

Umeå universitet
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats 30 hp, HT 2011

TVÅ FORMER AV BEHANDLARSTÖD VID INTERNETBASERAD
DEPRESSIONSBEHANDLING: PÅVERKAN PÅ UTFALL, FÖLJSAMHET
OCH ALLIANS

Amanda Johnsson och Elinor Linderot



Handledare: Per Carlbring
Institutionen för psykologi
Umeå Universitet

Biträdande handledare:
Mats Dahlin

TVÅ FORMER AV BEHANDLARSTÖD VID INTERNETBASERAD DEPRESSIONSBEHANDLING: PÅVERKAN PÅ UTFALL, FÖLJSAMHET OCH ALLIANS

Amanda Johnsson och Elinor Linderot

Depression är idag ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige och innebär stort lidande för de 15-25 % av befolkningen som någon gång drabbas. Syftet med studien är att undersöka effekten av en internetbaserad kognitiv beteendeterapeutisk behandling för depression, i form av programmet Depressionshjälpen. Vidare undersöks påverkan av olika typer behandlarstöd i form av e-postkontakt eller telefonkontakt på behandlingsutfall, terapeutisk arbetsallians och behandlingsföljksamhet. Det undersöks även om det finns en korrelation mellan symtomreduktion och terapeutisk arbetsallians. Vid studiens början deltog 37 personer som randomiserades till två grupper med olika typer av behandlarkontakt. Resultatet visar att en förbättring på samtliga utfallsmått har skett under behandlingens gång samt att två tredjedelar av deltagarna uppnått klinisk signifikant förbättring, mätt med BDI-II. Vidare visar resultaten på ett samband mellan symtomreduktion och arbetsallians. Inget samband mellan olika typer av behandlarstöd och effekt, behandlingsföljksamhet eller arbetsallians återfinns.

Enligt Socialstyrelsen är depression idag ett av de största folkhälsoproblemen. Mellan 15 - 25 % av Sveriges befolkning drabbas någon gång under livet av en depression som kräver behandling (Socialstyrelsen, 2010:3/4). Enligt världshälsoorganisationen WHO ökar också förekomsten av depression och tillståndet förutspås vara den näst största sjukdomsbördan efter ischemisk hjärtsjukdom år 2020. Depression kommer utgöra en tredjedel av psykiatriska tillstånd och ges därför mycket hög prioritet (WHO, 2004).

Diagnosticeringen av depression sker enligt Socialstyrelsen idag främst genom konsultativa samtal, med hjälp av strukturerade intervjuer samt aktuella självskattningsskalor. Självmordsriskbedömningar utgör också en viktig del då misstanke om detta finns. Depression är ofta en bakomliggande orsak till självmord och suicidbedömningar är därför i detta sammanhang mycket viktiga (SOU 2010:3/4).

Diagnosen egentlig depression karakteriseras av minst fem av följande symtom: nedstämdhet, minskat intresse och glädje för aktiviteter, betydande vikt upp- eller nedgång, sömnstörningar, psykomotorisk agitation eller hämning, svaghetskänsla, starka känslor av värdelöshet och/eller skuld, minskad koncentrationsförmåga

TACK!

Stort tack till studiens alla deltagare, utan vilka denna uppsats inte hade varit möjlig. Ett stort tack till Per Carlbring för handledning, engagemang, uppmuntran och förmedlande av din stora kunskap. Stort tack Mats Dahlin för mycket lärorik handledning, stöd och uppmuntran under vägens gång. Tack för värdefulla tankar och synpunkter. Tack Anne Luthström och Malin Hägglund för det välgjorda förarbetet. Tack till Åsa Kadowaki. Tack till psykologmottagningen vid Umeå Universitet och Britt Wiberg för lån av lokaler. Tack till Loa för inspiration och delaktighet.

och/eller återkommande tankar på döden. Förutom uppfyllande av fem av dessa symtom ska personen också uppleva kliniskt signifikant lidande och/eller försämrad funktion (American Psychiatric Association [APA], 2000). Depressionen karakteriseras vidare av en känsla av nedstämdhet, hopplöshet och meningslöshet under en längre period (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2007).

Depression kan delas in i lindriga, medelsvåra och svåra tillstånd. Lindrig depression karakteriseras av få milda symtom som är tillfälliga. Personen klarar ofta av att upprätthålla sin sysselsättning även om funktionsnivå och känsla av livskvalitet är påverkad. Vid medelsvåra tillstånd är funktionsförmågan och livskvaliteten mer påverkad och depressionen kan leda till svårigheter att klara av vardagslivet. Symtomen vid medelsvår depression är varaktiga. Svåra tillstånd kännetecknas av allvarliga och varaktiga symtom med stark påverkan på funktionsförmågan och livskvaliteten. Personen har mycket stora svårigheter att sköta sin vardag (SOU 2010:3/4).

Ett närliggande förstämningssyndrom är dystymi som kännetecknas av att personen varit nedstämd i minst två år med endast kortare perioder av symptomfrihet. Symtomgraden är dock sådan att den vanligtvis inte uppfyller kriterierna för egentlig depression men även episoder som uppfyller kriterierna förekommer (SBU, 2004).

Depressionsepisoder har ofta en tidig debutålder och återkommer för många av de som är drabbade under livets gång (Mor & Hara, 2009). Debutåldern tros ha sjunkit under de senaste 50 åren (SBU, 2004). Samsjukligheten hos personer med depression är hög (Proudfoot et al., 2003). Det är vanligt att individer som är drabbade också har problem med exempelvis ångest, smärta och missbruk. Personer med depression löper även större risk att drabbas av andra sjukdomar (SBU, 2004). Depressionen får således ofta stora konsekvenser för flera aspekter av personens liv, såsom minskad social förmåga, minskad livskvalitet och försämrad arbetsprestation (Mor & Hara, 2009). Livskvaliteten uppskattas halveras från normaltillståndet vid depression och denna nivå kan jämföras med livskvaliteten hos en person som drabbats av stroke (Sveriges psykologförbund, 2009). Trots den höga prevalensen och de svårigheter depressionen för med sig i vardagen är det endast omkring en fjärdedel av de drabbade som söker vård för sin depression (Ebmeier, Donaghey & Steele, 2006). Depressionen påverkar även hälsan hos de anhöriga till den deprimerade och det kan innebära en kris också för dem som står bredvid och stöttar (Sveriges psykologförbund, 2009).

Samhällskostnaden för depression är hög och bedöms globalt vara en av de största orsakerna till produktionsbortfall och arbetsoförmåga (WHO, 2004). I Sverige var kostnaden för depressionssjukdomar år 2005 33 miljarder kronor, en fördubbling från år 1997. Det är framförallt ökade sjukskrivningskostnader som står för ökningen. I siffrorna ingår både direkta kostnader såsom vård och indirekta kostnader såsom bortfall i produktion (Sveriges psykologförbund, 2009). Siffror från Försäkringskassan (från 2009) visar att depression står för 12 % av kostnaderna i sjukförsäkringen, med 4 167 miljoner kronor för enskild

depressionsepisod och 1 344 miljoner kronor för återkommande depressioner (Försäkringskassan, 2011). För varje enskild depressionsepisod beräknas kostnaden till 51 000 kronor per person, varav den största delen består av indirekta kostnader (Sveriges psykologförbund, 2009). De höga kostnaderna som depression innebär kan bland annat kopplas till den höga prevalensen, den ofta tidiga debuten med återkommande episoder och den stora påverkan tillståndet ofta har på personens liv (Andlin-Sobocki & Wittchen, 2005).

Depressionsbehandling

Målet med depressionsbehandling är enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) att personer som är drabbade av depression efter genomgången behandling ska kunna återgå till sin tidigare funktionsnivå med samma nivå av arbetsförmåga och social funktion (SBU, 2004). Detta innebär att återuppta tidigare aktiviteter i form av skola eller arbete med den upplevelse av livskvalitet och sociala kapacitet personen haft innan depressionen (SOU 2010:3/4).

Det finns idag flera olika behandlingsformer att tillgå för behandling av egentlig depression hos vuxna. Socialstyrelsen (2010:3/4) rangordnar i sina rekommendationer olika typer av behandling i en prioriteringsordning där det anges vilken behandling som ska användas. Olika prioritering görs med tanke på exempelvis diagnos och ålder. För depression hos vuxna prioriterar Socialstyrelsen Kognitiv Beteendeterapi (KBT) högt, som en av de främsta behandlingsformerna för lindrig till medelsvår depression. Internetbehandling med behandlarstöd rekommenderas framför individuell KBT. Även andra former av psykoterapeutisk behandling såsom Interpersonell terapi (IPT) rekommenderas. Läkemedelsbehandling för lindrig depression prioriteras lågt, och för medelsvår depression rekommenderas den i något lägre grad än KBT. Vid svåra tillstånd av depression anges läkemedelsbehandling med hjälp av exempelvis SSRI-preparat samt elektrokonvulsiv behandling (ECT) som främsta behandlingsform (SOU 2010:3/4).

Vid en jämförelse mellan psykologisk och farmakologisk behandling av egentlig depression visar sig behandlingsformerna vara i stort sett lika avseende effektivitet men att andelen avhopp är lägre vid psykologisk behandling (Cuijpers, van Straten, van Oppen & Andersson, 2008). Effekterna av psykologisk behandling med inriktning på KBT kvarstår även längre än medicinsk behandling (Hollon et al., 2005). I jämförelse mellan olika terapeutiska behandlingsformers effekt fastslås i linje med socialstyrelsens riktlinjer att Interpersonell psykoterapi (IPT), KBT och Beteendeterapi (BT) är effektiva vid depressionsbehandling (Hollon & Ponniah, 2010).

Kognitiv beteendeterapi vid depression

KBT är en behandlingsform som utgår från kognitiv, inlärnings- och socialpsykologisk teori. Fokus ligger på kognition, emotion och beteende (Kåver, 2006). KBT har visat sig ha god effekt vid behandling av depression (Andersson & Cuijpers, 2009; Cuijpers et al., 2008). Det finns olika inriktningar på behandlingar inom ramarna för KBT. De vanligaste komponenterna i KBT vid depression

inkluderar; beteendeaktivering, kognitiva strategier för att hantera negativa tankar samt arbete med självmonitorering. För att förhindra återfall arbetar man också med personens dysfunktionella antaganden och en repetition görs av fungerande strategier (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2011).

Beteendeaktivering (BA) är en viktig komponent i KBT-behandling av depression, men kan också vara en fristående behandling (Westbrook et al., 2011). Det har visat sig att KBT i form av BA är lika effektivt som medicinering, även vid svår depression. Andelen som stannar i behandling är också i BA högre än vid medicinering (Dimidjian et al., 2006). BA fokuserar på att personen ska hitta sina naturliga förstärkare i livet genom fokuserade aktivitetsstrategier. Genom att titta på kontexten; vad som hänt i individens liv och dennes respons på detta ges en förklaring till depressionen. Kontexten ger också en insyn i hur personens strategier och beteenden ser ut samt funktioner för dessa. Behandlingen följer ofta en generell struktur med vissa komponenter. En viktig del är psykoedukation som understryker den onda cirkel som uppstår mellan nedstämdhet, minskad aktivitet, tillbakadragande eller undvikande och ökad nedstämdhet. Detta kartläggs och bryts genom fokuserad aktivering som ökar antalet positiva förstärkare (Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001), vilka fungerar som "beteendemässiga antidepressiva". Behandlingen fokuserar sedan i hög grad på att upprätthålla dessa "antidepressiva" aktiviteter och undanröja hinder för genomförandet av dem (Dimidjian, Barrera, Martell, Mun & Lewinsohn, 2011). Aktiviteterna i all fokuserad aktivering bör styras av mål snarare än sinnesstämning för att bryta den depressiva spiralen, vilket handlar om att aktivera sig oberoende av mående (Jacobson et al., 2001). Att minska undvikandebeteenden är viktigt och klienten uppmuntras att byta ut det undvikande beteendet med ett annat beteende. Minskandet av undvikandebeteendet går således hand i hand med aktiveringen och bidrar till att bryta den depressiva onda cirkeln (Dimidjian et al., 2006). Den fokuserade aktiveringen leder också till ökat fokus utåt och kan genom det bryta det grubbel som är ett vanligt problem hos deprimerade. Ytterligare ett sätt att uppnå utåtfokusering är genom träning i medveten närvaro. Träningen syftar till att öka förmågan att observera nuet och inta en icke-dömande hållning gentemot sig själv och sina tankar (Jacobson et al., 2001).

Internetbaserad behandling

Internetbaserad behandling har sina rötter i biblioterapi som inbegriper instruktionsmaterial i form av självhjälpböcker och manualer. Biblioterapi utvecklades med anledning av att många människor med upplevda psykiska svårigheter inte fick vård. Självhjälplitteraturen möjliggjorde att fler kunde få hjälp att lära sig hantera sina svårigheter (Carlbring, Andersson, Andersson & Berman, 2010). Studier av biblioterapis effekter har visat goda resultat, med effektstorlekar liknande de i traditionell terapi. De flesta studierna är dock gjorda på grupper med milda eller subkliniska symtom (den Boer, Wiersma & Van den Bosch, 2004). Utvecklandet av internet innebar nya möjligheter för självadministerad självhjälp såsom möjlighet till kommunikation via e-post (Carlbring et al., 2010).

De datorbaserade behandlingar som undersökts och som används idag inriktar sig på en mängd olika psykiska problem och symtom. Bland de vanligaste återfinns behandlingar för ätstörningar, ångestsyndrom, depression och missbruksproblem. (Marks, Cavanagh & Gega, 2007). Det finns en stor variation inom ramen för internetbaserade terapeutiska interventioner men med vissa gemensamma nyckelkomponenter. Nyckelkomponenterna är: *programinnehåll*, *multimedia*, *behandlarstöd* och *aktiviteter via nätet* och de kan variera i omfattning och utformning. Inom ramen för komponenterna har det visats på positiva effekter vad gäller ökad grad av behandlarstöd och ökad interaktivitet via nätet (Barak, Klein & Proudfoot, 2009). Även program med flera sätt att förmedla media har visat på positiva resultat (Proudfoot et al., 2003).

Internetbaserad KBT

Vid internetbaserad KBT arbetar patienten precis som i andra internetbaserade behandlingsformer i hög grad på egen hand med utgångspunkt i behandlingsmanualer som i hög grad anpassats till formatet. Oftast har patienten under arbetet någon form av behandlarstöd som finns tillgänglig för att stötta och svara på frågor. Detta behandlarstöd kan vara i form av exempelvis e-post eller telefon (SBU, 2007). Trots att internetbaserad behandling innebär minskad terapeutkontakt pekar resultat på att patienter som fullföljer behandlingen accepterar och är nöjda med internetbaserad behandling (Andrews et al., 2010).

KBT via internet har visat på god effekt för flera diagnoser såsom ångestsyndrom, ätstörningar och missbruk, med effektstorlekar som liknar de vid traditionell KBT (Andersson et al., 2005; Kaltenthaler et al., 2006, Titov, 2011, Marks et al., 2007). Resultaten tycks även bestå långsiktigt (Andrews et al., 2010). Effekten gäller även internetbaserad KBT för depression, som visar på effekter liknande de i traditionell behandling och de goda resultaten tycks även här bestå vid uppföljning. Resultaten visar på att behandling av depression över internet reducerar symtom och kan öka livskvalitet, funktionsnivå samt arbetsförmåga (Titov, 2011). Behandling av depression har dock visat på en lägre nivå symtomreduktion än exempelvis ångestbehandling (Spek et al., 2007).

