

Eva-Lena Fredriksson
Linda Frey

**Självskattningsformulär som del i bedömning
av Generaliserat Ångestsyndrom.**

- en jämförelse mellan PSWQ och BAI -

**Self-assessment forms as a part of psychiatric evaluations
of generalized anxiety**

a comparative study of PSWQ and BAI

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendearbetad psykoterapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: VT 2014, termin 6
Handledare: Anders Hammarberg
Examinator: Torsten Norlander

Sammanfattning

Följande studie syftade till att undersöka eventuella skillnader i rapportering av ångest i samband med psykiatriska bedömningar. Frågeställningen berörde eventuell relevans med att använda självskattningsformulär som avser mäta olika ångestsymtom i tidiga psykiatriska bedömningar i syfte att screena för generaliserad ångestproblematik. Studien genomfördes som en enkätstudie där 42 deltagare ombads skatta sina ångestsymtom med hjälp av de båda självskattningsformulären PSWQ och BAI. Resultaten av skattad ångest från självskattningarna BAI och PSWQ jämfördes sedan med varandra. Dessa resultat jämfördes också med de diagnoser som respondenterna erhållit i samband med de psykiatriska bedömningarna. Studien visar att av de 42 respondenterna skattade 18 respondenter över cut off 26, svår ångest för BAI och 14 respondenter skattade över cut off 65, signifikant oro och indikation på generaliserat ångestsyndrom enligt PSWQ skalan. 7 respondenter skattade över cut off på BAI men under på PSWQ och 2 respondenter skattade över på PSWQ men under på BAI. Resultaten visar på en hög ångestrapportering på genomsnittsnivå i undersökningsgruppen och att det finns indikationer på relevans för att använda kompletterande självskattningsformulär, som avser mäta olika former av ångestsymtom för att screena för generaliserad ångest.

Nyckelord: Generaliserad ångestsyndrom (GAD), självskattningsformulär, PSWQ, BAI, bedömning

Abstract

The following study is a questionnaire designed to investigate potential differences in the reporting of anxiety in psychiatric evaluations. The aim of the study is to investigate possible relevance of using self-assessment questionnaires designed to measure various symptoms of anxiety in early stage psychiatric evaluations in order to screen for generalized anxiety. The study was conducted as a survey in which the 42 participants were asked to use the self-assessment forms PSWQ and BAI to measure anxiety symptoms. The results show that out of the 42 participants, 18 reached the cut off value 26, severe anxiety, and 14 participants reached the cut off value 65, significant anxiety and indication of generalized anxiety according to the PSWQ. 7 of the participants reached the cut off value regarding BAI but did not reach cut off regarding PSWQ and 2 participants reached cut off value regarding PSWQ but not regarding BAI. The results from the different estimates were then compared with each other and also compared with those diagnoses that the participants acquired in the psychiatric evaluations they attended. The results show that there was a high level of reported anxiety in general among the participants and that there were indications of relevance in using self-assessment questionnaires designed to measure various symptoms of anxiety, when screening for generalized anxiety.

Key words: Generalized Anxiety Disorder (GAD), Self-assessment forms, PSWQ, BAI, assessment

Förord

Vi har intresserat oss för diagnosen Generaliserad ångestsyndrom (GAD) då vår upplevelse av patientarbete såväl under vår utbildning som i vår kliniska vardag, är att många patienter som vi träffar och som besväras av nedstämdhet också har en tydlig generaliserad ångest i symtombilden. Denna kan många gånger vara svår att fånga vid en översiktlig screening av ångest t ex via BAI då denna primärt fokuserar på fysiska aspekter av ångestsymtom. Enligt Borcovec och Newman (1998) är GAD ofta förekommande som komorbiditet vid nedstämdhet och andra ångestsyndrom, men något som ofta missas vid tidiga bedömningar av patienten där andra symtom ofta är mer uttalade och skymmer GAD problematiken.

Vårt fokus för uppsatsen handlar om självskattningsformulär som en del av tidig klinisk bedömning av GAD problematik.

Tack

Vi vill först och främst tacka team 1 och 2 på psykiatriska öppenvårdsmottagningen i Mjölby för att de hjälpt oss administrera skattningsformulären PSWQ och BAI tillsammans med ordinarie skattningsbatteri. Utan er hjälp hade vi inte kunnat genomföra denna studie.

Vi vill också tacka vår handledare Anders Hammarberg för hjälpen med de statistiska beräkningarna.

Sist men inte minst vill vi tacka våra respektive familjer, nära och kära som hårdat ut och funnits kvar trots att vi inte alltid varit så närvarande för dem.

Inledning

Generaliserat ångestsyndrom (GAD) är ett svårbehandlat ångestsyndrom vars främsta kännetecken är att patienten lider av överdriven och ihållande oro (Roemer & Orsillo 2002). Symtomen har ofta besvärat patienten under flera år innan personen söker vård och många söker då främst för fysiskt betingad ångestproblematik eller nedstämdhet (Leahy, Holland & McGinn, 2012). Även om GAD är ett ångestsyndrom som i första hand handlar om kognitiva processer så följer även kroppsliga symtom på symtomen av oro (Roemer & Orsillo 2002). Många som lider av GAD blir enligt Beck och Clark (2010) inte helt symtomfria efter behandling då GAD kan vara en svåravgränsad problematik och den erhållna behandlingen inte alltid riktats specifikt mot GAD. En behandling som inte riktats specifikt mot symtomen av generaliserad ångest kan också innebära återkommande episoder av nedstämdhet och en kvarvarande ångestproblematik trots mer allmän ångestbehandling (Beck & Clark 2010). Samsjukligheten vid GAD är en komplicerad faktor som bör tas hänsyn till i samband med diagnos och behandling. En korrekt ställd diagnos är en förutsättning för ett adekvat omhändertagande, behandling och uppföljning (Socialstyrelsen, 2010). Tidig bedömning av generaliserad ångest sker oftast genom klinisk intervju där frågor kring diagnoskriterierna också kan ställas och där även olika självskattningsformulär kan ingå i bedömningsunderlaget (SBU, 2005). Socialstyrelsen (2010) påtalar brister vid diagnostik, framförallt inom första linjen (primärvård). När det gäller ångest har ca 70 % av patienterna diagnostiserats efter ett år och då enbart de svåraste diagnoserna, lättare symtom upptäcks i mindre utsträckning. SBU (2012) menar att strukturerad diagnostik förbättrar förutsättningarna för att patienter får en korrekt diagnos. Bedömningsformulär kan stödja den diagnostiska processen i alla led, från första misstanke till systematisk uppföljning (SBU, 2012).

Definition av GAD

Generaliserad ångest definieras av Brown, O'Leary och Barlow (2001) som en komponent av andra ångeststörningar med kärnproblematik bestående av oro. Det som utmärker patologisk oro, som vid GAD, från icke-patologisk är orons frekvens, intensitet och duration. Wells och Morrison (1994) och senare Papageorgiou och Wells (2001) menar att det är viktigt, och kan vara svårt att skilja orosprocessen vid GAD från tvångstankar som är typiska för Tvångssyndrom (OCD) och grubbel som är mer typiskt för depression. Wells (1995, 2011) beskriver att oro vid GAD innebär att katastrofiera, oron upplevs som svår att kontrollera och är ofta

framtidsoorienterad. Borkoveck et al. (1983) beskriver oron vid GAD som en kedja av negativt affektladdade tankar som är företrädesvis verbala och egentligen syftar till problemlösning. Dinan (2006) beskriver att hos en patient med GAD påverkar oron minnet, uppmärksamheten och problemlösningsförmågan negativt vilket kan innebära att just de processer gällande problemlösning som individen är så mån om också försämras av de strategier som används.

