

Valentinstudien

Parterapi på internet med en flerfaktoriell jämförelse av behandlarstöd och varierande struktur på upplägg

The Valentine Study

Online couple therapy with a multifactorial comparison of therapist support and varied treatment structure

Martin Samuelsson
Emma Way

Handledare: Per Carlbring

Bitr. handledare: Jonas Rafi

PSYKOLOGEXAMENSARBETE, 30HP

PSYKOLOGPROGRAMMET, VÅRTERMINEN 2018

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

VALENTINSTUDIEN – PARTERAPI PÅ INTERNET MED EN FLERFAKTORIELL JÄMFÖRELSE AV BEHANDLARSTÖD OCH OLIKA SORTERS UPPLÄGG

Martin Samuelsson och Emma Way

Problem i kärleksrelationen är vanligt förekommande och kopplas till en högre risk för psykisk ohälsa. Ett sätt att öka tillgängligheten till parterapi är att erbjuda det via internet. Syftet med studien var att undersöka effekten av en 9-veckors internetförmedlad integrativ beteendeterapi för par (IBCT) på upplevd relationstillfredsställelse, ångest och depression, samt om behandlarstöd och olika sorters upplägg påverkar behandlingsutfallet. Totalt randomiserades 104 par ($N = 208$) till fyra behandlingsgrupper som varierade i faktorerna behandlarstöd (ja/nej) och upplägg (en modul i veckan/alla på en gång). Relationstillfredsställelsen förbättrades signifikant från för- till eftermätning ($d = 0,74$) men ingen signifikant skillnad erhöles mellan grupperna. Grupperna med behandlarstöd hade dock fler kliniskt signifikant förbättrade deltagare än grupperna utan stöd (45,1 % kontra 28,8 %). Resultaten indikerar att internetförmedlad parterapi kan vara ett effektivt behandlingsalternativ vid samlevnadsproblematik, men långtidsuppföljningar vore önskvärda och formatet behöver jämföras med sedvanlig parterapi för att bättre kunna utvärdera effekterna.

De flesta kärleksförhållanden innehåller perioder då relationen kantas av problem. Många par lyckas lösa det på egen hand, andra kör fast och behöver hjälp för att komma vidare. Problem i kärleksrelationen omfattas inte av någon diagnos, men beteckningen *samlevnadsproblematik* kan användas som ett samlingsnamn för missnöje och konflikter som ibland uppstår. Det är inte kartlagt exakt hur vanligt förekommande samlevnadsproblematik är, men som en fingervisning hanterade den kommunala familjerådgivningen drygt 29 000 ärenden förra året (Socialstyrelsen, 2017). En annan indikator är skilsmässotal och i Sverige har andelen skilsmässor ökat för samtliga åldersgrupper sedan 1970-talet (Statistiska centralbyrån, 2014). Om utvecklingen håller i sig kommer en fjärdedel av alla som gifter sig idag att vara skilda om åtta år och ytterligare en fjärdedel kommer att skilja sig längre fram.

I den vetenskapliga litteraturen finns en robust koppling mellan samlevnadsproblematik och individuell psykisk ohälsa. Exempelvis gjorde Whisman (2001) en metaanalys av 26 tvärsnittsstudier som visade på en genomsnittlig association mellan relationstillfredsställelse och depressiva symtom på $r = -0,42$ för kvinnor och $r = -0,37$ för män. Vid tolkning av korrelationen kan det vara hjälpsamt att vända sig till Cohens (1992) kategorisering av effektstorlekar som svaga ($r = 0,10$), medelstarka ($r = 0,30$) och starka ($r = 0,50$). Utifrån denna konvention är associationen mellan relationstillfredsställelse och symtom på depression medelstark till stark, vilket innebär att personer som är missnöjda med sin relation också brukar rapportera fler tecken på depression. Fenomenet tycks inte vara kulturellt betingat – sambandet mellan samlevnadsproblematik och depressiva symtom har även observerats i exempelvis Singapore (Sandberg, Yorgason, Miller, & Hill, 2012), Kina (Miller et al., 2013), Japan (Li, Robustelli, & Whisman, 2015) och Sydafrika (Spangenberg & Pieters, 1991).

I andra studier har kopplingen mellan samlevnadsproblematik och psykisk ohälsa i form av psykiatriska diagnosklasser undersökts, och även där har liknande associationer påträffats. Till exempel visade en stor populationsbaserad studie med deltagare från 48 delstater i USA att samlevnadsproblematik ökade risken för depression, substanssyndrom och ångeststörningar med en genomsnittlig oddskvot (OR) på 1,8 (Whisman, 2007). Oddskvot är ett uttryck som kvantifierar relationen mellan två variabler, och en oddskvot på 1,8 innebär att risken för psykiatrisk problematik i studien av Whisman var nästan dubbelt så stor för personer med samlevnadsproblematik. För specifika diagnoser i de tre diagnosklasserna var riskökningen allra störst för bipolär sjukdom (OR = 3,6), alkoholmissbruk (OR = 2,78) och generaliserat ångestsymtom (OR = 2,54). På samma sätt som vid kopplingen till depressiva symtom innebär det alltså att personer som upplever missnöje med sin relation också verkar löpa högre risk att samtidigt uppfylla kriterierna för en psykiatrisk diagnos.

En del studier har använt ett vidare angreppssätt och definierat psykisk ohälsa i bredare termer; exempelvis framkom det i en enkätstudie i USA med drygt 1900 respondenter att samlevnadsproblematik var en av de främsta orsakerna till nervösa sammanbrott (Swindle, 2000). På ett liknande spår visade en metaanalys av 93 studier på en medelstark koppling ($r = 0,37$) mellan kvalitet på äktenskapet och personligt välmående i form av depressiva symtom, självkänsla, livsnöjdhet, global lycka och fysisk hälsa (Proulx, Helms, & Buehler, 2007). Sammanfattningsvis tycks det inte vara avgörande hur psykisk ohälsa konceptualiseras – när relationen fungerar dåligt samvarierar det med psykiskt lidande i både bred och smal bemärkelse.

Tvärsnittsstudier säger ingenting om orsak och verkan, men det finns ett par longitudinella studier som pekar på ett mer kausalt samband mellan samlevnadsproblematik och psykisk ohälsa. I en amerikansk populationsstudie av Whisman och Bruce (1999) undersöktes förstämningssyndrom bland gifta par, och studien visade att missnöje med relationen vid baslinjemätningen innebar en 2,7 gånger större riskökning för att drabbas av egentlig depression under de efterföljande 12 månaderna. Snarlika resultat har även hittats i Nederländerna där samlevnadsproblematik vid baslinjemätningen var associerat med en ökad risk för alkoholmissbruk, social fobi och dystymi under den efterföljande 2-årsperioden som deltagarna följdes (Overbeek et al., 2006). Samlevnadsproblematik är med andra ord en potentiellt utlösande faktor för psykisk ohälsa, men det tycks även utgöra en vidmakthållande funktion då samtidig samlevnadsproblematik har visat sig predicera sämre utfall vid individuell behandling (Whisman & Baucom, 2012). I en studie från 2010 där depressionspatienter behandlades med det antidepressiva läkemedlet nefzodone, kognitiv beteendeterapi (KBT), eller en kombination av båda, var sannolikheten att nå remission 2,8 gånger lägre om det fanns ett samtidigt missnöje med sin partnerrelation (Denton et al., 2010). Ett liknande resultat framkom i en studie som följde 106 manliga substansmissbrukare över tid, där upplevelsen av personlig kritik från sin kärlekspartner innebar förhöjd risk för återfall, snabbare återfall efter avslutad behandling och färre nyktra dagar under det första året efter behandling (Fals-Stewart et al., 2001).

Slutligen har samlevnadsproblem hos föräldrar även visat sig påverka barns anpassning och fungerande; barn till föräldrar med samlevnadsproblem löper högre risk för

depression, ångest och antisociala beteenden (Strohschein, 2005). Andra studier har funnit att allvarigare konflikter mellan föräldrar som innefattar till exempel hot, förolämpningar och våld är en prediktor för att barn utvecklar svårigheter i samarbete, nedsatt självkontroll och aggressivitet (Cummings, Goeke-Morey, & Papp, 2004; Hosokawa & Katsura, 2017).

Anledningar till att söka parterapi

Bland de vanligaste angivna anledningarna till att par söker hjälp för sin samlevnadsproblematik är problem med kommunikationen, låg känslomässig tillgivenhet, konflikter och en vilja att förhindra en separation (Doss, Simpson, & Christensen, 2004). Män och kvinnor rapporterar vanligtvis liknande anledningar på gruppnivå, men de individuella problembeskrivningarna överensstämmer sällan inom specifika par när paret utgörs av en man och en kvinna. Det finns även vissa könsskillnader i det att kvinnor oftare uttrycker negativ emotionalitet jämfört med män, dessutom uppger de i regel fler anledningar till varför de söker parterapi (Doss et al., 2004). Våld är också vanligt bland par med samlevnadsproblem och förekommer uppskattningsvis hos mellan 25 % till 75 % av de som söker parterapi, även om det inte alltid är en angiven sökorsak (Simpson, Doss, Wheeler, & Christensen, 2007). Trots de höga siffrorna antas våld i parrelationer vara kraftigt underrapporterat (Ehrensaft & Vivian, 1996) och ett kanske lika stort problem är att det är få parterapeuter som faktiskt frågar efter förekomsten av våld (Schacht, Dimidjian, George, & Berns, 2009).

Parterapi

Precis som med andra former av psykologisk behandling finns det en rad olika inriktningar även inom fältet för parterapi. Forskningsstödet varierar för olika terapiformer (se Snyder, Castellani, & Whisman, 2006 för en översikt), men i en meta-metaanalys från 2003 räknade Shadish och Baldwin ut den sammantagna effekten av parterapi utifrån fyra översiktsartiklar och kom då fram till en genomsnittlig effektstorlek på $d = 0,84$. Som författarna påpekar är det fullt jämförbart med många behandlingsmetoder för individer (exempelvis elektrokonvulsiv behandling vid depression, $d = 0,80$), vilket indikerar att parterapi kan vara en effektiv behandlingsform för par med samlevnadsproblematik. De flesta parterapierna har utvecklats och utvärderats i USA på en amerikansk population, men det finns ett svenskt exempel. Lundblad och Hansson (2006) genomförde en klinisk studie där de undersökte effekterna av olika sorters parterapi via kommunal familjerådgivning i Sverige och fann kliniskt signifikant förbättring för både kvinnor och män vid studiens eftermätning. En uppföljning visade även att effekterna höll i sig två år efter studiens avslut.

Enligt Snyder och Halford (2012) finns det i dagsläget fem enskilda metoder inom parterapi där en positiv effekt visats i minst en randomiserad och kontrollerad studie: Traditional Behavioral Couple Therapy (TBCT; Jacobson & Margolin, 1979), Emotion-focused Couple Therapy (EFCT; Greenberg & Johnsson, 1988), Insight-oriented Couple Therapy (IOCT; Wills, Faltler, & Snyder, 1987), Integrated Systemic Couple Therapy (ISCT; Goldman & Greenberg, 1992) och Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT; Jacobson & Christensen, 1996). Att gå igenom samtliga metoder ligger utanför omfånget för denna uppsats, men den sistnämnda metoden, IBCT, kommer att ägnas mer uppmärksamhet eftersom den utgör den teoretiska grunden för den behandling som kommer att utvärderas.

IBCT, som på svenska översätts till integrativ beteendeterapi för par, utvecklades på 1990-talet i USA av Neil S. Jacobson och Andrew Christensen. Som namnet antyder bygger metoden på traditionell beteendeterapi för par (TBCT; Jacobson & Christensen, 1996). De primära interventionerna i den ursprungliga metoden, TBCT, är beteendeförändring, kommunikationsträning och problemlösning (Jacobson & Margolin, 1979). En utgångspunkt för TBCT är att interaktionen hos par som söker hjälp har blivit bestraffande, vilket gör att mycket fokus tenderar att hamna på oönskade beteenden och att hitta fel på sin partner. Inom TBCT läggs därför mycket kraft på främjandet av positiva beteendeförändringar för att skapa ett mer belönande klimat inom relationen. Paret får hjälp att identifiera positiva handlingar att utföra gentemot varandra, och utöver detta bidrar terapeuten med instruktioner, färdighetsträning, feedback och modellering av önskvärda beteenden (Jacobson & Margolin, 1979). TBCT är mer beforskad än någon annan parterapeutisk metod. Det är den enda metod som uppfyller kriterierna för att kallas effektiv och specifik behandling (från engelskans ”*efficacious and specific treatment*”), vilket innebär att det är den enda parterapi som i minst två studier visat sig vara mer effektiv än ingen behandling, placebobehandling och alternativ behandling med terapeutiskt syfte, så kallad bona-fide treatment (Christensen et al., 2004). I tidigare forskning har behandling med TBCT visat sig hjälpsamt för par med samlevnadsproblematik. Exempelvis gjorde Hahlweg och Markman en metaanalys av 17 studier 1988 och fann en genomsnittlig effektstorlek på $d = 0,95$. I en senare metaanalys från 2005 gick Shadish och Baldwin igenom 30 studier där TBCT jämfördes med att inte få någon behandling, och fann en genomsnittlig effektstorlek på $d = 0,59$. Det är visserligen en mindre effektstorlek än den som Hahlweg och Markman fann, men indikerar ändå att de par som behandlades med TBCT i genomsnitt var mer tillfredsställda än 72 % av de obehandlade paren.

Startskottet för utvecklingen av IBCT kom på 1980-talet när Jacobson, tillsammans med kollegor, analyserade den kliniska signifikansen av fyra olika utfallsstudier som utvärderade effekten av behandling baserad på TBCT. De fann att endast hälften av paren tycktes ha blivit hjälpta av behandlingen, trots att resultatet hade varit statistiskt signifikant. Den andra hälften var antingen oförbättrade under behandlingsfasen, eller så hade de återfallit i sin problematik vid uppföljningen (Jacobson et al., 1984). Till följd av den bristande kliniska signifikansen utvecklades ett alternativt behandlingsprogram, IBCT, där förändringsarbetet som praktiseras inom TBCT integrerades med ett emotionellt acceptansarbete och toleransskapande av varandras olikheter. IBCT utgår ifrån ett antagande om att olikheter finns inom alla relationer och att dessa ibland skapar olösliga problem som bättre hanteras genom acceptans. Den emotionella reaktion som en partner uppvisar på ett beteende kan i vissa fall vara mer problematisk än det triggnade beteendet i sig, och därför är fokus inte bara riktat mot den som uppvisar beteendet, utan även mot mottagaren av det. Behandlingens syfte är inte primärt att lösa problem utan att förändra destruktiva interaktionsmönster mellan individerna i ett par. Ökad förståelse och tolerans inför varandras olikheter har också visat sig leda till mer positiva beteendeförändringar än ett ensidigt fokus på problemlösande, som istället kan skapa motstånd mot förändring (Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, & Eldridge, 2000). IBCT innehåller två acceptansövningar som kallas *empatiskt möte* och *gemensam distans* (Jacobson & Christensen, 1996). Empatiskt möte innebär att en känslomässig betydande konflikt diskuteras, där parterna försöker förstå den andres känslomässiga reaktion med

hjälp och guidning av terapeuten. Gemensam distans innebär att paret får rekonstruera en konflikt och gemensamt utforska hela händelsekedjan på en intellektuell, snarare än emotionell, nivå för att förstå vad som utlöste osämjan. Toleransstrategierna består av att försöka se positiva sidor av sin partners oönskade beteenden och att rollspela sina egna oönskade beteenden och olämpliga reaktioner i terapisesionen. Det senare innebär att paret får spela upp sitt dysfunktionella interaktionsmönster, men i frånvaro av de känslor som vanligtvis präglar situationen, för att skapa en större förståelse av hur det egna beteendet relaterar till problemen i relationen (Jacobson & Christensen, 1996).

