

Kännetecken för terapeutkommunikation i en internetbaserad depressionsbehandling med gott utfall

Sigge B. Skärman

Handledare: Per Carlbring

Biträdande handledare: Alexander Rozental

PSYKOLOGEXAMENSARBETE 30 HP

PSYKOLOGPROGRAMMET HT 2017

STOCKHOLMS UNIVERSITET

PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

KÄNNETECKEN FÖR TERAPEUTKOMMUNIKATION I EN INTERNETBASERAD DEPRESSIONSBEHANDLING MED GOTT UTFALL

Sigge B. Skårman

Depression orsakar påtagligt lidande och funktionsnedsättning världen över och det finns en brist på kvalificerad behandling. Internetinterventioner skulle kunna vara en del i att motverka depressionens spridning och negativa effekter, då de kan öka tillgängligheten till evidensbaserad behandling. Stöd från en behandlare tycks förbättra effekten av internetbehandling, samtidigt är innehållet i detta stöd relativt outforskat. Föreliggande studie undersökte åtta terapeuters textkommunikation i nio depressionsbehandlingar via internet som lett till remission. Texterna bearbetades i en tematisk analys som utmynnade i tre teman med underteman samt två teman utan underteman: *agensskapande, vägledande empatisk närvaro* och *terapeuten blir sårbar* respektive *praktisk information och kommunikation kring behandling* och *terapeuten informerar om och åtgärdar tekniska fel*. Dessa teman har många likheter med resultat från andra kvalitativa studier inom samma område. Studien begränsas bland annat av att den analyserade terapeutkommunikation utan att beakta patientkommunikation. Undersökningar av behandlingar mot andra diagnoser vore angelägna för att utröna eventuella skillnader i terapeutbeteenden.

Depression

Enligt *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (American Psychiatric Association, 2013) kännetecknas egentlig depression av ett flertal symtom, däribland nedstämdhet, minskad energi och en minskad förmåga att bli intresserad eller känna glädje. Återkommande tankar om att vara värdelös och skuld känslor är också vanligt. Depression kan även ge kognitiva symtom som koncentrationssvårigheter och svårigheter att fatta beslut, samt fysiologiska symtom i form av sömnstörningar och förändringar i aptit och vikt. Depressioner klassificeras som lätta, måttliga eller svåra. Lätta depressioner kännetecknas av lättare funktionsnedsättning och besvär som är hanterliga om än påfrestande, samt få symtom utöver de som krävs för att uppnå diagnos. Svåra depressioner innebär en mer påtaglig funktionsnedsättning och ett kraftigare lidande, där individen har betydligt fler symtom än vad som behövs för att diagnos ska ställas. De depressioner som befinner sig mellan lätta och svåra depressioner i svårighetsgrad betecknas som måttliga (American Psychiatric Association, 2013).

Depression tillhör de största anledningarna för funktionsnedsättning och i dagsläget uppskattas mer än 300 miljoner människor lida av förstämningssyndrom världen över (World Health Organization, 2017). Livstidsprevalensen för depression är 23% hos män respektive 36% hos kvinnor (Socialstyrelsen, 2017) och risken för nya depressionsepisoder är hög för personer som tidigare lidit av depression (Hardeveld, Spijker, De Graaf, Nolen, & Beekman, 2013). Depression medför en minskad livskvalitet och har ett samband med en större risk att dö i förtid, vilket tros bero på

suicidala beteenden såväl som korrelationen mellan depression och olika somatiska sjukdomar såsom diabetes, cancer och hjärt-kärlsjukdom (Kessler & Bromet, 2013).

Behandling mot depression

I dagsläget erbjuds ett flertal behandlingsalternativ mot egentlig depression. I många länder rekommenderas i första hand kognitiv beteendeterapi (KBT) vid depression (Lindfors & Andersson, 2016) och i Sverige gör Socialstyrelsens riktlinjer vid depression (2017) gällande att KBT prioriteras högst av rekommendationerna vid lindriga samt medelsvåra egentliga depressioner. Socialstyrelsens rekommendation omfattar även internetbaserad KBT. Interpersonell terapi (IPT) och farmakologisk behandling med antidepressiv medicin rekommenderas också men med lägre prioritet än KBT. Vidare *kan* vården också erbjuda fysisk aktivitet eller psykodynamisk terapi som förmedlas över kort tid. Vid svårare depressioner används främst antidepressiv medicinering och elektrokonvulsiv behandling (ECT) samt antidepressiv medicinering i kombination med litium vid behandlingsresistenta svåra depressioner (Socialstyrelsen, 2017). Trots att många lider av depression och en betydande andel kommer drabbas av flera episoder får majoriteten av de drabbade ingen adekvat behandling (World Health Organization, 2017). I litteraturen nämns flera faktorer som påverkar obalansen mellan behandlingsbehov och tillgång; avsaknad av kvalificerade behandlare, otillräckliga resurser samt undermålig bedömning och diagnostik av depression (World Health Organization, 2017).

KBT mot depression. KBT är en terapiform som innefattar många olika behandlingar. Behandlingarna kan ha olika fokus, där kognitiva behandlingar fokuserar på att ändra den deprimerade individens kognitiva processer, vilket förväntas påverka dennes mående och beteende (Ramnerö, 2013). Beteendeterapier betonar i sin tur vikten av att patienten genomför konkreta förändringar i sitt yttre beteende, vilket i sin tur förväntas medföra förändringar i dennes tänkande och mående (Ramnerö, 2013). En effektiv beteendeterapeutisk behandling mot depression är Beteendeaktivering (BA) (Ekers et al., 2014). BA är en behandlingsform som präglas av tydlig struktur och bedrivs under en begränsad tidsperiod (Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz, & Lewinsohn, 2011). Gemensamt för olika varianter av BA är att de syftar till att få individen att utföra önskvärda och antidepressiva beteenden i större utsträckning samt att minska de beteenden som gör klienten mer sårbar för eller förstärker depression (Dimidjian et al., 2011). I BA identifieras och hanteras också eventuella problem som ökar undvikande i klientens liv eller minskar positiv förstärkning (Dimidjian et al., 2011).

En tidig form av BA är Lewinsohns variant (Lewinsohn, 1974, refererad i Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009), som utgår ifrån att deprimerade människor upplever minskad positiv förstärkning i jämförelse med icke-deprimerade. Enligt denna modell uppstår depression då individers adaptiva och njutbara beteenden inte förstärks positivt, vilket leder till utsläckning av beteenden och passivitet (Lewinsohn, 1974, refererad i Mazzucchelli, Kane, & Rees, 2009). Behandlingen bygger på att Lewinsohn & Graf (1973) funnit att deprimerade människor utför njutbara aktiviteter i signifikant mindre utsträckning än icke-deprimerade samt att Lewinsohn & Libet (1972) hittat en korrelation mellan att genomföra få njutbara aktiviteter och låg sinnesstämning. Lewinsohns version av BA betonar vikten av att patienter kontinuerligt registrerar sin

sinnesstämning och sina aktiviteter samt schemalägger och utför aktiviteter som bör leda till positiv förstärkning. I behandlingen ingår också att lära sig hantera aversiva aktiviteter på ett sätt som minskar obehaget kopplat till dem, exempelvis genom att dela upp dem i mindre delar (Lewinsohn, Sullivan, & Grosscup, 1980).

En nyare variant av BA utvecklades av Martell, Dimidjian och Herman-Dunn (2010). Martell och hans kollegors BA präglas av en kontextuell syn på beteende där klientens beteenden analyseras utifrån vilka situationer de sker i och de konsekvenser som efterföljer dem på kort och lång sikt. Avsikten med detta är att utröna vilka funktioner olika beteenden fyller, bland annat för att hitta de aktiviteter som är positivt förstärkta för individen och som senare kan schemaläggas (Martell et al., 2010). Utöver schemaläggandet av positivt förstärkta beteenden lyfts undvikande som en särskilt viktig mekanism (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001). Deprimerade individer ägnar sig åt undvikande eftersom deras livssituationer erbjuder otillräcklig positiv förstärkning respektive överdriven bestraffning (Jacobson et al., 2001). När individens beteende medför obehag ökar sannolikheten att denne undviker liknande situationer igen och undvikandebeteendet blir negativt förstärkt då individen slipper obehag genom sitt beteende (Ramnerö, Folke, & Kanter, 2016). I BA analyseras klientens undvikanden för att sedan hitta alternativa beteenden, vilket exempelvis kan innebära exponering mot obehag som individen vanligtvis undviker (Jacobson et al., 2001). Även om aktivering innebär ökat obehag på kort sikt kan det leda till mer positiv förstärkning på lång sikt då klienten blir mer handlingskraftig och engagerad i sitt eget liv (Jacobson et al., 2001).

Internetbehandling

Forskning kring internetbaserade behandlingar har pågått sedan slutet på 90-talet och grundar sig på tidigare forskning kring självhjälpsinterventioner i form av biblioterapi och datoriserade interventioner (Andersson & Titov, 2014). Marrs (1995) definierar biblioterapi som användandet av datorprogram, video och ljudinspelning eller skriven text med avsikt att lösa problem eller få förståelse som är relevant för patientens terapeutiska eller utvecklingsmässiga behov. Innehållet i internetbaserade behandlingsprogram är i de flesta fall snarlika det evidensbaserade självhjälpsmaterial som återfinns i biblioterapi och datoriserade behandlingar (Andersson, Carlbring, & Lindefors, 2016).

Behandlingar som förmedlas via internet kan variera i utformning, upplägg samt teoretisk bakgrund. Ett fåtal studier har gjorts på internetbaserade behandlingar som grundar sig på interpersonell och psykodynamisk psykoterapi (Donker et al., 2013, Johansson et al., 2013). Kognitiv beteendeterapi utgör emellertid den teoretiska grunden för de flesta internetbaserade interventionerna (Webb, Rosso, & Rauch, 2017). Parallellt med utvecklingen av olika sorters internetinterventioner har en mångfald av termer som avser beskriva och kategorisera sagda interventioner uppkommit (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009). Internetinterventioner är en heterogen grupp behandlingar som kan inkludera många olika sorters behandling beroende på hur de definieras och det råder inte konsensus kring hur interventionerna ska kategoriseras och benämnas (Barak et al., 2009). Internetbaserade behandlingar kan bland annat avse hemsidor med psykoedukativ information, terapi i realtid med hjälp av datorns kamera eller interaktiva hemsidor där patienten får successiv tillgång till behandlingsmoduler (Barak & Grohol, 2011). Det sistnämnda alternativet kan ske med eller utan hjälp av en internetterapeut

som stöttar patienten igenom behandlingen (Barak & Grohol, 2011). Hedman, Carlbring, Ljótsson och Andersson (2014) nämner att internetbehandling kan delas in i följande tre kategorier: internetbaserade behandlingar med pedagogiskt syfte, automatiserade behandlingar via internet utan behandlarstöd samt internetbaserade interventioner med återkommande vägledning från en internetterapeut.

Fördelar och nackdelar med IKBT. Internetbaserad KBT för med sig många fördelar (Andersson & Titov, 2014). I många länder är behovet av terapi större än tillgången till kvalificerade terapeuter (Lindfors & Andersson, 2016). Webb et al. (2017) nämner ett flertal fördelar med iKBT, bland annat att internetinterventioner kan vara ett användbart alternativ som ökar behandlingstillgång för människor som inte söker hjälp hos sedvanliga kliniker till följd av det stigma som är associerat med psykisk ohälsa. Vidare påpekar de att IKBT ger frihet att utföra behandling när det passar patienten, till skillnad från traditionell KBT där fysiska möten sker. Till skillnad från vanlig KBT kan IKBT utföras nästintill varsomhelst, under förutsättning att dator och internetuppkoppling finns tillgängligt (Webb et al., 2017). Förutsättningen att patienten har tillgång till dator och internet innebär samtidigt en begränsning eftersom människor utan internettillgång inte kan ta del av behandling. Människor med läs- och skrivsvårigheter skulle också kunna ha svårigheter att ta till sig behandling.

