

Allians och Internetbehandling

– om arbetsalliansens förändring och samband med
behandlingsutfall vid individualiserad
Internetbehandling för ångestsyndrom.

Emma Linna



Linköpings universitet
Institutionen för Beteendevetenskap
Psykologprogrammet



Psykologprogrammet omfattar 200 poäng över 5 år. Vid Linköpings universitet har programmet funnits sedan 1995. Utbildningen är upplagd så att studierna från början är inriktade på den tillämpade psykologins problem och möjligheter och så mycket som möjligt liknar psykologens yrkessituation. Bland annat omfattar utbildningen fyra praktikperioder om sammanlagt 16 heltidsveckor. Studierna sker med hjälp av problembaserat lärande (PBL) och är organiserade i fem block, efter en introduktion: (I) kognitiv och biologisk psykologi, 27 poäng; (II) utvecklingspsykologi och pedagogisk psykologi, 36 poäng; (III) samhälle, organisations- och grupppsykologi, 56 poäng; (IV) personlighetspsykologi och psykologisk behandling, 47 poäng; (V) forskningsmetod och examensarbete, 27 poäng. Parallellt med blocken löper ”strimmor” som fokuseras på träning i forsknings-metodik, psykometri och testkunskap samt samtalskonst.

Den här rapporten är en psykologexamensuppsats, värderad till 20 poäng, vårterminen 2007.Handledare har varit professor Gerhard Andersson.

Institutionen för Beteendevetenskap
Linköpings universitet
581 83 Linköping

Telefon 013-28 10 00
Fax 013-28 21 45

	Avdelning, Institution Institutionen för beteendevetenskap 581 83 LINKÖPING	Datum 2007-06-05
---	--	----------------------------

Titel Allians och Internetbehandling – om arbetsalliansens förändring och samband med behandlingsutfall vid individualiserad Internetbehandling för ångestsyndrom.

Title The alliance and Internet delivered cognitive-behavioural therapy – how the working-alliance fluctuates and its correlation to treatment outcome in individualised Internet delivered therapy for anxiety and mood disorders.

Författare Emma Linna

Språk

X Svenska/Swedish
Engelska/English

Rapporttyp

Licentiatavhandling
Examensarbete
C-uppsats
X D-uppsats
Övrig rapport

ISBN

ISRN LIU-IBV/PY-D--07/170--SE

Serietitel och serienummer **ISSN**

URL för elektronisk version

Sammanfattning En viktig fråga har allt sedan psykoterapiforsknings början varit att studera och kartlägga de verksamma komponenterna i relationen mellan klient och terapeut. Syftet med den föreliggande studien har varit att studera om klientens upplevelse av arbetsalliansen förändras under behandlingstidens gång vid individualiserad Internetbehandling med KBT mot ångestsyndrom via Internet. Detta är av intresse då resultatet kan bringa kunskap om vad som händer i relationen mellan klient och terapeut under Internetbehandling. Kunskap om exempelvis eventuella fluktuationer i arbetsalliansen kan ge implikationer för interventioner från terapeutens sida. Vidare har syftet med studien varit att studera om det finns ett samband mellan den av klienten vid tre tillfällen skattade arbetsalliansen och behandlingsutfallet. Att studera eventuella samband mellan behandlingsutfall och arbetsalliansen mellan klient och terapeut i Internetbehandling är viktigt för att skapa en djupare förståelse och insikt om vilka komponenter som är verksamma i Internetbehandling.

Studien ingick i NOVA-projektet som genomfördes vid Linköpings Universitet under våren 2007. I NOVA, en randomiserad kontrollerad studie, ingick totalt 54 deltagare. Behandlingsgruppen (27 individer) fick vid tre tillfällen skatta arbetsalliansen; före behandlingen, under behandlingsvecka tre och efter behandlingen. Arbetsalliansen mättes med hjälp av en omarbetad version av självskattningsformuläret Working Alliance Inventory.

Resultatet visade att klientens upplevelse av arbetsalliansen förändras i positiv riktning över tid vid individualiserad Internetbehandling. Studiens resultat visade också på ett signifikant samband mellan hur arbetsalliansen uppfattas av klienten vid individualiserad Internetbehandling för ångest- och nedstämdhetsproblematik och behandlingsutfallet.

Nyckelord
Arbetsallians, Internetbehandling, kognitiv beteendeterapi (KBT), ångestsyndrom, depression

Sammanfattning

En viktig fråga har allt sedan psykoterapiforsknings början varit att studera och kartlägga de verksamma komponenterna i relationen mellan klient och terapeut. Syftet med den föreliggande studien har varit att studera om klientens upplevelse av arbetsalliansen förändras under behandlingstidens gång vid individualiserad Internetbehandling med KBT mot ångestsyndrom via Internet. Detta är av intresse då resultatet kan bringa kunskap om vad som händer i relationen mellan klient och terapeut under Internetbehandling. Kunskap om exempelvis eventuella fluktuationer i arbetsalliansen kan ge implikationer för interventioner från terapeutens sida. Vidare har syftet med studien varit att studera om det finns ett samband mellan den av klienten vid tre tillfällen skattade arbetsalliansen och behandlingsutfallet. Att studera eventuella samband mellan behandlingsutfall och arbetsalliansen mellan klient och terapeut i Internetbehandling är viktigt för att skapa en djupare förståelse och insikt om vilka komponenter som är verksamma i Internetbehandling.

Studien ingick i NOVA-projektet som genomfördes vid Linköpings Universitet under våren 2007. I NOVA, en randomiserad kontrollerad studie, ingick totalt 54 deltagare. Behandlingsgruppen (27 individer) fick vid tre tillfällen skatta arbetsalliansen; före behandlingen, under behandlingsvecka tre och efter behandlingen. Arbetsalliansen mättes med hjälp av en omarbetad version av självskattningsformuläret *Working Alliance Inventory*.

Resultatet visade att klientens upplevelse av arbetsalliansen förändras i positiv riktning över tid vid individualiserad Internetbehandling. Studiens resultat visade också på ett signifikant samband mellan hur arbetsalliansen uppfattas av klienten vid individualiserad Internetbehandling för ångest- och nedstämdhetsproblematik och behandlingsutfallet.

Tack

Jag vill rikta mitt allra varmaste tack till följande personer för deras ovärderliga hjälp och stöd i arbetet med denna uppsats:

Gerhard Andersson, Per Carlbring, Elisabeth Sparthan, Linda Maurin, Lotta Törngren, Björn Palmqvist, Ulrika Wennerström, Wadad Mahmud, Paola Törnaeus, Lena Jonsson, Fanny Estling, Ebba Jakobsson, Anders Hansson, Hans Håkansson, Elina och Leif, Kristel och Richard, Anna Strandberg och Peter Landström.

Innehållsförteckning

ALLIANS OCH INTERNETBEHANDLING – OM ARBETSALLIANSENS FÖRÄNDRING OCH SAMBAND MED BEHANDLINGSUTFALL VID INDIVIDUALISERAD INTERNETBEHANDLING FÖR ÅNGESTSYNDROM	1
Inledning.....	1
Arbetsallians.....	1
Alliansbegreppets utveckling.....	1
Definition av allians.....	1
Bordins teori om arbetsallians.....	2
Working Alliance Inventory.....	2
Arbetsallians och behandlingsutfall	3
Arbetsallians och KBT	3
Förväntningar inför terapi	3
Klientens förväntningar inför terapi och behandlingsutfall	3
Klientfaktorer och förväntningar inför terapi.....	4
Terapeutfaktorer och förväntningar inför terapi	5
Ångestsyndrom och depression	5
GAD.....	5
Paniksyndrom	6
Social fobi	6
Depression	6
KBT vid ångestsyndrom	6
Internetbehandling	7
Internetbehandling och arbetsallians	7
Frågeställningar inom alliansforskningen vid Internetbehandling	7
Aktuell forskning om allians vid Internetbehandling	8
NOVA-projektet	9
Tankens bakom NOVA-projektet	9
Manualiserad och individualiserad Internetbehandling	9
Potentiella etiska problem.....	9
Syfte	10
Frågeställningar	10
Metod	11
Deltagare.....	11
Rekrytering	11
Urval	11
Diagnostisering	14
Komborbiditet	14
Kodning av subkliniska besvär och totala symtom	15
Följsamhet i behandlingen (adherence / compliance)	15
Bortfall	16
Material	16
Screening	16
Intresseanmälan	17
Självskattningsformulär – utfallsrelaterade mått	17
<i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self Rated.....</i>	17
<i>Clinical Outcome in Routine Evaluation- Outcome Measure ...</i>	17
<i>Beck Anxiety Inventory</i>	17

<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV</i>	17
Självskattningsformulär - processrelaterat mått	18
<i>Working Alliance Inventory-short version</i>	18
<i>WAI-S-Internet – omarbetade versioner för NOVA-projektet</i>	18
Självhjälpsmaterial	18
Design	19
Procedur	19
Hemsida	19
Anmälan	19
SCID-utbildning	19
Genomförande av SCID-utbildning	20
Förmätning	20
Randomisering	20
Behandlingsgrupp	20
Alliansmätning under behandling	21
Eftermätning	21
Datasäkerhet	21
Statistiska analyser	21
Resultat	23
WAI-S Internet	23
WAI-skattning; före, under och efter behandling	23
Behandlingsutfall	24
Korrelationsanalys på alliansskattning och behandlingsutfall	24
Korrelation mellan WAI och förändringsvärdet på CORE-OM	24
Diskussion	25
Resultatsammanfattning	25
Resultatdiskussion	25
Förbättrad allians under behandlingens gång	25
Alliansskattning och behandlingsutfall	26
Inget samband mellan förväntningar inför terapi och behandlingsutfall ...	27
Samband mellan tidig alliansskattning och behandlingsutfall	27
Samband mellan alliansskattning efter behandling och behandlingsutfall..	28
Samband mellan allians och förändringsvärde	28
Alliansskattning vid individualiserad Internetbehandling	28
NOVA-studiens design – en förutsättning för allianssambandet?	28
Metoddiskussion	29
Validitet	29
Reliabilitet	30
Slutsatser	30
Förslag till fortsatt forskning	30
Referenser	32
Bilagor	37

ALLIANS OCH INTERNETBEHANDLING – OM ARBETSALLIANSENS FÖRÄNDRING OCH SAMBAND MED BEHANDLINGSUTFALL VID INDIVIDUALISERAD INTERNETBEHANDLING FÖR ÅNGESTSYNDROM

Inledning

I inledningen kommer begreppet arbetsallians, dess ursprung och anknytning till dagens psykoterapiforskning att presenteras. Därefter följer en presentation av förväntningar inför psykologisk behandling och dess samband med och implikationer för terapi, ångeststörningar och Internetbehandling, samt en redovisning av forskningsläget för arbetsalliansen i Internetbehandling.

Arbetsallians

Alliansbegreppets utveckling

Relationen som uppstår mellan klient och terapeut i psykologisk behandling har diskuterats allt sedan psykoterapins början (Horvath, 2006). Begrepp som innefattar den terapeutiska alliansen växte fram under 1900-talets början utifrån en strävan efter att i teoretiska begrepp fånga den speciella relationen som uppstår mellan klient och terapeut i psykologisk behandling (Marcolino & Iacoponi, 2003). Konceptet om den terapeutiska relationen mellan klient och terapeut myntades främst inom den psykoanalytiska traditionen (Sterba, 1934; Zetzel, 1956) men anses idag vara en generisk princip i allt psykologiskt behandlingsarbete oavsett skolbildning eller teknik (Hersoug, Hoglend, Monsen & Havik, 2001; Lambert, 2004; Andrusyna, Tang, DeRubeis, & Luborsky, 2001; Marcolino & Iacoponi, 2003). Enligt Castonguay, Constantino och Grosse Holtforth (2006) påpekas vikten av den terapeutiska alliansen i princip i alla aktuella behandlingsmanualer oavsett behandlingsinriktning. Många forskare menar att den terapeutiska alliansen i sig kan vara viktigare än typen av psykoterapi när det gäller att predicera utfallet i psykologisk behandling (Safran & Muran, 2000; Wolfe & Goldfried, 1988; Marcolino & Iacoponi, 2003). Alliansen har vidare under 2000-talet utnämnts som ”flaggskeppet” i APAs (American Psychiatric Association) arbete för att sammanföra den forskningsanknutna världen med den praktiskt kliniska verkligheten (Constantino et al., 2006).

Definition av allians

Den empiriska forskningen kring alliansens betydelse i psykologisk behandling har framför allt utvecklats under de senaste tjugo åren och sammanställts vid flera tillfällen (se Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000). Trots den omfattande forskningen kring alliansen saknas det fortfarande en tydlig och gemensam definition av begreppet allians (Martin et al., 2000). Frånvaron av ett gemensamt samlingsnamn har inneburit att relationen mellan terapeut och klient i forskningen och litteraturen har kallats för många olika saker; exempelvis *arbetsallians* (working alliance), *terapeutisk allians* (therapeutic alliance), *terapeutiskt relation* (therapeutic bond) eller *hjälpande relation* (helping bond) (Andrusyna, Tang, DeRubeis & Luborsky, 2001; Lambert, 1994). I denna studie kommer begreppet arbetsallians att användas för att beskriva relationen mellan behandlare och klient i Internetbehandling. Begreppet arbetsallians grundades av Greenson (1967) som menade att en positiv arbetsallians var en förutsättning för ett gott behandlingsutfall.

Även om en ren definition av alliansen som begrepp saknas råder det i dagens alliansforskning en generell samstämmighet kring de centrala idéer som begreppet allians innefattar; nämligen att (a) alliansen fångar samarbetet i relationen mellan klient och terapeut och (b) det känslomässiga bandet mellan klient och terapeut samt (c) terapeutens och klientens förmåga att med ett aktivt engagemang förhandla fram ett gemensamt kontrakt och tillsammans formulera målen med behandlingen (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000).