Behandling baserad på IBCT har i dagsläget utvärderats i tre randomiserade kontrollerade studier. I den första studien randomiserades 17 par till antingen IBCT-behandling i grupp eller väntelista, där de par som fick den aktiva behandlingen blev signifikant förbättrade (Wimberly, 1997). I den andra studien randomiserades 21 par till antingen TBCT eller IBCT och resultatet visade att relationstillfredsställelsen hos 80 % av paren i IBCT-gruppen förbättrades jämfört med 64 % i TBCT-gruppen (Jacobson et al., 2000). Den tredje studien gjordes fyra år senare och var av liknande upplägg, men betydligt större med 134 par. Resultatet var också snarlikt resultatet från den andra studien; relationstillfredsställelsen hos 71 % av de par som fick behandling med IBCT förbättrades jämfört med 59 % av de som behandlades med TBCT (Christensen et al., 2004). När 130 av de 134 paren följdes upp efter två år var resultatet oförändrat (Christensen, Atkins, Yi, Baucom, & George, 2006). Ytterligare tre år senare gjordes återigen en uppföljning av deltagare som fortfarande var ett par. När relationstillfredsställelsen jämfördes med förmätningarna var 50,0 % av de par som behandlades med IBCT fortfarande förbättrade, jämfört med 45,9 % av de som behandlades med TBCT. Antalet par som hade skilt sig eller separerat under de fem åren som studien pågick var likvärdiga för båda grupper (25,7 % respektive 27,9 %; Christensen, Atkins, Baucom, & Yi, 2010). Sammanfattningsvis har ingen av de två studier som jämfört IBCT med TBCT visat signifikanta skillnader mellan metoderna, även om det funnits en trend mot en fördel för IBCT. I en genomgång av dessa studier av Öst (2008) pekades vissa metodologiska svagheter ut; varken blinda utvärderare eller powerberäkning användes i studierna, men en kanske större svaghet var att de utfördes av upphovsmännen bakom IBCT vilket visar på ett behov av studier av mer oberoende forskare.

Ovan nämnda studier har studerat effekten av parterapi på relationstillfredsställelse, men med tanke på kopplingen mellan samlevnadsproblematik och individuell psykisk ohälsa är en annan relevant fråga vilken effekt parterapi har på individuella variabler som depression och ångest. Det är inte osannolikt att en reduktion av depressions- och ångestsymtom skulle följa av en förbättring av relationstillfredsställelse. Vissa fynd har också gjorts som tyder på det; exempelvis fann en studie från 2016 att IBCT i form av ett internetförmedlat program inte bara förbättrade relationstillfredsställelsen hos paren utan också depressiva symtom, ångest, upplevd hälsa, livskvalitet och arbetsförmåga hos deltagarna (Doss et al., 2016). Olika former av parterapi har också utvärderats som primär behandling för depression, men där har resultaten varit mer blandade. I en metaanalys från 2008 av Barbato och D'Avanzo kunde författarna visserligen inte hitta någon skillnad i symtom mellan deprimerade personer som fått individuell behandling eller parterapi, men metodologiska brister i de granskade studierna omöjliggjorde konkreta slutsatser. Det saknas med andra ord stöd för att parterapi kan fungera som ett alternativ

vid behandling av depression, men däremot tycks minskning av depression vara en positiv bieffekt vid behandling av samlevnadsproblematik.

Terapi på internet

Trots det empiriska stödet för att parterapi kan vara hjälpsamt vid samlevnadsproblematik är det långt ifrån alla par som tar del av den hjälp som finns. Undersökningar har visat att det endast är ungefär en fjärdedel av de par som skiljer sig som sökt någon form av professionell hjälp innan skilsmässan (Doss et al., 2004). Några av de vanligaste skälen som angetts för att inte söka hjälp är en ovilja att dela med sig av sitt privatliv och en föreställning om att det är för sent att söka hjälp, medan det i andra fall kan handla om praktiska omständigheter som brist på tid eller pengar (Doss, Benson, Georgia, & Christensen, 2013). Ett sätt att komma runt många av dessa hinder och göra parterapi mer tillgängligt är att erbjuda det via internet. Enligt Internetstiftelsens rapport *Svenskarna och internet* (Davidsson & Thoresson, 2017) är 94 % av svenskar internetanvändare, och parterapeutisk behandling anpassad till nätet har därför potential att nå ut till många människor. Internetbaserade behandlingar medför vanligtvis en större flexibilitet än sedvanliga terapier, eftersom patienten i regel har tillgång till behandlingsmaterialet dygnet runt via internet (Cicila et al., 2014). Tid och ekonomi blir inte längre lika begränsande faktorer, eftersom patienten i större utsträckning kan bestämma var och när terapin ska genomföras. I en parterapeutisk kontext kan det vara av en extra stor fördel, eftersom parterapi involverar två klienter och de logistiska utmaningarna därmed kan antas vara större än för individualterapi. Ett annat fynd som är intressant i sammanhanget gjordes i en longitudinell studie av Doss, Rhoades, Stanley och Markman (2009) där 213 nygifta par följdes under fem års tid. Under perioden sökte totalt 77 av paren (36 %) någon form av hjälp för relationsproblem och i denna grupp var det fler som läste relationsorienterade självhjälpböcker och deltog i workshops än som sökte parterapi. Resultatet skulle kunna indikera att det finns en efterfrågan av mer lättillgängliga alternativ jämfört med traditionell terapi, och här kan internetbaserad behandling fylla en viktig funktion.

Internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT).

Psykologisk behandling via internet är ett relativt nytt behandlingsformat som började utvecklas för drygt 20 år sedan (Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper, & Hedman-Lagerlöf, 2018). Under denna tidsperiod har det utvecklats från att vara en ny och oprövad terapiform till att implementeras i svensk sjukvård i egenskap av evidensbaserad behandling (se exempelvis www.internetpsykiatri.se). Det är i princip uteslutande internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT) som beforskats även om intresset för psykoterapi via internet på senare år väckts även hos utövare av psykodynamisk terapi (Johansson, Frederick, & Andersson, 2013) och interpersonell psykoterapi (Dagöö et al., 2014). Inom iKBT tilldelas patienten en tidsbestämd och diagnos- eller problemspecifik behandling efter en inledande screeningfas (Andersson et al., 2008). Behandlingsmaterialet består vanligtvis av ett fast antal moduler innehållandes psykoedukativ text relaterad till patientens aktuella problematik med avslutande övningar att genomföra som hemuppgifter (exempelvis aktivitetsdagböcker och exponeringsövningar). Modulerna, som ofta förmedlas veckovis via en internetplattform, kan liknas vid bokkapitel och efterliknar sedvanlig manualbaserad och diagnosspecifik KBT. Patienten kopplas också i regel till en stödbehandlare som introducerar behandling

och ger veckovis feedback på patientens progression via ett asynkront meddelandesystem i internetplattformen (Vlaescu, Alasjö, Miloff, Carlbring, & Andersson, 2016).

IKBT har använts för att behandla mild till måttlig problematik inom en rad olika områden och i dagsläget har metoden utvärderats i över 200 randomiserade och kontrollerade studier, ofta med lovande resultat (Andersson, Carlbring, & Hadjistavropoulos, 2017). I några av de tidigaste studierna behandlades bland annat migrän (Ström, Pettersson, & Andersson, 2000), panikångestsyndrom (Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius, & Andersson, 2001) och depression (Bergström, Holländare, Carlbring, Kaldo-Sandström, & Ekselius, 2003). Till de modernare exemplen hör prokrastinering (Rozental, Forsell, Svensson, Andersson, & Carlbring, 2015), IBS (Ljótsson et al., 2014) och perfektionism (Shafran et al., 2017). Att iKBT kan tillämpas på många olika typer av problematik kan förklaras av att specifika KBT-behandlingar är väldigt lämpliga att omvandla till ett internetförmedlat format tack vare sin höga grad av struktur (Spek et al., 2007). En fråga som ofta lyfts är i vilken utsträckning effekten av sedvanlig, standardiserad KBT är överförbar till iKBT. Denna fråga undersöktes i en metaanalys av 20 studier där iKBT jämfördes med olika former av KBT (Carlbring et al., 2018) och resultatet kunde inte visa på någon skillnad mellan behandlingsformaten. Behandlingseffekterna brukar även, på gruppnivå, bibehållas över flera år (Andersson, Rozental, Shafran, & Carlbring, 2018).

Med och utan behandlarstöd.

En distinktion måste göras mellan guidad och oguidad internetbehandling, det vill säga behandling med eller utan stöd från terapeut, eftersom det guideade formatet tenderar att ha bättre effekt (Palmqvist, Carlbring, & Andersson, 2007). Exempelvis visade en metaanalys av tolv iKBT-studier på en genomsnittlig effektstorlek på $d = 0,61$ jämfört med $d = 0,25$ för behandling utan stöd (Andersson & Cuijpers, 2009). Det är också i linje med fynd av Spek och kollegor (2007) som fann att behandling med stöd hade en effektstorlek på $d = 1,0$ jämfört med $d = 0,24$ för behandling utan stöd. I en senare systematisk översiktsartikel av 14 randomiserade kontrollerade studier drogs dock slutsatsen att effekten av behandlarstöd är mindre än vad som tidigare rapporterats, även om guidad behandling fortfarande är överlägsen oguidad behandling (Baumeister et al., 2014). En annan fråga i sammanhanget är om skillnaden i effektstorlek mellan guidad och oguidad behandling är överförbar till en parterapeutisk kontext. Det har inte studerats fullt ut tidigare, men en möjlig hypotes är att effekten av behandlarstöd helt eller delvis kan ersättas av det faktum att patienter som går i parterapi i stor utsträckning behöver arbeta tillsammans med sin partner. Det betyder vanligtvis att de inte bara är ansvariga för sitt eget terapeutiska arbete utan indirekt också för sin partners, vilket skulle kunna innebära en yttre press att engagera sig i behandlingen.

Med och utan strukturerat upplägg

Det är också möjligt att det finns en skillnad i effekt mellan internetbehandling med lägre, respektive högre, grad av struktur av behandlingsupplägg. Effekten av en högre struktur (exempelvis en tydlig tidsgräns) är inte lika klarlagd som effekten av behandlarstöd, men det finns ett par studier som pekar på att så kan vara fallet. Nordin, Carlbring, Cuijpers och Andersson (2010) fann till exempel att effekterna av oguidad behandling för panikångestsyndrom förbättrades när behandlingen hade en övre tidsgräns i form av ett schemalagt uppföljningssamtal via telefon. På liknande sätt fann Paxling och kollegor

(2013) att flexibilitet från terapeutens sida gällande genomförande av hemuppgifter och förlängning av behandlingstiden korrelerade negativt med behandlingsutfallet. Det kan alltså vara så att tydligare struktur med tidsgränser för genomförande av behandlingen ger större behandlingseffekt än ett mer flexibelt upplägg där patienten själv får bestämma arbetstakten, men det finns ett behov av mer forskning på området för att kunna dra några slutsatser.

Parterapi på internet

Trots att psykologisk behandling på internet ägnats stort intresse är internetförmedlad parterapi ännu ett relativt outforskat område. Den mesta forskningen på iKBT har utförts på individualterapeutiska behandlingar och få studier har undersökt interventioner för par, men det finns några undantag. I USA har flera webbaserade program utvecklats som, genom självhjälp, syftar till att förbättra fungerandet i relationen. Det första programmet som utvärderades empiriskt var *Prevention and Relationship Enhancement Program* (ePREP; Braithwaite & Fincham, 2007), ett preventionsprogram med syfte att förbättra relationsfärdigheter och reducera symtom på depression och ångest. Deltagarna som genomgick ePREP i studien ägnade först en timme åt att läsa olika vinjetter där relationsfärdigheter illustrerades, med ett antal efterföljande frågor kring informationen de läst. Varje vecka fick de sedan ett mail med en uppmuntran att implementera relationsfärdigheterna från vinjetterna i sin egen relation. Efter åtta veckor gjordes en uppföljning som visade att deltagarna var förbättrade på alla tre beroendemått. Ett annat program för par som utvärderats är *Power of Two Online* (PTO). I programmet blandas biblioterapi med webbaserade interventioner och har visat sig ge små, men signifikanta, förbättringar i relationstillfredsställelse bland nyblivna och blivande föräldrar (Kalinka, Fincham, & Hirsch, 2012).

Både ePREP och PTO består dock huvudsakligen av psykoedukation med ett preventivt syfte. Det enda webbaserade program med sekundära interventioner som utvärderats är *OurRelationship* (www.ourrelationship.com). *OurRelationship* bygger på den teoretiska modellen bakom IBCT (Jacobson & Christensen, 1996). Programmet pågår under sex veckor och består av tre delar: observera, förstå och besvara. Den första delen går ut på att identifiera ett eller två relationsproblem att fokusera på under resten av programmet. I del två fördjupas förståelsen av problemet genom att utforska hur det påverkas av olikheter inom paret, dolda känslor kring problemet, externa stressorer och kommunikationsmönster. Den tredje delen av programmet innehåller information om acceptans och förändring, kommunikationstips samt förslag på hur det identifierade problemet kan förbättras. Varje del genomförs individuellt för att sedan avslutas med en konversation med sin partner. Paret får också behandlarstöd i form av fyra 15-minuterssamtal med en tilldelad coach. När programmet utvärderades i en studie av Doss och kollegor (2016) visade det sig leda till en signifikant förbättring i relationstillfredsställelse jämfört med väntelistekontroll ($d = 0,69$). Dessutom lindrade *OurRelationship* symtom på depression ($d = 0,71$) och ångest ($d = 0,94$). Det förbättrade även arbetsförmåga ($d = 0,57$), upplevd hälsa ($d = 0,51$) och livskvalitet ($d = 0,44$) hos deltagarna. Programmets effekter har också visat sig vara långvariga. Vid eftermätning som genomfördes efter tre respektive tolv månader var samtliga positiva effekter antingen oförändrade eller förbättrade (Doss, McKenzie, Nowlan, Rothman, & Christensen, 2018).

Programmet har också utvärderats i en mer kortfattad version (Brief-OR) som uteslutande fokuserade på psykoedukation och acceptansarbete under två veckor. Materialet bestod bland annat av texter, animationer, videoklipp, dagböcker och frågeformulär. Huvuddelen av aktiviteterna genomfördes individuellt, med undantag för en strukturerad konversation där parterna hade i uppgift att dela med sig till varandra av vad de skrivit ned under programmets gång. Även Brief-OR visade sig signifikant förbättra relationstillfredsställelsen jämfört med väntelistekontroll, men effekten var mindre än för det fullständiga programmet och vid tremånadersuppföljningen hade effekten försvunnit helt (Roddy, Nowlan, & Doss, 2016)

I Sverige har det förmodligen genomförts fler studier på iKBT än i något annat land, men trots det finns det endast en tidigare studie där internetbaserad parterapi har utvärderats och det är PIA-studien (Andersson & Gustafsson, 2008; Andreen, 2009). PIA är en akronym för parterapi på internet med acceptansbeteende (pia betyder också kärleksfull och öm på latin). Studien var ett examensarbete vid Linköpings universitet och genomfördes i två omgångar där 79 respektive 18 par genomgick guidad självhjälpsbehandling baserad på IBCT under tio veckor. I den första omgången jämfördes en aktiv behandlingsgrupp med en kontrollgrupp som diskuterade förbestämda frågor på ett internetforum. Resultatet i den aktiva behandlingsgruppen visade på en svag effekt för män ($d = 0,37$) och en stor effekt för kvinnor ($d = 0,88$). I den andra omgången jämfördes två aktiva grupper med varandra, där den ena gruppen hade tillägg av behandlarstöd. Hos kvinnorna i gruppen som fick behandlarstöd uppmättes en stor inomgruppseffekt på relationstillfredsställelsen ($d = 1,14$) jämfört med kvinnorna i gruppen utan behandlarstöd ($d = 0,11$). För männen i studien var inomgruppseffekten av behandlingen medelstor både i den grupp som fick behandlarstöd och i den som inte fick det ($d = 0,76$ respektive $d = 0,60$).

