

“Bra jobbat!”

Uppmuntran, bekräftelse och personligt tilltal
från terapeuter i en internetbaserad KBT-behandling
för ungdomar med depression

Ida Berg & Vera Hovne

Psykologiska institutionen/Department of Psychology
Examensarbete 30 hp/Degree 30 HE credits
Psykologi/Psychology
Psykologprogrammet (300 hp)/Psychologist program
(300 HE credits)
Höstterminen/Autumn term 2020
Handledare/Supervisor: Claudia Bernhard-Oettel
& Per Carlbring
English title: Therapist’s encouragement, affirmation
and personal expression in internet-delivered CBT
for adolescents with major depression



Stockholms
universitet

”BRA JOBBAT!”

Ida Berg och Vera Hovne

Internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT) är en effektiv och snabbt växande behandlingsform, som fortfarande är relativt lite beforskad. Syftet med studien var att undersöka hur internetterapeuters kommunikation med klienter kan se ut, med data från en behandlingsstudie för unga med depression. Meddelanden från fem behandlingar med gott utfall analyserades med tematisk analys (TA). Studien fokuserade på terapeutbeteendena uppmuntra och bekräfta, samt hur terapeuterna använder personligt tilltal. Analysen resulterade i sammanlagt tolv teman. Diskussionen visar hur temana skapar övergripande mönster där behandlingen beskrivs som ett hårt arbete, vilket kräver en stark klient, som förväntas bli motiverad av terapeuten. Fynden diskuteras också utifrån behandlingens teoretiska grund, tidigare forskning kring terapeutbeteenden samt det faktum att behandlingen ges över internet.

Internetbaserad psykologisk behandling har funnits sedan mitten av 1990-talet och är i snabb utveckling. De flesta behandlingar som beforskats och tillämpas är olika former av internetbaserad kognitiv beteendeterapi, ofta – och i den här uppsatsen – kallad iKBT (Andersson, 2018; Andersson, Titov, Dear, Rozentel, & Carlbring, 2019b). Ökad tillgänglighet, möjligheter till klinisk innovation (Andersson et al., 2019b) och kostnadseffektivitet (Donker et al., 2015) är argument som lyfts fram för vårdformen. Den implementeras nu med framgång i hälso- och sjukvård världen över (Titov et al., 2018), däribland i svensk psykiatri (Hedman et al., 2014b) och primärvård (Kivi et al., 2014).

Det finns olika sorters iKBT-behandlingar, men gemensamt för dem är att behandlingsmaterialet levereras och administreras på en digital plattform, i regel krypterad. Behandlingen bygger i allmänhet på ett standardiserat självhjälpsmaterial i text och bild som klienten tar del av. Utöver detta kan stöd från en behandlare tillkomma, då brukar behandlingsformen kallas guddad eller vägledad iKBT. På behandlingsplattformen finns då tekniska lösningar för kommunikation mellan klient och behandlare, så som meddelandefunktioner. På plattformen finns också ofta formulär för självskattningar så att behandlaren kan följa hur klienten mår (Andersson et al., 2019b).

Forskning har visat att iKBT är ett effektivt sätt att behandla olika typer av psykiska besvär och sjukdomar (Andersson, 2018; Andersson, Carlbring, Titov, & Lindefors, 2019a; Andersson et al., 2019b; Carlbring, Andersson, Cuijpers, Riper, & Hedman-Lagerlöf, 2018). iKBT med behandlarstöd är mer effektivt än exempelvis väntelista och tycks vara lika effektivt som så kallad ansikte mot ansikte-behandling där klienten träffar en terapeut fysiskt. Det gäller vid bland annat depression (Königbauer, Letsch, Doebler, Ebert, & Baumeister, 2017) och ångeststörningar (Andrews et al., 2018; Olthuis, Watt, Bailey, Hayden, & Stewart, 2015). Effekterna tycks även hålla i sig över tid (Andersson, Rozentel, Shafran, & Carlbring, 2018).

Socialstyrelsen (2020) skriver i sina ”Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom” att psykologisk behandling för dessa tillstånd kan förmedlas på olika

sätt, däribland via internet. Myndighetens riktlinjer för vuxna gäller numera även när behandlingen förmedlas på internet. iKBT för barn och ungdomar har ännu inte studerats i samma utsträckning som iKBT för vuxna (Vigerland et al., 2016) och Socialstyrelsen inkluderar heller inte internetförmedlad behandling i de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångest hos barn och unga (Socialstyrelsen, 2020). Även för ungdomar finns det dock stöd för att iKBT ger effekt (Ebert et al., 2015; Vigerland et al., 2016). För ungdomar verkar internetbaserad behandling också kunna sänka trösklarna till att alls söka vård.

Den här uppsatsen utgår ifrån en iKBT-behandling för ungdomar med depression (Mechler et al., 2020) och handlar om vad iKBT-behandlare gör. Vi ska i det följande beskriva kunskapsläget kring dessa behandlare: hur de gör, vad de gör och vilken roll det kan tänkas spela för behandlingen.

Behandlarens roll och betydelse

Effekten av iKBT är större när klienten har kontakt med en behandlare, jämfört med ren självhjälp. Behandlarstöd kan kopplas till effekt både när det gäller klientens symptom, följsamhet i behandlingen och avhopp (Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014). Den här kunskapen ligger till grund för implementering av iKBT i vården, exempelvis konstaterar Region Stockholm (Stockholms läns landsting, 2018) att iKBT alltid ska erbjudas med behandlarstöd.

Omfattningen av behandlarstödet i iKBT varierar. I den typiska behandlingen består stödet av asynkrona krypterade meddelanden till klienten, jämförbara med e-post (Andersson et al., 2019b). Det kan också röra sig om någon enstaka inledande telefonkontakt (Titov et al., 2016), att klienten själv får höra av sig för frivillig återkoppling vid behov eller kontakt flera gånger per vecka (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009). Behandlingar kan också kombinera meddelanden med synkron kommunikation, exempelvis chattar (Topooco et al., 2018; Topooco et al., 2019).

Vilken betydelse omfattningen av behandlarstödet har för behandlingens effekt är oklart. En översikt av forskningsläget kring iKBT för depression visar att effekten av behandlingen verkar vara större ju mer behandlarstöd som ges. Kontakt med klienten även före och efter behandlingen, istället för bara under behandlingen, tycks kunna förbättra effekten (Johansson & Andersson, 2012). En systematisk översikt för iKBT för olika tillstånd hittar däremot inget stöd för att mängden behandlarstöd skulle ha någon betydelse för effekten (Baumeister et al., 2014). Tre meddelanden per vecka från behandlare i iKBT för paniksyndrom har exempelvis visat sig ge samma effekt som ett meddelande i veckan (Klein et al., 2009).

Det är inte heller klarlagt vem som ger mest effektivt stöd. Exempelvis har behandlarstöd från oerfarna terapeuter visat sig vara lika effektivt som stöd från erfarna terapeuter (Andersson, Carlbring, & Furmark, 2012) och stöd av mer praktisk och teknisk karaktär, utan kliniska råd, har visat sig räcka för att få effekt (Titov et al., 2010). Vem som har mest nytta av behandlarstöd är också en öppen fråga. Behovet kan vara större för ungdomar än för vuxna. Exempelvis visar en studie av en iKBT-behandling för ungdomar med depression och ångest att de som får stöd av lärare gör behandlingens övningar i högre utsträckning än de som genomgår behandlingen helt på egen hand (Neil, Batterham, Christensen, Bennett, & Griffiths, 2009).

Forskningen om internetbaserad psykologisk behandling har hittills framför allt varit kvantitativ. Den kvalitativa forskningen är på stillsam frammarsch men antalet studier är

få (Andersson et al., 2019b). Det finns kvalitativa studier om hur klienter uppfattat behandlingen och vad de har fått ut av den (Beukes et al., 2018) och om vad ungdomar minns och lärt av iKBT-behandling för depression (Berg, Malmquist, Rozental, Topooco, & Andersson, 2020a). En kvalitativ studie om iKBT för depression visar att både för mycket kontakt med behandlaren och för lite kan ses som hinder för en lyckad behandling. Å ena sidan önskar klienter stöd i behandlingen, men för mycket kontakt kan också göra att klienten börjar tvivla på sin egen förmåga och autonomi, något som ses som viktigt för lyckad terapi. Behandlarstödet gör alltså iKBT mer effektivt, men mycket återstår att utforska när det gäller hur det bör utformas (Bendelin et al., 2011).

Kunskapen om vad iKBT-terapeuter gör

För att öka kunskapen om behandlarstödet i iKBT har forskare studerat vad terapeuter gör, genom att undersöka innehållet i meddelanden som de skriver till klienter. Vi ska nu titta närmare på forskningen om dessa så kallade terapeutbeteenden.

Stödjande kommentarer vanligt

Den första studien, enligt vår vetskap, om terapeutbeteenden i iKBT undersökte en behandling för bulimi (Sánchez-Ortiz, Munro, Startup, Treasure, & Schmidt, 2011). Meddelanden från en randomiserad kontrollerad studie (RCT) (Sánchez-Ortiz et al., 2010) kodades i tre breda kategorier: stödjande kommentarer (*supportive comments* på engelska), KBT-kommentarer (*CBT comments*) och tekniska kommentarer (*technical or study related comments*). En stödjande kommentar har som huvudsyfte att vara exempelvis uppmuntrande eller bekräftande. Här återfanns även validering, normalisering och yttranden som uttryckte empati. En stödjande kommentar ska inte rikta sig specifikt mot ett problem, men kan däremot handla om att uppmuntra utfört arbete eller framsteg, eller mer generellt bekräfta att klienten har det svårt. (Exempel: "Det ser ut som att du arbetar väldigt hårt med övningen och det verkar löna sig. Så skönt för dig!") I en KBT-kommentar ska terapeuten syfta på en specifik tanke eller känsla hos klienten eller ge ett förslag på hur dessa ska tacklas. (Exempel: "Nästa gång du känner dig ledsen, skriv ner vad som är det värsta som skulle kunna hända om du erkände för dig själv att du var ledsen, utan att försöka göra någonting åt det.") Tekniska kommentarer handlar om hur själva plattformen fungerar eller om sådant som rör behandlingsstudien. (Exempel: "Vår tekniker säger att det är problem med servern just nu.") Denna första studie visade att nästan alla meddelanden, 95,4 procent, innehöll minst en stödjande kommentar. KBT-kommentarer förekom i 14,7 procent av meddelandena och tekniska kommentarer i nästan lika många, 13,6 procent.

Det faktum att stödjande kommentarer tog upp en så stor del av terapeuternas kommunikation, samtidigt som KBT-innehåll fick ett relativt begränsat utrymme, diskuteras av författarna som ett delvis överraskande fynd och de ger tre möjliga förklaringar. Först diskuteras om de många stödjande kommentarerna är ett försök att bygga allians, i brist på kontakt ansikte mot ansikte. Sedan diskuteras om meddelandena från klienterna kanske innehåller för få detaljer för att det ska vara möjligt för terapeuterna att svara med ett förslag på en KBT-strategi anpassad för den unika klientens situation. En tredje tänkbar förklaring är att det huvudsakliga syftet med terapeutstödet är att komplettera självhjälpsmaterialet och motivera till engagemang i behandlingen. Det mest effektiva är möjligen inte att använda sig av KBT-tekniker när formen för kontakten är meddelanden. Författarna påpekar exempelvis att ett viktigt verktyg i en KBT-terapeuts verktygslåda är sokratiska frågor. Den tekniken är svåransvänd när kommunikationen med klienten är avgränsad till ett eller två meddelanden i veckan (Sánchez-Ortiz et al., 2011).

I studien undersöktes inga samband mellan terapeutbeteenden och utfall. Däremot visade den RCT-studie som meddelandena ursprungligen kom ifrån att klienterna förbättrades i sin bulimi av behandlingen, jämfört med väntelista. De var också mindre deprimerade och hade mindre ångest efter behandlingen (Sánchez-Ortiz et al., 2010).

Fler nyanser av stöd

Terapeutbeteenden i en behandling av generaliserat ångestsyndrom (GAD) har också studerats (Paxling et al., 2013). Åtta distinkta terapeutbeteenden hittades i meddelandena. Förstärka genomförda uppgifter (*task reinforcement*, 40 procent), arbeta med klientens egen förmåga (*self-efficacy shaping*, 34 procent) och prompta genomförande av kommande uppgifter (*task prompting*, 12 procent) var vanligast. Förstärka genomförda uppgifter hade ett positivt samband med symtomförbättring.

I GAD-behandlingen sorterades alltså innehållet i meddelandena in i fler beteenden, jämfört med bulimi-studien. Vid en första anblick kan det därför se ut som att resultaten skiljer sig mycket åt, vilket inte är fallet. Exempelvis skulle alla de tre vanligaste beteendena i GAD-behandlingen sorteras in under kategorin stödjande kommentarer i bulimi-behandlingen, med undantag av delar av prompta genomförande av kommande uppgifter som hade kodats som kommentarer om KBT. Den främsta skillnaden mellan studierna gäller inte vilken typ av beteenden som terapeuterna använder, utan vilka ord författarna väljer för att beskriva dem, och hur finmaskig indelningen är. Innehåll som handlar om att terapeuten på olika sätt hejar på klienten på ett sätt som inte är tydligt kopplat till specifikt KBT-innehåll var mycket vanligt i båda behandlingarna.

Terapeutbeteenden kopplas till förbättring

I en studie av terapeutbeteenden i en depressionsbehandling identifierades nio distinkta terapeutbeteenden (Holländare et al. 2016). Även här syns samma mönster som tidigare: mer generella heja-rop i vid mening stod för en stor del av materialet, medan kommentarer, specifika råd och förklaringar med tydlig koppling till KBT stod för en mindre del. De vanligaste beteendena var: uppmuntra (*encouraging*, 31,5 procent), bekräfta (*affirming*, 25,1 procent) och guida (*guiding*, 22,2 procent).