Bordins teori om arbetsallians

Bordin (i Horvath, 2000) presenterade i mitten av 1970-talet en alliansmodell som förflyttade alliansbegreppet från det mer traditionella psykodynamiska perspektivet till en mer generell modell som syftade till att kunna mäta alliansbegreppet i olika former av psykoterapi. Bordins (i Horvath & Greenberg, 1989) teori var en vidareutveckling av Greensons tidigare arbete med arbetsalliansen. Bordin (1979) menade att det är det gemensamma samarbetet mellan klient och terapeut och parternas ömsesidighet som är den viktigaste komponenten i psykologisk behandling, och att kvaliteten på dessa faktorer påverkar utvecklingen av alliansen. Bordins teori om arbetsalliansen innehåller tre interagerande komponenter; *tasks*, *bonds* och *goals* (Bordin, 1979). ”Tasks” innefattar de av klient och terapeut ömsesidigt definierade uppgifterna som ska utföras i behandlingen, vilka i sig syftar till att hjälpa klienten. ”Bonds” refererar till det interpersonella förhållandet; en utveckling av ett empatiskt band mellan klient och terapeut byggt på acceptans, ömsesidig tillit och förtroende. Den sista komponenten ”goals” syftar till att klienten och terapeuten är överens om målen med behandlingen vilket inkluderar de kort- och långsiktiga förväntningarna på behandlingsutfallet. Bordin (1979) menade att en fungerande allians nödvändigtvis måste bygga på en grund av de tre dimensionerna och att betydelsen av alliansbegreppet var teoretiskt obundet och generaliserbart på alla typer av psykologisk behandling oavsett skolbildning. De tre olika komponenterna får dock i en stark allians olika betydelse beroende av terapeutens teoretiska utgångspunkt men också beroende på vilken fas behandlingen befinner sig i (Horvath & Greenson, 1989). Alliansen blir utifrån Bordins definition ett begrepp som både främjar arbetet med att implementera behandlingens uppgifter på ett effektivt sätt *och* som i sig är en välgörande terapeutisk komponent (Horvath, 2000).

Working Alliance Inventory

Horvath och Greenberg (1989) utvecklade självskattningsformuläret ”*Working Alliance Inventory*” (WAI) utifrån en strävan att mäta de tre komponenterna i Bordins teori om allians; task, goals och bonds. Genom självskattningsformuläret, som består av 36 item, ville författarna skapa ett totalmått för alliansen för att på ett effektivt sätt kunna relatera måttet till behandlingsutfall i psykologisk behandling. Horvath och Greenberg (1989) sökte skapa ett teoretiskt obundet mätinstrument som skulle kunna användas både i kliniska men också i forskningsanknutna sammanhang. Skattningsformulärets språk utformades på ett skolbildningsneutralt sätt utifrån en strävan att behålla den generella tanken med alliansen (Horvath & Greenberg, 1989). Enligt Hanson, Curry och Bandalos (2002) är WAI ett lättadministrerat och relativt snabbt mätinstrument och det som idag mest används för att mäta arbetsalliansen. Tracey och Kokotovic (1989) har utformat en kortversion av WAI (WAI-S) genom att välja ut de 12 frågor som de fann specifikt fångar in de tre faktorerna (task, goals och bonds). Hanson et al. (2002) har undersökt reliabiliteten hos WAI och funnit en robust sådan på .92. I en jämförelse med två rivaliserande alliansskattningsinstrument (*Relationship Inventory* och *Counselor Rating Form*) fann Horvath och Greenberg (1989) att WAIs delskalor, vid den klientbaserade versionen, var signifikant bättre prediktorer för behandlingsutfall. Busseri och Tyler (2003) har jämfört WAI och WAI-S och funnit att de två

versionerna korrelerar högt i psykometriska och prediktiva egenskaper. Busseri och Tyler (2003) menar att de två versionerna således är utbytbara med varandra.

Arbetsallians och behandlingsutfall

Kvaliteten på arbetsalliansen har visat sig vara särskilt viktig när det gäller att förutse behandlingsutfallet vid psykoterapeutisk behandling (Knaevelsrud & Maercker, 2006). Arbetsalliansen kan mätas utifrån ett klient-, terapeut- eller observationsperspektiv men studier (se Horvath & Symonds, 1991; Hatcher, Barends, Hansell & Gutfreund, 1995; Safran & Wallner, 1991) har konsekvent visat på att den starkaste korrelationen är mellan klientens upplevda arbetsallians och behandlingsutfallet. I en metaanalys av 24 studier fann Horvath och Symonds (1991) ett signifikant och konstant samband mellan allians och behandlingsutfall med en genomsnittlig effektstorlek på .26. Sambandet mellan arbetsalliansen och behandlingsutfallet var konstant oavsett inriktning eller längd på behandlingen (Horvath & Symonds, 1991). Martin, Garske och Davis (2000) fann i sin metaanalys av 79 studier (58 publicerade och 21 icke-publicerade) en effektstorlek på sambandet mellan arbetsalliansen och behandlingsutfall på .22. Horvath & Symonds (1991) fann att klientens skattning av arbetsalliansen var en bättre prediktor för behandlingsutfall jämfört med terapeutens eller en oberoende observatörs skattning.

Sambandet mellan arbetsalliansen och behandlingsutfallet har utifrån forskningsresultat benämnts som moderat men robust (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Crits-Christoph, Connolly Gibbons & Hearon (2006) menar dock att detta är ett något prematurt antagande bland annat på grund av avsaknaden av en tydlig gemensam och accepterad definition av alliansbegreppet. Barber et al. (2000) poängterar vikten av att fortsätta att undersöka huruvida sambandet mellan alliansen och behandlingsutfall är beroende av tidig symtomlindrig. Mallinckrodt (1993) fann ett signifikant samband mellan positiva skattningar efter varje session och en positiv alliansskattning senare i behandlingen, men endast alliansskattningen korrelerade med behandlingsutfallet. Barber et al. (2000) mätte alliansen vid tre tillfällen (session 2, 5 och 10) i en studie med 86 deltagare och fann att alliansen signifikant korrelerade med behandlingsutfallet vid samtliga skattningstillfällen.

Arbetsallians och KBT

Inom kognitiv beteendeterapi (KBT) har alliansen traditionellt sett inte fått en lika självklar plats som i många andra psykoterapiinriktningar (Andrusyna et al., 2001). Bland annat har det förts en lång diskussion huruvida alliansen bidrar till ett gott behandlingsutfall eller om ett gott behandlingsutfall skapar en god allians (Andrusyna et al., 2001). Vikten av en kvalitetsförankrad arbetsallians och sambandet mellan arbetsalliansen och behandlingsutfall inom psykologisk behandling har framför allt betonats inom KBT under de senaste tio åren i takt med att alliansforskningen blivit alltmer empiriskt förankrad och evidensbaserad (Andrusyna et al, 2001; Waddington, 2002). Strauss et al. (2006) fann i sin KBT-baserade behandlingsstudie av personlighetsstörningar ett samband mellan en stark alliansskattning tidigt i behandling och genomförandet av fler sessioner.

Förväntningar inför terapi

Klientens förväntningar inför terapi och behandlingsutfall

Huruvida klientens förväntningar på förbättring inför terapin är en förändringsfaktor i psykoterapi, och i sådana fall i vilken grad, är något som länge diskuterats inom psykologisk forskning oavsett psykoterapeutisk inriktning (Joyce, Ogradniczuk, Piper & McCallum 2003). Austin och Vancouver (1996) har studerat målstyrda beteenden och menar att människor

fortsätter att sträva mot sina mål så länge som de tror på att målet faktiskt kan nås. Utifrån dessa teorier leder positiva förväntningar inför terapi och de förbättringar klienten tror att denna ska leda till, till ihärdiga ansträngningar medan negativa förväntningar leder till ett mindre engagemang och i förlängningen till ett för tidigt avbrytande av terapin (Meyer et al., 2002).

Lambert (1994) har identifierat *förväntningar* som en viktig faktor för behandlingsutfallet tillsammans med *patientfaktorer* och faktorer som förknippas med en *positiv behandlingsrelation*. Noble, Douglas och Newmans (2001) sammanställning visade att förväntningar inför psykoterapi och önskad förbättring korrelerar med behandlingsutfall. Meyer et al. (2002) fann att patienter som förväntade sig bli hjälpta av behandlingen tenderade att engagera sig på ett mer konstruktivt sätt i behandlingssessionerna vilket i sig bidrog till en större symtomlindring. Safren, Heimberg och Juster (1997) studerade klienter i KBT-behandling för social fobi, och fann att klientens förväntningar inför terapin förutsåg hur väl klienten sedan svarade mot behandlingen. Joyce och Piper (1998) fann att ju mer positiva förväntningar klienten hade desto starkare blev arbetsalliansen, vilket i sin tur korrelerade med ett bättre behandlingsutfall.

Klientfaktorer och förväntningar inför terapi

Joyce et al. (2003) redogör för forskning som pekar mot att klientens tillit och delaktighet i behandlingen ökar när terapeutens interventioner passar in på klientens förväntningar, vilket enligt författarna också bidrar till en stärkt allians. Empiriska studier har visat på ett positivt samband mellan kvaliteten på alliansen och klientens egenskaper och beteenden (till exempel förväntningar på förändring, kvaliteten på objektrelationer och så kallad psykologisk medvetenhet) och ett negativt samband med andra (till exempel undvikande, interpersonella svårigheter och ett depressivt tankeinnehåll) (Constantino et al., 2006). Dessa resultat kan i kliniskt arbete innebära en möjlighet för terapeuten att förutse vilka klienter som det kan bli lättare eller svårare att skapa och upprätthålla en allians med, samt bidra med indikationer för interventioner som kan användas för att stärka alliansen. Kokotovic och Tracey (1990) fann ett positivt samband mellan arbetsalliansen och kvaliteten på klientens tidigare och pågående relationer. Klienter som har haft svårigheter i tidigare interpersonella relationer tycks vara mindre benägna att utveckla en stark allians (Kokotovic & Tracey, 1990; Horvath & Luborsky, 1993).

Utifrån forskningsfynd som indikerar att klientens skattning av arbetsalliansen är den bästa predikatoren för behandlingsutfallet kan slutsatser dras att en alliansmätning bör göras så tidigt som möjligt i behandlingen för att på bästa sätt kunna predicera behandlingsutfallet (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Symonds, 1991). Studier har visat att alliansen bildas relativt tidigt i terapi (Horvath 1993, 2003). Session tre har i flera studier ringats in som det optimala tillfället att mäta alliansen (Horvath & Greenberg, 1989; Kokotovic & Tracey, 1990; Muran et al., 1995; Salvio et al., 1992), främst utifrån antagandet att det tar tid att etablera en gedigen arbetsallians. Principe, Marci, Glick & Ablon (2006) fann ett signifikant samband mellan hur klienten skattade arbetsalliansen tidigt i behandlingen och sannolikheten att klienten skulle fortsätta terapin. Joyce et al. (2003) studerade samband mellan förväntningar inför behandlingen och behandlingsutfall utifrån tre perspektiv; klient, behandlare och oberoende bedömare. Arbetsalliansen visade sig väga upp för eventuell differens mellan (a) förväntningar inför terapin och önskad förbättring och (b) behandlingsutfall (Joyce et al., 2003).

Terapeutfaktorer och förväntningar inför terapi

Forskning har indikerat ett positivt samband mellan alliansen och vissa egenskaper hos terapeuten; såsom flexibilitet, ärlighet, respektfullhet, värme, intresse, öppenhet samt en förmåga att inge tillit (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Meyer et al. (2002) fann, i en studie med 151 deltagare, att terapeutens förväntningar inför klientens förbättring korrelerade med behandlingsutfallet, men till skillnad från klientens förväntningar vägdes detta samband inte upp av en stark allians. Terapeutens förmåga att skapa förutsättningar för ett starkt emotionellt band i terapin är beroende av hur pass utvecklade terapeutens egna interpersonella relationer och kompetenser är (Dunkle, 1996). Vissa karaktärsdrag hos terapeuten har visat sig kunna vara bidragande faktorer till svårigheter i alliansbyggandet (till exempel rigiditet, ett kritiskt förhållningssätt och att avslöja detaljer om sig själv på ett opassande sätt) (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Hur terapeuten hanterar eventuella skador i alliansen under terapins gång är enligt Strauss et al. (2006) avgörande för om dessa ska få en terapeutisk och läkande effekt eller leda till ett prematurt avslut eller ännu värre konsekvenser. Beteenden hos terapeuten som har visat sig korrelera med en god allians är ett reflekterande förhållningssätt, att notera vad som tidigare fungerat väl i terapi, noggranna tolkningar samt att uppmärksamma klientens tidigare erfarenheter (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Iwakabe, Rogan och Stalikas (2000) fann att terapeuten, i de sessioner som skattades högt på alliansskalan, visade en högre grad av empati och på ett effektivt sätt fokuserade på de omedelbart uttryckta känslorna. Watson och McMullen (2005) fann att terapeuten visade mer stöd i sessioner som skattades som låga i alliansen, jämfört med sessioner som skattades som höga i alliansen. Jennings och Skovholt (1999) fann att terapeutens förväntningar inför och tro på arbetsalliansen samt terapeutens förmåga att bidra till att skapa en stark arbetsallians är en av de bidragande faktorerna till vad som utgör en mästerlig terapeut.

Ångestsyndrom och depression

Ångest kan ta sig uttryck på många olika sätt; allt ifrån plötsliga och oväntade panikattacker till en mer konstant och malande oro. Känslor såsom ångslan, oro, rädsla och nervositet är delar av människans grundkonstruktion och fyller en livsnödvändig funktion. En viktig gräns passeras dock då ångestens styrka inte längre överensstämmer med omgivningen och dess reella hot (Öhman, 1994). Ångesten blir då omotiverad och fyller inte längre någon positiv funktion i form av en ökad vakenhetsgrad inför hot i omgivningen. Ångestsjukdomar är vanligt förekommande i dagens samhälle och innebär ofta ett stort lidande för individen som drabbas. Var fjärde individ drabbas någon gång i livet av en ångestsjukdom och punktprevalensen, det vill säga det antalet individer som under det senaste året lidit av ett ångestsyndrom, varierar mellan 12-17 procent i olika studier (SBU, 2005). De flesta ångestsjukdomar förekommer avsevärt mer frekvent hos kvinnor än hos män (SBU, 2005). Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (2005) är de samhällsekonomiska kostnaderna för ångestsjukdomar höga.

Generaliserat Ångestsyndrom (GAD)

En specifik diagnosgrupp bland ångestsjukdomar är generaliserat ångestsyndrom (GAD). Med generaliserat ångestsyndrom avses kronisk ångslan och oro; som är orealistisk, varaktig och överdriven, samt motorisk spänning och svårigheter i att slappna av (Öhman, 1994; Öst, 2006). Farhågor och bekymmer som andra lätt kan slå bort blir för dessa människor ohanterliga och ett handikapp i möjligheterna att hantera vardagen på ett optimalt sätt. Patienterna konsumerar mycket sjukvård och missförstås ofta som somatiskt sjuka med åtföljande dyrbara utredningar. Livstidsförekomsten har i olika studier varierat mellan 1,5 och 5,4 procent av den vuxna (18–54 år) befolkningen och är ungefär dubbelt så hög hos kvinnor

(SBU, 2005). Bland personer över 55 års ålder har förekomsten rapporterats vara runt 7 procent.