Studiens syfte och frågeställningar

Det har nu gått tio år sedan PIA-studien genomfördes och den är fortfarande ensam i sitt slag i Sverige. Behandlingsmaterialet har sedan dess uppdaterats av ursprungsförfattarna och syftet med föreliggande undersökning är att utvärdera om det nya behandlingsmaterialet, i form av ett internetförmedlat program, kan leda till signifikant förbättrad relationstillfredsställelse samt om några könsskillnader föreligger. Ett annat syfte är att undersöka om det internetförmedlade programmet kan minska symtom på nedstämdhet och ångest, då tidigare studier har visat att sedvanlig parterapi kan ha en sådan effekt (Barbato & D'Avanzo, 2008; Doss et al., 2016). Ett tredje syfte är att undersöka om ett tillägg av behandlarstöd, och/eller ett mer strukturerat upplägg med en modul i veckan (jämfört med alla på en gång) innebär en ytterligare effekt på behandlingsutfall och följsamhet. Metaanalyser av tidigare studier har visat på betydelsen av behandlarstöd vid individuell internetbehandling (Andersson & Cuijpers, 2009; Spek et al., 2007) och ett fåtal studier indikerar att ett strukturerat upplägg ger bättre effekt (Nordin et al., 2010; Paxling et al., 2013), men det behöver undersökas ytterligare vid internetbehandling av par.

1. Leder det internetbaserade IBCT-programmet till signifikant förbättrad relationstillfredsställelse?
2. Leder programmet till signifikant förbättring avseende symtom på ångest och depression?

3. Leder tillägget av behandlarstöd och/eller ett mer strukturerat upplägg (en modul i veckan istället för alla på en gång) till någon ytterligare effekt på behandlingsutfallet?

Metod

Rekrytering

Studien annonserades på internet via social media (www.facebook.com) och andra webbsidor (t.ex. www.studie.nu). Den omtalades i radioinslag (Sveriges Radio P1 och P4) och TV-inslag (Sveriges Television Stockholm) samt omskrevs i artiklar i Dagens Nyheter och SVT Nyheter. Studien presenterades som en nio veckor lång kurs via internet för att komma närmare varandra i sin relation. Intresserade läsare hänvisades till studiens hemsida (www.valentinstudien.se) där information fanns om syftet med studien, hur urvalet skulle gå till samt vilka inklusions- och exklusionskriterier som gällde. Hemsidan innehöll även information om KBT-behandling, datasäkerhet, sekretess och kontaktuppgifter. Intresseanmälningar gjordes genom att ange sin egen och sin partners e-postadress. Till dessa e-postadresser skickades sedan en länk med ett antal självskattningsformulär att svara på individuellt. Formulären bestod av frågor om tillfredsställelse i relationen, förekomst av psykiskt, fysiskt och sexuellt våld i relationen, nedstämdhet och ångest. Utöver detta fick deltagarna även svara på frågor om demografiska variabler, annan aktuell eller tidigare psykologisk behandling eller medicinering, sökanledning och behandlingspreferens (se utförliga beskrivningar av samtliga formulär på sida 13). De par som anmält sig fick anonyma studiekoder som var skapade så att det gick att identifiera vilka deltagare som utgjorde ett par (exempelvis 1234abcdP1 och 1234abcdP2 för ett par). Studiekoderna användes, tillsammans med ett starkt lösenord och unika engångskoder via SMS, för att logga in på en webbaserad krypterad plattform där formulären kunde fyllas i.

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier var att paren skulle a) ha varit tillsammans i minst ett år, b) ha bott tillsammans i minst sex månader, c) kunna tala, läsa och skriva svenska, d) ha tillgång till dator med internetuppkoppling och e) uppleva ett betydande missnöje med relationen. Utöver dessa kriterier skulle f) samtliga deltagare vara över 18 år gamla.

Exklusionskriterier var a) annan pågående psykologisk behandling, b) pågående psykoaktiv farmakologisk behandling, där dosen varit stabil i mindre än sex månader, c) svår depression och/eller suicidtankar, d) förekomst av allvarligt fysiskt eller sexuellt våld i relationen, e) sexuell dysfunktion som primär sökorsak och f) annan pågående primär psykiatrisk problematik som bedömdes kräva annan behandling i första hand.

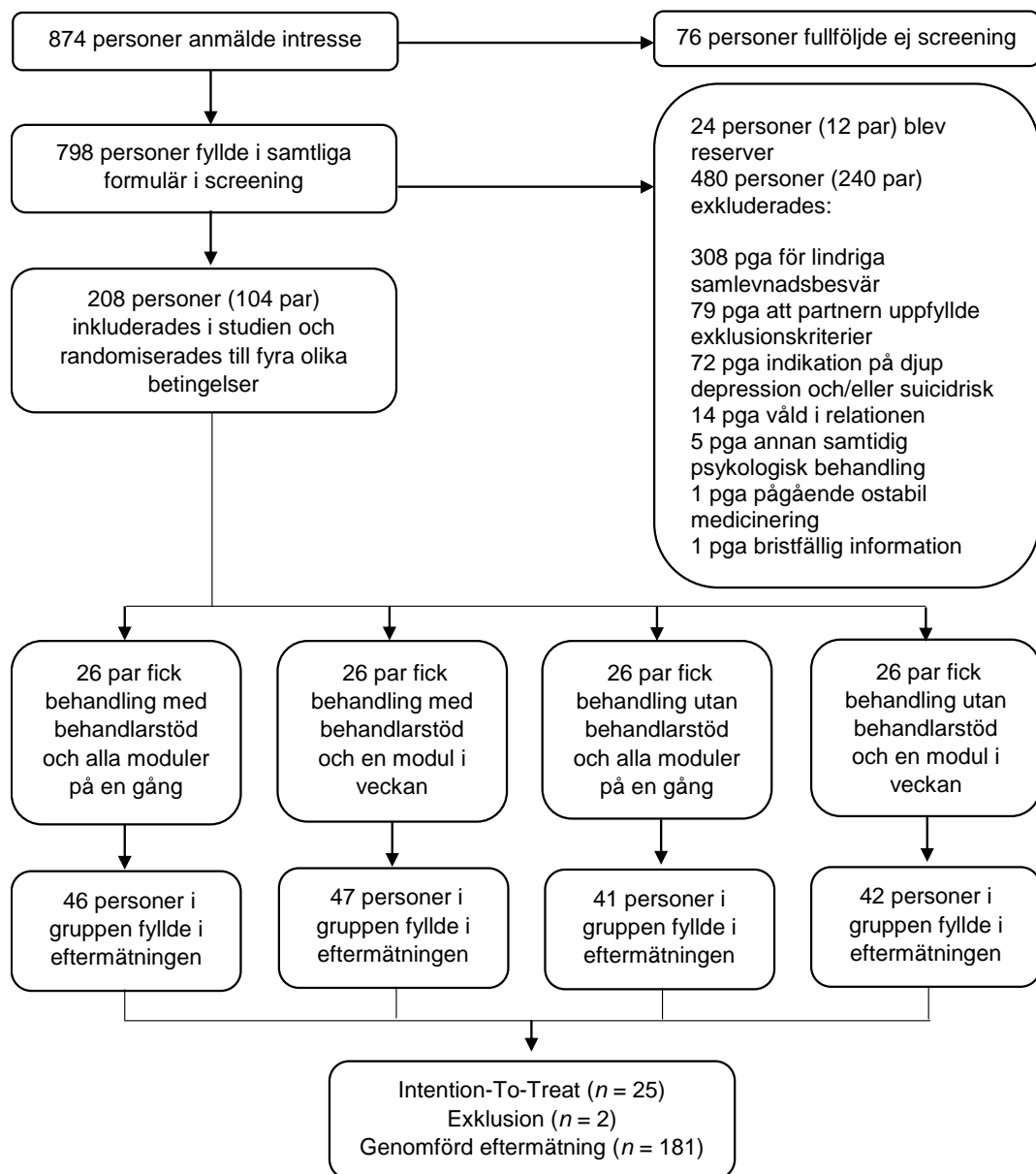
Deltagare

Till en början registrerade sig 449 par, varav 356 par svarade på frågeformulären i screeningen. Av dessa exkluderades 240 par för att de inte uppfyllde samtliga inklusionskriterier eller för att de uppfyllde ett eller fler exklusionskriterier. Totalt 104 par inkluderades i studien och resterande 12 par hamnade på en reservlista. Deltagarna informerades via den webbaserade krypterade plattformen om de hade inkluderats eller exkluderats, med rekommendationer för de exkluderade deltagarna om vilka instanser de

kunde vända sig till istället. För ett flödesschema över deltagarna och anledningar till exklusion, se Figur 1.

Design

De 104 par som inkluderades i studien randomiserades till fyra olika grupper som varierade i faktorerna struktur på upplägg (en modul i veckan/alla på en gång) och behandlarstöd (ja/nej) (se Tabell 1). Randomiseringen utfördes av en oberoende person vid Stockholms universitet genom en internetbaserad randomiseringstjänst (www.random.org). Efter randomiseringen fick deltagarna ett mail med information om vilken grupp de lottats till, samt vidare instruktioner om hur de skulle lägga upp arbetet med behandlingen och hur de skulle använda plattformen. För en demografisk beskrivning av deltagarna som inkluderades i studien, se Tabell 2.



Figur 1. Flödesschema över inklusion, exklusionsorsaker och bortfall.

Tabell 1. De fyra olika behandlingsgrupperna som varierade i två faktorer: upplägg (en modul i veckan/alla moduler på en gång) och behandlarstöd (ja/nej).

		Tillgång till behandlarstöd	
		JA	NEJ
Strukturerat upplägg	JA	Grupp 1 (n = 52) <i>Behandling med en modul i veckan och behandlarstöd</i>	Grupp 3 (n = 52) <i>Behandling med en modul i veckan <u>utan</u> behandlarstöd</i>
		Grupp 2 (n = 52) <i>Behandling med alla moduler på en gång och behandlarstöd</i>	Grupp 4 (n = 52) <i>Behandling med alla moduler på en gång <u>utan</u> behandlarstöd</i>
	NEJ		

Tabell 2. Demografiska och andra relevanta variabler hos deltagarna

	Struktur och stöd (n = 52)	Flex och stöd (n = 52)	Struktur utan stöd (n = 52)	Flex utan stöd (n = 52)	Totalt (n = 208)
Kön: n kvinna %	51,9%	50,0%	50,0%	50,0%	50,5%
Ålder (år): M (SD)	40,08 (8,18)	43,29 (10,72)	41,38 (7,62)	41,60 (9,06)	41,59 (8,98)
Civilstånd: n %					
Sambo och gift	61,5%	51%	46,2%	61,5%	55,1%
Sambo och inte gift	38,5%	49%	53,8%	38,5%	44,9%
Tid i relation (år): M (SD)	11,48 (7,04)	14,54 (8,02)	13,33 (8,01)	13,21 (7,24)	13,14 (7,62)
Samboende (år): M (SD)	9,50 (7,00)	12,60 (8,41)	11,90 (8,06)	11,62 (7,13)	11,40 (7,70)
Antal barn: M (SD)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	2 (1)	2 (1)
Utbildningsår: M (SD)	16 (3)	16 (3)	17 (3)	15 (2)	16 (3)
Sysselsättning (%)					
Studier	3,8%	3,8%	1,9%	3,8%	3,4%
Arbete	86,5%	78,8%	88,5%	90,4%	86,1%
Sjukskriven	1,9%	1,9%	3,8%	0%	1,9%
Annat	7,7%	15,4%	5,8%	5,8%	8,7%
Tidigare psykologisk behandling %					
Ja	53,8%	57,7%	46,2%	50%	51,9%
Nej	46,2%	42,3%	53,8%	50%	48,1%
Erfarenhet av psykofarmaka %					
Ja	19,2%	25%	21,2%	19,2%	21,2%
Nej	80,8%	75%	78,8%	80,8%	78,8%
Preferens för stöd %					
Stöd	65,4%	63,5%	76,9%	67,3%	68,3%
Inte stöd	32,7%	32,7%	15,4%	30,8%	27,9%
Annat	1,9%	3,8%	7,7%	1,9%	3,8%

Behandlarstöd

Två av de fyra grupperna fick tillgång till behandlarstöd. Paret i dessa grupper blev slumpmässigt kopplade till en av studiens två stödbehandlare så att behandlarna hade hand om 26 par var (13 par som fick en modul i veckan och 13 par som fick alla moduler på en gång). Stödbehandlarna var två psykologstudenter som gick sista terminen på psykologprogrammet vid Stockholms universitet och fick handledning av legitimerad psykolog med drygt tio års klinisk erfarenhet av parterapi. Båda stödbehandlarna hade en grundläggande psykoterapiutbildning i KBT. Behandlarstödet bestod av veckovis skriftlig kontakt på den webbaserade krypterade plattformen samt telefonsamtal under vecka två och vecka sex av behandlingen. Tidsåtgång för stöd via meddelande och telefon var ≤ 15 minuter per deltagare och vecka. Deltagarna fick stöd individuellt och det skedde således inga trepartssamtal där båda i paret var närvarande. Behandlarstödet bestod av uppmuntran, validering, feedback på genomförda övningar, psykoedukation och svar på deltagarnas frågor om behandlingen. De övriga två grupperna hade inte tillgång till behandlarstöd, men informerades om att de kunde kontakta de studieansvariga via plattformen om administrativa frågor uppstod.

Strukturerat upplägg

Två av de fyra grupperna fick ett mer strukturerat upplägg på behandlingen än de övriga två grupperna. Detta innebar att de fick tillgång till max en modul i veckan och att de behövde registrera minst en övning i modulen för att få tillgång till nästa modul. De fick också information om att de behövde göra detta senast i slutet av varje behandlingsvecka för att hinna med en modul i veckan. Om de inte hann innan den utsatta tidsgränsen varje vecka fick de skriftliga påminnelser via plattformen, men fick ändå tillgång till nästa modul när de registrerade en övning. Deltagare i de andra två grupperna fick tillgång till samtliga moduler på en gång. De fick information om att de kunde lägga upp arbetet självständigt, men rekommenderades att arbeta med en modul per vecka för att hinna igenom hela behandlingen på nio veckor. Deltagare som fick tillgång till alla moduler på en gång fick inga påminnelser om att registrera övningar, däremot informerades alla fyra grupper om att de behövde genomföra behandlingen inom nio veckor.

Primära utfallsmått

Relationstillfredsställelse

Självskattningsskalan Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 2001) användes för att mäta tillfredsställelse i relationen. DAS tar ungefär 5-10 minuter att fylla i, består av 32 frågor och innehåller fyra delskalor: dyadisk konsensus (till vilken grad testpersonen är enig med sin partner rörande olika livsområden), dyadisk tillfredsställelse (vilken grad av tillfredsställelse testpersonen känner i relationen med sin partner), dyadisk sammanhållning (till vilken grad testpersonen deltar i gemensamma aktiviteter tillsammans med sin partner) och känslomässiga uttryck (till vilken grad testpersonen håller med sin partner avseende känslouttryck). Varierande likertskalor (tvågradig, fyrgradig, femgradig, sexgradig och sjugradig) används för att skatta olika frågor i formuläret. Poäng på delskalorna sammanfattas till en totalpoäng, där maximal totalpoäng är 151. Högre poäng indikerar högre relationstillfredsställelse. Endast helskalan användes i föreliggande studie då den visat sig ha högst validitet. Både den interna konsistensen för helskalan ($\alpha = 0,96$) och test-retest-reliabiliteten (0,96) är hög (Spanier, 2001). Gränsvärdet för betydande relationstillfredsställelse sattes till 100 poäng, i överensstämmelse med vad som har etablerats i studier av DAS (Cano-Prous et al., 2014).

En totalpoäng på under 100 poäng krävdes således för att inkluderas i studien, eftersom det indikerar kliniskt låg tillfredsställelse med relationen.

I denna studie användes även Valentinskalen (Burman, Norlander, Carlbring, & Andersson, 2018) för att mäta relationstillfredsställelse. Valentinskalen är en nyutvecklad självskattningsskala med tre påståenden och fyra frågor som avser mäta kvalitet i en parrelation. Den ger en totalpoäng på 21 poäng där en poäng på 17 eller högre ska indikera hög tillfredsställelse med relationen. Bland deltagarna som anmälde sig till denna studie var medelpoängen 13, och för de som blev inkluderade var medelpoängen 12. Valentinskalen har en hög test-retest-reliabilitet ($r = 0,80$) och korrelerar väl med DAS ($r = 0,74$).