Idag finns en brist på terapeuter med KBT-inriktning vilket leder till långa väntetider. Internetbaserad KBT kan därför vara ett sätt att tillgodose behovet och öka tillgängligheten till behandling (Kaltenthaler et al., 2008). Internetbaserad behandling gör att terapi blir tillgängligt för grupper som annars inte hade haft möjlighet att få behandling (Andersson et al., 2005) och den flexibilitet som formatet medför innebär en bekvämlighet för såväl patient som behandlare (Andrews et al., 2010). Internetbaserade KBT innebär också lägre grad av stigma för personen (Marks & Cavanagh, 2009), en viktig faktor då den höga graden av stigma som depression för med sig uppges vara en vanlig orsak till att inte söka vård och den tros också öka graden av ohälsa hos deprimerade (Sveriges psykologförbund, 2009). Även om tillgängligheten är en aspekt som talar för internetbaserad KBT finns det grupper där den är mer begränsad (Carlbring et al., 2010). Hinder för tillgängligheten kan tänkas vara bristande datorvana, dålig syn

och låg utbildningsnivå. Även ålder utgör vissa begränsningar för vilka det är tillgängligt för (Waller & Gilbody, 2008).

Internetbaserad KBT för depression är ett kostnadseffektivt alternativ till de långa väntetiderna eller utebliven behandling (Warmerdam et al., 2010). I en brittisk jämförelse (Kaltenthaler et al., 2006) mellan traditionell KBT och internetbaserad KBT vid ångest och depression var kostnaden för internetbaserad behandling 550 kronor högre medan kostnaderna för produktionsbortfall var cirka 5 500 kronor lägre, enligt SBU:s översättning till svensk valuta (SBU 2007). När indirekta kostnader togs med i analysen visade sig internetbaserad KBT vara både mer kostnadseffektivt och mer effektivt än traditionell behandling (Kaltenthaler et al., 2006). Flera faktorer bidrar till att göra internetbaserad KBT till ett kostnadseffektivt alternativ till traditionell KBT. En faktor är hur mycket programmet har kostat att utveckla, samt hur många som sedan använder det (Carlbring et al., 2010). Den kortare terapeuttiden är ytterligare en faktor (Kaltenthaler et al., 2006), med ca 50 % mindre använd terapeuttid per patient minskar också kostnaderna (Marks & Cavanagh, 2009). Genom att patienten har möjlighet att lägga ner tid på behandlingen när det passar minskar också kostnaden för produktionsbortfall (Carlbring et al., 2010).

Behandlarstöd

Inom internetbaserad behandling finns som nämnts en mängd olika program med stora variationer, bland annat vad gäller graden av behandlarstöd och standardisering (Barak et al., 2009). Behandlarstödet sträcker sig från självadministrerad terapi där klienten endast och eventuellt haft kontakt med terapeut under bedömning till att likna mer traditionell terapi med den skillnaden att det utförs via internet (Newman, Szkodny, Llera & Przeworski, 2011). Den vanligaste formen av behandlarstöd vid internetbaserad behandling är idag minimal terapeutkontakt via e-post, med 45-100 minuter spenderade per patient (Marks & Cavanagh, 2009). Det som visats vara verksamt är att stödet involverar en diskussion kring motivation, förväntningar och tankar kring behandlingen. Behandlarstödet bör därefter fortsätta med frågor och uppmaningar kring programmet samt hjälp i problemlösning under behandlingens gång (Cavanagh, 2010).

Datoriserade behandlingar med behandlarstöd är mer effektiva än de utan stöd (Titov, 2011; Spek et al., 2007, Palmqvist, Carlbring & Andersson, 2007) och ett tillägg av endast lite behandlarkontakt kan ha stor påverkan på behandlingsföljsamheten (Marks & Cavanagh, 2009). Det finns ett linjärt samband mellan effektstorlek och den terapeuttid som ingår i behandlingen, där mer terapeuttid korrelerar med större effektstorlekar (Palmqvist et al., 2007). Sambandet tycks dock bara vara valitt till en viss nivå och mer forskning behövs (Titov, 2011). Sambandet mellan behandlarstöd och effekt återfinns också vid behandling av depression. I studier av depressionsbehandling utan behandlarstöd har effektstorleken varit mindre och mängden avhopp större (Christensen, Griffiths, Mackinnon & Brittliffe, 2006). Det finns indikationer på att det inom

ramen för behandling av depression är av än större vikt med terapeutkontakt än vid behandling av exempelvis ångeststörning (Andersson, 2009). Behandlingar med minimal terapeutkontakt verkar vara det mest kostnadseffektiva alternativet vid behandling av egentlig depression. Det går dock ännu inte att dra någon slutsats kring vilken grad av terapeutkontakt som är nödvändig för en effektiv depressionsbehandling (Newman et al., 2011; Marks & Cavanagh, 2009).

Studier med varierande form av behandlarstöd har gjorts, då det exempelvis effekten av individuella möten med terapeuten, telefon-, SMS- eller e-postkontakt undersökts. Avseende effekten av behandlarstöd via telefon istället för e-post finns indikationer på att telefonsamtal ökar följsamheten i behandlingen. Däremot har det slagits fast att det krävs mer forskning för att slutsatser ska kunna dras (Carlbring et al., 2010). I en examensuppsats där behandlarstödet skett via e-post visas det att ett tillägg på två telefonsamtal under behandlingens gång inte ger någon effekt på utfallet av behandling för paniksyndrom. Däremot kunde en tendens till ökad behandlingsföljsamhet anas i den grupp som fick två extra telefonsamtal (Holmgren & Tunlind, 2010).

Forskningen kring vilken kompetens behandlarstödet bör ha är något motstridig. Vissa resultat pekar på att behandlarstödet vid högstrukturerade program även är effektivt när det ges av personer från andra yrkeskategorier än de med specialistkompetens (Titov, 2011). Andra studier visar dock på att program som är administrerade av kliniker och som inbegriper behandlarstöd av kliniker tycks ha bättre följsamhet och större effekt (Cavanagh, 2010). Då effekten mellan olika terapeuter jämförts inom ramen för internetbaserad behandling har inga signifikanta skillnader på primära utfallsmått såsom symtomreduktion funnits. Däremot har det visats på en märkbar terapeutisk effekt relaterad till sekundära utfallsmått, såsom exempelvis skattad livskvalitet (Almlöv et al., 2009).

Behandlingsföljsamhet

Behandlingsföljsamhet är en viktig faktor i psykologisk behandling och avbruten behandling är ett mått på detta. Avhopp som sker inom ramen för internetbaserad behandling av lindrig till medelsvår depression är jämförbara med andra behandlingsformer, såsom individuell terapi (Cavanagh, 2010). Som exempel kan Kaltenthaler och medarbetares (2008) översiktstudie tas, med ett medelvärde av avhopp på 31.75 %. Studien visar på en stor variation i andelen avhopp mellan olika studier, som sträcker sig mellan 0 % och 75 %. Andra resultat pekar på att frekvensen avhopp är betydligt högre vid datoriserad behandling än traditionell, med en median på 56 % av deltagarna som fullföljer behandlingen (Waller & Gilbody, 2008). Sannolikheten att patienten återgår till behandlingen efter ett avhopp är betydligt lägre vid internetbaserad behandling än vid traditionell behandling (Kaltenthaler et al. 2008). De vanligaste orsakerna till att deltagare avbryter internetbehandlingen är förändrade livsomständigheter, tidiga förbättringar, att behandlingen inte upplevs som verksamt samt tekniska problem (Cavanagh, 2010). Även den enskilde deltagarens lämplighet avseende problem och andra omständigheter spelar in gällande behandlingsföljsamhet (Whitehead & Proudfoot, 2010). Förutom fullföljande av programmet kan mått på

behandlingsfölsamhet vara mängden tid som läggs ner, antalet inloggningar i programmet eller genomförande av uppgifter.

Specifika problem vid depressionsbehandling via internet kan vara att personer med depression ofta saknar eller har svårt att upprätthålla tillräcklig motivation och koncentration för att fullfölja behandlingen. En annan orsak kan vara självattribution, då personer med depression ofta tillskriver återfall eller problem i behandlingen till sig själva, vilket också påverkar motivationen (Proudfoot et al., 2010).

Terapeutisk arbetsallians

Terapeutisk arbetsallians ingår som en del i de allmänna faktorer som tros påverka utfallet av psykologiska behandlingar (t.ex. Cavanagh, 2010). Bordin (1979) beskriver allians som bestående av framförallt tre komponenter: överenskommelse av mål, samarbete kring uppgifter och etablering av ett affektivt band. Allians verkar generellt uppstå tidigt och är ofta jämn under hela behandlingen (Martin, Garske & Davis, 2000). Flertalet studier har också visat att alliansen moderat korrelerar med utfallet av terapin (Martin et al., 2000; Watson & Geller, 2005; Horvath & Symonds, 1991). Sambandet mellan allians och utfall finns också vid diagnosen depression. Alliansen förklarar större del av variansen än behandlingsmetod, något som styrker tanken om allians som en gemensam faktor för verksam behandling (Krupnick et al., 1996; Horvath & Symonds, 1991). Arbetsallians har traditionellt inte betonats i KBT, men har med tanke på de goda resultat som studier av arbetsallians visat fått allt större utrymme (Watson & Geller, 2005). Precis som i andra terapiformer kan graden av allians i KBT kopplas till utfallet i terapin (Keijsers, Schaap & Hoogduin, 2000). Vid internetbehandlingar verkar graden av allians vara densamma som vid traditionell terapi (D'Arcy, Reynolds, Stiles & Grohol, 2006).

En tidigare examensuppsats i psykologi har funnit samband mellan terapeutisk allians och behandlingsutfall inom ramen för KBT via internet. Denna studie visade också på att alliansen ökade under behandlingens gång (Linna, 2007). En annan studie visar hur den terapeutiska alliansen inte verkar påverkas under behandlingens gång av ett tillägg på två telefonsamtal till behandlarstödet e-post (Holmgren & Tunlind, 2010).

Det finns också kritik mot alliansbegreppet. I många av de studier som gjorts av terapeutisk allians saknas den tidsmässiga aspekten och det blir svårt att veta huruvida den terapeutiska alliansen bidragit till symtomförbättringar eller om förhållandet är det motsatta (Strunk, Brotman & DeRubeis, 2010). Strunk och medarbetare (2010) har visat på att en tidig minskning av symtom fungerar som katalysator för den terapeutiska alliansen i kognitiva behandlingar av depression. Alliansen kommer i så fall snarare ur symtomförbättringen än tvärtom.

Behandlingsprogrammet Depressionshjälpen

Depressionshjälpen är ett behandlingsprogram som riktar sig till personer med diagnosen egentlig depression. Programmet är framtaget av Psykologpartners AB

och utprövas nu i syfte att längre fram användas i kliniska verksamheter. Depressionshjälpen utprövas också just nu i landstinget i Västra Götaland på kliniska grupper rekryterade från primärvården.

Programmet bygger i stor utsträckning på tredje vågens KBT, med dess inslag av Beteendeaktivering (BA), medveten närvaro och acceptans. Som beskrivits tidigare inriktar sig BA på att personen ska hitta eller återfinna positiva förstärkare i livet för att på så sätt bryta depressionen (Jacobson et al., 2001). Komponenterna medveten närvaro och acceptans inriktar sig på att personen ska kunna observera och acceptera sina tankar och känslor, vilket har visat sig vara effektivt i behandling av depression (Hollon & Pontiah, 2010).

En tanke i utvecklandet av programmet var att göra det mer användarvänligt än tidigare internetbaserade depressionsbehandlingar, som ofta främst är textbaserade (Barak et al., 2009). Textbaseringen kan vara en nackdel i förståelsen och användningen av programmet eftersom det kräver koncentration under en längre tid. Detta är speciellt problematiskt vid behandling av diagnosen depression, eftersom kognitiv påverkan med exempelvis koncentrationssvårigheter är en vanlig del av symtombilden (Meldgaard - Bruun & Nielsen - Straarup, 2010). För att öka användarvänligheten i programmet gjordes bland annat texterna korta och fler former av informationsförmedling inkluderades. Depressionshjälpen innehåller därför förutom kortare texter som parallellt återges auditivt, även videosekvenser och ljudklipp. Programmet är i viss mån interaktivt genom veckovisa skattningar av måendet, med utgångspunkt i att hög grad av interaktivitet i form av självskattning och självövervakning tidigare visat på positiva resultat (Barak et al., 2009).

En tidigare studie på Depressionshjälpen genomfördes under våren 2011. Effekten av programmet undersöktes då i en randomiserad kontrollerad studie med 80 deltagare, där en behandlingsgrupp jämfördes med en kontrollgrupp. Resultaten visade att behandlingsgruppen efter behandlingen hade färre depressiva symtom och färre ångestsymtom. Ingen skillnad återfanns på måttet livskvalitet. Av deltagarna i behandlingsgruppen uppfyllde en fjärdedel kriterierna för kliniskt signifikant förbättring på Becks Depression Inventory (BDI) (Hägglund & Luthström, 2011). Föreliggande studie är gjord på föregående studies kontrollgrupp.

Syfte och hypoteser

Syftet med studien är att undersöka effekten av behandlingsprogrammet Depressionshjälpen. Det undersöks också om det finns något samband mellan skattad arbetsallians och behandlingsutfall. Vidare undersöks om det föreligger någon skillnad i behandlingsutfall, behandlingsföljsamhet samt upplevelse av arbetsallians beroende på typ av behandlarstöd i form av e-postkontakt eller telefonkontakt.

Hypoteser

1. Internetbaserad KBT med behandlarstöd kommer att leda till symtomreduktion mätt med Becks Depression Inventory-II (BDI-II; Beck & Steer, 1996), Becks Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self Rated (MADRS-S; Svanborg & Åsberg 1994) samt ökad livskvalitet mätt med Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992) för båda grupperna.
2. Internetbaserad KBT med behandlarstöd kommer att leda till en större symtomreduktion och ökad livskvalitet för den grupp som haft tillgång till behandlarstöd via telefon än den grupp som haft kontakt med behandlare via e-post mätt med BDI-II, BAI, MADRS-S och QOLI.
3. Den grupp som mottagit behandlarstöd via telefon kommer uppvisa en högre behandlingsföljksamhet mätt genom antal påbörjade avsnitt, inloggningar under respektive behandlingsvecka, skattad arbetsinsats samt antal nedlagda timmar på programmet.
4. Högt skattad arbetsallians är förknippat med större symtomreduktion än lågt skattad arbetsallians mätt med Working Alliance Inventory – Short version (WAI-S; Tracey & Kokotovic, 1989) och BDI-II.
5. Den grupp som fått behandlarstöd via telefon kommer att skatta arbetsallians högre än den grupp som mottagit behandlarstöd via e-post, mätt med WAI-S.

Metod

Deltagare

Process

Rekrytering av deltagare till de två studierna gjorda på Depressionshjälpen skedde genom en tidningsannons i Dagens Nyheter. Information skickades även ut via e-post till personer som anmält sitt intresse för att delta i eventuellt kommande studier på hemsidan www.studie.nu. Annonser och e-posten informerade kort om studien; att den vände sig till personer som känt sig nedstämda den senaste tiden. De uppmanades också att gå in på projektets hemsida för att få ytterligare information samt anmäla sitt intresse för just detta projekt.

I intresseanmälan ingick ett frågebatteri med demografiska frågor samt fyra självskattningsformulär: BDI-II (Beck & Steer, 1996), BAI (Beck et al., 1988), MADRS-S (Svanborg & Åsberg, 1994) och QOLI (Frisch et al., 1992). Skattningarna från formulären låg sedan till grund för första bedömningen i urvalsprocessen. Om de som anmält sitt intresse ansågs vara lämpliga deltagare genomgick de en psykiatrisk screening och diagnosticering i form av intervjuer via telefon med hjälp av Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I; First et al., 1999). Även frågor kring missbruk och annan pågående behandling togs upp under dessa intervjuer. Intervjuerna låg sedan till grund för en remisskonferens med en legitimerad

psykolog, en legitimerad psykolog och psykoterapeut, en specialistläkare i psykiatri, samt författarna till den föregående studien som är gjord på Depressionshjälpen. Det var också dessa författare som genomförde den första bedömningen och screeningintervjuerna via telefon (se Hägglund & Luthström, 2011).

För att delta i studierna krävdes det att deltagarna uppfyllde vissa inklusionskriterier, vilka anges i tabell 1 nedan. De 80 deltagare som först anmält sig och som uppfyllde kriterierna inkluderades. Deltagarna randomiserades sedan till två grupper; en grupp som fick påbörja behandling och en kontrollgrupp som ställdes på aktiv väntelista för att påbörja samma behandlingsprogram 10 veckor senare.