Webb et al. (2017) diskuterar vidare potentiella nackdelar med internetterapi vid depression, där en risk som lyfts fram är att dessa inte är utformade för att ta hand om eventuella kriser som kan uppstå under terapin; exempelvis om en patient uppvisar suicidala tendenser. I många studier exkluderas patienter som uppvisar en hög poäng på suicidalitet vid i förmätningen, även om det finns viss evidens för att patienter som uppvisar suicidala tankar blir behjälpta av IKBT. En annan potentiell nackdel med IKBT vid depression är att behandlingsprogram är standardiserade och inte erbjuder samma möjlighet till individanpassning som sedvanlig KBT (Webb et al., 2017).

Forskning kring internetbaserade behandlingar. Internetbaserade KBT-behandlingar (IKBT) har i dagsläget forskningsstöd för flera psykiatriska diagnoser och har i studier visat sig vara ett kostnadseffektivt behandlingsalternativ som kan ge lika goda effekter som vid traditionell KBT (Andersson & Titov, 2014; Andrews, Davies, & Titov, 2011; Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper, & Hedman-Lagerlöf, 2018; Donker et al., 2015; Karyotaki et al., 2017; Nordgreen, Gjestad, Andersson, Carlbring, & Havik, 2018). I många av de studier som gjorts har effekter kunnat ses i jämförelse med väntelista, men det förekommer studier som visar att utfallet i IKBT är jämförbart med sedvanlig KBT, även om denna forskning än så länge är begränsad (Mogoșe, Cobeanu, David, Giosan, & Szentagotai, 2017). En relevant distinktion görs här mellan behandlingar som förmedlas med eller utan behandlarstöd. IKBT där behandlarstöd ingår som en komponent i behandling har medfört förbättrade resultat samt mindre bortfall i relation till behandlingar som inte erbjuder detta stöd (Spek et al., 2007; Andersson, Carlbring, Ljótsson, & Hedman, 2013; Andersson & Cuijpers, 2009; Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014). Det är osäkert vad i detta stöd som påverkar resultaten; studier i ämnet har bland annat undersökt hur mycket tid som terapeuter ägnar åt enskilda patienter, samtidigt som innehållet i terapeutkommunikationen är mindre studerat (Paxling et al., 2013). När det kommer till

IKBT vid depression kunde effekten av behandlarstöd ses redan i en tidig metaanalys och efterföljande forskning har påvisat liknande effekter (Webb et al., 2017).

I en översiktsstudie av Johansson och Andersson (2012) undersöktes bland annat grad av behandlarstöd i samband med internetbehandling. Författarna kategoriserade 25 studier utifrån grad av behandlarstöd. Första kategorin utgjordes av automatiserade behandlingar utan någon terapeutkontakt, studierna i andra kategorin innefattade terapeutkontakt före behandling och studier i den tredje kategorin gav behandlarstöd under behandlingens gång. Behandlingar som innehöll behandlarstöd före, efter och under behandling utgjorde den sista kategorin. Jämförelser mellan grupperna gav en positiv korrelation mellan grad av behandlarstöd och effektstorlek. I studien nämns också behovet av ytterligare forskning avseende terapeutfaktorer i IKBT, då behandlarstöd tycks förbättra utfallet av behandling samtidigt som få studier av verk samma komponenter i behandlarstöd har gjorts (Johansson & Andersson, 2012).

I en metaanalys av 22 studier (Andrews, Cuijpers, Craske, McEwoy, & Titov, 2010) undersöktes bland annat långtidseffekter av datoriserade KBT-behandlingar med eller utan behandlarstöd samt patienters följsamhet till och tillfredsställelse med behandling. Författarna fann att datoriserade KBT-behandlingar genererade stora effektstorlekar jämfört med kontrollgrupp vid eftermätning. I 14 av studierna genomfördes eftermätningar som gjordes fyra till 52 veckor efter att behandlingarna avslutats. Författarna fann att behandlingsresultat tycktes kvarstå efter behandling. Studien visade på att patienter föreföll tillfredsställda med behandlingen. Vidare var följsamheten hög; i alla utom en studie genomförde majoriteten av deltagarna samtliga moduler i behandlingen och tillfredsställelsen var genomgående hög i de tio studier där detta hade mätts.

Andersson, Rozental, Shafran och Carlbring (2018) genomförde en metaanalys för att undersöka huruvida resultaten från IKBT-behandling med behandlarstöd består på lång sikt. Författarna inkluderade 14 studier med långtidsuppföljningar som mätt behandlingseffekter mot depression, paniksyndrom, tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom, social ångest, kroniskt trötthetssyndrom, stress, blandad depression och ångest samt spelmissbruk. Behandlingarna pågick i åtta till femton veckor. I studierna gjordes eftermätningar i två till fem år efter avslutad behandling. Resultaten tydde på att effekterna av IKBT kan kvarstå flera år efter behandling. Samtidigt fanns en påtaglig heterogenitet med avseende på behandlingarnas effekter.

Terapeutfaktorer

Terapeutfaktorer har kommit att undersökas eftersom gemensamma faktorer (eng. *common factors*) som är oberoende av terapiform förklarar en betydande del av variationen i behandlingsutfallet vid psykoterapi (Wampold & Imel, 2015). Därför bedrivs forskning som fokuserar på att undersöka dessa gemensamma faktorer, däribland terapeuteffekter, snarare än olika former av psykoterapi och deras respektive effekt (Wampold & Imel, 2015).

Baldwin och Imel (2013) genomförde en metaanalys över 46 studier där de fann att terapeuteffekter har samband med behandlingsutfallet vid psykoterapi; analysen tydde på att terapeutfaktorer var kopplade till 5 procent av variansen i behandlingens resultat.

Det tycktes också finnas skillnader mellan studier gjorda i naturalistiska och forskningskontexter, då forskningskontexter ofta präglas av en mer rigid struktur. Enligt samma metaanalys var terapeuteffekter kopplade till 7 respektive 3 procent av resultatens varians i naturalistiska respektive forskningsmiljöer (Baldwin & Imel, 2013).

Henry, Schacht och Strupp (1986) fann att vissa terapeutbeteenden, såsom att hjälpa, visa förståelse och bekräfta klienten korrelerade med goda resultat. Samtidigt fann de att terapeuter i behandlingar med gott utfall skuldbelade klienter i förhållandevis liten utsträckning jämfört med andra terapier (Henry et al., 1986). Terapeutens uttryck av empati tycks spela en roll i behandlingsutfall, då det har ett signifikant samband med symtomminskning enligt en metaanalys över 57 olika studier (Elliott, Bohart, Watson & Greenberg, 2011). En metaanalys som inkluderade 18 studier visade att terapeutens förmedling av genuin, ovillkorlig uppskattning och bekräftelse av klienten korrelerade med goda behandlingsresultat (Farber & Doolin, 2011).

Terapeutfaktorer i internetbehandling. Forskning kring behandlarstöd och terapeutens bidrag när det kommer till internetbaserade behandlingar är än så länge begränsad (Paxling et al., 2013). Samtidigt som behandlarstöd tycks ge effekt (Andersson et al., 2013) varierar stödets innehåll och omfattning mellan olika behandlingar (Barak et al., 2009). En studie som undersökte terapeuteffekter i IGBT mot depression fann stöd för en terapeuteffekt med avseende på livskvalitet men inte på ångest och depression (Almlöv, Carlbring, Berger, Cuijpers, & Andersson, 2009). Studier på området har definierat och undersökt olika aspekter av behandlarstöd såsom mängden tid som ägnas åt varje patient eller terapeutens skriftliga kommunikation till patienten (Paxling et al., 2013).

I en studie av Holländare et al. (2016) undersöktes kommunikationen från fem terapeuter i iGBT-behandlingar vid depression genom att analysera 664 e-mail med kvalitativ innehållsanalys. Författarna identifierade nio terapeutbeteenden och undersökte hur frekvent de förekom. Beteendet uppmuntran (*“encouraging”*) förekom i störst utsträckning; det utgjorde 31,5 procent av samtliga kodade beteenden. Övriga beteenden som förekom ofta utgjordes av vägledning (*“guiding”*), bekräftelse (*“affirming”*), uppmaning (*“urging”*), samt i mindre utsträckning förekommande beteenden; understryka vikten av patientens ansvar (*“emphasize the importance of patient responsibility”*), dela med sig av sig själv (*“self-disclosure”*), förtydligande av ramen för internetbehandling (*“clarify the internet treatment framework”*), berätta om behandlingsmodulers innehåll (*“inform about module content”*), samt konfrontera (*“confront”*) patienten.

Författarna fann att frekvensen av följande beteenden korrelerade med antalet genomförda moduler; vägledning, uppmuntran, bekräftelse, understryka vikten av patientens ansvar, dela med sig av sig själv samt förtydligande av ramen för internetbehandling. Vägledning, uppmuntran och bekräftelse hade starka samband med följsamhet till behandling, de tre sistnämnda beteendena hade svagare samband. Bekräftelse och uppmuntran var kopplade till minskade depressiva symtom vid behandlingens avslut. Förekomsten av bekräftelse hade också ett samband med symtomreduktion två år efter avslutad behandling. Självutlämnande hade ett samband med minskning av symtom vid avslutad behandling. Vid senare mätningar var detta

samband inte signifikant. Författarna fann att detta beteende förekom mer frekvent i de behandlingar som ledde till fullständig återhämtning från depression, mätt vid avslutad behandling. Vid analyser av sambandet mellan behandlingsresultat och terapeutbeteenden inom behandlingens två första veckor fann författarna att beteendet uppmuntran korrelerade med minskade symtom. Förekomsten av beteendet förtydligande av ramen för internetbehandling hade inget samband med symtomminskning när författarna utgick ifrån behandlingen i sin helhet. De hittade dock ett samband mellan detta beteende och resultat två år efter avslutad behandling vid analyser baserade på behandlingens första två veckor. Fyndet tyder på att terapeuter kan behöva anpassa sitt beteende beroende på vilket stadium i behandlingen patienten befinner sig i (Holländare et al., 2016).

I en studie av Paxling et al. (2013) undersöktes epost-meddelanden från tre internetterapeuter som totalt behandlade 44 patienter diagnosticerade med generaliserat ångestsyndrom (GAD). Terapeuternas meddelanden analyserades med innehållsanalys och resulterade i åtta terapeutbeteenden; beteende som stöttar patientens utförande av uppgift (*“task prompting”*), flexibilitet avseende deadline (*“deadline flexibility”*), psykoedukation (*“psychoeducation”*), förstärkning av avklarade uppgifter (*“task reinforcement”*), dela med sig av sig själv (*“self-disclosure”*), beteenden som verkar alliansstödande (*“alliance bolstering”*), empatiska uttryck (*“empathetic utterance”*), och beteenden som syftar till att stärka patientens självförmåga (*“self-efficacy shaping”*). Förstärkning av avklarade uppgifter och stärkande av patientens självförmåga var de vanligast förekommande terapeutbeteendena som utgjorde 40 respektive 34 procent av de kodade beteendena. Beteendet flexibilitet avseende deadline definierades som att ge patienten längre tid att arbeta med behandlingsmoduler och utföra hemuppgifter. Detta beteende korrelerade negativt med behandlingsresultat, vilket skulle kunna bero på en eventuell negativ påverkan på behandlingsutfall. Resultaten indikerade vidare att det förekommer olika typer av terapeutbeteenden och att många av dessa beteenden korrelerar med varandra. Förstärkning av avklarade uppgifter hade en positiv korrelation med symtomminskning enligt Penn State Worry Questionnaire (Meyer et al., 1990). Inga andra beteenden gav signifikanta positiva korrelationer med behandlingsutfall (Paxling et al., 2013).

I en studie av Schneider, Hadjistavropoulos och Faller (2016) använde författarna de kategorier av terapeutbeteenden som Paxling et al. (2013) utvecklat samt tre nya kategorier för att analysera beteendenas samband med allians och behandlingsresultat. Jämförelser mellan denna studie och Paxlings studie med avseende på frekvensen av terapeutbeteenden gjordes också. Datan som analyserades hämtades från en tidigare studie av IGBT mot depression och bestod av 1013 e-postmeddelanden mellan 41 patienter och 24 terapeuter. Endast patienter som genomgått hela behandlingen inkluderades i analysen.