Paniksyndrom

Paniksyndrom med eller utan agorafobi är ett av de vanligaste ångesttillstånden (se Öst, 2006). Livstidsprevalensen beräknas till omkring 1,5-3 %. Paniksyndrom är dubbelt så vanligt hos kvinnor som hos män och är den elfte vanligaste orsaken till psykisk ohälsa i åldrarna 15-44 år (SBU, 2005). Paniksyndrom kan medföra, förutom panikattacker, symtom som svårigheter att andas och yrsel vilket leder till att många individer med paniksyndrom upplever att de har en kroppslig sjukdom och därför söker somatisk sjukvård för detta. Panikattackerna kan också medföra oro och rädsla inför nya attacker, så kallad förväntansångest. En annan vanlig konsekvens är agorafobi vilket innebär att individen aktivt undviker platser eller situationer där en eventuell panikattack skulle upplevas som extra svår.

Social fobi

Social fobi karaktäriseras av en stark rädsla att dra till sig andras uppmärksamhet i sociala situationer, vilket medför att individen på ett överdrivet sätt uppmärksammar det egna beteendet (Öst, 2006). Social fobi kan antingen vara av så kallad specifik karaktär och relateras då till en specifik och avgränsad situation, eller en generaliserad karaktär då problematiken återfinns i en mängd olika sociala situationer (Öst, 2006). Studier visar på en livstidsprevalens för social fobi på mellan 6-13,7 % (se Hofmann & Barlow, 2002; Fehm, Pelissolo, Furmark & Wittchen, 2005; Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). Variationen beror enligt Furmark (2002) sannolikt på omväxlande inklusionskriterier samt varierande gränsvärden för diagnosen social fobi i olika studier.

Depression

Depression innebär ett signifikant sänkt stämningsläge där patientens tankar påverkas, ofta med en hög grad av ångest (Öst, 2006). Vanligt förekommande vid depression är att de kognitiva funktionerna blir påverkade vilket kan resultera i svårigheter med beslutsfattande, initiativförmåga samt känslomässigt engagemang (Öst, 2006). Öst (2006) understryker allvaret i tillståndet och menar att depression är en av de vanligaste formerna av ohälsa idag och att dess allvarligaste konsekvens är risken för suicid. De samhällsekonomiska kostnaderna för depressionssjukdomar är höga och leder ofta till produktivitsbortfall och arbetsförmåga (SBU, 2004).

KBT vid ångestsyndrom

Både farmakologisk och psykoterapeutisk behandling har visat sig ha dokumenterad effekt vid behandling av ångestsjukdomar (SBU, 2005). Flertalet studier (se Borkovec et al, 2002; Breitholtz, 1999; Barlow, Allen & Choate, 2004) har visat att KBT har en dokumenterad effekt vid behandling av generaliserat ångestsyndrom, social fobi samt paniksyndrom med eller utan agorafobi. Vid långtidsuppföljning av olika behandlingsmetoder för ångestproblematik framstår resultaten av KBT-behandling som något bättre än farmakologisk långtidsbehandling (SBU, 2005). Enligt Barlow et al (2004) har det inom den kognitivt beteendeterapeutiska traditionen ägnats mycket kraft och energi åt att framställa och utveckla specifika tekniker, manualer och interventioner för varje enskilt ångesttillstånd.

Internetbehandling

Terapi över Internet är en så kallad distansterapi, vilket betyder att klient och behandlare inte träffas rent fysiskt (Skinner & Zack, 2004). Terapi och självhjälpsprogram via Internet har vuxit fram i takt med Internetrevolutionen under slutet av 1990-talet och början av 2000-talet och Andersson, Cuijpers, Carlbring och Lindefors (in press) menar att intresset för denna typ av behandlingar idag är stort. Enligt Skinner och Zack (2004) är terapi över Internet ett exempel på en effektiv och etiskt godkänd psykologisk behandling. En av fördelarna med denna form av behandling är att klienten får god tid på sig att fundera igenom sina svar och frågor. Vidare finns möjligheten att befinna sig på annan ort än terapeuten samt att skicka eventuella frågor och svar när som helst på dygnet. Andersson och Carlbring (2003) menar att Internetbehandling kan vara en lämplig behandling för grupper som tidigare inte sökt sig till traditionell psykologisk behandling på grund av till exempel svårt agorafobiskt undvikandebeteende eller svår social fobi. Ytterligare fördelar anses vara den kostnadseffektiva aspekten samt den geografiska tillgängligheten (Andersson & Carlbring, 2003). En utveckling av Internetbaserade självhjälpsprogram kan öka kostnadseffektiviteten och tillgängligheten av olika former av psykologisk behandling (Lange et al., 2003). Bargh och McKenna (2005) menar att Internetbehandlingar erbjuder en unik möjlighet att nå och hjälpa människor som av olika skäl inte kan ta del av traditionell psykologisk behandling, där klient och behandlare möts ansikte mot ansikte. Enligt Proudfoot (2003) uppger deltagare i Internetbehandlingar att det är lättare att anförtro sig via en dator och de tenderar likaså att i högre grad avslöja suicidplaner via en dator än i direktkontakt med en människa. Andra fördelar som deltagare i Internetbehandlingar har rapporterat är lättillgängligheten, graden av anonymitet och möjligheten att bevara denna, samt frånvaron av yttre begränsande faktorer såsom överbryggandet av geografiska avstånd, blyghet eller fysisk attraktion (Proudfoot, 2003; Bargh & McKenna, 2003).

Kombinationen KBT och självhjälpsbehandling via Internet har med gott resultat använts i flertalet studier där syftet har varit att behandla och lindra psykiskt lidande som bland annat depression, social fobi och paniksyndrom (Andersson et al., 2005; 2006; Carlbring et al., 2001; för en översikt se Andersson, Carlbring et al. 2006).

Internetbehandling och arbetsallians

Rochlen, Zack och Speyer (2004) menar att få studier hittills har fokuserat på de bakomliggande förbättringsfaktorerna i Internetterapi. Det är således ännu oklart om det är precis samma eller liknande bakomliggande faktorer och mekanismer som bidrar till förbättring i traditionell psykologisk behandling som också föreligger i Internetbehandling (Knaevelsrud & Maercker, 2006). Parallellt med Internetbehandlingens utveckling och framsteg har en mängd etiska och kliniska frågor debatterats och diskuterats (se Proudfoot, 2003; Tate & Zabinski, 2004). Internetbehandling är enligt Andersson och Carlbring (2003) här för att stanna och i takt med att området utvecklas växer också kraven på empirisk forskning för att undersöka fördelar och nackdelar med metoden (Rochlen et al., 2004).

Frågeställningar inom alliansforskningen vid Internetbehandling. En viktig klinisk fråga inom alliansforskningen just nu är om det är möjligt att utveckla en stark allians över Internet där klient och terapeut aldrig möts ”ansikte-mot-ansikte” (Cook & Doyle, 2002; Rochlen et al., 2004). Frågan om en relation mellan klient och behandlare kan utvecklas på Internet utmanar enligt Knaevelsrud och Maercker (2006) våra mest basala idéer om vad som behövs för att etablera en terapeutisk kontakt; nämligen att klienten och behandlaren (1) delar ett gemensamt fysiskt utrymme, (2) samtalar och (3) interagerar under samma tidsutrymme.

Knaevelsrud och Maercker (2006) menar vidare att det fortfarande är osäkert om Internetterapi ger utrymme för de komponenter som behövs för att etablera en välfungerande och stark arbetsallians varför mer forskning behövs inom området. Enligt Leibert, Archer Jr., Munson och York (2006) stödjer teoretisk och empirisk forskning hypotesen att en effektiv arbetsallians kan skapas via Internetbehandling. Walther och Burgoon (1992) fann, i en av de tidigaste studierna av relationer på Internet, att sättet som relationer utvecklades på Internet kunde likställas med utvecklingen i en relation "ansikte-mot-ansikte". Bland annat Proudfoot (2003) har dock ifrågasatt huruvida omsorg, värme och medkänsla kan förmedlas utan personlig kontakt och verbalt språk och efterlyst flera studier inom ämnet.

Aktuell forskning om allians vid Internetbehandling. Cook och Doyle (2002) studerade relationen mellan behandlare och klient på Internet både kvalitativt och kvantitativt och fann att en arbetsallians på ett tydligt sätt kan utvecklas på Internet. I den relativt lilla studien ($N=15$), som jämförde Internetbehandling med traditionell psykologisk behandling "ansikte-mot-ansikte", skattade deltagarna i Internetbehandlingen arbetsalliansen högre än de som fick traditionell psykologisk behandling (Cook & Doyle, 2002). Leibert et al., (2006) fann i sin studie med 81 deltagare, att Internetklienterna var nöjda med behandlingen och med sin relation till behandlaren, men de var inte lika nöjda som de klienter som deltagit i traditionell psykologisk behandling "ansikte-mot-ansikte". Internetdeltagarna i studien saknade främst nonverbal information från behandlaren, men detta vägdes upp mot fördelen av att kunna dela med sig av skamfyllda tankar och känslor på ett anonymt sätt (Leibert et al., 2006).

Mallen, Day och Green (2003) jämförde i en randomiserad studie med 64 deltagare samtal på Internet med samtal "ansikte-mot-ansikte" och mätte emotionell förståelse, självutlämnande, närhet och på vilken nivå kommunikationen skedde. Studiens resultat visade att deltagarna som kommunicerade via Internet var mindre nöjda med kontakten till sin partner och upplevde inte heller samma närhet med denne som studiens deltagare i gruppen "ansikte-mot-ansikte" (Mallen et al., 2003). Däremot fanns ingen signifikant skillnad i hur deltagarna skattade den emotionella förståelsen (Mallen et al., 2003).

Wiwe (2005) fann i sin psykologexamensuppsats inget samband mellan arbetsalliansen och behandlingsutfall i en Internetbaserad behandling för depression. Antal deltagare i studien var 49 personer som deltagit i antingen mer individuellt utformad e-postbehandling ($n=25$) eller manualiserad självhjälpsbehandling via Internet ($n=24$) (Wiwe, 2005).

Knaevelsrud och Maercker (2006) undersökte sambandet mellan arbetsalliansen och behandlingsutfallet vid Internetbehandling för traumatiserade patienter ($N=48$). Deltagarna skattade arbetsalliansen förhållandevis högt vilket författarna menar pekar mot att det är möjligt att etablera en stabil och positiv terapeutisk relation via Internet (Knaevelsrud & Maercker, 2006). Studien visade på ett lågt till medelstarkt samband mellan arbetsalliansen och behandlingsutfallet (.13 till .33), vilket författarna menar indikerar att arbetsalliansen är en mindre viktig faktor i att förutsäga behandlingsutfallet vid Internetbehandling jämfört med traditionell psykologisk behandling "ansikte-mot-ansikte" (Knaevelsrud & Maercker, 2006).

NOVA-projektet

Tanken bakom NOVA-projektet

Utgångspunkten för NOVA-projektet var att ta fram och genomföra en skraddarsydd och individualiserad Internetbehandling för ångest- och depressionsproblematik utifrån den enskilda individens behov och problematik. En av grundtankarna med projektet var att behandlingsstudien skulle befinna sig så nära den kliniska verkligheten som möjligt. Trots svåra symtom och starkt lidande uppnår många människor inte kriterierna för en diagnos enligt DSM-IV. Exklusionskriterierna i tidigare Internetstudier har varit omfattande eftersom behandlingarna riktat sig mot en specifik diagnosgrupp vilket inneburit att deltagare som inte uppfyllt diagnos exkluderats, trots subkliniska symptom. Föresatsen med NOVA-projektet var att inkludera alla individer som förmodades kunna bli hjälpta av behandlingens innehåll, oavsett uppnådd diagnos eller ej, för att komma så nära en klinisk verklighet som möjligt.

Manualiserad och individualiserad Internetbehandling

Tidigare genomförda Internetbaserade självhjälsprogram har varit manualiserade KBT-behandlingar där alla deltagarna erhållit exakt samma självhjälsmaterial. Behandlingen inom ramen för NOVA-projektet kombinerade KBT-traditionen att använda sig av manualiserat material, samtidigt som varje behandling individualiserades utifrån varje enskild deltagares unika problematik. Detta innebar i praktiken att 40 % av behandlingsmaterialet var manualiserat och likadant för samtliga deltagare och att 60 % av behandlingsmaterialet var flexibelt och valdes utifrån deltagarnas unika problematik. Upplägget möjliggjorde ett stort antal kombinationsbehandlingar med ambitionen att vara skraddarsydda utifrån varje deltagares unika problematik.

Potentiella etiska problem

Samtliga deltagare i NOVA-projektet upplystes om att medverkan var helt frivillig samt att de när som helst kunde avbryta sin behandling. Deltagarna var välinformerade om att behandlingen byggde på självhjälsprinciper och innebörden av detta samt vilka skillnaderna från traditionell behandling består i. En hemsida för studien upprättades initialt där projektets syfte presenterades samt dess upplägg och utformning. På hemsidan presenterades även fakta om KBT vid ångest, oro och nedstämdhet, rådande etiska forskningsprinciper, sekretess- och tystnadspliktsinformation och information om samtycke enligt personuppgiftslagen (PUL). Deltagarna gavs möjlighet att vid eventuella frågor kontakta projektets kontaktperson via e-post innan och under behandlingen.

För att kunna undersöka eventuella behandlingseffekter krävdes att behandlingsgruppens resultat skulle jämföras med en kontrollgrupp. Deltagarna i kontrollgruppen erbjöds behandling efter tio veckor, det vill säga när behandlingsgruppen avslutat sin behandling. Kontrollgruppen inbjöds via ett e-postmeddelande att delta i ett diskussionsforum på Internet tillsammans med de övriga deltagarna på väntelistan under tiden de väntande på behandling.

De individer som exkluderades ur studien skulle kunna uppfatta detta negativt, framförallt de som kallats till samt genomgått SCID-intervjun i Linköping (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1999). De exkluderade individerna fick samtliga en personligt utformad förklaring för exklusion samt rekommendationer om söka annan och mer passande psykologisk behandling. Samtliga exkluderade deltagare erhöll rekommendationer om passande självhjälsplitteratur.