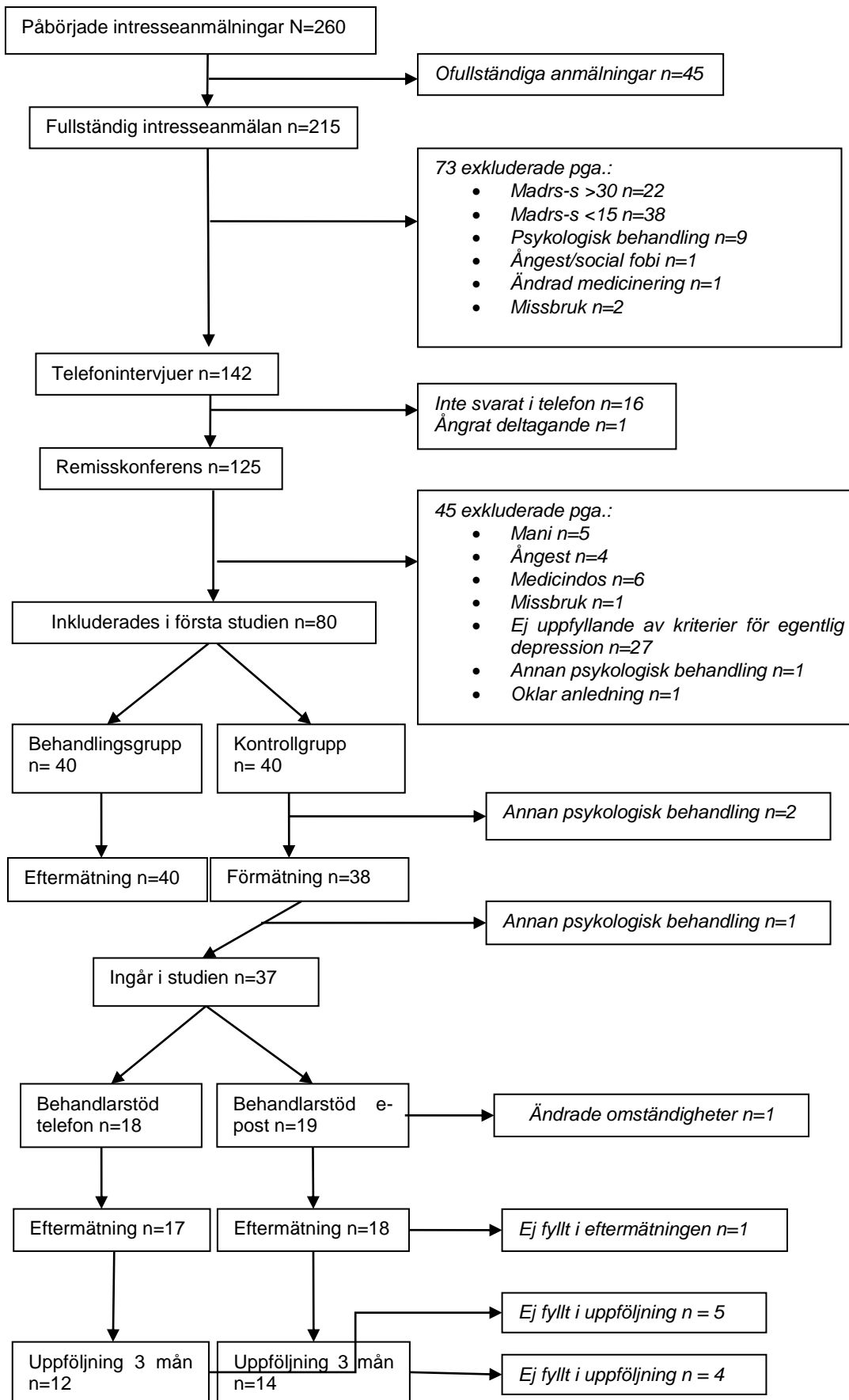
Tabell 1. Inklusionskriterier för deltagande i studien.

- Minst 18 år.
- Kriterierna enligt DSM-IV för egentlig depression uppfyllda. Eventuellt med komorbid dystymi.
- Totalpoäng i skattningsformuläret MADRS-S mellan 15 och 30.
- Ingen förändring av eventuell medicinering under de tre senaste månaderna innan påbörjad behandling.
- Ingen pågående eller under de senaste två månaderna avslutad psykologisk behandling.
- Ingen missbruksproblematik som ansågs kunna påverka utfallet av behandlingen förekom.
- Ingen förekomst av allvarliga suicidtankar eller planer.
- Ingen annan behandling ansågs vara bättre lämpad för problematiken

Denna aktuella studie handlar om de 40 deltagare som ursprungligen ställdes på väntelista. Av dessa 40 personer valde två deltagare, innan randomisering till de två behandlingsförhållandena, att inte delta då de redan fått annan behandling. Ytterligare en person valde att inte delta utifrån samma skäl, vilket meddelades efter randomiseringen. Denna studie rör således 37 deltagare som randomiserades till två grupper med olika form av behandlarstöd; e-post eller telefonsamtal. En visuell beskrivning av deltagarflödet finns i figur 1.

Bortfall och avhopp

Vid förmätningen, som gjordes efter den första studien avslutats, deltog 38 personer ur kontrollgruppen, vilket innebär att två personer som ursprungligen inkluderats då avstod från att delta. Ytterligare en person deltog i denna studies förmätning men föll sedan bort innan behandlingens början. Detta innebär att 37 deltagare inledningsvis deltog i studien. En person ur gruppen med behandlarstöd via e-post hoppade sedan av behandlingen innan den påbörjades. Detta innebär att 36 personer deltagit i behandlingen. Vid eftermätningen deltog 35 personer. En deltagare ur telefongruppen avstod från att svara på eftermätningen. Bortfallet vid uppföljningen tre månader efter avslutad behandling var fyra deltagare från e-postgruppen och fem deltagare från telefongruppen.



Figur 1. Deltagarflöde.

Demografisk beskrivning

En demografisk översikt av gruppen (se tabell 2) visar bland annat att medelåldern är 45 år och att det är fler kvinnor än män. Det vanligaste civilståndet är att vara gift eller sambo. Majoriteten av deltagarna har en hög utbildningsnivå med antingen pågående eller avslutad universitets- eller högskoleutbildning och de flesta är yrkesverksamma. Översikten visar också att de flesta varit i kontakt med psykologisk behandling tidigare samt att strax under en femtedel har medicinering med psykofarmaka. Samtliga deltagare visade vid inkluderingen tillräckliga symtom för att få diagnosen egentlig depression, en mindre grupp fick dessutom diagnosen komorbid dystymi.

Tabell 2. Demografisk beskrivning av deltagarna avseende kön, ålder, civilstånd, utbildningsnivå, sysselsättning, diagnos, medicinering och tidigare psykologisk behandling i antal (och andel) vid intresseanmälan.

	Behandlarstöd e-post (n=19)	Behandlarstöd telefon (n=18)	Totalt (n=37)
Kön			
Kvinna	14 (73.7 %)	17 (94.4 %)	31 (83.8 %)
Man	5 (26.3 %)	1 (5.6 %)	6 (16.2 %)
Ålder			
Min – Max	24 – 61 år	26 – 70 år	24 – 70 år
Medel (SD)	40.5 år (11.9)	50.1 år (12.2)	45.2 år (12.9)
Civilstånd			
Ensamstående utan barn	3 (15.8 %)	4 (22.2 %)	7 (19 %)
Ensamstående med barn	1 (5.3 %)	4 (22.2 %)	5 (13.5 %)
Särbo med barn	1 (5.3 %)	0 (0 %)	1 (2.7 %)
Gift/sambo utan barn	7 (36.8 %)	2 (11.1 %)	9 (24.3 %)
Gift/Sambo med barn	6 (31.5 %)	7 (38.9 %)	13 (35.1 %)
Änka/Änkeman med barn	1 (5.3 %)	1 (5.6 %)	2 (5.4 %)
Utbildningsnivå			
Folkskola / grundskola	1 (5.3 %)	2 (11.1 %)	3 (8.1 %)
Gymnasieskola	3 (15.8 %)	4 (22.2 %)	7 (18.9 %)
Pågående utbildning universitet /högskola	4 (21 %)	1 (5.6 %)	5 (13.5 %)
Universitet / högskola	11 (57.9 %)	11 (61.1 %)	22 (59.5 %)
Sysselsättning			
Yrkesverksam	12 (63.2 %)	12 (66.7 %)	24 (64.9 %)
Arbetslös/Sjukskriven	4 (21 %)	0 (0 %)	4 (10.8 %)
Studerande	3 (15.8 %)	2 (11.1 %)	5 (13.5 %)
Pensionär	0 (0 %)	4 (22.2 %)	4 (10.8 %)
Diagnos			
Egentlig depressionsepisod	19 (100 %)	18 (100 %)	37 (100 %)

Komorbid dystymi	4 (21 %)	2 (11.1 %)	6 (16.2 %)
<i>Medicinering</i>			
Aldrig medicinerat/ avslutad medicinering	14 (73.7 %)	16 (88.9 %)	30 (81.1 %)
Ja, pågående medicinering	5 (26.3 %)	2 (11.1 %)	7 (18.9 %)
<i>Tidigare psykologisk behandling</i>			
Ja, avslutad	12 (63.2 %)	11 (61.1%)	23 (62.2 %)
Nej	7 (36.8 %)	7 (38.9%)	14 (37.8 %)

Material

Frågebatteri

Vid intresseanmälan, som är mätning 1 i denna studie, och förmätningen fick deltagarna svara på ett frågebatteri innehållande 94 frågor. Här ingick frågor kring demografi samt eventuell behandling i form av medicinering och psykoterapi. De fyra självskattningsformulären BDI-II, BAI, MADRS-S och QOLI ingick också i mätning 1. I eftermätningen och uppföljningen ingick samma frågor som vid mätning 1 och förmätningen, men med tillägg av frågor kring hur programmet upplevts. Även Working Alliance Inventory - Short version (WAI-S) inkluderades. Sammanlagt fick deltagarna vid dessa tillfällen svara på 123 respektive 119 frågor, som fylldes i via internet.

Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I)

SCID är en semistrukturerad intervju som används för att ställa diagnos enligt de kriterier som anges i DSM-IV. Information samlas in genom på förhand angivna frågor, både öppna och mer riktade följdfrågor. Denna information ligger sedan till grund för en möjlig diagnos, om personen uppfyller de deskriptiva kriterierna som också anges i manualen (First et al., 1999). I SCID ingår flera olika delar och inför denna studie användes avsnittet för förstämningssyndrom.

Självskattningsinstrument

Becks Depression Inventory – Second edition (BDI-II)

Syftet med BDI-II är att bedöma graden av depressiva symtom hos personen (Beck & Steer, 1996). Instrumentet har hög intern och test-retest reliabilitet samt god validitet, motsvarande den för det ursprungliga BDI (Nezu, Ronan, Meadows & McClure, 2000). BDI-II är framtaget utifrån de deskriptiva kriterierna för depression i DSM-IV och består av 21 frågor rörande de symtom som är vanliga vid depression såsom exempelvis nedstämdhet, skuld känslor, självkritik och förlust av intresse. Personen får på en fyrgradig skala mellan 0 och 3 skatta upplevda symtom under de senaste två veckorna. Alternativen varierar mellan frånvaro av symtomet till en stark upplevelse av symtomet. Exempelvis går skattningen för symtomet förlust av intresse mellan "jag har inte tappat intresset för andra människor eller aktiviteter" och "det är svårt att bli intresserad av något överhuvudtaget". Två av de 21 frågorna, kring sömn och aptit, ber personen svara på om deras normaltilstånd förändrats. Tolkning av BDI-II görs utifrån poängen 0-

13 (minimal depression), 14-19 (lindrig depression), 20-28 (måttlig depression) och 29-63 (svår depression) (Beck & Steer, 1996).

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

MADRS togs fram som ett instrument för att bedöma effekten av depressionsbehandling på depressiva symtom. Ursprungligen administrerades instrumentet av en kliniker (Montgomery & Åsberg, 1979), men finns numera som självskattningsformulär; MADRS-S. Instrumentet är framtaget för att vara extra känsligt för förändringar i depressiva symtom och frågorna rör exempelvis förändringar i nedstämdhet, sömnmönster och matlust de senaste tre dyggen (Nezu et al., 2000). MADRS-S har precis som MADRS visat sig ha god validitet samt reliabilitet och vara känsligt för förändring i depressiva symtom (Bondolfi et al., 2010). Instrumentet har också visat sig vara i princip likställt BDI när det gäller förändring av depressiva symtom samt differentiering av DSM-IVs axel I diagnoser (Svanborg & Åsberg, 2001). Skattningarna görs på en sjugradig skala mellan 0 – 6. För symtomet matlust är exempelvis 0 "min aptit är som den brukar vara" och 6 "jag vill inte ha någon mat. Om jag ska få något i mig måste jag övertalas att äta" (Montgomery & Åsberg, 1979). En tolkning av MADRS-S kan göras utifrån 0-6 poäng (ingen depression), 7-19 poäng (mild depression), 20-34 poäng (måttlig depression) och 35-54 poäng (svår depression) (Svanborg & Åsberg, 1994).

Becks Anxiety Inventory (BAI)

BAI består av 21 frågor som är avsedda att mäta graden av ångestsymtom den senaste veckan. Frågorna rör symtom som ofta är förknippade med ångest, såsom nervositet, rädsla och svettningar. Skattningar görs mellan 0 (aldrig) och 3 (nästan hela tiden). Tolkning av instrumentet görs utifrån 0-7 poäng (minimal ångest), 8-15 poäng (mild ångest), 16-25 poäng (moderat ångest) och 26-63 poäng (svår ångest) Instrumentet har visat god test-retest reliabilitet och hög intern konsistens (Beck et al., 1988). Det har också visat sig ha god diskriminativ validitet och kan tydligt diskriminera mellan ångest och depression (SBU, 2007).

Quality of Life Inventory (QOLI)

QOLI avser mäta hur tillfredställd en person är med sin livssituation och hur personen upplever sitt subjektiva välbefinnande. Detta mått på livskvalitet fungerar som ett komplement till andra mer symtomrelaterade mått på behandlingsutfall. Instrumentet har tillräcklig reliabilitet och intern konsistens, samt tillräcklig kriterierelaterad och konstruktvaliditet (Frisch et al., 1992). Den svenska versionen av instrumentet har validerats i Sverige med goda resultat (Paunovic' & Öst, 2004).

Instrumentet består av frågor kring områden som bedömts att ha med livskvaliteten och tillfredställelse i livet att göra (Frisch et al., 1992). Den svenska versionen består av 16 frågeområden som exempelvis rör boendesituation, kvalitet på relationer och upplevd hälsa. Skattningarna görs dels utifrån hur viktigt området är, mellan 0 (inte viktigt) och 3 (mycket viktigt), dels utifrån hur nöjd personen är med detta område av sitt liv, mellan -3 (mycket missnöjd) och 3 (mycket nöjd) (Paunovic' & Öst, 2004).

Working Alliance Inventory - Short version (WA = $\pi r^2 AI-S$)

WAI är framtaget för att utvärdera kvaliteten på den terapeutiska relationen. Instrumentet bygger på den terapeutiska alliansens komponenter utifrån Bordins (1979) definition med beståndsdelarna; mål, uppgift och affektivt band (Horvath & Greenberg, 1989). En kortversion av instrumentet (WAI-S) har tagits fram bestående av 12 frågor istället för det ursprungliga formulärets 36 frågor. I denna version gör personen skattningar på en sjugradig skala, mellan 1 (aldrig) och 7 (alltid) (Tracey & Kokotovic, 1989). Totalpoängen varierar mellan 12 och 84. Instrumentet har god reliabilitet samt god prediktiv validitet (Hanson, Curry & Bandalos, 2002).