I diskussionen drar författarna paralleller mellan terapeutbeteendet uppmuntra och bulimi-studiens stödjande kommentarer samt GAD-studiens förstärka genomförda uppgifter. Dessa tre beteenden är vanligast i respektive studie. Depressions-studiens näst vanligaste terapeutbeteende bekräfta innefattar underkategorierna normalisera, validera och summera. Både validera och normalisera är i bulimi-studien kategoriserade som stödjande kommentarer. Det handlar alltså även här om samma sorts beteende, men en annan kategorisering. Bekräfta motsvaras i GAD-studien av stärka alliansen (*alliance bolstering*) och visa empati (*empathetic utterance*).

Tre terapeutbeteenden i depressions-studien korrelerade med symtomförbättring: bekräfta, uppmuntra och berätta om egna erfarenheter av problemet (*self-disclosure*). Self-disclosure förekom mycket sällan, endast i 0,9 procent i materialet (Holländare et al., 2016).

Terapeutbeteenden kopplas till försämring

Ytterligare en studie har undersökt terapeutbeteenden i iKBT mot depression (Schneider, Hadjistavropoulos, & Faller, 2016). Den här gången utgick forskarna från de åtta terapeutbeteenden som beskrevs i GAD-studien (Paxling et al., 2013). Utöver dessa identifierades ytterligare tre. De vanligaste beteendena var: stärka alliansen (21 procent), administration (16 procent), samt förstärka genomförda uppgifter (14 procent) och

prompta genomförande av kommande uppgifter (14 procent). Utifrån tidigare forskning var resultatet väntat, bortsett från administration. Administration motsvarar närmast delar av det som ryms i tekniska kommentarer i bulimi-studien (Sánchez-Ortiz et al., 2011), samt ett mindre vanligt beteende i den första depressions-studien kallat klargöra ramarna (*clarifying the framework*).

Forskarna fann ingen korrelation mellan något av terapeutbeteendena och förbättring av depression. Däremot fanns en korrelation mellan ett flertal av terapeutbeteendena och försämrad depression. En möjlig förklaring som lyfts fram är att de klienter som inte förbättras eller inte följer behandlingen i tillräckligt hög grad driver en ökning av terapeutbeteenden hos terapeuterna. Forskarna funderar även på hur urvalet kan ha påverkat resultatet, i förhållande till tidigare forskning där positiva samband hittats (Schneider et al., 2016).

Kunskapen kring terapeutbeteenden utvecklas

Med utgångspunkt i ovanstående forskning kring terapeutbeteenden, samt klinisk erfarenhet av internetbehandling, skapades instrumentet ICBT-TRS (ICBT Therapist rating scale) för att bedöma internetterapeuters färdigheter och följsamhet, i syfte att kunna ge återkoppling (Hadjistavropoulos, Schneider, Klassen, Dear, & Titov, 2018).

ICBT-TRS innehåller nio terapeutbeteenden som internetterapeuter uppmanas att använda. Utgångspunkten i valet av beteenden är att de ska förekomma i tidigare forskning. Vissa kategorier motsvarar exakt de som beskrivs i andra studier, andra beteenden har delats upp. Terapeutbeteenden som bara förekommer i låg grad har tagits bort, exempelvis self-disclosure (Holländare et al., 2016). Utöver att beteendena ska vara vanliga i tidigare forskning finns det ingen tydlig beskrivning av hur urvalet av dem har gått till, eller på vilken grund de har avgränsats från varandra. Instrumentet innehåller exempel på hur de rekommenderade beteendena kan se ut. Sex av nio exempelmeningar ur ICBT-TRS skulle kunna sorteras som stödjande kommentarer enligt Sánchez-Ortiz et al.:s indelning (2011).

I en utvärdering av ICBT-TRS hittades ett samband mellan hög grad av de terapeutbeteenden som ingår i instrumentet och högt engagemang i behandlingen från patienten, i form av exempelvis inloggningar och lästa moduler. Det visade sig också att terapeuter med mer utbildning i KBT och de som arbetade på specialistenheter använde fler terapeutbeteenden. Deras meddelanden fick därför högre poäng när de utvärderades med ICBT-TRS. Det fanns dock inget samband mellan hög poäng på ICBT-TRS och symtomförbättring (Hadjistavropoulos et al., 2018).

Instrumentet ICBT-UTBS (ICBT Undesirable therapist behaviours scale) har utvecklats för att mäta oönskade terapeutbeteenden och tar sin utgångspunkt i en behandlingsstudie av depression och ångest (Hadjistavropoulos, Gullickson, Schneider, Dear, & Titov, 2019). 10,7 procent av meddelandena innehöll minst ett oönskat beteende. Vanligast var att terapeuterna inte skrev tillräckligt detaljerat (*inadequate detail*, 6,4 procent) eller missade att ta upp viktigt innehåll (*unaddressed content*, 4,0 procent). Ett sällsynt beteende var olämplig self-disclosure (*inappropriate self-disclosure*, 0,6 procent). Detta innebär att terapeuten avslöjar saker om sig själv som inte har en tydlig terapeutisk avsikt, eller som inte går att koppla till klientens situation. Ett exempel är, enligt författarna, när terapeuten pratar om egen ångest eller egna depressiva symtom. Författarna menar att det är viktigt för internetterapeuter att lära sig att skilja mellan goda och dåliga exempel på self-disclosure, och hänvisar här till det positiva samband mellan self-disclosure och

utfall som Holländare et al. (2016) funnit. Det fanns inget samband mellan oönskade beteenden och utfall.

Sammanfattning av forskningen om terapeutbeteenden

Sammanfattningsvis är forskningen om terapeutbeteenden i iKBT relativt mager och även spretig. De behandlingar som studerats rör olika tillstånd och har delvis olika upplägg, terapeutstödet utformning varierar, liksom urvalet till studierna. Det finns inte heller någon samsyn kring hur terapeutbeteenden ska definieras och särskiljas från varandra, vilket försvårar jämförelser. När det gäller resultat skiljer sig fördelningen mellan olika terapeutbeteenden åt i studierna, även de som använder samma kategorisering. Det finns inte heller någon samstämmig bild av terapeutbeteendens samband med utfall, men beteendet förstärka kommande uppgifter (Paxling et al., 2013), även kallat uppmuntran (Holländare et al., 2016), korrelerar med symptomförbättring. Med det sagt framträder trots allt ett svagt mönster i studierna: bekräftelse, uppmuntran och andra icke KBT-specifika beteenden har en mer framträdande roll än beteenden som har en direkt och tydlig koppling till KBT-materialet i behandlingen.

iKBT med beteendeaktivering för ungdomar

Den här uppsatsen bygger på data från en pågående internetbaserad KBT-behandling för ungdomar med depression (Mechler et al., 2020). Behandlingen har utvecklats från en iKBT-behandling för vuxna med depression (Topooco et al., 2018), som i sin tur baseras på behandlingsprotokoll för ansikte mot ansikte-behandling, med utgångspunkt i beteendeaktivering (BA) och kognitiv omstrukturering (Andersson et al., 2005).

iKBT-behandlingen för ungdomar med depression har tidigare utvärderats i två RCT-studier som visade att den har effekt på depressionssymtom, och att effekten håller i sig över tid. I den första utvärderingen var mellangruppeffekten måttlig (Cohens $d=0.71$) jämfört med kontrollgruppen (Topooco et al., 2018), i den andra var effekten stor ($d=0.86$) (Topooco et al., 2019).

BA löper som en röd tråd genom denna depressionsbehandling. BA baseras på inlärningsteori och innehåller interventioner som att kartlägga beteenden och dess koppling till måendet, och att planera in aktiviteter (Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010). Terapeuten i BA ska hjälpa klienten att engagera sig i livet så att sannolikheten ökar för att klienten kommer i kontakt med naturliga förstärkare den gått miste om i sin depression. Naturliga förstärkare är sådana som följer naturligt på klientens beteende i dennes egen miljö och sammanhang. De står i kontrast till godtyckliga förstärkare, som inte har någon naturlig koppling till de beteenden de avser att förstärka. Ett exempel är städning: att det blir rent och att andra människor vill besöka dig är en naturlig förstärkare, att du får titta på tv när du har städlat är en godtycklig förstärkare. Även om ökad kontakt med naturliga förstärkare är målet i BA, kan även godtyckliga förstärkare användas i behandlingen.

Vad iKBT-terapeuter uppmanas att göra

KBT-terapeuter som behandlar på internet har att förhålla sig till rekommendationer och råd som bygger på både forskning och klinikers erfarenhet. Det tidigare nämnda bedömningsinstrumentet ICBT-TRS är exempelvis utvecklat för att också fungera som en sorts rekommendation för vad internetterapeuter ska göra (Hadjistavropoulos et al., 2018).

Två svenska handböcker om iKBT lyfter fram terapeutens stödjande funktion, i linje med vad forskningen om terapeutbeteenden har visat. I ”Internetbehandling med KBT”

(Vernmark & Bjärehed, 2013) framhålls att kontakten med klienten ska användas till att stötta och skapa motivation. Terapeuten uppmanas att vid varje interaktion validera, förstärka positivt beteende, blicka framåt, och vid behov problemlösa. I ”Internetbaserad psykologisk behandling” (Hedman, Carlbring, Ljótsson, & Andersson, 2014a) konstateras att följande terapeutbeteenden är mest värdefulla: ”Validera klientens försök till förändring, och de ofta svåra känslor som detta medför”, och ”Försöka förstärka eller belöna det som klienten förmedlar som är rätt, (...) gradvis försöka mejsla fram de mest effektiva klientbeteendena genom uppmuntran” (sid. 78).

Vikten av att vara personlig poängteras i instruktioner riktade till terapeuter. Att återknyta till specifika detaljer i klientens berättelse framhålls som ett önskvärt sätt att bli personlig. Att återknyta till personliga erfarenheter, såväl allmänmänskliga sådana som erfarenheter som behandlare, påstås kunna skapa en bra arbetsallians (Hedman et al., 2014a).

Terapeuterna i iKBT-behandlingen för ungdomar med depression, som vår data kommer ifrån, uppmanas att i kontakten med klienterna visa värme, omtanke, att de finns kvar för klienterna och inte dömer. Terapeuterna uppmanas vidare att ”aldrig skamma” missade sessioner och ej genomförda övningar, validera att behandlingen är tuff och hjälpa deltagaren att hitta rätt nivå (ERiCA, 2020). Terapeuterna ombeds att i sin kommunikation med klienterna förutse utmaningar, ge praktiska tips, hjälpa till att hitta rätt ambitionsnivå, lösa praktiska frågor, och gärna inflika detaljer som visat att terapeuten ”uppmärksammar och förstår ansträngningen i det som patienten gjort, oavsett om hen lyckats” (N. Topooco, personlig kommunikation, 1 september 2020). Terapeuterna uppmanas också bland annat att ge positiv förstärkning, uppmuntra klientens arbete, försök och framsteg, validera utmaningar och visa personlig värme, exempelvis genom att minnas detaljer om klienten och skriva ut känslor i text.

I BA, den röda tråden i depressionsbehandlingen, betonas terapeutens problemlösande funktion och terapeutens roll beskrivs som coachande (Martell et al., 2010). Terapeuten i BA ska uppmuntra klienten att närma sig förstärkande aktiviteter och lösa problem. Den ska fokusera på vad klienten lärde sig av en aktivitet, oavsett om den gick bra eller dåligt. Uppmuntran i form av beröm beskrivs som en del av coachningen, eftersom många deprimerade klienter underskattar sin förmåga. Det som ska ge klienten hopp är dels att terapeuten har en nyfiken attityd kring klientens aktiviteter och vad den kan lära av dem, dels att problemlösning snarare än framgång är det som driver behandlingen framåt.

I behandlarmanualen (Martell et al., 2010) beskrivs även hur terapeuten ska arbeta med förstärkning i sessionen. Det konstateras vara en svår uppgift eftersom ingen vet vad som är förstärkande för en individ innan man har sett om ett önskat beteende har ökat i frekvens. Trots detta skriver författarna att beröm, genuin entusiasm och fokuserad uppmärksamhet är meningsfulla förstärkare för de flesta klienter. Ett exempel på god förstärkning är en terapeut som med genuin värme och intresse säger ”Det var nytt för dig att du gick till affären! Var det svårt? Hur gjorde du?”. I detta exempel visar terapeuten att den har sett förändringen, bekräftar ansträngningen och uttrycker genom en öppen fråga att förändringen var viktig (Martell et al., 2010).

Våra val av terapeutbeteenden och inriktning

Denna uppsats fokuserar på terapeutbeteendena uppmuntra, bekräfta och self-disclosure, som korrelerar med utfall i iKBT (Holländare et al., 2016). Vi har valt att vidga beteendet self-disclosure till att även omfatta andra sätt att vara personlig, eftersom vi som terapeuter rekommenderas att vara det. Vi kallar detta för personligt tilltal.

Forskare har, som vi visat, med framför allt kvantitativa metoder undersökt hur behandlarstöd och terapeutbeteenden ser ut i meddelanden som skickas från terapeuter till klienter i iKBT. Vi ville fortsätta att utforska detta, men rikta en annan sorts lampa mot sådana meddelanden. Med kvalitativ metod ville vi belysa vrår där kunskapsläget är svagt och dit den kvantitativa forskningen inte når. Kvalitativ forskning utgår från ord istället för siffror, och söker förståelse och mening på djupet snarare än på den generaliserbara bredden. Eller som Braun och Clarke (2013) uttrycker det: "Den registrerar det verkliga livets röra, sätter en organiserande ram runt den och tolkar den på något sätt" (vår översättning, sid. 20).

Vår förförståelse

Kvalitativ forskning erkänner kontextens, subjektivitetens och förförståelsens betydelse för en studies resultat (Braun & Clarke, 2013). Våra förutsättningar var följande: Vi har inte bara varit den här uppsatsens författare, vi har också under höstterminen 2020 varit terapeuter för ungdomar med depression, i den iKBT-behandling vi samtidigt har studerat. Vi var under arbetet psykologstudenter utbildade i KBT på Stockholms universitet. Det innebär att vi har undervisats i KBT-teori och haft handlett klientarbete under tre terminer. Vår kliniska KBT-utbildning har handlat om ansikte mot ansikte-behandling. Den teoretiska delen har några få gånger berört internetbaserad behandling. Vi avslutade vår psykoterapiutbildning vårterminen 2020.