Diagnosbeskrivning

I medicinska eller psykiatriska sammanhang diagnostiseras GAD liksom övriga psykiatriska diagnoser genom att jämföra patientens symtom och funktion mot olika diagnoskriterier. Diagnoskriterierna utgår från klassifikationssystem och de mest använda är WHO's International classification of diseases, tionde versionen (ICD-10; WHO, 2007) och American Psychiatric Associations Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fjärde versionen textrevidering (DSM-IV TR; American Association 2000). En femte version av DSM är under införande i Sverige. I båda klassifikationssystemen gäller att ett antal kriterier ska vara uppfylla för att ställa diagnos. GAD är en relativt ny diagnos som först definierades i DSM från 1980 och då förklarades GAD som en kronisk, diffus ångest med symtom som negativ förväntan, vaksamhet, motorisk spänning och autonom hyperaktivitet. Kriterierna för GAD har sedan reviderats i varje utgåva av DSM (Brown, DiNardo, Leham & Campbell, 2001). För att ställa diagnos GAD enligt DSM-IV TR ska en överdriven ångest och oro ha varit aktuell under mer än hälften av dagarna under en period av sex månader. Oron och ångesten ska vara relaterad till ett antal olika ämnen, händelser och aktiviteter. För vuxna med GAD kan det röra sig om vardagliga ämnen som t ex ekonomi, det egna arbetet, och familjemedlemmars hälsa. Fokus för oron ska inte kunna gå att begränsa till ett annat ångestsyndrom som oro kring panikattacker eller för sociala situationer. Brown et al (2001) anser att GAD diagnosen kan kritiseras för en relativt låg grad av specificitet och den lägsta reliabiliteten av alla ångestsyndrom. I föreslagna ändringar till DSM-V föreslås en namnändring av GAD till GWD (Generalized Worry Disorder) och att flera kriterier ändras så som att kravet för duration av symtom ska sänkas från sex till tre månader (Andrews, G. et al 2010).

Generaliserat ångestsyndrom (GAD): Diagnoskriterier enligt DSM IV

- A. Överdriven rädsla och oro (förväntansångest) inför ett antal olika händelser eller aktiviteter (t ex skol- eller arbetsprestationer) flertalet dagar under minst sex månader.
 - B. Svårigheter att kontrollera oron.
 - C. Rädsla och oro förknippas med/har samband med tre eller flera av följande sex symtom (av vilka några funnits med i bilden flertalet dagar de senaste sex månaderna): *OBS*: Hos barn behöver bara ett av symtomen förekomma.
 - (1) rastlös, uppskruvad eller på helspänn
 - (2) lätt att bli uttröttad
 - (3) svårt att koncentrera sig eller ”tom” i huvudet
 - (4) irritabel
 - (5) muskelspänning
 - (6) sömnstörning (svårt att somna, täta uppvaknanden eller orolig och otillfredsställande sömn)
 - D. Fokus för rädslan och oron är inte enbart begränsat till symtom på någon axel I-störning, t ex rädslan och oron gäller inte panikattacker (so vid paniksyndrom), social genans (som vid social fobi), förorening (som vid tvångssyndrom), att vara ensam borta från hemmet eller anhöriga (som vid separationsångest), viktökning (som vid anorexia nervosa), olika fysiska besvär (som vid somatiseringssyndrom), eller allvarlig sjukdom (som vid hypokondri). Rädslan och oron föreligger inte heller uteslutande i samband med posttraumatisk stressyndrom.
 - E. Rädslan, oron eller de fysiska symtomen orsakar kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
 - F. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter som någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t ex hypertyroidism) somt visar sig inte enbart i samband med ett förstämningssyndrom eller en psykos. Den diagnosticeras inte heller vid genomgripande störning i utvecklingen (APA, 2000)
-

Generaliserat ångestsyndrom (GAD): Diagnostiska kriterier enligt ICD-10

- A. Ångest som inte är begränsad till vissa situationer och som ger symtom de flesta dagar under flera veckor, vanligen flera månader.
 - B. Symtomen inkluderar vanligen element av
 - Oro (rädsla för framtida sjukdom, nervositet, koncentrationssvårigheter mm).
 - Motorisk påverkan (rastlösa rörelser, spänningshuvudvärk, skakningar, oförmåga att slappna av).
 - Autonom överaktivitet (yrsel, svettning, takykardi eller takypne, magbesvär, muntorrhet mm).
 - C. Tillfällig nedstämdhet och andra psykiska symtom kan förekomma, men tillståndet får inte uppfylla kriterierna för depression, paniksyndrom eller tvångssyndrom (WHO, 2007).
-

Diagnoskriterier på Generaliserad ångest enligt DSM-IV(APA, 2000) och ICD-10 (WHO, 2007)

Typiska symtom på GAD

GAD beskrivs av Brown et al (2001) som den mest grundläggande av alla ångeststörningar och det mest utmärkande kännetecknet för problematiken är ihållande oro som ofta rör framtiden och innefattar flera livsområden (Brown et al. 2001). Borkovec beskriver i Butler, Fennell och Hackman (2010) att just oron angående framtiden och det faktum att oron involverar flera olika livsområden är det mest utmärkande för GAD jämförelsevis med andra ångeststörningar. Den ihållande och omfattade oron leder också ofta till nedstämdhet och kan även innebära återkommande perioder av depressivitet (Beck & Clark, 2010).

Begreppet oro. Att oro sig är ett vanligt mänskligt beteende som kan ha en adaptiv funktion i syfte att uppmärksamma individen på fara, hitta lösningar på problem eller svåra situationer (Borkovec, 1983). Alla människor oroar sig men lider inte av det (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2011). Beck et al. (2010) beskriver att forskningen gällande GAD betonar överdriven och ihållande oro som den mest centrala processen vid generaliserad ångest. Författarna beskriver vidare att oro kan vara en kognitiv process som syftar till effektiv problemlösning, även vid händelser eller skeenden i livet som innebär starkare stress. Oron kan vara effektiv då den kan innehålla problemfokuserade och aktiva copingstrategier, inhämtande av nödvändig information och målorientering med en låg ångestaktivering som följd. De kognitiva processer som utmärker oro ter sig dock vid generaliserat ångestsyndrom annorlunda och är behäftade med ökad ångestaktivering (Beck et al., 2010). Ett av de första försöken att definiera oro gjordes av Borkovec et al. (1983)

worry is a chain of thoughts and images, negatively affect-laden and relatively uncontrollable. The worry process represents an attempt to engage in mental problem-solving on an issue whose outcome is uncertain but contains the possibility of one or more negative outcomes. Consequently, worry relates closely to fear process (s. 10).

Borkovecs (1994) modell för GAD utgår från att oro är en kognitivt baserad process vars funktion är att lösa problem och samtidigt hålla borta negativa kroppsliga och känslomässiga upplevelser. Oron fungerar som en flykt eller undvikande av ångestframkallande tankar och känslor, stör upplevelsen av nuet, hämmar spontanitet, glädje och stör problemlösningsförmågan (Borkovec et al., 2002). Oron förstärks positivt när de negativt tänkta händelserna inte inträffar (Borkovec, 2004). Oro enligt Borkovec är en verbal, konceptualiserad process som bidrar till att reducera och dämpa kroppsliga känslomässiga reaktioner som skulle utlösas av bilder/föreställningar.

Dugas, Gagnon, Ladouceur och Freeston (1998) utvecklade en GAD modell som innefattar fyra komponenter och som utmärker individer med patologisk oro. En av de fyra komponenterna som beskrivs är svårigheter att hantera osäkerhet. Detta bidrar till ett undvikande av tankar, sämre problemlösning och ett sökande efter överdrivet mycket bevis för att känna sig säker. En andra komponent är positiva antaganden om sin oro, att oron fungerar som hjälp på olika sätt, t ex har en skyddande eller förhindrande förmåga. Tredje komponenten är bristande förmåga till

problemorientering som främst är en metakognitiv aktivitet som påverkar individens tilltro till den egna förmågan att hantera och kontrollera problemlösningsprocessen och leder till sämre självförtroende. Den fjärde komponenten innebär kognitivt undvikande av hotfulla mentala bilder (Dugas et al, 1998). Dugas och Robichaud (2007) menar att intolerans för osäkerhet kännetecknas av en rad negativa föreställningar om osäkerhet och dess konsekvenser som ett antagande om att osäkerhet är stressande, upprörande och att oväntade händelser är negativa och därför bör undvikas.