För att utvärdera den terapeutiska alliansen över internet har WAI-S omarbetats till att röra internetbehandling istället för traditionell behandling. Denna version kallas WAI-S-Internet. Omarbetningen rör främst omformuleringar kring behandlaren och behandlingen, där det poängteras att det är en internetbehandling personen deltar i (Linna, 2007). Det är WAI-S-Internet som använts i denna studie.

Behandling

Depressionshjälpen består av sju avsnitt, med på varandra följande delar. Användarna loggar in via hemsidan www.depressionshjälpen.se och navigerar sedan i programmet på egen hand och i egen takt. De uppmuntras att använda en vecka per avsnitt och har under tiden stöd av sin behandlare via e-post eller telefon. Programmet är interaktivt och innehåller texter, ljud- och videoklipp med psykoedukativt innehåll, övningar och arbetsuppgifter. I tabell 3 finns en översiktlig beskrivning av innehållet i respektive avsnitt.

Till programmet hör en arbetsbok i pappersformat där deltagarna arbetar med de arbetsuppgifter som finns i programmet. Användaren utför uppgifterna på egen hand, vilket individualiserar behandlingen och fungerar kartläggande samt synliggörande kring personens problematik. Uppgifterna fungerar också förberedande inför genomförandet av nästa avsnitt i programmet. En CD-skiva med fem övningar i acceptans och medveten närvaro ingår också i materialet. Övningarna varierar i längd och innehåll, med syftet att öka acceptansen för känslor och att fokusera uppmärksamheten till nuet. Deltagarna har möjlighet att använda denna under hela behandlingen, men fokus på acceptans och medveten närvaro kommer först i avsnitt fem.

Tabell 3. Beskrivning av behandlingsavsnittens innehåll.

Avsnitt 1 - Vad är depression?

Det första avsnittet innehåller psykoedukation kring depression. Det beskrivs bland annat vilka symtom som är vanliga vid en depression och den negativa spiral med ökad passivitet samt minskad förstärkning som brukar uppstå. Deltagarna skriver ner anpassningar som gjorts för att hantera depressionen, vilka konsekvenser dessa får på lång och kort sikt samt funderar över utlösande faktorer till depressionen. Aktivitetsregistrering introduceras i form av en dagbok, där deltagarna fyller i sina aktiviteter timme för timme under två dagar och skattar sitt mående relaterat till respektive aktivitet.

Avsnitt 2 - Samband mellan aktivitet och mående

Programmets andra avsnitt innehåller psykoedukation kring KBT-modellen. Fokuserad aktivering introduceras i form av beteendeförändringar som genomförs oberoende av sinnesstämning - tanken att aktivitet inte ska vara beroende av mående är bärande i avsnittet. Funktionen av undvikandebeteenden presenteras och rollen de har i personens liv undersöks. Även andra beteenden undersöks utifrån deras kort- och långsiktiga konsekvenser. I detta avsnitt ska deltagarna fylla i en veckodagbok med aktivitetsregistrering, samt koppla aktiviteten till mående.

Avsnitt 3 - Olika typer av aktiviteter

I detta avsnitt introduceras olika typer av aktiviteter kategoriserade utifrån funktion, så kallade "vill"-, "kan vara utan"- och "måste"-aktiviteter. "Vill"-aktiviteterna är lustbetonade aktiviteter, "kan vara utan"-aktiviteter är kopplade till undvikande och vidmakthållande av depressiva beteendemönster och "måste"-aktiviteter är sådant som måste göras för att vardagen ska fungera. Deltagarna fortsätter att använda veckodagboken och använder sig nu också av kategoriseringen av aktiviteter för att kartlägga hur stor del av ens tid som går åt till respektive kategori.

Avsnitt 4 - Att påverka sin vardag

I avsnitt 4 fortsätter deltagarna arbeta med de olika typerna av aktiviteter för att uppnå bättre balans mellan aktiviteterna, där "vill"-aktiviteterna ska vara fler än "måste" och "kan vara utan". Planering och belöningar är också viktiga komponenter i detta avsnitt. Deltagarna får lära sig planera genom att dela upp aktiviteter i delaktiviteter och belöna sig när de genomfört planerade aktiviteter. Veckodagboken är fortsatt viktig i detta arbete.

Avsnitt 5 - Att hantera tankar och känslor

Avsnittet berör känslor och negativa automatiska tankar. Acceptans och medveten närvaro tas upp som strategier och avsnittet innehåller övningar kring detta. Vid problem med åltande lyfts även omfokusering genom aktivering fram som en strategi. Deltagarna fortsätter arbeta med veckodagboken, planerande, genomförande och balans av aktiviteter. De uppmuntras också använda den medföljande CD-skivan med avslappnings- och acceptansövningar.

Avsnitt 6 - Repetition och fortsatt övning

Programmets sjätte avsnitt är ett repetitionsavsnitt och belyser hur effekten av behandlingen kan maximeras. I avsnittet repeteras kopplingen mellan kognition, emotion och beteende, förhållningssätt till negativa automatiska tankar samt olika aktiviteters funktion och påverkan. Även vikten av att sätta upp nåbara mål och att inte skjuta upp saker lyfts fram. Avsnittets uppgifter inbegriper fortsatt arbete inom samtliga områden som tidigare berörts.

Avsnitt 7 – Vidmakthållandeplan

I programmets sista avsnitt ligger fokus på vidmakthållande. Repetition av tanke- och känslomässiga hinder samt fokus på att hitta sin fortsatta riktning ingår som en del i detta. Avsnittet ger tips för fortsatt arbete med planerande och genomförande av aktiviteter samt användande av belöningar. Veckodagboken summeras för att se vilka strategier och aktiviteter som fungerat samt vilka risker och risksituationer som finns i framtiden. Detta används sedan för att skapa en vidmakthållandeplan. I avsnittet ingår också att utforma en plan för bakslag och hanterande av dessa.

Design

Studien har en experimentell design med två oberoende variabler och innehåller en mellangrupsvariabel och en inomgrupsvariabel. Mellangrupsvariabeln involverar två nivåer, behandlarstöd via e-post eller telefonkontakt. Inomgrupsvariabeln inkluderar förmätning, eftermätning och uppföljningsmätning samt veckomätningar med de tidigare beskrivna självskattningsinstrumenten.

Procedur

Randomisering

Deltagarna i den tidigare studien på Depressionshjälpen slumpades till två grupper med hjälp av internetsidan www.random.org, med 40 deltagare i varje grupp (se Hägglund & Luthström, 2011). Denna studie behandlar som tidigare nämnts den första studiens kontrollgrupp.

Även vid randomiseringen i denna studie användes www.random.org. Deltagarna slumpades dels till de olika grupperna behandlarstöd via telefon eller behandlarstöd via e-post, dels till behandlare. De två behandlarna (uppsatsförfattarna) tilldelades deltagare ur båda grupperna. En från studien utomstående person genomförde slumpningen för att säkerställa att ingen påverkan på grupperna förekom. Efter randomiseringen kontrollerades det för en jämn fördelning mellan grupperna på vissa variabler såsom BDI, BAI, kön och medicinering. Denna kontroll visade på en statistisk skillnad mellan grupperna och medförde att randomiseringen fick genomföras ytterligare en gång, varpå en ny utomstående person tillkallades och genomförde slumpningen. Efter detta gjordes inga förändringar mellan grupperna.

Utskick av material och information

Deltagarna fick materialet utskickat till sig via post veckan innan behandlingsstart. I detta utskick medföljde välkomstbrev med instruktioner kring programmet, arbetsbok, CD-skiva, kod för inloggning på www.depressionshjalpen.se samt engångskoder för åtkomst till kontakthanteringssystemet. Välkomstbrevet till båda grupperna innehöll information kring hur behandlingen skulle gå till, en presentation av behandlaren samt hur kontakten med behandlaren skulle skötas. Välkomstbrevet utformades dock något olika beroende på vilken typ av behandlarstöd personen skulle motta. Efter detta skickades ett välkomstbrev ut via det krypterade kontakthanteringssystem som också användes för e-postkontakten i behandlingen. Även detta utskick informerade kring förfarandet i behandlingen och behandlarstödet.

Behandlarstöd

Denna studie innehåller behandlarstöd i form av e-post och telefon. Behandlarstödet hade flera gemensamma nämnare över grupperna. Grupperna fick exempelvis båda omkring samma terapeuttid per vecka och deltagare, innan behandlingen påbörjades sattes en ram på 15 minuter per deltagare och vecka. I tabell 3 finns en beskrivning av den nedlagda tiden under behandlingen. Telefongruppen fick i genomsnitt 13.7 minuter per vecka och deltagare, och e-postgruppen fick i genomsnitt 11.9 minuter per vecka och deltagare. I denna tid ingick läsning av e-post, kontroll av inloggningstid och dylikt för deltagaren samt svar på personens e-post via det krypterade kontakthanteringssystemet eller via telefon.

Tabell 4. *Medelvärden (och standardavvikelser) för nedlagd tid per deltagare och vecka, total tid per deltagare samt total tid för samtliga deltagare angivet i minuter.*

	Behandlarstöd e-post (n=18)*	Behandlarstöd telefon (n=16)*	Totalt (n=34)*
Tid per deltagare och vecka	11.9 (4.9)	13.7 (3.9)	12.8 (4.4)
Tid per deltagare totalt	95.3 (39.2)	109.9 (30.8)	102.6 (35)
Tid samtliga deltagare	1716	1758	3474

*Två deltagares data saknas, en från respektive grupp, på grund av tekniska problem.

I de gemensamma nämningarna ingick också de grundläggande förutsättningarna för programmets behandlarstöd i form av inskickande av en avsnittssammanfattning till sin behandlare. Det är främst i hur svaret på deltagarnas veckovisa rapporter gått till som skillnaderna finns, beroende på vilken typ av behandlarstöd deltagaren fått. För gruppen med behandlarstöd via e-post bestod svaret i ett e-postmeddelande som skickades inom 24 timmar efter det att behandlaren mottagit meddelandet, undantaget helgdagar. Gruppen med behandlarstöd via telefon hade istället en inbokad tid för samtal varje vecka. Detta samtal hade en schablontid på tio minuter.

Förfarandet i responsen via e-post och i telefonsamtalen utgick från innehållet i det aktuella avsnittet i programmet samt de reflektioner och möjliga frågeställningar som personen själv kommit med i sin avsnittssammanfattning. Behandlarstödet uppgift var att validera personens upplevelser, ge återkoppling på det utförda arbetet och där förstärka de framsteg som gjorts samt att uppmuntra till fortsatt arbete. På detta sätt fick behandlingen en individuell prägel för varje deltagares problematik.

De personer som ingick i e-postgruppen och inte skickade in sammanfattningar till behandlaren fick påminnelsebrev med uppmuntrande innehåll. Då deltagare i telefongruppen uteblev med sammanfattningar ringdes de ändå upp på avsatt tid och samtalet rörde i största möjliga mån samma punkter som tagits upp ovan. De gånger deltagare i telefongruppen inte svarade på utsatt tid skickades istället ett svar eller meddelande via e-post. Det är i denna olikhet mellan grupperna som skillnaden i tid återfinns, eftersom behandlarstödet hade kontakt med telefongruppen oavsett inskickad sammanfattning eller ej, men med e-postgruppen avstod vissa deltagare i högre grad behandlarstödet. Behandlarstödet i denna studie är uppsatsförfattarna, vilka vid tillfället gick termin nio på psykologprogrammet vid Umeå universitet. Behandlarna har grundläggande kunskap i KBT-behandling och fick handledning en gång i veckan via videosamtal av legitimerad psykolog. Utöver detta skedde även handledning vid behov via e-post.

Mätningar

Deltagarna fyllde vid mätning 1 i BAI, BDI-II, MADRS-S och QOLI. Detta upprepades vid den ursprungliga studiens slutförande, precis innan starten av denna aktuella studie (förmätningen). Utöver detta har deltagarna varje behandlingsvecka under den första studien på Depressionshjälpen, samt under denna studie fyllt i MADRS-

S. I behandlingsvecka två i denna studie inkluderades också WAI-S i veckomätningen. Efter behandlingens slut fyllde deltagarna i en eftermätning innehållande BAI, BDI-II, MADRS-S, QOLI och WAI-S. Tre månader efter detta upprepades förfarandet i en uppföljningsmätning. Detta betyder att deltagarna i denna studie uppmuntrats till att delta i 20 mätningar. Åtta av dessa är veckomätningar under den första studien på Depressionshjälpen och åtta är gjorda under denna studies behandlingsveckor.

Etiska övervägningar

Inför den första studien på Depressionshjälpen genomfördes en etisk prövning av den medicinska fakultetens etikprövningsnämnd (se Hägglund & Luthström, 2011). Då denna studie endast innehöll en mindre justering som bestod av ett tillägg i behandlarstödet i form av telefonsamtal och då denna justering antogs höja kvaliteten på behandlarstödet ansågs det inte att någon ny etisk prövning var nödvändig.

Screening och bedömning av varje deltagare gjordes med hjälp av de instrument som ansågs lämpliga för denna studie. En remisskonferens hölls för att ytterligare säkerställa bedömningarna. Författarna till den första studien informerade de deltagare som exkluderades från studien om detta, orsak till exkludering angavs samt var de kunde vända sig för att ändå få lämplig hjälp med sina problem. Då en person bedömdes som suicidbenägen utfördes detta samtal av en legitimerad psykolog och psykoterapeut. Deltagarna i denna aktuella studie monitorerades med hjälp av veckomätningarna för att se att deras mående under väntetiden inte förvärrades på ett sådant sätt att annan hjälp ansågs vara nödvändig (Hägglund & Luthström, 2011).

Deltagandet i studien har varit frivilligt och samtliga deltagare har signerat en samtyckesblankett för sitt deltagande i studien. I frivilligheten ingick också möjligheten att när som helst avsluta sitt deltagande om de så önskade, vilket deltagarna också informerades om. Samtyckesblanketter och annan konfidentiell information har förvarats så att utomstående inte haft tillgång till den. All skriftlig kommunikation mellan deltagare och behandlarstöd har skett via ett krypterat kontakthanteringssystem, vilket möjliggör hög konfidentialitet. Detta genom att deltagarna för att få tillgång till sina meddelanden loggade in med anonym studiekod, engångskoder samt självvalt lösenord bestående av minst åtta tecken varav minst en stor bokstav, en liten bokstav och en siffra. Telefonsamtalen har skett på platser där utomstående inte kan höra det som sagts. Vid kommunikation kring deltagarna innan, under och efter behandling har deras avpersonifierade studiekloder använts för att upprätthålla en hög grad av anonymitet.

De behandlande psykologkandidaterna har utfört behandlingen under handledning av legitimerad psykolog. Så som behandlingen är utformad innehåller den inget personligt stöd utöver det fastställda behandlarstödet, dock informerades deltagarna om att de hade möjlighet att ta kontakt vid krissituationer.

Statistisk bearbetning

Denna studie innehåller flertalet upprepade mätningar, vilket medfört att det ibland saknas data från deltagare. För att ändå kunna använda den tillgängliga datan och samtidigt korrigera för den saknade datan användes mixed-effect model för alla utfallsmått samt WAI-S. Metoden är att föredra vid upprepade mätningar då den använder all tillgänglig data, bättre kan hantera saknad data och är mer flexibel i att hantera tidseffekter än ANOVA vid upprepad mätning som traditionellt använts (Gueorguieva & Krystal, 2004). Kovariansstrukturen för beräkningarna var ostrukturerad. En korrigerad av massignifikansproblemet vid upprepade T-test gjordes med hjälp av en Bonferronijustering. Pearsons produktmomentkorrelation användes för att beräkna korrelationen mellan förändring i BDI-II och WAI-S. Kliniskt signifikant förbättring beräknades med cut-off värdet 13 på BDI-II, vilket är gränsen för minimal depression. För att beräkna effektstorlekar (ES, Cohen's d) användes poolade standardavvikelser och estimerade medelvärden för samtliga mätningar som användes i beräkningarna. För att konvertera standardfel (SE) till standardavvikelser (SD) användes formeln $SD = SE * \sqrt{n}$.