Utöver att vara uppsatsförfattare och terapeuter, är vi också universitetsutbildade journalister, med mångårig yrkeserfarenhet från svenska tidningar och stor vana att arbeta aktivt med det svenska språket. Vår utgångspunkt är att text inte bara är vad som skrivs utan också hur det skrivs, och att ord spelar roll. Att vi är journalister är en del av förklaringen till att vi alls valde att skriva den här uppsatsen.

Syfte

Syftet med den här uppsatsen var att fördjupa kunskapen om vad iKBT-behandling innehåller, med fokus på vad terapeuter skriver till sina klienter i meddelanden. Genom vårt arbete vill vi öka förståelsen för hur terapeuter kan göra KBT på internet och bidra med kunskap som i förlängningen kan vara till praktisk nytta för terapeuter.

Som terapeuter får vi grundfärger att måla med, men nyanserna måste vi blanda själva. Vi uppmanas leverera uppmuntran, bekräftelse och ett personligt tilltal, men det är upp till den enskilda terapeuten att måla fram detta i texten till klienten. Vi ville i den här uppsatsen titta närmare på vilka mönster terapeuten målar.

Frågeställning

Vad innehåller terapeuternas uppmuntran, bekräftelse och personliga tilltal i meddelanden till klienterna i en internetbaserad KBT-behandling för ungdomar med depression?

M e t o d

Uppsatsens kontext

Vår data kommer från forskningsstudien ERiCA, som står för Early internet-based interventions for children and adolescents och drivs av Stockholms universitet i samarbete med Linköpings universitet (Mechler et al., 2020). ERiCA-studien jämför tidigare nämnda iKBT-behandling för ungdomar med depression med en internetbaserad psykodynamisk behandling (iPDT). ERiCA-studien har erbjudit behandling till

ungdomar under åren 2019 och 2020 och de ungdomar som inkluderats randomiserades till iKBT eller iPDT. Ungdomarna har anmält sig själva till ERiCA-studien och screenats på telefon av studiens ansvariga och terapeuter. För att inkluderas skulle ungdomen bland annat vara 15–19 år, skatta minst 9 poäng på självskattningsskalan för depression QIDS, och ha pågående egentlig depression som primär diagnos enligt den diagnostiska intervjun MINI.

ERiCA:s iKBT-behandling består av åtta moduler och pågår i tio veckor. Modulerna innehåller, i kronologisk ordning, psykoedukation om depression, beteendeanalys, beteendeaktivering, kognitiv omstrukturering, psykoedukation om ångest, känsloregleringsstrategier, samt plan för vidmakthållande (Topooco et al., 2018). Den ursprungliga behandlingen innehåller totalt 89 sidor text (Anderson et al., 2005). När den har anpassats för ungdomar innehåller vardera modul 6–10 sidor text, plus filmer, fiktiva klientexempel, övningar och hemuppgifter.

Behandlingen består av ett självhjälp-material och klienterna får behandlarstöd i form av veckovisa meddelanden. Behandlingen för ungdomar har dessutom utökats med en chatt à 30 minuter per vecka, i ett försök att minska avhopp och förbättra utfallet av behandlingen, som generellt är sämre för ungdomar än för vuxna (Topooco et al., 2018).

Undersökningsdeltagare

ERiCA:s terapeuter och deras arbete står i fokus för den här uppsatsen. De har rekryterats från psykologprogrammen på Stockholms och Uppsala universitet, samt Karolinska institutet. Totalt 40 behandlare har arbetat i studien, varav 18 i KBT-grenen. Av dem studerade samtliga på termin 10 och hade därmed avslutat sin grundläggande psykoterapiutbildning i KBT. I den här uppsatsen använder vi hädanefter begreppet ”terapeuter” om våra undersökningsdeltagare, i linje med begreppet ”terapeutbeteenden”.

Terapeuterna i ERiCA har arbetat som volontärer med screening och behandling, och parallellt med detta skrivit sina examensuppsatser utifrån data genererad i studien. Inför arbetet i ERiCA fick terapeuterna två dagars utbildning om projektet, bedömning och KBT-behandlingen.

Terapeuterna förväntades i meddelandena ge klienterna individuell återkoppling på genomförda övningar. Om klienterna inte hade gjort övningarna skickade terapeuterna ändå ett veckomeddelande om behandlingen. Instruktionen till terapeuterna var att meddelandena fick ta max 15 minuter att skriva. Förutom det längre meddelandet fick terapeuterna även skicka ett fåtal kortare meddelanden, på ett par–tre meningar, till klienterna som svar på frågor eller övningar. Även administrativa meddelanden om exempelvis ombokning av chattar förekom i kommunikationen mellan terapeuter och klienter, liksom ibland sms av administrativ art och i enstaka fall telefonsamtal.

Terapeuterna har, så länge de hållit sig inom ramen för behandlingen, varit fria att utforma sina meddelanden till klienterna som de funnit bäst. De har till exempel fått använda sig av ett språk som de känner sig bekväma med. Det har dock funnits en typ av kontrollfunktion inbyggd i projektet, i form av att forskningsansvariga har kunnat läsa allt som skrivs både av terapeut och klient. De har kunnat ge synpunkter på innehållet i kommunikationen.

Terapeuterna har under arbetets gång haft kontinuerlig handledning av legitimerad psykolog och tillgång till konkreta exempel på hur kommunikationen med klienterna kan se ut i behandlingens olika moduler. Även vi har, som tidigare nämnts, enligt detta

upplägg varit terapeuter i ERiCA-studiens KBT-gren samtidigt som vi arbetat med den här uppsatsen. Den data vi analyserade kom från tidigare terminers behandlingar.

Datainsamling

Vi har i det här arbetet analyserat de meddelanden som fem terapeuter har skrivit till fem klienter inom ramen för ERiCA:s KBT-gren. All kommunikation skedde via ERiCA:s digitala plattform iTerapi (Vlaescu, Alasjö, Miloff, Carlbring, & Andersson, 2016).

Datainsamlingen gick till på följande vis: Forskarna i ERiCA-studien valde för vår räkning slumpmässigt ut fem avslutade behandlingar genomförda av fem olika behandlare, där klienten varit aktiv och mått bättre efter behandling. Urvalskriteriet för förbättring var 6 poäng lägre på självskattningsskalan QIDS efter jämfört med före behandling, och kriteriet för aktivitet att klienten gjort övningar så gott som alla veckor. I materialet som levererades till oss fanns kopior på all textbaserad kommunikation mellan klient och terapeut under de fem behandlingarna. Eftersom vårt fokus låg på innehållet i meddelandena sorterade vi ut dessa ur materialet. Meddelandena innehöll totalt 19 779 ord.

I kvalitativ forskning finns inga exakta rekommendationer kring vilken mängd data som ska finnas i ett urval. Det är inte mängden data som är relevant, utan hur meningsbärande den är. Hur mycket data som är lämpligt beror på sådant som forskningsfråga, analysmetod, materialets fyllighet och deltagarnas engagemang. Detta leder till en datainsamling som är mer medvetet sökande, med målet att hitta data som kan skapa insikt och förståelse på djupet (Braun & Clarke, 2013). Ett viktigt första steg i en kvalitativ analys är att reducera datamängden till det som ska användas i den fortsatta analysen (Lantz, 2013). Det som inte är relevant för att besvara frågeställningen ska i det här steget bort. Datareduktionen innebär, enligt Lantz, att ”på ett systematiskt sätt välja, och därigenom också välja bort information inför den fortsatta analysen samt att förenkla och abstrahera rådata” (2013, sid. 145). Datareduktionen är en del av analysen.

Vi sållade ur meddelandena bort all text producerad av klienter, samt administrativa meddelanden av typen mallade välkomstmeddelanden och samtal kring chatttider. Vi fann att det material som återstod var tillräckligt rikt, fylligt, utförligt och varierat för att kunna besvara vår forskningsfråga med den analysmetod vi valt.

Den rådata som vi fortsättningsvis analyserade bestod av totalt 49 meddelanden skrivna av fem terapeuter i fem behandlingar (13 803 ord). Behandlingarna innehöll olika antal meddelanden (8–16 stycken) och olika mycket meddelande-text (1 650–4 528 ord). Ett meddelande kopierade text från en valbar modul i behandlingen, det sållade vi bort.

Etiska överväganden

ERiCA-studien är godkänd av Etikprövningsmyndigheten (diarienummer: 2019-03023). Ungdomarna som behandlas inom ramen för studien har gett sitt samtycke till att materialet används i forskning, och det har även terapeuterna.

All data vi tog emot från forskarna i ERiCA var avidentifierad. Vi har alltså ingen kännedom om vilka personer som har skrivit texterna, varken behandlare eller klienter. För att ytterligare skydda undersökningsdeltagarnas integritet har vi i den här texten valt bort direkta citat som innehåller faktadetaljer som skulle kunna riskera att röja deltagarnas identitet. Behandlingarna i sin helhet har under arbetets gång förvarats på ett säkert sätt med lösenordskydd.

Efter avslutat uppsatsarbete raderades all data som analyserats i den här uppsatsen, på rekommendation från ERiCA-studiens forskningsansvarige. I enlighet med den godkända etikprövningen sparas originaldata i tio år.

Analys

I kvalitativ forskning finns en rad analysmetoder, som passar för olika typer av data, forskningsfrågor, och antaganden om kunskap och verklighet. Vi har använt tematisk analys, TA, såsom den beskrivs av Braun och Clarke (2006; 2013). De framhåller TA som en flexibel metod som lämpar sig för bland annat vår typer av frågeställning, data, urval, och för studier av en examensuppsats storlek. TA är också flexibel när det gäller teoretiska utgångspunkter i synen på verklighet och kunskap.

Teoretiska utgångspunkter

Vår ontologiska utgångspunkt för det här arbetet är den kritiska realismen och epistemologiskt utgår vi ifrån kontextualism. Vi tänker att en objektiv verklighet existerar, men att vi bara ser delar av den, eftersom vi betraktar den genom en social, kulturell och historisk lins. Vi tänker att kunskap är påverkad av den kontext i vilken den uppstår och att den färgas av forskare. Även om vi inte kan göra anspråk på att hitta ”Den sanna kunskapen” om verkligheten, så tänker vi att vi ändå kan komma åt en kunskap som är sann och giltig i en viss kontext och som därmed säger oss något om verkligheten.

Terapeuterna i vår studie agerar utifrån den kontext de befinner sig i. De har fått utbildning, ramar och instruktioner baserade på rådande kunskap om vad behandlarstöd är och bör vara. Den behandling de levererar finns i verkligheten, den når klienterna. Vi som analyserar kommunikationen tittar på den genom vår speciella lins. Vi berättar en historia endast om de behandlingar vi studerat, men vår analys har en vidare relevans eftersom den fördjupar bilden av vad internetbaserad KBT-behandling kan innehålla.

Tematisk analys i flera steg

Tematisk analys handlar om att identifiera, analysera och rapportera mönster i data, och genom TA kan data beskrivas och tolkas (Braun & Clarke, 2013). En analys kan vara mer eller mindre teori- eller datadriven (deduktiv eller induktiv). En deduktiv analys utgår från en befintlig teori och letar efter något på förhand givet i materialet. En induktiv analys börjar ”blankt” och låter materialet tala för sig själv. För att uppnå vårt syfte och besvara vår forskningsfråga började vi analysen med en deduktiv ansats, för att sedan fortsätta med en induktiv ansats i nästa steg.

Deduktiv kodning

För att kunna besvara vår frågeställning om tre specifika terapeutbeteenden gjorde vi först en deduktiv analys. Vi kodade i det steget meddelandena selektivt för att sälla fram det material som vi fortsättningsvis analyserade. Denna första kodning blev på det viset samtidigt en del av vår urvalsprocess då vi ur vår rådata vaskade fram det data-set vi i senare steg analyserade. De deduktiva koderna vi utgick ifrån var uppmuntran, bekräftelse och personligt tilltal. Uppmuntran definierade vi som utsagor som syftade till att uppmuntra önskvärda klientbeteenden. I det ingick att förstärka tidigare beteenden och prompta kommande beteenden. Bekräftelse innefattade att terapeuten uppmärksammade, erkände och uttryckte intresse för klientens tankar, känslor och handlingar. I detta ingick att validera, tolka, normalisera och summera. Personligt tilltal innehöll self-disclosure, utsagor där terapeuten hänvisade till sig själv, använde sig själv som naturlig förstärkare eller på annat sätt synliggjorde sin egen person. För mer utförliga definitioner av de tre koderna och exempel på utsagor, se bilagan Deduktiv kodmall.

För att testa trovärdigheten i vår deduktiva kodmall och undersöka eventuella svagheter i den, kodade vi först en behandling var och en för sig. Vi jämförde sedan koderna och tittade hur väl vår kodning överensstämde, räknat i andel ord. Samstämmigheten var hög, 72 procent. Där vi gjort olika, eller där båda var osäkra, resonerade vi oss fram till ett gemensamt beslut. Olikheterna tydliggjorde svårigheter med vissa gränsdragningar mellan koderna, och tillät oss att successivt förtydliga definitionerna av uppmuntran, bekräftelse och personligt tilltal i vår kodmall. Vi kodade därefter ytterligare två behandlingar var, redovisade arbetet för varandra och tog gemensamma beslut kring eventuella oklarheter som återstod.

Arbetet i detta steg resulterade i att 68 procent av data-setet (9 428 ord) sorterades in i någon av de tre deduktiva koderna. Bland det bortvaskade materialet fanns exempelvis hälsningsfraser, utsagor av administrativ art, psykoedukation och generella tips från terapeuten. Av det framvaskade data-setet sorterades 37 procent av texten in i uppmuntran, 45 procent i bekräftelse, och 18 procent i personligt tilltal. De enskilda utsagorna i bekräftelse var i snitt längre än dem i de andra koderna. Uppmuntran innehöll 158 utsagor, och bekräftelse och personligt tilltal innehöll 86 utsagor vardera.

Resten av analysen gjordes gemensamt och ägnades bara åt det data-set vi sållat fram genom den deduktiva och selektiva kodningen.