Syfte

Syftet med den föreliggande studien har varit att studera huruvida klientens upplevelse av arbetsalliansen förändras under behandlingstiden vid individualiserad Internetbehandling med KBT mot Ångestsyndrom via Internet. Detta är av intresse då resultatet kan bringa kunskap om vad som händer i relationen mellan klient och terapeut under Internetbehandling. Kunskap om exempelvis eventuella fluktuationer i arbetsalliansen kan ge implikationer för till exempel möjliga interventioner från terapeutens sida. Vidare har syftet med studien också varit att studera huruvida det föreligger ett samband mellan den av klienten vid tre tillfällen skattade arbetsalliansen och behandlingsutfallet. Att studera eventuella samband mellan behandlingsutfall och arbetsalliansen mellan klient och terapeut i Internetbehandling är viktigt för att skapa en djupare förståelse och insikt om vilka komponenter som är verksamma i Internetbehandling.

Frågeställningar

Utifrån den föreliggande studiens syften formulerades följande frågeställningar:

- (1) Förändras den av klienten skattade arbetsalliansen under behandlingens gång, vid individualiserad Internetbehandling med KBT mot Ångestsyndrom via Internet?
- (2) Finns det något samband mellan alliansskattning (skattat före, under och efter behandling) och behandlingsutfall?

Metod

Deltagare

Rekrytering

Deltagarna rekryterades till studien genom ett e-postutskick till personer som tidigare hade anmält sig till Internetbehandlingar via hemsidan www.studie.nu. Ingen av de personer som fick erbjudandet hade tidigare deltagit i en Internetbehandling. E-postmeddelandet skickades till personer som tidigare anmält intresse för behandlingar för; paniksyndrom (300 personer), social fobi (300 personer) samt generaliserat ångestsyndrom (121 personer). I e-postmeddelandet presenterades NOVA-projektet och behandlingsstudiens syfte och upplägg. En länk till projektets hemsida (www.kbt.info/nova) samt information om tillvägagångssätt för anmälan bifogades även i e-postmeddelandet. Ingen ersättning utgick till deltagarna som däremot erbjöds en kostnadsfri behandling utifrån KBT-metodik. Deltagarna fick stå för kostnader i samband med resa till Linköping samt eventuella Internetuppkopplingskostnader. Deltagarna i den individualiserade behandlingsstudien fick sina behandlingsmoduler i pdf-format per e-post samt i pappersformat vilket kostnadsfritt skickades hem per vanlig post.

Urval

För att inkluderas i studien krävdes att de potentiella deltagarna uppfyllde de kriterier som satts upp för att tillgodose de krav på behandlingsstudiens etiska riktlinjer som godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Linköping, samt att deltagarna i en konferens bedömdes kunna bli hjälpta av behandlingen. För att inkluderas i studien krävdes att deltagare uppfyllde nedanstående inklusionskriterier:

1. Var över 18 år.
2. Hade tillgång till Internetuppkoppling.
3. Hade möjlighet att delta vid bedömningsintervju i Linköping.
4. Inte genomgick samtidig psykologisk behandling.
5. Bedömdes lida av kliniska eller subkliniska ångest- och/eller depressionssymtom utifrån självskattningsversionen av Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Montgomery & Åsberg, 1979).
6. Svarade <4 poäng på Livslustfrågan (item 9) på självskattningsversionen av Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S; Montgomery & Åsberg, 1979).
7. Inte hade pågående alkoholmissbruk eller alkoholberoende vilket mättes genom självskattningsformuläret AUDIT.
8. Inte led av allvarlig psykisk ohälsa som skulle minska möjligheten att tillgodogöra sig behandlingen, t ex bipolaritet eller schizofreni.
9. Inte hade annan primär problematik som bedömdes kräva annan behandling och/eller kunde påverkas negativt av behandlingen.

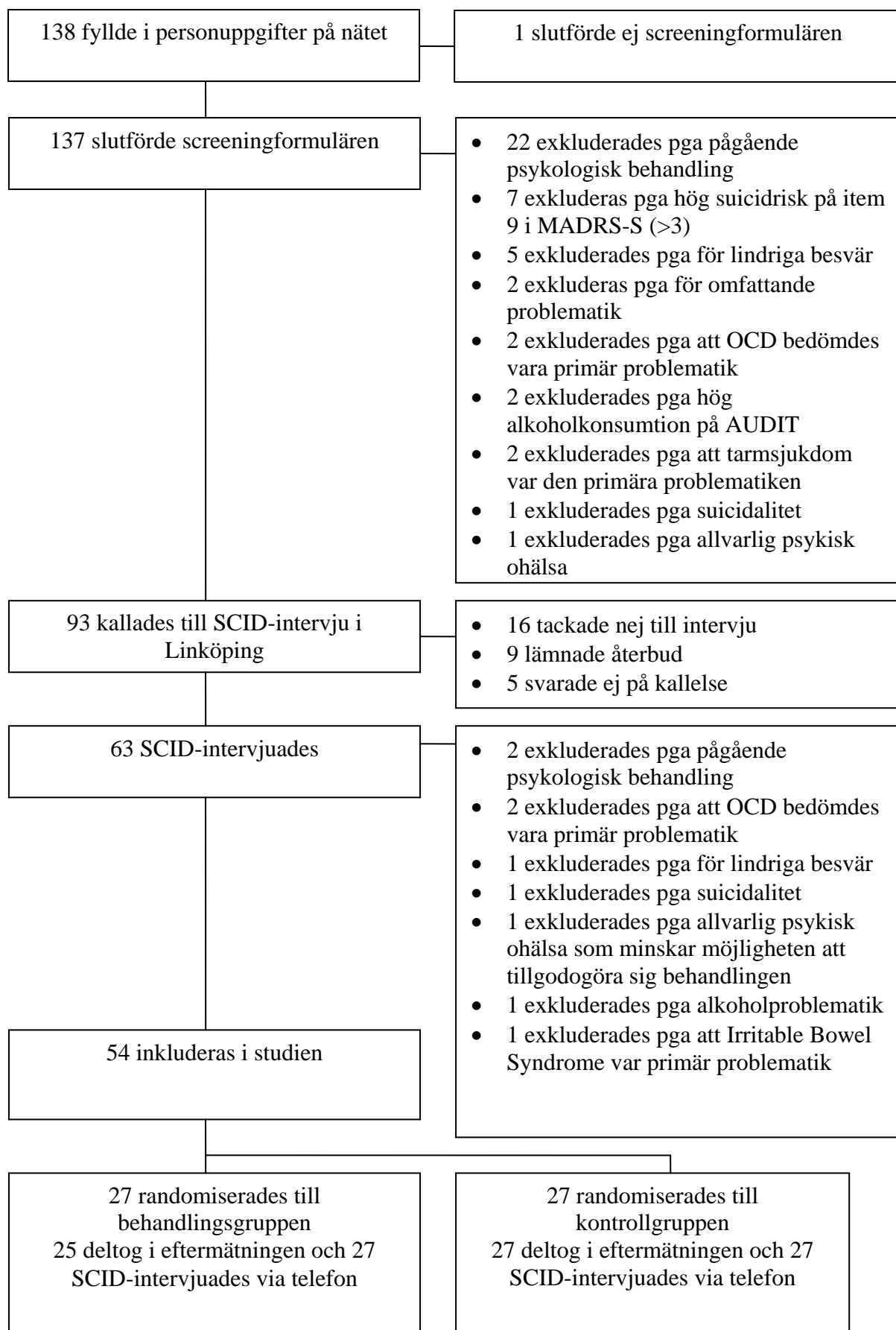
Rekryteringen genererade i totalt 138 intresseanmälningar inom anmälningstiden, varav 137 personer slutförde screeningformulären. Av de 137 intresseanmälningarna uppfyllde 93 individer inklusionskriterierna enligt en första screening via sex olika självskattningsformulär som deltagarna fyllde i på Internet. Svaren på dessa självskattningsformulär analyserades av de tre behandlarna i studien (uppsatsförfattaren samt Maurin och Törngren; psykologstudenter på termin 10). De individer som bedömdes uppfylla inklusionskriterierna 1-8 (se ovan) kontaktades via e-post och bokades för en personlig bedömningsintervju i Linköping, en så

kallad SCID-intervju (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID; First et al., 1999). De deltagare som exkluderades informerades om detta via e-post, vilket tydligt angav exklusionsskäl. De exkluderade deltagarna gavs också en lista på självhjälsböcker och hänvisning till olika vårdinrättningar för att vid behov kunna söka annan psykologisk hjälp. De personer som svarat >3 poäng på MADRS-S item 9 ("livslust") rekommenderades att söka psykiatrisk hjälp på hemorten.

Av de individer som kallades till intervju tackade 63 personer ja samt infann sig i Linköping vid intervjutillfället. Av de 63 intervjuade uppfyllde 54 personer samtliga inklusionskriterier (1-9 se ovan) samt bedömdes av ansvarig läkare som lämpliga att ingå i studien. De deltagare som exkluderades efter SCID-intervjun meddelades om detta via e-post, vilket tydligt angav exklusionsskäl och detaljerade instruktioner, såsom adresser och telefonnummer till vårdinrättningar, om var deltagaren skulle kunna söka annan mer lämplig hjälp. För demografisk beskrivning av deltagarna se tabell 1. För deltagarflöde, exklusionsorsak och bortfall se figur 1.

Tabell 1. Demografisk beskrivning av deltagarna.

		Behandling (n = 27)	Totalt (n = 54)
Kön	Kvinna	18 (66.7%)	41 (75.9%)
	Man	9 (33.3%)	13 (24.1%)
Ålder	Medelålder (standardavvikelse)	39.3 (11.2)	38.8 (10.7)
	Min - Max	22-63	22-63
Civilstånd	Gift/sambo	17 (63.0%)	36 (66.7%)
	Särbo	0	4 (7.4%)
	Ensamstående	9 (33.3%)	12 (22.2%)
	Bor hos föräldrar/annat boende	1 (3.7%)	2 (3.7%)
	Änka/änkling	0	0
Utbildning	Grundskoleutbildning	2 (7.4%)	4 (7.4%)
	Gymnasieutbildning	7 (25.9%)	12 (22.2%)
	Yrkesutbildning	4 (14.8%)	7 (13.0%)
	Oavslutad högskole- /universitetsutbildning	2 (7.4%)	9 (16.7%)
	Avslutad högskole- /universitetsutbildning	12 (44.4%)	22 (40.7%)
Syssetsättning	Arbetar (hel- eller deltid)	18 (66.7%)	30 (55.6%)
	Studerar	3 (11.1%)	11 (20.4%)
	Arbetslös	2 (7.4%)	5 (9.3%)
	Sjukskriven	2 (7.4%)	4 (7.4%)
	Sjukersättning (sjukpension)	2 (7.4%)	4 (7.4%)
Psykologisk behandling	Tidigare	15 (55.6%)	31 (57.4%)
	Ingen tidigare	12 (44.4%)	23 (42.6%)
Ångestdämp- ande och/eller antidepressiv medicinering	Ingen pågående	19 (70.4%)	11 (20.4%)
	- varav tidigare och avslutad	8 (29.6%)	18 (33.3%)
	Pågående	8 (29.6%)	16 (29.6%)



Figur 1. Flödesschema över inklusion, exklusionsorsaker samt bortfall.

Diagnostisering

Deltagarna genomförde en personlig bedömarintervju i Linköping med hjälp av Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders (SCID-I; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1998). Intervjuerna tog mellan 30-80 minuter och skedde individuellt med en av behandlingsstudiens tre behandlare. Deltagarna informerades av intervjuarna tillika behandlingsgruppens behandlare (uppsatsförfattaren, Maurin och Törngren) om att de, i det fall de lottades till behandlingsgruppen, skulle tilldelas den behandlare som de träffat vid intervjun. Följande diagnosgrupper bedömdes genom SCID-intervjun; egentlig depression, lindrig depression, dystymi, paniksyndrom med eller utan agorafobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), social fobi, generaliserat ångestsyndrom (GAD) och ångestsyndrom utan närmare specifikation (ångestsyndrom UNS). För screening av personlighetsstörningar användes SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis II Disorders, First et al., 1998) personlighetsformulär, vilket fylldes i via Internet som del av den första screeningen.

En bedömningskonferens hölls vid två tillfällen för att bedöma och säkerställa samstämmigheten i bedömningen av diagnoskriterier, kliniska och subkliniska symtom, svårighetsgrad samt huruvida den presumtiva deltagaren bedömdes kunna bli hjälpt av behandlingen. I konferensen deltog behandlingsstudiens tre behandlare (uppsatsförfattaren samt Maurin och Törngren), ansvarig projektledare (legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut) samt ansvarig legitimerad läkare (specialist i psykiatri). Vid dessa tillfällen utformades också individens individuella behandlingsplan på basis av intervjurens resultat, vilket inkluderade vilka behandlingsmoduler som skulle användas och i vilken ordning dessa skulle ges.

Komorbiditet

Utifrån delar av SCID-intervjuns kliniska version (Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders Clinical Version; First et al., 1999) och delar av forskningsversionen (Structured Clinical Interview for DSM-IV-Axis I Disorders Research Version; First et al., 1999) erhöles uppgifter om uppfyllda diagnoskriterier för egentlig depression, lindrig depression, dystymi, paniksyndrom med eller utan agorafobi, tvångssyndrom, PTSD, social fobi, GAD och ångestsyndrom UNS. Även subkliniska symtom, aktuell medicinering, tidigare psykologisk behandling och eventuell av individen upplevd sömnstörning noterades. Av tabell 2 framgår diagnosfördelningen över samtliga deltagare.

Tabell 2. *Diagnosfördelning i respektive grupp (observera att en person kan ha flera komorbida diagnoser).*

	Behandlingsgrupp (n=27)	Totalt (n=54)
Egentlig depression	7 (26%)	11 (20%)
Lindrig depression	3 (11%)	4 (7%)
Dystymi	3 (11%)	8 (15%)
Paniksyndrom utan ag.	2 (7%)	5 (9%)
Paniksyndrom med ag.	8 (30%)	13 (24%)
Tvångssyndrom	1 (4%)	1 (2%)
PTSD	1 (4%)	1 (2%)
Social fobi	10 (37%)	21 (39%)
GAD	3 (11%)	11 (20%)
Ångestsyndrom UNS	4 (15%)	7 (13%)
Antal deltagare med komorbida diagnoser	14 (52%)	27 (50%)

Vissa av deltagarna hade även diagnostiserade somatiska sjukdomar och/eller konstaterade skador, t ex tinnitus, tumör på hypofysen (Cushings syndrom), epilepsi, förmaksflimmer, struma, reumatism och kronisk värkproblematik.