Resultat

Studiens resultat bygger på självskattningsinstrumenten BDI-II, BAI, MADRS-S och QOLI i mätning 1, förmätning, eftermätning och uppföljningsmätning, samt veckovisa mätningar för MADRS-S. Även WAI-S från vecka två, eftermätning och uppföljningsmätning inkluderas i resultaten. För att undersöka kliniskt signifikant förbättring används värdena för BDI-II. Mått på behandlingsföljksamhet inkluderar data från programmet kring användning samt deltagarnas skattningar från eftermätningen. Kvalitativ data med åsikter från behandlingsutvärdering i eftermätningen och uppföljningen ingår också. Resultaten är beräknade på samtliga deltagare som fyllt i mätningarna, vilket även inkluderar de fyra deltagare som under studiens gång erhållit konkurrerande behandling.

Utfallsmått

Innan den aktiva behandlingen började fanns det ingen klinisk signifikant skillnad mellan de två grupperna, mätt med BDI-II, BAI, MADRS-S och QOLI.

Ingen signifikant skillnad återfinns mellan grupperna vid en sammanställning av de fyra mättillfällena; MADRS-S: $F(1,31.6) = 0.3$; $p=.602$, BDI-II: $F(1,41.3) = 0.1$; $p=.820$, BAI: $F(1,33.5) = 0.1$; $p=.815$, QOLI: $F(1,38.1) = 1.1$; $p=.299$. Inte heller någon interaktionseffekt mellan grupp och tid finns på något av måtten: MADRS-S; $F(3,25.2) = 1.2$; $p=.340$, BDI-II: $F(3,88.5) = 0.3$; $p=.800$, BAI: $F(3,86.3) = 0.2$; $p=.878$ eller QOLI: $F(3,87.8) = 0.6$; $p=.645$. Däremot återfinns en tidseffekt på samtliga mått som visar att en symtomförändring skett mellan mätningarna: MADRS-S: $F(3,25.2) = 55.7$; $p=.000$, BDI-II: $F(3,88.5) = 44.6$; $p=.000$, BAI: $F(3,86.3) = 16.3$; $p=.000$ och QOLI: $F(3,87.8) = 9.7$; $p=.000$.

Effektstorlekarna på utfallsmåtten avseende inomgruppseffekten kan generellt räknas som stora, med undantag för QOLI. Inomgruppseffekt på MADRS-S, beräknat

med Cohen's d, är mellan förmätningen och eftermätningen $d=0.8$ i e-postgruppen och $d=1.2$ i telefongruppen. Mellan förmätning och uppföljning är effekten $d=1.1$ i e-postgruppen och $d=1.3$ i telefongruppen. Inomgruppseffekt på BDI-II mellan för- och eftermätning är $d=1.8$ i e-postgruppen, respektive $d=1.6$ i telefongruppen. Motsvarande siffror mellan förmätning och uppföljning är $d=1.9$ för båda grupperna. Inomgruppseffekten på BAI mellan för- och eftermätning är $d=0.9$ för e-postgruppen och $d=0.8$ för telefongruppen. Mellan förmätning och uppföljning var inomgruppseffekten på detta mått $d=0.9$ för e-postgruppen och $d=0.8$ för telefongruppen. På QOLI är inomgruppseffekten mellan för- och eftermätning för e-postgruppen $d=0.7$ och för telefongruppen $d=0.4$. Mellan förmätning och uppföljning är inomgruppseffekten $d=1.1$ för gruppen med behandlarstöd via e-post och $d=0.8$ för gruppen med behandlarstöd via telefon.

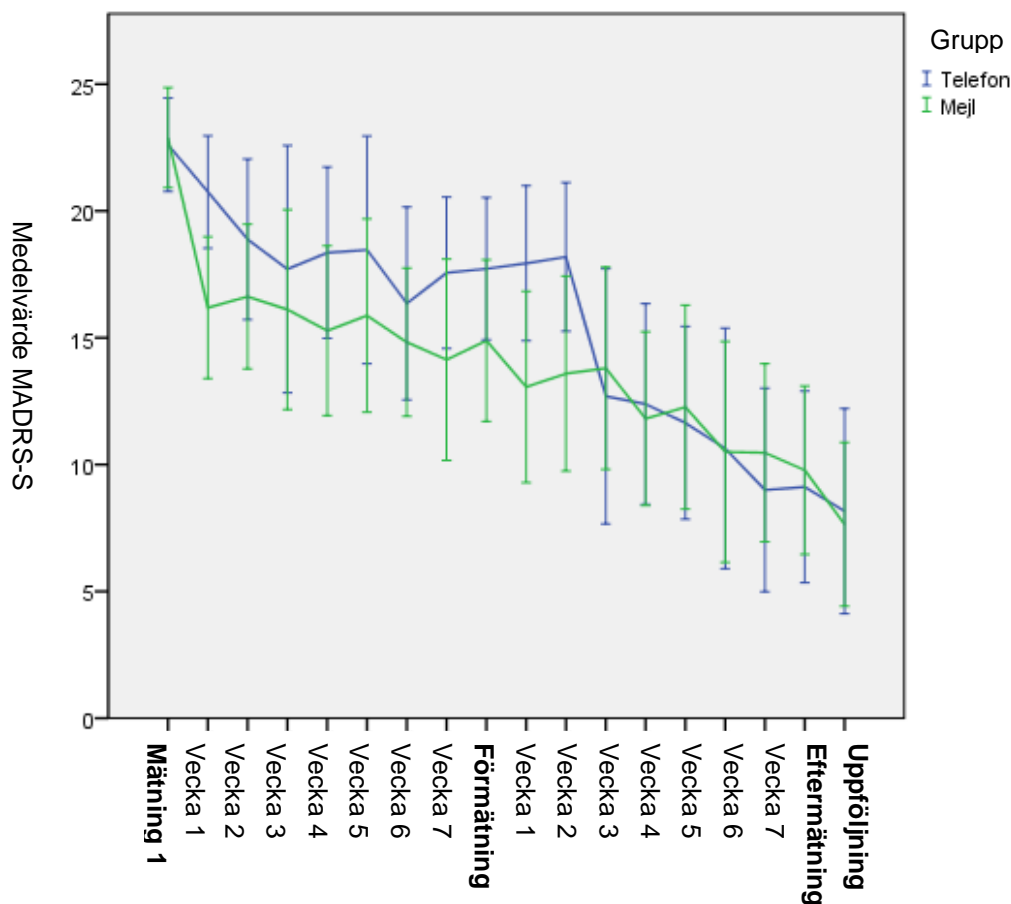
I tabell 5 visas medelvärde, standardavvikelse och effektmått på samtliga mått som använts för att mäta symtomförändring. Signifikanta parvisa jämförelser visar att symtomreduktion skett mellan de två första mätningarna, men att ingen förändring skett på något av måtten mellan efter- och uppföljningsmätning.

Tabell 5. Medelvärden, (standardavvikelser), effektstorlekar och parvisa jämförelser mellan mätningarna för självskattningsinstrumenten MADRS-S, BDI-II, BAI och QOLI

	Behandlarstöd e-post (n=18)		Behandlarstöd telefon (n=18)		Mellangruppseffekt Cohen's d	Signifikanta parvisa jämförelser*
	M	(SD)	M	(SD)		
<i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale</i>						
Mätning 1	22.9	(3.8)	22.6	(3.8)	$d=0.1$	Mätning 1 >
Förmätning	14.9	(6.0)	17.2	(6.0)	$d=0.4$	Före >
Eftermätning	9.8	(7.2)	9.4	(7.0)	$d=0.1$	Efter =
Uppföljning	8.0	(6.8)	8.9	(7.1)	$d=0.1$	Uppföljning
<i>Becks Depression Inventory</i>						
Mätning 1	25.6	(7.1)	23.9	(7.1)	$d=0.2$	Mätning 1 =
Förmätning	22.6	(7.1)	22.8	(7.1)	$d=0.0$	Före >
Eftermätning	10.1	(7.1)	11.2	(7.3)	$d=0.2$	Efter =
Uppföljning	8.6	(7.9)	7.6	(8.5)	$d=0.1$	Uppföljning
<i>Becks Inventory of Anxiety</i>						
Mätning 1	15.9	(6.3)	14.3	(6.3)	$d=0.3$	Mätning 1 =
Förmätning	13.3	(6.3)	12.9	(6.3)	$d=0.1$	Före >
Eftermätning	7.7	(6.3)	7.9	(6.4)	$d=0.0$	Efter =
Uppföljning	7.2	(6.8)	7.6	(7.2)	$d=0.1$	Uppföljning
<i>Quality of Life Inventory</i>						
Mätning 1	-0.2	(1.8)	0.8	(1.8)	$d=0.6$	Mätning 1 =
Förmätning	0.4	(1.8)	1.0	(1.8)	$d=0.3$	Före <
Eftermätning	1.7	(1.8)	1.7	(1.9)	$d=0.0$	Efter =
Uppföljning	2.4	(2.0)	2.5	(2.1)	$d=0.0$	Uppföljning

* Korrigerat för masssignifikansproblemet: Bonferroni.

Depressionsmättet MADRS-S visar en successiv symtomminskning under tiden deltagarna stod på väntelista samt under behandlingens gång. En visuell beskrivning av detta återfinns i figur 2.



Figur 2. Konfidensintervall på MADRS-S för samtliga mätningar.

Klinisk signifikant förbättring

Den kliniska bedömningen görs utifrån BDI-II där gränsvärdet för lindrig depression är 13 poäng. Vid mätning 1 överstiger samtliga 36 deltagares skattningar gränsvärdet. Vid förmätningen till denna studie överstiger 32 personer (88.9 %) gränsvärdet, medan fyra personer (11.1 % av deltagarna) skattar under, av dessa är det en person från gruppen behandlarstöd via telefon (5.5 %) och tre från behandlarstöd via e-post (16.7 %).

Av de 35 personer som deltagit i eftermätningen uppfyller 23 personer (65.7 %) kriteriet för klinisk signifikant förbättring, 10 personer i telefongruppen (55.6 %) och 13 personer (72.2 %) i e-postgruppen.

Vid uppföljningsmätningen skattar sig 22 (84.6 %) av 26 personer under gränsvärdet. Tio (83.3 %) av 12 personer i telefongruppen betraktas som kliniskt

signifikant förbättrade, motsvarande siffror för e-postgruppen är 12 (85.7 %) av 14 personer.

Terapeutisk arbetsallians

Utfallsmåttet på arbetsallians (WAI-S) visar att det finns en signifikant skillnad i tidseffekt och upplevd arbetsallians mellan de olika mättillfällena: $F(2,24.4) = 5,1$; $p=.014$. Den signifikanta parvisa jämförelsen i tabell 6 visar att alliansen sjunkit signifikant mellan eftermätningen och uppföljningsmätningen. Däremot finns ingen signifikant skillnad i arbetsallians mellan de olika typerna av behandlarstöd, gruppseffekt: $F(1,28.6) = 0.6$; $p=.452$ eller interaktionseffekt mellan tid och grupp: $F(2,24.4) = 1.0$; $p=.382$.

Tabell 6. Antal deltagare som skattat, medelvärden, (standardavvikelser) och effektmått på WAI-S för båda grupperna vid de tre mättillfällena vecka 2, eftermätning och uppföljning.

	Behandlarstöd e-post			Behandlarstöd telefon			Mellangruppseffekt Cohen's d	Signifikanta parvisa jämförelser*
	n=	M	(SD)	n=	M	(SD)		
<i>Vecka 2</i>	16	59.8	(10.1)	16	58.8	(11.1)	d=0.1	Vecka 2 =
<i>Eftermätning</i>	17	66.6	(16.6)	18	61.1	(14.8)	d=0.4	Efter >
<i>Uppföljning</i>	12	64.0	(10.1)	14	61.3	(13.3)	d=0.2	Uppföljning

* Korrigerat för masssignifikansproblemet: Bonferroni.

Pearsons korrelationskoefficient visar på ett signifikant positivt samband mellan hela gruppens symtomreduktion som skett mellan för- och eftermätning, mätt med BDI-II, och skattad arbetsallians i vecka 2, mätt med WAI-S, $r(31) = .386, p < .001$. Det positiva sambandet återfinns också mellan förändringen i BDI-II mellan för- och eftermätningen och WAI-S i eftermätningen, $r(35) = .464, p < .001$, samt i uppföljningsmätningen $r(26) = .389, p < .005$.

Denna korrelation kvarstår också då en jämförelse görs mellan värdena för BDI-II i förämätning och uppföljning och WAI-S i eftermätning, $r(26) = .515, p < .001$ och uppföljningsmätningen, $r(26) = .370, p < .005$. Korrelationen visar däremot inte på ett signifikant samband mellan förändring i BDI-II mellan de två mättillfällena förämätning och uppföljning och WAI-S i behandlingsvecka 2, $r(26) = .132, p < .005$.

Behandlingsföljsamhet

Påbörjade avsnitt och inloggning i programmet

Ett mått på behandlingsföljsamhet är mängden påbörjade avsnitt under behandlingens gång. I tabell 7 finns en översikt som visar hur stor del av programmet som påbörjats under de åtta veckor som behandlingen pågick. Andelen deltagare som påbörjat respektive avsnitt sjunker under behandlingsperioden, där första avsnittet påbörjas av samtliga 34 deltagare och det sjunde avsnittet påbörjas av 18 (52.9 %) personer. Inte heller här finns någon skillnad mellan grupperna.

Hur stor andel som varit inloggade på behandlingshemsidan varje behandlingsvecka är ett annat mått på behandlingsföljksamhet. I tabell 7 visas att andelen inloggade minskar under behandlingens gång. Siffran för antal inloggade första behandlingsveckan är 31 (91.2 %), sista veckan är det 12 (35.3 %). Ingen signifikant skillnad finns mellan grupperna.

Tabell 7. *Antal och (andel) deltagare som påbörjade antal avsnitt samt antal (andel) som var inloggade på hemsidan veckovis.*

	Behandlarstöd e-post (n=17)*		Behandlarstöd telefon (n=17)*		Totalt (n=34)*	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
<i>Antal påbörjade avsnitt</i>						
Minst ett avsnitt	17	(100 %)	17	(100 %)	34	(100 %)
Minst två avsnitt	16	(94.1 %)	15	(88.2 %)	31	(91.2 %)
Minst tre avsnitt	16	(94.1 %)	14	(82.4 %)	30	(88.2 %)
Minst fyra avsnitt	15	(88.2 %)	14	(82.4 %)	29	(85.3 %)
Minst fem avsnitt	13	(76.5 %)	14	(82.4 %)	27	(79.4 %)
Minst sex avsnitt	13	(76.5 %)	10	(58.9 %)	23	(67.7 %)
Samtliga sju avsnitt	9	(53 %)	9	(53 %)	18	(52.9 %)
<i>Inloggade på behandlingshemsidan</i>						
Behandlingsvecka 1	15	(88.2 %)	16	(94.1 %)	31	(91.2 %)
Behandlingsvecka 2	11	(64.7 %)	8	(47.1 %)	19	(55.9 %)
Behandlingsvecka 3	12	(70.6 %)	12	(70.6 %)	24	(70.6 %)
Behandlingsvecka 4	8	(47.1 %)	14	(82.4 %)	22	(64.7 %)
Behandlingsvecka 5	12	(70.6 %)	12	(70.6 %)	24	(70.6 %)
Behandlingsvecka 6	12	(70.6 %)	10	(58.8 %)	22	(64.7 %)
Behandlingsvecka 7	8	(47.1 %)	6	(35.3 %)	14	(41.2 %)
Behandlingsvecka 8	7	(41.2 %)	5	(29.4 %)	12	(35.3 %)

*Två deltagares data saknas, en från respektive grupp, på grund av tekniska problem.

Arbetsinsats

Ett annat mått på behandlingsföljksamhet är arbetsinsats och nedlagd tid på behandlingen. Tabell 8 visar att arbetsinsatsen för de flesta upplevs vara stor eller måttlig. Ingen skillnad syns mellan grupperna avseende arbetsinsats. Tabellen visar också att arbetsinsatsen för två deltagare i telefongruppen varit obefintlig, dessa deltagare har heller inte använt sig av behandlarstödet.