De fann att samma beteenden som nämnts av Paxling et al. (2013) även förekom i deras data. Klargörande frågor (*“questions”*), feedback om enkäter (*“questionnaire feedback”*) och administrativa uttalanden (*“administrative statements”*) utgjorde dessutom tre nya kategorier. Schneider et al. (2016) fann skillnader avseende frekvenser av olika beteenden i studierna; i deras studie ägnade terapeuterna sig åt empatiska uttryck samt psykoedukativa och alliansstödande beteenden i större utsträckning än

terapeuterna i studien av Paxling et al. (2013). I den sistnämnda studien stärkte terapeuter patientens självförmåga och gav förstärkning vid avslutade uppgifter i större utsträckning (Paxling et al., 2013). Gemensamt för båda studierna var att förstärkning av utförda uppgifter förekom i stor omfattning, i motsats till beteendekategorierna flexibilitet avseende deadline och att dela med sig av sig själv (Schneider et al., 2016). I studien replikerades Paxlings fynd att flexibilitet avseende deadline korrelerade negativt med behandlingsutfall (Schneider et al., 2016).

Vid mätning efter behandling fann författarna en negativ korrelation mellan behandlingsresultat och frekvensen av flera terapeutbeteenden. Frekvensen av beteendena psykoedukation, stöttande av patientens utförande av en uppgift, stärkande av självförmåga och administrativa uttalanden korrelerade med högre skattningar av depressivitet på skalorna Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) och Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995) efter behandling. Frågor från terapeuten hade ett samband med ökad depression vid avslutad behandling enligt DASS-21. Flexibilitet avseende deadline, stöttande av patientens utförande av en uppgift, administrativa uttalanden samt alliansstödande beteenden hade samband med ökad ångest enligt DASS-21. Högre skattningar av allians enligt Therapist Alliance Questionnaire (TAQ), en variant av Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) (Luborsky et al., 1996), samvarierade med förstärkning av utförda uppgifter samt feedback på de enkäter som patienter fyllt i vid mitten och slutet på behandling. Feedback på ifyllda enkäter korrelerade med minskad ångest enligt Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006) vid mätning i mitten på behandlingen; sagda resultat kvarstod inte vid avslutad behandling (Schneider et al., 2016).

Det faktum att författarna fann en negativ korrelation mellan ökade terapeutbeteenden och utfall skulle enligt författarna kunna betyda att terapeuter ökade sitt engagemang i reaktion på en försämring i patienters mående. Av de samband som hittades mellan terapeutbeteenden och behandlingsutfall på DASS, PHQ-9 och GAD-7 var alla utom ett signifikanta vid avslutad behandling men inte vid mätning i mitten på behandling. Detta skulle kunna stödja författarnas hypotes om att terapeuter blev mer aktiva till följd av försämringar i behandling. Studien fann, i likhet med Paxling et al. (2013), att flexibilitet avseende deadline korrelerade negativt med utfall. Schneider et al. (2016) menar att en möjlig tolkning av detta fynd är att brister i upprätthållandet av behandlingsstrukturer från terapeutens sida kan medföra sämre resultat för patienter, varför det blir angeläget att bibehålla en stabil struktur i behandling. En annan tolkning som nämns är att terapeuter svarar på försämringar i behandling med ökad flexibilitet, för att minska risken för bortfall och öka sannolikheten att uppgifter utförs. Då författarna genomfört en korrelationsstudie går det inte att uttala sig säkert om några kausala samband (Schneider et al., 2016).

Hadjistavropoulos, Pugh, Hesser och Andersson (2017) gjorde en undersökning av allians inom ramen för IKBT där 55 terapeuter, varav 28 var studenter under handledning, genomförde IKBT mot ångest respektive depression. Sammanlagt behandlades 195 patienter, varav 83 led av depression, resterande hade ångest. De undersökte prediktorer för en stark allians, huruvida alliansen predicerade utfall samt alliansens styrka enligt skattningar i mitten samt slutet på behandling. Generellt för båda

patientgrupperna var att mätningar i mitten såväl som slutet på behandling tydde på stark allians. Författarna fann inga signifikanta skillnader i allians enligt TAQ mellan mitten och slutet på behandling (Hadjistavropoulos et al., 2017).

Vid analys av sambanden mellan alliansskattningar i mitten på behandling och resultat av behandling enligt instrumenten GAD-7 för ångestgruppen respektive PHQ-9 för depressionsgruppen fanns inga signifikanta korrelationer. Vid undersökning av prediktorer för en god allians undersöktes ett flertal variabler, däribland demografiska sådana. Studenter hade svagare allianser med sina patienter än färdigtbildade terapeuter i gruppen med ångestpatienter. Svagare allianser uppmättes mellan internetterapeuter och deprimerade patienter om sagda patienter genomgick behandling hos en psykiater under samma period som studien genomfördes. Bland de patienter som genomgick IKBT för depression fanns en positiv korrelation mellan antalet kontakter med sin terapeut och allians. För båda grupperna fanns ett samband mellan TAQ och patienters tillfredsställelse med behandling såväl som kommunikationen med sin terapeut (Hadjistavropoulos et al., 2017).

Terapeuterna i studien hade fått handledning såväl som utbildning i hur internetterapi bedrivs, vilket bör minska variationen i terapeutbeteende mellan terapeuter. Till följd av detta kan homogeniteten i terapeuters beteenden ha ökat, varför möjligheten att hitta korrelationer mellan allians och utfall skulle ha minskat. Författarna erhöll olika korrelationer mellan allians och andra faktorer, såsom parallell psykiatrisk behandling, beroende på vilken behandlingsgrupp patienten tillhörde. De menar att dessa fynd kan implicera att behandlingsprogram behöver skraddarsys för olika diagnoser för att säkerställa stabila allianser (Hadjistavropoulos et al., 2017).

Sambandet mellan antal terapeutkontakter och allians i mitten på depressionsbehandling skulle enligt författarna kunna ha kliniska implikationer. De antyder att terapeuter skulle kunna försöka förbättra alliansen genom att kontakta patienter i större utsträckning. Samtidigt skulle fyndet också kunna bero på att patienter blir mer benägna att be om hjälp om alliansen är stark. En annan möjlig förklaring är att terapeuter är mer intresserade av att engagera sig och kontakta patienter i de behandlingar där alliansen redan är god. I likhet med studien av Schneider et al. (2016) undersökte författarna korrelationer, varför kausala samband inte kan fastställas (Hadjistavropoulos et al., 2017).

Syfte och frågeställning

Ovanstående litteratur tyder på att internetbehandling har god effekt vid depression och flera andra tillstånd och att IKBT är effektivt; denna effekt stärks dessutom av behandlarstöd. Vidare tycks vissa beteendekategorier förekomma oftare än andra. Författaren har också egna erfarenheter av arbete som internetbehandlare, vilket har givit upphov till ett intresse för ämnet. Parallellt med detta intresse har frågor kring behandlarstöd väckts, då det inte alltid tycktes självklart vad sagda stöd skulle innehålla i praktiken. Utifrån detta vore det av intresse att få ett mer detaljerat och nyanserat perspektiv på de utmärkande dragen hos internetbehandlares kommunikation. Av särskilt intresse vore att få en fördjupad inblick i de teman som karaktäriserar behandlingar med förbättrat utfall, då detta kan ge indikationer för framtida forskning kring vad som predicerar gott utfall.

Föreliggande uppsats ämnar därför besvara frågan: vad kännetecknar textkommunikationen hos behandlare i internetbaserade depressionsbehandlingar som har lett till förbättrat behandlingsutfall?

Metod

Undersökningsdeltagare

Samtliga behandlare var psykologstudenter som genomfört minst tre år av sin utbildning (Nyström et al., 2017). Åtta behandlares kommunikation analyserades i föreliggande studie, tre av dessa var kvinnor och fem var män. Tre behandlingar utgick ifrån Martells BA, resterande baserades på Lewinsohns BA. Terapeuterna handledes av professor Per Carlbring. De hade uppmanats att ägna maximalt femton minuter åt att läsa och skriva meddelanden till klienter varje vecka (Nyström et al., 2017). Ytterligare information om terapeuterna saknas.

Procedur

Data för uppsatsen erhöles från en studie som jämför effekten av två sorters beteendeaktivering samt fysisk aktivitet mot depression (Nyström et al., 2017). Sagda studie rekryterade undersökningsdeltagare via sociala medier såsom Facebook, olika hemsidor samt tidningar. Samtliga undersökningsdeltagare fyllde i skalan Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale - self rated (MADRS-S) (Svanborg & Åsberg, 1994). Ett inklusionskriterium var skattningar på 15-35 poäng enligt denna skala. Om deltagarna var svårt deprimerade eller suicidala enligt MADRS-S exkluderades de. Undersökningsdeltagarna som inkluderades led av mild till måttlig depression utifrån kriterier i DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Deltagare som var fysiskt aktiva mer än en gång per vecka exkluderades, så även de som genomgick övrig psykologisk behandling. Vidare exkluderades deltagare som hade andra diagnoser än depression enligt DSM-IV-TR samt de som under de tre senaste månaderna hade förändrats avseende behandling med medicin som påverkar humöret (American Psychiatric Association, 2000). Samtliga deltagare bodde i Sverige, kunde kommunicera skriftligt på svenska, hade tillgång till dator samt internet och gav skriftligt samtycke till behandling. Alla deltagare var minst 18 år gamla (Nyström et al., 2017).

Patienterna i föreliggande studie tillhörde grupper som behandlats med åtta moduler från Martells respektive Lewinsohns versioner av BA under tolv veckor. Datan som var föremål för analys bestod av 20 slumpmässigt utvalda fullständiga konversationer mellan terapeut och patient från behandlingar som lett till tydliga försämringar respektive förbättringar av depressiva symtom. Utöver detta valdes två konversationer ut för testkodning, som inte användes i resultatet. Förbättring definierades som att patienten skattade lägre än fem poäng på PHQ-9, vilket innebär att de inte längre uppfyllde kriterier för depression. Försämring definierades som $-1,96$ standardavvikelser från medel, vilket tyder på en reliabel försämring enligt Reliable Change Index (RCI) (Wise, 2004). Behandlingar inkluderades oavsett om de slutförts hela behandlingen eller inte, i enlighet med intention-to-treat-principen. Föreliggande uppsats skrevs ursprungligen med en annan författare men kom att delas upp till två studier, vilket nämns nedan. Efter att samarbetet avbrutits delades datan upp, varefter nio behandlingar som lett till förbättrat resultat kvarstod. Dessa nio behandlingar

utfördes av åtta terapeuter och utgjorde det slutgiltiga underlaget för föreliggande studie.

Analys

Författaren och den tidigare författarpartnern fattade beslut om att göra en induktiv studie med huvudsakligt fokus på semantiskt innehåll innan analysen påbörjades. Beslutet om att betona det semantiska innehållet gjordes mot bakgrund av att den tillgängliga datan var textbaserad och insamlad på förhand, varför författaren gick miste om möjligheten att ta del av kommunikativa aspekter som varit tillgängliga om denne utfört en intervjustudie eller haft annan direktkontakt med undersökningsdeltagare. Därmed ansågs möjligheterna att tolka in djupare, latenta mönster begränsade. Att utgå ifrån en öppen, induktiv ansats snarare än en teoridrivna sådan motiverades med att författaren och den tidigare samförfattaren ämnade finna utmärkande kännetecken för kommunikationen. En teoridrivna ansats tycktes öka risken för att försumma relevanta teman till följd av ett överdrivet fokus på en given teori, varför en induktiv ansats föreföll mer ändamålsenligt för studien. Studien utgick ifrån en realistisk epistemologi och ontologi. Boken *Successful qualitative research: A practical guide for beginners* (Braun & Clarke, 2013) användes som vägledande metodlitteratur i samband med analysen och den sexstegsmetod för tematisk analys (TA) som nämns i sagda bok tillämpades i arbetet. TA valdes mot bakgrund av att metoden är förhållandevis anpassningsbar bland annat avseende hur data samlas in (Braun & Clarke, 2013), vilket var fördelaktigt eftersom författaren och den tidigare samförfattaren erhöll färdig data. Vidare fattades ett beslut om att läsa terapeuternas kommunikation i sin helhet i de utvalda behandlingarna, snarare än att avgränsa sig till delar av denna. Ett undantag gjordes dock för helt och hållet standardiserade meddelanden samt meddelanden som inte skickats av terapeuter (exempelvis meddelanden från studieansvariga forskare). Vidare bestämde författaren och den tidigare författarpartnern att teman skulle återkomma i flera behandlingar vid flera tillfällen för att vara prevalenta nog att räknas som teman samtidigt som ansatsen var att finna teman som representerade utmärkande kännetecken hos terapeutens kommunikation. Under arbetets gång fördes kontinuerliga anteckningar av de reflektioner som väcktes.