Kodning av subkliniska besvär och totala symtom. Subkliniska besvär innebär symtom som är avsevärt besvärande för deltagaren, men som inte uppfyller kriterierna för klinisk diagnos utifrån DSM-IV. Intervjuaren som genomförde scid-intervjun kodade subkliniska besvär under respektive diagnosområde. För subkliniska besvär under en diagnos gavs en 1:a, inga subkliniska besvär en 0:a och uppfylld diagnos en 2:a. Dessa poäng adderades för varje deltagare och gav en totalsumma för symtom, som varierade mellan 1 och 7. För fördelning av subkliniska besvär se tabell 3.

Tabell 3. Antal deltagare (%). Fördelning av subkliniska besvär (samma person kan ha subkliniska besvär inom flera områden).

	Behandlingsgrupp (n=27)	Totalt (n=54)
Egentlig depression ^Δ	0	2 (4%)
Dystymi ^Δ	4 (15%)	6 (11%)
Paniksyndrom utan ag.	6 (22%)	12 (22%)
Paniksyndrom med ag.	0	2 (4%)
Tvångssyndrom	2 (7%)	4 (7%)
PTSD	4 (15%)	9 (17%)
Social fobi	8 (30%)	12 (22%)
GAD	11 (41%)	16 (30%)

^Δ Symtom som ej uppfyllt kriterierna för diagnoserna egentlig depression, lindrig depression eller dystymi.

Följsamhet i behandlingen (adherence/compliance)

Behandlingen började den 5 februari 2007 och avslutades den 15 april 2007, och pågick således under tio veckor. Det minsta och det högsta antalet tilldelade moduler var sex respektive tio. Av samtliga 27 deltagare slutförde 16 personer (59 %) den planerade behandlingsplanen inom avsatt tid. För en översikt över antal tilldelade och slutförda moduler, modulantal samt i vilken vecka deltagaren hamnat efter den förutbestämda tidsplanen, se tabell 4 och 5 nedan.

Tabell 4. Antal moduler deltagarens individuella behandlingsprogram innehöll, antal under behandlingstiden slutförda moduler samt antal (%) deltagare som slutfört respektive veckans uppgifter (oavsett vilken modul) (n=27).

Antal moduler	Tilldelade moduler	Slutförda moduler	Vecka	Antal deltagare som slutfört veckans uppgifter
1 modul	0	0	Vecka 1	27 (100%)
2 moduler	0	2 (7%)	Vecka 2	27 (100%)
3 moduler	0	0	Vecka 3	26 (96%)
4 moduler	0	0	Vecka 4	25 (96%)
5 moduler	0	2 (7%)	Vecka 5	25 (96%)
6 moduler	1 (4%)	2 (7%)	Vecka 6	25 (96%)
7 moduler	4 (15%)	4 (15%)	Vecka 7	24 (89%)
8 moduler	3 (11%)	2 (7%)	Vecka 8	23 (85%)
9 moduler	9 (33%)	5 (19%)	Vecka 9	19 (70%)
10 moduler	10 (37%)	10 (37%)	Vecka 10	16 (59%)

Tabell 5. Antal tilldelade respektive slutförda moduler ($n= 27$).

Modul	Tilldelade moduler	Slutförda moduler
Introduktion	27	27
Tankens kraft 1	27	27
Tankens kraft 2	27	26
Social ångest 1	15	15
Social ångest 2	15	15
Panikångest 1	13	13
Panikångest 2	13	13
Agorafobi	6	5
GAD 1	7	6
GAD 2	7	6
GAD 3	7	6
Avslappning	16	14
Beteendeaktivering1	9	7
Beteendeaktivering2	9	7
Sömn	12	7
Avslutning	27	16

Bortfall

Samtliga 54 deltagare som inkluderats i studien och som randomiserats till antingen behandlingsgrupp eller kontrollgrupp uppmanades genom ett e-postutskick under behandlingsvecka nio att delta i eftermätningen; en SCID-I intervju som genomfördes per telefon av sex oberoende intervjuare (psykologstudenter vid Linköpings Universitet på termin 8 och 9). Totalt svarade 52 personer på eftermätningens formulären vilket innebar ett bortfall på 3.7 %. Detta bortfall fanns i behandlingsgruppen ($n=2$). Samtliga deltagare ($n=54$) genomförde den avslutande SCID-intervjun, vilket ger ett bortfall på 0 %.

Behandlingsstudien hade som intention att alla deltagare skulle ingå i eftermätningen, oavsett hur långt de kommit i behandlingsplanen. Denna statistiska princip (så kallad intention-to-treat) innebär att man i den slutliga resultatsammanställningen räknar med resultatet från alla individer som från början rekryterades till studien, det vill säga att man även räknar med de individer som av någon anledning inte fullföljt studien (Hollis & Campbell, 1999). Intention-to-treat har blivit alltmer vanligt, och förekommer bland annat i behandlingsstudier av bl a Heimberg et al. (1998) och Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach och Clark (2003). Analysmetoden anses ge en mer representativ bild av en klinisk population (Mazumdar et al., 2002) och kan därför vara att föredra framför att enbart inkludera de deltagare som fullgjort behandlingen inom avsatt tid, eftersom dessa skulle kunna tänkas vara mer nöjda med behandlingen.

Material

Screening

Det första screeningförfarandet för deltagarna var att fylla i formulär för intresseanmälan bestående av ett antal bakgrundsfrågor samt frågeformulären MADRS-S, BAI, CORE-OM, QOLI och AUDIT. Det andra screeningförfarandet utgjordes av en personlig bedömningsintervju enligt SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID; First et al., 1999). SCID-intervjuerna genomfördes på Psykologmottagningen vid Linköpings Universitet under dagarna 13, 14, 20, 21 27 och 28 januari 2007 av uppsatsförfattaren samt psykologstudenterna Maurin och Törngren.

Intresseanmälan

Intresseformuläret som den presumtive deltagaren fick fylla i på hemsidan innehöll följande uppgifter; namn, ålder, kön, bostadsadress, telefonnummer samt e-postadress.

Självskattningsformulär - utfallsrelaterade mått:

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale – Self Rated (MADRS-S). MADRS (*Montgomery Åsberg Depression Rating*; Montgomery & Åsberg, 1979) är ett självskattningsformulär som avser att mäta symtom för depression och anses vara särskilt känslig för förändring i grad av depression. I föreliggande studie användes självskattningsversionen av instrumentet (*MADRS-S*; Svanberg & Åsberg, 1994). Formuläret består av nio item, mellan 0-60 poäng, som ämnar mäta symtom för sinnestämning, oroskänslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism och slutligen livslust. MADRS-S visar prov på höga korrelationer mellan självskattning av formuläret och expertskattning (från $r = 0.80$ till 0.94) samt god reliabilitet (Carlbring, 2005).

Clinical Outcome in Routine Evaluation- Outcome Measure (CORE-OM). CORE-OM (*Clinical Outcome in Routine Evaluation- Outcome Measure*; Barkham et al., 1998) är ett självskattningsformulär som omfattar 34 item och har ett tidsintervall som mäter den senaste veckan. CORE-OM omfattar områdena välmående (4 item), symtom (12 item som delas upp i ångest, nedstämdhet, fysiska symtom samt traumasymtom), funktion (12 item) samt risk (6 item varav 4 item avser risk för sig själv och 2 item risk för omgivningen). Totalt finns fem svarsalternativ på varje item (Barkham, Gilbert, Connell, Marshall & Twigg, 2005). Enligt Barkham et al. (2005) är CORE-OM ett robust självskattningsformulär som har hög inre reliabilitet.

Beck Anxiety Inventory (BAI). BAI (*Beck Anxiety Inventory*; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) är ett självskattningsformulär som omfattar 21 item och avser att mäta grad av ångest. Formulärets frågor avser tidsperioden den senaste veckan och det finns fyra svarsalternativ på varje fråga, totalt går det att få mellan 0 till 63 poäng. Formuläret ger stora möjligheter att åtskilja ångeststörningar från depression och uppvisar en test-retest reliabilitet på $r = 0.75$ (över en vecka) (Carlbring, 2005).

Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders (SCID-I). SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorder*; First et al., 1999) är ett semistrukturerat intervjuinstrument som framställts för att kunna fastställa diagnos utifrån fjärde versionen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-IV*; APA, 1994). Intervjuinstrumentet är uppbyggt utifrån ett hierarkiskt system där det finns utrymme för både förbestämda och spontana frågor under genomförandet av intervjun. Frågorna kommer i en bestämd ordning i intervjuformuläret vilket guidar den intervjuande till fastställandet av diagnos. I studien användes delar ur både SCID-I CV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version*; First et al., 1999) och SCID-I RV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV – Research Version*; First et al., 1999).

Självskattningsformulär - processrelaterat mått:

Working Alliance Inventory-short version (WAI-S). WAI (*Working Alliance Inventory*; Horvath & Greenberg, 1989) är ett processrelaterat mått som används för att undersöka styrkan i arbetsalliansen mellan behandlare och klient. Skattningsformuläret finns i tre versioner; klientskattning, behandlarskattning och observatörsskattning. Ursprungsversionen av självskattningsformuläret består av 36 item (Horvath & Greenberg, 1989), och har omarbetats till en kortare version med 12 item; WAI-S, (*Working Alliance Inventory – Short*) av Tracey och Kokotovic (1989). WAI-S har liksom WAI tre delskalor: *task*, *bond* och *goal* (Hanson, Curry & Bandalos, 2002). De två skalorna *task* och *goal* definieras främst av till vilken grad behandlare och klient är överens om uppgifter och mål i behandlingsprocessen (Horvath & Greenberg, 1989). *Bondskalan* representerar styrkan i det empatiska band (såsom ömsesidig tillit, acceptering och förtroende) som kan uppstå mellan behandlare och klient.

WAI-S har följaktligen 12 item som skattas på en Likert-skala från 1 (aldrig) till 7 (alltid) (Hanson et al., 2002). En hög skattning av arbetsalliansen resulterar således i höga poäng och en totalpoäng kan beräknas för varje deltagare. De psykometriska egenskaperna för WAI har studerats för såväl klientversionen som behandlarversionen (Horvath & Greenberg, 1989; Hanson et al., 2002). Den kliniska prövningen för WAI har visat sig ge ett samlat och stabilt reliabilitetsmått för totalskalan på .92 (Hanson et al., 2002). Den prediktiva validiteten har i studier (Hanson et al., 2002; Horvath & Greenberg, 1989; Salvio, Beutler, Wood & Engle, 1992) likaså fått gott stöd och WAI har även visat sig vara en signifikant bättre prediktor för klientbaserade utfall än andra rivaliserande alliansmått.

WAI-S-Internet – omarbetade versioner för NOVA-projektet. Klientversionen av WAI-S (*Working Alliance Inventory – Short*; Tracey & Kokotovic, 1989) omarbetades i samband med NOVA-projektet av uppsatsförfattaren i tre olika versioner; WAI Internet-före behandling, WAI Internet-under behandling och WAI Internet-efter behandling (se bilaga 1, 2 och 3). Frågorna på skattningsformuläret omformulerades så att de behandlade uppskattad arbetsallians före, under och efter behandling och anpassades till individuell psykologisk självhjälpsbehandling via Internet med en Internet-behandlare. Deltagarna fyllde i WAI Internet-före innan SCID-intervjun som en del av den första screeningen. WAI Internet-under behandling administrerades under behandlingsvecka tre, och WAI Internet-efter behandling besvarades efter att behandlingen avslutats i samband med övriga eftermätningar.

Självhjälpsmaterial

Huvudkomponenten i behandlingen utgjordes av behandlingsmoduler som gavs till deltagarna både i pdf- och pappersformat. Modulerna går att likna vid behandlingssessioner och hemuppgifter gavs i slutet av varje modul. Behandlingsmodulerna byggde på beprövade kognitiva beteendeterapeutiska interventioner och hämtades från tidigare projekt riktade mot; social fobi (Andersson et al., 2006), paniksyndrom (Carlbring, Westling, Ljungstrand, Ekselius & Andersson, 2001; Carlbring et al., 2005), generaliserat ångestsyndrom (Almlöv, 2007) och depression (Andersson, Bergström, Holländare, Lenndin, & Vernmark, in press). Behandlingsmodulerna från ovanstående projekt omarbetades och anpassades för NOVA-projektet av uppsatsförfattaren samt psykologstudenterna Maurin och Törngren. Alla deltagare erhöll i behandlingen de tre första modulerna samt den sista; däremellan fick de olika moduler beroende på problematik. Under den tio veckor långa behandlingen fick deltagarna totalt mellan sex och tio moduler beroende på individuell problematik, vilket

innebar att deltagarna kunde få två veckor att arbeta med en modul i de fall de fick mindre än tio moduler totalt. För en utförlig beskrivning av samtliga behandlingsmoduler se Maurin och Törngren (2007).

Design

Studien ingick som en del av NOVA-projektet; en experimentell behandlingsstudie med två betingelser; en behandlingsgrupp och en kontrollgrupp på väntelista för framtida behandling.

Oberoende variabler i behandlingsutfallsberäkningen bestod av en mellangrupsvariabel i två lägen; behandlingsgrupp och kontrollgrupp, samt en inomgruppsvariabel i två lägen; förmätning och eftermätning. Beroendevariabler för utfallsberäkningen utgjordes av resultatet av SCID-intervjun, CGI samt självskattningsformulären MADRS-S, BAI, CORE-OM, QOLI.

Vid korrelationsberäkningen mellan arbetsallians och behandlingsutfall ingick tre olika självskattningsversioner av WAI-S och CORE-OM, MADRS-S, och BAI.

Procedur

Hemsida

En hemsida för NOVA-projektet upprättades (www.kbt.info/nova). Via denna hemsida presenterades projektets syfte, upplägg och utformning, symtombeskrivning hos de deltagare som eftersöktes samt en personlig beskrivning med bild av de ansvariga personerna för behandlingsstudien. Vidare fanns det på hemsidan fakta om KBT vid ångest, oro och nedstämdhet, rådande etiska forskningsprinciper, sekretess- och tystnadspliktsinformation, information om samtycke enligt personuppgiftslagen (PUL), karta och reseinformation samt en anmälningssida för en första intresseanmälan och screening. Deltagarna gavs möjlighet att vid eventuella frågor kontakta projektets kontaktperson, som var en av projektets behandlare, via e-post. De personer som inbjöds till projektet via e-postutskicket hade möjlighet att anmäla sig via hemsidan under perioden 3 januari 2007 till 8 januari 2007, därefter byttes texten ut och information om att anmälningstiden gått ut lades ut på hemsidan. En upplysning om möjligheten att anmäla intresse till eventuella kommande studier lades ut via en länk.