Induktiv kodning

I nästa steg av vår analys analyserades med en induktiv ansats den text vi nu hade sorterat som uppmuntran, bekräftelse och personligt tilltal. Dessa tre deduktiva koder kom fortsättningsvis att fungera som en sorts kategorier, och det var inom dessa kategorier vi sökte mönster. Vi kodade utsagorna induktivt utifrån vår frågeställning, en kategori åt gången. Vi genererade i detta steg koder direkt ur datamaterialet. Braun och Clarke (2013) beskriver detta som att koderna är analysens enskilda byggstenar.

Den induktiva kodningen resulterade i totalt 213 koder: 92 i kategorin uppmuntran (exempel: bra jobbat, klienten är stark, små steg räknas), 84 i bekräftelse (exempel: bra läge för förändring, terapeuten förstår, klienten reagerar rimligt), och 37 i personligt tilltal (exempel: jag bryr mig om dig, jag tycker/känner samma som du). Arbetet med koderna fortsatte även i analysens senare steg, då plockades en del koder bort eller flyttades mellan kategorierna. Summan av koder ovan är den som gällde efter detta. Enstaka koder förekom i fler än en kategori, men räknas i den här sammanräkningen som olika. Många utsagor hade flera koder. Redan under arbetet med kodningen började vi skönja våra teman.

Arbete med teman

Efter den induktiva kodningen började vi arbeta mer fokuserat med teman. För att återgå till Braun och Clarkes (2013) metafor om koderna som byggstenar, började vi nu bygga det hus som vår tematiska analys, och resultatet av den, kan ses som. I det huset är temana väggarna och taket.

I enlighet med Braun och Clarkes beskrivning av tematisk analys (2006; 2013) gick vi nu igenom koderna i vardera kategori och klustrade dem i grupper utifrån gemensamma mönster som vi såg. Utifrån dessa kluster började vi forma teman. Vi arbetade först med koderna på papperslappar för att göra det mer överskådligt för oss. Lapparna flyttades runt och sorterades i grupper. Vi kunde då också skönja hur dessa grupper förhöll sig till varandra. När vi hade fått en första bild övergick vi till digitala listor på möjliga teman och de koder de innehöll. Där det kändes oklart, exempelvis kring koder som vi tyckte

föll utanför klustren och koder som var ensamma och svårplacerade, återvände vi till utsagorna och deras sammanhang. Det ledde till att vi ändrade en del koder och flyttade utsagor mellan kategorier även i detta steg. Vi vandrade i arbetet med teman alltså fram och tillbaka mellan koder, teman och data. Detta under ett ständigt pågående samtal, gemensam reflektion och beslut i samförstånd.

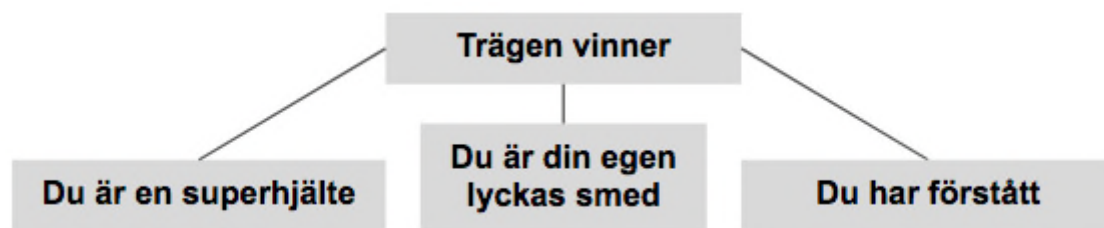
Utifrån Braun och Clarkes (2006; 2013) beskrivning av hur TA kan göras, definierade och namngav vi därefter våra teman och beskrev hur de hängde ihop med varandra. Analysen resulterade i totalt tolv teman, fyra vardera i kategorierna uppmuntran, bekräftelse och personligt tilltal.

R e s u l t a t

Vi har i den här studien sökt mönster i den uppmuntran, bekräftelse och det personliga tilltal som terapeuter i en internetbaserad KBT-behandling för unga med depression har använt sig av i de meddelanden de skickat till sina klienter.

Uppmuntran

Den första kategorin vi undersökte var uppmuntran. I materialet såg vi fyra teman: Trägen vinner, Du är en superhjälte, Du är din egen lyckas smed och Du har förstått. Trägen vinner är det mest omfattande och centrala temat i kategorin.



Figur 1. Teman i kategorin uppmuntra.

Trägen vinner

Ett omfattande tema i terapeutens uppmuntran rör sig kring beskrivningen av behandlingen som ett hårt arbete, vilket klienten behöver ta sig an med stor uthållighet. Terapeuten uppmuntrar klienten genom att betona att klienten jobbar på bra, att även små steg räknas och att det är viktigt att fortsätta att arbeta med behandlingen, även när det känns motigt eller när resultatet upplevs som skral.

Ett mycket vanligt sätt för terapeuten att uppmuntra klienten på är med utrop av typen ”Bra jobbat!” och ”Du jobbar på superbra!” när klienten har gjort någon del av behandlingen, till exempel svarat på en övning, loggat sina aktiviteter eller vågat utsätta sig för en ångestskapande situation. Genom dessa korta utrop etableras idén om behandlingen som ett arbete som klienten gör och terapeuten hejar på. Denna typ av uppmuntran förekommer även i längre utsagor där det centrala är att klienten jobbar bra:

Först vill jag säga att du har gjort ett grymt jobb med kalendern! Du har gjort jättefina anteckningar som är lätta att följa med i. (*terapeut (T) nummer 3*)

En annan viktig del av terapeutens uppmuntran handlar om hur det hårda arbetet ska angripas. Svaret är: i små steg. Denna idé framträder i uppmuntran genom att terapeuten betonar att allt det som klienten gör i behandlingen leder framåt och att även den minsta

ansträngning räknas. Här bygger uppmuntran alltså på tanken att varje litet steg som klienten tar är en viktig del av det större hårda jobb som den måste göra för att nå målet att må bättre. Terapeuten synliggör genom detta för klienten att den är (eller bör vara) aktiv i behandlingen och att denna aktivitet, om än aldrig så liten, har betydelse för behandlingen eftersom förändring sker gradvis och att det ena bygger på det andra. Terapeuten riktar i linje med detta ofta sin uppmuntran mot att klienten har börjat med till exempel en övning, snarare än mot resultatet.

Vad bra att du har börjat med vecka 4! Det ser ut som du har planerat in lagom mycket av lagom utmanande aktiviteter och det är jättebra :) precis som med träning så ska man inte köra all in på en gång utan börja litet och öka på! Precis som du har gjort. (T2)

En annan aspekt av temat Trägen vinner är när terapeuten väljer att uppmuntra att klienten fortsätter jobba med behandlingen trots att det är svårt. Detta kan gälla allt från att berätta för terapeuten hur den mår trots att det är ovant, till att genomföra aktiviteter trots att den är orolig eller att dyka upp i chatten trots att den är nervös. I denna typ av uppmuntran visar terapeuten en förståelse för att behandlingen är krävande för klienten.

Jättebra jobbat med övningarna! Du har verkligen lyckats planera in och genomföra aktiviteter, trots att du kände oro för dem. (T1)

Sammanfattningsvis är Trägen vinner ett omfattande och genomgående tema i terapeutens uppmuntran till klienten. Här ses behandlingen som ett hårt arbete som ska göras stegvis.

Du är en superhjälte

En del av uppmuntran handlar om att lyfta fram vissa egenskaper hos klienten, och måla upp en bild av klienten som kan liknas vid en superhjälte. I temat Du är en superhjälte framhäver terapeuten att klienten är modig och stark. ”Grym” och ”kämpe” är epitet som terapeuten använder för att beskriva klienten i sin uppmuntran. Superhjelte-klienten är kompetent och har vad som krävs för att göra rätt.

Du är verkligen en helt fantastisk person som är så stark och grym! (T2)

Terapeuten lyfter fram superhjältens egenskaper som en sorts förutsättning för att klara det hårda arbete som behandlingen innebär och tillvarons påfrestningar. Du är en superhjelte är på så sätt kopplat till temat Trägen vinner. Klienten har den inneboende styrkan som krävs för att kämpa vidare.

Sist vill jag verkligen betona att du anmälde dig till Erica är väldigt starkt av dig, och det är ett första viktigt steg för att må bättre. (T4)

De egenskaper som superhjälten besitter kommer alltså att hjälpa klienten att klara behandlingen, skriver terapeuten, men det är ganska vagt beskrivna styrkor som lyfts fram, utan tydlig koppling till specifika uppgifter som ska utföras. Klienten kommer att klara behandlingen för att den är grym i största allmänhet, inte för att den till exempel är bra på att planera eller har lätt för att lära.

Trägen vinner handlar om vad klienten gör eller bör göra. Du är en superhjelte skiljer sig från detta tema genom att det handlar om vad klienten är. Klienten är en superhjelte från start, det vet terapeuten, och när klienten sedan lyckas med till exempel övningar, blir detta beviset på det som terapeuten hela tiden vetat: att klienten är stark, fantastisk och modig. Superhjältens egenskaper krävs alltså för det hårda jobbet, men det hårda jobbet som klienten klarar lyfts också fram som ett bevis på att klienten är en superhjelte.

Jag tycker verkligen att du är modig och stark som tagit itu med din ångeststege och dessutom gjort en exponering på så pass hög ångestnivå direkt! :) (T5)

I Trägen vinner ges klienten ett val att arbeta eller inte, superhjälten däremot, är inte förhandlingsbar utan snarare statisk. Den är en förutsättning för behandlingen, och bekräftas av den. Superhjälten är alltid närvarande. Klienten kommer in i behandlingen som en superhjärte, fortsätter att vara en superhjärte och lämnar behandlingen som en superhjärte. Sammanfattningsvis ser vi en terapeut som säger att den tuffa KBT-behandlingen kräver sin superhjärte.

Du är din egen lyckas smed

Temat Du är din egen lyckas smed är tätt kopplat till Trägen vinner, på så vis att det bygger på den i Trägen vinner etablerade självklarheten att arbetet med behandlingen är ett hårt jobb. I Du är din egen lyckas smed betonas klientens eget ansvar för arbetet i behandlingen, och i förlängningen för sitt eget framtida mående, även efter att behandlingen har avslutats. Du är din egen lyckas smed är vanligare i slutet av behandlingarna, men förekommer även tidigare, som i exemplet nedan när terapeuten lyfter fram klientens val:

Du valde att gå på en promenad och prata med en kompis när du mådde som sämst, och det var verkligen klokt av dig. Det är sådana må-bra-aktiviteter som vi behöver mer av när vi mår dåligt. (T4)

Terapeuten understryker vidare att det hårda arbetet måste fortsätta även i framtiden, samt att makten över om detta kommer att ske ligger hos klienten. Temat innehåller också tanken att detta ansvar nu är möjligt för klienten att axla eftersom den har arbetat i behandlingen och därmed har helt nya förutsättningar för att möta kommande tuffa perioder.

Att du fortsätter göra övningarna, kör en check 1-2 ggr månad (som vi pratade om i chatten) och tar med dig det du skrev sist (att vara ledsen/nere innebär inte att du är deprimerad igen) är ett vinnande koncept! (T5)

Sammanfattningsvis innehåller Du är din egen lyckas smed idén att ansvaret för det hårda arbetet ligger hos klienten, under förutsättning att klienten fortsätter jobba enligt de metoder som finns i behandlingen.

Du har förstått

I detta tema är det klientens förståelse som står i fokus för terapeuten. När klienten har läst veckans modul, gjort övningar och/eller diskuterat detta med terapeuten i chatten väljer terapeuten att peka på att klientens arbete i ERiCA leder till ökad förståelse och insikt. Terapeutens uppmuntran gäller å ena sidan klientens förståelse av ERiCA-materialet:

Jag har också läst din Situation, tanke, känsla (STK) och du har verkligen förstått konceptet. (T1)

Å andra sidan gäller förståelsen klienten själv:

(...) för precis som du skriver så är det ofta när man till exempel är själv och börjar grubbla kring någonting eller oroa sig som man kanske också börjar må sämre, så verkligen en bra insikt du gjort! :) (T5)

Förståelse ges i många fall ett egenvärde. Syftet med övningarna blir i den här kontexten att klienten ska ha förstått något nytt, eftersom förståelse är något eftersträvansvärt i sig, värt att lyfta fram av terapeuten.

Terapeuten betonar även vikten av förståelse på ett annat sätt. I dessa fall ger terapeuten förståelsen en utökad betydelse genom att den presenteras som en del av vägen mot förändring och i förlängningen bättre mående.

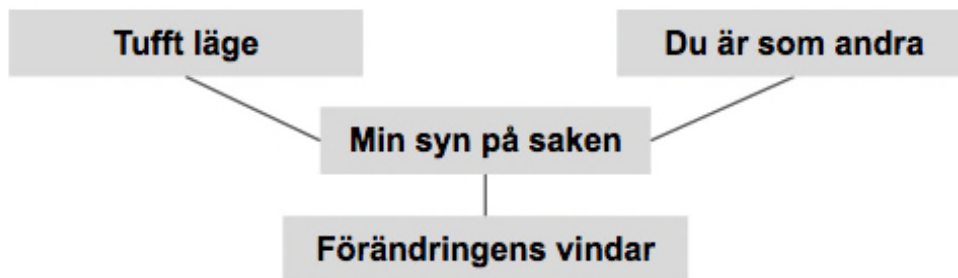
Du berättar också att du vet att det kan komma känslor och tankar som påverkar dig när du ska göra saker och bara att du vet om detta är ett stort steg i rätt riktning! (T2)

I Trägen vinner beskriver terapeuten behandlingen som bestående av många små steg. Du har förstått är ett av alla dessa steg som klienten behöver ta för att må bättre. Steget att förstå lyfts genomgående fram och betonas av terapeuten, så mycket att det framträder som ett mönster. Man kan se det som att förståelse inte endast är ett av alla de små stegen på vägen, utan kanske det enda stora steget. Av detta skäl har vi valt att se Du har förstått som ett eget tema.

Sammanfattningsvis beskrivs förståelse alltså dels som ett resultat i sin egen rätt, dels som ett delmål på vägen till det egentliga resultatet: att må bättre.