Inför arbetet med databearbetning och analys redigerades de erhållna filerna så att separata behandlingar delades in i enskilda dokument där patientens del av konversationerna raderades. Databearbetningen påbörjades med att ett antal av dessa texter lästes för att skapa bekvämlighet med materialet. Därefter skedde en testkodning av material som valts ut enbart för detta syfte, där båda författarna markerade textstycken i ordbehandlingsprogram och la till kommentarer med koder. Därefter diskuterades sagda testkodning med fokus på idéer kring hur kodning och tolkning kunde ske samt vilka teman som skulle kunna bli relevanta. Syftet med detta var att öka samstämmighet mellan författarna.

Därefter delades behandlingarna upp i två delar och respektive författare läste igenom det tilldelade materialet (tio behandlingar vardera) i sin helhet innan enskild kodning påbörjades. Kontinuerlig diskussion fördes samtidigt via e-post, där reflektioner från kodningsprocessen lyftes. Efter att den första kodningen genomförts skapades ett flertal kandidatteman. Därefter tog respektive författare den andres koder och sorterade dessa under de teman som skapats. I samband med detta fördes diskussioner kontinuerligt och

nya teman skapades, samtidigt som olika teman reviderades vid behov. Samarbetet avbröts i slutet på denna process. Efter diskussion om hur arbetet skulle delas upp kom författarna, handledarna och kursansvarig överens om att två separata uppsatser skulle skrivas med fokus på förbättrade respektive försämrade patienter. En lottning om vilken grupp som skulle tillfalla vilken författare gjordes och föreliggande uppsats kom att handla om de förbättrade patienterna.

Efter att författaren fått kännedom om utfallet hos respektive behandling raderades textstycken och koder vars ursprung var behandlingar som lett till försämringar. I samband med detta skedde en läsning av endast de förbättrade behandlingarna. De kandidatteman som skapats reviderades, där flera teman togs bort, slogs samman eller döptes om, samtidigt som nya teman skapades. En temakarta skapades, där strukturen och sambanden mellan teman klarlades. Vidare skrevs definitioner för teman. Därefter skedde ännu en omkodning, där alla grundtexter lästes om i sin helhet för att utröna huruvida texterna representerades väl av temana. Parallellt omkodades texterna vid behov, tills ytterligare läsning inte gav upphov till fler koder. Efter ytterligare temarevision skrevs slutligen nedanstående rapport.

Etik

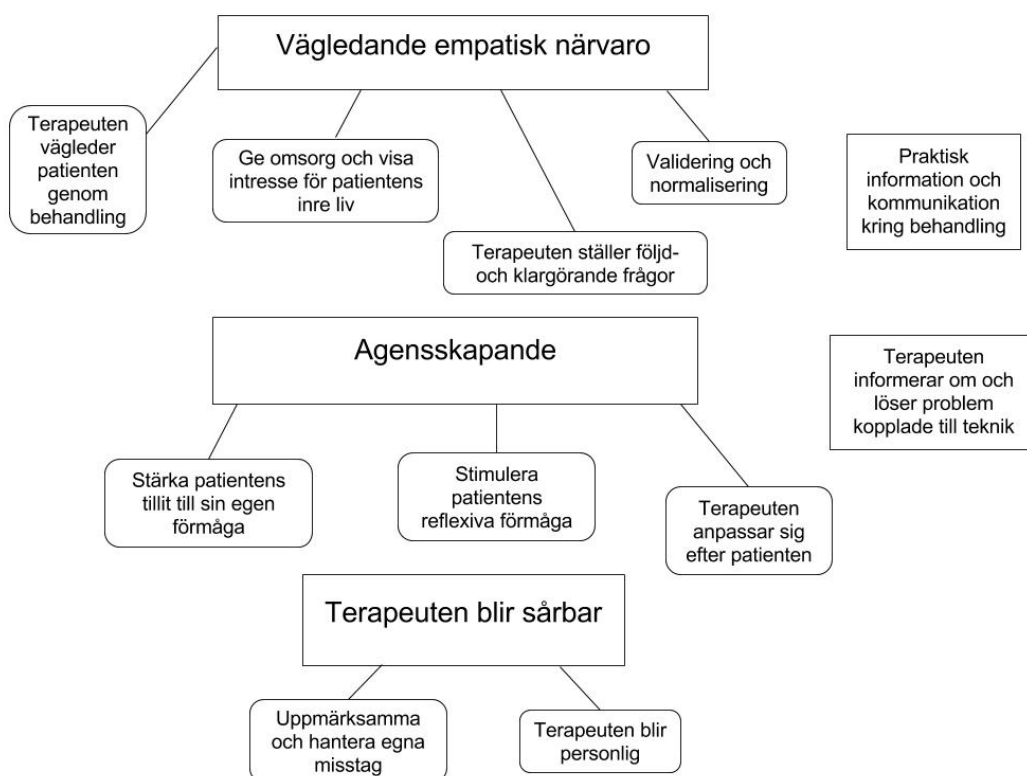
Studien som datan för föreliggande studie inhämtades ifrån godkändes av Regionala Etikprövningsnämnden i Umeå (2012-135-31). Terapeuterna har avidentifierats för att säkerställa deras anonymitet.

Resultat

Arbetet med den tematiska analysen utmynnade i att tre övergripande teman, alla med tillhörande underteman, skapades: *“Agensskapande”*, *“Vägledande empatisk närvaro”* samt *“Terapeuten blir sårbar”*. Vidare bildades två mindre teman vid namn *“Terapeuten informerar om och löser problem kopplade till teknik”* och *“Praktisk information och kommunikation kring behandling”*.

Agensskapande

Detta övergripande tema handlade om att fostra agens hos patienten; att få denne att känna sig som en egen, självständig människa med kontroll över sitt eget liv och förmåga att hantera de utmaningar det för med sig. Terapeuten uppmanade här patienten att tänka kritiskt, komma på egna lösningar och säga hur hen ville hantera svårigheter istället för att erbjuda färdiga lösningar, återförsäkra patienten eller bestämma åt denne. Vidare gavs uppmaningar om att inte bara lösa problem som förelåg i skrivande stund utan att förstå sig själv, funktionen av sina beteenden och sin situation på en högre abstraktionsnivå så att patienten blev bättre rustad för att förebygga och hantera liknande situationer i framtiden.



Figur 1. Visuell representation av teman och deras struktur.

Stärka patientens tillit till sin egen förmåga. Texterna inom föreliggande undertema berörde hur behandlaren förmedlade en uppfattning om patienten som kapabel att hantera de utmaningar som livet för med sig; att denne kunde möta dessa med aktivt engagemang, snarare än att se sig själv som ett passivt offer för sina omständigheter. Genom att terapeuten uttryckte en förväntan om att patienten kunde ta ansvar för att hitta omdömesgilla lösningar på problem förmedlades en bild av patienten som kompetent, vilket kan ha fått denne att dela och vilja upprätthålla denna bild. Vidare förflyttade det fokus från terapeuten till patienten, så att denne försökte lösa sina egna problem snarare än att hoppas på att de skulle åtgärdas av någon annan. Sammantaget handlade temat om att skapa en bild av patienten som kapabel och minska dennes beroende av terapeuten.

“Jag har sagt det flera gånger men jag tycker det är viktigt: det handlar så mycket om din motivation och din drivkraft att genomföra alla stegen och att genomföra dem noggrant och konsekvent. Det märks att du har insikten och att du är beredd på att det krävs ett arbete från din sida för att må bättre.” - Terapeut 5

Ovanstående stycke, som givits koderna *“Lyfta fram patientens styrkor och självförmåga”* samt *“Lyfta fram att patientens eget arbete och motivation lett till förbättring”* var ett exempel på hur terapeuten förflyttade fokus mot patientens insikter, engagemang och arbetsmoral samt kopplade samman dessa med framgångar i behandling. Meddelandet förmedlade att de aspekter som påverkar ett gott utfall främst fanns hos patienten, snarare än behandlingen eller terapeuten. Genom att

uppmärksamma hur patientens egenskaper, tänkande och beteende hängde samman med förbättringar i dennes liv kan tilltron till den egna förmågan att motarbeta depressivitet ha ökat och patienten kan ha fått insikt om hur hen påverkat sitt eget liv. Vidare kan det ha syftat till att försvaga självförminsande tankar.

Stimulera patientens reflexiva förmåga. Meddelandena i undertemat behandlade hur terapeuten stimulerade patientens reflexiva tänkande. Det gjordes genom att ifrågasätta och problematisera rigida, maladaptiva och depressiva tankar, känslor och beteenden i syfte att hjälpa patienten att få insikt i hur dessa hängde samman. Snarare än att mästra eller motbevisa patienten speglade behandlaren dennes utsagor och ställde frågor som belyste dennes förhållningssätt och undersökte om det fanns andra sätt att förhålla sig till en given situation på.

“En liten tendens som jag såg i din aktivitetsdagbok är att nedstämdhet och en känsla av ensamhet tenderar att komma tillsammans. Går det att utgå från det när du hittar alternativa aktiviteter? När du känner dig ensam, vad gör du då och vad skulle du då istället kunna göra?” - Terapeut 7

Ovanstående citat, som givits koden *“Uppmanar P att använda insikter för att hitta mer adaptiva handlingsalternativ, sporrar hen att komma på sådana”* visade på hur terapeuten utgick ifrån samband som patienten återgett, för att uppmärksamma hur patientens mående och beteende hängde ihop. Därefter sporrade terapeuten till reflektion genom att fokusera på den situation som verkade vara associerad med nedstämdhet och uppmana patienten till att reflektera kring befintliga och alternativa beteenden. På så vis stimulerades patienten att fundera över hur det egna beteendet påverkade måendet och vad hen hade kunnat göra istället.

Terapeuten anpassar sig efter patienten. Kommunikationen som rymdes inom undertemat var uttryck för hur terapeuten anpassade sitt förhållningssätt i behandlingen utifrån vad som fungerade för patienten, snarare än att säga åt denne att det fanns ett givet sätt som behandling måste ske på och tvinga patienten in i denna mall. I linje med antagandet om att patienten var en vuxen och omdömesgill människa efterfrågade behandlaren vad som fungerade för denne och anpassade sig flexibelt efter detta i den mån det var möjligt. Detta syftade vidare till att förstärka bilden av att patientens preferenser var viktiga och att denne kunde lita på sitt eget omdöme.

“Så här tänker jag generellt: Du ska göra på det sätt som passar bäst för dig och som du tror kommer leda till bäst resultat. Jag finns med för att stötta och bolla idéer om du själv kör fast eller liknande i det. Så, återigen, gör det som du tycker funkar bäst!” - Terapeut 6

I ovanstående stycke, som givits koden *“Uppmuntra patienten att utgå ifrån vad som fungerar för hen”* förhöll sig behandlaren flexibelt i förhållande till patienten och visade en tillit till att hen hade tillräckligt gott omdöme och självinsikt för att avgöra hur behandlingen skulle fortskrida. Givandet av inflytande till patienten att påverka den egna behandlingen kan också ha syftat till att demonstrera att terapeuten inte behövde kontrollera behandlingen i någon överdriven utsträckning.

Vägledande empatisk närvaro

Temat genomsyrade materialet och syftade till hur terapeuten lotsade patienten genom behandling, då behandlaren kontinuerligt visade att hen närvarade och kunde bidra med känslomässigt stöd, kunskap om behandling och psykologisk expertis.

Utsagorna inom detta tema signalerade att patienten kunde känna sig trygg och att det fanns hopp om förbättring. Terapeuten erbjöd sig att visa vägen genom behandling, ha uppsikt på patientens arbete och visade omsorg. Vidare sattes patientens situation i sitt sammanhang då behandlaren relaterade och jämförde situationen med sina kunskaper om depression och hur det kan ta sig i uttryck. Att ha fått sina upplevelser jämförda med vanliga depressiva symtom och få insikt i att många upplever samma symtom, samtidigt som de fick kunskap om mekanismerna bakom dessa symtom, kan ha givit en ökad förståelse av den egna situationen. På så vis kan terapeuten ha lindrat känslor av skuld och skam hos patienten, som annars kan ha trott att hen var ensam eller underlig i att må som hen gjorde.