Anmälan

Deltagarna uppmanades i e-postutskicket att besöka projektets hemsida, läsa informationen på denna och vid ett eventuellt intresse göra en anmälan samt genomföra en första screening genom självskattningsformulär. Alla inkomna intresseanmälan tilldelades ett forskningsnummer bestående av ett löpande nummer samt de två första bokstäverna i deltagarens för- och efternamn. Självskattningsformulären gick igenom av studiens behandlare och utifrån denna första bedömning kontaktades presumtiva deltagare per e-post med en kallelse för en personlig bedömningsintervju (SCID).

SCID-utbildning

Studiens samtliga SCID-intervjuare (tre personer i den initiala mätningen och sju andra personer i eftermätningen) genomgick de av First et al. (1999) i *Handbok för SCID-I och SCID-II för DSM-IV* rekommenderade träningsmoment för att på detta sätt garantera att administration och diagnosbedömning kunde genomföras på ett tillfredställande sätt. Detta inkluderade; inläsning av SCID-handboken och manualer, ett gemensamt utbildningsmoment lett av biträdande handledare och legitimerad psykolog, inläsning av diagnoskriterier i *MINI-*

D IV (American Psychiatric Association, 1999) samt studerande av övningsvideoband med inspelade intervjuer tillhörande SCID-manualerna. Intervjuerna rollspelade också övningsintervjuer med varandra.

Genomförande av SCID-intervjuer

Deltagare som kallats till intervju tog sig på egen hand till Psykologmottagningen vid Linköpings Universitet där en av projektets tre behandlare för behandlingsgruppen mötte personen i väntrummet och därefter genomförde intervjun i ett av mottagningens behandlingsrum. Sammanlagt genomfördes 63 intervjuer vilka protokollfördes och spelades in på ljudband. Ljudupptagningen möjliggjorde att intervjuaren i efterhand kunde lyssna på bandet vid en eventuell osäkerhet vid bedömningen.

Förmätning

Samtliga självskattningsformulär som användes i förmätningen fylldes i via Internet. Dessa var MADRS-S, BAI, QOLI, CORE-OM samt WAI Internet-före behandling (en av uppsatsförfattaren omarbetad version av WAI-S).

Randomisering

De 54 personer som efter SCID-intervjun bedömdes uppfylla samtliga inklusionskriterier randomiserades till behandlings- respektive kontrollgrupp med hjälp av Internettjänsten www.random.org, vilket är en slumpgenerator baserad på vitt brus. Deltagarna randomiserades i tre olika grupper eftersom den behandlare som SCID-intervjuat deltagaren också skulle behandla denna, i det fall deltagaren lottades till behandlingsgruppen.

Behandlingsgrupp

Under den tio veckor långa behandlingstiden genomgick behandlingsgruppen ett individuellt utformat självhjälpsprogram medan kontrollgruppen aktivt väntade genom deltagande i ett diskussionsforum. Deltagarna i behandlingsgruppen tilldelades en personlig Internetterapeut som var den person som de träffat vid intervjun i Linköping. Deltagarna i behandlingsgruppen fick inledningsvis ett e-postmeddelande från Internetterapeuten med instruktioner om hur behandlingen skulle gå till samt den individuella behandlingsplanen specificerad (modulerna samt i vilket ordning och takt dessa skulle tilldelas deltagaren redovisat).

Under de tre första veckorna tilldelades behandlingsgruppen samma moduler i samma ordning och takt. Under de kommande sex veckorna var behandlingen individualiserad (moduler, ordning och takt). Den sista behandlingsmodulen tilldelades samtliga deltagare under den sista veckan. Modulen skickades till deltagaren per e-post i pdf-format samt även i pappersformat per vanlig postgång. Efter varje avslutad modul sände deltagaren in svaren på hemuppgifterna till den ansvariga Internetterapeuten som i ett e-postmeddelande gav personliga kommentarer på hemuppgifterna samt bedömde om deltagaren hade tillgodogjort sig modulen. Om deltagaren inte bedömdes ha tillgodogjort sig modulen på ett tillräckligt sätt efterfrågades en komplettering, och i annat fall tilldelades deltagaren nästföljande modul. De tre Internetterapeuterna fick under behandlingstiden varje vecka grupphandledning av legitimerad psykolog med KBT-inriktning och erfarenhet av Internetbaserad självhjälpsbehandling, totalt drygt tio timmar. Handledningen genomfördes för att öka samstämmigheten mellan terapeuterna gällande kommentarer, samt för att få stöd och diskutera svårigheter i och utmaningar med behandlingen. Vid de fall deltagaren inte höll sin tidsplan skickades en påminnelse ut via e-post till deltagaren. Deltagarna i behandlingsgruppen informerades om att de under hela behandlingstiden hade möjlighet att

ställa frågor till Internetterapeuten via e-post, vilket besvarades inom 24 timmar. Vidare erbjöds deltagarna att vid behov få personlig kontakt med NOVA-projektets ansvariga psykiater, något som skedde vid ett tillfälle vilket var under den första behandlingsveckan.

Alliansmätning under behandling

Under behandlingsvecka tre genomfördes en alliansskattning via Internet genom självskattningsformuläret WAI Internet-under behandling (en för projektet omarbetad version av WAI-S). Av behandlingsgruppens 27 personer besvarade samtliga 27 självskattningsformuläret.

Eftermätning

Efter avslutad behandling genomfördes en alliansmätning via Internet genom självskattningsformuläret WAI Internet-efter behandling (en omarbetad version av WAI-S). Eftermätningen för diagnostisering skedde genom en SCID-intervju (Structured Clinical Interview for DSM-IV; SCID; First, Gibbon, Spitzer & Williams, 1999) per telefon av sju oberoende intervjuare (psykologkandidater vid Psykologprogrammet i Linköping) som genomgått samma SCID-utbildning som de tidigare intervjuarna. Samtliga deltagare i behandlingsgruppen och kontrollgruppen kontaktades under vecka nio per e-post där de informerades om eftermätningsförfarandet och syftet med detta samt informerades om att de under den tionde behandlingsveckan skulle komma att kontaktas per e-post av en psykologkandidat vid Linköpings Universitet för bokning av tidpunkt för intervju. Deltagarna informerades om att intervjuaren/psykologkandidaten var och skulle förbli ovetande inför om deltagaren ingått i behandlingsgrupp eller kontrollgrupp samt om syftet med detta förfarande (vilket var att minimera eventuella effekter vid diagnostiseringen). Telefonintervjuerna genomfördes under tiden 16/4-2007 till 22/4-2007. Samtliga deltagare fick även via Internet besvara följande självskattningsformulär; CORE-OM, MADRS-S, BAI, QOLI, WAI Internet-efter samt svara på frågor angående medicinering och uppsökande av vård under de senaste tio veckorna.

I behandlingsgruppen deltog 27 personer i telefonintervjun och 25 personer fyllde i självskattningsformulären på Internet.

Datasäkerhet

Deltagarnas uppgifter hanterades enligt personuppgiftslagen (PUL). Behandlarnas e-postkorrespondens skedde via säker anslutning (<https://>). E-postkorrespondensen sparades på USB-minnen. Eftersom data från frågeformulären sparades avidentifierat, kan inte försöksdeltagarna identifieras i efterhand. Samtliga deltagare tilldelades en användarkod, som de använde under studiens gång. Endast studiens forskare hade tillgång till deltagarnas avidentifierade uppgifter. Deltagarna erbjöds en säker e-postadress, en möjlighet ingen deltagare valde. Forskningsmaterialet kommer att förstöras när arkiveringstiden löpt ut.

Statistiska analyser

För de statistiska analyserna har statistikprogrammet SPSS använts. ANOVA användes för att undersöka om det förelåg signifikanta skillnader mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen, samt för att beräkna skillnader mellan de tre alliansmätningarna. Tvåvägs ANOVA 2 (grupp) x 2 (tid) med mixad design användes för att undersöka om det fanns signifikanta skillnader mellan behandlingsgruppen och kontrollgruppen mellan för- och eftermätningarna. T-test med Bonferronikorrektion användes för att eftertesta skillnaderna.

Pearsons produktmomentkorrelation användes för att beräkna sambandet mellan alliansskattningarna och behandlingsutfall. Signifikansnivåerna eftertestades med Bonferronikorrigerade parade t-test.

Resultat

Studiens resultat presenteras genom korrelationsanalyser mellan de olika WAI-skattningarna och de tre beroendemått (CORE-OM, MADRS-S och BAI). Resultatet av huvudutfalls måttet CORE-OM presenteras i text mer utförligt.

En kortare presentation av behandlingsutfallet görs för att kunna diskutera behandlingsutfallet och alliansskattningen. Effektstorlekarna refererar till Cohens d (Cohen, 1988), där en effektstorlek på .20 innebär liten effekt, .50 måttlig effekt och .80 stor effekt. Enligt Cohen (1988) kan samband beräknat med Pearsons produktkorrelation vid .10 sägas ha ett svagt samband, .30 ett medelstarkt samband och .50 ett starkt samband. Behandlingsresultaten analyserades enligt "intention-to-treat"-principen, det vill säga att deltagare som randomiserades räknades med i resultaten. Således analyserades data från alla deltagare som fyllde i eftermätningen, oavsett om de hade slutfört behandlingen eller inte.

WAI-S Internet

WAI-skattning; före, under och efter behandling

WAI-skattningarna analyserades med variansanalys för upprepad mätning (ANOVA). En signifikant effekt erhöles ($F(2,23)=19.9$, $p<0.0001$). Skillnaderna undersöktes med Bonferronikorrigerade parade t-test. Skillnad fanns mellan WAI-före och WAI-under ($t(26)=5.5$, $p<0.001$). Skillnad fanns även mellan WAI-före och WAI-efter ($t(26)=6.4$, $p<0.001$). Även skillnaden mellan WAI-under och WAI-efter var statistiskt signifikant ($t(26)=2.5$, $p=0.019$), men denna skillnad nådde inte gränsen för signifikans efter Bonferronikorrektion. För en sammanställning av WAI-skattningen före, under och efter behandling, se tabell 6 nedan.

Tabell 6. *WAI-S Internet skattning för NOVA - individualiserad självhjälpsbehandling av ångeststörningar via Internet. Resultatet presenteras med hjälp av medelvärde och standardavvikelse för WAI; före, under och efter behandling.*

Skattning	<i>n</i>	M (SD)
WAI-före	27	5.25 (.72)
WAI-under	27	6 (.80)
WAI-efter	25	6.2 (.90)

Behandlingsutfall

Den genomsnittliga effektstorleken mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp var $d=0.78$ och inom behandlingsgruppen före jämfört med efter behandlingen $d=1.24$. För en fullständig resultatbeskrivning av behandlingsutfallet i NOVA-projektet se Maurin och Törngren (2007).

Korrelationsanalys mellan WAI-skattningar och behandlingsutfall

En analys med partiella korrelationer och två kovariater, förmätningen av WAI och CORE-OM, gjordes. Inget signifikant samband hittades mellan WAI-före och utfall på CORE-OM där förmätning-CORE kovarierats ut ($r=-.20$, $p=0.35$). Däremot fanns ett statistiskt säkerställt samband mellan WAI-under och utfall på CORE-OM där förmätningssvärdet på CORE-OM kovarierats ut ($r=-.48$, $p=0.018$). Sambandet mellan WAI-efter och utfall på CORE-OM där förmätningssvärdet CORE-OM kovarierats ut var likaså signifikant ($r=-.48$, $p=0.019$). För övriga utfallsmått se tabell 7.

Tabell 7. Samband mellan WAI (före, under och efter) och utfallsmått med kontroll för förmätningssvärden.

Skattningsmått	CORE-OM eftermätning (n=25)	MADRS-S eftermätning (n=25)	BAI eftermätning (n=25)
WAI-före (n=27)	-.20	-.26	-.15
WAI-under (n=25)	-.48*	-.60**	-.29
WAI-efter (n=25)	-.48*	-.73***	-.30

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

Korrelation mellan WAI och förändringsvärdet på CORE-OM

Med hjälp av Pearsons produktmomentskorrelation genomfördes en analys där förändringsvärdet på huvudutfallsmåttet CORE-OM (skattning före minus efter) korrelerades med alliansmätningen. Inget samband fanns mellan WAI-före och förändring på CORE-OM ($r=.07$). Däremot fanns ett samband mellan WAI-under och förändring på CORE-OM ($r=.42$, $p<0.05$). Inget signifikant samband fanns mellan WAI-efter och förändring på CORE-OM ($r=.33$).

Diskussion

Syftet med den föreliggande studien var att studera huruvida klientens upplevelse av arbetsalliansen förändras under behandlingstiden vid individualiserad Internetbehandling med KBT mot Ångestsyndrom via Internet. Vidare var också syftet med studien att studera huruvida det förelåg ett samband mellan den av klienten vid tre tillfällen skattade arbetsalliansen och utfallet av behandlingen.

Resultatsammanfattning

Resultatet från denna studie visade en skillnad mellan de tre olika alliansskattningarna; före, under och efter behandling. Deltagarna i studien ökade signifikant sin alliansskattning från mätningen före behandling till mätningen under behandling. Efter en Bonferronikorrektion så var ökning mellan mätning under behandling till mätningen efter behandling inte längre signifikant.

Resultatet visade vidare att det fanns ett signifikant samband mellan alliansmätningen under pågående individualiserad Internetbehandling (behandlingsvecka tre) och behandlingsutfallet (mätt med utfallsmåtten CORE-OM, MADRS-S och BAI). Likaså fanns ett signifikant samband mellan eftermätningen av WAI-S och behandlingsutfallet. Utifrån Cohens (1988) anvisningar kan dessa samband anses som starka.

Studiens resultat visade inget samband mellan förväntningen av alliansen, det vill säga deltagarnas förväntningar inför arbetsalliansen, och behandlingsutfallet. Således har inga indikationer för att deltagarnas förväntningar inför alliansen med behandlaren skulle ha ett samband med behandlingsutfallet vid individualiserad Internetbehandling hittats.

Resultatdiskussion

Förbättrad allians under behandlingens gång

Deltagarna i NOVA-projektet intervjuades vid bedömningstillfället av samma person som de sedan fick som behandlare. Den första alliansskattningen skedde inför intervjutillfället. Vid intervjutillfället fick deltagaren möjlighet att träffa sin kommande behandlare personligen vilket skulle kunna ha betydelse för arbetsalliansen utveckling. Deltagarna skattade arbetsalliansen högre vid den andra skattningen (under behandlingsvecka tre) jämfört med skattningen inför intervjun. Studiens resultat visar således att arbetsalliansen utvecklades i positiv riktning under behandlingens gång.