Sekundära utfallsmått

Depression

För att mäta symtom på depression användes Patient Health Questionnaire 9-Item Scale (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001), en självskattningsskala bestående av nio frågor som avser mäta grad av depressiva besvär under de senaste två veckorna. Varje fråga besvaras på en 4-gradig likertskala där svarsalternativen är 0 ("inte alls"), 1 ("flera dagar"), 2 ("mer än hälften av dagarna") och 3 ("nästan varje dag"). En ytterligare avslutande fråga ställs om i vilken utsträckning problemen skapar svårigheter att sköta sitt arbete, hem eller umgänge. Skalan bedöms ha en hög intern reliabilitet ($\alpha = 0,89$). Maximal totalpoäng för PHQ-9 är 27. Deltagare med poäng ≥ 15 exkluderades från föreliggande studie, då poäng mellan 15-27 tyder på att egentlig depression kan föreligga.

Ångest

För att mäta symtom på ångest användes Generalised Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006), en självskattningsskala bestående av sju frågor som avser mäta symtom på ångest under de senaste två veckorna. Varje fråga besvaras på en 4-gradig likertskala där svarsalternativen är 0 ("inte alls"), 1 ("flera dagar"), 2 ("flertalet dagar") och 3 ("dagligen"). Maximal totalpoäng för GAD-7 är 21. Tröskelvärden för mild, medel och allvarlig ångest är 5, 10 respektive 15 poäng. Skalan bedöms ha hög intern reliabilitet ($\alpha = 0,92$) och hög test-retest-reliabilitet ($r = 0,83$) (Spitzer et al., 2006).

Screeningmått

Våld i relationen

För att upptäcka våld i relationen användes Revised Conflict Tactics Scale short form (CTS-2S; Straus & Douglas, 2004). Det är en självskattningsskala för att mäta grad av psykiskt, fysiskt och sexuellt våld i en parrelation som tar ungefär tre minuter att administrera. Originalskalan CTS-2 består av 78 frågor (Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996), men i denna studie användes kortversionen med 20 frågor om olika typer av våldsutövande som besvaras genom att skatta hur ofta en viss våldshandling har inträffat under det senaste året. Skalan består av fem delskalor: resonerande, psykisk aggression, fysiskt våld, sexuellt våld och skador. Varje fråga besvaras på en likertskala från 0 ("har aldrig hänt") till 7 ("mer än 20 gånger"). Vid poängsättning uppskattas allvarlighetsgrad enligt kategorierna 0 = "inget våld", 1 = "lindrigt våld" och 2 = "allvarligt våld". Tidsangivelsen ändrades dock i denna studie från "det senaste året" till "de senaste sex veckorna", med ett svarsalternativ som identifierar att våldsutövandet inte

har skett under de senaste sex veckorna men att det har inträffat innan dess. CTS-2 bedöms ha en hög intern reliabilitet med ett alfa-värde som varierar mellan 0,79-0,95, och är den mest använda skalan för att mäta förekomst av våld i familjer (Jones, Browne, & Chou, 2017). Deltagare exkluderades från denna studie om de rapporterade att de hade utsatt sin partner eller själva utsattes för allvarligt fysiskt eller sexuellt våld (2 poäng på delskalorna fysiskt våld, sexuellt våld eller skador).

Intervention

Behandlingen utgjordes av materialet från boken *Närmare varandra - 9 veckor till en starkare relation* (Burman et al., 2018). Texten från boken genomgick mindre anpassningar för att läggas in i den webbaserade plattformen iTerapi (som exempel ersattes formuleringen "i den här boken" till "i den här kursen") och de nio kapitlen gjordes om till nio moduler som deltagarna kunde komma åt via plattformen. Varje modul bestod av texten från motsvarande kapitel samt textrutor där deltagarna kunde fylla i sina egna svar på övningarna. Totalt bestod modulerna av 128 A4-sidor text inklusive 31 övningar. För en mer detaljerad sammanfattning av varje modul i kursen, se Tabell 3.

Tabell 3. Beskrivning av samtliga moduler i kursen och tillhörande övningar

Modul och ämne	Övningar
<i>1. Inledning och vanliga problem i relationer.</i> Beskrivning av kursen, exempel på relationsproblem, hur relationer formas, acceptans som förhållningssätt, polariseringsprocessen.	Formulera mål med relationen. Beskriva a) styrkor i relationen b) vad jag vill och inte vill göra för min partner c) konsekvenser av det jag gör och inte gör för min partner d) en konflikt.
<i>2. Konfliktkunskap.</i> Vanliga risksituationer, fysiologiska förklaringar till konflikter, vanliga påfrestningar.	Beskriva a) en konflikt från olika perspektiv b) olikheter c) ömma punkter.
<i>3. Parformulering och mål.</i> Triggers och konsekvenser, hitta gemensamt tema, värderingar och mål, förändring, mer om acceptans, ömma punkter.	Skapa en gemensam formulering kring vad de vill uppnå med kursen och hur de vill att relationen ska se ut i framtiden.
<i>4. Möt varandra med samtal.</i> Att uttrycka sig, fallgropar i kommunikation, lyssna aktivt, kroppsspråket, mer om acceptans.	Skriva ett brev med metoder för konstruktiv kommunikation, svara på brevet.
<i>5. Lär känna varandra på djupet.</i> Fördjupad kommunikation, time-out, villighet.	Hålla ett samtal med metoder för konstruktiv kommunikation, skriva en lista på saker att göra mer eller mindre av för sin partner.
<i>6. Att närma sig varandra.</i> Att inte döma eller värdera, att vara uppmärksam på sin partner, empati, problem med sexlivet, att närma sig varandra fysiskt.	Tankeexperiment: Uppmärksamma negativa och positiva aspekter av sin partner, ge varandra full uppmärksamhet och acceptans, övning i fysisk beröring, välja ut saker att göra för varandra.

7. <i>Utmaningar i relationen.</i> Att välja förhållningssätt till sin partner, tolerans kontra acceptans, svartsjuka.	Lista saker att göra för att ta hand om sig själv, fejka negativa beteenden, uppmärksamma positiva sidor hos sin partner, fortsätta utföra saker för varandra, övning i fysisk beröring.
8. <i>Lösa problem tillsammans.</i> Problemlösning och en modell för gemensam problemlösning, riktlinjer för problemlösning.	Övning i strukturerad problemlösning, övning i fysisk beröring.
9. <i>Knyt ihop säcken!</i> Mer om acceptans, att välja beteenden som fungerar i längden, att hantera motgångar, att fortsätta med strategier efter kursen, grundpelare som sammanfattar kursens budskap.	Samtal med acceptans och empati, värderingar, komplimanger, beskriva problem, skriva vidmakthållandeplan.

Eftermätning

Efter att behandlingen avslutats ombads samtliga deltagare att fylla i eftermätningen bestående av självskattningsformulären DAS, Valentinskalen, PHQ-9, GAD-7 samt avslutande frågor om hur de hade upplevt sitt deltagande i kursen. Deltagarna informerades även om att en uppföljande mätning skulle ske efter ett år.

Material

Den webbaserade plattformen iTerapi användes för behandlingen i Valentinstudien. iTerapi är en plattform som används vid forskning på internetbaserad psykologisk behandling, där varje studie eller behandling som genomförs via plattformen får sin egen hemsida (Vlaescu, Alasjö, Miloff, Carlbring, & Andersson, 2016). Inloggningen sker via dubbel autentisering; deltagarna får anonyma studiekoder och väljer egna lösenord, dessutom skickas engångskoder ut med SMS till deltagarnas mobiltelefoner varje gång de ska logga in. Deltagare som har behandlarstöd kan hålla kontakt med sin behandlare via plattformen och när deltagarna får ett nytt meddelande skickas även ett externt mail ut som påminner deltagarna om att logga in på plattformen för att läsa meddelandet. Frågeformulär och moduler med tillhörande övningar kan läsas och fyllas i på plattformen.

Etiska aspekter

Valentinstudien är godkänd av den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm. Diarienummer för etikansökan är 2017/1726-31/5. Via hemsidan informerades deltagarna om datasäkerhet för plattformen, att deltagandet var helt frivilligt och att information samlades in under sekretess samt enligt personuppgiftslagen. Deltagarna blev avidentifierade genom anonyma studiekoder och känsliga personuppgifter hanterades endast via det krypterade kontakthanteringssystemet iTerapi. Vid bearbetning av data användes de anonyma studiekoderna. Samtliga deltagare som exkluderades från studien kontaktades via e-post med anledningar till exklusion samt rekommendationer om vart de kunde söka hjälp på annat håll. Studieansvarig fanns dessutom tillgänglig via e-post och

telefon för att svara på frågor från de deltagare som blev exkluderade. Vid allvarlig depression eller suicidalitet blev deltagarna rekommenderade att i första hand söka psykiatrisk vård på annat håll. Vid allvarligt fysiskt eller sexuellt våld rekommenderades deltagarna att kontakta kvinno- eller mansjourer i sin hemkommun och de fick även telefonnummer till nationella hjälplinjen. Deltagare som exkluderades på grund av depression, suicidalitet eller våld blev dessutom meddelade om att deras partner inte hade fått ta del av deras svar. Om en deltagare exkluderades på grund av att deras partner uppfyllde exklusionskriterier fick de ingen specifik anledning till exklusion mer än att de inte uppfyllde inklusionskriterierna, men de fick rekommendationer om vart de kunde söka parterapi på annat håll. Deltagare som blev exkluderade på grund av för hög tillfredsställelse i relationen fick också rekommendationer om vart de kunde söka parterapi på annat håll. Att inte få tydliga anledningar till exklusion kan ha upplevts som negativt för de deltagare som det berörde, men det hade inte kunnat ges utan att bryta sekretessen gällande deras partner.

Det uppskattas att ungefär 5-10 % av patienter som behandlas med KBT upplever försämringar av mående, och så verkar även fallet vara vid iKBT. Till negativa effekter räknas försämring av mående, att inte svara på behandling och aversiva eller oönskade händelser under behandlingens gång (Rozentel, Magnusson, Boettcher, Andersson, & Carlbring, 2017). Enligt Skinner och Zack (2004) medför dock inte iKBT ökade etiska risker jämfört med sedvanlig KBT.

Statistiska analyser

Data analyserades med hjälp av IBM SPSS Statistics, version 25. För att uppfylla principen om intention-to-treat, det vill säga att analysera data från samtliga deltagare oavsett om de fullföljt behandlingen eller inte, användes data från förmätningen som substitut för de deltagare som inte genomförde eftermätningen ($n = 25$). För samtliga analyser tillämpades en signifikansnivå på $\alpha = 0,05$. Oberoende Analysis Of Variance (ANOVA) och Pearson χ^2 -test användes för att utesluta signifikanta skillnader mellan de fyra olika grupperna avseende sociodemografiska variabler. Oberoende ANOVA användes för att utesluta signifikanta skillnader i poäng på primära och sekundära utfallsmått (DAS och Valentinskalan respektive PHQ-9 och GAD-7) mellan grupperna vid förmätning. Oberoende ANOVA och Pearson χ^2 -test användes även för att upptäcka potentiella skillnader gällande bortfall av data, följsamhet till behandlingen och behandlingspreferens (stöd kontra inte stöd). Oberoende t-test användes för att undersöka om det fanns några skillnader på utfallsmåtten mellan deltagare som fick sitt föredragna behandlingsalternativ och deltagare som inte fick det, samt för att undersöka om det fanns några skillnader i behandlingsutfall mellan grupper som var knutna till olika stödbehandlare. Antal öppnade moduler, antal genomförda övningar och antal meddelanden skickade till den tilldelade behandlaren beräknades för varje deltagare och oberoende ANOVA användes för att identifiera skillnader mellan grupperna.

Huvudeffekt av faktorerna tid, upplägg, stöd och kön, samt interaktionen dem emellan, analyserades genom en $2 \times 2 \times 2 \times 2$ "mixed" ANOVA för beroende mätningar med *behandlarstöd* (ja/nej), *upplägg* (en modul i veckan/alla på en gång) och *kön* (kvinna/man) som grupperingsfaktorer och *tid* (före/efter) som upprepningsfaktor. Som beroendevariabel för de primära utfallsmåtten användes poäng på DAS respektive Valentinskalan. Beroendevariabel för de sekundära utfallsmåtten var poäng på PHQ-9

respektive GAD-7. En ”mixed” ANOVA möjliggör analys av både inomgruppseffekter (genom upprepade mätningar) och mellangruppseffekter (genom jämförelse på gruppnivå). Med aktuellt studieupplägg innebär det att både effekt av behandling och ytterligare effekt av behandlarstöd, kön och/eller struktur kan analyseras i en och samma analys utan att risken för typ-1 fel ökar. Effektstorlekar från variansanalysen beräknades i form av omega-kvadrat (ω^2), ett effektmått som är mer väntevärdesriktigt än det mer vanligt förekommande effektmåttet eta-kvadrat (η^2) som tenderar att överskatta den sanna effekten (Albers & Lakens, 2018). Eftertest användes i form av beroende t-test.

Kliniskt signifikant förbättring hos deltagarna beräknades för det primära utfallsmåttet DAS. För att en deltagare skulle definieras som kliniskt signifikant förbättrad behövde två kriterier uppfyllas. Det första kriteriet var att deltagaren skulle tillhöra en icke-klinisk population efter avslutad behandling (≥ 100 poäng på DAS vid eftermätning). Det andra kriteriet var att förändringen i poäng skulle vara pålitlig, vilket innebar att förändringen i poäng skulle återspegla en verklig förändring (och inte ett mätfel). Det kontrollerades genom att beräkna Reliable Change Index (RCI), vilket görs genom att dividera skillnaden i för- och eftermätning med standardfelet vid förmätningen. Om den nya, indexerade, poängen överstiger 1,96 har en verklig förändring skett ($p = < 0,05$; Jacobson, Follette, & Revenstorf, 1984). Pearson χ^2 -test användes för att analysera skillnader mellan grupper avseende klinisk signifikant förändring.

Antal deltagare som försämrats under behandlingen beräknades också. Samma formel för RCI tillämpades för detta ändamål, men med skillnad att det nya indexerade RCI-värdet skulle vara negativt. Dessutom tillämpades ett annat, mindre strikt signifikansvärde (RCI = -1,28, $p = < 0,10$) jämfört med klinisk signifikant förbättring i syfte att fånga upp även mindre försämringar. Pearson χ^2 -test användes för att analysera skillnader mellan grupper avseende försämring.

Resultat

Inga signifikanta skillnader kunde hittas mellan de fyra olika grupperna vid förmätning avseende demografiska variabler eller poäng på utfallsmåtten. När deltagarna däremot delades upp efter kön visade det sig att kvinnorna hade signifikant lägre poäng på både DAS [$F_{1,204} = 12,05, p < 0,001$] och Valentinskalan [$F_{1,204} = 12,98, p < 0,001$], vilket innebar att kvinnorna uppgav ett större missnöje med sin relation än männen innan behandling. Av studiens 208 deltagare genomförde 181 eftermätningen, i resterande fall användes data från förmätning enligt intention-to-treat-principen där deltagarna fick samma totalpoäng på utfallsmåtten som de fått vid förmätningen. Totalt inkluderades data från 206 deltagare i den statistiska analysen av behandlingsutfallet. Data från ett par ($n = 2$) exkluderades eftersom de valde att separera under behandlingens gång. DAS och Valentinskalan är avsedda för att mäta tillfredsställelse i pågående parrelationer och data från separerade par blir därför missvisande.