Sammantaget ingjöt terapeuten hopp om att patientens börda skulle komma att lättas, livet kunde bli bättre och att det fanns en framkomlig väg att gå, där engagemang i givande aktiviteter och konstruktiv problemlösning ersatte passivitet, negativa känslor och undvikande.

Terapeuten vägleder patienten genom behandling. Undertemat fokuserade på hur terapeuten stöttade patienten i själva behandlingsarbetet, genomförandet av de avsnitt som regelbundet skickades till patienterna. En viktig del i detta var att visa engagemang i patientens arbete med behandlingens avsnitt, exempelvis genom att ge feedback på patientens meddelanden, uppgifter och aktivitetsdagböcker. Att bibehålla en kontinuerlig kontakt med patienten och undersöka om denne genomförde sina uppgifter samt vilka resultat som uppnåddes blev ett sätt att se till att det konkreta arbetet i behandlingen genomfördes, samtidigt som behandlaren fick möjlighet att visa att hen var närvarande för patienten och att denne inte var ensam i sin kamp mot depressionen. Inom samma undertema rymdes kommunikation som ämnade att stötta, entusiasmera och berömma patienten för dennes ansträngningar i behandlingen.

“Utifrån dina aktivitetsdagböcker och dina svar märks det att du har lätt för att ta till dig skriven text och även att koppla ihop det du själv har upplevt med det som står i texten. Detta är ett gott tecken för den fortsatta behandlingen!” - Terapeut 5

Ovanstående textstycke, som givits koden *“Lyfta fram styrkor hos patienten-identifiera detta som positivt i behandling”*, illustrerade hur terapeuten visade engagemang genom att inte bara betona att hen läst patientens aktivitetsdagböcker och uppgifter, utan dessutom urskilde positiva mönster hos patienten, att denne hade en förmåga att se samband mellan sitt eget liv och det hen läste om. Utifrån detta identifierade terapeuten detta som en potentiell fördel i behandling och medvetandegjorde patienten om hur det kunde komma till nytta, vilket kan ha syftat till att ingjuta hopp och motivera patienten ytterligare.

Ge omsorg och visa intresse för patientens inre liv. Temat berörde hur behandlaren visade att hen fanns där för patienten, brydde sig om denne och ville bibehålla en terapeutisk relation. Terapeuten visade uppskattning för patienten som person och behandlade denne varsamt. Detta undertema handlade om att förmedla emotionellt stöd och stärka relationen till patienten genom att visa intresse för dennes tankar, känslor och värderingar. Temat innefattade omsorgsfulla och relationsbildande uttalanden från terapeuten som inte bara inskränkte sig till uppgiftsrelaterade meddelanden. Här förmedlade behandlaren att patienten kunde anförtro sig och känna sig trygg, att det gick att ta upp svåra känslor och händelser och att terapeuten förblev närvarande även om patienten mådde dåligt. Texterna inom detta tema visade att patienten var intressant och hade ett värde som människa. Vidare förmedlades medkänsla och empatisk förståelse för att patienten mötte utmaningar och att dessa påverkade dennes mående negativt.

“Jag tycker att du fortsätter att föra fina resonemang och har intressanta iakttagelser som du delar med dig av!” - Terapeut 5

Ovanstående citat, som givits koden *“Förmedla uppskattning/intresse av patientens reflektioner”*, var ett sätt för terapeuten att visa att de resonemang och iakttagelser som hen tog del av inte bara var intressanta för att terapeuten skulle kunna utföra sitt arbete, utan att de var intressanta *i sig* och att de tillförde något som hen inte skulle få ta del av annars - hen visade tacksamhet för att patienten *delade med sig*.

Normalisering och validering. I temat förmedlade terapeuten att patientens upplevelse var helt normal, rimlig och giltig utifrån den situation hen befann sig i - det fanns ingenting felaktigt eller underligt i att må och bete sig som patienten gjorde. Terapeuten tog del av patientens utsagor och satte dem i sitt sammanhang, vilket innebar att jämföra dem med annan information såsom fakta om depression och patientens tidigare utsagor, för att belysa det patienten berättade ur ett vidare perspektiv.

“Du skriver att du inte är någon bra kandidat för programmet. Jag förstår om du tycker att det känns svårt och att du kanske inte heller känner att du gjort lika stora framsteg som du hade velat. Det här är inga ovanliga känslor när man genomgår en behandling.” - Terapeut 8

Citatet ovan har kodats som *“Speglar Ps depressiva utsaga, normaliserar”*. Här visade terapeuten empatisk förståelse när uttryck för besvikelse och motstånd gavs och visade på så vis omsorg för patienten. Vidare sattes situationen i ett större sammanhang då terapeuten nämnde att känslorna är vanliga i samband med en behandling av detta slag. Förståelse för detta kan ha ökat patientens självmedkänsla då hen blev medveten om att det är ett vanligt, till och med normalt, sätt att reagera på i en liknande situation och något som händer många deprimerade.

Terapeuten ställer följd- och klargörande frågor. Undertemat handlade om hur terapeuten svarade på ett patientmeddelande i syfte att försäkra sig om att hen förstod patienten rätt, få en tydligare bild av dennes utsagor eller undersöka om patienten tyckte att terapeutens tolkning var rimlig. Det kunde också röra sig om frågor där terapeuten efterfrågade patientens tankar om en analys som terapeuten gjort. Sammanfattningsvis

skulle temat kunna utgöra en viktig del i en hälsosam terapeutisk relation, då det signalerade en ödmjukhet - att terapeuten var öppen för att hen kan ha missförstått eller tolkat patienten felaktigt.

“Här beskriver du att du stänger ute din pojkvän. Undviker att prata och diskutera med honom. Kanske sitter du och tänker en massa om situationen under resan, ältar negativa tankar osv?

Hur låter det? Kom ihåg att det är du som vet bäst hur du känner, jag försöker bara foga in det i mallen som vi har.” - Terapeut 4

Citatet ovan har kodats med *“T utforskar Ps känslor, erbjuder tolkningar”*, *“Efterfråga om P instämmer i T:s analys”* samt *“Betona att P själv vet hur hen tänker och känner”*. Genom att ackompanjera sina tolkningar med frågor om vad patienten tyckte om sagda tolkningar visade terapeuten att hen var införstådd med möjligheten att hen missförstått patienten eller feltolkat denne.

Terapeuten blir sårbar

Detta övergripande tema handlade om hur terapeuten frångick en auktoritetsposition och minskade ojämlikheten i den terapeutiska relationen, antingen genom att bli mer personlig alternativt genom att erkänna misstag och åtgärda dem. I detta tema blev behandlaren sårbar i något avseende, såtillvida att denne lät sig exponeras vilket kan ha inneburit att bli mer personlig, exempelvis genom att berätta om egna erfarenheter som var snarlika patientens. Det kan också ha rört sig om att terapeuten erkände sina misstag, tog ansvar för dem och erbjöd sig att åtgärda dem i den mån det var möjligt. Behandlaren visade en villighet att ta ansvar och hantera eventuell skuld i dessa situationer. I stort kan temat sägas handla om att terapeuten blev ödmjuk och öppen inför att hen är lika felbar som någon annan människa och kan göra misstag och behöva hantera problem som uppstår till följd av detta.

Uppmärksamma och hantera egna misstag. Undertemat innefattade texter där terapeuten uppmärksammade eller blev uppmärksammad på att hen begått ett misstag, tog ansvar för detta och bad om ursäkt samt åtgärdade misstaget (om möjligt). I detta undertema rymdes kommunikation kopplat till att terapeuten gjort ett misstag som denne tog ansvar för, berättade hur hen tänkt och förhöll sig ödmjukt inför sitt felsteg. Denne bad också om ursäkt och tog ansvar för eventuella negativa konsekvenser som patienten hade fått till följd av sagda misstag. Därefter rättade hen till misstaget och vidtog de åtgärder som fanns för att minimera eventuella negativa konsekvenser för patienten.

“Okej, nu snurrade jag till det. Avsnitt 3 var det avsnittet jag pratade om vilket var det vi var inne på. Har vissa svårigheter att navigera i det här programmet jag också. :) Det är alltså avsnitt 3 som du upplever som svårt? Har du tittat på avsnitt 4?” - Terapeut 7

Ovanstående stycke har givits koderna *“Erkänna kommunikationsmiss”*, *“Förtydliga otydlig instruktion/fråga”* samt *“Förmedla delad upplevelse”*. Genom att terapeuten uppmärksammade att hen hade gjort ett mindre misstag, förmedlade vad hen menat och ställde följdfrågor gjorde denne en tydlig markering om att denne gjort ett misstag och

att det är lätt hänt. Vidare bibehölls en pragmatisk inställning och fokus var på att åtgärda misstaget och klargöra vad som menas, snarare än att älta kring vad som gått fel. Att terapeuten också nämnde att hen upplevde svårigheter med att hantera hemsidan kan ha varit ett uttryck för prestigelöshet och att terapeut och patient delade samma upplevelse.

Terapeuten blir personlig. I undertemat klev terapeuten ur en mer traditionell terapeutroll och blev mer personlig då denne berättade om egna upplevelser, identifierade sig med patienten eller uttryckte personlig uppskattning. Genom att beskriva igenkänning i patientens upplevelser eller dela med sig av egna erfarenheter visade terapeuten att hen inte bara var en terapeut utan också en människa med sitt eget liv och att hen också kan ha haft upplevelser snarlika patientens. Trots att de hade formella roller som terapeut och patient så var båda i slutändan människor och likheterna dem emellan var större än skillnaderna. Det var också ett sätt att visa (till exempel när terapeuten visade personlig uppskattning) att terapeuten inte bara kommunicerade med patienten för att hen måste, utan för att hen hade ett genuint intresse av att relatera till patienten. Detta kan ha syftat till att stärka patientens självkänsla.

“Jag förstår mindfulness var inte riktigt din grej alltså. Det kan kanske verka lite tråkigt att behöva fokusera på sin andning, i allafall kan jag själv tycka det ibland.” - Terapeut 3

Ovanstående textstycke har kodats med *“Dela med sig av sig själv; instämna i upplevelser av motstånd kring specifik övning”*. Här visade terapeuten att även hen kunde uppleva motstånd kring en övning som inte fallit patienten i smaken. Dessutom utvecklade hen varför övningen väckte motstånd, vilket gav en inblick i terapeutens personliga tankar. Samtidigt visade terapeuten att det viktiga i sammanhanget var att vara ärlig med sin upplevelse snarare än att ge socialt önskvärda svar utifrån någon förutfattad mening om vad som var lämpligt.

Praktisk information och kommunikation kring behandling

Temat innefattade material där terapeuten beskrev förutsättningar för behandling, även kallat *ramar*, det vill säga hur behandlingen gick till i praktiken. Det innefattade vilka tidsgränser som fanns för behandlingen eller avsnitt i behandlingen, när ett avsnitt blev tillgängligt eller information kring hur patienten skulle gå till väga för att lämna in ett avsnitt. Inom temat rymdes också informativa uttalanden om innehållet i behandlingen, hur kommunikationen lämpligtvis skulle ske mellan terapeut och klient samt vilka funktioner terapeuten fyllde i behandlingen. Temat täckte främst praktisk och administrativ information som i hög grad var standardiserad och därmed påverkades av terapeutens kommunikativa och terapeutiska stil i liten utsträckning.

“Jag tänkte flagga lite för att det nu är ungefär en vecka kvar av behandlingstiden.” - Terapeut 6

Ovanstående citat, som kodats som *Information om tidsram*, var ett uttryck för hur terapeuten tog ansvar för och kommunicerade kring behandlingens ramar genom att ange de tidsramar inom vilka behandlingen skedde.

Terapeuten informerar om och löser problem kopplade till teknik

Detta tema innefattade kommunikation där terapeuten hanterade problem av mer teknisk karaktär, ofta kopplat till behandlingens hemsida. Eftersom terapeuten var patientens primära kontakt i samband med behandling fick denne hantera vissa praktiska aspekter av behandlingen. Detta innebar ofta att be om ursäkt när hemsidan inte fungerade som tänkt, informera om vad som hände samt hitta och genomföra lämpliga åtgärder för att den skulle fungera. I likhet med ovanstående tema rörde "*Terapeuten informerar om och löser problem kopplade till teknik*" främst praktisk information kopplat till behandlingen. Terapeuten påverkade dessa tekniska aspekter i väldigt liten utsträckning utan bidrog främst med information från tekniskt ansvariga eller hjälpte patienten med felsökning.