Wells (1995) har utvecklat en metakognitiv modell för GAD. Modellen beskriver utvecklandet och vidmakthållandet av överdriven och okontrollerbar oro. Den metakognitiva modellen beskriver oro som interaktion mellan det konstruktiva användandet av oro som copingstrategi, negativ uppmärksamhet på oro och ett försök att kontrollera oron. När en person med GAD möter ett ångestladdat problem ses oron som en positiv kraft som hjälper individen att hantera situationen. Wells (1999) delar in modellen i två typer, där Typ-I oro handlar om oro över yttre händelser och situationer och icke-kognitiva händelser som kroppsliga sessioner. Typ-I oro minskar när den problematiska situationen är löst. Typ-II oro handlar om oro för oron och inträffar när Typ-I oron blivit så påtaglig och upplevs okontrollerbar, att oron i sig blir föremål för ytterligare oro. Typ-II oron handlar om ineffektiva copingstrategier som riktas mot att undvika oro genom att kontrollera beteende, tankar och känslor. Behar et al. (2009) beskriver att närvaron av Typ-II oro urskiljer individer med GAD från normalpopulationen. Wells (1999) benämner denna oro som metaoro. Från individens tidigare uppfattning om att oron tidigare haft ett utifrån perspektiv till att den nu i och med metaoron ses som både utifrån- och inifrån kommande.

Behar et al (2009) beskriver att känsloregleringsmodellen förklarar att individer med GAD har svårt att reglera och förhålla sig till känslor, vilket gäller alla känslor men i synnerhet de negativa känslorna som blir laddade och upplevs hotande. Turk et al., (2005) menar att individer med GAD har lägre förståelse för de egna känslorna och uppfattar dem negativt i högre utsträckning än normalpopulationen. Oron blir en kontroll- och undvikandestrategi för att slippa känna känslorna. Individer med GAD anses ha en högre känslighet för känslor än andra (Mennin et al., 2005). Författarna beskriver vidare fyra komponenter som påverkar hur individer med GAD tar in och bearbetar ett uppfattat hot. När ett uppfattat hot uppenbarar sig väcks en stark känsloreaktion hos individen. Förståelsen för reaktionen är då låg och orsakar negativa tankar

kring reaktionerna. I ett försök att hantera situationen använder individen dysfunktionella strategier för att minimera och kontrollera känslorna som i sin tur leder till stark oro. Denna process kan även leda till oförståelse inför sättet att tänka och känna, vilket individen inte har förståelse för (Mennin et al, 2005).

En ytterligare modell som beskrivs i sammanställningar av teoretiska modeller av GAD gjord av Behar et al (2009), är den acceptansbaserade modellen (ABM). Denna modell bygger på fyra komponenter. Den första komponenten beskriver hur individer med GAD reagerar negativt på inre upplevelser och kan genom detta bli oroliga av att känna oro. Detta vävs samman med inre upplevelser och leder till att individen har en föreställning om att övergående reaktioner mot inre upplevelser är bestående och något som definierar individen. Den tredje komponenten beskrivs som ett automatiskt undvikande av inre upplevelser som bedöms som hotfulla eller negativa, t ex att individen oroar sig för mindre bekymmer för att undvika allvarligare problem. Den fjärde komponenten innebär begränsning i beteendet vilket leder till att engagemanget i meningsfulla värderade aktiviteter reduceras. Detta leder till att individer med GAD har negativa reaktioner på deras egna inre upplevelser och är motiverade till att försöka undvika dessa upplevelser vilket de gör både beteende mässigt och kognitivt (Behar et al, 2009).

Prevalens av GAD i befolkningen

Kessler, Walters & Wittchen (2004) beskriver att livstidsprevalensen för GAD varierar mellan 5,8 % och 9 %. I jämförelse mellan män och kvinnor löper kvinnor dubbelt så hög risk som män att drabbas av GAD (SBU, 2005). Enligt samma rapport är siffror som rör GAD osäkra eftersom avgränsningarna mot andra tillstånd av blandad ångest och depression, är svåra att göra. Enligt Brown, O'Leary och Barlow (2001) beskriver ofta personer som diagnostiserats med GAD att insjuknandet har skett gradvis och att de själva upplever sig som oroliga sedan barndomen, att oron sedan har förvärrats under vuxenlivet och blivit alltmer problematisk. Beck et al. (2010) beskriver att olika studier ger olika resultat gällande känsliga åldrar för att utveckla GAD men att det är vanligt att problematiken debuterar under sena tonåren till sena 20-års ålder. Blazer, Hughes, Swartz och Boyer (1991) anser att de som löper störst risk att drabbas är vuxna, 24 år och äldre. Svårigheter med att exakt veta var åldersgränserna går kan enligt Carter, Wittchen, Pfister och Kessler (2001) bero på att sannolikheten att diagnostiseras med GAD ökar med stigande ålder. En annan förklaring kan vara att personerna söker behandling långt efter att de

blivit medvetna om symtom (Rapee, 1991). Noyes (1992) påpekar att individer som lider av GAD ofta rapporterar att de varit ängsliga så länge de kan minnas och att de flesta inte kan ange en bestämd tidpunkt eller ålder för när problemen startade. Individen söker behandling först när oron upplevs som gravt handikappande (Barlow, 2002). Beck och Clark (2010) beskriver vidare att det är vanligt med oro och GAD hos äldre människor och att KBT modeller för att behandla GAD har visat sämre resultat i den här gruppen jämfört med behandling av yngre grupper. Det mänskliga lidandet hos den enskilda individen kan också relateras till kostnader på samhällsnivå. Enligt SBU (2005) innebär ångestsyndrom en betydande kostnad för samhället, de indirekta kostnaderna uppgick enligt en beräkning utförd 1996 till 17 miljarder kr och utgjordes bland annat av sjukskrivningar och förtidspensioneringar medan de direkta kostnaderna handlade om 1,5 miljarder kr varav 300 miljoner utgjordes av kostnader för läkemedel. Enligt samma rapport befinner sig hälften av de personer som diagnostiserats med ångestsyndrom helt utanför ordinarie arbetsliv (SBU, 2005). Utifrån individperspektiv såväl som samhällsekonomiskt finns stora vinster i att utveckla effektiva och verksamma behandlingar för GAD och som första steg till detta är, precisa och riktade bedömningar en god förutsättning (SBU, 2005).

Komorbidity

I SBU rapporten från 2005 beskrivs att det är vanligt med samsjuklighet vid GAD. 90 % av de individer som utvecklats GAD har även ett annat psykiatriskt tillstånd (Leahy, 2012). Keller (2002) beskriver att personer med GAD också ofta uppfyller kriterier för en eller flera andra ångestdiagnoser vilket enligt Hettema, Prescott och Kendler (2003) kan innebära samsjuklighet med till exempel social fobi, paniksyndrom eller specifik fobi. Det är vanligt att personer med GAD problematik utvecklar nedstämdhet och en depression till följd av den generaliserade ångesten (Borkovec & Roemer, 1995). I SBU rapporten från 2005 nämns att 42 % av dem som diagnostiserats med GAD också uppfyller kriterier för depression och att det finns en ökad risk för suicidhandlingar (SBU, 2005). Kroppsliga besvär är vanligare hos personer med GAD jämfört med normalbefolkningen, detta gäller till exempel hjärtbesvär och astma (SBU, 2005). Med stigande ålder, efter 50 år, finns tendens att symtom på GAD avtar och ersätts i många fall av somatiseringsoro (Leahy et al. 2012). Nära 50 % av personerna med GAD uppfyller enligt Brown och Barlow (1992) även kriterier för någon personlighetsstörning. De personlighetsstörningar som vanligen förknippas med GAD är fobisk personlighetsstörning och osjälvständig personlighetsstörning men även tvångsmässig personlighetsstörning och paranoid

personlighetsstörning är vanligt förekommande. I SBU:s rapport från 2005 beskrivs att det inte heller är ovanligt med missbruk hos personer med GAD, uppskattningsvis mer än 35 % av dessa personer missbrukar alkohol eller andra droger.

