



# Klientbeteenden i internetterapi mot depression

Innehållsanalys av klienters skrift i  
beteendeaktiveringsbehandling

Mattias Segerlund och Natalie Svartvatten

Vt 2014  
Examensuppsats, 30 hp  
Psykologprogrammet, 300 hp  
Handledare: Inga Dennhag och [Per Carlbring](#)

# KLIENTBETEENDEN I INTERNETTERAPI MOT DEPRESSION

## Innehållsanalys av klienters skrift i beteendeaktiveringsbehandling

Mattias Segerlund & Natalie Svartvatten

Klientbeteendens relation till behandlingsutfallet av psykoterapi på internet är ett underbeforskat område av klinisk vikt. Studien undersöker vilka skriftliga klientbeteenden i beteendeaktiveringsbehandling mot depression på internet som korrelerar med symtomförändring och slutförda moduler. Totalt 29 randomiserade deltagare med mild till måttlig depression ingick från forskningsprojektet Actua. Innehållsanalys med 8 deduktiva och två induktiva beteendekategorier genomfördes på samtliga mejl och modulsvar skickade från deltagare till internetterapeut. Signifikanta korrelationer återfanns i förhållande till symtomförändring för Observerar positiva konsekvenser ( $r=.49$ ) och Allians ( $r=.42$ ). Med genomförda moduler korrelerade sju beteendekategorier. Resultaten tyder på att text som uttrycker allians och om att observera positiva konsekvenser kan användas som indikationer på hur behandlingen fortlöper. Denna information kan användas av internetterapeuter för att individualisera behandlingen och göra den så effektiv som möjligt. Sammanfattningsvis visar denna studie att klientbeteenden kan identifieras i text i internetbaserad kognitiv beteende terapi och att dessa står i direkt relation till behandlingsutfallet.

Little research has been done on the relationship between client behavior and internet therapy outcome even though it is an area of clinical value. This study examines the relationship between client behaviors, treatment outcome and module completion, in a behavioral activation (BA) treatment for depression. A total of 29 randomized participants with mild to moderate depression were included from the research project Actua. Content analysis with 8 deductive and 2 inductive categories were performed on all emails and module responses sent from the participants to their internet therapist. Significant correlations was found between outcome and Observing positive consequences ( $r= .49$ ) and Alliance ( $r= .42$ ). Module completion correlated with 7 behavioral categories. The result implies that text about alliance and observing positive consequences can be used as indicators of how the treatment progresses. This information can be used by internet therapists to individualize treatment and make it more effective. In summary this study shows that client behaviors can be identified by text analysis and that these have a direct relationship with outcome.

Klientbeteendens relation till behandlingsutfallet av psykoterapi är i dag underforskat både inom ansikte-mot-ansikte-behandling (Keijsers, Schaap & Hoogduin, 2000) och internetterapi. Relationen mellan klientbeteenden och symtomförändring efter behandling är något som länge förbisetts inom forskningen, jämfört med den stora mängd uppmärksamhet som terapeutbeteenden fått (Keijsers et al., 2000). Kunskap på området om klientfaktorer talar för att klientens betydelse i terapi är central (Neimeyer, 1990 i Baker & Neimeyer, 2003). Det är av klinisk vikt att som terapeut kunna bedöma klientbeteendens betydelse för den terapeutiska processen och finna metoder för att på bästa sätt anpassa psykologisk behandling, då forskning (Johansson et al., 2012) tyder på att en mer individualiserad terapi kan ha bättre utfall för depression. Ett möjligt sätt att närma sig klientens del i den terapeutiska processen på internet är att undersöka de mejl klienter skickar till sina terapeuter. Den terapeutiska processen har visat sig ta sig uttryck i både klienters tal i ansikte-mot-ansikte-behandling (Crowe et al., 2012) och i text i internetterapi (Paxling et al., 2013; Van der Zanden et al., 2014). Denna studie undersöker vilka klientbeteenden

i beteendeaktiveringsbehandling mot depression på internet som korrelerar med behandlingsutfall och antal slutförda behandlingsmoduler, genom innehållsanalys av mejl och modulsvar.

Depression är ur ett folkhälsoperspektiv en viktig sjukdom att rikta behandlingsresurser till då prevalensen är hög i populationen. Prevalensen uppgår till 25 % för kvinnor medan 15 % av alla män någon gång i livet kommer att drabbas av en behandlingskrävande depression (Socialstyrelsen, 2010). I diagnoskriterierna för egentlig depressionsepisod finns nio olika symtom, där fem ska uppfyllas för att diagnosen ska kunna fastslås. Symtomen är enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) nedstämdhet, bristande intresse, sömnstörning, energibrist, psykomotorisk agitation eller hämning, viktförändringar, koncentrationssvårigheter eller obeslutsamhet, värdelöshets- eller skuldkänslor samt återkommande tankar på att dö eller självmordstankar. Symtomen ska orsaka kliniskt signifikant lidande för den drabbade och inte gå att förklara utifrån andra medicinska faktorer eller sorg (Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården, 2013). Sjukdomen kan leda till omfattande begränsningar och svårigheter i både privat- och arbetslivet. Om depressionen inte behandlas finns risk för ytterligare funktionsnedsättning relaterad till symtomen (Socialstyrelsen, 2010), även om en egentlig depressionsepisod (American Psychiatric Association, 2000) för vissa läker ut av sig själv. För att behandla depression rekommenderar socialstyrelsen psykologisk behandling, bland annat med kognitiv beteendeterapi (KBT). Vid lindrig egentlig depression rekommenderas även internetbaserad KBT ([iKBT] Socialstyrelsen, 2010)

Beteendeaktivering ([BA] Martell, Addis, & Jacobsson, 2001) är en form av KBT-behandling som i metaanalyser (Mazzucchelli, Kane & Rees, 2009; Ekers, Richards, & Gilbody, 2008; Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007) visats vara en effektiv behandlingsmetod mot depression. Metoden har även anpassats för internet och har med inslag av Acceptance and commitment therapy ([ACT] Hayes, Strosahl & Wilson, 2011) visat goda resultat vid behandling av depression jämfört med kontrollgrupp. Mellangrupps-effect size var vid behandlingens avslut stark ( $d=0.98$ ) och effekten vidhölls vid kontroll efter tre månader. En fjärdedel av de 40 deltagarna i behandlingsgruppen nådde kliniskt signifikant förbättring jämfört med 5 % i kontrollgruppen, vilket var en statistiskt signifikant skillnad. Fynden indikerar att BA kan ges via internet (Carlbring et al., 2013). iKBT har generellt visat goda resultat för behandling av depression. Resultat pekar också mot att behandlingen har vidhållen effekt vid uppföljning från 6 mån till 3,5 år (Andersson, Carlbring, Ljotsson & Hedman, 2013). För depression finns också indikationer på att iKBT kan fungera likvärdigt som individuell ansikte-mot-ansikte terapi (Wagner, Horn, & Maerker, 2014) och gruppbehandling med KBT (Andersson, et al., 2013).

Beteendeaktivering är en behandlingsmetod som till sitt innehåll förändrats med tiden (Martell et al., 2001). Lewinsons modell för BA postulerar att depression och förstärkning hänger tätt samman och att en låg grad av positiv förstärkning ger

depressiva symtom. Låg tillgång till positiv förstärkning skapar ökad passivitet vilket ytterligare vidmakthåller depressionen. Förstärkning är den effekt en följd av ett beteende har på beteendets sannolikhet för att utföras igen. En låg tillgång till positiv förstärkning skapar därmed en utsläckning av flertalet funktionella beteenden. Vad som är förstärkande för en person är individuellt och behandlingen måste därför skraddarsys för att kunna öka förstärkande aktiviteter för individen. Behandlingen lär klienten att hantera ansträngande situationer, genom avslappningstekniker, både generellt i vardagen och i specifika problemsituationer. En annan behandlingsingrediens är att minska beteenden och situationer som får negativa konsekvenser för klientens liv. Att planera in nya beteenden, då deprimerade personer ofta har svårt med just planering är en annan viktig del i Lewinsons (1980) behandlingsmodell. Martell et al. (2001) har utvecklat Lewinsons modell utifrån antagandet att undvikande spelar en central roll i vidmakthållandet av depression, då det är ett beteende som minskar personens tillgång till positiv förstärkning. Ferster (1973) menar att en deprimerad person förutom att ägna sig åt färre beteenden som ger positiv förstärkning också ökar undvikande och flyktbeteenden. Undvikandet kan vara av både yttre och inre karaktär, såsom att inte gå ut och träffa vänner då man är rädd för att känna sig förödmjukad. Ett annat vanligt undvikande kan vara att älta istället för att ta ett beslut eller aktivera sig (Ferster, 1973). Målet med BA blir således att öka tillgången till positiv förstärkning genom aktiviteter som ger upplevelse av njutning och/eller prestation, minska depressiva beteenden så som undvikande samt undanröja hinder för positiv förstärkning genom att lösa problem som uppstår i livet (Dimidjian et al., 2011). För att öka tillgången till positiv förstärkning är det av vikt att klienten själv väljer att prova nya beteenden eller fortsätta med beteenden som fungerar. Genom att öka klientens valmöjligheter kan denne själv bestämma om den vill fortsätta med ett tidigare beteende som vidmakthåller depressionen eller ett nytt som kanske leder till förbättrat liv (Martell et al., 2001). Att identifiera mönster eller problembeteenden och att själv välja att utföra ett nytt beteende är således två viktiga komponenter i BA-teorin som teoretiskt kan tänkas samvariera med symtomförändring.