"Det verkar som att mitt förra mail inte kom fram, måste ha uppstått något tekniskt fel. Jag ska vara mer uppmärksam på det i fortsättningen så att det inte händer igen." - Terapeut 7

I detta stycke, som fått koderna "*Information om tekniskt fel/brist*" och "*Korrigera inträffat tekniskt fel*", uppmärksammade terapeuten att problem med hemsidan orsakat att ett meddelande förlorats vilket kan ha påverkat behandlingen negativt. Även om felet i detta fall var relaterat till hemsidan snarare än terapeuten tog denne ansvar för att lägga hemsidans problem på minnet och sörja för att det problemet inte upprepades, så att patienten inte behövde oroa sig över detta framöver.

Diskussion

Föreliggande studie syftade till att utforska kännetecknen för terapeutkommunikation i IKBT-behandlingar mot depression med goda resultat. En tematisk analys genomfördes för att utröna utmärkande karaktäristika för terapeuternas kommunikation. Resultaten bestod av tre större teman, "*Agensskapande*", "*Vägledande empatisk närvaro*" och "*Terapeuten blir sårbar*". Ovanstående teman ackompanjerades av flertalet underteman. Utöver dessa teman skapades två mindre teman som saknade underteman, "*Terapeuten informerar om och löser problem kopplade till teknik*" samt "*Praktisk information och kommunikation kring behandling*". Studiens explorativa och kvalitativa natur medför att definitiva kausala samband inte kan fastställas. Diskussioner om sambanden mellan terapeutkommunikation och deras effekter blir därmed tentativa och hypotetiska.

Agensskapande

Terapeuternas kommunikation hade en tydlig prägel av temat *Agensskapande*, tendensen att fostra autonomi hos patienter genom att förmedla tillit till deras förmåga, uppmana dem att reflektera över sin livssituation och hur de själva påverkar den samt förhålla sig flexibelt till patienter och anpassa behandlingen utifrån dem. Uppmaningar om att patienter skulle generera egna lösningar på problem, hitta alternativa copingstrategier och omsätta dem i handling förekom också i stor utsträckning. Närvaron av detta tema skulle kunna ha påverkats av behandlingsformatet; terapeuternas betoning av patienters autonomi kan återspegla att behandlingen förutsätter att patienten anstränger sig och tar ansvar för att genomföra

behandlingsmoduler. Sätillvida finns likheter mellan detta tema och beteendet “*emphasize the importance of patient responsibility*” som identifierats av Holländare et al. (2016).

Stärka patientens tillit till sin egen förmåga. Att fokusera på att öka patientens inflytande över sitt liv och hjälpa denne att bli mer engagerad är ett av målen med BA (Martell et al., 2010). Således är det förväntat att ett tema som betonar patientens kompetens och potential att skapa positiv förändring i sitt liv förekommer i behandlingar som baseras på BA. Behandlingen som terapeuterna deltog i var IKBT, vilket i detta fall innebar att patienterna genomförde tidskrävande moduler som lämnades in successivt och besvarades med meddelanden av terapeuter. Patienterna genomförde med största sannolikhet mer arbete än behandlarna, varför texter som betonar patientens insats i behandling är att förvänta. Temat har tydliga likheter med beteendet “*self-efficacy shaping*” vilket återfunnits i IKBT-behandling mot GAD (Paxling et al., 2013), vilket kan tyda på att beteendet återkommer i andra IKBT-behandlingar och är relaterat till patienternas arbetsinsats. Vidare kan förståelse av att symtomförbättringar påverkats av egna ansträngningar ha syftat till att öka patienters motivation. Erfarenheten av att göra framsteg i behandling samtidigt som en terapeut betonar hur patientens eget beteende leder till positiva händelser i det egna livet kan syfta till att ge en korrigerande erfarenhet, där patienten får en mer rättvisande och mindre depressiv bild av verkligheten och sig själv. Temats närvaro i terapeutkommunikationen kan på så vis ha bidragit till symtomförbättringar.

Stimulera patientens reflexiva förmåga. Att kontinuerligt ställa frågor som stimulerar till reflektion kan leda till att patienten får som vana att självmant undersöka hur dennes beteende, tankar och känslor hänger samman och vilken funktion det egna beteendet fyller i olika situationer. Till följd av denna vana får patienten nya möjligheter att reflektera över sina handlingar och utvärdera hur sannolikt det är att de kommer leda till önskvärda konsekvenser på kort och lång sikt, vilket kan vara till nytta mot nuvarande såväl som framtida depressivitet. En möjlig anledning till att stimulans av patientens reflexiva tänkande var så framträdande kan vara att aktivitetsregistrering, schemaläggande av aktiviteter och skattningar av mående är centrala komponenter i BA (Dimidjian et al., 2011). Terapeuternas uppmuntran av reflektioner kan återspegla deras försök att maximera effekten av aktivitetsdagböcker och schemalagda aktiviteter; uppmärksammandet av sambandet mellan beteende och mående kan ha syftat till att förstärka effekten av tidigare nämnda komponenter, för att säkerställa att patienter noterade variationer i deras sinnesstämning från utförandet av alternativa beteenden.

Terapeutens fokus på att sporra patienten till självreflektion skulle kunna vara en respons på förbättringar hos patienten. Exempelvis kan terapeuten ha märkt att patienten inte är i behov av konkreta lösningar för att hantera akuta problem, varför det fanns större utrymme för ett mer reflexivt förhållningssätt. Att fokusera mer på abstrakta principer såsom funktioner av patientens eget beteende kan bli ett sätt att konsolidera de framsteg som gjorts i behandling så att dessa kvarstår och återfall förebyggs. Det kan också syfta till att skapa en mer “djupgående” förändring som sträcker sig bortom den konkreta situationen så att patientens förståelse av depressiva mekanismer blir mindre kontextberoende och mer generaliserbar, vilket potentiellt kan öka handlingsutrymmet i det egna livet. Temat har vissa likheter med beteendet “*urging*” som beskrivits av

Holländare et al. (2016), då många av meddelandena innefattar terapeutens sporrande uppmaningar av patientens reflektioner. Vidare har det viss likhet med kategorin “*questions*”, som bland annat innefattar terapeutfrågor vars syfte är att förmå patienten att reflektera över kliniskt relevanta aspekter i sitt liv (Schneider et al., 2016).

Terapeuten anpassar sig efter patienten. En fördel som beskrivits med IGBT jämfört med traditionell KBT är bekvämlighet, att patienten har möjlighet att utföra och skicka uppgifter utan att behöva träffa terapeuten i ett fysiskt möte (Barak & Grohol, 2011). Förekomsten av detta tema skulle delvis kunna bero på att terapeuter ger uttryck för den flexibilitet avseende tid och plats som internetbehandling medför. Ansträngningar för att anpassa behandlingen utifrån patientens önskemål skulle också kunna syfta till att stärka den terapeutiska relationen genom att visa att behandlaren värdesätter patientens preferenser. På så vis kan det verka för att förstärka bilden av patienten som omdömesgill och förmögen att fatta beslut om behandlingens villkor. Temat innefattar bland annat utsagor där terapeuten förhåller sig flexibelt till patienten, exempelvis avseende deadline. Förekomsten av undertemat hos behandlingar som lett till förbättring är intressant mot bakgrund av att beteendekategorin “*deadline flexibility*” korrelerade negativt med utfall i två studier som gjorts på området (Paxling et al., 2013; Schneider et al., 2016). Diskrepansen mellan fynden skulle kunna bero på att flexibla terapeuter passar bättre ihop med vissa sorters patienter. Flexibilitet skulle kunna vara ett “tveeggat svärd”, såtillvida att patienter som har lindrigare problematik eller som redan fått symtomlindring från behandling kanske är mer företagsamma och mindre påverkade av kognitiva symtom från depression, vilket kan medföra större möjlighet att utföra behandling med större självständighet. Patienter med svårare problematik skulle kunna ha sämre förutsättningar att genomföra behandling om terapeuten bidrar med mindre struktur. En annan möjlig förklaring är att undertemat i föreliggande studie är ett bredare konstrukt än “*deadline flexibility*”. Ifall “*deadline flexibility*” isolerades som ett separat undertema skulle det kanske inte framträda lika tydligt i denna analys.

Vägledande empatisk närvaro

Temat innefattar bland annat meddelanden som motsvarar typiska uppgifter för internetbehandlare, såsom att ge återkoppling på uppgifter, stötta patienten känslomässigt och lotsa patienten genom behandlingen (Barak et al., 2009). En betydande del av kommunikationen inom detta tema, framförallt kopplat till underteman såsom “*validering och normalisering*” samt “*ge omsorg och visa intresse för patientens inre liv*”, är snarlika beteenden som associerats med positivt utfall i traditionella terapier, däribland bekräftelse (Farber & Doolin, 2011; Henry et al., 1986) och visandet av empatisk förståelse gentemot klienten (Elliott et al., 2011; Henry et al., 1986). Vidare finns många likheter mellan innehållet i temat och beteendekategorier som identifierats i andra kvalitativa studier av terapeutkommunikation i internetterapi (Paxling et al., 2013; Holländare et al., 2016; Schneider et al., 2016).

Terapeuten vägleder patienten genom behandling. Behandlingsmodulerna utgör en central del av IGBT, då behandlingarna kretsar kring patienternas genomförande av dessa. Att terapeuternas meddelanden utmärks av kommunikation kring innehållet i modulerna är därmed föga förvånande. Ett av kännetecknen med vägledad IGBT märks inom detta tema; möjligheten att ta del av en annan människas feedback, kompetens och uppmuntran till att utföra uppgifter och fortsätta med behandling. Vidare kan

möjligheten att få en annan människas perspektiv på sin situation ha varit till fördel för patienten då behandlaren kan ha uppmärksammat aspekter av patientens arbete som hen själv inte beaktat. Att kunna kommunicera kring behandling med en annan människa kan också framkalla känslor av gemenskap, att patienten inte är isolerad utan genomför behandlingen tillsammans med någon.

Patienterna genomgår ett program där de går emot obehag och aktiverar sig, trots att det kan väcka mycket motstånd hos deprimerade. Därmed kan omfattande motivation och entusiasm från terapeuten bli en viktig del i att säkerställa att patienten genomför uppgifterna istället för att ge vika för känslor av hopplöshet. Särskilt viktigt blir detta i början av behandlingen, då det kan ta viss tid innan märkbara symtomförbättringar sker. Vidare kan temat återspegla vikten av att deprimerade patienter, som brukar uppleva *anhedoni* (en svårighet eller oförmåga att känna njutning) får mycket beröm för sina framsteg då de kan ha svårt att känna glädje över dessa annars (American Psychiatric Association, 2013). Temat kan medföra att patienten får hjälp att skapa momentum i behandling, med ökat engagemang och glädje för sina framsteg som följd. Temat kan anses likna *“task prompting”* och *“task reinforcement”*, som avser att uppmana till utförandet av uppgifter respektive ge beröm vid avklarade uppgifter (Paxling et al., 2013). Det finns också kopplingar till *“psychoeducation”*, då sagda kategori innefattar meddelanden rörande målsättning och hur behandlingsavsnitten relaterar till dessa mål (Paxling et al., 2013). Temat liknar flera beteenden som identifierats av Holländare et al. (2016), däribland *“Informing about modules”* som i likhet med temat innefattar kommunikation som beskriver behandlingsinnehåll. *“Confronting”* bär vissa likheter med texterna i detta tema, då en del av terapeuternas vägledning innebar att ha översikt på om patienterna utförde uppgifter felaktigt eller missuppfattade modulers innehåll eller syfte. Paralleller kan dras mellan temat och *“guiding”*, då kategorin berör terapeuters instruerande och vägledande kommunikation i behandlingen. *“Urging”*, som berör terapeuters uppmaningar till patienter, har tydliga likheter med ovanstående tema. *“Encouraging”* innefattar positiv återkoppling kopplat till kommande såväl som genomförda aktiviteter i patientens liv, vilket ger en klar koppling till temat, då en del av vägledning innefattar denna sorts återkoppling, beröm och entusiasm kopplat till patientens göromål (Holländare et al., 2016).