De tre grundpelarna i Bordins (1979) teori om alliansen; *task*, *goal* och *bond*, kan utifrån studiens resultat således anses ha tillgodosetts och utvecklats på ett optimalt sätt i NOVA-behandlingen, något som dock ej kontrollerats för genom statistiska resultatberäkningar. Forskning har visat att till exempel komponenten *bond* utvecklas först senare i psykologisk behandling (Horvath & Greenberg, 1986; Horvath & Symonds, 1991) vilket ger stöd för hypotesen att komponenterna i arbetsalliansen spelar *olika* roller i olika typer av psykologisk behandling. Man skulle kunna hävda att komponenten *tasks* (de av klient och behandlare ömsesidigt definierade uppgifterna i behandlingen) i NOVA-projektet berördes redan vid intervjutillfället i och med att deltagarens symtombild och psykologiska problematik kartlades utifrån den strukturerade intervjun och en interagerande diskussion mellan deltagaren och behandlaren. Komponenterna *goals* bearbetades konkret i och med att generella och specifika

mål ingick som hemuppgift, enligt KBT-metodik, under behandlingsvecka två. Deltagaren fick återkopplingar av behandlaren på de formulerade målen och fick också vid behov omformulera dessa utifrån behandlarens kommentarer, bland annat för att göra målen mer realistiska, nyanserade och specifika. Det *gemensamma* samarbetet med behandlingens målformuleringar skulle kunna tänkas ha påverkat arbetsalliansen i en positiv riktning, vilket den högre skattningen under behandlingsvecka tre skulle kunna vara ett resultat av. Mot slutet av behandlingen återkopplade också behandlaren till deltagarens målformuleringar som en del av arbetet med behandlingens avslut, vilket kan ha påverkat den sista alliansskattningen. Komponenten *bonds* (det vill säga utvecklingen av det interpersonella förhållandet mellan deltagaren och behandlaren) och studiens resultat av en relativt hög alliansskattning, pekar mot att det fanns en ömsesidig acceptans, tillit och förtroende mellan deltagaren och behandlaren. Det personliga intervjutillfället kan även här ha spelat stor roll för utvecklingen av den interpersonella relationen. Att behandlingen var individuellt utformad utifrån klientens problematik och symtombild kan också ha påverkat relationen mellan klient och behandlare. Behandlarens kommentarer och återkopplingar till deltagaren kan utifrån detta antas ha fått en mer personlig prägel än vad som kanske varit brukligt i tidigare Internetbehandlingar. Likaså att deltagaren kan ha fått en uppfattning av att behandlaren i högre grad kände till den individuella symtombilden, vilken den individuellt utformade behandlingsplanen skulle kunna tänkas bekräfta, vilket kan ha påverkat relationen mellan klienten och behandlaren och arbetsalliansen i en positiv riktning.

Alliansskattning och behandlingsutfall

Studiens resultat visade på starka samband mellan alliansskattningarna under behandling och efter behandling, med behandlingsutfallet vilket ger stöd till tidigare fynd i traditionell psykologisk behandling "ansikte-mot-ansikte" (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Barber et al., 2000). I den aktuella studien skattades arbetsalliansen vid tre tillfällen; före, under och efter behandling, till skillnad från tidigare Internetbehandlingsstudier (Knaevelsrud & Maercker, 2006; Wiwe, 2005), vilket kan ha bidragit till en mer ackurat bild av sambandet mellan alliansskattningen och behandlingsutfallet vid Internetbehandling.

Så hur kan sambandet mellan arbetsalliansen och behandlingsutfallet förklaras? En förklaring är att den starka arbetsalliansen *i sig* kan ha bidragit till det goda behandlingsutfallet. Utifrån detta resonemang blir arbetsalliansen *i sig* bärande för och en förklaring till symtomlindringen. En stark arbetsallians kan tänkas vara en förutsättning för en lyckad behandling, något som bland annat Safran och Muran (2000), Wolfe och Goldfried (1988) och Marcolino och Iacoponi (2003) menar. Arbetsalliansen skattades högre för varje gång den mättes i den aktuella studien vilket skulle kunna tolkas som fördel för Bordins (1979) alliansteori, som menade att det är det gemensamma samarbetet mellan klient och terapeut och parternas ömsesidighet som är den viktigaste komponenten i psykologisk behandling och att kvaliteten på dessa faktorer påverkar utvecklingen av alliansen. Utifrån detta resonemang blir den ömsesidiga relationen mellan behandlare och klient bärande för alliansens utveckling, och också en förutsättning för en högre alliansskattning.

En annan förklaringsmodell är att sambandet mellan arbetsalliansen och behandlingsutfallet snarare kan vara beroende av en symtomreduktion hos deltagarna, vilket Barber et al. (2000) tidigare diskuterat. Ett tänkbart scenario är att ju bättre deltagaren mår desto högre skattar deltagaren arbetsalliansen. Arbetsalliansen blir utifrån detta resonemang ett slags mått på deltagarens välmående och symtomreduktion.

Inget samband mellan förväntningar inför terapi och behandlingsutfall. Inget statistiskt samband mellan den förväntade alliansskattningen (mätt innan intervjutillfället) och behandlingsutfallet förelåg i den aktuella studien. Av de 27 deltagarna i behandlingsgruppen hade 44 % ingen tidigare erfarenhet av psykologisk behandling. Det är således rimligt att anta att detta urval, där lite mindre än hälften av deltagare var oerfarna i psykologisk behandling, inte visste vad de skulle kunna förvänta sig av relationen med en Internetbehandlare, vilket kan ha påverkat skattningen i positiv eller negativ riktning. Mallen et al. (2003) fann att ju mer tillfreds deltagarna i deras studie var med Internet, desto högre skattade de förväntningarna på arbetsalliansen med deras kommande behandlare. Deltagarna tillfrågades inte om deras Internet-vanor; en faktor som kan ha påverkat skattningen av förväntningarna inför relationen med Internetbehandlaren.

Samband mellan tidig alliansskattning och behandlingsutfall. Starka samband hittades i den föreliggande studien mellan deltagarnas alliansskattning under behandlingsvecka tre och behandlingsutfallet. Detta resultat får stöd av tidigare forskningsfynd inom traditionell psykologisk behandling ”ansikte-mot-ansikte” (Horvath & Symonds, 1991). Att den tidiga alliansskattningen genomfördes under behandlingsvecka tre och visade på ett signifikant samband med behandlingsutfallet, har likaså stöd i tidigare forskning inom traditionell psykologisk behandling (Horvath & Greenberg, 1989; Kokotovic & Tracey, 1990; Muran et al., 1995; Salvio et al., 1992) som funnit att vecka tre är det optimala skattningstillfället för att fånga in arbetsalliansen.

Den aktuella studiens starka sambandsresultat mellan den tidiga alliansskattningen och behandlingsutfallet står i viss mån i kontrast mot Knaevelsrud och Maercker (2006) studie som fann ett litet till medelstarkt samband mellan alliansskattningen under vecka fyra och behandlingsutfallet vid Internetbehandling för traumatiserade patienter. Den stora skillnaden mellan dessa studier är att NOVA-projektet tillämpade ett individualiserat behandlingsupplägg vilket kan ha påverkat arbetsalliansen men även sambandet mellan arbetsallians och behandlingsutfall. En annan skillnad mellan studierna är att NOVA-deltagarna screenades vid en personlig bedömarintervju, medan deltagarna i Knaevelsrud och Maerckers (2006) studie screenades via Internet med skattningsformulär. Deltagarna i den aktuella studien fick således träffa och interagera med sin kommande Internetbehandlare under cirka en timmes tid. Ytterligare en skillnad mellan NOVA-studien och Knaevelsrud och Maerckers (2006) studie är deltagarnas symtom- och diagnosbild. Av NOVA-studiens samtliga deltagare uppfyllde 2 % kriterierna för PTSD enligt DSM-IV, till skillnad från Knaevelsrud och Maerckers (2006) studie där en PTSD-diagnos var ett av inklusionskriterierna. Skillnaden på symtom, subkliniska symtom och diagnos kan ha påverkat hur deltagaren såg på relationen till behandlaren och hur väl denna exempelvis skulle kunna förstå och stödja deltagaren. Knaevelsrud och Maercker (2006) fann att de deltagare som hade svårast symtom innan behandlingen tenderade att ha en mindre positiv relation till behandlaren, vilket ger stöd för att en svårare symtombild försvårar skapandet av en välfungerande arbetsallians vid Internetbehandling. Slutligen skattades arbetsalliansen Knaevelsrud och Maerckers (2006) studie endast vid ett tillfälle, jämfört med den föreliggande studiens tre skattningstillfällen.

Wiwe (2005) fann inte något samband mellan alliansskattningen under behandlingsvecka tre och behandlingsutfallet. I studien fick deltagarna inte nödvändigtvis samma behandlare som intervjuat dem inför behandlingen (Wiwe, 2005), vilket återigen är en viktig skillnad och möjlig förklaringsmodell till den aktuella studiens resultat. Även här skiljde sig diagnos- och

symtomgrupperna mellan studierna åt; deltagarna i Wiwes (2005) studie hade diagnostiserats som att primärt lida av en egentlig depression.

Samband mellan alliansskattning efter behandling och behandlingsutfall. Ett starkt samband mellan alliansskattningen efter avslutad behandling och behandlingsutfallet fanns likaså i den föreliggande studien. Tidigare forskning av alliansens betydelse för behandlingsutfall i traditionell psykologisk behandling (se Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Barber et al., 2000) stödjer dessa resultat.

Samband mellan allians och förändringsvärde

Endast alliansskattningen under behandlingen uppvisade ett signifikant samband med förändringsvärdet på huvudutfallsmåttet. Varken skattningen innan behandlingen eller efter behandlingen korrelerade med förändringsvärdet. Den föreliggande studiens resultat indikerar således att en hög alliansskattning mätt tidigt under behandlingen kan förknippas med en större förändring (och i detta fall förbättring) i utfallsmåttet.

En förklaring till varför endast alliansmätningen under pågående behandling korrelerade med förändringsvärdet, skulle kunna vara att betydelsen av relationen till terapeuten var som störst under den pågående behandlingen (i detta fall under vecka tre). När behandlingen avslutades fanns inte längre något hopp om fortsatt förbättring.

Alliansskattning vid individualiserad Internetbehandling

Deltagarna i den föreliggande studien skattade arbetsalliansen i likhet med andra studier som använt WAI-S skattning (Hersoug et al., 2001; Knaevelsrud & Maercker, 2006). Knaevelsrud och Maercker (2006) menade att de fann en stark alliansskattning med ett medelvärde på 5.8 (6.2), vilket ska jämföras med den aktuella studiens medelvärden på 5.25 (.72) (WAI-före), 6 (.80) (WAI-under) och 6.2 (.90) (WAI-efter). Den aktuella studiens resultat visar således i likhet med tidigare forskning (Cook & Doyle, 2002; Knaevelsrud & Maercker, 2006) att en stark arbetsallians kan utvecklas vid psykologisk behandling via Internet.

Att inte en enda deltagare i NOVA-projektet avbröt behandlingen och att deltagarna skattade arbetsalliansen högt, kan tillsammans ses som en indikation för att en positiv och stabil terapeutisk relation kan utvecklas vid individualiserad Internetbehandling för ångest- och nedstämdhetsproblematik.

NOVA-studiens design – en förutsättning för allianssambandet? De genomsnittliga effektstorlekarna för NOVA-studien ligger inte lägre än tidigare liknande Internetbehandlingar (se Maurin & Törngren, 2007). Inomgruppseffektstorleken för utfallsmåttet CORE-OM ($d=1.79$) ligger i jämförelse med liknande behandlingsstudier något högre (Maurin & Törngren, 2007). Att den genomsnittliga effektstorleken för NOVA-behandlingen inte ligger lägre än för tidigare studier tyder på att behandlingen inte förlorat på att kombinera behandling av olika typer av problematik; exempelvis paniksyndrom med social ångest eller social ångest med nedstämdhet. Således pekar behandlingsresultatet mot att deltagarna har kunnat dra nytta av den individuellt utformade behandlingen som riktat sig mot olika typer av diagnoser och subkliniska besvär.

Behandlingsutformningen och behandlingsresultatet kan ha påverkat den i den aktuella studien funna korrelationen mellan alliansskattning och behandlingsutfall. En tänkbar förklaring till sambandet mellan arbetsalliansen och behandlingsutfallet är således den individuellt utformade behandlingen som riktats mot en heterogen grupp klienter, med olika

subkliniska symtom och diagnoser. Tidigare forskning (Mallen et al., 2003) har visat att data- och Internetvana påverkar hur människor upplever en Internetbaserad kontakt. Ett antagande är att de människor som anmält sig till Internetbehandlingar och som fick erbjudande om NOVA-projektet via e-post, var datavana vilket också kan vara en bidragande komponent till den starka arbetsalliansen.

Metoddiskussion

Validitet

Den begränsade storleken på urvalet i den aktuella studien kräver en viss försiktighet i tolkningen av resultaten. Att NOVA-studien är en randomiserad studie, vilket innebär att deltagarna i behandlingsgruppen som besvarat alliansskattningarna randomiserats är dock positivt för studiens externa validitet. Studiens design innebär att det geografiska upptagningsområdet är hela landet och spridningen över ålder (från 22 år till 63 år) är brett. Deltagarna i den aktuella studien kan med detta förfarande tänkas representera en normalpopulation, vilket ökar sannolikheten för att studiens resultat skulle kunna vara generaliserbart till andra individer och sammanhang. Likaså är studiens design med generösa inklusionskriterier (beträffande komorbiditet, subkliniska symtom, tidigare psykologisk behandling och medicinering) ett argument för att studien har en hög extern validitet. Att behandlingsformen som tillämpades i NOVA-projektet utfördes i deltagarens naturliga hemmiljö, innebär likaså ett argument för studiens externa validitet eftersom behandlingsresultatet inte är bundet till en viss miljö. Däremot anmälde deltagarna i NOVA-projektet sig själva till behandlingen vilket kan påverka den externa validiteten eftersom det kan röra sig om en population som är vana vid Internet och känner sig bekväma med Internetrelationer.

Att deltagarna själva anmälde sig till projektet och behandlingen, fyllde i många olika skattningsformulär via Internet och tog sig till Linköping för en personlig bedömningsintervju, öppnar för en möjlighet att de som grupp kan tänkas vara mer hjälpsökande än den genomsnittliga personen med ångest- och nedstämdhetsproblematik. Ett sätt att undersöka studiens externa validitet är att upprepa studien i ytterligare en randomiserad kontrollerad studie.