Behandling av GAD

Effektiva psykologiska behandlingar för GAD har relativt nyligen börjat utvärderas, och bara under de senaste åren har evidens börjat synas kring framgångsrik behandling inom detta område (Brown, O'Leary, Tracy & Barlow 2001).

Psykologiska metoder. I de Nationella riktlinjerna för vård av depression och ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2010) rekommenderas KBT eller läkemedelsbehandling med antidepressiv medicinering när det gäller vård av vuxna med GAD. SBU beskriver i sin rapport (2005) att för psykologisk behandling är kognitiv beteendeterapi (KBT) den behandlingsform som har tydligast evidensstöd för GAD, med en evidensstyrka på två. Vidare i samma rapport (SBU, 2005) beskrivs, att trots evidensstödet är det tydligt att KBT inte når samma starka behandlingsresultat vid behandling av GAD som vid behandling av andra ångestsyndrom, till exempel panikångestsyndrom. Inom KBT har olika förklaringsmodeller för att förstå och behandla GAD utvecklats (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman & Stamples, 2009). De mest framträdande är Borkovecs undvikandemodell, Ladouceurs fyrkomponentmodell, Wells metakognitiva, känsloreglerings modellen (The Emotional Dysregulation Model [EDM]) och den acceptansbaserade modellen (ABM) (Behar et al. 2009).

Läkemedel. Leahy (2010) beskriver att de flesta ångestsyndrom tillfälligt kan lindras med mediciner men att det sällan ger så långvarigt hållbara resultat. Leahy menar vidare att mediciner kan ha en positiv effekt vid GAD men när medicineringen avslutas finns risk för att symtomen återkommer om inte medicineringen kombineras med psykologisk behandling. I socialstyrelsens riktlinjer från 2010 förordas psykoterapeutisk behandling med KBT i kombination med läkemedelsbehandling. För vuxna patienter rekommenderas i första hand SSRI/SNRI preparat, följt av i andra hand pregabalin och därefter preparat som bygger på till exempel bensodiazepiner (Socialstyrelsen, 2010). Enligt Allgulander, Paxling och Andersson (2011) finns forskning både i Europa och USA som tyder på att en patient med GAD diagnos som svarar på läkemedelsbehandling bör fortsätta med denna under minst ett år för att öka möjligheten till

remission och för att underhållsbehandling kan underlätta övriga behandlingsinsatser av psykoterapeutisk karaktär.

Öst (2013) menar att det är värdefullt att i diagnostiska bedömningar låta patienter skatta ett antal frågor som handlar om diagnosrelaterade symtom eller fenomen som komplement till övriga kartläggningsmetoder. I SBU:s rapport från 2012 beskrivs olika skattningsskalor som mäter psykiskt mående och även symtom på ångest och depression, några av de mest använda i Sverige är HAD, BDI, BAI, MADRAS och CPRS. När det gäller självskattningsskalor för ångestproblematik och i syfte att särskilja ångest från depression, är Becks Anxiety Inventory (BAI) ett användbart formulär i kliniska sammanhang (Carlbring, 2005). Fresco, Mennin, Heimberg och Turk (2003) beskriver att Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) är ett användbart självskattningsformulär för att mäta generaliserad ångest. GAD-problematiken är enligt flera forskare bland andra Beck och Clark (2010) svår att skilja från annan ångestproblematik och depressiva symtom. Roemer och Orsillo (2005) beskriver att det finns begränsningar i framgångsrikt behandlingsutfall av GAD, både gällande kärnproblematik, men även på grund av förekomsten av massiv komorbiditet. Öst (2013) uppfattning om värdet av självskattningar som komplement till andra kartläggningsmetoder i diagnostiska bedömningar kan relateras till de svårigheter som flera forskare ovan beskriver gällande avgränsning av GAD-problematiken, där det skulle kunna vara viktigt att närmare precisera den diagnostiska bedömningen av generaliserad ångest.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka eventuell relevans med att använda självskattningsformulär som avser mäta olika ångestsymtom, jämfört med att endast använda en slags symtomskattning, vid tidig psykiatrisk bedömning för att screena för generaliserad ångest. Ett ytterligare syfte var att undersöka huruvida det fanns skillnader i nivå av rapporterad ångest mellan självskattningsformulären PSWQ och BAI, dvs. om det fanns många patienter som skattade över cut-off för ångestproblematik på BAI men som låg under på PSWQ, alternativt tvärtom.

Metod

Urval

Studien innefattade alla patienter som själva sökte eller remitterades till den vuxenpsykiatriska mottagningen i Mjölby och sedan närvarade där för ett första läkarbesök. Detta gällde nybesök under perioden 20131215-20140315. I samband med det första läkarbesöket ombads patienten fylla i skattningsformulär PSWQ och BAI som komplement till ordinarie skattningsbatteri vid läkarbesöket, ordinarie skattningsbatteri utgjordes av skattningsformulären Audit och Kaboss alt HAD.

Inkludering av deltagare

Deltagarna utgjordes av alla planerade nybesök under perioden 15 december 2013 till 15 mars 2014 på den vuxenpsykiatriska mottagningen i Mjölby. Nybesöken delades upp på två olika team baserade på patienternas geografiska hemvist. Patienterna befann sig i åldersspannet 18-65 år. De ombads att fylla i skattningsformulären PSWQ och BAI, vissa av dem fyllde i formulären på plats på vuxenpsykiatriska mottagningen och andra fick formulären hemskickade och fyllde i dem hemma före nybesöket.

Rekrytering

Alla planerade nybesök informeras alltid i kallelsen till vuxenpsykiatriska mottagningen i Mjölby om att de kommer att ombes fylla i skattningsformulär gällande psykiskt mående och alkoholkonsumtion inför första besöket, hemma alt på plats på mottagningen i samband med första besöket. Under undersökningsperioden distribuerades även formulären PSWQ och BAI med ordinarie skattningsbatteri utan någon närmare information om studien till patienten, då formulären avidentifieras och inte på något sätt kopplades till respektive individ eller ställd diagnos gällande enskilda individer. Skattningsformulären vid nybesöken ändras emellanåt och författarna såg inga skäl att närmare informera patienterna om det specifika syftet med att de just fick fylla i även PSWQ och BAI då vi heller inte ville att de skulle särskilja sina svarsmönster från övriga formulär.

Urvalsprocess

Förfrågan att fylla i skattningsformulären vidarebefordrades till samtliga planerade nybesök i de nämnda teamen utan åtskillnad.

Datainsamlingsformulär

Det finns flera olika självskattningsformulär som syftar till att kartlägga ångest skilt från depressiva eller andra psykiatriska symtom. Vi valde att använda och jämföra PSWQ och BAI i den här studien. Detta då båda formulären har ett gott forskningsstöd enligt bland andra Fresco, Mennin, Heimberg och Turk (2003) samt Carlbring (2005) och är mycket vanligt förekommande i kliniska sammanhang enligt bland andra SBU (2012) och Fresco et al., (2003) och då BAI väl diskriminerar mot depression enligt Carlbring (2005). I den här studien var vårt primära intresse att undersöka eventuella skillnader i rapportering av ångest.

Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) innehåller 16 frågor (Mayer et al., 1990) och utvärdera en individs tendenser till oro rent allmänt och inte relaterade till specifika orosämnen. Frågorna reflekterar en tendens att oro sig överdrivet och kroniskt (Wells, 2011). Svaren begärs på en fem-poäng skala, skattning från ”inte alls typiskt” till ”våldigt typiskt”. Skalan innehåller även fem frågor med omvänd poängsättning. Den omvända poängsättningen fungerar som en kontroll av att individen som fyller i verkligen har läst igenom påståendena. Minimipoäng för PSWQ är 16, och maxpoäng är 80. Ju högre poäng desto mer oro. Instrumentet har visat sig bra på att mäta oro men särskiljer inte alltid individer med GAD (Fresco et al., 2003; Turk et al., 2004). Det vanliga är dock att individer med GAD ofta har högre poäng än individer med andra ångeststörningar. Det finns två olika cut-off poäng för att diskriminera för diagnosen GAD, 53 poäng för att differentiera mot icke-diagnos, samt 65 poäng för att differentiera mot andra Axel I störningar. Ett bra värde för att mäta signifikant oro är 53 poäng (Fresco et al, 2003: Turk et al 2004). Denna skala visar goda psykometriska egenskaper och initial data föreslår att det är mottagligt för behandlingseffekter (Wells, 2011). För den svenska populationen finns inga normeringsvärden utan det amerikanska normeringsvärdet används, där GAD patienter har $M=67.66$, och $SD=8.86$ och personer utan ångest har $M=44.27$ och $SD=11.44$, som riktmärken (Carlbring, 2005).

Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck et al., 1988) avser att mäta ångestsymtom som är minimalt delade med symtom på depression. Det vill säga överlappningen mellan en

depressionsskala (t ex Beck Depression Inventory [BDI]) och BAI ska vara så liten som möjligt (Beck et al, 1988). Enligt Carlbring (2005) är instrumentet ett av världens mest använda. Formuläret har en god diskriminativ validitet med en överlägsenhet att skilja ångest från depression. En kritik som framförts är att formuläret, utifrån sin strävan att skilja ångest från depression mest utvärderar somatisk ångest (t ex panikliknande symtom) snarare än generella, stressrelaterade ångestsymtom (Carlbring, 2005). Skalan består av 21 frågor som var och en beskriver vanligt förekommande ångestsymtom. Individen skattar hur mycket hen besväras av varje symtom under den senaste veckan på en fyrgradig skala med svarsalternativ från aldrig till nästan hela tiden. Den totala poängen varierar mellan 0-63 (Beck et al., 1988). Vid utformningen av skalan visade den sig ha hög intern konsistens ($\alpha=.92$) samt hög test-retest reliabilitet över en vecka ($r=.75$). BAI skiljer ångest diagnostiserade grupper från icke ångest diagnostiserade grupper (Carlbring, 2005).

Bortfall

Under perioden 15 december 2013 till 15 mars 2014 sökte eller remitterades (nybesök) 49 individer till den vuxenpsykiatriska mottagningen i Mjölby av dessa 49 svarade 42 (86 %) individer på ordinarie skattningsbatterier tillsammans med BAI och PSWQ. 7 (14 %) individer har av olika anledningar valt att inte fylla i respektive skattningarna.

Etiska överväganden

Det är viktigt att forskaren tar ansvar för sin inriktning på studien och tänkbara följder av resultatet. De Forskningsetiska principerna (Vetenskapsrådet, 2002) beskriver fyra etiska huvuddrag. Dessa är informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav. Informationskravet innebär att *"forskaren skall informera uppgiftslämnaren och undersökningsdeltagaren om deras uppgifter i projektet och vilka villkor som gäller för deras deltagande"* (s. 7). Samtyckeskravet innebär att *"Deltagaren i en undersökning själv har rätt att bestämma över sin medverkan"* (s. 9). Konfidentialitetskravet innebär att *"Alla uppgifter om identifierbara personer skall antecknas, lagras och avrapporteras på ett sådant sätt att enskilda människor ej kan identifieras av utomstående"* (s. 12). Nyttjandekravet innebär att *"Uppgifter om enskilda, insamlade för forskningsändamål, får inte användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften"* (s. 14).

Föreliggande studie lämnade ingen särskild information angående insamlandet av extra formulär (PSWQ och BAI) då alla som sökt till psykiatriska öppenvårdsmottagningen under angiven period fick en allmän information via kallelsen, om att de i samband med eller innan besöket ombads att fylla i skattningsformulär i bedömningssyfte. Denna studie har inte varit inriktad på individnivå utan vårt intresse har varit att titta närmare på screeningen i samband med en första bedömning. Ingen redovisning kommer att ske som kan kopplas till enskild individ och skattning. Forskarna har ingen information eller kunskap om de individer som fyllt i skattningarna utan all data kring detta är anonymt redan i samband med att data skickats till forskarna. All data har behandlats konfidentiellt och diagnoserna har tagits fram direkt från statistik i det datoriserade journalsystemet Cosmic och går inte att kopplas till enskild individuell skattning. Utifrån detta har vi bedömt att vi inte behövt något enskilt samtycke från de individer som fyllt i skattningarna. Forskarna har behandlat allt data med respekt för den enskildes integritet.

Databearbetning

Författarna jämförde resultaten från skattningsformulären PSWQ och BAI för att undersöka grad av rapporterad generell oro/ångest och jämförde också senare resultaten från skattningarna med fastställda diagnoser under undersökningsperioden. Poängen på PSWQ och BAI sammanräknades i ett första steg. En beräkning (pearson's r) genomfördes därefter av korrelationen mellan patienternas poäng på PSWQ respektive BAI. Därefter beräknades hur många av patienterna som låg över cut-off nivån för ångest på BAI (26) respektive PSWQ (65). En fyrfältstabell skapades utifrån detta för att åskådliggöra fördelningen av individer som låg över respektive under på BAI respektive PSWQ. Därefter beräknades om det fanns systematiska skillnader avseende poäng på BAI respektive PSWQ (förekomst i kategori över cut-off på BAI men under i PSWQ och tvärtom) med hjälp av chi²-analys. För att åskådliggöra de diagnoser som ställdes under undersökningsperioden skapades en tabell (tabell 4). Tabellen redovisas i procent, diagnoser indelade i tre grupper (depression, ångest och övrigt). Resultatet i tabellen har sammanställts från statistik tagen från Landstingets datajournalsystem, Cosmic.

Resultat

Syftet med studien var att undersöka eventuell relevans med att använda självskattningsformulär som avser att mäta olika ångestsymtom, jämfört med att endast använda en symptomskattning, i screening för generaliserad ångest i tidiga psykiatriska bedömningar. Syftet var också att jämföra skattningar av ångest i självskattningsformulären PSWQ och BAI med avseende på eventuella skillnader i rapportering av ångestnivå.

I tabell 1 syns vissa demografiska data för deltagarna (n=42), 67 % var kvinnor och 33 % män (28 kvinnor och 14 män). Medelåldern var 34,2 år med en åldersspridning på mellan 19 och 54 år. Respondenterna har ett medelvärde på 57.2 poäng på PSWQ och 22.7 poäng på BAI.

Tabell 1 här

I tabell 2 redovisas resultatet av korrelationsberäkningarna för de fyra variablerna ålder (1), kön (2), PSWQ (3) och BAI (4) var och en för sig. Beräkning av signifikanstest på korrelationskoefficienten syns i kolumnerna Sig. alla värden under 0.05 betraktas som signifikanta.