Bekräftelse

Den andra kategorin vi undersökte var bekräftelse. Analysen resulterade i följande teman: Tufft läge, Du är som andra, Min syn på saken, samt Förändringens vindar.



Figur 2. Teman i kategorin bekräfta.

Tufft läge

I detta tema samlas en del av terapeutens validering. Terapeuten bekräftar att den ser att klienten befinner sig i en kontext som är påfrestande på olika sätt. I temat Tufft läge erkänner och tydliggör terapeuten för den deprimerade klienten hur situationen är och hur klienten har det. Temat innehåller beskrivningar av att livet är jobbigt, kämpigt, tufft och tungt. Det har varit tufft, det är tufft nu och det kan komma att bli tufft även framöver.

Jag ser att du har och har haft det tufft på flera olika sätt och att du kämpar med flera jobbiga saker. (T5)

Här finns även mer specifika beskrivningar av omständigheter som terapeuten i sin bekräftelse lyfter fram som problematiska. Det är omständigheter som terapeuten kopplar ihop med det tuffa läget. Höga krav, självkritik och stress är exempel på sådana problem, liksom i viss mån ensamhet.

Du funderar också kring din självkänsla i relation till prestationer, där du också berättar att de är sammanlänkade. Det är jättejobbigt att behöva ställa höga krav på dig själv (...) (T2)

Du är som andra

Terapeutens bekräftelse handlar också om att normalisera. Ett sätt att göra det är att berätta för klienten att den är som andra. I temat *Du är som andra* är det vanligheten som betonas. Klienten skiljer sig inte från andra, utan den är likadan. Det blir ett sätt att säga till klienten att den inte är ensam om sina upplevelser.

Vilka de ”andra” är varierar: terapeuten skriver att klienten är som andra ungdomar och/eller som andra deprimerade. *Du är som andra* handlar om att säga till klienten att den tänker, känner och reagerar på ett sätt som är rimligt och förväntat i det läge klienten befinner sig..

De problem du beskriver att du har idag, med att vara osäker på vem du är, att du ältar och att du har ångest liknar hur andra ungdomar som mår dåligt beskriver att de har det. (T2)

Känslor är ett framträdande ämne i temat *Du är som andra*. Terapeuten förmedlar till klienten att det är okej och naturligt att känna känslor, att alla känslor är tillåtna och att känslor inte är något att skämmas för.

Jag förstår att det känns tungt! Självklart har du precis som alla människor behov av att känna dig sedd och bekräftad i dina känslor, och att ständigt hålla dem inom sig måste vara jobbigt. (T5)

En del av temat *Du är som andra* handlar om depressionen. Terapeuten normaliserar klientens upplevelser genom att förklara att de är vanliga vid en depression.

Du skrev även i chatten att måendet och självkänslan ofta kan hänga ihop, att när du mår dåligt så känner du dig också sämre. Det är väldigt vanligt att det är just så - när man blir nedstämd blir ens tankar om en själv ofta betydligt mörkare. (T3)

I den typen av förklaringar ryms ibland en idé om att depressionen och klienten är olika saker, alltså att depressionen inte är samma sak eller en del av klienten, utan den är något annat.

Det märks i det du skriver att du har såna tankar med dig större delen av tiden och jag vill att du ska veta att de tankarna är en del av din depression (...) (T2)

Min syn på saken

I temat *Min syn på saken* bekräftar terapeuten klienten genom att sätta en förklarande ram kring det klienten berättar. Temat skiljer sig från *Tufft läge* och *Du är som andra* genom att terapeuten, utöver att validera och normalisera klientens upplevelser, också erbjuder ett sätt att förstå dem. Det går att beskriva detta tema som att terapeuten tittar på klientens berättelse genom sina glasögon och erbjuder dessa glasögon till klienten.

Jag ser att du har beskrivit en situation där du upplever en sorts motgång eller misslyckande som du känner att du inte kan kontrollera. I stunden känns det bättre att oroa sig för det och testa alla möjliga sätt att hantera det, även om det tar tid och energi från det som är viktigare eller roligare för dig. Att försöka få kontroll över situationen kanske minskar på ångesten eller andra ännu jobbigare känslor just där och då? På så sätt är din reaktion och ditt beteende helt rimligt. Men, precis som du är inne på, så blir den långsiktiga konsekvensen att du har mer ångest och dessutom inte har energi för att göra sådant som du kan påverka, eller sånt som du mår bättre av. (T4)

Som i exemplet ovan använder terapeuten ofta de förklaringar som finns i ERiCA-modulerna och applicerar dem på klientens situation. Terapeuten använder till exempel ord som ”situation”, ”beteende”, ”kort- och långsiktiga konsekvenser” och ”ond cirkel”. Saker som förmedlas av terapeuten är till exempel att insikt inte räcker för att lösa

problem, att klientens tidigare upplevelser spelar roll för vad den känner idag, att det klienten gör påverkar hur den mår och att ett sätt att hantera känslor är att låta dem vara.

Terapeuten kan också använda ord som är mer vardagliga eller som ligger närmare klientens eget ordval när den erbjuder sin syn på saken:

Det verkar som saker du behöver göra mindre av är att sova, medan saker du behöver göra mer av är att rida, vara med kompisar och träna hunden. (T3)

Det finns i Min syn på saken också förklaringar som inte på ett tydligt sätt går att hitta i behandlingsmodulerna.

Du tar också upp ett mycket tydligt exempel på hur det blev för dig i en situation där du inte uttryckte dina känslor till dina föräldrar och sedan skadade dig själv och det låter för mig som att detta är ett tema för dig att undertrycka dina behov och känslor och att de sedan tar sig uttryck i bland annat självskada. (T1)

Med utgångspunkt i normaliseringen och valideringen, såsom den beskrivs i Tufft läge och Du är som andra, försöker terapeuten alltså hjälpa klienten att rama in sina upplevelser. Ofta kommer inramningen från ERiCA-behandlingen, men inte alltid.

Förändringens vindar

I bekräftelsen finns också ett mönster av att terapeuten skriver om förändring, kommande och den som redan skett, beroende på var i behandlingen det skrivs. I början av behandlingen bekräftar terapeuten för klienten att det är dags för nya tider. Klienten behöver inte fortsätta må dåligt, förändring är möjlig och nu är ett bra läge för den. Utsagorna kretsar bland annat kring det faktum att klienten alls har sökt hjälp. Att klienten sökt och påbörjat behandlingen framhävs av terapeuten som viktigt. Det är ett tecken på att den nu tar sig själv på allvar och på att förändringens vindar blåser.

Samtidigt blir jag imponerad över att du tagit tag i ditt mående och har sökt hjälp. Det visar att du har en drivkraft och är redo att förändra saker i ditt liv, och det tycker jag verkligen du kan vara stolt över. (T1)

I detta tema finns också en bekräftelse av en förändring i klientens mående, oftast till det bättre.

Enligt måendeskattningarna ser det ut som att måendet för det mesta är lite åt det bättre hållet snarare än åt det sämre hållet, det är kul att se! (T4)

Mot slutet av behandlingen innehåller Förändringens vindar bekräftelse av en förändring som har skett, och som gör klienten mer redo för att möta svårigheter i framtiden.

Utifrån dina beskrivningar så verkar det som att ERiCA har hjälpt dig på flera sätt. Det har blivit tydlig för dig hur dina handlingar påverkar ditt mående. (...) Du har också fått syn på att du lätt hamnar i orostankar kring vad som kan gå fel i olika situationer men genom att du har vågat utsätta dig för det du oroar dig för så har du fått en möjlighet att motbevisa detta. Du har även lärt dig att ångest alltid klingar av till slut, och att du klarar av att stå ut när det känns som värst. (T4)

Du har nu tagit dig ur dåligt mående en gång och om det kommer perioder av dåligt mående även i framtiden så har du viktiga erfarenheter och kunskaper om hur du kan hjälpa dig själv att ta dig ur det. (T3)

Denna del av Förändringens vindar har likheter med Du är din egen lyckas smed i kategorin uppmuntran. Det som skiljer de båda temana åt är att i Förändringens vindar bekräftar terapeuten hur situationen är och vad som skett inom klienten, men utan att

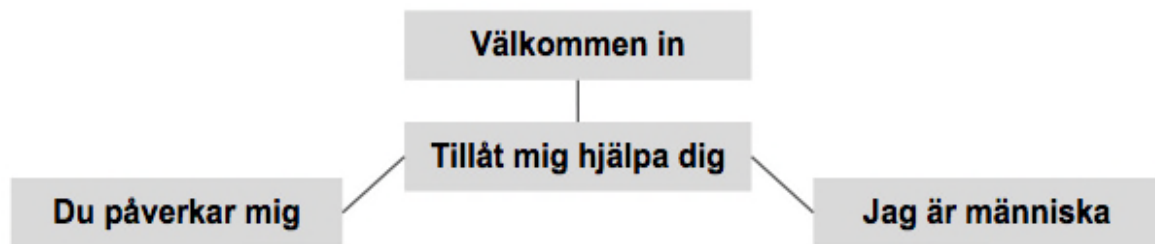
värdera vad klienten har gjort eller säga vad klienten borde göra. I Du är din egen lyckas smed uppmuntrar terapeuten klienten att fortsätta jobba, det handlar alltså om aktivitet och vem som utför den. Dessa båda tema förekommer ofta tillsammans i vårt material.

Sammanfattningsvis handlar Förändringens vindar om att terapeuten bekräftar för klienten att det är dags för förändring, såväl under som efter behandlingen, och att en förändring har skett och fortsätter att ske.

Personligt tilltal

Den tredje kategorin som vi undersökte var personligt tilltal. Vi såg följande fyra teman: Välkommen in, Tillåt mig hjälpa dig, Du påverkar mig och Jag är människa.

Observera att de utsagor som ingår i denna kategori också kan vara exempel på att terapeuten bekräftar eller uppmuntrar klienten, men att fokus under kodningen av denna kategori var på den del av meningen där det förekommer någon form av personligt tilltal från terapeuten. Exempelvis är en påhittad mening som ”Jag är glad att höra att du gjort övningen” en utsaga som både skulle ha kodats som uppmuntran (av arbete med behandlingen) och personligt tilltal (genom att använda egna känslor). I det första fallet är frågan till materialet ”Vad uppmuntrar terapeuten?”, i den andra ”Hur uttrycker sig terapeuten personligt?”.



Figur 3. Teman i kategorin personligt tilltal.

Välkommen in

I detta tema bjuder terapeuten in klienten, till behandlingen och till en gemenskap med terapeuten. Här ryms en förutsättningslös omsorg om klienten som inte är villkorad av motprestation eller arbetsinsats.

Om du har några frågor så är det bara att skicka ett meddelande via plattformen, jag finns här! (T4)

Terapeuten ser den klient som bjudits in och den ser lidandet, utan att döma, värdera, tolka eller förvänta sig något.

Jag kan lova dig att det inte finns någonting du kan berätta för mig som jag kommer tycka är konstigt eller fel. (T2)

Terapeuten är också tydlig med att klienten inte längre är ensam: behandlaren tror på klienten och på behandlingen samt hoppas att klienten ska må bättre längre fram, oavsett vad klienten tror om saken just nu.

Jag vill verkligen att du ska få ut så mycket som möjligt av den här behandlingen (T5)

Tillåt mig hjälpa dig

Även i detta tema ryms en omsorg om klienten och det finns en inbjudan till ett tydligt vi – terapeut och klient – som ska göra behandlingen tillsammans. Men temat skiljer sig från Välkommen in genom att terapeuten önskar att klienten också ska ge tillbaka något till

terapeuten – sin berättelse, sina tankar och sina känslor. Här visar terapeuten sitt intresse för klienten, ber den att berätta och framställer sig som redo att ta emot det klienten berättar.

Jag tänker att vi tillsammans ska arbeta med att förändra ditt mående till det bättre utifrån den situation du är i just nu. (T4)

Ser fram emot att arbeta tillsammans med dig! (T3)

Jag ser fram emot att höra mer i chatten i morgon, (T5)

Terapeuten motiverar ofta sin uppmaning att klienten ska berätta genom att säga att detta kommer att hjälpa terapeuten att hjälpa klienten. Berättandet är en väg in i det gemensamma samarbetet dem emellan. Detta är något som skiljer denna uppmaning från det mer förutsättningslösa berättandet som finns i Välkommen in. På så vis blir detta tema, sin mildhet till trots, mer behandlings- och resultatfokuserat.

Ju mer jag vet, desto större förståelse får jag för dina problem och desto bättre kan jag hjälpa dig! (T1)

Sammanfattningsvis handlar Tillåt mig hjälpa dig alltså om att terapeuten på olika sätt försöker förmå klienten att berätta om sig själv och sitt liv, för att via detta kunna hjälpa klienten. Här finns också uttryck för att terapeuten finns där för klienten, redo att hjälpa.

Du påverkar mig

Här använder terapeuten sig själv genom att säga att det klienten gör och berättar väcker olika känslor hos terapeuten. Terapeuten blir glad när klienten har gjort övningarna, orolig när klienten gjort farliga saker och nyfiken inför en chatt. Detta tema handlar alltså om att terapeuten betonar att det finns ett känslomässigt band mellan klient och terapeut, och att klienten har förmågan att påverka terapeuten.

Jag har läst det du skrivit för vecka två och början av vecka tre. Din lista över vad du gör för mycket och för lite och jag blir återigen djupt berörd av det du skriver. (T1)

Va roligt att se att du gjort både kapitel fem och kapitel sex övningar! Blev så glad av att se det. (T3)

Jag är människa

I detta tema ryms beskrivningar av att terapeuten är något mer än bara en behandlare vilken som helst. Temat innehåller utsagor med mer detaljerad personlig information än att terapeuten säger att den känner en viss känsla som reaktion på något klienten gjort eller sagt. Det finns däremot en likhet med temat Du påverkar mig, genom att även Jag är människa används av klienten som en reaktion på något som klienten har sagt, i linje med uppmaningen i Tillåt mig hjälpa dig.

Inom kategorin personligt tilltal är detta det tema som är allra tydligast personligt i den mening att terapeuten avslöjar saker om sig själv. Det kan till exempel handla om egna erfarenheter av det klienten berättar och hur terapeuten då kände eller upplevde situationen.