Att fokus för beteendeaktivering ligger på att prova alternativa beteenden och att aktivera sig utanför terapirummet är i linje med forskning som visat att genomförandet av hemläxor är viktigt för följsamhet i behandling (Kazantzis, Dean & Ronan, 2000). För depression har relationen mellan följsamhet i hemläxor och symtomförändring funnits vara moderat ( $[r = .24]$ ; Mausbach et al., 2010). Forskning (Manos, Kanter & Busch, 2010) om mekanismerna bakom den förbättring som BA skapar har funnit att det finns en relation mellan ökad aktivering och minskad depression, samt att minskade depressionsnivåer samvarierar med positiv förstärkning. Det senare kan tolkas som att klienter som förbättras under BA-behandling blir både mer aktiva, dvs. testar fler alternativa beteenden samt får uppleva de positiva resultaten av att engagera sig i dessa nya beteenden (Manos et al., 2010). Man kan därför anta att klienter i internetbehandling som förbättras av BA kommer att skriva mer om att testa alternativa beteenden och om positiva konsekvenser av att ha utfört dessa än de som inte förbättras.

Forskning om undvikande och depression (Connor-Smith & Compas, 2002; Ingram et al., 2007) har påvisat att med undvikande hantera stressorer för att minska kontakt med aversiva upplevelser är vanligare hos deprimerade än hos andra. Maladaptivt repetitivt tänkande är ett samlingsbegrepp för ruminering och oro (Watkins, 2008). Både ruminering (Dickson, Ciesla & Reilly, 2012) och oro (Borkovec, Ray & Stöber, 1998; Watkins, 2008) har funnits vara former av kognitivt undvikande. Maladaptivt repetitivt tänkande är repetitivt tänkande med negativt innehåll och ger en ökad grad av negativ affekt samt hindrar problemlösning och kognitiv funktion (Segerstrom, Stanton, Alden & Shortridge, 2003; Watkins, 2008). När en person ägnar sig åt maladaptivt repetitivt tänkande hamnar fokus ofta på negativa aspekter av förgångna eller framtida händelser. Maladaptivt repetitivt tänkande är associerat med ökat lidande, i form av bland annat depression och ångest (Watkins, 2008). Gällande oro försöker personen att undvika de negativa händelserna genom att kognitivt problemlösa eller förbereda sig för det hemska som kan komma att hända (Borkovec et al., 1998; Watkins, 2008). Att motverka maladaptivt repetitivt tänkande kan således vara en viktig komponent i depressionsbehandling då den funnits samvariera med symtom (Watkins, 2008). Man kan därför anta att klienter i internetbehandling som förbättras av BA kommer att skriva mindre om sin oro och sina ruminerande tankar än de som inte förbättras.

Att deltagarna i iKBT får någon form av stöd genom mänsklig kontakt har visat sig viktigt för symtomförändringen (Spek et al., 2007, Andersson, 2009, Johansson & Andersson, 2012). Inte bara förekomsten eller frånvaron av stöd har betydelse för behandlingseffekt utan också graden av stöd, definierat som mängden kontakt (Johansson & Andersson, 2012). Denna relation mellan mänskligt stöd och behandlingsutfall är något som stimulerat till forskning på allians i iKBT. Det finns flera sätt att definiera (Del Re et al., 2012) och mäta allians (Martin, Garske & Davis, 2000) och begreppet har genomgått förändring över tid. Gemensamma drag i de olika definitionerna är att det emotionella bandet mellan terapeut och klient betonas och till vilken grad man är överens om mål och uppgifter i behandlingen (Del Re et al., 2012). Dimensionen av allians som rör uppgifter handlar om tro på, upplevelser av, uppgiften och förväntningar på densamma, sett från patientens perspektiv. Alliansen är stark avseende dimensionen mål om patienten upplever att målen handlar om sina problem och kommer att vara hjälpsamma. Bandet mellan terapeut och patient är den tredje delen av alliansen och handlar om den emotionella upplevelsen av terapeutrelationen (Pinsof, 1995 i Baillargeon, Côté & Douville, 2012). Även om stöd har visat sig viktigt inom iKBT har allians i iKBT, skattat av klient och terapeut, inte visats kunna predicera behandlingsutfall (Johansson & Andersson, 2012). Detta står i motsats till forskning om allians i ansikte-mot-ansikte-behandlingar där alliansen har funnits stå för en självständig del av symtomförändringen i terapeutisk behandling, med en moderat inverkan ( $r = .22$ ) på utfall (Martin et al., 2000). Relationen mellan klient och terapeut i internetterapi har visat sig vara av vikt men de tillgängliga mätmetoderna för att få fatt i vad relationen består av och vad klienten har en relation till är bristfälliga, menar vissa (Andersson et al., 2012). Nya sätt att studera terapirelationen på

internet är efterfrågat (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Richards & Richardsson, 2012; Johansson & Andersson 2012). Alliansbeteenden i någon form bör förekomma i internetterapi, t.ex. genom smileys (Zabinski, Celio, Wilfley & Barr Taylor, 2010) och då området fortsatt är outforskat vad gäller nya metoder att mäta allians på internet är alliansbeteenden intressanta att undersöka. Att stöd har visats ha ett positivt samband med symtomförbättring visar på relationens betydelse och allians är därmed ett område som fortsatt bör undersökas i internetterapi.

För att få fördjupad förståelse för relationens uttryck och betydelse i internetterapi kan det även vara av betydelse att undersöka negativa relationsfaktorer. Alliansbrott är en händelse mellan terapeut och klient i form av en upplevd spänning eller en ruptur i relationen. Ett sätt att skilja på olika typer av alliansbrott är att definiera brottet i relation till vilken del av alliansen det berör; målen, uppgiften eller bandet (Safran & Muran, 2011). Ett annat sätt är utifrån kategorierna "undvikande" och "konfrontativt" alliansbrott. Den undvikande formen handlar om att klienten drar sig undan från terapin och att alliansbrottet uttrycks indirekt eller på ett sätt som inte blir synligt för terapeuten. Det konfrontativa brottet sker då patienten direkt uttrycker negativa känslor riktat mot behandlingen eller terapeuten (Safran & Muran, 2000). Exempel på konfrontativa alliansbrott är att patienten inte håller med om innehållet i behandlingen, är sarkastisk eller kritisk mot terapeuten samt uttrycker tvivel mot hur verksam metoden är (Colli & Lingiardi, 2009). Undvikande alliansbrott kan vara svåra att upptäcka i text, då det sannolikt tar sig i uttryck genom att klienten inte skriver eller loggar in på hemsidan. Konfrontativt alliansbrott är i sitt explicita uttryck av kritik mot terapeuten eller behandlingen tydligare än undvikande alliansbrott och förväntas därför förekomma i den text som deltagarna i denna studie skriver. Förekomst av rupturer i alliansen har visat sig påverka behandlingsutfall eller förväntan på densamma negativt i ansikte-mot-ansikte-behandling (Constantino & Aviram, 2011; McLaughlin, Keller, Feeny & Youngstrom, 2014). Då rupturer i alliansen har visats påverka behandlingsutfallet negativt i ansikte-mot-ansikte-behandling kan man anta att deltagare i internetterapi som uttrycker många konfrontativa alliansbrott kommer uppvisa en låg symtomförbättring.

Fram till idag finns begränsat med forskning om klientbeteendens relation till behandlingsutfall (Keijsers et al., 2000), men tidigare forskning (Paxling et al., 2013) har visat på att det går att hitta specifika terapeutbeteenden i mejlkonversationer i internetterapi som är relaterade till utfall. Denna studie undersöker vilka klientbeteenden i beteendeaktiveringsbehandling mot depression på internet som korrelerar med behandlingsutfall och antal slutförda behandlingsmoduler, genom innehållsanalys av mejl och modulsvar.

Deltagare som i text identifierar mönster och problembeteenden, uttrycker alliansbeteenden, skriver om att välja och testa alternativa beteenden samt att observera positiva konsekvenser av dessa förväntas skatta positiv symtomförändring och slutföra många moduler. Deltagare som uttrycker

konfrontativa alliansbrott, maladaptivt repetitivt tänkande, problem med behandlingsinnehåller eller teknik samt undvikande av behandlingen förväntas skatta lägre symtomförändring och slutföra få moduler.

## Metod

Denna studie skrivs inom ramen för forskningsprojektet Actua (Carlbring et al. 2013). Projektet Actua är ett forskningsprojekt vid Umeås, Linköpings, Stockholms och Uppsalas universitet som syftar till att utvärdera behandlingseffekter av internetadministrerad depressionsbehandling med beteendeaktivering och fysisk aktivitet, med terapeutstöd. Det har en longitudinell experimentell design med intervention och randomisering. Denna studie baseras på material ur Actua, rekrytering av deltagare och dyligt har därmed skett inom ramen för forskningsprojektet.