Tabellen visar på ett samband mellan kön PSWQ-poäng respektive BAI-poäng. För att tolka sambandet beräknades resultaten på PSWQ och BAI utifrån en uppdelning på kön. Då framkom att män i genomsnitt hade 47.36 poäng på PSWQ medan kvinnor hade 62.25. Vidare hade män 13.57 på BAI i snitt, medan kvinnor hade 27.32. Kvinnor i materialet föreföll med andra ord vara mer oroade och ångestfyllda än män, även om antalet män var för litet för att dra några säkra slutsatser kring. Vidare visar tabell 2 en positiv korrelation mellan PSWQ och kön och även med BAI. Med andra ord visar resultatet att patienter med höga poäng på PSWQ i allmänhet också visade högre BAI poäng. BAI korrelerar med kön och PSWQ poäng vilket innebär att kvinnorna rapporterade högre grad av fysiologisk ångest och att ju högre grad av fysiologisk ångest som rapporterades i hela gruppen desto högre resultat även på PSWQ. Åldersfaktorn visade sig inte ha något samband med vare sig grad av ångest eller kön.

Tabell 2 här

I tabell 3 redovisar antalet individer som skattat över respektive under cut-off värdena för PSWQ och BAI. I översta vänstra cellen redovisas antalet individer som skattat PSWQ över cut off värde på 65 poäng, (vilket kategoriseras som GAD enligt PSWQ skalan), och samtidigt BAI under cut-off värdet (26 poäng) vilket kategoriseras som svår ångest (2 st.). I översta högra cellen redovisas antalet individer som skattat PSWQ över cut-off och över cut-off, 26 poäng på BAI (12 st). Andra raden i tabellen redovisas respondenternas skattning på PSWQ under cut off värdet, 65 poäng plus BAI skattningen under cut off värdet (21 st.). Samma rad i tabellen redovisar också PSWQ under cut off värdet plus BAI över cut-off värdet för respektive formulär (7 st.).

En chi²-beräkning genomfördes med utgångspunkten att avgöra om fördelningen mellan förekomst i respektive cell kunde förväntas utifrån syftet för studien. Resultatet visade att det var relativt sett fler som hamnade under cut-off-nivån för PSWQ jämfört med för BAI ($p < 0.05$) Vidare visade resultatet att det var något fler som låg över cut-off på BAI men under cut-off på PSWQ (7st) ($p < 0.5$).

Tabell 3 här

Tabell 4 redovisar de diagnoser, i procent som respondenterna erhöll i samband med nybesök under perioden 20131215-20140315. Statistiken är hämtad från Landstingets datajournal system, Cosmic.

Översta cellen redovisar de individer som fått diagnosen depression (33 %) i varierande grad. Mittencellen redovisar ångestdiagnoser (25 %). Ångestdiagnoserna är den minsta gruppen i sammanställningen. Inom gruppen ångest återfinns diagnoserna agorafobi, social fobi, tvångssyndrom, ospecificerad ångest och generaliserad ångestsyndrom. En av dessa har fått diagnosen generaliserad ångestsyndrom (GAD) och då som bidiagnos. Den största gruppen ligger under Övrigt (42 %) vilket är diagnoser som ligger utanför diagnoskategorierna ångest och depression. Cellen Övriga diagnoser innehåller bl.a. missbruk, självskadebeteende, personlighetsstörningar, ätstörningar, PTSD och ADHD.

Tabell 4 här

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka eventuell relevans med att använda självskattningsformulär med olika inriktning på ångestsymtom i tidiga diagnostiska psykiatriska bedömningar för att screena för generaliserad ångest. Studien visar på resultat som indikerar relevans med att använda självskattningsformulär som är kompletterande av varandra och avser att mäta olika former av ångestsymtom.

I studien framkom att 19 respondenter skattade över cut-off 26, vilket innebär svår ångest enligt BAI (Carlbring, 2005). Resultaten för BAI korrelerade med resultaten från PSWQ och visade på samband gällande att ju högre skattning på BAI, desto högre skattning på PSWQ. 14 respondenter skattade över cut-off 65, vilket innebär GAD skilt från annan Axel I diagnos enligt PSWQ (Fresco et al., 2003) och ytterligare 16 respondenter skattade över cut-off 53, vilket innebär signifikant oro enligt PSWQ skalan (Fresco et al 2003). Utifrån dessa resultat skulle man kunna tänka sig att det finns en tydlig relevans, och ett värde i att screena patienter som skattar hög fysiologisk ångest även med symtomskattningar inriktade på kognitiva symtom som oro, för att genom detta identifiera flera patienter med generaliserad ångestproblematik, oavsett om denna uppgår till diagnostiskt värde 65, enligt PSWQ, eller om den indikerar signifikant oro som på ett tidigt stadiet skulle kunna ingå i, eller bli föremål för behandling riktad mot oro. Att använda symtomskattningar som kompletterar varandra beträffande deras inriktning på symtom, vilket BAI och PSWQ gör, kan utifrån resultaten anses ha relevans då det skulle kunna innebära en möjlighet att precisera screeningen av ångest närmare, och skulle kunna ske stegvis eller samtidigt vid tidiga psykiatriska bedömningar. En tydligare, och tidigare, precisering av ångestproblematiken skulle också kunna innebära tidigare och mer välriktade behandlingsinsatser gällande generaliserad ångest, med möjliga vinster även beträffande utveckling av komorbiditet.

I en jämförelse mellan antalet personer som nådde cut-off för PSWQ och BAI blev det tydligt att fler respondenter nådde cut-off för BAI (18), jämfört med hur många respondenter som nådde cut-off för PSWQ (14) vilket får anses som ett väntat resultat då undersökningsgruppen utgjordes av personer som sökte psykiatrisk kontakt med en stor variation av psykiatrisk problematik, där fysiologisk ångest ofta kan förekomma, vilket också avspeglas i de diagnoser som respondenterna erhållit i samband med de psykiatriska bedömningarna.

7 personer nådde cut-off för BAI medan de samtidigt inte nådde upp till cut-off för PSWQ vilket kan förstås utifrån att den höga fysiologiska ångest som skattades av dessa respondenter kan relateras till ångestproblematik av mer fysiologisk karaktär som till exempel agorafobi och social fobi, vilket också är exempel på diagnoser som vissa av respondenterna erhöll som huvuddiagnos i samband med nybesöket. Att använda BAI i tidiga psykiatriska bedömningar också för att screena för generaliserad ångest kan te sig relevant utifrån resultaten då många av de respondenter som nådde cut-off för BAI också nådde cut-off för PSWQ, och ännu fler respondenter skattade över cut-off för signifikant oro på PSWQ. Det kan vara relevant att tidigt upptäcka patienter med hög fysiologisk ångest som eventuellt senare skulle kunna utveckla generaliserad ångest men som i ett tidigare skede uppfattar, uttrycker och söker hjälp för fysiska ångestsymtom. Enligt SBU (2005) är förekomsten av kroppsliga besvär vanligare hos personer med generaliserad ångest än hos normalbefolkningen och att använda BAI i en tidig screening skulle kunna vara relevant för att tidigt upptäcka och särskilja ångest från andra kroppsliga symtom. Leahy et al (2012) beskriver att somatiseringsoro är vanlig hos personer med GAD vid stigande ålder och därför ter det sig relevant att använda ångestskattning med BAI för att undersöka fysiologisk ångest relaterat till den generaliserade ångesten. I en framtida studie skulle det vara intressant att knyta respondenternas skattningar också till de individuella diagnoser de erhållit i samband med bedömningarna.

I studien framkom inga signifikanta skillnader i rapporteringen av ångest relaterat till ålder. Medelåldern på respondenterna i undersökningen var 34,2 vilket ligger nära det åldersintervall som bland andra Beck et al., (2010) beskriver som en kritisk period då symtom av GAD vanligen utvecklas. Rapporteringen av generaliserad ångest kan beskrivas som hög på gruppnivå i undersökningsgruppen då genomsnittspoängen för PSWQ återfinns på 57,2 vilket enligt bland andra Fresco et al., (2003) innebär att man når över cut-off värde för signifikant oro på PSWQ, cut-off värdet är enligt dessa forskare 53 poäng för att diskriminera mot icke signifikant oro och 65 poäng innebär cut-off värde för att diagnostisera GAD utifrån PSWQ och diskriminera mot andra axel I störningar.