Ge omsorg och visa intresse för patientens inre liv. Ett utmärkande drag hos kommunikationen var närvaron av föreliggande tema. Det innefattar klassiska terapeutiska uppgifter, exempelvis att visa empatisk förståelse för patientens sinnesstämning och förmedla att patienten är värdefull för terapeuten. Att skapa utrymme för patientens aversiva känslor och erbjuda stöd i att bearbeta dem i den mån det är möjligt kan medföra en känsla av trygghet i behandlingen. Till följd av detta kan patienter ha blivit mer benägna att fortsätta behandling, då terapeutkontakten kan ha givit dem möjligheter att diskutera känsliga ämnen som ofta får begränsat utrymme i vardagliga diskussioner. Terapeutens omsorg och förmedlande av empati kan också ha utgjort en motvikt mot självkritiska tankar hos patienter. Temat har tydliga likheter med kategorierna *“affirming”*, *“empathetic utterances”* och *“alliance bolstering”*, som är uttryck för omsorg och empatisk förståelse av patientens upplevelser (Holländare et al., 2016; Paxling et al., 2013).

Terapeuten ställer följd- och klargörande frågor. Eftersom behandlingen skedde via textbaserade meddelanden uteblev vissa kommunikativa aspekter såsom kroppsspråk, vilket kan ha ökat behovet av att ställa klargörande frågor. Att ställa följdfrågor för att skapa klarhet i patientens meddelanden kan syfta till att öka förståelsen av patienten och genom detta visa intresse för hen. Det kan också vara ett sätt att blottlägga resonemang som kan vara förgivettagna och implicita. Vidare innefattar temat frågor som ställs efter att behandlaren gjort en tolkning eller speglat patienten, vilket kan ha varit ett sätt att förmedla en ödmjuk inställning inför möjligheten att ha feltolkat patienten. Detta kan ha syftat till att minska risken för att framstå som auktoritär. Ödmjukhet inför egna potentiella misstag kan också signalera att små felsteg inte behöver föranleda självkritik. Självkritiska patienter med oproportionerliga skuld känslor får på så vis möjligheter till modellinläring. Temat är snarlikt kategorin “*questions*” som identifierats av Schneider et al. (2016).

Validering och normalisering. Terapeutens bekräftelse av att patienten är förståelig och att dennes upplevelser är rimliga kan ha syftat till att motverka självkritiska tankar om den egna personen. Temat har vissa likheter med beteendet “*affirming*”, som bland annat innefattar normaliserande och validerande uttryck (Holländare et al., 2016). Beteendet “*empathetic utterance*” har likheter med detta tema, då det innefattar meddelanden där terapeuter visar empatisk förståelse för patientens upplevelser och uttrycker att de är förståeliga (Paxling et al., 2013). Vidare innehöll temat information av psykoedukativ natur där terapeuter relaterar patientens utsagor till psykologisk kunskap, vilket ger likheter med “*psychoeducation*” samt “*guiding*” (i synnerhet underkategorin “*theoretical guiding*”) (Holländare et al., 2016; Paxling et al., 2013). Behandlingsmodulerna innehöll psykoedukativa inslag varför patienterna redan delgivit information om depression som kan ha haft en normaliserande effekt. Sagda information kan dock vara svår att tillämpa på den egna livssituationen, särskilt i samband med koncentrations- och minnessvårigheter från depression, varför patienterna kan ha dragit nytta av att terapeuter hjälpte till att sätta depressiva beteenden i sina sammanhang. Vid depression kan patienter känna negativa emotioner, särskilt riktat mot sig själva (American Psychiatric Association, 2013). De kan också tänka att de är ensamma i att må som de gör. Därmed kan terapeutens validerande och normaliserande uttalanden fylla en viktig funktion, då de belyser hur patientens mående och händelser i dennes liv kommer som logiska konsekvenser av patientens historia, livshändelser och depressionsproblematik. På så vis förmedlar terapeuten medkänsla och sporrar patienten att vara mer förlåtande mot sig själv. Detta skulle kunna resultera i minskat lidande. Om patienten inte fokuserar lika mycket på hur den egna situationen är avvikande eller underlig samt relaterade skuld- och skamkänslor får denne större utrymme att fokusera på att förbättra situationen med hjälp av behandlingen.

Terapeuten blir sårbar

Relationen mellan patient och behandlare har en inbyggd maktasymmetri, vilket kan minskas om terapeuten blir mer sårbar i förhållande till patienten. Terapeuternas benägenhet att bli sårbara kan ha varit ett sätt att stärka den terapeutiska relationen genom att bli mer jämlika och på så vis öka möjligheten för patienten att identifiera sig med terapeuten. En annan möjlighet är att terapeuterna påverkades av att patienternas behandlingar ledde till förbättringar; terapeuter kan ha noterat indikationer på förbättringar hos patienter. I reaktion på detta kan terapeuterna ha blivit mindre formella

och rigida i sin terapeutiska hållning parallellt med successiva minskningar i patienternas depressivitet.

Uppmärksamma och hantera egna misstag. Terapeutens ansträngningar för att ta ansvar för sina handlingar samt uppmärksamma och hantera misstag kan ses som en demonstration av ödmjukhet och sårbarhet eftersom behandlaren visar sig vara lika kapabel att göra fel som andra människor. Uttalandena kan ses som uttryck för att patientens känslor har värde för behandlaren och att denne är angelägen om att bibehålla en terapeutisk relation, även om det kräver ansträngningar. Terapeuten förmedlar att det är tillåtet att göra misstag förutsatt att deras konsekvenser hanteras, vilket kan vara ett tillfälle för modellinläring för patienten. Behandlares korrigerande av misstag skulle kunna skapa förutsättningar för den terapeutiska relationen att stärkas då terapeuten och patienten kan komma varandra närmre till följd av arbetet med att läka relationen.

Terapeuten blir personlig. Eftersom patienterna utför majoriteten av behandlingsarbetet och främst interagerar med skrivna texter och självhjälpsmaterial blir korrespondensen med behandlaren den mänskliga kontakt de får i samband med pågående behandling. Möjligen kan terapeutens benägenhet att bli personlig komma till följd av behandlingsformatet; att bli mer personlig och mindre distanserad kan vara ett sätt att betona att patienten kommunicerar med en annan människa. Därmed kan denna ökade sårbarhet syfta till att förmedla att behandlaren är en person som patienten kan relatera till, vilket kan motverka upplevelser av isolering och ensamhet. Eftersom kommunikationen uteslutande sker via skriven text uteblir icke-verbal kommunikation såsom kroppsspråk, vilket kan föranleda att terapeuter blir mer informella eller personliga för att avdramatisera behandlingen. Såväl Paxling et al. (2013) som Schneider et al. (2016) identifierade beteendet "*self-disclosure*", som har tydliga likheter med detta tema.

Praktisk information och kommunikation kring behandling

Temat återspeglar terapeutens ansvar för att bidra med struktur i behandling. Många av meddelandena rör ramar för behandling såsom tidsgränser och förtydligande beskrivningar av terapeutens roll. Delar av texterna var svar på frågor som patienter ställt, vilket visar på hur behandlarstöd kan vara behjälpligt i förtydligandet av information kring behandling. Beteendena "*clarifying the internet framework*" och "*administrative statements*" från studier av Holländare et al. (2016) respektive Schneider et al. (2016) betecknar snarlika terapeutbeteenden.

Terapeuten informerar om och löser problem kopplade till teknik

Att förmedla behandling via internet har, som tidigare nämnts, vissa fördelar i jämförelse med sedvanlig KBT (Andersson & Titov, 2014). Formatet medför dock potentiella problem som inte förekommer i traditionell behandling, däribland tekniska svårigheter kopplade till behandlingsplattformen. Eftersom dessa kan påverka behandling och terapeuten är patientens kontakt förefaller det rimligt att terapeutens meddelanden innefattar kommunikation om tekniska problem. Även om tekniska problem generellt sett åtgärdas av tekniker snarare än behandlare kan de påverka behandling, exempelvis om patienter inte får tillgång till moduler eller om meddelanden inte kommer fram. Därmed kan terapeutens hanterande av dylika situationer spela en viktig roll i behandling. Temat innehöll bland annat meddelanden där behandlare

åskådliggör problem och försäkrar patienten om att dessa inte kommer inträffa igen. Att ta ansvar för tekniska problem och hantera patientens eventuella negativa känslor i samband med detta skulle syfta till att minska risken för bortfall till följd av icke-fungerande plattformar.

Begränsningar och metoddiskussion

Ansatsen i föreliggande studie var att genomföra en tematisk analys av induktiv karaktär, vilket åsyftar en bottom-up-process där teman genereras ur datan, snarare än att skapas utifrån befintliga teorier. Författaren har analyserat datan med detta i åtanke, samtidigt har denne en förförståelse inom ämnet. Faktorer som kan ha påverkat resultatet är en grundläggande psykoterapiutbildning med KBT-inriktning, intresse för KBT, litteratursökning och -läsning om internetterapi, KBT och IGBT samt egna erfarenheter som IGBT-behandlare. Författarens förförståelse kan ha påverkat resultaten och en annan författare med annan förförståelse skulle möjligtvis erhålla andra resultat ur samma data. Att studien påbörjades som ett samförfattat arbete, där författaren tagit del av ytterligare data utöver den som inkluderats i studien, kan ha påverkat författaren, exempelvis i samband med att teman skrevs. För att minska risken för detta lästes materialet noga igenom i samband med att datan delades upp och teman reviderades för att säkerställa att de återspeglade nuvarande material.

Braun och Clarke (2013) nämner värdet av att erbjuda studiedeltagare att ta del av och ge återkoppling på kvalitativa studiers resultat för att säkerställa att studien återspeglar rådatan på ett trovärdigt sätt. Eftersom författaren endast tagit del av rådata har denne inte haft kontakt med behandlarna i studien. Braun och Clarke nämner dock att trovärdigheten i resultaten kan testas på andra sätt, bland annat genom att låta någon annan än författaren ta del av resultaten för att undersöka trovärdigheten. Författaren har låtit sina två handledare ta del av analysens resultat och ge återkoppling för att säkerställa dess trovärdighet. När Braun & Clarke (2013) diskuterar brister och förtjänster med TA nämner de att ett tillkortakommande hos metoden är risken för att analysen främst blir deskriptiv snarare än fördjupat analytisk. Detta medför även begränsade möjligheter att dra tolkande slutsatser utifrån resultaten, vilket kan vara fallet i denna studie (Braun & Clarke, 2013). Ett kriterium som kvalitativa studier kan bedömas utifrån är koherens, vilket åsyftar huruvida en kvalitativ analys utgör en sammanhängande helhet (Braun & Clarke, 2013). Analysens teman har reviderats vid upprepade tillfällen och rådatan har lästs för att säkerställa koherens mellan teman, koder och rådata. Vidare har teman och underteman reviderats för att säkerställa att de följer en logisk struktur. Författarens handledare har tagit del av sagda teman och givit återkoppling, bland annat avseende koherens.

I likhet med flertalet studier inom samma område har studien avgränsats mot terapeuters beteende, utan att analysera patientbeteenden. Förfarandet medför en risk att meddelandena tas ur sitt sammanhang och misstolkas då de inte läses mot bakgrund av patientens kommunikation. Därmed finns en risk för att resultaten återspeglar en förvrängd bild av kommunikationen. Eftersom författaren erhållit data från en annan studie skapas en distans till råmaterialet som inte funnits där om författaren hade bedrivit egen datainsamling, såsom är fallet vid intervjustudier. Detta medför ännu en risk för att materialet tas ur sitt sammanhang och feltolkas. Jämförelser mellan denna studie och andra kvalitativa studier av terapeutbeteenden i IGBT kan vara svåra att göra

mot bakgrund av att flertalet av dessa skapat beteendekategorier som sedan bearbetas kvantitativt med fokus på frekvensen av olika beteenden. Eftersom denna studie avgränsats mot att hitta teman utifrån hur meningsfulla och karakteristiska de är för terapeuternas kommunikation skiljer de sig åt i ansats. Behandlingarnas manualiserade och standardiserade natur medför svårigheter att urskilja vilken påverkan terapeuterna har på kommunikationen eftersom möjligheten till variation begränsas till följd av behandlingens struktur. Vidare kan patienterna ha varit relativt oberoende i förhållande till terapeuterna och varit på väg att minska sina symtom på eget bevåg, varför terapeutkommunikationen och de teman som erhållits i studien kan ha påverkat behandlingsresultat i liten eller obefintlig utsträckning. Kommunikationen kan också ha påverkats av förbättringar hos patienter, snarare än vice versa. Jämförelser med studier som undersöker tematiken hos terapeutkommunikation i behandlingar med försämrat utfall skulle därför vara angelägna att göra.