### *Rekrytering*

Deltagare rekryterades till Actua genom tidningsannonser i dagstidningar (Aftonbladet, Dagens Nyheter), TV-inslag (TV4), affischer, flyers, Umeå och Uppsala universitets hemsida, Google-annonser, samt via hemsidan [www.studie.nu](http://www.studie.nu) som är en länk till pågående studier om psykologiska behandlingar. Information och anmälan till studien fanns att hitta på [www.actua.se](http://www.actua.se), vilket också var adressen för behandlingsplattformen.

### *Urval*

Första steget för inklusion i Actua är en webbaserad screening där deltagaren fyllt i olika självskattningsformulär. Om deltagaren är över 18 år samt skattat mellan 15-35 poäng på Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale: Självskattningsversion [MADRS-S] (Montgomery & Åsberg, 1979) genomförs steg två i inklusionsförfarandet; en telefonbaserad semistrukturerad klinisk intervju för DSM-IV ([SCID-I]), klinisk version, Modul A. Deltagare som uppfyllde kriterierna för egentlig depressionsepisod enligt DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) vid tidpunkten för intervjun och ingen annan diagnos annat än dystymi, inkluderades i studien och randomiserades till behandling eller kontrollgrupp. Exklusionskriterier för deltagande i studien var: pågående psykologisk behandling, somatisk problematik som är känt depressionsframkallande, pågående läkemedelsbehandling som är känt depressionsframkallande, subkliniska symtom på depression, annan huvudproblematik än depression (t.ex. bipolär sjukdom, ångest, substansbetingad depression eller hypomani) och/eller hög suicidrisk.

### *Deltagare*

De 29 deltagarna i denna studie hade alla randomiserats till beteendeaktivering; BA enligt Lewinsohn (1980) samt genomfört både för och eftermätning samt genomfört mer än en modul (vilket motsvarar ett steg i behandlingen). Demografisk data för deltagarna i denna studie presenteras i Tabell 1.

Tabell 1. Demografiska data vid förmätning.

	Antal	Procent
<b>Kön</b>		
Man	8	28,0
Kvinna	21	72,0
<b>Ålder</b>		
Medel (SD)	41,3 (13,0)	-
Min - Max	23 - 67	-
<b>PHQ9 vid intressanmälan</b>		
M (SD)	13,2 (3,7)	-
Min - Max	6 - 21	-
<b>Högsta utbildningsnivå</b>		
Grundskola	1	3,5
Gymnasie/folkhögskola	11	38,0
Eftergymnasial utbildning	17	58,5
Forskarutbildning	0	0,0
<b>Civilstånd</b>		
Gift/Partner/Sambo/Särbo	20	69,0
Skild/Änka/Änkling	2	7,0
Singel/Ensamstående	6	20,5
Annat	1	3,5
<b>Psykologisk behandling</b>		
Ingen	12	41,0
En tidigare	15	52,0
Två tidigare	1	3,5
Tre tidigare	0	0,0
Fyra tidigare	1	3,5
<b>Psykofarmaka</b>		
Ingen	17	59,0
Nuvarande	8	27,5
Tidigare	4	13,5
<b>Sökanledning</b>		
+ ångest	6	21,0
+ relationsproblematik	0	0,0
+ stress	1	3,5
+ social fobi	1	3,5
+ tvångssyndrom	2	7,0

### Behandling

Behandlingen skedde genom vägledad självhjälp och bestod av ett självhjälpsmaterial med beteendeaktivering (Carlbring et al., 2013) som administrerades veckovis till deltagaren under loppet av tolv veckor. Totalt bestod behandlingen av åtta behandlingsmoduler samt möjlighet till ytterligare uppgifter om samtliga moduler genomförts innan utsatt slutdatum. Författare till självhjälpsmaterialet var leg. Psykolog Lars Ström. Terapeuterna bestod av



psykologstudenter på masternivå. Riktlinjen för behandlarna var att ägna 15 minuter per vecka åt att mejla med sina deltagare. Alla behandlare att tillgång till klinisk handledning med en leg. Psykolog, leg. Psykoterapeut en gång i veckan.

### *Material*

Depressionsskattning, mätt med Patient Health Questionnaire-9 ([PHQ-9] Kroenke, Spitzer & Willians, 2001) hämtades för denna studie från Actuas behandlingsplattform utifrån vilka deltagare som uppfyllde kriterierna för inklusion. Denna insamlades ursprungligen automatiserat på plattformen vid två tidpunkter; vid intresseanmälan och vid avslutad behandling. Tiden däremellan varierar beroende på tiden för screening, telefonintervju samt om deltagaren tillhörde kontrollgrupp innan behandlingen påbörjades.

PHQ-9 är ett självskattningsinstrument med nio items avsett att mäta depression utifrån DSM-IV kriterier och är härlett från Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) intervjun (Kroenke et al., 2001). Instrumentet har visat sig likvärdigt med längre kliniker-administrerade instrument i en rad olika delar av vården och i olika kulturella miljöer (Gilbody, Richards, Brealey & Hewitt, 2007). PHQ-9 har nio frågor med poäng som går från noll till tre. En poäng på 10 eller mer indikerar mild egentlig depression, 15 eller mer indikerar moderat egentlig depression och 20 eller mer indikerar svår egentlig depression (Arroll et al. 2010). Vilken gräns som ska dras för när PHQ-9 indikerar egentlig depression är dock inte entydigt utan kan variera mellan 8-11 beroende på miljö (Manea, Gilbody & McMillan, 2012). PHQ-9 har visat god intern reliabilitet med ett Cronbach's alpha-värde på 0.89 i en population av primärvårdspatienter och på 0.86 i en population av gynekologpatienter. Av de som skattade under 10 på PHQ-9 visade sig 93 % inte ha någon depressiv störning och 88 % av de som skattade över 10 hade en egentlig depressionsepisod skattad av en klinisk psykolog som var blind för resultaten på PHQ-9. Vid en poäng på 15 eller över uppfyllde 95 % av personerna diagnoskriterierna för egentlig depression (Kroenke et al., 2001).

### *Etiska överväganden*

Forskningsstudien Actua är prövad och godkänd av etikprövningsnämnden vid Umeå universitet i maj 2012 (2012-135-31). Behandlingarna genomfördes i enlighet med personuppgiftslagen (SFS: 1998:204) och deltagarna skrev under ett fysiskt samtycke till att deras personuppgifter hanteras i en databas innan påbörjad behandling. Samtliga klient och terapeutnamn har tagits bort innan de lagrades utanför behandlingsplattformen och identifierades genom den individuella kod de blivit tilldelade inom projektet.

### *Metodologiska utgångspunkter*

Innehållsanalys (Krippendorff, 1980) är en metod för att koda stora mängder information i ett mindre antal kategorier och på så sätt skapa en kvantitativ beskrivning av innehållet i texten. Med hjälp av innehållsanalys går det att få överblick över hur ofta vissa specifika teman tas upp i texten. Frekvensen på kategorierna kan sedan korreleras mot andra faktorer. Om man gör väldefinierade och tydliga kategorier kan sedan förekomsten av dem uttryckas med t.ex. + eller -.

Kategorierna kan utvecklas från texten man har avsett att analysera eller bestämmas utifrån teoretiska utgångspunkter (Kvale, 2009). Varje meningsfull enhet som initialt kodas kan definieras som; "segment of text that is comprehensible by itself and contains one idea, episode, or piece of information" (Tesch, 1990, p.116 i Schilling, 2006). Varje uttalande från en deltagare kan med fördel kodas i sin kontext, för att få förståelse för vilken typ av fråga eller uttalande som föregick uttalandet.

Kategoriernas funktion är att spegla syftet med undersökningen och de ska vara tydligt åtskilda från varandra för att minimera risken att de mäter samma sak. Såväl induktiva som deduktiva kategorier kan förekomma och fungera komplementärt. De deduktiva kategorierna bör vara tydligt teoretiskt förankrade. Typexempel för varje kategori samt definitioner på kategorierna ska finnas med i materialet. Man bör vara noga med att bestämma hur kriterier ska tas fram och vilken grad av abstraktion i förhållande till materialet som kategorierna ska hålla sig till. För att öka reliabiliteten bör ett par eller flera av forskarna diskutera materialet tillsammans för att utveckla en gemensam förståelse för kategorierna. Dessa kan gemensamt kontrollera och arbeta med olikheter i bedömningen av kategorierna tills samsyn nås (Schilling, 2006).

#### *Procedur*

För att skapa kategorier till innehållsanalysen valdes sju behandlingar slumpmässigt ut för kodning. Både mejl från deltagare riktat till terapeuten samt det de skrivit i formuläret "Kontakt med handledare", som följer varje avsnitt, ingick i kodningen. Initialt lästes dessa igenom upprepade gånger tillsammans med svar från terapeuten. Syftet med att läsa också terapeuternas mejl var att förstå det deltagarna skrev i kontext av de frågor och reflektioner som terapeuterna bidrog med. Kodningsförfarandet utgick från en kontextuell förståelse av materialet, vilket innebar att deltagarens mejl till terapeuten samt formuläret "Kontakt med handledaren" kodades nära texten. I koderna kunde det finnas förklaringar kring vilken terapeutfråga som klienten besvarade eller vilken del av behandlingsmodulen om klienten åsyftade. Samtliga utsagor i klientens mejl och i formuläret "Kontakt med handledaren" kodades då all text från klienten ansågs kunna vara av vikt för kategoriseringen. Initialt kodades en behandling gemensamt för att kalibrera kodningsförfarandet mellan författarna, varpå de båda författarna sedan kodade ytterligare tre behandlingar var separat.