Det är ur mitt perspektiv helt förståeligt att du känner en massa känslor samtidigt. Jag har själv skilda föräldrar och vet att det är jättejobbigt att smälta när de träffar nya partners. (T2)

Det kan röra terapeutens egna preferenser.

Ett litet knep som man kan använda när det gäller självkänsla som jag tycker brukar vara bra är att försöka att bli sin egen bästa vän. (T5)

En annan del av Jag är människa handlar om att terapeuten skriver att behandlingen har varit en viktig erfarenhet även för terapeuten, som den kommer att ta med sig efter behandlingens slut. Terapeuten visar sin uppskattning och att behandlingen har haft ett värde för terapeuten.

Tack så jättemycket för att jag har fått följa dig under den här tiden! Det har varit riktigt givande för mig att få vara med på ett hörn när du arbetat med behandlingen och få följa dina framsteg! :) (T5)

D i s k u s s i o n

Syftet med uppsatsen var att fördjupa bilden av vad internetterapeuter skriver till sina klienter, med fokus på uppmuntran, bekräftelse och personligt tilltal. Vi inledde vår tematiska analys med en deduktiv kodning, utifrån våra fokusområden. Vid denna första kodning vaskade vi fram 68 procent av innehållet i meddelandena. Detta är i linje med tidigare forskning, som visat att stödjande kommentarer i vid mening står för den övervägande delen av innehållet i terapeuters kommunikation (Holländare et al., 2016; Paxling et al., 2013; Sánchez-Ortiz et al., 2011; Schneider et al., 2016).

Resultatet av den påföljande induktiva kodningen visade att terapeuten uppmuntrar klientens hårda arbete i behandlingen, uppmuntrar genom att framställa klienten som en superhjälte och genom att betona klientens ansvar, samt förståelse. Terapeuten bekräftar genom att säga att klienten har det tufft, att klienten är som andra, att det är tid för förändring, samt genom att ge sin syn på klientens situation. Personligt tilltal syns i materialet när terapeuten bjuder in till behandling och gemenskap och när terapeuten ber klienten att berätta. Terapeuten delar även med sig av egna preferenser och erfarenheter, samt visar att behandlingen har varit värdefull även för terapeuten.

Nedan diskuterar vi de mönster som finns i vårt resultat, och hur de kan förstås tillsammans, över de gränser som våra kategorier och teman skapar. Vi tar upp hur resultatet kan förstås i relation till behandlingens teoretiska grund, forskning kring terapeutbeteenden samt det faktum att behandlingen förmedlas via internet. Störst vikt läggs vid de mönster som vi uppfattar som oväntade och hur de möjligen kan förklaras.

Behandlingen som hårt arbete

Beskrivningen av behandlingen som ett hårt arbete är central i materialet och ryms i temat Trägen vinner. Den finns även i temat Du är din egen lyckas smed, där ansvaret för arbetet betonas. Denna tanke om vad behandlingen är avspeglas även i andra teman, till exempel i uppmuntrans Du är en superhjälte, där klienten som ska utföra det hårda arbetet målas upp, och i bekräftelsens Tufft läge, där bland annat kontexten för det hårda arbetet beskrivs. Även i det personliga tilltalets Tillåt mig hjälpa dig syns det hårda arbetet, genom att terapeuten erbjuder sin hjälpande hand i det jobb som pågår eller väntar.

Detta övergripande mönster kan förstås som att det är viktigt för terapeuten att förmedla att det krävs aktiv ansträngning från klienten för att depressionen ska gå över. Den psykologiska behandlingen är inte något som klienten passivt kan tillgodogöra sig. Med tanke på att vi undersöker en KBT-behandling, med grund i beteendeaktivering, så är detta fynd väntat. Att klienten själv måste arbeta mellan sessionerna är en central tanke i KBT (Tolin, 2016), liksom idén att förändrat beteende leder till bättre psykisk hälsa och att förändring sker i små steg (Martell et al., 2010).

Eftersom behandlingen alltså beskrivs som ett hårt jobb och det är klienten som förväntas arbeta ligger det nära till hands för terapeuterna att uppmuntra klienterna genom att skriva att de jobbat bra. Den här typen av beröm är en stor del av innehållet i temat Trägen vinner. En tolkning av att terapeuterna så ofta uppmuntrar klienten på det här sättet är att det ska fungera förstärkande. En viktig uppgift för den coachande terapeuten i BA är att uppmuntra klienten, och en del av den uppmuntran kan vara beröm. Men det finns också en tydlig uppmaning att terapeutens förstärkning framför allt ska rikta in sig på problemlösning och vad som finns att lära av en uppgift, inte resultat (Martell et al., 2010). I vårt material är denna typ av problemlösande och framåtsyftande uppmuntran inte särskilt framträdande. Ofta beskrivs den uppgift som klienten gjort översiktlig och sedan följer relativt ospecifikt beröm. De nyfikna frågor som framhålls som tecken på god förstärkning i BA saknas ofta. En möjlig risk med detta kan vara att fokus hamnar på resultatet av uppgiften, och inte som rekommenderas, på vad klienten kan lära sig av den.

Ett annat vanligt innehåll är att terapeuten skriver om sina egna känslor i förhållande till det som klienten gör. I vårt resultat sorteras detta under kategorin personligt tilltal, och syns i temat Du påverkar mig. Detta tema liknar terapeutens uppmuntrande kommentarer om att klienten har jobbat bra på så vis att det är terapeuten som, genom sin reaktion, ger klienten svaret på om den har arbetat bra. Vår tolkning är att syftet med detta är att klienten ska bli motiverad att arbeta i behandlingen, när den vet att det den gör (eller inte gör) spelar roll för terapeuten. Att använda egna känslor blir alltså ytterligare ett sätt för terapeuten att förstärka.

Det kan finnas en risk med att i alltför hög grad lita på att terapeutens känslor och beröm ska fungera förstärkande för klienten. Efter tio veckor är behandlingen slut, och om klienten framför allt har arbetat i behandlingen för att göra terapeuten glad eller få beröm från terapeuten, kan detta påverka klientens motivation när terapeuten försvinner. Detta blir extra viktigt när det är troligt att personens omgivning inte kommer att reagera på samma sätt som terapeuten (Tolin, 2016). En klient som exempelvis promenerat för att terapeuten blir glad, men som inte förstärktes av promenaden i sig och som inte har någon i sin omgivning som kommer att föreslå eller berömma promenader löper risk att sluta med detta när behandlingen, och därmed terapeuten/förstärkaren, försvinner. Tolin (2016) betonar vikten av att terapeuten försöker undvika att klienten blir beroende av förstärkning från terapeuten.

Den stora fördelen med naturliga förstärkare är att de, i jämförelse med godtyckliga förstärkare, har störst chans att bestå över tid (Martell et al., 2010). I detta sammanhang är beröm och uppmuntran som ges av terapeuten i en internetbehandling snarast att betrakta som godtyckliga förstärkare, eftersom de inte förekommer i klientens miljö. Det går också att argumentera för att terapeutens genuina reaktioner är naturliga förstärkare så till vida att terapeuten reagerar på klientens framsteg på samma sätt som en annan människa hade gjort. På så vis förstärks klienten av terapeuten på ett sätt som gynnar den även utanför behandlingen (Kohlenberg, Tsai, & Kanter, 2009). Oavsett detta, så är det otvivelaktigt så att terapeuten i vår studie är på tillfälligt besök i klientens liv och förstärkningen från terapeuten kommer att upphöra.

En annan potentiell nackdel med att förstärka med hjälp av terapeutens känslor är att vi inte vet om funktionen av att nämna egna känslor är förstärkande i varje enskilt fall (Martell et al., 2010). Naturliga förstärkare är även av det skälet en mer pålitlig väg att gå, men också en svårare. Inte minst i en internetbehandling, där kunskapen om klientens

liv ofta är mer begränsad än i en ansikte mot ansikte-behandling som föregåtts av en grundligare bedömning.

Vi ser inget skäl till att terapeuter ska låta bli att nämna egna känslor på det sätt som beskrivs i temat *Du påverkar mig*. Men om detta sker på bekostnad av att guida klienten till naturliga förstärkare i vardagen, kanske behandlingen inte blir så effektiv som den skulle kunna vara. På samma sätt har det beröm som är en stor del i *Trägen* vinner säkert sin plats, men kanske finns det en gräns för hur ofta en terapeut kan skriva ”Bra jobbat!” och fortfarande få effekt. Kvalitativ forskning har, som tidigare nämnts, visat att en stor dos behandlarstöd kan uppfattas som aversivt eftersom det väcker tvivel hos klienten kring den egna förmågan (Bendelin et al., 2011). Ett pepprande med peppigt beröm skulle eventuellt också kunna ha den effekten och vara negativt för behandlingen. Möjligen finns också risken att beröm tar utrymme från det som rekommenderas som uppmuntran i BA: att på ett nyfikat sätt förstärka klientens problemlösning.

Sällsynt med self-disclosure

Du påverkar mig är alltså ett stort tema inom kategorin personligt tilltal. Innehållet är i linje med instruktionerna till terapeuterna, som uppmanas att skriva ut känslor i text. Terapeuterna instrueras också att visa personlig värme och att de finns där (N. Topooco, personlig kommunikation, 1 september 2020), vilket ryms inom temat *Välkommen in*. Något som också förekommer, men sällan, är self-disclosure, vilket bekräftar tidigare forskning (Holländare et al., 2016). Detta terapeutbeteende rekommenderas också i handböcker (Hedman et al., 2014a). I vårt resultat ingår exempel på self-disclosure i temat *Jag är människa*. Vi har funderat kring möjliga förklaringar till att self-disclosure så sällan förekommer. En kan vara att terapeuten är ovan vid att vara personlig. Kanske är den rädd för att visa för mycket av sig själv eller ta för stor plats. Inom KBT beskrivs terapeuten generellt som mer aktiv än i PDT (Tolin, 2016), men kanske färgas även KBT-terapeuter omedvetet av ett ideal som härstammar från tanken på terapeuten som osynlig. Eller handlar det om okunskap? I brist på kunskap om vad som kännetecknar lämplig och olämplig self-disclosure (Hadjistavropoulos et al., 2018) väljer möjligen internetterapeuter att inte avslöja något alls om sig själva, och använder andra sätt än self-disclosure för att följa instruktionerna om att vara personliga.

Terapi för aktiva superhjältar

I rekommendationerna till terapeuterna är validering och normalisering viktiga delar (ERiCA, 2020; Hadjistavropoulos et al., 2018; Hedman et al., 2014a; Vernmark & Bjärehed, 2013), precis som i BA (Martell et al., 2010). Forskningen om terapeutbeteenden visar också att detta är något som internetterapeuter ägnar sig åt (Holländare et al., 2016; Sánchez-Ortiz et al., 2011). I vår studie förekommer validering och normalisering framför allt i bekräftelsens teman *Tufft läge* och *Du är som andra*.

När egenskaper som kan förknippas med svaghet nämns av terapeuten är det oftast i bekräftelsen, i samband med temana *Tufft läge* och *Du är som andra*, där terapeuten validerar klienten och normaliserar lidandet. I samband med valideringen eller i nästa steg kontrasteras eller tonas ofta den svaghet som först valideras ner. Ett exempel på detta är när terapeuten skiljer på klienten och depressionen i temat *Du är som andra*. Ett annat är när terapeuten går från att validera klienten till att betona att det faktum att klienten nu har sökt hjälp för sin depression är ett tecken på styrka, så som det beskrivs i temat *Förändringens vindar*.

Styrka är också viktigt i uppmuntrans tema *Du är en superhjälte*, som knyter an till det hårda arbete som är ett dominerande mönster i vårt material. Terapeuten skriver

genomgående fram en bild av klienten som stark och det är denna superhjälte som ska klara av behandlingen. Detta kan förstås som att terapeuten vill visa att den tror på klienten, men eventuellt förmedlas också idén att behandlingen bara är till för eller fungerar för den som är stark, grym och modig.

Terapeuten skapar även idén om en stark klient genom att tolka aktivitet som ett tecken på eller synonymt med styrka. En annan variant hade kunnat vara att behandla svaghet varken som en förutsättning för eller ett hinder mot att arbeta i behandlingen och alltså argumentera: ”Jag vet att du är svag, men du kan arbeta ändå”. Tanken med superhjelte-temat är säkert att ge klienten råg i ryggen i arbetet med behandlingen, men möjligen är detta tema i sin intensitet snarare stjälpande än hjälpare. Det finns ju en risk att den deprimerade klienten oftare känner sig som en urvriden disktrasa än en superhjelte och då inte känner igen den bild som terapeuten ger. Möjligen hade en uppmuntran som går ut på att även urvridna disktrasor kan göra KBT-övningar breddat bilden av vem som är kapabel att genomgå en iKBT-behandling.

Kanske är den starka superhjelte vi ser delvis en konsekvens av terapeutens beröm, vilket vi diskuterat tidigare. Eftersom den uppmuntran som klienten får inte i huvudsak fokuserar på vad klienten kan lära sig och på att problemlösa, finns det ingen självklar väg för terapeuten att hantera brister hos klienten. När fokus för uppmuntran hamnar på resultat blir styrka vägen mot målet. Hade terapeuten istället varit tydligare med att det är problemlösning som driver förändring hade klientens svagare sidor kunnat lyftas upp och ramas in som en chans till inlärning.

En konsekvens av att terapeuten skriver fram en aktiv superhjelte kan alltså vara att det utesluter möjligheten för klienten att vara passiv och svag. Detta kan jämföras med den kritiserade kamp- eller krigsmetaforen i beskrivningar av cancersjukdom, vanlig i bland annat svensk press (Sandström, 2015). I uttalanden som ”Hon förlorade kampen mot cancer” finns en idé om att det hänger på den sjuke att beseгра sin sjukdom, den som är stark nog att kämpa kan klara det och vinna kriget. Att välja att avsluta behandling eller att dö blir därmed ett personligt misslyckande. I vårt resultat ges klienten ett ansvar för hur den mår. Därmed skriver terapeuten även fram att klienten har ett val: som sin egen lyckas smed hänger välmåendet på klienten och en aktiv superhjelte klarar biffen. Det ligger nära till hands att tänka att det kan skapa skuld hos många klienter som inte lever upp till detta.