Precis som i SBU:s rapport från 2005 är det även i den här studien tydligt att det finns könsskillnader i rapporteringen av ångestsymtom. I den här studien framkom att kvinnor

rapporterade en signifikant högre ångestnivå på både självskattningsformulären PSWQ och BAI, jämfört med männen som svarade i undersökningen. Männen resultat från PSWQ visar på genomsnitt poäng på 47,36 medan kvinnornas återfinns på 62,25. Detta innebär, förutom den signifikanta skillnaden mellan män och kvinnor i rapporterad ångest, att männen i genomsnitt inte når cut-off för diagnosen GAD enligt mätning med PSWQ medan kvinnorna i genomsnitt når cut-off för GAD och också resultatmässigt ligger nära cut-off för att enligt PSWQ skalan differentiera mot andra axel I störningar. Resultaten indikerar att kvinnorna rapporterar högre grad av ångest och oro av generaliserad form vilket PSWQ avser mäta. Om kvinnors ångestproblematik i högre grad än mäns utmärks av oro, skulle det i diagnostiska bedömningar av ångest vara värdefullt att inkludera bedömningsinstrument som mäter denna oro som komplement till mera fysiologiskt betingad ångestproblematik. Detta gäller både män och kvinnor men kvinnor är enligt SBU (2005) överrepresenterade när det gäller psykisk ohälsa

Resultaten visar också att motsvarande förhållande gällande könsskillnader gäller även BAI där de genomsnittliga resultaten för män visar på en rapportering på 13,57 poäng jämfört med kvinnornas genomsnittliga resultat som återfinns på 27,32. Detta innebär att männen genomsnittliga resultat för ångest på BAI ligger inom intervallet lindrig ångest medan kvinnornas genomsnittliga resultat återfinns precis över gränsen till intervall svår ångest enligt BAI skalan.

Den positiva korrelation som framkommer i ångestrapportering mellan instrumenten PSWQ och BAI visar också på att de båda instrumenten följs åt, ju högre resultat på BAI desto högre resultat även av rapporterad oro/ångest i PSWQ. Detta kan också jämföras med bland annat beskrivningar av samsjuklighet enligt SBU (2005) som visar på massiv komorbiditet mellan GAD och andra ångestsyndrom där generaliserad ångest ofta samexisterar med annan ångestproblematik och dessutom enligt Hettema, Prescott & Kendler (2004) kan vara svår att skilja ut från den övriga ångesten. Svårigheterna att differentiera i ångestproblematik och närmare avgränsa vilken typ av ångest som dominerar sytombilden skulle kunna underlättas av att i den diagnostiska bedömningen ställa mer riktade frågor mot generaliserad ångest, till exempel genom självskattningsformulär som avser mäta sådana symtom. Att i en tidig diagnostisk bedömning av psykisk ohälsa rikta viss uppmärksamhet mot symtom av generaliserad ångest kan motiveras utifrån de höga siffror gällande förekomst och prevalens som bland andra Kessler, Walters och

Wittchen (2004) beskriver och det faktum att en underdiagnostisering av GAD sannolikt förekommer i psykiatriska bedömningar, då generaliserad ångest är svår att skilja från andra ångesttillstånd enligt Beck et al. (2010).

I vår undersökning låg 16 respondenter över cut-off på PSWQ för signifikant oro (53) och ytterligare 14 respondenter nådde cut off (65) för GAD differentierat från andra ångeststörningar på PSWQ. I den jämförelse vi gjorde med de faktiska diagnoser som ställts vid nybesöken under den aktuella tiden kan vi konstatera att ingen av respondenterna erhöll diagnosen GAD som huvuddiagnos och att endast en patient erhöll GAD som tilläggsdiagnos. Ett stort antal av respondenterna erhöll dock en annan ångestdiagnos som huvuddiagnos, detta gällde särskilt för diagnosen Ångest utan närmare specifikation. Man kan argumentera att de diagnoser som ställdes under undersökningsperioden, ställdes under nybesök och kan komma att ändras och också specificeras vid fördjupade bedömningar. Men det kan också förhålla sig så att huvuddiagnosen som ställdes vid nybesöket kan förbli behandlingsdiagnos under lång tid vilket skulle kunna leda till en mera allmänt hållen ångestbehandling. En sådan behandling skulle kunna innebära förbättring och symtomreduktion även hos patienter med GAD men en mera specifikt inriktad behandling mot just orosproblematiken skulle sannolikt kunna öka ett gott behandlingsutfall hos denna patientkategori. I SBU:s rapport från 2005 beskrivs att det är KBT som gällande psykologisk behandling har tydligast evidensstöd för behandling av GAD.

En vanligt förekommande diagnos i den undersökta gruppen var också depression av olika grad och också av recidiverande karaktär. GAD har enligt bland andra Papageorgiou och Wells (2001) en hög grad av komorbiditet med depression och oron som hör till generaliserad ångest kan vara svår att skilja från bland annat mer depressiva ruminationer varför det är viktigt att försöka särskilja dessa tillstånd. Utifrån det faktum att resultaten visade på i genomsnitt höga poäng för undersökningsgruppen på PSWQ, över cut off gränsen för signifikant oro, skulle det kunna vara värdefullt att särskilja depression från generaliserad ångest. Det skulle också kunna vara värdefullt att tidigt upptäcka generaliserad ångest då bland andra Borkovec och Roemer (2006) beskriver att generaliserad ångest ofta kan innebära och leda till utveckling av nedstämdhet och depression. En tydligare bedömning, och i förlängningen behandling, av generaliserad ångest skulle i bästa fall också kunna innebära en minskad risk för depression. I en framtida studie skulle

det vara intressant att jämföra resultaten från självskattningar av ångest även med självskattning för depression och att också kunna jämföra dessa med diagnostik på individnivå.

Vi valde att specifikt jämföra resultat som återfanns över cut-off 65 på PSWQ med resultaten från BAI. Detta då 65 poäng på PSWQ enligt Fresco et al (2003) innebär diagnostiskt värde för GAD diskriminerat från andra axel I störningar. Utifrån resultaten från undersökningsgruppen är det tydligt att långt fler respondenter skattade över 53 poäng, signifikant oro på PSWQ, jämfört med hur många som skattade över 65 poäng. I en annan studie skulle det vara intressant att jämföra respondenter som uppnår den lägre cut-off för signifikant oro med en annan symtomskattning av ångest, som BAI. Då många av de respondenter som deltog i vår undersökning nådde cut-off för signifikant oro skulle det vara intressant att använda självskattningsformulär som PSWQ som avser mäta oro, även i tidiga vårdkontakter till exempel inom primärvården, för att tidigt uppmärksamma generaliserad oro och kunna behandla den samma tidigt. På så sätt kanske det skulle kunna vara möjligt att i vissa fall kunna undvika en utveckling där oron utvecklas till ångestproblematik med resultat på PSWQ som når det högre värdet, 65 cut off, i symtomskattning. Borkovec och Newman (1998) beskriver att många personer med GAD problematik söker hjälp för fysiska symtom inom primärvården och behandlas med medicinering, men att de sällan erhåller psykologisk behandling, ett tidigt uppmärksammande av signifikant oro skulle kunna innebära vinster i att på ett tidigare stadiet behandla denna oro innan problematiken utvecklats till befäst ångestsyndrom som generaliserat ångestsyndrom.

Referenser

Allgulander, CH., Paxling, B., & Andersson G. (2011). Tema ångestsjukdomar/Klinisk översikt. Generaliserad ångest kan behandlas effektivt. *Läkartidningen*, 14, 792-794. Volym 108.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Text Revision Ed.). Washington, DC.

Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R. G., Rapee, R. M., Ruscio, A. M., & Stanley, M. A. (2010). Generalized Worry Disorder: A review of DSM-IV Generalized Anxiety Disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 134-147.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (second edition). New York: Guilford Press.