Efter att deltagarmejlerna samt formuläret "Kontakt med handledaren" för de sju behandlingarna kodats användes en delvis induktiv och delvis deduktiv metod för att skapa kategorier. De induktiva kategorierna baserades helt och hållet på innehållet i texten och utgick inte från några teoretiska referenspunkter. De togs fram i syfte att undersöka om det fanns något i materialet som var unikt för iKBT och som inte skulle återfinnas i någon teori. De deduktiva kategorierna hade däremot utgångspunkt i behavioristisk och kognitiv teori samt från forskning om psykoterapi samt innehållet i textmaterialet. Båda författarna har efter kodningen av behandlingarna utformat kategorierna i samarbete med varandra och kontrollerat för hur väl koderna passar in i respektive kategori och hur nära

materialet den teori som ligger till grund för kategorierna förhåller sig. Kategorierna diskuterades även med handledare leg. psykolog och leg. psykoterapeut samt professor i klinisk psykologi Per Carlbring och handledare leg. psykolog och lektor Inga Denhag som kom med synpunkter och teoretiska förslag.

Utifrån koderna av de sju behandlingarna skapades 10 kategorier. Åtta var framtagna med stöd i teori (deduktivt), två togs fram enbart utifrån materialet (induktivt). Till varje kategori skapades en formell definition och en lista med exempel (förutom för en kategori), för att kategorierna skulle bli tydliga och lätta att skilja från varandra. För att kontrollera de 10 kategorierna provkategoriserades sedan ytterligare tre slumpmässigt utvalda behandlingar med den preliminära kodningsmallen. Dessa provkategoriseringar gjordes separat av båda författarna för att kunna se överensstämmelsen i kategoriseringen. I samband med provkategoriseringen omformulerades kategorierna för att bli tydligare och bättre åtskilda och en kategori togs bort då den överlappade med en annan befintlig kategori. Överensstämmelse mellan de två författarna av de slutgiltiga definitionerna av de tio kategorierna testades med Cohens Kappa, vilket visade  $K=0.69$  (70 % överensstämmelse).

Därefter applicerades kategorierna på tjugonio slumpmässigt utvalda och anonymiserade behandlingar. De två författarna kategoriserade de första 23 behandlingarna separat och de avslutande sex gemensamt. I de fall där författarna var oeniga om kodningen i de första 23 behandlingarna kom de till konsensus genom diskussion. Då båda författarna arbetat som internetbehandlare inom Actua kom de att i vissa fall att kategorisera behandlingar som de själv ansvarat för.

#### *Statistiska beräkningar*

För att beräkna om skillnaden i symtomförbättring, mätt med PHQ9, korrelerade signifikant med förekomst av någon av de tio beteendekategorierna använde vi Spearman's rho. Inga kategorier identifierades innehålla avvikande värden, definierat som tre SD från medel.

## Resultat

### *Kategorier*

Resultatet bestod av 10 beteendekategorier; Allians, Identifierar mönster, Konfrontativt alliansbrott, Maladaptivt repetitivt tänkande, Observerar positiva konsekvenser, Testar alternativt beteende, Väljer alternativt beteende, Undvikande av behandling, Problem med teknik och Problem med behandlingsinnehåll. Totalt identifierades 3756 meningsenheter och av dem utgjordes 1626 (43 %) markeringar av någon av de tio kategorierna och 2139 markeringar (57 %) som inte tillhörande någon av kategorierna. Kategorierna finns presenterade och definierade i tabell 2 där andel markeringar per kategori också är redovisade.

Tabell 2. Lista över deduktiva (D) och induktiva (I) kategorier för innehållsanalys av deltagares mejl- och modulsvar.

Kategori	Antal markeringar (% av totala markeringar)	Definition	Exempel
Allians (D)	391 (24 %)	Skrift som ger uttryck för deltagarens känslomässiga band i förhållande till målen med behandlingen, uppgifterna eller till internetterapeuten.	<i>Jag tror att jag kommer få användningar för den här uppgiften.</i>  <i>Tack för dina reflektioner!</i>
Identifierare mönster och problembeteenden (D)	113 (7 %)	Skrift där deltagaren identifierar relationen mellan inre eller yttre beteenden och dess påverkan på dennes affektiva tillstånd, alternativt skrift som identifierar undvikanden och grubbel.	<i>När jag sitter mycket hemma mår jag sämre...</i>  <i>Jag undviker mina vänner genom att inte svara nära de ringer...</i>
Konfrontativt alliansbrott (D)	66 (4 %)	Skrift som tyder på ett känslomässigt brott mellan deltagaren och målen, uppgifter eller terapeuten.	<i>Jag har inte " hittat" något alternativt beteende. Vad vill du att jag ska göra?!?!</i>  <i>Jag tror inte det hjälper att gå promenader.</i>
Maladaptivt repetitivt tänkande	131 (8 %),	Skrift om deltagarens depressiva symtom och dess konsekvenser utan förslag på lösning eller skrift som ger uttryck för mental problemlösning där resultatet är osäkert men innehåller möjligheter till ett eller flera negativa utfall	<i>Jag känner mig tråkig, tungsint och meningslös.</i>  <i>Jag tänker mycket på vad jag ska göra med min relation till min mamma, är rädd att vi aldrig kommer få det bättre.</i>
Observerar positiva konsekvenser (D)	133 (8 %)	Skrift som ger uttryck för att en positiv förändring skett efter att deltagaren testat ett specifikt alternativt beteende eller uppgift i behandlingen.	<i>När jag testade det nya beteendet upptäckte jag det höjer min sinnesstämning.</i>
Problem med behandlingsinnehåll (I)	91 (6 %)	Skrift i form av frågor eller förtydliganden från deltagaren kring behandlingsinnehåll alternativt uttryck för svårigheter att fylla i eller att läsa behandlingsmaterial.	<i>Jag förstår inte, vad är ett alternativt beteende?</i>  <i>Det var svårt att gradera sinnesstämningen i aktivitetsdagboken.</i>

Problem med teknik och administration (I)	127 (8 %)	Skrift där deltagaren uttrycker svårigheter och problem med tekniken kring plattformen eller ber om hjälp med denna, alternativt rapporterar problem med administration av behandlingen.	<i>Jag förstår inte vart frågeformulären är.</i> <i>Jag har inte fått modul 7 tilldelad, kan du göra det?</i>
Testar alternativt beteende (D)	359 (22 %)	Skrift som påvisar att deltagaren har genomfört eller försökt genomföra ett specifikt alternativt beteende eller uppgift i behandlingen.	<i>Jag har försökt att sätta gränser gentemot min son.</i> <i>Jag har gjort övningarna i modulen.</i>
Undvikande av behandling (D)	144 (9 %)	Skrift om att deltagaren inte gjort olika delar av behandlingen, tekniska såväl som innehållsmässiga.	<i>Jag har inte gjort promenaderna jag planerade.</i> <i>Jag ligger efter med veckans modul.</i>
Väljer alternativt beteende (D)	200 (12 %)	Skrift om tankar på att genomföra ett framtida alternativt beteende eller uppgift i behandlingen, alternativt skrift om planer som personen gjort på ett alternativt beteende eller uppgift i behandlingen.	<i>Jag planerade att ringa min vän.</i> <i>Jag funderar på att svara nästa gång min vän ringer.</i>

#### *Klienters onlinebeteende och utfall*

Korrelationer mellan klientbeteende, behandlingsutfall och antalet slutförda moduler redovisas i Tabell 3. Två beteendekategorier korrelerade positivt med behandlingsutfall mätt med PHQ-9; Allians på en måttlig nivå och Observerar positiva konsekvenser på en stark nivå. Detta innebär att deltagare som ofta uttrycker att alliansbeteenden eller skriver om att de observerar positiva konsekvenser har stor förändring i symtom på depression. Antal slutförda moduler korrelerade starkt med kategorierna Identifierar mönster och problembeteenden, Observerar positiva konsekvenser, Testar alternativt beteende, Undvikande av behandling och Väljer alternativt beteende. Två kategorier korrelerade med antal slutförda moduler på en måttlig nivå; Identifierar mönster och problembeteenden och Maladaptivt Repetitivt tänkande. Korrelationer för alla kategorier redovisas i Tabell 4.