Primära utfallsmått

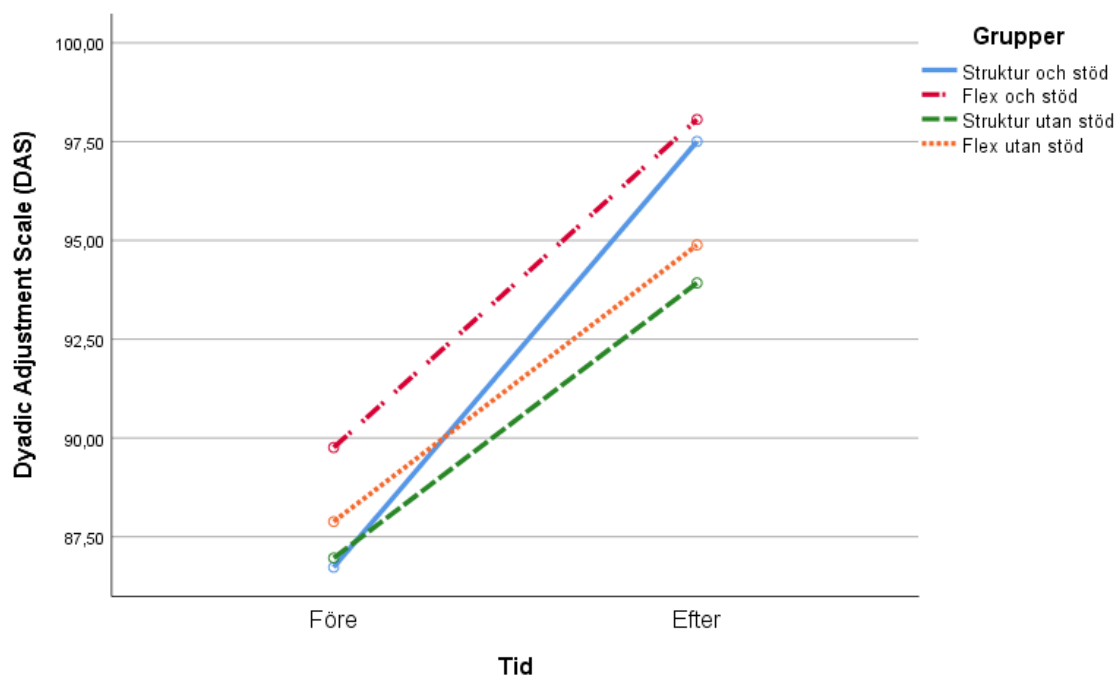
Variansanalysen för DAS visade på en signifikant huvudeffekt av tid [$F_{1,198} = 111,90, p < 0,001, \omega^2 = 0,56$], vilket innebär att deltagarna hade högre relationstillfredsställelse på gruppnivå efter avslutad behandling. För DAS erhöles även en signifikant huvudeffekt av kön [$F_{1,198} = 6,13, p = 0,014, \omega^2 = 0,026$], där kvinnor hade lägre relationstillfredsställelse

än männen på gruppnivå. Ett liknande resultat observerades för Valentinskalan, där en signifikant huvudeffekt återigen erhöles av tid [$F_{1,198} = 52,97, p < 0,001, \omega^2 = 0,26$], och kön [$F_{1,198} = 5,89, p = 0,016, \omega^2 = 0,026$]. En signifikant interaktionseffekt erhöles mellan tid och kön [$F_{1,198} = 4,33, p = ,039, \omega^2 = 0,017$] för Valentinskalan, där kvinnorna förbättrades med signifikant fler poäng än männen från för- till eftermätning. Variansanalysen visade inte på några andra signifikanta huvud- eller interaktionseffekter för något av de primära utfallsmåtten. Ett oberoende t-test visade också att det inte längre fanns någon signifikant skillnad i poäng vare sig på DAS eller Valentinskalan mellan män och kvinnor vid tiden för eftermätning. Sammanfattningsvis uppgav deltagarna på gruppnivå att de var mer nöjda med sin relation efter avslutad behandling än före, och kvinnorna förbättrades mer från för- till eftermätning än vad männen gjorde på utfallsmåttet Valentinskalan. Medelvärden, standardavvikelser och inomgruppseffekter (Cohens d) för skattningar vid för- och eftermätning presenteras i Tabell 4 för de primära utfallsmåtten. För grafer över förändringar i poäng på DAS från förmätning till eftermätning för de fyra olika behandlingsgrupperna, se Figur 2. En översikt av de signifikanta resultaten från variansanalyserna redovisas i Tabell 5.

Tabell 4. Deskriptiv statistik med medelvärden, standardavvikelser och inomgruppseffekter för de primära utfallsmåtten vid för- och eftermätning.

Behandlingsgrupp (n)	DAS			Valentinskalan		
	M	(SD)	d	M	(SD)	d
Samtliga deltagare (206)						
Före	87,79	9,37		11,80	2,46	
Efter	96,07**	12,85	0,74	13,18**	3,00	0,50
Med stöd (102)						
Före	88,17	8,18		11,85	2,22	
Efter	97,77**	12,77	0,81	13,56**	2,94	0,60
Utan stöd (104)						
Före	87,42	10,43		11,74	2,67	
Efter	94,40**	12,78	0,63	12,82**	3,02	0,40
En modul/v (104)						
Före	86,80	10,17		11,88	2,71	
Efter	95,71**	13,50	0,75	13,14**	3,06	0,41
Alla moduler (102)						
Före	88,80	8,41		11,71	2,19	
Efter	96,44**	12,23	0,72	13,23**	12,95	0,62
Kvinnor (104)						
Före	85,61	9,96		11,20	2,45	
Efter	94,96**	14,13	0,75	12,99**	3,30	0,60
Män (102)						
Före	90,02	8,19		12,40	2,32	
Efter	97,21**	11,36	0,74	13,38**	2,65	0,39

** $p < 0,01$



Figur 2. Medelvärden i poäng på DAS för samtliga fyra behandlingsgrupper vid för- och eftermätning.

Tabell 5. Signifikanta resultat från variansanalyser för de primära utfallsmåtten DAS och Valentinskalen.

Effekt	F	p	df	ω_p^2
DAS				
Tid	111,898	0,000	1	0,56
Kön	6,131	0,014	1	0,026
Valentinskalen				
Tid	52,970	0,000	1	0,26
Kön	5,892	0,016	1	0,026
Tid x Kön	4,331	0,039	1	0,017

Kliniskt signifikant förbättring

För att en deltagare skulle betraktas som kliniskt signifikant förbättrad avseende relationstillfredsställelse krävdes 100 poäng eller mer på DAS vid eftermätning, samt en förändring med mer än 6,2 poäng, vilket motsvarar $RCI = 1,96$. Av studiens 206 deltagare kunde 76 personer (38,8 %) betraktas som kliniskt signifikant förbättrade efter avslutad behandling. Pearson χ^2 -test visade att de fyra grupperna inte skilde sig åt signifikant gällande andel kliniskt förbättrade deltagare, $\chi^2(1) = 5,2$ ($p = 0,159$). När deltagarna däremot delades in efter stöd (ja/nej) upptäcktes en skillnad, där signifikant fler deltagare i gruppen som fick behandlarstöd nådde klinisk förbättring jämfört med den grupp som inte fick behandlarstöd $\chi^2(1) = 5,76$ ($p = 0,022$). Det fanns ingen signifikant skillnad mellan de som fick en modul i veckan eller alla moduler på en gång, och inte heller mellan män och kvinnor. För att en deltagare skulle betraktas som kliniskt signifikant försämrad

krävdes en förändring på DAS med -4,3 poäng, vilket motsvarar RCI = -1,24. Totalt kunde 20 deltagare anses vara försämrade efter avslutad behandling. Andelen försämrade deltagare skilde sig inte signifikant mellan grupperna. För en översikt över andelen kliniskt signifikant förbättrade, oförändrade och försämrade, se Tabell 6.

Tabell 6. Andel kliniskt signifikant förbättrade, oförändrade och försämrade med DAS som beroendevariabel.

	n	Förbättrade	Oförändrade	Försämrade
Samtliga deltagare	206	76 (36,9 %)	110 (53,4 %)	20 (9,7 %)
Med stöd	102	46 (45,1 %)	44 (43,1 %)	12 (11,8 %)
Utan stöd	104	30 (28,8 %)	66 (63,45 %)	8 (7,7 %)
En modul i veckan	104	38 (36,5 %)	55 (52,9 %)	11 (10,6 %)
Alla moduler på en gång	102	38 (37,3 %)	55 (53,9 %)	9 (8,8 %)
En modul i veckan med stöd	52	24 (46,2 %)	20 (38,4 %)	8 (15,4 %)
Alla moduler på en gång med stöd	50	22 (44,0 %)	24 (48,0 %)	4 (8,0 %)
En modul i veckan utan stöd	52	14 (26,9 %)	35 (67,3 %)	3 (5,8 %)
Alla moduler på en gång utan stöd	52	16 (30,8 %)	31 (59,6 %)	5 (9,6 %)
Kvinnor	104	38 (36,5 %)	55 (52,9 %)	11 (10,6 %)
Män	102	38 (37,3 %)	55 (53,9%)	9 (8,8 %)

Sekundära utfallsmått

Variansanalysen för PHQ-9 visade en signifikant huvudeffekt av tid [$F_{1, 198} = 7,18, p = 0,008, \omega^2 = 0,031$], där deltagarna rapporterade färre depressionssymtom på gruppnivå efter avslutad behandling. Även en signifikant interaktionseffekt mellan tid och stöd erhöles [$F_{1, 198} = 4,62, p = 0,033, \omega^2 = 0,018$], där symtom på depression minskade mer bland deltagarna som fick tillgång till behandlarstöd. För GAD-7 erhöles en signifikant huvudeffekt av tid [$F_{1, 198} = 4,32, p = 0,039, \omega^2 = 0,017$] där deltagarna på gruppnivå rapporterade färre symtom på ångest efter avslutad behandling än innan. Inga övriga signifikanta huvud- eller interaktionseffekter hittades för de sekundära utfallsmåtten. Sammanfattningsvis visade resultatet att deltagarna, på gruppnivå, rapporterade mindre nedstämdhet och ångest efter avslutad behandling, men att effekten på nedstämdhet framför allt gällde de grupper som hade tillgång till behandlarstöd. Medelvärden, standardavvikelser och inomgruppseffekter (Cohens d) för skattningar vid för- och eftermätning presenteras i Tabell 7 för de sekundära utfallsmåtten.

Tabell 7. Deskriptiv statistik med medelvärden, standardavvikelser och inomgruppseffekter för de sekundära utfallsmåtten vid för- och eftermätning.

Behandlingsgrupp (n)	PHQ-9			GAD-7		
	M	(SD)	<i>d</i>	M	(SD)	<i>d</i>
Samtliga deltagare (206)						
Före	5,11	3,61		3,53	2,58	
Efter	4,44*	3,70	0,18	3,05*	2,88	0,16
Med stöd (102)						
Före	5,12	3,47		3,38	2,38	
Efter	3,84**	3,50	0,37	2,91	2,66	0,18
Utan stöd (104)						
Före	5,11	3,76		3,67	2,76	
Efter	5,03	3,82	0,02	3,18	3,09	0,15
En modul/v (104)						
Före	5,19	3,69		3,72	2,71	
Efter	4,63	3,53	0,15	3,38	3,21	0,11
Alla moduler (102)						
Före	5,03	3,55		3,33	2,44	
Efter	4,25*	3,88	0,22	2,72*	2,47	0,23
Kvinnor (104)						
Före	5,28	3,95		3,63	2,69	
Efter	4,62	4,26	0,15	2,93*	3,04	0,2
Män (102)						
Före	4,92	3,24		3,42	2,47	
Efter	4,26**	3,04	0,26	3,17	2,71	0,11

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Bortfallsanalys

Oberoende t-test och Pearsons χ^2 -test genomfördes för att undersöka om det fanns några skillnader i demografiska variabler eller poäng på förmätning mellan de deltagare som genomförde eftermätningen ($n = 181$) och de som inte gjorde det ($n = 25$). Inga signifikanta skillnader hittades mellan dessa grupper, varken gällande utfallsmåtten vid förmätning, $t_{204} = -898 - 0,101$, $p = 0,37 - 0,92$, eller demografiska variabler $\chi^2(1) = 0,8 - 4,02$, $p = 0,13 - ,7$.

Pearsons χ^2 -test genomfördes även för att undersöka om det var större andel bortfall i någon enskild grupp. Inga skillnader hittades dock oavsett om deltagarna delades in efter stöd (ja/nej) $\chi^2(1, N = 206) = 3,50$, $p = 0,06$, upplägg (en modul i veckan/alla på en gång) $\chi^2(1, N = 206) = 0,48$, $p = 0,49$ eller kön (kvinna/man) $\chi^2(1, N = 206) = 2,39$, $p = 0,12$.

Preferens för stöd och terapeuteffekter

Totalt 140 av de 206 deltagarna angav vid förmätningen att de föredrog att få behandlarstöd, 58 deltagare föredrog att få behandlingen utan behandlarstöd och åtta deltagare angav ingen preferens. Totalt 97 deltagare fick det alternativ de föredrog och 109 deltagare fick ett annat alternativ än det föredragna. Ett oberoende t-test visade att det inte fanns någon signifikant skillnad på utfallsmåtten mellan deltagare som fick sitt

föredragna alternativ och deltagare som inte fick det, $t_{204} = -0,40$, $p = 0,687$, och inget signifikant samband erhöles mellan hur viktigt det var att få sitt föredragna alternativ (preferensstyrka) och utfall. Om deltagarna fick sitt önskade alternativ eller inte tycks alltså inte haft någon avgörande effekt på behandlingsutfallet. Det fanns inte heller någon signifikant skillnad i behandlingsutfall mellan de olika stödbehandlarnas grupper, $t_{100} = -0,32$, $p = 0,747$.

Antal öppnade moduler och genomförda övningar

En sammanställning av antalet öppnade moduler för varje grupp presenteras i Tabell 8. Varje deltagare öppnade i genomsnitt 5,91 moduler ($SD = 2,76$), vilket indikerar att deltagarna genomförde ungefär två tredjedelar av behandlingen. En envägs oberoende ANOVA visade en signifikant huvudeffekt av grupp avseende antal öppnade moduler [$F_{3,202} = 4,19$, $p = 0,007$]. Bonferroni Post Hoc test visade att gruppen som fick en modul i veckan med behandlarstöd ($M = 6,79$, $SD = 2,19$) öppnade fler moduler än gruppen som fick alla moduler på en gång utan behandlarstöd ($M = 4,92$, $SD = 3,20$). Även antal genomförda övningar analyserades. Varje deltagare genomförde i genomsnitt 12,98 av totalt 31 övningar ($SD = 6,85$) i behandlingen. En envägs oberoende ANOVA visade en signifikant huvudeffekt av grupp avseende antal genomförda övningar [$F_{3,202} = 13,09$, $p < 0,001$]. Bonferroni Post Hoc test visade på en signifikant skillnad ($p = 0,000 - 0,008$), där gruppen som fick alla moduler på en gång utan stöd ($M = 8,71$, $SD = 6,68$) gjorde färre övningar än övriga tre grupper (en modul i veckan utan stöd: $M = 14,23$, $SD = 6,25$; alla moduler på en gång med stöd: $M = 12,78$, $SD = 6,62$; en modul i veckan med stöd: $M = 16,19$, $SD = 5,68$). Slutligen hittades ytterligare en skillnad mellan grupper, där gruppen som fick alla moduler på en gång med stöd genomförde signifikant fler övningar än gruppen som fick en modul i veckan med stöd ($p = 0,042$).

Ett signifikant samband erhöles mellan antal öppnade moduler och förändring i poäng på DAS, $r(204) = 0,27$, $p < 0,001$, där personer som öppnat fler moduler också hade förbättrats med fler poäng på DAS.

Tabell 8. Antal öppnade moduler under de nio aktiva behandlingsveckorna.