Tabell 8. *Upplevd arbetsinsats för antal deltagarna och (andel av deltagarna) samt medelvärde, (standardavvikelse) och median för nedlagd tid angivet i minuter per vecka.*

	Behandlarstöd e-post (n=18)		Behandlarstöd telefon (n=17)		Totalt (n=35)	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
<i>Arbetsinsats</i>						
Mycket stor	1	(5.6 %)	2	(11.8 %)	3	(8.6 %)
Stor	7	(38.9%)	8	(47.1 %)	15	(43 %)
Måttlig	6	(33.3 %)	5	(29.4 %)	11	(31.4%)

Liten	4	(22.2 %)	0	(0 %)	4	(11.4%)
Ingen alls	0	(0 %)	2	(11.7 %)	2	(5.7%)
<i>Skattad tid i minuter</i>						
	M	(SD)	Md	M	(SD)	Md
	234	(288)	120	186	(162)	180
Min - Max	0 - 1200		0 - 600		0 - 1200	

Den skattade tiden för arbete med programmet är i genomsnitt 210 minuter per vecka för gruppen i sin helhet. Standardavvikelseerna är stora vilket visar den stora variationen, vilket också framgår av redovisade minimum- och maximumvärden.

Behandlingsutvärdering

I eftermätningen och uppföljningsmätningen ingick en behandlingsutvärdering där deltagarna fick svara på frågor kring behandlingen. Här ingick frågor med möjlighet till både fasta och öppna svar. Frågorna med fasta svarsalternativ från eftermätningen redovisas i tabellform, de frågor som var öppna redovisas i en sammanfattande text.

Åsikter om behandlingen

I tabell 9 framgår det att de flesta av deltagarna är mycket eller till största delen nöjda med behandlingen, ett resultat som återfinns även vid tre månaders uppföljning. En majoritet uppger också vid båda mätningarna att de skulle rekommendera behandlingen till en vän.

På en öppen fråga om vad som varit mest värdefullt med behandlingen kretsar de flesta svaren kring hur programmet gett ny kunskap och konkreta strategier för att hantera nedstämdhet. Exempel som lyfts fram är bland annat en ökad insikt om hur olika aktiviteter påverkar mående, strategier för att hantera känslor och bryta ältande samt en ökad förståelse av problematiken. Flera personer tar upp hur de upplevt behandlarstödet som mycket värdefullt under behandlingen. Det lyfts fram att deltagarna upplevt kontakten med behandlaren som ett viktigt stöd, att det har gett trygghet genom behandlingen samt att återkopplingen varit viktig. När samma fråga ställdes i uppföljningsmätningen tre månader senare är det flera av deltagarna som också lyfter fram hur det mest värdefulla i behandlingen varit att deras tankesätt ändrats och att de fått ett nytt perspektiv.

Tabell 9. *Skattning av hur nöjda deltagarna totalt sett är med behandlingen i antal och (andel).*

	Behandlarstöd e-post (n=18)		Behandlarstöd telefon (n=17)		Totalt (n=35)	
Mycket nöjd	5	(27.8%)	6	(35.2%)	11	(31.4 %)
Till största delen nöjd	8	(44.4%)	8	(47.0%)	16	(45.8 %)
Varken nöjd eller missnöjd	5	(27.8%)	2	(11.8)	7	(20 %)
Något missnöjd	0	(0 %)	1	(5.9%)	1	(2.9 %)
Helt missnöjd	0	(0 %)	0	(0 %)	0	(0 %)

Merparten av de deltagare som svarat på frågan vad de varit missnöjda med uppger att de är otillfredsställda med sin egen insats under behandlingens gång. Ett annat område som lyfts fram är att behandlingens tempo varit för högt. Några deltagare lyfter fram hur tidpunkten för behandlingen påverkat arbetet i en negativ riktning, då behovet varit mindre när behandlingen påbörjades än vid intresseanmälan. Ett fåtal deltagare tar upp tekniska problem som en källa till missnöje. I stor utsträckning återkommer likartade svar även tre månader efter avslutad behandling. I uppföljningsmätningen kommenteras även behandlarstödet. Ett fåtal personer tar upp hur detta inte levt upp till förväntningarna medan några tar upp hur de önskat en uppföljning eller förlängd kontakt med behandlaren.

Upplevelse av behandlarstödet

Upplevelsen av behandlarstödet är för de allra flesta deltagarna mycket positivt. Tabell 10 visar att de flesta upplevt stödet från behandlaren som betydelsefullt. Då deltagarna själva fick beskriva sin upplevelse tycks gruppen som haft telefonkontakt med sin terapeut generellt vara något mer positiva. I svaren lyfts det fram hur terapeuten upplevts som förstående, uppmuntrande och att responsen varit viktig för arbetet med programmet. Det som upplevts som negativt för några av deltagarna är att stödet ibland känts opersonligt och att svaren ibland känts som upprepningar. En deltagare som uppger att denne saknat förtroende för terapeuten. Likartade beskrivningar återkommer tre månader efter avslutad behandling.

Tabell 10. *Upplevelse av behandlarstödet betydelse, i antal och (andel).*

	Behandlarstöd e-post (n=18)		Behandlarstöd telefon (n=17)		Totalt (n=35)	
Mycket betydelsefullt	7	(38.8 %)	6	(35.3%)	13	(37.1 %)
Betydelsefullt	4	(22.2 %)	6	(35.3 %)	10	(28.6 %)
Ganska betydelsefullt	2	(11.1 %)	3	(17.6 %)	5	(14.3 %)
Inte särskilt betydelsefullt	3	(16.7 %)	1	(5.9 %)	4	(11.4 %)
Lika bra eller bättre utan stödet	1	(5.5 %)	1	(5.9 %)	2	(5.7 %)
Annat - Positivt	1	(5.5 %)	0	(0 %)	1	(2.9%)

Deltagarna tillfrågades i eftermätningen om vilken typ av behandlarstöd de i framtiden skulle föredra ifall de skulle genomgå en internetbehandling. I svaren framkommer det att 21 (60.0 %) av 35 personer i framtiden skulle föredra den form av behandlarstöd som de haft under denna studie. Nio personer (50.0 %) i mejlgruppen hade föredragit en annan typ av behandlarstöd, antingen via telefon eller via en kombination av mejl och telefon. Två personer (11.8 %) i telefongruppen uttrycker att de hade valt behandlarstöd i e-postform i framtiden.

Diskussion

Sammanfattande resultat

Syftet med studien var att undersöka effekten av behandlingsprogrammet Depressionshjälpen på en grupp deltagare som i tidigare studie placerats på

väntelista och fungerat som kontrollgrupp. Resultatet visar att en signifikant symtomreduktion skett under behandlingens gång, mätt med BDI-II, BAI, MADRS samt ökad livskvalitet, mätt med QOLI, vilket går i linje med hypotesen. Resultaten visar vidare att 23 deltagare (65.7 %) har uppnått en klinisk signifikant förbättring. Effekten kvarstår också tre månader efter avslutad behandling på samtliga utfallsmått. Ett samband mellan högt skattad arbetsallians, mätt med WAI-S, och symtomreduktion, mätt med BDI-II, återfinns redan vecka 2. En signifikant effekt av tid återfinns också för arbetsallians. Ingen skillnad i effekt, behandlingsföljsamhet eller terapeutisk arbetsallians finns mellan de två grupperna beroende på om de fått behandlarstöd i form av telefonkontakt eller i form av e-postkontakt, vilket går emot hypoteserna.

Resultatdiskussion

Symtomförbättring

Studiens resultat stämmer överens med den tidigare randomiserade kontrollerade studien på Depressionshjälpen gjord av Hägglund och Luthström (2011), där behandlingsgruppen efter genomgången behandling hade en lägre grad av depressions- och ångestsymtom. Av deltagarna i denna uppföljande studie uppfyllde nästan två tredjedelar kriterierna för kliniskt signifikant förbättring på BDI-II efter avslutad behandling. Sammantaget visar detta på att behandlingsprogrammet Depressionshjälpen är effektivt för behandling av depression även för kontrollgruppen, något som också kvarstår tre månader efter avslutad behandling. Hypotesen att behandlingen skulle leda till en symtomreduktion för båda grupperna styrktes således. Studiens resultat går även i riktning med många av de studier som tidigare är gjorda på ämnet KBT för depression via internet (Cujipers & Andersson, 2009; Vernmark et al, 2010; Andersson et al., 2005; Spek et al., 2007) som visar att KBT över internet med behandlarstöd är en effektiv metod för behandling av depression.

I den tidigare studien gjord av Hägglund och Luthström (2011) redovisas att en fjärdedel av deltagarna uppnått kriterierna för en klinisk signifikant förbättring. En förklaring till skillnaden skulle kunna vara att deltagarna i kontrollgruppen var i lägre grad deprimerade innan påbörjad behandling, vilket gjorde att fler uppnådde kriterierna för kliniskt signifikant förbättring. Jämförelser med Hägglund och Luthströms (2011) studie avseende klinisk signifikant förbättring ska dock göras med försiktighet då det finns oklarheter kring vilket gränsvärde som använts i tolkningen.

Utöver den symtomreduktion som skett under den åtta veckor långa behandlingstiden, visar resultatet även på en klinisk signifikant symtomförbättring på MADRS-S mellan mätning 1 som gjordes i samband med deltagarnas intresseanmälan och förmätningen som gjordes innan den aktiva behandlingen påbörjades. En tänkbar anledning till detta skulle kunna vara att tid passerat mellan mätningarna och att denna inaktiva väntetid inneburit en spontanförbättring för deltagarna. Depressionsförloppet följer vanligtvis en kurva som innebär att depressionen successivt förvärras innan tillståndet når botten för att depressionskurvan sedan generellt vänder för att gå uppåt tills personen är

tillbaka på samma nivå som innan depressionen (Beck & Alford, 2009). Utifrån det kända förloppet kan det tänkas att tiden på väntelista för många av deltagarna inneburit att kurvan vänt uppåt, dock i mindre grad än för de som fick behandling. En annan faktor som kan hänga samman med spontanförbättringen är det ökade fokus på måendet som den tid då deltagarna var kontrollgrupp innebar. Deltagarna fyllde varje vecka under denna period i mätningar relaterade till sitt mående. De upprepade skattningarna kan ha lett till att deltagarna gjort aktiva förändringar, som i sin tur lett till ett bättre mående. Under tiden då deltagarna var placerade på väntelista skedde en årstidsväxling, något som kan påverka förekomsten av depression (Lam, Tam, Yatham, Shian & Zis, 2001) och som även kan ha påverkat deltagarna.

Att undersöka förekomsten av ångest är av intresse då det finns en hög samsjuklighet mellan depression och ångest (Proudfoot et al., 2003). Hypotesen att behandlingen Depressionshjälpen även skulle leda till symtomreduktion avseende ångest blir styrkt i studien, vilket är överensstämmande med Hägglund och Luthströms resultat (2011). De lyfter fram tanken att reduktionen av ångestsymtom som denna behandling gett skulle kunna tillskrivas de övningar i acceptans och medveten närvaro som ingår i programmet, eller den unika responsen anpassat till de individuella problemen som personen får från sitt behandlarstöd. Reduktionen av ångestsymtom går också i linje med forskning som menar att beteendeaktivering är effektivt även vid ångest. Enligt denna forskning hänger det samman med en överlappning mellan begreppen ångest och depression, vilket i så fall kan härledas till ett generellt affektivt syndrom (Hopko, Robertson, & Lejuez, 2006). Det går också att spekulera kring att vissa typer av ångest troligen ligger närmre depressiva symtom än andra och att resultaten därför kanske inte kan generaliseras till ångest i allmänhet.

Avseende livskvalitet går resultatet i riktning med hypotesen att internetbaserad KBT vid depression ökar den upplevda livskvaliteten. Deltagarna i studien upplevde efter genomgången behandling en ökad känsla av livskvalitet, något som också tycks vara stabilt över tid då resultatet kvarstod vid uppföljningsmätningen tre månader efter avslutad behandling. Resultaten är i linje med andra studier gjorda på depressionsbehandling via internet, som visat en ökning av livskvaliteten efter genomgången behandling (Titov, 2011). I föregående studie gjord på Depressionshjälpen fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende livskvalitet, däremot hade både grupperna en tendens till att livskvaliteten ökat (Hägglund & Luthström, 2011). Ett samband som således styrks av denna studies resultat. Resultaten avseende livskvalitet innebär att gruppen i denna studie, vilken utgjorde den föregående studiens kontrollgrupp, redan innan behandlingsprogrammet påbörjats fanns en tendens till förbättrad livskvalitet, något som sedan ytterligare ökat under behandlingens gång. Detta kan tänkas hänga samman med tiden i sig samt med det ökade fokus på livskvaliteten som skattningarna inneburit. Tidsfaktorn skulle kunna vara en indikation på att förändring av den upplevda livskvaliteten som är ett sekundärt mått på depression tar längre tid att förändra än primära utfallsmått på depression.

Behandlarstöd och dess betydelse

Merparten av de studier som gjorts kring internetbaserad behandling och behandlarstöd har fokuserat på skillnad i effekt mellan behandlingar som innefattar behandlarstöd och de som inte gör det. Resultatet av tidigare forskning har visat att behandlingar med behandlarstöd är mer effektiva än de utan (Spek et al., 2007; Palmqvist et al., 2007; Titov, 2011), något som går i linje med upplevelsen av behandlarstödet betydelse som rapporterats av deltagarna i denna studie.

Behandlarstödet i studien ligger inom ramen för vad som betecknas som minimal terapeutkontakt, vilket tidigare forskning pekat på som det mest kostnadseffektiva formen för internetbaserad behandling (Newman et al., 2011). Att internetbaserad KBT med minimal terapeutkontakt är effektivt styrks av denna studie. Tidigare studier inom området har visat att patienter accepterar och är nöjda med internetbaserade behandlingar, trots begränsad terapeutkontakt (Andrews et al., 2010), vilket också stämmer överens med de upplevelser som rapporterats från deltagarna i denna studie. Däremot visar studien inte på någon signifikant skillnad mellan de olika typerna av behandlarstöd, vilket innebär att samtliga hypoteser i studien kring olika utfall utifrån de två typerna av behandlarstöd förkastas. Ingen signifikant skillnad mellan gruppen som mottagit behandlarstöd via telefon och gruppen som mottagit behandlarstöd via e-post har återfunnits, varken avseende på arbetsallians, behandlingsföljsamhet eller symtomreduktion.

Trots de större möjligheter till alliansarbete som skulle kunna funnits vid telefonsamtalen finns ingen signifikant skillnad mellan de olika formerna av behandlarstöd. Avsaknaden av skillnad skulle kunna kopplas till terapeuternas kompetens. Vid e-postkontakten gavs större möjlighet till eftertanke för behandlarstödet och mer fokus kunde läggas på formuleringar och dylikt. Tiden till eftertanke kan ha lett till att stödet i e-posten möjligen framstätt som mer kompetent än vid telefonsamtalen, där formuleringar och hjälp med problemlösning skedde mer oreflekterat. En förklaring till bristen på resultat skulle således kunna vara att den fördel av direkt problemlösning som ges i telefonsamtalen inte utnyttjades till fullo på grund av behandlarstödet kompetens, något som sedan återspeglas i alliansskattningarna.