*Tabell 3. Korrelationer, i form av Spearman's rho, mellan klientbeteenden och förändringspoäng i PHQ9 samt antal genomförda moduler*

Kategori	Förändringspoäng PHQ9 Spearman's $r$	Genomförda moduler Spearman's $r$
----------	---	--------------------------------------

Allians	<b>.42*</b>	<b>.71**</b>
Identifierar mönster och problembeteenden	.11	<b>.39*</b>
Konfrontativt alliansbrott	-.31	-.24
Maladaptivt repetitivt tänkande	.23	<b>.42*</b>
Observerar positiva konsekvenser	<b>.49**</b>	<b>.91**</b>
Problem med behandlingsinnehåll	-.18	.16
Problem med teknik och administration	-.23	-.06
Testar alternativt beteende	.26	<b>.90**</b>
Undvikande av behandling	.00	<b>.55**</b>
Väljer alternativt beteende	.21	<b>.73**</b>

\* =  $p < .05$ , \*\* =  $p < .01$

#### *Interkorrelationer*

Korrelationsanalys mellan de olika kategorierna presenteras i Tabell 3. Allians korrelerade med fyra andra kategorier på en måttlig till stark nivå; Observerar positiva konsekvenser, Maladaptivt repetitivt tänkande, Testar alternativt beteende och Väljer alternativt beteende. Identifierar mönster korrelerade med Konfrontativt alliansbrott på en måttlig nivå. Observerar positiva konsekvenser korrelerade med fyra andra kategorier på en måttlig till stark nivå; Maladaptivt repetitivt tänkande, Testar alternativt beteende, Undvikande av behandling och Väljer alternativt beteende. Maladaptivt repetitivt tänkande korrelerade med Testar alternativt beteende på en måttlig nivå. Testar alternativt beteende korrelerade med Undvikande av behandling och Väljer alternativt beteende, båda på en stark nivå. Undvikande av behandling korrelerade med Väljer alternativt beteende på en stark nivå.

Tabell 4. Interkorrelationer, i form av Spearman's rho, mellan klientbeteenden och genomsnittlig markering per deltagare (M) samt standardavvikelse (SD).

Variabler	2	3	4	5	6	7	8	9	10	M (SD)
1. Allians	.28	-.18	<b>.80**</b>	.03	.12	<b>.37*</b>	<b>.71**</b>	.33	<b>.48**</b>	13.5 (10.8)
2. Identifierar mönster och problembeteenden		<b>-.40*</b>	.28	.10	.19	<b>.47*</b>	.29	.24	.18	3.9 (3.3)
3. Konfrontativt alliansbrott			-.19	.09	.31	.12	-.06	-.22	-.15	2.3 (3.0)
4. Observerar positiva konsekvenser				.09	-.05	<b>.41*</b>	<b>.85**</b>	<b>.43*</b>	<b>.66**</b>	4.8 (4.5)
5. Problem med behandlingsinnehåll					.07	-.00	.05	.11	-.07	3.1 (3.7)
6. Problem med teknik och administration						.27	.01	.24	-.09	4.4 (4.7)
7. Maladaptivt repetitivt tänkande							<b>.39*</b>	.29	.27	4.5 (6.3)
8. Testar alternativt beteende								<b>.48**</b>	<b>.75**</b>	12.4 (9.6)
9. Undvikande av behandling									<b>.54**</b>	5.0 (3.6)
10. Väljer alternativt beteende										7.0 (7.0)

\* =  $p < .05$ ; \*\* =  $p < .01$ .

## Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka vilka klientbeteenden i BA mot depression via internet som korrelerar med behandlingsutfall och antal slutförda behandlingsmoduler. Resultatet visade att skrift om att observera positiva konsekvenser av alternativa beteenden och uttryck för allians var positivt korrelerade med symtomförändring. Desto mer deltagare uttryckte dessa beteenden i korrespondensen ju mer symtomförbättring hade de senare självskattat. En signifikant korrelation mellan genomförda moduler och text om att identifiera mönster och problembeteenden, att välja att utföra alternativa beteenden, testa alternativa beteenden och observera positiva konsekvenser samt uttryck för allians återfanns. Även text som kategoriserades som maladaptivt repetitivt tänkande respektive undvikande fanns ha en signifikant korrelation med antalet genomförda behandlingsmoduler.

Resultatet visade en korrelation mellan självskattad symtomförändring och text om att observera positiva konsekvenser av genomförda alternativa beteenden. Detta innebär att deltagare som skriver att de uppnått ett positivt värderat resultat, eller skattar en förbättring i mående, efter ett genomförande av alternativa beteenden också upplever sig förbättrade av behandlingen. Resultatet är i linje med teorin om förändringsmekanismerna i BA (Martell et al., 2001), som innebär att den depressiva spiralen kan brytas genom att personen ökar sin tillgång till positiv förstärkning. Teorin postulerar att personer som lider av depression har upplevt en ökning av negativ förstärkning, vilket släckt ut funktionella beteenden och lett till minskad aktivitet överlag. Den minskade aktiviteten leder i sin tur till depressiva symtom. Genom att i behandlingen föra in alternativa beteenden och öka aktivitetsnivån kan personen få tillgång till positiv förstärkning och i förlängningen uppleva en minskning av sina depressiva symtom (Martell et al., 2001). Forskning har gett stöd till teorin och visat att förstärkning är en viktig komponent i förbättring av depression (Manos et al., 2010). Text om att ha observerat positiva konsekvenser av alternativa beteenden kan vara en indikation på att deltagaren har fått tillgång till denna positiva förstärkning vilket kan förklara samvariationen med symtomförändring.

Fynden indikerar också att iKBT med guidad självhjälp, där innehållet är förhållandevis lika för alla, skapar möjlighet för deltagare att med relativt lite terapeutstöd identifiera och öka beteenden som ger positiv förstärkning. Genom de konkreta uppgifter som presenteras i modulerna finns exempel på vilka typer av beteenden som deltagaren kan prova, men också råd om hur man kan utforma egna beteendeexperiment. På så sätt kan deltagaren undersöka vilka beteenden som ger en upplevelse av nöje respektive prestation och därefter välja vilka beteenden som hen vill testa. Det finns också goda förutsättningar för deltagaren att gå tillbaka och läsa gamla moduler, vilket gör det lätt att påminna sig själv om övningar som fungerade förstärkande. Det kan vara så att vissa deltagare har större förmåga att med stöd av programmet kartlägga vilka beteenden som är mest förstärkande och därmed



kommer de också observera mer positiva konsekvenser av dessa än andra, vilket skulle kunna förklara variationen i materialet. Deltagare som lider av mer omfattande koncentrationssvårigheter skulle eventuellt kunna ha svårt att själv kartlägga och analysera sina beteenden eftersom behandlingen är helt textbaserad och kräver mycket självständigt arbete.

Att observerar positiva konsekvenser har en relation till symtomförändring men inte testar alternativa beteenden talar för att det är viktigt att i behandling utvärdera testade alternativa beteenden. Att hemläxor genomförs men inte framkallar positiva konsekvenser har av Hopko, Magidson, och Lejuez (2011) bedömts vara ett möjligt skäl till att vissa BA-behandlingar misslyckas, då terapeuter missbedömer klienten baserat på genomförda hemläxor och inte på dess konsekvenser. Det kan därför vara viktigt för BA-terapeuter på internet att vara uppmärksamma på deltagarens text i samband med rapportering av uppgifter. Det kan betraktas som ett tecken på att behandlingen har önskad effekt att deltagaren skriver om positiva konsekvenser. Utebliven kommunikation om detta skulle i sin tur kunna användas som en signal för att behandlingen kan behöva modifieras. Behandlaren, eller behandlingsmodulerna, bör vara noga med att be om återkoppling på deltagarens uppfattning om resultatet av testade beteenden för att på bästa sätt säkerställa dess verkan.

Resultatet visar att skrift som innehåller alliansbeteenden korrelerar med positiv symtomförändring. Definitionen av allians har i denna studie utgått från en bred och vedertagen definition av alliansbegreppet (Del Re et al., 2012). Hur uttrycken för allians bedömts har dock anpassats till sättet att kommunicera i iKBT (via mejl och modulsvar). Text som bedömts vara alliansuttryck har bland annat innefattat skrift om en positiv syn på mål och metod för behandlingen, förhoppningar på behandlingens hjälpsamhet samt uttryck för värme gentemot terapeuten exempelvis genom smileys.

Att deltagares textbaserade alliansbeteenden samvarierar med symtomförändring tyder på att allians går att skapa i iKBT och att den i sin tur har en betydelse för behandlingen. I en metastudie har man funnit att alliansen inte kunnat predicera behandlingsutfall i iKBT för depression (Johansson & Andersson, 2012), till skillnad från ansikte-mot-ansikte-behandling där alliansen visat sig vara en självständig faktor för förbättring (Martin et al., 2000). Resultatet får därför rimligtvis tolkas i ljuset av denna forskning som visat på att allians samvarierar med symtomförändring snarare än att allians predicerar symtomförbättring.

Detta resultat är i linje med tidigare forskning som visat att alliansen är lika stark i iKBT under hela terapiförloppet som i ansikte-mot-ansikte-behandling med KBT mot depression (Preschl, Maerker & Wagner, 2011). För subskalan *Task* i Working Alliance Inventory ([WAI] Horvath & Greenberg, 1989) har en signifikant korrelation med symtomförändring återfunnits i internetterapi mot depression (Preschl et al., 2011).