Öppnade moduler	Total n = 206 (%)	Struktur med stöd n = 52 (%)	Flexibilitet med stöd n = 50 (%)	Struktur utan stöd n = 52 (%)	Flexibilitet utan stöd n = 52 (%)
0	5 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	4 (7,7)
1	201 (97,6)	52 (100,0)	49 (98,0)	52 (100,0)	48 (92,3)
2	186 (90,3)	52 (100,0)	44 (88,0)	51 (98,1)	39 (75,0)
3	176 (85,4)	52 (100,0)	42 (84,0)	47 (90,4)	35 (67,3)
4	154 (74,8)	43 (82,7)	39 (78,0)	42 (80,8)	30 (57,7)
5	139 (67,5)	42 (80,8)	35 (70,0)	34 (65,4)	28 (53,9)
6	125 (60,7)	38 (73,1)	33 (66,0)	28 (53,9)	26 (50,0)
7	100 (48,5)	33 (63,5)	26 (52,0)	24 (46,2)	17 (32,7)
8	75 (36,4)	25 (48,1)	19 (38,0)	18 (34,6)	13 (25,0)
9	50 (24,3)	15 (28,9)	14 (28,0)	12 (23,1)	9 (17,3)

Terapeutkontakt

Telefonsamtalen mellan behandlarstöd och deltagare varade i genomsnitt 10 minuter per deltagare. Totalt 67,65 % (69/102) skrev till sitt behandlarstöd någon gång under behandlingsperioden. Av dessa fick 31 alla moduler på en gång och 38 en modul i veckan. Varje deltagare skickade i snitt 1,95 ($SD = 2,03$) meddelanden till sitt tilldelade behandlarstöd. Deltagare i gruppen med alla moduler på en gång skickade i snitt 1,66 ($SD = 2,03$) meddelanden och deltagare i gruppen med en modul i veckan skickade i snitt 2,23 ($SD = 2,02$) meddelanden. Ett oberoende t-test visade att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan grupperna avseende antal skickade meddelanden, $t_{100} = 1,43$, $p = 0,157$.

Nöjdhet

I eftermätningen fick deltagarna skatta nöjdhet med resultatet från behandlingen. Totalt 169 deltagare svarade och av dessa var fem (3 %) mycket missnöjda, tolv (7 %) missnöjda, 23 (14 %) likgiltiga, 98 (58%) till största delen nöjda och 31 (18 %) mycket nöjda. Pearson χ^2 -test visade att det inte fanns någon skillnad i nöjdhet med resultatet från behandlingen mellan de som fick respektive inte fick behandlarstöd $\chi^2(4, N = 169) = 1,34$, $p = 0,85$, mellan de som fick en modul i veckan kontra alla på en gång, $\chi^2(4, N = 169) = 2,39$, $p = 0,67$ eller mellan kvinnor och män, $\chi^2(4, N = 169) = 1,41$, $p = 0,89$. Däremot erhöles en korrelation mellan genomförda övningar och nöjdhet, $r(169) = 0,41$, $p < 0,001$, samt mellan öppnade moduler och nöjdhet, $r(169) = 0,48$, $p < 0,01$, vilket innebär att deltagare som genomförde fler övningar också rapporterade mer nöjdhet med resultatet från behandlingen.

Diskussion

Syftet med denna studie var att utvärdera effekten av en nio veckor lång internetbaserad behandling för par med samlevnadsproblematik. Resultatet visade att deltagarna på grupp-nivå blev signifikant förbättrade på samtliga primära och sekundära utfallsmått. Med andra ord rapporterade deltagarna större nöjdhet med sin relation och färre symtom på depression och ångest efter att behandlingen var avslutad. Vid förmätning var kvinnorna mer missnöjda med sin relation än männen, men vid tidpunkten för eftermätning hade skillnaden försvunnit och på formuläret Valentinskalan förbättrades dessutom kvinnorna mer än vad männen gjorde. Genom en flerkategoriell design undersöktes även om tillägget av behandlarstöd, strukturerat upplägg, eller en kombination av de båda, kunde medföra någon ytterligare effekt på behandlingsutfallet. Inga sådana effekter kunde observeras, vilket är förvånande eftersom det motsäger tidigare forskning som belyst effekten av framför allt behandlarstöd (Baumeister et al., 2014), men även ett mer strukturerat upplägg med tydliga tidsgränser (Nordin et al., 2010; Paxling et al., 2013) vid internetbehandling.

Frågeställning 1: Leder det internetbaserade IBCT-programmet till signifikant förbättrad relationstillfredsställelse?

Behandlingen ledde till signifikant förbättring på båda de primära utfallsmåtten (DAS och Valentinskalan) med inomgruppseffekter på $d = 0,74$ respektive $d = 0,50$. Behandlingseffekten på relationstillfredsställelse var väntad och fullt jämförbart med tidigare studier av internetbaserade behandlingar för samlevnadsproblem. Till exempel hade programmet OurRelationship.com en medelstor genomsnittlig behandlingseffekt med en inomgruppsstorlek på $d = 0,69$ (Doss et al., 2016), och i PIA-studien uppmättes

en genomsnittlig inomgruppseffekt på $d = 0,63$ i både den första och andra omgången (Andersson & Gustafsson, 2008; Andreen, 2009). Jämfört med den största studien på parterapi som hittills genomförts, där IBCT jämfördes med BCT, står sig resultatet också väl. Där uppmättes en stor genomsnittlig behandlingseffekt på $d = 0,86$ (Christensen et al., 2004). I den studien fick de 134 inkluderade paren 22,9 sessioner av sedvanlig parterapi, jämfört med föreliggande studie där paren fick tillgång till nio moduler av internetbaserad självhjälpsbehandling; detta förklarar antagligen den högre effektstorleken i studien av Christensen och kollegor (2004). På samma sätt står sig resultatet från denna studie väl när det jämförs med metaanalyser av parterapi; när Shadish och Baldwin beräknade den genomsnittliga effekten av parterapi (oavsett teoretisk grund) utifrån fyra metaanalyser fann de en genomsnittlig effekt på $d = 0,84$. I en av de få tidigare parterapi studier som utförts på en svensk population uppmättes inomgruppseffekten till $d = 0,71$ (Lundblad & Hansson, 2006), vilket också är i linje med resultatet från denna studie. Studien av Lundblad och Hansson hade dock ett bortfall på över 50 % och i studien genomfördes ingen intention-to-treatanalys, vilket innebär att deras effekt troligen är överskattad. Sammanfattningsvis står sig resultatet från denna studie väl jämfört med tidigare studier på parterapi och stärker tidigare fynd av att parterapi via internet på gruppnivå är ett fullgott alternativ till sedvanlig parterapi.

När deltagarna delades upp efter kön påträffades mellanstora behandlingseffekter för både kvinnor och män ($d = 0,75$ respektive $d = 0,74$) på utfallsmåttet DAS. På utfallsmåttet Valentinskalen påträffades däremot en medelstor effekt för kvinnor ($d = 0,60$), men en svag effekt för män ($d = 0,39$); dessutom erhöles en interaktionseffekt mellan tid och kön där kvinnor förbättrades signifikant mer än männen från för- till eftermätning. En möjlig tolkning av detta resultat är att Valentinskalen är mer känslig för förändring av relationstillfredsställelse än DAS, men denna studie är den första att använda sig av Valentinskalen och skalen behöver utvärderas i ytterligare studier innan det går att uttala sig med större säkerhet.

I denna studie fanns en skillnad i relationstillfredsställelse mellan män och kvinnor vid förmätningen, där kvinnorna var signifikant mindre nöjda med sin relation än männen på gruppnivå. Denna skillnad är inget som utmärker just Valentinstudien – tvärtom är det ett återkommande fynd i studier på parterapi (se Doss et al., 2004 för en översikt). Att kvinnor är mer missnöjda beror förmodligen inte på samlevnadsproblematik i sig, utan på att prevalensen av psykisk stress och ohälsa är högre för kvinnor generellt. En könsskillnad har exempelvis observerats i studier på depression (Parker & Brotchie, 2010), PTSD (Tolin & Foa, 2006), panikångestsyndrom (Barzega, Maina, Venturello, & Bogetto, 2001) och socialt ångestsyndrom (Asher & Aderka, 2018), där kvinnor rapporterat svårare problematik än män på gruppnivå. Att kvinnorna i denna studie var mer missnöjda med sin relation än männen är sannolikt ett återspeglade av detta fenomen. Den skillnad i relationstillfredsställelse som fanns vid förmätning hade däremot försvunnit vid eftermätning. Kvinnor uppnådde alltså en större relativ förbättring av behandlingen, även om deras medelvärden inte översteg männens vid någon av de två mättillfällena. Resultatet kan tolkas som att kvinnor var mer missnöjda med sin relation vid rekrytering, men upplevde större behandlingseffekt och därför uppvisade en relationstillfredsställelse jämförbar med männens vid eftermätning. Det är möjligt att kvinnorna fick en större behandlingseffekt än männen eftersom de hade lägre poäng på gruppnivå vid förmätningen och därför hade större utrymme för förbättring. En annan

möjlig tolkning är att kvinnorna i studien engagerade sig mer i behandlingen än vad männen gjorde eftersom de identifierade ett större behov av förändring. Att kvinnor förbättrades mer än männen i föreliggande studie är ett resultat som är jämförbart med den första omgången av PIA-studien, där relationstillfredsställelsen förbättrades mer för kvinnor än för män på gruppnivå ($d = 0,88$ för kvinnor, $d = 0,37$ för män).

Antal öppnade moduler i denna studie är jämförbart med PIA-studien; i båda studierna genomförde deltagarna i snitt två tredjedelar av behandlingen. I denna studie hittades också ett medelstarkt signifikant samband mellan antal genomförda övningar och förändring i poäng på DAS ($r = 0,27$), där personer som öppnat fler moduler också hade förbättrats mer mellan för- och eftermätning. Sambandet kan betyda tre saker: a) att ett dos-responsförhållande observerades, där mer intervention gav större förändring b) att deltagare som blev bättre av okända faktorer också var mer angelägna om att slutföra behandlingen, c) en kombination av båda. Det fanns också en korrelation mellan genomförda övningar och nöjdhet ($r = 0,41$) där deltagare som genomförde fler övningar också var mer nöjda med resultatet av behandlingen. Eftersom det endast handlar om korrelationer kan ingenting sägas med säkerhet, men en möjlighet är att deltagare som var bättre lämpade för behandlingsformen var mer nöjda med materialet och därför också genomförde fler övningar (och fick bättre resultat). Det blir visserligen förbryllande att variansanalysen av primära utfallsmått visade att alla deltagare förbättrades likvärdigt på gruppnivå, oavsett betingelse, trots att de enskilda grupperna skilde sig åt gällande antal öppnade moduler. Deltagare i gruppen som fick alla moduler på en gång utan tillgång till stöd fick alltså likvärdigt behandlingsutfall som övriga deltagare, trots att de öppnade signifikant färre moduler. Med andra ord pekar resultatet från variansanalysen inte i samma riktning som den erhållna korrelationen mellan genomförda övningar och utfall på behandling.

Andelen kliniskt signifikant förbättrade i föreliggande studie var 36,9 %. Detta kan jämföras med PIA-studien där andelen var 51,1 % (Andersson & Gustafsson, 2008) och studien av OurRelationship.com där andelen var 32 % (Doss et al., 2016). Skillnaden jämfört med PIA-studien kan delvis förklaras av att ett högre kliniskt gränsvärde för DAS tillämpades i föreliggande studie (<100 jämfört med <98 i PIA-studien) – det krävdes alltså högre poäng på eftermätningen i föreliggande studie för att anses vara kliniskt signifikant förbättrad. Det genomfördes heller ingen beräkning av RCI i PIA-studien; att poängen vid eftermätning översteg det kliniska gränsvärdet var tillräckligt för att uppfylla kriteriet för klinisk signifikans. I studien av Christensen et al. (2004) var det 52 % som blev kliniskt signifikant förbättrade. De använde samma kriterier som i föreliggande studie, men på samma sätt som PIA-studien använde de ett lägre kliniskt gränsvärde på DAS (<96,8). Det kan tyckas förvirrande att olika gränsvärden har tillämpats i olika studier, men det beror på att DAS nyligen uppdaterats med nya normer (Cano-Prous et al., 2014).

Frågeställning 2: Leder programmet till signifikant förbättring avseende symtom på ångest och depression?

Efter avslutad behandling rapporterade deltagarna signifikant färre symtom på både ångest och depression och det är ett resultat som var väntat av två skäl. För det första har en robust koppling mellan samlevnadsproblematik och individuell psykisk hälsa identifierats i tidigare forskning (Whisman, 2001, 2007; Proulx et al., 2007), vilket kan

betyda att symtom på depression och ångest minskar om upplevelsen av samlevnadsproblematik gör det. Det andra skälet är de empiriska fynd som gjorts i de få studier på parterapi över internet som genomförts tidigare (Andersson & Gustafsson, 2008; Doss et al., 2016) där paren fick ökad relationstillfredsställelse, men också förbättrades på individuella mått som depression och ångest.

Förbättringen avseende symtom på ångest och depression hos deltagarna var dock inte särskilt stor (även om den är statistiskt signifikant). Effektstorlekarna var blygsamma ($d = 0,18$ för depression, $d = 0,16$ för ångest) och utifrån Cohens konvention vid bedömning av effekter är de att betrakta som små (Cohen, 1992). Som en jämförelse noterades effektstorlekar på $d = 0,50$ för depressiva symtom och $d = 0,21$ för symtom på ångest i studien av Doss och kollegor (2016). En tänkbar förklaring till den stora skillnaden i effektstorlek mellan studierna är att vi exkluderade deltagare vars depressions- och/eller ångestskattningar uppnådde det kliniska gränsvärdet på respektive formulär, medan deltagare i studien av Doss och kollegor exkluderades endast om de skattade ≥ 7 poäng på Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (Osman et al., 2001). Som följd rapporterade deltagarna i studien av Doss och kollegor högre medelvärden för symtom på både depression och ångest vid förmätning än deltagarna i denna studie, vilket i sig möjliggjorde att större förändring (och därmed större effektstorlek) kunde ske. I studien av Doss och kollegor var det också deltagarna med svårast symtom på depression och ångest som förbättrades mest under behandlingen. Men samtidigt motsägs denna förklaring av PIA-studien, där en betydligt större minskning av depressionssymtom observerades ($d = 0,86$ i PIA-I och $d = 0,78$ i PIA-II) trots exkludering av deltagare vars poäng vid förmätning uppnådde det kliniska gränsvärdet på BDI-II. Det är oklart varför effektstorleken skiljer sig åt mellan PIA-studien och föreliggande studie och det saknas andra svenska studier att jämföra med. En slutsats är att vidare forskning ytterligare behöver utvärdera effekten av internetbaserad parterapi på depressions- och ångestsymtom.

Frågeställning 3: Leder tillägget av behandlarstöd och/eller ett mer strukturerat upplägg (en modul i veckan istället för alla på en gång) till någon ytterligare effekt på behandlingsutfallet?

Det fanns inga signifikanta skillnader på primära utfallsmått mellan deltagare som fick tillgång till behandlarstöd och deltagare som inte fick det. Även om effekten av behandlarstöd tidigare verkar ha överskattats (Baumeister et al., 2014), tenderar ändå guidad behandling genomgående ha bättre effekt än behandling utan stöd, och resultatet i denna studie kan därför ses som en överraskning. Däremot påträffades en signifikant skillnad i att grupper med tillgång till stöd hade fler antal kliniskt signifikant förbättrade (45,1 %) än grupper som inte hade tillgång till stöd (28,8 %). Med andra ord var skillnaden i medelvärde mellan grupperna inte tillräckligt stor för att ge utslag vid ett parametriskt test, men bland deltagare som fick tillgång till behandlarstöd var det fler som fick över 100 poäng på DAS vid eftermätning. Dessutom var följsamheten signifikant högre för deltagare med tillgång till behandlarstöd då de öppnade fler moduler och genomförde fler övningar än deltagare utan stöd.

En möjlig förklaring till att det inte fanns någon statistiskt signifikant skillnad i resultat mellan grupperna är att det var ett för stort överlapp mellan behandling med och utan stöd. Stödet bestod huvudsakligen av skriftliga meddelanden på plattformen med endast

två telefonsamtal under behandlingens gång, och varje deltagare skrev i genomsnitt endast 1,95 meddelanden till sitt behandlarstöd under de nio veckorna. Om behandlarstödet istället utgjorts av telefonsamtal varje vecka hade kanske skillnaden gentemot grupperna utan stöd varit tydligare. Dessutom hade det förmodligen ytterligare säkerställt att alla deltagare i grupperna med stöd fick samma nivå av feedback under behandlingens gång, eftersom det hade varit enklare att hålla dosen på telefonsamtalen konstant (det vill säga 15 minuter). Telefonsamtal kräver dock att deltagaren ska kunna prata ostört i 15 minuter, och veckovisa telefonsamtal gör därför helt andra anspråk på deltagarnas tid än de asynkrona textmeddelanden som huvudsakligen användes i studien. Dessutom medför bokningen av samtal logistiska utmaningar, och skulle sammantaget försämra den tillgänglighet som annars är en stor fördel med internetbaserad behandling.