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

Beck, A.T., & Clark, D.A. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Science and Practice. New York: Guilford Press.

Behar, E., Dobrow DiMarco, I., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Stamples, M. S. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorder*, 23, 1011-1023.

Blazer, D. G., Hughes, D., Swartz, M., & Boyer, R. (1991). Generalized anxiety disorder. I Robinson, L. N. & D., A. Regier (red.). *Psychiatric disorders in America* (s. 180-203). New York: Free Press.

Borkovec, T. D., Alcaine, O. Mo., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In I. R. Heimberg, C. Turk, & D. Meninn (red.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (sid. 77-108). New York, NY, US: Guilford Press.

Borkovec, T., D., Roemer, L., & Kinyon, J. (2002). Disclosure and Worry: Opposite Sides of the Emotional Processing Coin. In Pennebaker, J., W. (red.). *Emotion, Disclosure and Health*. Washington. DC: American Psychological Association. (pp. 47-70).

Borkovec T. D., & Newman M.G. (1998) Worry and Generalized Anxiety Disorder. In Salkovskis (Ed.) *Adults: Clinical Formulation and Treatment*. Oxford: Pergamon Press (pp. 439-459).

Borkovec, T. D., & Roemer, L (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry Vol. 26 (1): 25-30*.

Borkovec T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. I Davey, G & Tallis, F. (Red), *Worrying: perspectives on theory assesment and treatment*. Sid. 5-33. Sussex, England: Wiley & sons.

Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinssky, T., & DePree, J. A. (1983) Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992) Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 835-844.

Brown, Timothy A., O'Leary, Tracy A., & Barlow David H. (2001) *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. Third Edition, Guilford Press.

Brown, T. A., DiNardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorder: Implications for classification of emotional disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.

Butler, Gillian, Fennell, Melanie, & Hackmann, Ann (2010) *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders*. Guilford Press, New York.

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

Carlbring: <http://www.carlbring.se/form/formularsammanstallning.pdf>

Hämtad 2013-09-01

Carter, R., M., Wittchen, U. H., Pfister H., & Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threchhold DSM IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 13, 78-88.

Dinan, T. (2006). Therapeutic options: Adressing the curent dilemma. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 119-127.

Dugas M.J., & Robichaud M. (2007). *Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder. From Science to Practice*. Routledge Taylor & Francis Group, New York.

Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized Anxiety Disorder: a preliminary test of conceptual model. *Behaviour Reearch and Therapy*, 36, 215-226.

Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Turk, C. H. (2003). Using the Penn State Worry Questionnaire to identify individuals whith generalized anxiety disorder: a receiver operating characteristic analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 283-290.

Hettema, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2003) The effects of anxiety, substance use and conduct disorders on risk of major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 33(8), 1423-1432.

Keller, M. B. (2002). The long-term clinical course of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 11-16.

Kessler, R. C., Walters, E. E., & Wittchen, H. U. (2004) *Epidemiology*. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advance in research and oractice* (pp. 29-50). New York: Guilford Press.

Leahy Robert L. (2010) *Anxiety Free*. 3rd edition, Hay House.

Leahy, Robert L., Holland Stephen J. F., & McGinn Lata K (2012) *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. Second edition Guilford Press, New York.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.

Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28 (6), 487-496.

Noyes, R., Woodman, C., Gavey, M., J., Cook, B. L., Suelzer, M., & Andersson, D., J. (1992). Generalized anxiety disorder vs. Panic disorder. Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 369-379.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 160-164.

Rapee, R., M. (1991). Psychological factors involved in generalized anxiety. I R. M. Rapee, & D. H. Barlow (red.). *Chronic anxiety, generalized anxiety disorder and mix anxiety-depression* (s. 76-95). New York: Guilford Press.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.

SBU, Statens beredningar för medicinsk utvärdering (2012). *Diagnostik och uppföljning av förstämningssyndrom. En systematisk litteraturöversikt*.

SBU, Statens beredningar för medicinsk utvärdering (2005). *Behandling för ångestsyndrom, en systematisk litteraturöversikt*.

http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/angest_Vol_1.pdf

Hämtad 2013-09-01

Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Socialstyrelsen.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Mennin, D. S. (2004). Assessment in Heimberg, R. G., Turk, C. L. & Mennin D. S. (Eds.), *Generalized anxiety disorder. Advances in research and practice* (pp. 217-247). New York: Guilford Press.

Vetenskapliga rådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistiska och samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wadström Olle (2011) *Sluta älta och grubbla – lättare gjort med kognitiv beteendeterapi*. Psykologinsats, tredje upplagan.

Wells, A., & Morrison, A. (1994). Qualitative dimensions of normal worry and normal obsessions: A comparative study. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 867-870.

Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 310-320.

Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 526-555.

Wells Adrian (2011) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorder – A Practice Manual and conceptual Guide*. WILEY, UK.

Westbrook, David, Kennerley, Helen, & Kirk, Joan (2011). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy. Skills and Application*. Second Edition. SAGE publications Ltd.

World Health Organization (WHO) (2007). *International statistical classification of diseases and related health problems*, (10 upplagan). Genève: WHO.

Öst, Lars-Göran (red.) (2013). *KBT inom psykiatrin*. Andra reviderade och utökade utgåvan. Natur & Kultur, Stockholm.

Tabell 1. I tabellen redovisas vissa demografiska data för deltagarna (n=42), 67 % var kvinnor och 33 % män (28 kvinnor och 14 män). Medelåldern var 34,2 år med en åldersspridning på mellan 19 och 54 år. Respondenterna har ett medelvärde på 57.2 poäng på PSWQ och 22.7 poäng på BAI.

Kön (m/K)	33.3/66.7
Ålder (sd)	34.2 (9.7)
PSWG (sd)	57.2 (13.7)
BAI (sd)	22.7 (14.4)

Demografisk data samt medelvärden för PSWQ och BAI (n=42).
Genomsnittliga värden (standardavvikelse inom parentes)

Tabell 2. Tabellen redovisar resultatet av korrelationsberäkningarna för de fyra variablerna ålder (1), kön (2), PSWQ (3) och BAI (4) var och en för sig. Beräkning av signifikantest på korrelations-koefficienten syns i kolumnerna Sig. alla värden under 0.05 betraktas som signifikanta.

		Ålder	kön	pswq	BAI
ålder	Korrelation ®	1	,009	,025	-,093
	p-värde		,956	,874	,559
	N	42	42	42	42
kön	Pearson Correlation	,009	1	,519**	,455**
	p-värde	,956		,000	,002
	N	42	42	42	42
pswq	Pearson Correlation	,025	,519**	1	,712**
	p-värde	,874	,000		,000
	N	42	42	42	42
BAI	Pearson Correlation	-,093	,455**	,712**	1
	p-värde	,559	,002	,000	
	N	42	42	42	42

** . Korrelationen

Tabell 3. Redovisar antalet individer som skattat över respektive under cut-off värdena för PSWQ och BAI.

	Under BAI	Över BAI		
Över PSWQ	2	12	14	
Under PSWQ	21	7	28	
	23	19	42	

Tabell 4. Tabellen redovisar de diagnoser i procent, som ställdes under undersökningsperioden 20131215-20140315. Statistiken är hämtad från Landstingets datajournalssystem, Cosmic.

Diagnos	Procent
Depression	33
Ångest	25
Övrigt	42

Tabell 5. Redovisning på cut-of värden för respektive självskattningsskalor PSWQ och BAI

Beck Anxiety Inventory (BAI)	Total poäng [0-63]	Kategori:
	0-7 poäng	Lågt värde
	8-15 poäng	Lätt ångest
	16-25 poäng	Måttlig ångest
	26-63 poäng	Svår ångest
Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Människor som inte oroar sig har omkring 30 poäng. ➤ Människor med viss orosproblematik har i allmänhet över 52 poäng ➤ Människor som oroar sig kroniskt har över 65 poäng 	

Cut-off värden på BAI och PSWQ