Tidigare forskning har visat indikationer på att behandlarstöd via telefon istället för e-post ökar behandlingsföljsamheten men att det samtidigt behövs mer forskning för att dra säkra slutsatser (Carlbring et al., 2010). Vidare kunde en tendens kring ökad behandlingsföljsamhet skönjas i en tidigare psykologuppsats gjord kring panikångest med tillägg av två telefonsamtal i behandlingen (Holmgren & Tunlind, 2010). Studien gjord på Depressionshjälpen kan inte verifiera denna indikation, skillnad mellan de olika typerna av behandlarstöd finns inte. Utöver tidigare nämnda möjliga förklaringar skulle en anledning till detta kunna vara att behandlarstödet i telefongruppen tog för stor plats i behandlingen och att det i sig minskade snarare än ökade tiden som lades ner på övriga delar av arbetet med programmet. Behandlarstödet utgjorde kanske för denna grupp en större del av behandlingen än vad som var tänkt, vilket i så fall kan ha tagit fokus från

behandlingsprogrammet. En annan orsak kan vara att de inbokade telefonsamtalen upplevdes som en stress, vilket kan ha varit det som gjort att flera personer valde bort behandlarstödet. Något som också skulle kunna ha lett till minskat arbete med programmet.

När deltagarna gav uttryck för vilken form av behandlarstöd de skulle önska i framtiden finns en tendens att fler ur telefongruppen även i framtiden skulle föredra den form av behandlarstöd som de fått i denna studie. Detta medan hälften av deltagarna i e-postgruppen i framtiden hellre skulle vilja ha kontakt via telefon eller via en kombination av telefon och e-post. Denna tendens tycks däremot inte ha någon påverkan på utfall, upplevelse av behandlarstödet betydelse eller generell nöjdhet med behandlingen. Kanske kan detta knytas till att det främst handlar om en känslomässig upplevelse som inte lyser igenom i resultaten.

Behandlingsföljsamhet

Antalet avhopp under den åtta veckor långa behandlingen är mycket få, endast en person hoppade av efter att ha påbörjat behandlingen. En tidigare översiktstudie har lyft fram hur det finns en stor variation vad gäller avhopp i internetbaserade behandlingar men presenterar ett medelvärde på 31.75 % personer som väljer att avbryta behandlingen (Kaltenthaler et al., 2008). Vid jämförelse är andelen avhopp i denna studie väsentligt lägre, en av 37 deltagare eller 2.7 %. Däremot finns en stor skillnad mellan de olika måtten på behandlingsföljsamhet, såsom mellan måttet avhopp och antal personer som arbetat aktivt med samtliga avsnitt i programmet, antal som varit inloggade i programmet samtliga veckor och antal deltagare som valt att ha löpande kontakt med sitt behandlarstöd.

Resultaten avseende antal deltagare som arbetat med samtliga avsnitt och som varit inloggade samtliga behandlingsveckor visar på en lägre grad av behandlingsföljsamhet än behandlingsföljsamhet mätt i form av avhopp. Tidigare forskning lyfter fram förändrade livsomständigheter, tidiga förbättringar, att behandlingen inte upplevs som verksam samt upplevda tekniska problem som vanliga orsaker till avhopp (Cavanagh, 2010), samtliga skäl skulle kunna vara relevanta för denna studies behandlingsföljsamhet. En annan orsak som skulle kunna hänga samman med att personer med depression kan ha svårare för att ta initiativ och komma igång med det de tänkt (Meldgaard-Bruun & Nielsen-Straarup, 2010). Detta i kombination med en motivationsminskning eller en uttröttning skulle kunna ha lett till den minskade arbetsinsatsen. Detta skulle kunna vara speciellt aktuellt i denna studie som är gjord på en väntelistegrupp. Avseende avslutade avsnitt är en möjlig förklaring också att tidsramen för denna studie var alltför snäv. Programmet är tänkt att ha större flexibilitet i utförandet av de olika avsnitten, vilket troligen hade lett till att en större andel avslutat fler avsnitt. Flertalet deltagare slutförde dock majoriteten av avsnitten inom ramen för behandlingens gång, vilket tyder på en hög grad av behandlingsföljsamhet, något som också återspeglas i resultatet på studien.

Då deltagarna redogör för sin arbetsinsats visar detta på stora variationer i gruppen i stort, samt i de två behandlingsförhållandena. Denna variation kan ses

både i skattad tid och i hur stor arbetsinsatsen varit. Variationen återfinns också i behandlarstödet omfattning, där vissa använt stödet i full utsträckning och andra avstått helt. Många deltagare uttryckte missnöje med sin egen insats, trots att de flesta väsentligen förbättrat sitt mående. Flera olika förklaringar kan tänkas här. Attribueringsstilen i form av självanklagelser som är vanlig vid depression skulle kunna tänkas vara en orsak (Proudfoot et al., 2010). Det skulle också kunna bero på något i programmets utformning, som kanske inte bekräftar framstegen tillräckligt, vilket är extra viktigt vid depressionsbehandling. Missnöjet med arbetsinsatsen kan också tänkas hänga ihop med mängden avslutade avsnitt och den minskade inloggningen på programmet under behandlingsveckornas gång. Att arbeta extra mycket med motivationshöjande insatser kan vara ett sätt att öka effekten av KBT vid depression (Flynn, 2011). Det skulle kunna vara en lösning på problemen med den minskade inloggningen och upplevelsen av arbetsinsatsen.

Terapeutisk arbetsallians

Hypotesen att skattad terapeutisk arbetsallians är förknippad med symtomreduktion styrktes i studien vilket stämmer överens med tidigare forskning på området som påvisat en korrelation mellan allians och utfall av terapin (Martin, Garske & Davis, 2000; Watson & Geller, 2005; Horvath & Symonds, 1991). Detta styrker också Kejser och medarbetares (2000) resultat som visade att detsamma gäller KBT, och D'Arcy och medarbetares (2006) resultat att det inte har någon betydelse om behandlingen sker över internet. Resultatet kan också tolkas som överensstämmande med synen på terapeutisk arbetsallians som en generell faktor som ligger bakom framgång i terapier (t.ex. Cavanaugh, 2010). Arbete med alliansfrämjande insatser under behandlingens gång skulle då vara av stor vikt för att utföra effektiva behandlingar.

Denna studies signifikanta resultat avseende tidseffekten på den terapeutiska alliansen går mot den forskning som menar att alliansen uppstår tidigt i behandlingen och sedan är varaktig på samma nivå över tid (Martin et al., 2000). Resultaten i denna studie visar istället att alliansen är varierande över tid, med en minskning av alliansen efter avslutad behandling. Denna minskning skulle kunna indikera en minskning av behandlarens betydelse efter avslutad behandling. Variationen över tid har tidigare påvisats i en examensuppsats i psykologi, där i form av en successiv ökning av alliansen under ångestbehandlingens gång (Linna, 2007). Detta samband kunde dock inte styrkas av denna studie.

En förklaring till sambandet mellan skattad allians och symtomreduktion skulle kunna finnas i Strunk och medarbetares (2010) studie, som visar på att en tidig minskning av symtom fungerar som katalysator för den terapeutiska alliansen. I linje med detta skulle då den högt skattade alliansen vara förknippad med en lindring av symtom, vilket då i viss mån attribueras till terapeuten. Med detta i åtanke är den tidiga mätningen av alliansen i denna studie mest intressant att titta på eftersom den i så fall fungerar predicerande, något som också verkar vara fallet då den tidiga skattningen av arbetsallians hade ett signifikant samband med symtomreduktion. Sambandet skulle också kunna kopplas till andra bakgrundsfaktorer såsom förväntanseffekter och motivation hos deltagarna. Vid

hög motivation och positiva tankar inför behandlingen kan det tänkas att det också överförs till relationen med behandlarstödet. De som skattat högt avseende allians skulle i så fall också vara mer motiverade i behandlingen och effekten skulle då också kunna hänföras till det.

Forskning har visat att det finns ett samband mellan patientens bidrag till alliansen och utfallet av behandlingen, samma samband har dock inte funnits mellan terapeutens bidrag och behandlingsutfall för patienten (Krupnick et al., 1996). Att behandlingen sker via internet skulle kunna ha effekten att detta samband blir mer dominant. Eftersom deltagarna inte träffat terapeuten ansikte mot ansikte har kontakten varit mycket begränsad och deltagarna har på grund av detta mindre information tillgänglig att basera sina antaganden på, något som skulle kunna bidra till att de egna föreställningarna och förväntningarna får större påverkan.

Resultaten kring arbetsallians är intressanta utifrån Bordins (1979) tankar kring de tre komponenterna i alliansbyggande: överenskommelse kring mål, samarbete kring uppgifter och etablering av ett affektivt band. Behandlarstödet möjligheter till dessa aktiviteter har under förhållandena varit begränsade. Överenskommelse kring mål ingår inte som sådant i behandlingsprogrammet och möjligheterna till etablering av känslomässigt band bör också varit mindre än vid traditionell terapi då mindre information finns tillgänglig. Samarbete kring uppgifter däremot har förekommit i hög grad, då behandlarstödet ofta hjälpt till med arbetsuppgifterna, problemlösning kring dessa och annat. Det är intressant att terapeutisk allians ändå etablerats, med tanke på att behandlarstödet i princip endast använt sig av två av tre komponenter i Bordins modell.

Det kan också tänkas att sambandet mellan skattad arbetsallians och symtomreduktion är kopplat till den relation som deltagarna har till programmet. En skillnad mellan traditionell KBT och internetbaserad KBT är att stödet i internetbaserad KBT snarare fungerar som praktisk coach än som djupgående terapeut. I internetbaserad terapi fungerar även programmet som behandlande genom att det tillhandahåller psykoedukation och strategier, medan behandlarstödet roll är att ge feedback och uppmuntra arbetet. Utifrån detta skulle det kunna tänkas att de som skattat en hög arbetsallians upplevde programmet som en effektiv behandlare.

Metoddiskussion

Reliabilitet syftar på tillförlitligheten i mätningen, här ingår bland annat att undersökningen ska vara replikerbar och då ge samma resultat. Denna studie är i hög grad replikerbar då behandlingen i huvudsak består av ett program som ser lika ut för alla, vilket gör att grundbehandlingen är densamma. Det faktum att resultaten i denna studie är likvärdiga med föregående studie gjord på Depressionshjälpen tyder också på en hög grad av replikerbarhet.

Ytterligare en styrka i denna studie avseende reliabiliteten är att mätinstrumenten som använts har hög reliabilitet, såväl som validitet, vilket är en förutsättning för att studien i stort ska vara tillförlitlig. Ytterligare en faktor som ökar reliabiliteten

är att flera olika mätinstrument använts för att mäta närliggande områden, i detta fall depressiva symtom. Då instrumenten för depression visar liknande resultat kan det antas att tillförlitligheten i studiens resultat är god eftersom flera mått fås på samma variabel och tillförlitligheten på så sätt säkras.

Självskattningsinstrumentens ifyllande i via dator ökar reliabiliteten genom att mätningen sett likadan ut vid varje skattningstillfälle. Den mänskliga felfaktorn och den mänskliga påverkan minskar genom detta förfarande. Samtidigt kan förhållandena vid tillfället för ifyllande inte kontrolleras för, vilket kan vara ett problem. Ytterligare ett tänkbart problem för tillförlitligheten är att studien innehåller ett stort antal upprepade mätningar och det kan tänkas att en uttrötningseffekt på grund av detta uppstått hos deltagarna. Många formulär som ska fyllas i upprepade gånger kan orsaka bristande motivation och minskad noggrannhet i ifyllandet, något som heller inte är möjligt att kontrollera då formulären fylls i via internet.

I den tidigare studien som är gjord på Depressionshjälpen diskuteras inklusionsförfarandet utifrån reliabiliteten. Det framhålls då att det finns en hög interbedömarreliabilitet och hög tillförlitlighet i instrumentet SCID-I, men möjligen en brist i användandet med tanke på intervjuarnas bristande erfarenhet (Hägglund & Luthström, 2011). Då även denna studies deltagare rekryterades i samband med den föregående studien blir detta resonemang också relevant för denna uppsats.

Validiteten syftar till huruvida en mätning mäter det den avser mäta. En del i detta är representativitet. Det har i denna studie säkrats genom en slumpmässig randomisering till de två grupperna, vilket ledde till en jämn fördelning avseende exempelvis kön, ålder och symtom. Studien har också en god representativitet avseende geografi och ålder. Representativiteten för samhället i stort kan dock misstänkas vara skev, exempelvis med tanke på andelen deltagare med universitetsutbildning. Detta skulle kunna ha en koppling till att rekryteringen av deltagare skedde genom dagstidningen Dagens Nyheter samt via www.studie.nu. Denna rekrytering kan också ha påverkat på andra sätt. En tänkbar riktning är exempelvis att studien har mer datorvana deltagare än genomsnittet. Det kan också tänkas att deltagarna är mer motiverade då de själva aktivt sökt upp behandlingen, vilket kan ha en påverkan på generaliserbarheten.

En faktor som ökar representativiteten i studien är inkluderandet av fyra personer som under studiens gång mottagit annan psykologisk behandling, påbörjat medicinering, alternativt höjt dos. Resultatet speglar genom inkluderandet av dessa fyra i högre grad en klinisk verklighet än om de exkluderats från beräkningarna. Att deltagare med samsjuklighet i form av ångest och dystymi inkluderats gör också att studiens kliniska representativitet ökar. Studien saknar emellertid kontrollgrupp vilket för med sig en lägre grad av validitet, då en kontrollgrupp skulle gjort det möjligt att i högre grad avgöra om behandlingen haft effekt. Som nu är fallet kan dock den tidigare uppsatsen som är gjord på behandlingsprogrammet Depressionshjälpen användas för att styrka denna

studies resultat då de där visade att den aktiva behandlingen var effektivare än den passiva kontrollbetingelsen.

Uppföljningsmätningens svarsfrekvens utgör ett hot mot validiteten i dess resultat. Med ett stort bortfall är risken stor att den grupp som svarat på mätningen inte är representativ för gruppen i stort, och då än mindre för den kliniska populationen i stort. Det är svårt att uttala sig i vilken riktning detta påverkar resultatet av mätningen, men en tänkbar riktning är att de som är mer nöjda med behandlingen också i högre grad besvarat undersökningen.

Som tidigare nämnts kan det också finnas problem kring sambandet mellan skattad arbetsallians och behandlingsutfall, något som också är kopplat till validiteten. Det är svårt att veta vad som egentligen mäts avseende alliansen och i vilken riktning sambandet här går. Ett liknande problem återfinns avseende måttet behandlingsföljsamhet, där det kan diskuteras hur väl de mått som använts i studien verkligen är mått på följsamheten. Det är svårt att veta hur väl deltagarna följt behandlingen. Tydligare mått avseende detta hade varit önskvärt men med tanke på graden av insyn som varit möjlig att få i deltagarnas arbete är de mått som nu använts de som bäst avspeglar deras insatser.

Studiens begränsningar

En begränsning i studiens metodologi är att en kontrollgrupp saknas, vilket gör att det inte helt går att utesluta att deltagarna skulle blivit bättre även utan behandling. Det som däremot talar emot att så är fallet är att deltagarna innan behandlingens början stått på väntelista och att förbättringen då borde ha skett. Ett annat skäl är att denna studies resultat går i linje med föregående studies, där kontrollgrupp fanns. Studien har vidare en begränsning i dess gruppstorlekar. Detta gör att studien har låg power vilket innebär att det är svårt att hitta skillnader mellan grupperna. Resultaten från studien hade varit än mer generaliserbara genom att ha större grupper.

Deltagarna i studien hade innan behandlingen påbörjades placerats på väntelista i tio veckor. Vilken påverkan detta haft på resultatet är svårt att säga. Även om deltagarna under denna tid inte getts någon behandling så har de satt större fokus på sitt mående genom att de under denna tid fyllt i självskattningsformulär varje vecka. Då många av deltagarnas tillstånd förbättrats under tiden på väntelista kan detta också misstänkas ha påverkat deras motivation att delta i behandlingen i en något negativ riktning.