En annan möjlig förklaring till att det inte blev någon signifikant skillnad mellan grupperna på de primära utfallsmåtten är det kanske inte är lika viktigt med stöd när behandlingen genomförs tillsammans med en partner, då partnern skulle kunna stå för den effekt som behandlarstöd annars ger. En partner kan exempelvis ge uppmuntran, diskutera övningar och påminna om att lägga tid på behandlingen, vilket är en funktion som behandlarstöd annars brukar fylla. Intressant nog hade däremot tillgången till behandlarstöd en effekt på depressionssymtom, där deltagare med stöd förbättrades mer än deltagare utan. Det är oklart varför ett tillägg av behandlarstöd hade effekt på depressionssymtom, men inte relationstillfredsställelse. Inomgruppseffekten var visserligen liten bland deltagare som fick tillgång till stöd ($d = 0,37$), men samtidigt större än för deltagare utan stöd ($d = 0,02$). En möjlig förklaring är att en partner kanske kan ersätta funktionen av behandlarstöd vid samlevnadsproblematik, men att behandlarstödet har en annan funktion vid depressiva symtom. Som tidigare nämnts är internetbaserad parterapi ännu ett relativt utforskat område och den enda studie som till vår kännedom har utvärderat effekten av behandlarstöd i parterapi innan är den andra omgången av PIA-studien (Andreen, 2009). I PIA-studien innebar behandling med tillägg av stöd ett signifikant bättre behandlingsutfall jämfört med behandling utan stöd. Resultatet i PIA-studien skiljer sig dock samtidigt från resultatet i denna studie på två punkter: för det första var det bara de kvinnliga deltagarna som fick en ytterligare effekt av behandlarstöd i PIA-studien, och för det andra uppstod denna ytterligare effekt både för relationstillfredsställelse och depressionssymtom, jämfört med vår studie där effekten uppstod endast för depressionssymtom.

Det var också överraskande att det inte förelåg några signifikanta skillnader mellan deltagare som fick en modul i veckan jämfört med de som fick alla på en gång, då tidigare forskning har belyst effekten av ett strukturerat upplägg med uttalade tidsgränser (Nordin et al., 2010; Paxling et al., 2013). Det är möjligt att det inte fanns tillräckligt stora skillnader i behandlingsupplägg mellan grupperna med och utan struktur; deltagarna i gruppen utan strukturerat upplägg men med behandlarstöd fick till exempel meddelanden från sina behandlarstöd varje vecka, vilket i sig kan ses som en form av struktur. Dessutom går det att argumentera för att samtliga grupper hade en tidsgräns att förhålla sig till då alla instruerades att genomföra behandlingen på nio veckor, vilket innebär att även grupperna utan strukturerat upplägg ändå kan ha fått en relativt tydlig struktur på behandlingen. Även i detta fall förelåg dock en annan skillnad i att grupperna med strukturerat upplägg hade högre följsamhet till behandlingen då de hade genomfört signifikant fler övningar och moduler än grupperna utan strukturerat upplägg. Detta

innebär alltså att grupperna som fick en modul i veckan hade en högre följsamhet till behandlingen än grupperna som fick alla moduler på en gång, men att deltagarnas relationstillfredsställelse på gruppnivå förbättrades lika mycket oavsett upplägg.

Styrkor och svagheter i studiens metod

Resultaten från denna studie visar att parterapi på internet är ett lovande behandlingsformat, men samtidigt finns omständigheter som försvårar möjligheten att generalisera resultatet till hela populationen par med samlevnadsproblematik. Framför allt kan generaliserbarheten ha påverkats av att deltagare med komorbid problematik inte inkluderades i studien. En majoritet av de som fullföljde screeningen exkluderades visserligen till följd av för lindrig problematik ($n = 308$), men exklusion på grund av depression och/eller suicidrisk var också vanligt ($n = 72$). Urvalet jämfördes dock med de par som deltog i studien av Christensen och kollegor (2004) samt de par som sökte kommunal familjerådgivning 2016 (Socialstyrelsen, 2017), och denna jämförelse indikerade att urvalet i föreliggande studie var representativt för par som söker professionell hjälp för sin samlevnadsproblematik avseende ålder, tid i relationen och antal barn. Det stärks dessutom av att studien hade ett nationellt intag, vilket ytterligare ökar sannolikheten för att urvalet var representativt för par med samlevnadsproblematik i Sverige.

Trots konservativa exklusionskriterier finns det samtidigt en risk att deltagare med annan primär problematik än samlevnadsproblematik inkluderats i studien. Screeningmetoden utformades för att kunna utesluta deltagare vid misstanke om komorbida psykiatriska tillstånd, men det är osäkert om de instrument som använts har varit tillräckliga för att fånga upp sådan problematik. Ingen screening har gjorts för annan psykiatrisk problematik än depression och ångest, och givet de associationer som finns mellan samlevnadsproblematik och psykisk ohälsa får det betraktas som en brist. Upplägget motiverades med att fler formulär skulle innebära större tids- och energiåtgång för deltagarna och därmed öka risken för svarströtthet och minskad motivation att delta i studien. Screeningprocessen innehöll heller ingen strukturerad klinisk intervju via telefon, utan förlitade sig på de självskattningsformulär som distribuerades. Samtliga formulär som användes var visserligen väl validerade sedan innan (med undantag för Valentinskalan), men en potentiell risk var att det bland deltagarna fanns skäl för exkludering som förblev oupptäckta. Den kliniska intervjun valdes bort i syfte att minimera tidsåtgången mellan anmälan och behandlingsstart. Förhoppningen var att en tidig behandlingsstart skulle bevara deltagarnas motivation. Telefonintervjun ersattes av ett antal skriftliga frågor gällande tidigare och nuvarande psykologisk och farmakologisk behandling.

Det finns också en risk att deltagare som upplevde allvarligt fysiskt eller sexuellt våld i relationen, som skulle vara bättre hjälpta av andra insatser, inkluderades i studien. Självskattningsformuläret CTS-2S användes för att förhindra detta, men med tanke på att våld i parrelationer tros vara kraftigt underrapporterat (Ehrensaft & Vivian, 1996) kan det vara så att deltagare som upplevde våld var motvilliga att rapportera det i formuläret. Av de 356 par som fyllde i screeningen var det endast tolv par (3,4 %) som uppgav våld i relationen, vilket är en stor avvikelse från den förekomst av våld som brukar rapporteras bland par som söker terapi (25-75 %; Simpson et al., 2007). Detta kan dock ha att göra med att våld i relationen var ett öppet exklusionskriterium som tydligt listades på

hemsidan och att par där våld förekom av denna anledning inte anmälde sig till studien. Samtliga deltagare uppmuntrades även vid upprepade tillfällen i behandlingsmaterialet att kontakta försöksledarna om de upplevde våld i sin relation, vilket ingen deltagare gjorde. En annan möjlighet är att deltagare inte vågade rapportera förekomsten av våld, eller helt enkelt valde att inte rapportera våld eftersom detta skulle innebära exklusion från studien.

Det går också att argumentera för att en begränsning i studien är användandet av Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976) som primärt utfallsmått. Skalan är visserligen den överlägset mest spridda för att mäta samlevnadsproblematik med sina drygt 3,000 citeringar, och användandet av DAS är väl etablerat inom relationsforskning. Dessutom har skalan validerats i flera studier som ett mått på relationstillfredsställelse (se t.ex. Christensen et al., 2004). Men samtidigt har granskningar av DAS-skalan genererat viss kritik mot att skalan innehåller relativt mycket brus sett till sin längd (se Funk & Rogge, 2007). Det begränsar skalans pålitlighet vid jämförelse av relationstillfredsställelse mellan grupper och vid mätning av förändring i relationstillfredsställelse över tid. Med andra ord finns en risk att den forskning där DAS tillämpats som utfallsmått innehåller en något större felvarians än vad som tidigare antagits. Däremot påpekar Funk och Rogge i sin artikel att det råder få tvivel kring att skalan faktiskt mäter relationstillfredsställelse.

Det finns även ett par svagheter gällande studiens design. Något som skulle kunna räknas som en svaghet är att ingen kontrollgrupp användes. I studier på internetförmedlad psykologisk behandling används ofta kontrollgrupp i form av en väntelista, där deltagarna på väntelistan får tillgång till behandling först när behandlingsgruppen har slutfört den. Kritik har dock riktats mot användning av väntelista, eftersom deltagare på väntelista för psykologisk behandling verkar försämrats på gruppnivå. En metaanalys av Rozental och kollegor (2017) visade att bland 2 866 patienter som ingick i 29 kliniska studier av internetförmedlad KBT försämrades 17,4 % av patienterna i kontrollgrupperna (som oftast bestod av väntelista), jämfört med 5,8 % av patienterna under behandling. Det innebär att effekten av en behandling kan bli överdriven om den aktiva behandlingsgruppen jämförs med deltagare på en väntelista som försämrats under tiden (se Cuijpers & Cristea, 2016 för en översikt). Dessutom väcker användandet av en kontrollgrupp på väntelista etiska frågeställningar där nyttan av väntelista behöver vägas mot risken för försämring. Eftersom internetbaserad IBCT redan har visat sig vara effektivt jämfört med väntelistekontroll i PIA-studien togs beslutet att inte använda väntelista i denna studie.

Föreliggande studie saknar powerberäkning *a priori*, vilket annars brukar rekommenderas vid planering av behandlingsstudier för att avgöra hur många deltagare som behöver rekryteras (Jones, Gebiski, Onslow, & Packman, 2002). Istället bestämdes deltagarantalet med hänsyn till hur många deltagare som skulle vara möjliga att behandla med studiens resurser. En post hoc powerberäkning skulle inte kunna bidra med någon relevant information då sådana beräkningar vid icke-signifikanta resultat alltid visar på låg power (Hoenig & Heisey, 2001), därför har heller ingen powerberäkning genomförts i efterhand. Frånvaron av powerberäkning får anses vara en svaghet, framför allt vid betraktandet av den icke-signifikanta skillnaden i behandlingsutfall mellan de fyra grupperna. Det går inte att med säkerhet säga om denna icke-signifikanta skillnad var en följd av att de olika behandlingsuppläggen var för lika eller om det berodde på att grupperna hade för få

deltagare, vilket hade varit möjligt med högre statistisk power. Nu går det inte att uttala sig om det är lika effektivt att genomföra behandlingen utan stöd som med stöd, eller om det är lika effektivt att ha ett flexibelt upplägg som att ha ett mer strukturerat upplägg. Även om inga slutsatser kan dras om skillnader mellan grupperna erhöles dock medelstarka till starka behandlingseffekter för samtliga grupper, vilket indikerar att behandlingen hade god effekt oavsett behandlingsgrupp. Dock har ingen uppföljning gjorts ännu av deltagarnas problematik, vilket innebär att det inte går att uttala sig om långsiktiga effekter av behandlingen.

Denna studie har använt sig av en flerfaktoriell studiedesign där deltagarna har randomiserats till fyra olika behandlingsarmar med två faktorer (behandlarstöd och upplägg). Flerfaktoriell design har identifierats som ett effektivt komplement till RCT då det adresserar andra frågeställningar än exempelvis om en behandling är mer effektiv än ingen behandling (Collins, Dziak, Kugler, & Trail, 2014). I föreliggande studie är en av frågeställningarna om närvaro eller frånvaro av strukturerat upplägg och stöd påverkar utfallet av behandlingen. I detta fall får vi svar på huvudeffekten av varje faktor samt interaktionen dem emellan. Även om detta innebär att det inte finns en kontrollgrupp för själva behandlingen så kan varje faktor anses ha sin egen kontroll i frånvaron av faktorn. Frågeställningen här blir alltså inte bara om behandlingen ger signifikant förbättrad relationstillfredsställelse utan även vilka komponenter som bör vara en del av behandlingen för att den ska vara så effektiv som möjligt.

Stödbehandlarna hade ingen tidigare erfarenhet av att behandla par med samlevnadsproblematik, men båda hade tidigare erfarenhet av att vara behandlare i studier om internetförmedlad psykologisk behandling. Enligt Baumeister och kollegor (2014) verkar dessutom stödbehandlares kvalifikationer inte spela någon avgörande roll för utfallet. Följsamhet till metod kontrollerades inte, men båda behandlarna fick veckovis handledning av en legitimerad psykolog med omfattande klinisk erfarenhet av IBCT som även var en av medförfattarna till behandlingen i studien. En behandlarstödsmanual utformades dessutom innan behandlingsstart i syfte att minimera skillnaderna i det stöd som deltagarna hade tillgång till. I regel lades 15 minuter på att ge feedback till varje deltagare per vecka, men detta varierade något då vissa deltagare skrev utförligare svar på övningarna än andra och även skickade fler frågor relaterade till kursen till sina behandlare.

Framtida forskning

Resultatet från denna studie visar att internetbaserad parterapi har god potential att förbättra relationstillfredsställelse, vilket är lovande för en framtida spridning av behandlingsformatet. Innan en sådan spridning kan ske behöver resultatet från denna studie replikeras. Det empiriska underlaget bakom internetbaserad parterapi är fortfarande tunt, med endast en handfull studier att luta sig mot. Även om resultatet har varit lovande i tidigare studier av internetbaserad parterapi är kunskapen begränsad kring de faktorer som styr behandlingens utfall. En fråga för framtida forskning att besvara är till exempel vilka par som är bättre lämpade för parterapi i ett självhjälpsformat likt det som har använts i denna studie, och vilka som är bättre lämpade för sedvanlig terapi. Det saknas ännu jämförelsestudier där internetförmedlad parterapi jämförs mer direkt med sedvanlig parterapi, genom att exempelvis randomisera deltagare till ett av de två alternativen. En sådan jämförelse skulle möjliggöra en mer direkt utvärdering som skulle

kunna ge en indikation om vilka personer som passar för vilket format. Bland de par som deltog i föreliggande studie var det exempelvis många som rapporterade en större relationstillfredsställelse när behandlingen var avslutad än vid förmätning, men det var också en stor del som var oförändrade eller till och med försämrade. Det fanns inga demografiska faktorer eller kliniska skillnader som skiljde dessa deltagare åt vid förmätning, och frågan återstår varför vissa förbättrades av behandlingen i denna studie medan andra inte gjorde det. En fördjupad kunskap kring vilka som passar bättre för internetbaserad parterapi och vilka som passar bättre för sedvanlig parterapi skulle öka möjligheten att bättre matcha individer till olika behandlingsformat, och därigenom öka chansen till ett lyckat behandlingsutfall.

En annan fråga för den framtida forskningen att besvara är hur internetbaserad parterapi kan individanpassas i större utsträckning. Än så länge har parterapi på internet framför allt utvärderats i form av ett och samma behandlingspaket för alla deltagare. Att alla deltagare som får en identisk behandling också skulle ha en identisk problembild är förstås uteslutet, vilket medför att olika delar av behandlingen förmodligen upplevs som olika relevanta för varje enskild deltagare. Anekdotiskt har också deltagare i denna studie gett uttryck för att en del övningar eller moduler saknat relevans för deras problematik. Som exempel förekom det fysiska beröringsövningar i modul sex, sju och åtta. Det uppskattades av många deltagare, medan andra upplevde att just fysisk beröring inte tillhörde deras problemområde och därför valde att hoppa över dessa övningar. Eftersom behandling i det digitala formatet möjliggör ett stort mått av flexibilitet skulle en individanpassning kunna genomföras där ett paket av moduler sätts samman utifrån kartläggning och anamnes och på så sätt öka relevansen i behandlingen för varje enskild individ. Eftersom komorbiditet är vanligt vid samlevnadsproblematik vore det även intressant att kombinera olika behandlingsprogram i ett mer skraddarsytt behandlingspaket. Ett exempel vore att erbjuda parterapi i kombination med utvalda delar från en depressionsbehandling för par med samlevnadsproblematik där en eller båda i paret även lider av depression. Liknande upplägg har tidigare visat sig vara både effektiva och kostnadseffektiva vid ångestsyndrom med komorbid psykiatrisk problematik (Andersson, Estling, Jakobsson, Cuijpers, & Carlbring, 2011; Carlbring et al., 2011; Nordgren et al., 2014), men har ännu inte utvärderats i kombination med parterapi.