För internetbehandling mot PTSD har man funnit samband mellan allians och symtomförändring (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Wagner, Brand, Schulz & Knaevelsrud, 2012) medan man i andra studier av iKBT mot depression, (Andersson et al., 2012; Richards, Timulak & Hevey, 2013) inte kunnat finna något sådant samband. En förklaring till att det inte återfunnits starkare samband mellan allians och symtomförändring vid iKBT mot depression kan vara att allians mätts med självskattningsformulär ursprungligen utformade för ansikte-mot-ansikte-behandling. De flesta studier som har mätt allians inom iKBT har använt sig av kortversionen av självskattningsformuläret WAI (Andersson, et al., 2012; Knaevelsrud & Maercker, 2007; Preschl et al., 2011; Richards, Timulak & Hevey, 2013). Kortversionen av WAI fokuserar i hög grad på terapeutrelationen och hur deltagaren upplever deltagaren är överens med terapeuten om de tre delskalorna. Frågor har väckts om terapeutfaktorer verkligen är lika viktiga i iKBT som i ansikte-mot-ansikte-behandling eller om alliansen i iKBT ser ut på ett annat sätt (Andersson et al., 2012). Kanske är WAI i sin språkliga utformning för terapeutcentrerad och passar på det sättet sämre med hur allians formas på internet. Richardson, Richards och Barkham (2010) menar att det är möjligt att klienter läser in en välmenande och skicklig terapeut i det material de läser och att terapeutens därmed förflyttas ut i materialet (Richardson et al., 2010). En fråga som formuleras med betoning på terapeuten som fysisk person kan därför vara mindre lämpad. Richardson et al. (2010) menar dessutom att deltagare upplever allians i förhållande till alla aspekter av behandlingen, inte enbart terapeuten. Kanske upplever deltagare allians i förhållande till terapeuten likväl som till behandlingen och systemet i stort, exempelvis vad gäller dess estetiska utformning och användarvänlighet. Alliansen kan inte ses som separat från den typ av behandling som ges, utan skapas i nära samarbete med de interventioner som behandlingen innehåller (Horvath, Flückiger, Del Re & Symonds, 2011). Uppgifter i behandlingsmoduler och hur de presenteras kan också antas vara viktiga komponenter i internetbaserad allians.

Nya sätt att mäta allians på internet har efterfrågats (Knaevelsrud & Maercker, 2007; Richards & Richardson, 2012; Johansson & Andersson 2012) och resultaten i denna studie tyder på att textanalys kan vara ett lämpligt sätt att mäta allians på internet. Det kan också vara av vikt att utveckla skattningsskalor som mäter allians specifikt för iKBT, eventuellt med mindre fokus på den direkta interaktionen med terapeuten.

Paxling et al. (2013) som undersökt terapeutbeteendens korrelation med symtomförändring i iKBT fann ingen samvariation mellan symtomförändring och terapeutbeteenden som ligger nära allians, såsom intresse för deltagarens person och förehavanden eller empatiska yttranden (Paxling et al., 2013). Inte heller när terapeuter skattat allians med WAI i iKBT har någon relation till symtomförändring återfunnits (Preschl et al., 2011) Att allians uttryckt av deltagare i denna studie visade ett sådant samband kan tyda på att deltagares alliansuttryck är viktigare än terapeuters i iKBT, vilket även har visat sig gälla i ansikte-mot-ansikte-behandling (Horvath et al., 2011)

Att uttryck för allians korrelerade starkt med text om att observera positiva konsekvenser kan tyda på att de är olika delar av samma underliggande dimension, exempelvis positiva upplevelser av behandlingen. En annan förklaring till den starka korrelationen kan vara att alliansen stärks av att deltagare observerar positiva konsekvenser. Tro på behandlingens hjälpsamhet och mål kan förstärkas av att man upplever att uppgifterna fungerar och ger symtomförändring. Deltagare som upplever positiva konsekvenser av behandlingen kan möjligtvis även bli mer benägna att uttrycka alliansbeteenden mot sin terapeut, till exempel genom att tacka för stöd, skriva smileys eller dylikt.

Resultatet för korrelationer med slutförda moduler visade att text om att identifiera mönster och problembeteenden, uttryck för allians, att observera positiva konsekvenser, testa alternativa beteenden och välja alternativa beteenden uppnådde signifikans. En förklaring till resultatet kan vara att deltagare som väljer att utföra och testa alternativa beteenden samt observerar positiva konsekvenser av dessa blir mer motiverade att fortsätta genom behandlingen än deltagare som inte gör dessa erfarenheter i lika stor utsträckning. De starkaste korrelationerna med antalet slutförda moduler fanns i relation till deltagare som skrev mycket om att de observerat positiva konsekvenser och testat alternativa beteenden. Det kan tyda på att de som testat nya beteenden och observerar positiva konsekvenser av dessa motiveras till att fortsätta behandlingen. Positiv förstärkning har visats vara en stark motiverande faktor att fortsätta med alternativa beteenden, samt att minska negativa förstärkare i sin omgivning (Payne & Dozier, 2013). Det kan också vara ett omvänt samband; att deltagaren får möjlighet att uppleva mer positiva konsekvenser av beteenden ju fler moduler som genomförs vilket skulle tala för en stegvis ökande effekt av behandlingen.

Den positiva korrelationen mellan allianstext och antalet slutförda moduler kan eventuellt förklaras genom att deltagare som uttrycker många alliansbeteenden också upplever en mer positiv relation till terapeuten och till behandlingen och därför blir mer motiverad att fullfölja den. En alternativ förklaring är att alliansen ökar längre in i behandlingen. Resultatet är även i linje med tidigare forskning (Meier, Barrowclough & Donmall, 2005; Meier et al., 2005; Hansen et al., 1992) som visat att tidig allians kan predicera följsamhet till behandlingen och motverka risk för avhopp.

Deltagare som skriver mycket om att ha identifierat mönster och problembeteenden genomför också många behandlingsmoduler. Kanske kan de genom att identifiera sina mönster motiveras till att bryta dem, i linje med Martell et al., (2001)s teori som innebär att ett första steg för förändring är att få syn på sina mönster och problembeteenden. Deltagare som identifierar mönster och problembeteenden i behandlingen motiveras till att fortsätta då de ser den som ett verktyg för att förändra dessa mönster. En annan förklaring är att deltagare, allteftersom de arbetar med fler behandlingsmoduler, får möjlighet att tillgodogöra sig mer psykoedukation och göra

fler behandlingsuppgifter och då också få ökade möjligheter att se sina mönster och problembeteenden.

Den positiva korrelationen mellan text om undvikande av behandling och antal slutförda moduler kan bero på att detta beteende är uttryck för ett relations - eller följsamhetsbeteende snarare än sätt att markera undvikande. Då deltagaren skriver till terapeuten att hen är sen snarare än att visa sitt undvikande genom att inte skriva något alls eller att inte logga in kan det stärka relationen. Att beskriva för terapeuten att man varit frånvarande kan hänga samman med att man förklarar orsakerna till frånvaron. Beteendet kan på det sättet visa att deltagaren efter frånvaron vill fortsätta med behandlingen. Kommunikation om att ha undvikit behandlingen kan fungera som en reparation av ett undvikande alliansbrott (Safran & Muran, 2000) och då reparation av ruptur har visat sig positivt i behandling (Strauss et al., 2006) blir denna korrelation begriplig. Den signifikanta korrelationen mellan skriftliga uttryck för maladaptivt repetitivt tänkande och antalet slutförda moduler kan eventuellt bero på att även den kategorin mäter ett relationellt beteende. Att beskriva sina problem på det sätt som kategoriserats som maladaptivt repetitivt tänkande kan ha som syfte att skapa förståelse för sina problem hos terapeuten och söka stöd hos denne, snarare än ruminering över, eller oro för, symtom. Resultatet visar också att sådan skrift korrelerar allianstext, vilket var oväntat då en positiv korrelation med utfall och slutförda moduler förväntades för allians medan maladaptivt repetitivt tänkande förväntades gå i motsatt riktning. Att dessa två beteendekategorier korrelerar stödjer tesen att maladaptivt repetitivt tänkande även kan ses som ett relationellt beteende. Om detta är fallet mäter båda kategorierna inte vad de är avsedda att mäta. Den typ av undvikanden som inte uttrycks i text, såsom frånvaro av inloggning eller att inte göra uppgifterna, fångas inte upp i denna studie men kan antas vara ett mer riktigt uttryck för undvikande än de beteenden som fångats upp av denna kategori. Det är fortsatt oklart hur maladaptivt repetitivt tänkande skulle kunna fångas med textanalys. Kanske genom att deltagare beskriver sina problem med sådant tänkande snarare än att de ger direkt uttryck för det i texten.