Föreliggande studie undersökte behandlingar som lett till förbättring och resultaten har diskuterats mot bakgrund av detta. Definitionen av förbättring kan dock diskuteras; studien har utgått ifrån poäng på självskattningsformuläret PHQ-9, vilket bör ge en god indikation avseende depressiva symtom, samtidigt som patientens upplevelse skulle kunna skilja sig från denna definition varför de kanske inte skulle uppleva sig som återhämtade från depression. Vidare användes data från en studie som genomfört flertalet mätningar av symtom, däribland en mätning efter avslutad behandling; studien inkluderade dock inte mätningar gjorda lång tid efter avslutad behandling, varför det inte går att uttala sig om huruvida patienternas förbättringar bestått eller om de var övergående.

Överförbarhet

Eftersom studien är kvalitativ går det inte att diskutera generaliserbarhet som i kvantitativa studier, då meningen i materialet anses kopplad till sin kontext. Samtidigt diskuteras *överförbarhet* i kvalitativa studier, som är ett besläktat begrepp. Studiens överförbarhet till andra sammanhang stärks av att behandlingen var manualiserad och strukturerad samt använde BA, en vanlig variant av IKBT mot depression. Därmed bör sannolikheten att liknande resultat kan erhållas i behandlingar av snarlikt slag öka. Studien rör depressionsbehandling, vilket kan innebära att möjligheten att överföra resultat till behandlingar av andra diagnoser minskas. Vidare hade samtliga behandlingar goda resultat, vilket kan sänka överförbarheten gentemot studier med oförändrade eller försämrade symtom hos patienten. Studien hade ett flertal exklusionskriterier, bland annat avseende suicidalitet, fysisk aktivitet och ålder, vilket minskar överförbarheten ytterligare. Studien av Nyström et al. (2017) varifrån datan i föreliggande studie erhöles rekryterade patienter via sociala medier och tidningar. Sagda urvalsförfarande kan ha medfört bias i urvalet, exempelvis skulle människor med mer datorvana kunna vara överrepresenterade bland patienterna till följd av rekryteringen via sociala medier. Om så är fallet skulle överförbarheten gentemot normalpopulationen minskas.

Slutsatser

Studien tyder på att terapeuter i denna IKBT-behandling ägnade sig åt beteenden som kopplats till goda utfall i traditionella terapier. De teman som identifierats är i stora delar snarlika resultaten från andra kvalitativa studier av internetterapeuters beteende

vilket förefaller rimligt då studierna i likhet med denna rörde manualiserad IKBT. Behandlingsformatets tydliga struktur kan medföra minskad variation i terapeuters beteende, vilket kan ha ökat likheterna mellan dessa studier. Flertalet av studierna behandlade i likhet med denna IKBT mot depression vilket också kan förklara att snarlika terapeutbeteenden funnits. En distinktion mellan denna studie och andra studier inom samma område var förekomsten av teman rörande tekniska problem respektive att terapeuten blev sårbar. Kommunikation kopplat till terapeutens sårbarhet utgjorde ett tema i föreliggande studie, vilket hade få likheter med andra studier inom samma område. Möjligtvis kan detta vara kopplat till att behandlingarna lett till förbättringar, vilket kan ha föranlett att behandlare blev mindre formella och slappnade av, då de kan ha upplevt att patienter hade minskat behov av en formell terapeut. Det skulle också kunna återspegla försök hos terapeuten att skapa känslomässiga band i ett behandlingsformat som kan försvåra detta då stora delar av mänsklig kommunikation, exempelvis icke-verbal sådan, inte är tillgänglig. Föreliggande studie erbjuder ytterligare ett detaljerat perspektiv utöver de få studier som undersöker terapeutkommunikation i IKBT.

Framtida forskning

Innehållet i terapeutkommunikation i IKBT är fortfarande relativt utforskat, även om ett fåtal studier gjorts och föreliggande studie utgör ett tillskott till litteraturen. De studier som gjorts rör främst ångest- och depressionsbehandlingar, vilket förefaller rimligt mot bakgrund av dessa tillståndets prevalens och tillgången till effektiva IKBT-behandlingar avsedda för dessa patientgrupper. Det vore angeläget att undersöka terapeutkommunikationen i IKBT riktat mot andra diagnoser för att utröna i vilken utsträckning dessa skiljer sig åt och hur stor del av behandlingsinnehåll och principer för terapeutkommunikation som kan generaliseras till andra behandlingar. Nuvarande studier har främst utgått ifrån kvalitativa kategorier som bearbetats kvantitativt för att undersöka korrelationer mellan kategorier och relevanta variabler såsom utfallsmått. För att kunna erbjuda tydligare riktlinjer avseende vad som bör finnas i behandling vore det önskvärt med studier av mer experimentell karaktär, som kan bidra med säkrare slutsatser om vad som leder till önskvärda resultat i behandling.

Referenser

Almlöv, J., Carlbring, P., Berger, T., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2009). Therapist Factors in Internet-Delivered Cognitive Behavioural Therapy for Major Depressive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 247-254. doi:10.1080/16506070903116935

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Andersson, G., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2016). History and current status of ICBT. I Lindefors, N., & Andersson, G. (red.), *Guided internet-based treatments in psychiatry*. (s. 1-16). Schweiz: Springer.

Andersson, G., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Hedman, E. (2013). Guided Internet-based CBT for common mental disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 223-233.

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., Rozental, A., Shafran, R., & Carlbring, P. (2018). Long-term effects of internet-supported cognitive behaviour therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 18(1), 21-28. doi:10.1080/14737175.2018.1400381

Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4–11. doi:10.1002/wps.20083

Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., Mcevoy, P., & Titov, N. (2010). Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLOS ONE* 5(10): e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196

Andrews, G., Davies, M., & Titov, N. (2011). Effectiveness Randomized Controlled Trial of Face to Face Versus Internet Cognitive Behaviour Therapy for Social Phobia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(4), 337-340.

Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist Effects: Findings and Methods. I Lambert, M. J. (red.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. [Elektronisk resurs] (6th ed.) Hämtad från <https://ebookcentral-proquest-com.ezp.sub.su.se/lib/sub/detail.action?docID=1162080>

Barak, A., & Grohol, J. M. (2011). Current and Future Trends in Internet-Supported Mental Health Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 29, 155-196. doi:10.1080/15228835.2011.616939

Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining Internet-Supported Therapeutic Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1), 4-17. doi:10.1007/s12160-009-9130-7

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.

Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. London: Sage.

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), 1–21. doi:10.1080/16506073.2017.1401115

Dimidjian, S., Barrera Jr., M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535

Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., ... Griffiths, K. M. (2013). Internet-Delivered Interpersonal Psychotherapy Versus Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Depressive Symptoms: Randomized Controlled Noninferiority Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(5), e82. doi:10.2196/jmir.2307

Donker, T., Blankers, M., Hedman, E., Ljótsson, B., Petrie, K., & Christensen, H. (2015). Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review. *Psychological Medicine*, 45(16), 3357–3376. doi:10.1017/S0033291715001427

- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards, D., Gilbody, S. (2014). Behavioural Activation for Depression; An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLoS ONE*, 9(6), e100100. doi:10.1371/journal.pone.0100100
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48, 43-49. doi:10.1037/a0022187
- Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive Regard. *Psychotherapy* 48(1), 58-64. doi:10.1037/a0022141
- Hadjistavropoulos, H. D., Pugh, N. E., Hesser, H., & Andersson, G. (2017). Therapeutic Alliance in Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy for Depression or Generalized Anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 451–461. doi:10.1002/cpp.2014
- Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2013). Recurrence of major depressive disorder and its predictors in the general population: Results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 43(1), 39-48. doi:10.1017/S0033291712002395
- Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling: evidens, indikation och praktiskt genomförande*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., & Strupp, H. H. (1986). Structural Analysis of Social Behavior: Application to a Study of Interpersonal Process in Differential Psychotherapeutic Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 27-31.
- Holländare, F., Aila Gustafsson, S., Berglind, M., Grape, F., Carlbring, P., Andersson, G., ... Tillfors, M. (2016). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interventions*, 3, 1–7. doi:10.1016/j.invent.2015.11.002
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation Treatment for Depression: Returning to Contextual Roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(7), 861-870. doi:10.1586/ern.12.63
- Johansson, R., Björklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., Hesser, H., Ljótsson, B., ... Andersson, G. (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial. *PeerJ*, 1, e102. doi:10.7717/peerj.102
- Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., ... Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms. A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 351–359. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0044
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119-138. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
- 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. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x

- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*(2), 261-268.
- Lewinsohn, P. M., & Libet, J. (1972). Pleasant events, activity schedules and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 79*(3), 291-295.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy, 17*(3), 322-334. doi:10.1037/h0085929
- Lindfors, N., & Andersson, G. (red.) (2016). *Guided Internet-Based Treatments in Psychiatry*. Schweiz: Springer.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*(3), 335–343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II): Psychometric Properties. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*(3), 260–271.
- Marrs, R. W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology, 23*(6).
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. New York: Guilford.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral Activation Treatments for Depression in Adults: A Meta-analysis and Review. *Clinical Psychology: Research and Practice, 16*(4), 383-411.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 487–495. doi:10.1016/0005-7967(90)90135-6
- Mogoșe, C., Cobeanu, O., David, O., Giosan, C., Szentagotai, A., (2017). Internet-Based Psychotherapy for Adult Depression: What About the Mechanisms of Change? *Journal of Clinical Psychology, 73*(1), 5–64. doi:10.1002/jclp.22326
- Nordgreen, T., Rolf Gjestad, R., Gerhard Andersson, G., Per Carlbring, P., & Havik, O. E. (2018). The implementation of guided Internet-based cognitive behavior therapy for panic disorder in a routine-care setting: effectiveness and implementation efforts. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*(1), 62-75. doi:10.1080/16506073.2017.1348389
- Nyström, M. B. T., Stenling, A., Sjöström, E., Neely, G., Lindner, P., Hassmén, P., ... Carlbring, P. (2017). Behavioral activation versus physical activity via the internet: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 215*, 85–93. doi:10.1016/j.jad.2017.03.018
- 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*, 280-289. doi:10.1017/S1352465812000240

- Ramnerö, J. (2013). Depression. I Öst, L.G. (red.) *KBT inom psykiatrin*. Andra reviderade och utökade utgåvan. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ramnerö, J., Folke, F., & Kanter, J. W. (2016). A learning theory account of depression. *Scandinavian Journal of Psychology*, *57*, 73-82.
- Schneider, L. H., Hadjistavropoulos, H. D., & Faller, Y. N. (2016). Internet-delivered Cognitive Behaviour Therapy for Depressive Symptoms: An Exploratory Examination of Therapist Behaviours and their Relationship to Outcome and Therapeutic Alliance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *44*, 625–639. doi:10.1017/S1352465816000254
- Spek, V., Cuijpers, P., Nykliček, 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), 319-328. doi:10.1017/S0033291706008944
- Socialstyrelsen. 2017. *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - stöd för styrning och ledning*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-4/>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine* *166*(10), 1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the comprehensive psychopathological rating scale. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, *89*(1), 21-28.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. New York: Routledge.
- Webb, C. A., Rosso, I. M., & Rauch, S. L. (2017). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Depression: Current Progress and Future Directions. *Harvard Review of Psychiatry*, *25*(3), 114-122. doi:10.1097/HRP.0000000000000139
- Wise, E. A. (2004). Methods for Analyzing Psychotherapy Outcomes: A Review of Clinical Significance, Reliable Change, and Recommendations for Future Directions. *Journal of Personality Assessment*, *82*(1), 50–59.
- World Health Organization. 2017. Depression fact sheet. Hämtad 2017-05-24 från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.