Terapeuten kan välja manualen – eller sin egen väg

Den teoretiska grund som behandlingen bygger på syns tydligt i bekräftelsens tema Min syn på saken. Här ger terapeuten en förklaring till den situation som normaliserats och validerats i Tufft läge och Du är som andra. Terapeuten erbjuder sin förklaring och den är KBT, vilket inte förvånar. Vi ser i klientens meddelanden behandlingens komponenter med stort fokus på beteendeaktivering, men även kognitiv omstrukturering, hantering av besvärande oro och exponering. Terapeuten bygger en sorts bekräftelsekedja, där den först validerar och normaliserar för att sedan utgå från klientens situation och på ett individanpassat sätt presenterar hur KBT skulle kunna hjälpa klienten att förstå och förändra sin situation. Intressant nog ser vi också en del stråk av mer oväntat slag, som ligger utanför de manualer som behandlingen bygger på, till exempel när självskada förklaras med undertryckta känslor.

Vi ser alltså hur terapeuten, framför allt i kategorin bekräftelse, aktivt försöker individanpassa behandlingen till den enskilda klienten. Behandlarstödet ger här möjlighet till individualisering och fördjupad förståelse av KBT, grundat på klientens situation. Vi

ser också hur terapeutens förklaringar vid några tillfällen inte är helt i linje med behandlingens teoretiska grund. Behandlarstödet innebär även risk för så kallad *therapist drift*, att terapeuten frångår den evidensbaserade manualen i behandlingen (Waller & Turner, 2016).

Det internetunika

En viktig fråga är i vilken mån vårt resultat påverkas av att behandlingen är internetbaserad. De instruktioner som ges till terapeuten i BA utgår ifrån att behandlingen ges ansikte mot ansikte. Kanske påverkas vårt resultat av att behandlingen har flyttats till internet. Vi har tidigare tolkat terapeutens beröm och tal om egna känslor som ett sätt för terapeuten att förstärka klientens arbete i behandlingen. Eventuellt finns det andra förklaringar till att dessa teman är så dominerande. Terapeutens val att lyfta fram egna känslor kan vara ett sätt att markera att det inte är en robot utan en människa som finns på andra sidan skärmen. ”Jag blev glad när du gjorde uppgiften” kan vara terapeutens sätt att kompensera för att den inte kan le och se intresserad ut när klienten berättar om hur veckan har varit eller att övningen gick bra. Detta kan i så fall ses i ljuset av att stödjande kommentarer fungerar som ett sätt för terapeuten att bygga allians (Sánchez-Ortiz et al., 2011).

På ett liknande sätt går det att fundera kring berömmet ”Bra jobbat!”. Kanske är funktionen helt enkelt att terapeuten vill kommunicera att den har sett övningen eller läst meddelandet, eftersom detta inte går att visa på något annat sätt. Internetkontexten kan också vara en förklaring till att de nyfikna frågor som kännetecknar god uppmuntran i BA saknas. Terapeuterna i studien uppmanas att inte uppmuntra klienterna att svara på meddelanden, utan att hänvisa frågor till chatten. Kanske leder detta till att terapeuten undviker nyfikna frågor i sina meddelanden, eftersom detta riskerar att leda till ett svar från klienten.

Ett annat tema där vi har funderat kring internetkontextens betydelse är Du har förstått. Här lyfts förståelse av behandlingen och klienten själv fram som viktig. Ofta används till och med det psykodynamiskt färgade ordet ”insikt”, för att beskriva detta. Vi blev lite förvånade över att förståelse hade en så stor plats, i och med att förståelse i sig inte brukar beskrivas som centralt i KBT, snarare tvärtom. I KBT är insikt inte tillräckligt för förändring, även om det av vissa forskare framhålls som ett steg på vägen (Grosse Holtforth et al., 2007). En möjlig förklaring till att terapeuten betonar att klienten har förstått är att den inte ger en egen rational, en viktig ingrediens när KBT utförs ansikte mot ansikte. Det finns inte heller utrymme för någon individualiserad fallformulering. I rationalen beskriver terapeuten sin syn på hur klientens problem ska tacklas, utifrån den individualiserade fallformulering som klient och terapeut arbetat fram tillsammans. Att klienten verkligen köper rationalen anses vara en faktor som påverkar om klienten kommer att vara beredd att utsätta sig för de krävande delarna av behandlingen (Tolin, 2016). Möjligen har förståelse en så framträdande plats eftersom terapeuten försöker kompensera för bristen på rational och individualiserad fallformulering.

Ovan har vi diskuterat hur de mönster som finns i terapeuternas meddelanden kan förstås i förhållande till framför allt KBT-teori, forskning kring terapeutbeteenden och det faktum att behandlingen flyttats till internet. Vi har sett hur innehållet i terapeuternas meddelanden är troget både rekommendationer till terapeuten och behandlingens teoretiska grund, och att de presenterar KBT som en lösning på klientens problem, men att det också finns intressanta undantag.

Metoddiskussion

Förförståelsens följder

Den här analysen hade sett annorlunda ut om den hade gjorts i ett annat sammanhang, vid en annan tidpunkt och av andra personer. Det är enligt den kvalitativa skolan helt i sin ordning (Braun & Clarke, 2013). Våra dubbla roller som ERiCA-terapeuter och uppsatsförfattare kan ha påverkat resultatet av vår uppsats. Som terapeuter har vi varit väl insatta undersökningsdeltagarnas förutsättningar. Det har bidragit till att öka vår förståelse för textmaterialet och hur det har uppstått. Vi har känt igen färdigskrivna exempelmeddelanden som kommer från instruktionerna till ERiCA-terapeuterna, vi anar att en del av meddelanden har tagit längre än 15 minuter att skriva, och vi vet att tiden för reflektion är kort. Till skillnad från vid en intervju har vi inte kunnat fråga terapeuterna om sådant vi haft svårt att förstå, men vår förförståelse har troligen underlättat tolkningen av det skrivna.

Kanske har de dubbla rollerna också hindrat oss. Eventuellt har vi sett det vi vill se och blundat för annat, eftersom vi har analyserat ett arbete vi själva utfört och därmed i någon mån oss själva. För att minska risken att läsa med alltför färgade glasögon har vi försökt arbeta systematiskt. Terapeuterna agerar utifrån sin kontext, och vi läser genom vår speciella lins, men att vi i vår analys betraktar det som sägs i behandlingen som fakta och inte har letat efter något som sägs mellan raderna, kan minska risken för en läsning med alltför färgade glasögon.

Urvalet – inga chattar

Vi har analyserat meddelanden från fem behandlingar, där även chattar varit en del av kommunikationen mellan terapeut och klient. I början av processen med uppsatsen funderade vi på att även analysera terapeutens utsagor från chattarna, men valde sedan att endast fokusera på meddelandena.

Vad behandlare gör i chattar är, så vitt vi vet, ett outforskat område, trots att iKBT som kombinerar självhjälp med chatt har god effekt (Kessler et al., 2009). Detta hade kunnat vara ett argument för att istället bara analysera chattarna. Det hade dock gett oss sämre möjlighet att knyta an till forskningen om terapeutbeteenden, som baseras på meddelanden. Att bara analysera meddelanden gav oss också en praktisk möjlighet att arbeta igenom materialet med större noggrannhet. En studie av iKBT för ungdomar med ångest visar dessutom att chattar som tillägg till iKBT med meddelanden inte ger någon ökad effekt av den behandlingen (Berg et al., 2020b).

Det går naturligtvis att fråga sig om något viktigt gick förlorat i vår analys när vi valde bort chattarna. Som terapeuter i ERiCA var det till exempel i framför allt chattarna vi uppmanades att vara personliga (N. Topooco, personlig kommunikation, 1 september 2020). Vår erfarenhet som ERiCA-terapeuter är dock att de delvis skilda rekommendationerna för meddelanden och chattar inte beaktades under behandlingens gång.

Vi har i efterhand gått igenom chattarna översiktligt med en deduktiv ansats. De teman som vår analys genererat från meddelandena återfinns även i chattarna, däribland de övergripande mönstren kring hur behandlingen beskrivs, hur klienten motiveras och att KBT ges som lösning. Vissa skillnader syns också. Chattarna verkar innehålla mer av administration och praktiska förklaringar. Det finns även mer frågor. En gissning är att en del av den problemlösande framåtsyftande uppmuntran som vi saknar i meddelandena finns i chattarna bland annat i form av frågor. Frågor i chattarna kan också ha funktionen

att tydliggöra turtagning och vara ett chatt-specifikt sätt att föra samtalet framåt. I chattarna säger terapeuten även ofta att den förstår. Detta tror vi inte främst är ett sätt att validera, utan något terapeuten skriver för att visa att den har läst klientens chatt-meddelande, kanske jämförbart med att humma och nicka i ansikte mot ansikte-behandling. Dessutom blir terapeuternas text i chattarna betydligt mer fragmentarisk och svårare att förstå när klientens ord plockas bort, jämfört med meddelandena. En analys av chattarna hade troligen lämpat sig bättre med en annan kvalitativ metod än tematisk analys.

Det går i det här sammanhanget också att fråga sig vad som eventuellt gått förlorat när vi valde bort klienternas ord i den här uppsatsen.

Begreppens begränsningar

Vi har utgått ifrån terapeutbeteendena uppmuntra, bekräfta och self-disclosure, såsom de definieras av Holländare et al. (2016). Till det har vi lagt ytterligare sätt att vara personlig, grundade på rekommendationer till oss som terapeuter. Vi utgick ifrån Holländare et al.:s (2016) studie eftersom den har en relativt detaljerad indelning av tydligt definierade beteenden, och fler exempel än andra studier. Dessutom handlar den om behandling av depression, och hittade samband mellan de terapeutbeteenden vi fokuserat på och utfall.

Definitionerna av begreppen uppmuntran och bekräftelse, av oss översatta från engelskans *encouragement* och *affirmation*, är inte självklara. Uppmuntran kan exempelvis ses som ett uttryck för bekräftelse, och frasen "Bra jobbat!" kan ses som beröm (*praise*) istället för uppmuntran (Wong, 2014). Vi har i denna uppsats konstruerat gränser mellan begrepp där inga gränser är självklara. Det är vad alla som studerar terapeutbeteenden behöver göra. Våra val bygger på intentionen att göra det möjligt att förstå uppsatsens relation till tidigare studier.

Bekräftelse definierade vi som validera och tolka, normalisera och summera. I resultatet hittade vi sedan mönster av validering (Tufft läge), normalisering (Du är som andra) och tolkning (Min syn på saken). Detta skulle kunna ses som ett cirkelresonemang: vi tittar närmare på validering och ser validering. Vi tänker att dessa beteenden också hade kunnat ha ett annat innehåll, och det är alltså innehållet i exempelvis valideringen som våra teman visar, inte valideringen i sig. Vi återfinner dessutom validering andra teman.

I vårt råmaterial ligger temana tätt inpå varandra. Vi hittade ibland flera kategorier i en och samma mening. Vår organiserande ram täcker nog inte helt det verkliga livets röra, för att återknyta till Braun och Clarkes ord om kvalitativ forskning (2013). Men den ram vi satt behövs för att alls kunna göra en analys.

Ett material utan filter

Den kvalitativa forskningen om iKBT är – så vitt vi kunnat se – i regel baserad på intervjuer med klienter och terapeuter i iKBT (Bendelin et al., 2011; Berg et al., 2020a). Vi hade kunnat intervjua terapeuter och frågat dem om deras sätt att uppmuntra, bekräfta och vara personliga. Intervjuer är ett vanligt sätt att samla in data för tematisk analys. Vi valde istället det som ibland kallas sekundära källor (Braun & Clarke, 2013) för vår analys, men som för vår forskningsfråga snarare kan kallas primära. Det vi har analyserat är det som hände i terapin, det är inte någons beskrivning av vad som hände. Även om terapeuterna har varit medvetna om och samtyckt till att materialet kan komma att användas i forskning har vi svårt att tro att det är något de varit påverkade av i stunden när de skrivit sina meddelanden. Vi har analyserat en ofiltrerad text och det ger giltighet åt vår analys. Vi är subjektiva, men materialet är i någon mening objektivt.

Trovärdighet

Det råder delade meningar om det meningsfulla i att tillämpa kvalitetskriterier som är vedertagna inom kvantitativ forskning även på kvalitativ forskning (Braun & Clarke, 2013; Morse, 2015). Trovärdighet (*trustworthiness*) brukar istället ses som ett övergripande mål som uppfylls genom fyra kriterier: *credibility*, *transferability*, *dependability* och *confirmability* (Lincoln & Guba, 1985). Det handlar bland annat om att resultatet ska vara en trovärdig tolkning av data, hur mycket forskaren har påverkat resultatet, och i vilken mån det kan överföras till andra kontexter. För att säkra trovärdigheten har vi strävat efter så stor transparens som möjligt kring vårt arbetssätt och vår förförståelse. Vi har arbetat systematiskt, fört loggbok under analysens gång och strävat efter att följa Braun och Clarkes checklista för god tematisk analys (2006). Vi har dragit fördel av att vara två, kombinerat deduktiv och induktiv ansats för att på bästa sätt kunna besvara vår forskningsfråga, och gått fram och tillbaka mellan data-set, utsagor och koder för att förankra vår analys. Vi anser att vårt resultat ger en trovärdig bild av vad en iKBT-behandling kan innehålla när det gäller uppmuntran, bekräftelse och personligt tilltal, under liknande förutsättningar som terapeuterna i vår undersökning hade.

Förslag på framtida forskning

Forskningen om internetbaserad psykologisk behandling utgick från början från ansikte mot ansikte-behandlingar, som flyttades till internet och sedan utvärderades. I takt med att forskningen om psykoterapi på internet har expanderat har trenden nu börjat gå åt andra hållet (Andersson, 2018). Exempelvis har en iKBT-behandling för prokrastinering senare testats i gruppformat (Rozenal et al., 2018). Studier av den typ vi har lagt fram här kan på samma sätt berika inte bara kunskapen om iKBT, utan även ansikte mot ansikte-behandling. På detta sätt kan internetbaserad psykoterapi ses som en möjlig motor i utvecklingen av psykoterapi, eftersom den är billigare, mer tillgänglig och lättare att kontrollera än forskning av ansikte mot ansikte-terapi (Andersson et al., 2019b). Kvalitativ forskning kan vara ett viktigt bränsle till denna innovativa motor. Den kan ge en fördjupad bild och informera den kvantitativa forskningen.