Slutsats

Trots sina begränsningar styrker resultatet från denna studie tidigare fynd av att behandling med internetbaserad parterapi baserad på IBCT är en lovande metod för att öka relationstillfredsställelsen bland par med samlevnadsproblematik. Det är ett positivt fynd i strävan efter att tillgängliggöra psykologisk behandling för människor som i dagsläget inte har möjlighet att ta del av det. Statistiskt sett slutar hälften av alla giftermål i skilsmässa idag och många skiljer sig utan att ha sökt hjälp för sin samlevnadsproblematik, och även om samlevnadsproblematik inte är någon diagnos i sig har det i litteraturen kopplats samman med en rad negativa konsekvenser på individnivå. Det talar för behovet av effektiva och tillgängliga behandlingsmetoder. Om internetbaserad parterapi kan bli ett etablerat alternativ i framtiden betyder det att fler människor kan få ta del av psykologisk kunskap, eftersom internetbaserad parterapi har en möjlighet att nå ut till människor på ett sätt som sedvanlig parterapi inte kan.

Resultatet från denna studie för också med sig två andra fynd: internetbaserad parterapi verkar vara effektivt även när det förmedlas utan ett behandlarstöd, och dessutom verkar strukturen på behandlingsupplägget inte spela någon avgörande roll. Det indikerar att behandlingen smidigt skulle kunna administreras och utgöra ett kostnadseffektivt alternativ för vårdgivare, samtidigt som det har potential att nå ut till många par som annars inte skulle ta steget att söka hjälp. Innan det kan ske återstår dock ett antal frågor för den framtida forskningen att besvara, kanske framför allt vilka par som är bäst lämpade för internetbehandling men också hur ett sådant format skulle kunna skräddarsys.

Referenser

- Asher, M., & Aderka, I.M. (2018). Gender differences in social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 1–12.
- Albers, C., & Lakens, D. (2018). When power analyses based on pilot data are biased: Inaccurate effect size estimators and follow-up bias. *Journal of Experimental Social Psychology*, 74, 187-195.
- Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldo, V., Nilsson-Ihrfelt, E., Paxling, B., Ström, L., & Waara, J. (2008). Development of a new approach to guided self-help via the Internet. The Swedish experience. *Journal of Technology and Human Services*, 26, 161-181.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Hadjistavropoulos, H. D. (2017). Chapter 21—Internet-based cognitive behavior therapy. In S. G. Hofmann & G. J. G. Asmundson (Eds.), *The science of cognitive behavioral therapy* (pp. 531–549). San Diego, CA: Academic Press.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196–205.
- Andersson, G., Estling, F., Jakobsson, E., Cuijpers, P., & Carlbring, P. (2011). Can the patient decide which modules to endorse? An open trial of tailored internet treatment of anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(1), 57–64.
- Andersson, A-K., & Gustafsson, M. (2008). *PIA: Parterapi på internet med acceptansarbete. En randomiserad kontrollerad studie av en KBT-baserad självhjälpsbehandling med terapeutstöd* (Examensarbete). Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande, 581 83 Linköping.
- Andersson, G., Rozental, A., Shafraan, R., & Carlbring, P. (2018). Long-term effects of internet-supported cognitive behaviour therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 18(1), 21-28.
- Andreen, H. (2009). *PIA II - en randomiserad kontrollerad studie av internetbaserad parterapi med tillägg av terapeutstöd* (Examensarbete). Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande, 581 83 Linköping.
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 121–132.
- Barzega, G., Maina, G., Venturello, S., & Bogetto, F. (2001). Gender-related differences in the onset of panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 189-195.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions - A systematic review. *Internet Interventions*, 1(4), 205–215.
- Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldo-Sandström, V., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of depression via the Internet: A randomized trial of a self-help programme. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, 85.
- Braithwaite, S. R., & Fincham, F. D. (2007). ePREP: Computer based prevention of relationship dysfunction, depression and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(5), 609–622.
- Braithwaite, S. R., & Fincham, F. D. (2009). A randomized clinical Trial of a computer based preventive intervention: replication and extension of ePREP. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 32–38.

- Burman, M., Norlander, A-K., Carlbring, P., & Andersson, G. (2018). *Närmare Varandra. Nio Veckor Till En Starkare Parrelation*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Cano-Prous, A., Martín-Lanas, R., Moyá-Querejeta, J., Beunza-Nuin, M. I., Lahortiga-Ramos, F., & García-Granero, M. (2014). Psychometric properties of a Spanish version of the Dyadic Adjustment Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(2), 137–144.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*(1), 1–18.
- Carlbring, P., Maurin, L., Törngren, C., Linna, E., Eriksson, T., Sparthar, 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*(1), 18–24.
- Carlbring, P., Westling, B., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2002). Treatment of panic disorder via the Internet: two randomized trials. *European Psychiatry, 17*, 165.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Baucom, B., & Yi, J. (2010). Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 225–235.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(2), 176–191.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 74*(6), 1180–1191.
- Cicila, L., Georgia, E. & Doss, B. (2014) Incorporating internet-based interventions into couple therapy: Available resources and recommended uses. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy 35*(4), 414-430.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112* (1), 155–159
- Collins, L. M., Dziak, J. J., Kugler, K. C., & Trail, J. B. (2014). Factorial experiments: Efficient tools for evaluation of intervention components. *American Journal of Preventive Medicine, 47*(4), 498–504.
- Cuijpers, P., & Cristea, I. A. (2016). How to prove that your therapy is effective, even when it is not: A guideline. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25*(5), 428–435.
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C., & Papp, L. M. (2004). Everyday marital conflict and child aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*(2), 191–202.
- Dagöö, J., Persson Asplund, R., Andersson Bsenko, H., Hjerling, S., Holmberg, A., Westh, S., Öberg, L., Ljótsson, B., Carlbring, P., Furmark, T., & Andersson, G. (2014). Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder delivered via smartphone and computer: a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 28*, 410-417.
- Daher, M. (2002). World report on violence and health. *Le Journal Médical Libanais. The Lebanese Medical Journal, 51*(2), 59–63.

- Davidsson, P., & Thoresson, A. (2017). *Svenskarna och internet 2017: Undersökning om svenskarnas internetvanor*. Stockholm: Internetstiftelsen i Sverige.
- Denton, W. H., Carmody, T. J., Rush, A. J., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Arnow, B. A., et al. (2010). Dyadic discord at baseline is associated with lack of remission in the acute treatment of chronic depression. *Psychological Medicine*, *40*(3), 415.
- Doss, B. D., Benson, L. A., Georgia, E. J., & Christensen, A. (2013). Translation of Integrative Behavioral Couple Therapy to a Web-based Intervention. *Family Process*, *52*(1), 139–153.
- Doss, B. D., Roddy, M. K., Nowlan, K. M., Rothman, K., & Christensen, A. (under tryckning). Maintenance of Gains in Relationship and Individual Functioning Following the Online OurRelationship Program. *Behavior Therapy*.
- Doss, B. D., Cicila, L. N., Georgia, E. J., Roddy, M. K., Nowlan, K. M., Benson, L. A., et al. (2016). A randomized controlled trial of the web-based OurRelationship program: Effects on relationship and individual functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *84*(4), 285–296.
- Doss, B. D., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., & Markman, H. J. (2009). Marital therapy, retreats, and books: The who, what, when, and why of relationship help-seeking. *Journal of Marital and Family Therapy*, *35*(1), 18–29.
- Doss, B. D., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2004). Why do couples seek marital therapy? *Professional Psychology: Research and Practice*, *35*(6), 608–614.
- Ehrensaft, M. K., & Vivian, D. (1996). Spouses' reasons for not reporting existing marital aggression as a marital problem. *Journal of Family Psychology*, *10*(4), 443–453.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., & Hooley, J. M. (2001). Relapse among married or cohabiting substance-abusing patients: The role of perceived criticism. *Behavior Therapy*, *32*(4), 787–801.
- Funk, L. J., Rogge, D., R., (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the couples satisfaction index. *Journal of Family Psychology*, *21*(4), 572–583.
- Goldman, A., & Greenberg, L. (1992). Comparison of integrated systemic and emotionally focused approaches to couples therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(6), 962–969.
- Greenberg, L. S. and Johnson, S. M. (1988) *Emotionally Focused Therapy for Couples*. New York: Guilford.
- Hahlweg, K., & Markman, H. (1988). The effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 440–447.
- Hedman, E., Furmark, T., Carlbring, P., Ljótsson, B., Rück, C., Lindfors, N., et al. (2011). A 5-year follow-up of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *Journal of Medical Internet Research*, *13*(2), e39.
- Hoenig, J.M., & Heisey, D.M. (2001). The abuse of power: The pervasive fallacy of power calculations for data analysis. *The American Statistician*, *55*(1), 19–24.
- Hosokawa, R., & Katsura, T. (2017). Marital relationship, parenting practices, and social skills development in preschool children. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *11*(1), 2.

Jacobson, N. S., Christensen, A. (1996) *Acceptance and Change in Couple Therapy: A Therapist's Guide to Transforming Relationships*. New York: Norton.

Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 351–355.

Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D., Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: a reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(4), 497–504.

Jacobson, N.S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.

Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.

Johansson, R., Frederick, R. J., & Andersson, G. (2013). Using the Internet to Provide Psychodynamic Psychotherapy. *Psychodynamic Psychiatry, 41*(4), 513–540.

Jones, R. T., Browne, K., & Chou, S. (2017). A critique of the revised Conflict Tactics Scales-2 (CTS-2). *Aggression and Violent Behavior, 37*(September), 83–90.

Jones, M., Gebski, V., Onslow, M., & Packman, A. (2002). Statistical power in stuttering research: a tutorial. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 45*(2), 243–255.

Kalinka, C. J., Fincham, F. D., & Hirsch, A. H. (2012). A randomized clinical trial of online-biblio relationship education for expectant couples. *Journal of Family Psychology, 26*(1), 159–164.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613.

Li, A., Robustelli, B. L., & Whisman, M. A. (2016). Marital adjustment and psychological distress in Japan. *Journal of Social and Personal Relationships, 33*(7), 855–866.

Ljótsson, B., Hesser, H., Andersson, E., Lackner, J. M., El Alaoui, S., Falk, L., ... Hedman, E. (2014). Provoking symptoms to relieve symptoms: A randomized controlled dismantling study of exposure therapy in irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy, 55*(1), 27–39.

Lundblad, A.-M., & Hansson, K. (2006). Couples therapy : Effectiveness of treatment and long-term follow up. *Family Therapy, 44*(4), 136–152.

Miller, R. B., Mason, T. M., Canlas, J. M., Wang, D., Nelson, D. A., & Hart, C. H. (2013). Marital satisfaction and depressive symptoms in China. *Journal of Family Psychology, 27*(4), 677–682.

Nich, C., & Carroll, K. M. (2002). “Intention-to-treat” meets “missing data”: Implications of alternate strategies for analyzing clinical trials data. *Drug and Alcohol Dependence, 68*(2), 121–30.

Nordgren, L. B., Hedman, E., Etienne, J., Bodin, J., Kadowaki, Å., Eriksson, S., Lindkvist, E., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). Effectiveness and cost-effectiveness of individually tailored Internet-delivered cognitive behavior therapy for anxiety disorders in a primary care population: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 59*, 1–11.

Nordin, S., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2010). Expanding the limits of bibliotherapy for panic disorder: Randomized trial of self-help without support but with a clear deadline. *Behavior Therapy, 41*(3), 267–276.

Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment, 8*, 443–454.

Overbeek, G., Vollebergh, W., De Graaf, R., Scholte, R., De Kemp, R., & Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders. *Journal of Family Psychology, 20*(2), 284–291.

Palmqvist, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 7*, 291–297.

Parker, G., & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International review of Psychiatry, 22*(5), 429–436.

Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: Analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*(3), 280–289.

Proulx, C.M., Helms, H.M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family, 69*(3), 576–593.

Roddy, M. K., Nowlan, K. M., & Doss, B. D. (2016). A randomized controlled trial of coach contact during a brief online intervention for distressed couples. *Family Process, 56*(4), 835–851.

Rozental, A., Forsell, E., Svensson, A., Andersson, G., & Carlbring, P. (2015). Internet-Based Cognitive-Behavior Therapy for Procrastination: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(4), 808–824.

Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 85*(2), 160–177.

Sandberg, J. G., Yorgason, J. B., Miller, R. B., & Hill, E. J. (2012). Family-to-work spillover in Singapore: Marital distress, physical and mental health, and work satisfaction. *Family Relations, 61*(1), 1–15.

Schacht, R. L., George, W. H., & Berns, S. B. (2009). Domestic violence assessment procedures among couple therapists. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*(1), 47–59.

Shadish, W. R., & Baldwin, S. a. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(4), 547–70.

Shafran, R., Wade, T. D., Egan, S. J., Kothari, R., Allcott-Watson, H., Carlbring, P., Andersson, G. (2017). Is the devil in the detail? A randomised controlled trial of guided internet-based CBT for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy, 95*, 99–106.

Simpson, L. E., Doss, B. D., Wheeler, J., & Christensen, A. (2007). Relationship violence among couples seeking therapy: Common couple violence or battering? *Journal of Marital and Family Therapy, 33*(2), 270–283.

Skinner, A., & Zack, J. (2004). Counseling and the Internet. *American Behavioral Scientist*, 48, 434-446.

Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current Status and Future Directions in Couple Therapy. *Annual Review of Psychology*, 57(1), 317-344.

Snyder, D. K., & Halford, W. K. (2012). Evidence-based couple therapy: Current status and future directions. *Journal of Family Therapy*, 34(3), 229-249.

Snyder, D. K., Wills, R. M., & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 138-141.

Socialstyrelsen. (2017). *Statistik om kommunal familjerådgivning 2016*. Sveriges Officiella Statistik: Socialtjänsten.

Spangenberg, J. J. (1991). Factors related to postpartum depression. *South African Journal of Psychology*, 21(3), 159-165.

Spanier, G. B. (2001). *Dyadic Adjustment Scale (DAS). User's Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092-7.

Statistiska centralbyrån. (2014). *Skilsmässor vanliga efter några år*. Från <https://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Artiklar/Skilsmassor-vanliga-efter-nagra-ar/>

Straus, M.A., & Douglas, E.M. (2004). A short form of the revised Conflict Tactics Scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence and Victims*, 19(5), 507-520.

Straus, M.A., Hamby, S.L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D.B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scale (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.

Strohschein, L. (2005). Parental divorce and child mental health trajectories, *Journal of Marriage and Family*, 67(5), 1286-1300.

Ström, L., Petterson, R., & Andersson, G. (2000). A controlled Trial of Self-Help Treatment of Recurrent Headache Conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 722-727.

Swindle, R. (2000). Responses to nervous breakdowns in America over a 40-Year period. *The American Psychologist*, 55(7), 740-749.

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.

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992.

Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, *6*, 107–114.

Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. I S. R. H. Beach (Red.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (sid. 3-24). Washington, DC: American Psychological Association.

Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(3), 638–643.

Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate Relationships and Psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *15*(1), 4–13.

Whisman, M. A., & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*(4), 674–678.

Wills, R. M., Faltler, S. L., & Snyder, D. K. (1987). Distinctiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: An empirical analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*(5), 685–690.

Wimberly, J. D. (1997). An outcome study of integrative couples therapy delivered in a group format. (Doktorsavhandling, University of Montana, Missoula). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, *58*(12-B), 6832.

Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(3), 296–321.