En begränsning i studien handlar om svårigheter med att utvärdera formen av behandlarstöd, då graden av behandlarstöd är mycket varierande även inom de båda grupperna. Vissa deltagare har använt sig av behandlarstödet fullt ut, medan andra använt det i mindre grad. Ett fåtal personer som besvarat eftermätning har inte tagit del av behandlarstödet alls, vilken i hög grad försvårar den utvärdering av form av behandlarstöd som görs i denna uppsats. Detta problem återfinns dock i båda grupperna, vilket ändå torde minska dess påverkan på slutresultatet. Det finns också problem med de olika gruppernas något olika förutsättningar i relation

till behandlarstödet. Majoriteten av den grupp som hade kontakt med sitt behandlarstöd per telefon hade denna kontakt oberoende av hur deltagarens insats sett ut under veckan. Graden behandlarstöd som deltagarna i e-postgruppen fick var i högre grad kopplat till det egna engagemanget eftersom behandlarstödet var utformat så att e-post besvarades efter att de mottagits. I och med att ingen skillnad mellan grupperna syns tycks detta dock inte haft någon påverkan på resultatet av behandlingen.

För att kunna utvärdera effekten av ett program som Depressionshjälpen, som bygger på flera delar, är det av vikt att kartlägga vad i programmet som är verksamt. Denna studie har inneburit en mycket begränsad insyn i vilka delar av programmet som deltagarna gått igenom och hur de har arbetat med det. Den begränsade kontakten med behandlarstödet gör att deltagarna kan ha utfört sina behandlingar på mycket olika sätt. Troligen är detta dock fallet med denna typ av behandlingsprogram även i den kliniska verkligheten. Det skulle kunna finnas en fördel med behandlarstöd via telefon avseende detta, då telefonkontakten ger behandlaren större möjlighet att undersöka hur uppgifterna utförts, vilket borde borga för en högre kvalitet på behandlingen.

Tidigare forskning har pekat på små skillnader i behandlareffekt kopplat till kompetens hos behandlarstödet (Almlöv et al., 2009). I denna studie är det psykologstudenter som agerat behandlarstöd. Utifrån denna tanke skulle då effekten kunnat vara än större om behandlarstödet haft högre kompetens. Även de initiala kliniska intervjuerna genomfördes av psykologstudenter under handledning vilket kan ha påverkat vem som inkluderades och exkluderades i studien. Ytterligare en aspekt som skulle kunnat öka effekten av behandlingen än mer är om den utförts under mer tidsmässigt flexibla förhållanden, så som Depressionshjälpen är tänkt att utföras. Programmet är dock effektivt även med de nu angivna förhållandena.

Vidare utveckling och framtida forskning

När det gäller internetbaserad terapi är det av stort intresse att i större utsträckning genomföra forskning på kliniska grupper i kliniska miljöer. En förändring skulle kunna vara att komplettera den internetbaserade behandlingen med ökad behandlarkontakt, så som en klinisk intervju med motivationshöjande insatser innan påbörjad behandling, ökad tillgång och flexibilitet under behandling eller möjlighet till arbete med programmet i en klinisk miljö.

I den fortsatta behandlingsforskningen inom internetbaserad terapi skulle det vara av stor vikt att lägga ett ökat fokus på mediatorer som syftar på vad som ger effekt i behandlingen och moderatorer, för vem behandlingen är verksamt. Genom att ha ökad kunskap kring vem som passar för internetbaserad KBT kan det i högre grad undvikas att personer som inte är lämpliga för den typ av behandling får behandlingen och de behöver inte få med sig en negativ erfarenhet vilket i sin tur kan förvärra depressionstillståndet. Samtidigt skulle det kunna leda till att man i dagens forskningskliniska miljö skulle ha generösare inklusionskrav vilket skulle innebära att fler människor skulle kunna få hjälp.

Då Depressionshjälpen bygger på beteendeaktivering som handlar om att öka den positiva förstärkningen i patientens liv för att på så sätt minska depressiva symtom, hade det varit intressant att i någon framtida studie se närmare på denna aspekt. Redan i nuläget antecknar deltagarna ner detta i sin veckodagbok för att själv kunna följa utvecklingen. Genom att mäta eller undersöka vad som konkret förändrats i patientens liv skulle det vara möjligt att se hur patienten tagit till sig av en av behandlingens huvudaspekter och få ökad insyn i vad som är verksamt i behandlingen. Kanske skulle ett än mer interaktivt program, där dagboksregistreringarna sker via internet eller mobiltelefon kunna hjälpa till i detta avseende.

I framtida forskning fyller det också en funktion att fortsätta undersöka behandlarstöd utifrån olika aspekter och undersöka möjligheter att i ökad utsträckning skraddarsy det utifrån patientens behov. Ett skäl till att lägga stort fokus vid behandlarstödet är att det är en kostsam del i behandlingen och därför av stor vikt att utnyttja till fullo. I denna studie tilldelades deltagarna olika typer av behandlarstöd genom randomisering. Vad gäller olika former av behandlarstöd skulle det i framtiden vara av intresse att undersöka effekten utifrån vad patienterna själva föredragit, något skulle kunna tänkas påverka behandlingsföljksamhet och resultat. En i ökad grad personlig matchning mellan person och typ av behandlarstöd skulle kunna utgå från inlärningsstil. Behandlarstöd via telefon skulle kunna lämpa sig bättre för personer med en auditiv inlärningsstil medan det för personer med en i ökad grad visuell inlärningsstil skulle kunna få ut mer av behandlarstöd via e-post. En större flexibilitet i stödet skulle också göra att behandlaren kan ta kontakt med personer som upplever problem på ett annat sätt än vad som i denna studie var möjligt. Ett utnyttjande av fler kommunikationsvägar med påminnelser och uppmuntran via exempelvis SMS vore intressant att undersöka.

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.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision ed.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.

Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 175-180.

Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö, V. & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 187*, 456 - 461.

Andlin-Sobocki, P. & Wittchen, H.U. (2005). Cost of affective disorders in Europe. *European Journal of Neurology, 12*, 34-8.

- 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.
- Barak, A., Klein, B. & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 4-17.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1996). *Beck Depression Inventory. Manual, Svensk version (Swedish version)*. Fagernes, Norway: Psykologiförlaget.
- Beck, A. & Alford, B. (2009). *Depression: causes and treatment*. 2nd edition. Philadelphia. University of Pennsylvania Press.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Weber Rouget, B., Gex-Fabry, M. McQuillan A., Dupont-Willemin, A., Aubry J.-M. & Nguyen, C. (2010). Self- and clinician-rated Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale: Evaluation in clinical practice. *Journal of Affective Disorders*, 121, 268-272.
- den Boer, P., Wiersma, D. & Van den Bosch, R. (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 34(6), 959-971.
- Bordin, E.S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
- Cavanagh, K. (2010). Turn on, tune in and (don't) drop out: engagement, adherence, attrition, and alliance with internet-based interventions. I Bennet-Levy, J., Richards, A. D., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths M. K., Kavanagh, J. D., Klein, B., Lau, A. M., Proudfoot, J., Ritterband, L., White, J., Williams, C. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions* (s 53-67) Oxford, Oxford University Press.
- Carlbring, P., Andersson, G., Andersson, C., & Berman, A. H. (2010). Dator- och telefonstyrda behandlingar. In A. H. Berman & C. Å. Farbring (Eds.), *Kriminalvården i praktiken: Strategier för att minska återfall i brott och missbruk* (699-727) Stockholm: Studentlitteratur.
- Christensen, H. (2010). Increasing access and effectiveness: using the internet to deliver low intensity CBT. I Bennet-Levy, J., Richards, A. D., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths M. K., Kavanagh, J. D., Klein, B., Lau, A. M., Proudfoot, J., Ritterband, L., White, J., Williams, C. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions* (s 53-67) Oxford, Oxford University Press.
- Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P. & Andersson, G. (2008). Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1675-1685.
- Cuijpers, P. & Andersson, G. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 196-205.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.

- Dimidjian, S., Dobson, K. S., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., Markley, D. K., Atkins, D. C., Hollon, S. D., Schmalting, K. B., Addis, M. E., McGlinchey, J. B., Gollan, J. K., Dummer, D. L., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670.
- Dimidjian, S., Barrera, J. M., Martell, C., Ricardo F. Mun, C. R. & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of Behavioral Activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 1-38.
- Ebmeier, K. P., Donaghey, C. & Steele, J.D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *Lancet, 367*, 153-167.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. & Benjamin, L. S. (1999). *Handbok: SCID I och SCID II för DSM-IV* (J. Herlofson, övers.). Danderyd: Pilgrim Press.
- Flynn, H.A. (2011). Setting the stage for the integration of motivational interviewing with cognitive behavioral therapy in the treatment of depression. *Cognitive and Behavioral Practice 18*, 46-5.
- Frisch, M.B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P.J. (1992). Clinical validation of the quality of life inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment, 4*, 92-101.
- Försäkringskassan (2011). *Kostnader för sjukpenning i sjukskrivningar (över 14 dagar) samt sjukersättning och aktivitetsersättning år 2009 fördelat på diagnos*. Socialförsäkringsrapport 2011:4. Stockholm: Försäkringskassan.
- Hanson, W. E., Curry, K. T., & Bandalos, D. L. (2002). Reliability generalization of working alliance inventory scale scores. *Educational and Psychological Measurement, 62* (4), 659-673.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M. & O'Reardon, J. P. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy versus medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 417-422.
- Hollon, S. D. & Ponniah, K. (2010). A Review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and anxiety, 27*, 891-93.
- Holmgren, J. & Tunlind, F. (2010). *Effekten av två telefonsamtal på behandlingsutfall och arbetsallians vid internetbaserad Kognitiv Beteendeterapi med behandlarstöd för paniksymtom. – En randomiserad kontrollerad studie*. Psykologexamensuppsats. Umeå: Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*(2), 223-233.
- Horvath, A.O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between Working Alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 561-573.
- Häggglund, M. & Luthström, A. (2011). *Depressionsbehandling via internet: En randomiserad kontrollerad studie*. Psykologexamensuppsats. Umeå: Institutionen för psykologi, Umeå universitet.
- Gueorguieva, R. & Krystal, J. H. (2004). Move over ANOVA: progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in papers published in the Archives of General Psychiatry. *Archives of General Psychiatry, 61*, 310-317.

- Hopko, D.R., Robertson, S.M.C. & Lejuez, C.W. (2006). Behavioral Activation for Anxiety Disorders. *The Behavior Analyst Today*, 7(2), 212–224
- Jacobson, N. S., Martell, M. R. & Dimijian, S. (2001). Behavioral activation for depression: Returning to contextual roots. *Clinical psychology: Science and practice*, 8, 255-270.
- Kaltenthaler, E., Brazier, J., De Nigris, E., Tumur, I., Ferriter, E., Beverly, C., Parry, G., Rooney, G. & Sutcliffe, P. (2006). Computerized cognitive behavior therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 10, (33), 1-191.
- Kaltenthaler, E., Sutcliffe, P., Parry, G., Beverley, C., Rees, A., & Ferriter, M. (2008). The acceptability to patients of computerized cognitive behaviour therapy for depression: a systematic review. *Psychological Medicine*, 38, 1521–1530.
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M. & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608–620.
- 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.
- Kessler, D., Lewis, G., Wiles, N., King, M., Weich, S., Sharp, D.J., Araya, R., Hollinghurst, S. & Peters, T.J. (2009). Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 374, 628-634.
- Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. & Pilkonis, P.A. (1996). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 532-53.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling – en introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Natur och kultur: Stockholm.
- Lam, R., Tam, E., Yatham, L., Shia, I-S, & Zis, A., (2001). Seasonal depression. The dual vulnerability hypothesis revisited. *Journal of Affective Disorders* 63, 123–132.
- Linna, E. (2007). *Allians och Internetbehandling – Om arbetsalliansens förändring och samband med behandlingsutfall vid individualiserad internetbehandling för ångestsyndrom*. Psykologexamensuppsats. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings universitet.
- Marks, I. & Cavanagh, K. (2009). Computer-Aided Psychological Treatments: Evolving Issues. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 121-41.
- Marks, I. M., Cavanagh, K. & Gega, L. (2007). *Hands-on help. Computer-aided Psychotherapy*. East Sussex. Psychology Press.
- Martin, D.J., Garske J.P. & Davis, K.M. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance with Outcome and other Variables: A Meta-Analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Meldgaard - Bruun, L. & Nielsen - Straarup, K. (2010). *När uppmärksamheten sviktar. Kognitiva besvär vid depression och bipolär sjukdom*. Eli Lilly Sweden AB.
- Mor, N. & Haran, B.D. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression. *Israel Journal of Psychiatry Related Science*, 46, 269–273.

- Montgomery, S. A. & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Newman, M. G., Szkodny, L. E., Llera, S. J. & Przeworski, A. (2011). A review of technology-assisted self-help and minimal contact therapies for anxiety and depression: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Clinical Psychology Review*, 31, 89-103.
- Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows E. A. & McClure, K. S. (2000). *Practitioners Guide to Empirical Based Measures of Depression*. New York: Kluwers Academic/Plenum Publishers.
- Palmqvist, B., Carlbring, P., Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatment with or without therapist input: does the therapist factor have implication for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcome Research*, 7, 291-297.
- Paunovic', N. & Öst, L-G. (2004). Clinical validation of the Swedish version of the Quality of Life Inventory in crime victims with posttraumatic stress disorder and a nonclinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 15-21.
- Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I. & Gray, J. A. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychological Medicine*, 33, 217-227.
- Proudfoot, J., Klein, B., Andersson, G., Carlbring, P., Kyrios, M., Munro, C., Lauder, S., Palermo, T., Riper, H. & Blankers, M. (2010). Guided CBT internet interventions: specific issues in supporting clients with depression, anxiety and comorbid conditions. I Bennet-Levy, J., Richards, A. D., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths M. K., Kavanagh, J. D., Klein, B., Lau, A. M., Proudfoot, J., Ritterband, L., White, J., Williams, C. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions* (s 53-67) Oxford, Oxford University Press.
- Richards, D. A. (2010). Behavioral activation. I Bennet-Levy, J., Richards, A. D., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths M. K., Kavanagh, J. D., Klein, B., Lau, A. M., Proudfoot, J., Ritterband, L., White, J., Williams, C. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions* (s 53-67) Oxford, Oxford University Press.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2004). *Behandling av depressionssjukdomar: En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). (2007). *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. SBU Alert-rapport nr 2007-03. Stockholm: SBU.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 - stöd för styrning och ledning*. (SOU 2010:3/4). Västerås: Edita Västra Aros.
- 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*, 2007, 37, 319-328.
- 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, 21-28.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, 64(2-3), 203-216.
- Sveriges psykologförbund. (2009). *Depression. En rapport om mänskliga och ekonomiska vinster*. Stockholm: Sveriges psykologförbund.

Titov, N., Andrews, G., Davies, M., McIntyre, K., Robinson, E. & Solley, K. (2010). Internet Treatment for Depression: A Randomized Controlled Trial Comparing Clinician vs. Technician Assistance. *PLoS ONE* 5(6): e10939.

Titov, N., (2011). Internet-delivered psychotherapy for depression in adults. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 18-2.

Tracey, T., J. & Kokotovic, A., M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207-210.

Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Öberg, J., Carlbring, P., Eriksson, T. & Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 368-376.

Waller, R. & Gilbody, S. (2008). Barriers to the uptake of computerized cognitive behavioral therapy: a systematic review of the quantitative and qualitative evidence. *Psychological Medicine*, 39, 705-712.

Warmerdam, L., Smit, F., van Straten, A., Riper, H. & Cuijpers, P. (2010) Cost-Utility and Cost-Effectiveness of Internet-Based Treatment for Adults With Depressive Symptoms: Randomized Trial. *Journal of Medical Internet Research* 2010;12(5):e53.

Watson, J. C. & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1), 25 - 33.

Westbrook, D., Kennerley, H. & Kirk, J. (2011). *An introduction to cognitive behaviour therapy. Skills and applications. 2nd Edition.* London: Sage publications.

Whitehead, L. & Proudfoot, J. (2010). Standards and operation guidelines for internet interventions. I Bennet-Levy, J., Richards, A. D., Farrand, P., Christensen, H., Griffiths M. K., Kavanagh, J. D., Klein, B., Lau, A. M., Proudfoot, J., Ritterband, L., White, J., Williams, C. *Oxford Guide to Low Intensity CBT Interventions* (53-67) Oxford, Oxford University Press.

World Health Organization. *World Health Organization.* (2004). Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options.
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.