Mer forskning behövs också om specifika terapeutbeteenden i iKBT som tycks ha effekt, som self-disclosure. Det tycks vara viktigt, men förekommer sällan (Holländare et al., 2016). Mer detaljerad och experimentell forskning behövs om verksamma sätt att använda sin egen person.

I takt med att den asynkrona kommunikationen nu kompletteras med synkron kommunikation som chattar behöver också kunskapen om den typen av textsamtal öka. Frågor kan ställas om samspelet mellan klient och terapeut, och vilket handlingsutrymme som finns i iKBT. Kvalitativa metoder anpassade för språkanvändning och interaktion, som diskurspsykologi (Lester, Wong, O'Reilly, & Kiyimba, 2018) och samtalsanalys (Paulus, Warren, & Lester, 2016) skulle kunna användas. Även analyser av hur innehållet påverkas under tidens och terapiprocessens gång skulle vara värdefulla.

Terapeutbeteendena uppmuntran, bekräftelse och self-disclosure har i tidigare forskning kopplats till utfall i iKBT. Vi har i den här uppsatsen visat hur dessa beteenden, och andra typer av personligt tilltal, tar sig uttryck i en behandling för unga med depression, och vi har diskuterat hur det kan förstås. Vi har visat hur en terapeut kan göra, men det återstår att utforska mer om vad en terapeut bör göra. Framtidens forskare får lära oss det bästa sättet att säga "Bra jobbat!"

References

- Andersson, G. (2018). Internet interventions: past, present and future. *Internet Interventions*, *12*, 181-188.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldø, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *187*(5), 456-461.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Furmark, T. (2012). Therapist experience and knowledge acquisition in internet-delivered CBT for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *PLoS One*, *7*(5), e37411.
- Andersson, G., Carlbring, P., Titov, N., & Lindfors, N. (2019a). Internet interventions for adults with anxiety and mood disorders: A narrative umbrella review of recent meta-analyses. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *64*(7), 465-470.
- Andersson, G., Rozental, A., Shafran, R., & Carlbring, P. (2018). Long-term effects of internet-supported cognitive behaviour therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *18*(1), 21-28.
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019b). Internet-delivered psychological treatments: From innovation to implementation. *World Psychiatry*, *18*(1), 20-28.
- Andrews, G., Basu, A., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., English, et al. (2018). Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *55*, 70-78.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, *38*(1), 4-17.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on internet-based mental health interventions – a systematic review. *Internet Interventions*, *1*, 205-215.
- Beukes, E. W., Manchaiah, V., Davies, A., Allen, P. M., Baguley, D. M., & Andersson, G. (2018). Participants' experiences of an Internet-based cognitive behavioural therapy intervention for tinnitus. *International journal of audiology*, *57*(12), 947-954.
- Bendelin, N., Hesser, H., Dahl, J., Carlbring, P., Nelson, K. Z., & Andersson, G. (2011). Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: A qualitative study. *BMC psychiatry*, *11*, 107.
- Berg, M., Malmquist, A., Rozental, A., Topooco, N., & Andersson, G. (2020a). Knowledge gain and usage of knowledge learned during internet-based CBT treatment for adolescent depression – a qualitative study. *BMC psychiatry*, *20*(1), 441.
- Berg, M., Rozental, A., de Brun Mangs, J., Näsman, M., Strömberg, K., Viberg, L., et al. (2020b). The role of learning support and chat-sessions in guided internet-based cognitive behavioral therapy for adolescents with anxiety: A factorial design study. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 503.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: SAGE Publications Ltd.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, *47*(1), 1-18.
- Donker, T., Blankers, M., Hedman, E., Ljótsson, B., Petrie, K., & Christensen, H. (2015). Economic evaluations of internet interventions for mental health: A systematic review. *Psychological medicine*, *45*(16), 3357-3376.

Ebert, D. D., Zarski, A. C., Christensen, H., Stikkelbroek, Y., Cuijpers, P., Berking, M., et al. (2015). Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: A meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PLoS One*, *10*(3), e0119895.

ERiCA. (25 augusti 2020). *Lathund för behandlare ERiCA*. [Promemoria].

Grosse Holtforth, M., Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Wilson, L. A., Kakouros, A. A., & Borkovec, T. D. (2007). Insight in cognitive-behavioral therapy. I L. G. Castonguay, & C. Hill (Red.), *Insight in psychotherapy; insight in psychotherapy* (sid. 57-80). Washington DC: American Psychological Association.

Hadjistavropoulos, H.D., Gullickson, K., Schneider, L., Dear, B., & Titov, N. (2019). Development of the internet-delivered cognitive behaviour therapy undesirable therapist behaviours scale (ICBT-UTBS). *Internet Interventions*, *18*, 1-9.

Hadjistavropoulos, H. D., Schneider, L., Klassen, K., Dear, B.F., & Titov, N. (2018). Development and evaluation of a scale assessing therapist fidelity to guidelines for delivering therapist-assisted internet-delivered cognitive behavior therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, *6*, 447-461.

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

Hedman, E., Ljótsson, B., Kaldø, V., Hesser, H., El Alaoui, S., Kraepelien, M., et al. (2014b). Effectiveness of internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, *155*, 49-58.

Holländare, F., Gustafsson, S. A., Berglind, M., Grape, F., Carlbring, P., Andersson, G., et al. (2016). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interventions*, *3*, 1-7.

Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, *12*(7), 861-870.

Kivi, M., Eriksson, M. C. M., Hange, D., Petersson, E-L., Vernmark K., Johansson, B., et al. (2014). Internet-based therapy for mild to moderate depression in Swedish primary care: Short term results from the PRIM-NET randomized controlled trial. *Cognitive behaviour therapy*, *43*(4), 289-298.

Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., et al. (2009). Therapist-delivered internet psychotherapy for depression in primary care: A randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, *374*(9690), 628-634.

Klein, B., Austin, D., Pier, C., Kiropoulos, L., Shandley, K., Mitchell, J., et al. (2009). Internet-based treatment for panic disorder: Does frequency of therapist contact make a difference? *Cognitive behaviour therapy*, *38*(2), 100-113.

Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Kanter, J.W. (2009). What is functional analytic psychotherapy? I Tsai, M. (Red.), *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism* (sid. 1-19). Boston, MA: Springer.

Königbauer, J., Letsch, J., Doebler, P., Ebert, D., & Baumeister, H. (2017). Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *223*, 28-40.

Lantz, A. (2013). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Lester, J. N., Wong, Y. J., O'Reilly, M., & Kiyimba, N. (2018). Discursive psychology: Implications for counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, *46*(5), 576-607.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Martell, C.R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression. A clinician's guide*. New York: The Guilford Press.

- Mechler, J., Lindqvist, K., Carlbring, P., Lilliengren, P., Falkenström, F., Andersson, G., et al. (2020). Internet-based psychodynamic versus cognitive behaviour therapy for adolescents with depression: Study protocol for a non-inferiority randomized controlled trial (the ERiCA study). *Trials*, *21*(1), 587.
- Morse, J. M. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative health research*, *25*(9), 1212-1222.
- Neil, A. L., Batterham, P., Christensen, H., Bennett, K., & Griffiths, K. M. (2009). Predictors of adherence by adolescents to a cognitive behavior therapy website in school and community-based settings. *Journal of Medical Internet Research*, *11*(1), e6.
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2015). Therapist-supported internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD011565.
- Paulus, T., Warren, A., & Lester, J. N. (2016). Applying conversation analysis methods to online talk: A literature review. *Discourse, Context & Media*, *12*, 1-10.
- Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P., et al. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: Analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *41*, 280-289.
- Rozental, A., Forsström, D., Lindner, P., Nilsson, S., Mårtensson, L., Rizzo, A., et al. (2018). Treating procrastination using cognitive behavior therapy: A pragmatic randomized controlled trial comparing treatment delivered via the internet or in groups. *Behavior Therapy*, *49*(2), 180-197.
- Sánchez-Ortiz, V., Munro, C., Stahl, D., House, J., Startup, H., Treasure, J., et al. (2010). A randomised controlled trial of internet-based CBT for bulimia nervosa in a student population. *Psychological Medicine*, *21*, 1-11.
- Sánchez-Ortiz, V. C., Munro, C., Startup, H., Treasure, J., & Schmidt, U. (2011). The role of email guidance in internet-based cognitive-behavioural self-care treatment for bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *19*(4), 342-348.
- Sandström, J. (2015). *Kämpa för livet. En studie av kampmetaforer om cancer*. Examensarbete på språkkonsultprogrammet, Umeå universitet. Hämtat 27 november 2020 på <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:820645/FULLTEXT01.pdf>.
- Schneider, L. H., Hadjistavropoulos, H. D., & Faller, Y. N. (2016). Internet-delivered cognitive behaviour therapy for depressive symptoms: An exploratory examination of therapist behaviours and their relationship to outcome and therapeutic alliance. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *44*(6), 625-639.
- Socialstyrelsen*. (2020). Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning. Hämtad 17 november 2020 på <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/publicerade-riktlinjer/depression-och-angest/>.
- Stockholms läns landsting*. (2018). Tillämpningsanvisningar för internetfördmedlad KBT. Hämtad 17 november 2020 på Stöd och behandling, Vårdgivarguiden, Region Stockholm: <https://vardgivarguiden.se/it-stod/e-tjanster-och-system/1177/stod-och-behandling-sob/>
- 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).
- Titov, N., Dear, B., Niessen, O., Staples, L., Hadjistavropoulos, H., Nugent, M., et al. (2018). ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. *Internet interventions*, *13*, 108-115.
- Titov, N., Fogliati, V. J., Staples, L. G., Gandy, M., Johnston, L., Wootton, B., et al. (2016). Treating anxiety and depression in older adults: Randomised controlled trial comparing guided v. self-guided internet-delivered cognitive-behavioural therapy. *BJPpsych open*, *2*(1), 50-58.

- Tolin, D. F. (2016). *Doing CBT. A comprehensive guide to working with behaviours, thoughts, and emotions*. New York: The Guilford Press.
- Topooco, N., Berg, M., Johansson, S., Liljethörn, L., Radvogin, E., Vlaescu, G., et al. (2018). Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: Randomised controlled trial. *BJPsych Open*, 4(4), 199-207.
- Topooco, N., Byléhn, S., Dahlström Nysäter, E., Holmlund, J., Lindegaard, J., Johansson, S., et al. (2019). Evaluating the efficacy of internet-delivered cognitive behavioral therapy blended with synchronous chat sessions to treat adolescent depression: Randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 21(11), e13393.
- Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129-137.
- Vernmark, K. & Bjärehed, J. (2013). *Internetbehandling med KBT. En praktisk handbok*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Vigerland, S., Lenhard, F., Bonnert, M., Lalouni, M., Hedman, E., Ahlen, J., et al. (2016). Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 50, 1-10.
- Vlaescu, G., Alasjö, A., Miloff, A., Carlbring, P., & Andersson, G. (2016). Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interventions*, 6, 107-114.
- Wong, Y. J. (2015). The psychology of encouragement: Theory, research, and applications. *The Counseling Psychologist*, 43(2), 178-216.

Bilaga

Deduktiv kodmall

Mall för den deduktiva och selektiva kodningen. Syftet med kodningen var att ur studiens data-korpus, bestående av terapeuters meddelanden i fem behandlingar, sålla fram det data-set som resten av analysen handlade om. Mallen utgår i stora drag från Holländare et al.:s (2016) definitioner av terapeutbeteenden.

Uppmuntran

Terapeutbeteenden som syftar till att uppmuntra någon typ av klientbeteende. I detta ingår:

- Förstärka tidigare beteenden som klienten har gjort. Exempel: "Bra att du la märke till dina egna känslor i den situationen." "Tack för meddelandet!"
- Uppmuntra uttalanden om framtida beteenden som klienten planerar att göra, alltså prompta kommande beteenden. Exempel: "Vad roligt att du ska gå och fika med en kompis!" "Jag ser fram emot att läsa dina övningar."

Det handlar både om beteenden som förväntas i KBT-behandlingen, som övningar, och andra önskvärda beteenden som gör klienten gott.

- Uppmuntra beteenden genom käcka och peppiga utrop. Exempel: "Bra jobbat!", "Super!", "Vad bra!".

Bekräftelse

Uppmärksamma, erkänna och uttrycka intresse för klientens tankar, känslor och handlingar, och betrakta dem som giltiga. I detta ingår:

- Validera och tolka: bekräfta genom att tolka och validera det klienten skriver. Exempel: "Det måste vara jobbigt för dig", "Du har helt rätt i att...". Här ingår även förtydligande frågor som hjälper till att tolka och testa hypoteser. Exempel: "Betyder det att du inte känner dig så nere längre?"
- Normalisera: Bekräfta genom att skriva att klientens beteenden är vanligt förekommande i populationen. "Det är vanligt att isolera sig när man mår dåligt." "Det är obehagligt med panik men det är inte farligt."
- Sammanfatta: Bekräfta genom att sammanfatta och upprepa vad klienten skrev. Exempel: "Så du lyssnar på ljudböcker när du gör dina övningar." "Du skriver att...", men även "Idag har vi pratat om..."

Personligt tilltal

- Lämna ut sig själv (self-disclosure). Terapeuter nämner egen erfarenhet och använder personliga exempel från sitt eget liv. Exempel: "Jag blir också uttråkad av att träna", "Jag använder den här övningen själv när..."
- Prata i jag-form och hänvisa till sig själv. Exempel: "Det du skriver får mig att fundera på om..." "Du kan inte göra mig besviken."
- Använda sig själv som naturlig förstärkare. Exempel: "Jag skulle bli så glad om du gjorde övningen." "Jag blir glad när..."
- Göra sin person synlig.