Att text om att testa alternativa beteenden inte korrelerar med symtomförbättring går i motsatt riktning mot tidigare forskning som visat att förbättring samvarierar med detta (Manos et al., 2010). Att genomföra hemläxor betraktas som essentiellt för positiva utfall i KBT (Kazantzis et al., 2006) och man har funnit ett kausalt samband mellan genomförandet av hemläxor och minskning av depressionssymtom (Burns & Spangler, 2000). En möjlig förklaring till att skrift om att ha testat alternativa beteenden inte uppnådde signifikans skulle kunna vara att beteenden i kodningsförfarandet separeras från deras funktion eller påverkan på sinnesstämningen. Alla beteenden som deltagaren rapporterat räknades in i denna kategori, oavsett om de skapade de positiva konsekvenser de var avsedda att skapa. Att hemläxor genomförs men inte framkallar positiva konsekvenser har av Hopko et al. (2011) bedömts vara ett möjligt skäl till att vissa BA-behandlingar misslyckas då

terapeuten riktar fokus mot hemläxorna och inte dess konsekvenser i sin bedömning av hur behandlingen fortlöper.

Att skriva om att man har problem med behandlingsinnehåll, problem med teknik och administration eller ge uttryck för konfrontativa alliansbrott visade inga signifikanta samband med symtomförändring. En förklaring till att detta kan vara att samtliga av dessa beteenden är möjliga att bemöta för terapeuten. Då terapeuten flera gånger under veckan loggar in på behandlingsplattformen finns möjligheter att löpande bemöta svårigheter och problem som uppkommer i behandlingen. De eventuella störningar som exempelvis problem med teknik skapar kan relativt snabbt besvaras eller åtgärdas. Terapeuten har möjlighet att lägga extra tid på deltagare som har svårt med plattformen eller behandlingen. Tidigare forskning har visat att de rupturer i alliansen som kan uppkomma vid konfrontativa alliansbrott samvarierar negativt med symtomförändring (Westra et al., 2011) och tro på behandlingens effektivitet (McLaughlin et al., 2014). Att det i denna studie inte återfanns något sådant samband kan förklaras med att terapeuterna eventuellt har reparerat rupturer som uppkommit. Framgångsrika reparationer av en ruptur i alliansen har visat sig kunna påverka behandlingsutfallet positivt (Strauss et al. 2006) och ge bättre följsamhet till terapin (Muran et al. 2009).

En annan förklaring till att det inte återfanns något samband mellan konfrontativa alliansbrott och symtomförändring kan vara att alliansbrott inte förekommer i så hög grad. Av de totalt 29 deltagare som deltog i denna studie var det enbart 12 som skrev om sådant som kategoriserades som ett konfrontativt alliansbrott. Resultatet visade på en negativ korrelation, om än inte signifikant, vilket uppmuntrar till att undersöka konfrontativa alliansbrott i iKBT för större grupper. Då detta var en pilotundersökning med begränsat urval var det inte möjligt för denna studie.

Korrelationsdesignen på den här studien gör att det inte går att uttala sig om kausala samband, såsom att uttryck för allians eller rapporterade observationer av positiva konsekvenser leder till positiv symtomförändring. Riktningen för korrelationen är okänd och det kan finnas andra faktorer som medierar utfallet. Korrelationsdesignen öppnar också upp för alternativa förklaringar till samvariationen mellan frekvens av beteendekategorier och antalet slutförda moduler. Det kan exempelvis förhålla sig så att antalet moduler är det som svarar för ökningen av beteendet, då deltagaren får mer utrymme att skriva ju mer av behandlingen den genomför.

Den här studien har ett antal svagheter som bör lyftas fram: Kategorierna Allians, Konfrontativt alliansbrott och Identifierar mönster och problembeteenden hade relativt breda definitioner och syftade till att fånga in en större mängd olika beteenden med liknande innebörd. Ett problem med breda kategorier är att risken ökar för att specifika delar av dessa kategorier kan ha haft större samverkan med utfall än andra och därmed överskuggats av andra delar av kategorin. Särskilt problematisk var kategorin Testar alternativa beteenden då den inkluderade alla

typer av beteenden som deltagaren rapporterade, inte enbart de som tillhörde programmet. Då inga tidigare studier på klientbeteendens relation till symtomförändring i internetterapi genomförts gjordes valet att få in en bredd av beteenden som uttrycks i behandlingarna. Då detta är första studien på området är det en styrka att hålla utformningen explorativ.

En annan svaghet är att kategorier som förväntades ha en korrelation i förhållande till symtomförändring inte hade det och att vissa interkorrelationer var oväntade. Detta väcker frågor om kategoriernas begreppsvaliditet, exempelvis kring kategorin undvikande av behandling som korrelerade med allians. Det är möjligt att kategoriernas språkliga innehåll inte motsvarar det språket försöker förmedla. Att en deltagare pratar om att den missat saker ser till första anblicken ut som att den talar om undvikande men i själva verket talar den kanske med syftet att upprätthålla relationen till terapeuten. Detta talar för att en latent kategorisering skulle kunna användas i framtida studier av klientbeteenden i internetterapi.

En majoritet av deltagarmejlerna och modulsvarerna kodades först separat för att sedan konsensuskategoriseras av de två bedömarna. Sex stycken behandlingar kodades dock av båda bedömarna tillsammans i en direkt konsensus. Detta är en svaghet då det kan ha medfört att bedömningarnas kvalitet eventuellt försämrades då författarna kan ha påverkat varandra mer än för de deltagare där kategoriseringen först gjordes separat. De behandlingar som kategoriserades gemensamt var dock de sista sex, vilket innebar att författarna vid det laget hade en vana av att göra självständiga bedömningar. Diskussioner fördes om de kategoriseringar som man var oense om och därför bör den direkta konsensusbedömningen inte ha påverkat det slutgiltiga utfallet i någon större utsträckning. Att samtliga kategoriseringar avgjordes genom konsensus är en styrka med studien som säkerställer en mer avvägd bedömning av deltagarnas kommunikation.

Båda författarna kom att koda ett fåtal behandlingar som de själva varit internetterapeuter för. Det skulle kunnat påverka kategoriseringen i bemärkelsen att författaren som ansvarat för behandlingen exempelvis skulle kunna vara mindre benägen att koda alliansbrott och mer benägen att koda allians i sina egna behandlingar. Då båda författarna ansvarade för det slutgiltiga resultatet genom konsensusbedömningar borde den påverkan denna svaghet kan ha på resultatet vara av mindre betydelse.

Internetbaserad terapi är en av de yngsta behandlingsformerna och har visat sig effektiv för flera olika patientgrupper (Andersson, Carlbring, Ljótsson & Hedman, 2013). I och med den ökade evidensen för behandlingens effektiviteten väcks frågor om hur den terapeutiska processen för klienter i internetterapi tar sig uttryck.

Behovet av psykologisk behandling för depression är stort och depression beräknas vara den näst vanligaste orsaken till funktionsnedsättning globalt (Ferrari et al.,

2013). Att internetbehandling kan administreras utanför den kliniska miljön, i patientens hem eller där patienten själv väljer, medför en potential för att nå annars förbisedda patientgrupper. Dessutom kräver behandlingsformen inte lika mycket terapeuttid som ansikte-mot-ansikte-behandling vilket medför att en och samma terapeut kan behandla fler patienter (Hedman, Carlbring, Ljótsson & Andersson, 2014).

Paxling et al. (2013) fann att terapeutbeteenden i iKBT samvarierade med symtomförändring och följsamhet hos deltagare med generaliserad ångest. Förekomsten av vissa typer av ord har också visats korrelera med hur det går för klienter i internetbaserad behandling (Van der Zanden et al., 2014). För att fördjupa kunskapen om hur internetbaserad psykoterapeutisk behandling ska utformas för att ge så god effekt som möjligt är det nödvändigt att även undersöka om det finns klientbeteenden som står i relation till symtomförändring och följsamhet. En mer individuellt anpassad behandling har visat sig mer effektiv än en standardiserad för deltagare med svårare depressionssymtom (Johansson et al., 2012), vilket talar för behovet av att förstå hur man ska bemöta klienterna i internetbehandling mer individuellt. Även om internetbehandling har en potential att nå ut till många personer genom standardiserade behandlingsupplägg kan det finnas ett stort värde i att ta hänsyn till individuella skillnader mellan klienter som eventuellt tar sig uttryck i text. Den nu föreliggande studien har bidragit med ytterligare förståelsen för klientbeteendens betydelse i iKBT.

Sammanfattningsvis visar denna studie att det finns klientbeteenden som korrelerar med symtomförändring och att flera klientbeteenden korrelerar med antal behandlingsmoduler. Vilka klientbeteenden som står i relation till symtomförändring i psykoterapi är underbeforskat (Keijsers et al., 2000) och detta är den första studien som undersöker klientbeteenden i iKBT genom innehållsanalys. Den kan därför fungera som ett första steg i förståelsen för både hur klienter kommunicerar med sina terapeuter i iKBT och hur denna kommunikation samvarierar med hur det går för dem i behandlingen.

Att kategorierna Allians och Observerar positiva konsekvenser korrelerade positivt med symtomförändring tyder på att det finns skriftligt uttryckta klientbeteenden i psykologisk behandling via internet som kan vara indikatorer på en mer eller mindre lyckad behandling. Detta kan användas som värdefull information för internetterapeuter vid behandling av depression. Paxling et al. (2013) fann i sin studie på liknande sätt viktiga terapeutbeteenden och för framtida forskning väntar nu att undersöka interaktionen mellan klient och terapeut. Vidare forskning kan med fördel även undersöka beteenden i olika skeden av behandlingen för att utröna om det finns text i exempelvis början, mitten och slutet som samvarierar med symtomförändring eller följsamhet. Alliansens betydelse för symtomförändring skulle också vara av intresse att utforska vidare, till exempel genom att separera olika aspekter av alliansen, såsom mål, terapeutrelation och tro på uppgiften.

