller några panikattacker. Många av de obehagliga symptom du upplever under dina panikattacker kan bero på något som kallas hyperventilering, vilket betyder att man andas mer än vad man behöver. I den här modulen arbetar vi med övningar kring hyperventilering och andningsträning.

Panikångest 1:

Den här modulen är för dig som upplever panikattacker. Den här modulen kommer handla om principer kring inlärning ”kan vi lära in så kan vi också lära om”. Det betyder att det är viktigt att planera in inläringstillfällena, så att de verkligen blir av. Ju mer tid du använder till övningarna, desto mer kommer du att få ut av dem. Resultatet har inget att göra med hur omfattande panikångest du har. Det enda som verkligen betyder något är hur mycket du tränar.

Panikångest 2:

I den här modulen vill vi att du fortsätter att identifiera och utmana dina negativa automatiska tankar. Du kommer att få utmana dina rädslor. Till det kommer det vi kallar ”tillvänjning” och som handlar om att framkalla och vänja sig vid olika automatiska kroppsreaktioner. Eftersom tillvänjningen kan kännas besvärlig i början har vi också med ett informationsavsnitt om hur du kan arbeta med en stödperson.

Agorafobi:

Den här modulen handlar om agorafobi, det vill säga en rädsla för vissa platser eller situationer. För de som lider av en mer eller mindre sådan rädsla, leder det till begränsningar i ens liv genom att man undviker att göra sådant som man egentligen vill för att detta även skulle innebära att utsätta sig för sådana platser eller situationer som man känner rädsla för. Vi kommer här att ta upp exponering, som är en effektiv behandlingsform för agorafobi.

Detta innebär att man utsätter sig för det man undviker. Du kommer även att få läsa om säkerhetsbeteenden, alltså beteenden som man gör för att lättare kunna göra sådant som man upplever svårt t.ex. alltid ha med sig en vän eller familjemedlem eller distrahera sig med musik eller sin telefon. Du kommer även att formulera mål för att du i etapper ska möta det du är rädd för och det du tidigare undvikt.

Generaliserad ångest (GAD) 1:

Den här modulen är för dig som oroar dig mycket. I den här modulen kommer du få läsa om oro samt om vad generaliserad ångest är och hur den uppstår. Vår förhoppning är att du efter att ha gått igenom modulen ska ha fått verktyg för att begränsa ditt oroande och hittat andra sätt att hantera svårigheter som du har problem med. I den här modulen kommer följande att tas upp: Vad är generaliserad ångest? Hur uppstår generaliserad ångest? Vad är oro?

Generaliserad ångest (GAD) 2:

Syftet med den här modulen är att du skall öka din medvetenhet kring ditt oroande och att du ska börja öva dig på att notera när oroandet startar och aktivt stoppa det. Det man vill uppnå med att öva på att lägga märke till när oron börjar, vad den innehåller och att skjuta upp den, är att öka upplevelsen av att kunna påverka sin oro och lära sig känna igen den. Du kommer att få lära dig metoder för att begränsa din oro i tid och rum.

Generaliserad ångest (GAD) 3:

Denna modul tar upp hur du kan hantera och närma dig din oro och ångest. Du får pröva nya modeller för att lösa problem. Här ligger fokus både på hur du planerar vad du ska göra, men också på att du faktiskt tar med dig själv ut och prövar något som är nytt för dig.

Oro:

Den här är en modul för dig som oroar dig ibland. I det här kapitlet kommer du få läsa om oro, hur den uppstår och vad man kan göra för att begränsa oro som är överdriven och börjat ta för mycket plats i ens liv. Du kommer även att få förslag på saker du kan göra för att minska ditt oroande.

Att sätta gränser:

Många upplever en rädsla för att misslyckas eller känner en rädsla inför risken att ogillas av andra. Detta gör att vissa människor har en tendens att ställa upp för andra i ur och skur och ta på sig alldeles för mycket att göra, trots att de egentligen varken har tid eller lust. Att inte stå upp för sig själv, dvs. att ha svårigheter att säga nej eller att säga ifrån, är något som ofta leder till stress.

Genom att lära dig att kommunicera och möta dina problem och konflikter i relationen till andra människor stärker du dig själv och får mer kontroll.

Uppskjutande:

Denna modul är för dig som ofta skjuter upp saker du måste eller borde göra. Vi människor har en tendens att skjuta upp sådant som vi tycker är jobbigt eller obehagligt. Här får du hjälp med att bättre förstå och kunna identifiera dina uppskjutandebeteenden. Du får övningar i att träna dig på att bättre hantera de hinder som uppstår och du kommer att arbeta med mer handfasta strategier som du kan tillämpa och som hjälper dig vara mer öppen och flexibel i ditt sätt att hantera uppgifter.

Sömn:

I den här modulen kommer du lära dig strategier för att sova bättre och avslappningstekniker. Här får du många konkreta råd och övningar och strategier.

Avslappning:

För individer som ofta känner oro och ångest är det naturligt att en förhöjd spänningsnivå finns. För att kunna reducera denna spänning och låta kroppen kunna vila är avslappningstekniker ett bra verktyg, vilket har hjälpt många människor med ångestproblem.

De avslappningsövningar som beskrivs i denna text har till syfte att låta kroppen kunna slappna av en stund under dagen, vilket kommer att ge den en paus från den förhöjda spänning som normalt besväras.

Avslutning:

Denna modul är för dig som vill lära dig mer om hur du bättre håller kvar vid de resultaten du har uppnått genom behandlingen. Du kommer att få lära dig hur du hanterar bakslag och hur du tar dig igenom dessa. Du kommer även att göra en åtgärdsplan som hjälper dig att upprätthålla och hålla rätt kurs även efter behandlingen är avslutad.