## Referenser

- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2000). A closer look at the treatment rationale and homework compliance in cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 313–326.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). doi:10.1176/appi.books.9780890423349.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and therapy, 47*, 175-180.
- 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., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Bertholds Felix, C., Lundborg, L., ... Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment for depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy, 50*, 544-550.
- Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Crengle, S., Gunn, J., Kerse, N., Fishman, T., ... Hatcher, S. (2010) Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Annals of Family Medicine, 8*, 348-353.
- Baker K.D., & Neimeyer R.A. (2003). Therapist Training and Client Characteristics as Predictors of Treatment Response to Group Therapy for Depression. *Psychotherapy Research, 13*, 135-151.
- Baillargeon, P., Coté, R., & Douville, L. (2012). Resolution process of therapeutic alliance ruptures: A review of the literature. *Scientific Research, 3*, 1049-1058.
- Borkovec, T. D., Ray, W. J., & Stober, J. (1998). Worry: a cognitive phenomenon intimately linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 561–576.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 48–66.
- Carlbring, P., Hägglund, M., Luthström, A., Dahlin, M., Kadowaki, Å., Vernmark, K. & Andersson, G. (2013). Internet-based behavioral activation and acceptance-based



treatment for depression: a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 148, 331-337.

Carlbring, P., Lindner, P., Martell, C., Hassmén, P., Forsberg, L., Ström, L., & Andersson, G. (2013) The effects on depression of Internet-administered behavioral activation and physical exercise treatment rationale and relapse prevention: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 14, 1-8.

Colli, A., & Lingardi, V. (2009). The collaborative interaction scale: A new transcript-based method for assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19, 718-734.

Connor-Smith, J. K. & Compas, B. E. (2002). Vulnerability to social stress: coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 39-55.

Crowe, M., Whitehead, L., Carlyle, D., McIntosh, V., Jordan, J., Joyce, P. & Carter, J. (2012). The process of change in psychotherapy for depression: helping clients to reformulate the problem. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 681-689.

Cuijpers, P., van Straten, A. & Warmerdam, L. (2008). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.

Del Re, A. C., Flückiger, C., Hovarth, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 642-649.

Dickson, K. S., Ciesla, J. A. & Reilly, L. C. (2012). Rumination, worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: examination of temporal effects. *Behavior Therapy*, 43, 629-640.

Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F. & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation for treatment for depression. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.

Ekers, D., Richards, D. & Gilbody, S. (2007). A meta-analysis of randomized trials of behavioral treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38, 611-623.

Ferrari, A. J., Charlson, D. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., ... Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*, 10, e1001547.

Ferster C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28,

857-870.

Gilbody S, Richards D, Brealey S, & Hewitt C (2007) Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *Society of General Internal Medicine*, 22, 1596–1602.

Hansen, A. M. D., Hoogduin, C. A. L., Schaap, C., & de Haan, E. (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behavior Research and Therapy*, 30, 547-550.

Hayes, S. C., Strosahl K. D. & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change* (2nd ed.). Guilford Press.

Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling: evidens indikation och praktiskt genomförande*. Stockholm: Natur och Kultur

Hopko, D. R., Magidson, J. F., & Lejuez, C. W. (2011). Treatment failure in behavior therapy: Focus on behavioral activation for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 1106-1116.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.

Ingram, R. E., Trenary, L., Odom, M., Berry, L. & Nelson, T. (2007). Cognitive, affective and social mechanisms in depression risk: cognition, hostility, and coping style. *Cognition and Emotion*, 21, 78-94.

Johansson, I. & Åberg, A. (2013). *Actua! En utvärdering av ett internetbaserat självhjälpssystem med beteendeaktivering av depression*. Opublicerad D-uppsats. Umeå Universitet.

Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 861-870.

Johansson, R., Sjöberg, E., Sjögren, M., Johansson, E., Carlbring, P., Andersson, T., ... Andersson, G. (2012). Tailored vs. Standardized internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: a randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 5, e36905.

Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2006). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 189–202.

Keijsers, G. P. J., Schaap, C. P. D. R. & Hoogduin, C. A. L. (2000). The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy: A review of empirical studies. *Behavior Modification*, 24, 264-297.

Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 7, doi:10.1186/1471-244X-7-13.

Krippendorff, K. (1980). *Content Analysis: An introduction to its methodology*. London: Sage.

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, 606-613.

Kunskapscentrum för hälso- och sjukvården: Evidensbaserad omvårdnad. Behandling av personer med depressionssjukdomar. Hämtad 2014-02-24 kl.15.05 på [http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/omvardnad\\_depression\\_1999/SSF\\_depres\\_bil2.pdf](http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/2/omvardnad_depression_1999/SSF_depres_bil2.pdf).

Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S. E. (2009) Den kvalitativa forskningsintervjun. Lund: Studentlitteratur.

Lewinson, P.M. (1980). Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 322-334.

Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2012) Optimal cut-off score for diagnosing depression with the patient health questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ*, 184, 191-196.

Manos, R. C., Kanter, J. W. & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*, 30, 547-561.

Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.

Martin, D. J., Garske, J. P. & David, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.

Mausbach, B. T., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V. & Patterson, T. L. (2010). The relationship between homework compliance and therapy outcome: An updated meta-analysis. *Cognitive Therapy Research, 34*, 429-438.

Mazzucchelli, T. G., Kane, R. T. & Rees, C. S. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 383-411.

McLaughlin, A. A., Keller, S. M., Feeny, N. C. & Youngstrom, E. A. (2014). Patterns of therapeutic alliance: rupture-repair episodes in prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 82*, 112-121.

Meier P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Society for the Study of Addiction, 100*, 304-316.

Meier P. S., Donmall, M. C., McElduff, P., Barrowclough, C., & Heller, R. F. (2005). The role of the early therapeutic alliance in predicting drug treatment dropout. *Drug and Alcohol Dependence, 83*, 57-64.

Muran, J. C., Safran, J. D., Gorman, B. S., Samstag, L. W., Eubanks-Carter, C., & Winston, A. (2009). The relationship of early alliance ruptures and their resolution to process and outcome in three time-limited psychotherapies for personality disorders. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 46*, 233-248.

Neimeyer, R. A. & Weiss, M. E. (1990). Cognitive and symptomatic predictors of outcome of group therapies for depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 4*, 23-32.

Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P. & Andersson, G. (2013). Therapist behaviors 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.

Payne, S. W., & Dozier, C. L. (2013). Positive reinforcement as treatment for problem behavior maintained by negative reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis, 46*, 699-703.

Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. New York: Basic Books.

Preschl, B., Maerker, A., & Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry, 11*, 1-10.

Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 32*, 329-342.

Richards, D., Timulak, L., & Hevey, D. (2013). A comparison of two cognitive-behavioral interventions for symptoms of depression in a student population: the role of therapist responsiveness. *Counseling and Psychotherapy Research, 13*, 184-193.

Richardson, R., Richards, D. A., & Barkham, M. (2010). Self-help books for people with depression: the role of the therapeutic relationship. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38*, 67-81.

Safran, D. J., & Muran, J. C. (2011). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 447-458.

Safran, D. J., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology/In Session: Psychotherapy in Practice, 58*, 233-243.

Segerstrom, S. C., Stanton, A. L., Alden, L. E. & Shortridge, B. E. (2003). A multidimensional structure for repetitive thought: What's on your mind, and how, and how much? *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 909-921.

Socialstyrelsen (2010). Nationella riklinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 - stöd för styrning och ledning. Hämtad 2014-02-24 kl.14.30 på <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17948/2010-3-4.pdf>.

Spek, V., Cuijpers P., Nyklinec, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavioral therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 37*, 319-328.

Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., ... Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 337-345.

Tesch, R. (1990) *Qualitative research: Analysis types and soft-ware tools*. New York: Farmer Press.

Van der Zanden, R., Curie, K., Van Londen, M., Kramer, J., Steen, G., & Cuijpers, P. (2014). Web-based depression treatment: associations of clients' word use with adherence and outcome. *Journal of Affective Disorder, 160*, 10-13.

Wagner, B., Brand, J., Schulz, W., Knaevelsrud, C. (2012). Online working alliance

predicts treatment outcome for posttraumatic stress symptoms in arab war-traumatized patients. *Depression and Anxiety*, 29, 646-651.

Wagner, B., Horn, A. B. & Maerker, A. (2014). Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: a randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 113-121.

Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206.

Westra, H. A., Constantino, M. J., & Aviram, A. (2011). The impact of alliance ruptures on client outcome expectations in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 21, 472-481.

Zabinski, M. F., Celio, A. A., Wilfley, D. E. & Barr Taylor, C. (2010). Prevention of eating disorders and obesity via the internet. *Cognitive Behavior Therapy*, 32, 137-150.