Ett hot mot studiens interna validitet är svårigheten att uttala sig om hur den aktuella studiens korrelationer riktar sig; det vill säga vad som faktiskt påverkar vad och vilket som kommer först (arbetsalliansen eller symtomlindringen och i förlängningen behandlingsutfallet). Ytterligare ett hot mot studiens validitet kan vara att uppsatsförfattaren deltagit i NOVA-projektet som behandlare, vilket kan ha haft en möjlig påverkan på resultatet.

Reliabilitet

Skattningsinstrumenten WAI och WAI-S har påvisats ha en god reliabilitet (Hanson et al., 2002) och de har även visat sig vara utbytbara med varandra (Busseri & Tyler, 2003). I den aktuella studien omarbetades WAI-S för att dels passa Internetbehandling och dels för att behandla de olika alliansskattningstillfällena (det vill säga före, under och efter behandling). Ett hot mot studiens reliabilitet skulle kunna vara att dessa omarbetningar av WAI-S inte tillräckligt täcker det specifika med Internetbehandling. Frågan är om alliansskattningsinstrument som utformats för att fånga arbetsalliansen i traditionell psykologisk behandling ”ansikte-mot-ansikte”, om än i omarbetad version, över huvud taget kan tillämpas för att mäta arbetsalliansen i Internetbehandling.

Slutsatser

Föreliggande studie har visat ett signifikant samband mellan hur arbetsalliansen uppfattas av klienten vid individualiserad Internetbehandling för ångest- och nedstämdhetsproblematik, och behandlingsutfallet. Dessa resultat innebär i viss mån nya fynd i jämförelse med tidigare forskning. Studien har också visat att klientens upplevelse av arbetsalliansen förändras över tid, i positiv riktning, vid individualiserad Internetbehandling.

Den föreliggande studiens resultat, som visat på arbetsalliansens samband med ett gott behandlingsutfall vid Internetbehandling, kan få både praktisk och klinisk betydelse för framtidens Internetpsykologer.

Förslag till fortsatt forskning

Den aktuella studiens resultat har således funnit ett samband mellan arbetsalliansen och behandlingsutfall. I framtida forskning behöver detta samband replikeras och utredas närmare. Vad exakt består sambandet av? Är en mer positiv alliansskattning beroende av symtomlindring? Vad är orsak och vad är verkan? Går det över huvud taget att utvärdera detta i psykologisk behandling via Internet? Finns det en viss kritisk period i Internetbehandling då arbetsalliansen är mer viktig för sambandet med behandlingsutfallet? Ett sätt att närmare undersöka sambandet mellan arbetsalliansen och behandlingsutfallet skulle kunna vara att använda sig av flera olika alliansskattningar; klientskattning, behandlarskattning och oberoende persons skattning. Ett annat förslag skulle kunna vara att klienten i Internetbehandling får skatta arbetsalliansen varje vecka tillsammans med symtomskattningar.

Den aktuella studiens resultat måste i framtiden replikeras för att försäkra sig om dess generaliserbarhet. Ytterligare forskning behövs för att klarlägga hur pass mycket klientens datavana eller läsvana påverkar behandlingsutfallet och arbetsalliansen vid Internetbehandling. En direkt jämförelse mellan Internetbehandling och traditionell psykologisk behandling ”ansikte-mot-ansikte” i en randomiserad kontrollerad studie skulle kunna undersöka hur arbetsalliansen i Internetbehandling kontrasterar med den terapeutiska alliansen då klient och terapeut möts ”ansikte-mot-ansikte” samtidigt och i samma rum. Andra klientaspekter som kan ha betydelse för Internetbehandlingens framtida forskning är eventuella skillnader mellan deltagarnas kön och betydelsen för behandlingsutfall. Likaså etnicitets- och socioekonomiska aspekter och dess implikationer för Internetbehandling behöver i framtiden kartläggas.

En intressant studie skulle kunna vara att jämföra behandlarna i NOVA-projektet med tidigare Internetstudiers behandlare för att se om till exempelvis behandlarkommentarer och återkopplingar skiljer sig åt (i till exempel omfång, språkbruk, återkoppling och hur mycket personlighet, empati, positiv förstärkning och förståelse behandlarna förmedlar i text). Vilka är de terapeutfaktorer som kan påverka arbetsalliansen och behandlingsutfall i Internetterapi? Hur mycket skiljer sig Internetterapeuter åt sinsemellan när det gäller kognitiva beteendeterapeutiska interventioner? Likaså kan det i framtiden behövas forskning på eventuella skillnader och vilka likheter som finns mellan psykologer som arbetar med Internetbehandling och psykologer som arbetar med traditionell psykologisk behandling ”ansikte-mot-ansikte”.

En intressant och nödvändig aspekt att undersöka i framtiden är huruvida det finns ett samband mellan en stark arbetsallians och långvarig symtomlindring. Kan arbetsalliansen användas som ett instrument för att predicera långvarig förbättring vid individualiserad Internetbehandling för ångestklienter? Det skulle också vara intressant att följa alliansskattningen hos NOVA-deltagarna under en längre tid; vad tänker deltagaren om sin behandlare om säg ett år från nu? Lever den starka arbetsalliansen vidare? Och finns det något samband med deltagarens psykiska mående?

Ytterligare ett område som med fördel bör undersökas i framtiden, är kommunikationen mellan klient och Internetbehandlare. *Vad* exakt i språket som förmedlas bidrar till en starkare arbetsallians? Hur kan språket och kommunikationen mellan klient och Internetbehandlare härledas till de tre komponenterna (task, goal och bond) i Bordins (1979) teori om arbetsalliansen? En kvalitativ undersökning av relationen mellan klient och Internetbehandlare skulle kunna vara ett sätt att få en större insikt i vad denna består av och kan innebära för Internetpsykoterapins framtid.

Referenser

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- Almlöv, J. (2007). *Origo: A randomized controlled study*. (Opublicerad psykologexamensuppsats). Linköping: Linköpings Universitet, Institutionen för beteendevetenskap.
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (APA). (1999). *MINI-D IV. Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Andersson, G., & Carlbring, P. (2003). Internet and cognitive behaviour therapy: new opportunities for treatment and assessment. *Cognitive Behaviour Therapy, 32* (3), 97-99.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldö, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 187*, 456-461.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrman, M., & Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 677-686.
- Andersson, G., Carlbring, P., & Kaldö, V. (2006). Kognitiv beteendeterapi via Internet – en behandlingsform för framtiden? *Psykisk Hälsa, 1*, 50-58.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Lenndin, J., & Vernmark, K. (In press). *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Viva förlag.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., & Lindefors, N. (In press). Effects of Internet delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and mood disorders. *Review Series: Psychiatry*.
- Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 173-178.
- Barber, J., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68* (6), 1027-1032.
- Bargh, J. A., & McKenna, K. Y. A. (2003). The Internet and social life. *Annual Review of Psychology, 55*, 573-590.
- Barkham, M., Evans, C., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Milne, D. & Connell, J. (1998). The rationale for developing and implementing core outcome batteries for routine use in service settings and psychotherapy outcome research. *Journal of Mental Health, 7* (1), 35-47.
- Barkham, M., Gilbert, N., Connell, J., Marshall, C., & Twigg, E. (2005). Suitability and utility of the CORE-OM and CORE-A for assessing severity of presenting problems in psychological therapy services based in primary and secondary care settings. *British Journal of Psychiatry, 186*, 239-246.
- Barlow, D. H., Allen, L. B. & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy, 35*, 205-230.

- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893-897.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 288-298.
- Breitholtz, E. (1999). *A cognitive-behavioral approach to generalized anxiety disorder*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Busseri, M. A., & Tyler, J. D. (2003). Interchangability of the Working Alliance Inventory and Working Alliance Inventory, Short Form. *Psychological Assessment, 15* (2), 193-197.
- Carlbring, P. (2005). *Formulärsammanställning*. Uppsala. Uppsala Universitet, Institutionen för psykologi.
- Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2001). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of a self-help program. *Behavior Therapy, 32*, 751-764.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldö, V., Söderberg, M., Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs self-help via the Internet. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1321-1333.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: L. Erlbaum Associates.
- Cook, E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyber Psychology and Behavior, 5*, 95-105.
- Dunkle, J. H. (1996). Contribution of therapist experiences and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 456-460.
- Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacology, 15*, 453-462.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J. B. W. & Benjamin, L. S. (1998). *Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis I Disorders*. (J. Herlofson, svensk bearbetning). Danderyd: Pilgrim Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J. B. W. & Benjamin, L. S. (1998). *Structured Clinical Interview for DSM-IV – Axis II Disorders*. (J. Herlofson, svensk bearbetning). Danderyd: Pilgrim Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J. B. W. & Benjamin, L. S. (1999). *Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. (J. Herlofson, svensk bearbetning). Danderyd: Pilgrim Press.
- Furmark, T. (2002). Social Phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*, 84-93.
- Greenson, R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Hanson, W. E., Curry, K. T., & Bandalos, D. L. (2002). Reliability generalization of working alliance inventory scale scores. *Educational and Psychological Measurement, 62* (4), 659-673.
- Hatcher, R. L., Barends, A., Hansell, J., & Gutfreund, M. J. (1995). Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: an investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63* (4), 636-643.

- Heimberg, R. G. (2001). Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 36-42.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy. Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *J Psychother Pract Res*, 10:4, 205-216.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2004). Social Phobia (Social Anxiety Disorder). I D.H. Barlow (Ed). *Anxiety and Its Disorder*. (2nd ed., pp 454-476). New York, NY: Guildford Press.
- Hollis, S. & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 319, 670-674.
- Horvath, A. O. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practise, Training*, 43 (3), 258-263.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36 (2), 223-233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561-573.
- Iwakabe, S., Rogan, K., & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10, 375-401.
- Jennings, L. & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46 (1), 3-11.
- Joyce, A. S., & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 236-248.
- Joyce, A. S., McCallum, M., Ogrodniczuk, J. S., & Piper, W. E. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (4), 672-679.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *J Med Internet Res*, 8 (4), e31.
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counselling. *Journal of Counseling Psychology*, 37 (1), 16-21.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York:Wiley.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., van den Ven, J. P., Schrieken, B., & Emmelkamp, P. M. G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, (5), 901-909.

- Mallen, M. J., Day, S. X. & Green, M. A. (2003). Online versus face-to-face conversations: an examination of relational and discourse variables. *Psychotherapy: Theory, Research, Practise and Training*, 40, 155-163.
- Mallinckrodt, B. (1993). Session impact, working alliance, and treatment outcome in brief counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 40 (1), 25-32.
- Marcolino, J. A. M. & Iacoponi, E. (2003). The early impact of therapeutic alliance in brief psychodynamic psychotherapy. *Rev Bras Psiquiatr*, 25 (2), 78-86.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Maurin, L. & Törngren, L. (2007). *NOVA: individualiserad Internetbaserad assisterad självhjälpsbehandling vid ångeststörningar. En randomiserad kontrollerad studie.* (Opublicerad psykologexamensuppsats). Linköping: Linköpings Universitet, Institutionen för Beteendevetenskap.
- Mazumdar, S., Houck, P. R., Liu, K. S., Mulsant, B. H., Pollock, B. G., Dew, M. A. & Reynolds, C. F. (2002). Intent-to-treat analysis for clinical trials: use of data collected after termination of treatment protocol. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 153-164.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J., & Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance, and outcome: Further analyses from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1051-1055.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British journal of psychiatry*, 134, 382-389.
- Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag Wallner, L., Gorman, B. S., Twining, L., & Winston, A. (1995). Linking in-session change to overall outcome on short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 651-657.
- Noble, L. M., Douglas, B. C., & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine*, 52, 985-998.
- Principe, J. M., Marci, C. D., Glick, D. M & Ablon, J. S. (2006). The relationship among patient contemplation, early alliance and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (2), 238-243.
- Proudfoot, J. G. (2003). Computer-based treatment for anxiety and depression. Is it feasible? Is it effective? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 353-363.
- Rochlen, A.B., Zack, J.S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates and current empirical support. *Journal of Clinical Psychology*, 60 (3), 269-283.
- Safran, J. D., & Wallner, L. K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment*, 3(2), 188-195.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide.* New York: Guilford.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1997). Clients' expectancies and their relationship to pre-treatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioural group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 694-698.
- Salvio, A. M., Beutler, L. E., Wood, J. M., & Engle, D. (1992). The strength of the therapeutic alliance in three treatments for depression. *Psychotherapy Research*, 2, 31-36.

- Skinner, A., & Zack, J. (2004). Counseling and the Internet. *American behavioural scientist*, 48, 4, 434-446.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterback, W. & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (9), 991-1007.
- Statens beredning för medicinsk utredning. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar- En systematisk litteraturöversikt. Vol 3*. Stockholm: SBU.
- Statens beredning för medicinsk utredning. (2005). *Behandling av ångestsyndrom – En systematisk litteraturöversikt Vol 2*. Stockholm: SBU.
- Sterba, R. F. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 115, 117-126.
- Strauss, J. L., Hayes, A. M., Johnson, S. L., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P., Laurenceau, J-P., Beck, A. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 337-345.
- Svanberg, P. & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 21-28.
- Tate, D. F., & Zabinski, M. F. (2004). Computer and Internet applications for psychological treatment: update for clinicians. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 209-220.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1 (3), 207-210.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.
- Waddington, L. (2002). The therapy relationship in cognitive therapy: A review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 179-191.
- Walther, J. B., & Burgoon, J. K. (1992). Relational communication in computer-mediated interaction. *Human Communication Research*, 19 (1), 50-88.
- Watson, J. C., & McMullen, E. J. (2005). An examination of therapist and client behavior in high- and low-alliance sessions in cognitive-behavioral therapy and process experiential therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practise, Training*, 42 (3), 297-310.
- Wiwe, M. (2005). *En hjälpare hand I cyberspace? En sambandsstudie med syfte att undersöka arbetsalliansens betydelse för behandlingsutfall vid Internetbehandling mot depression*. (Opublicerad psykologexamensuppsats). Uppsala: Uppsala Universitet, Institutionen för psykologi.
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- Öhman, A. (1994). *Rädsla, ångest, fobi*. Lund: Wallin & Dalholm.
- Öst, L-G. (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bilaga 1. WAI Internet – före behandling

Nedan finns ett antal påståenden som beskriver tankar och känslor en deltagare i en Internetstudie kan ha inför sin framtida behandlare. Till höger för varje påstående ser du en 7-gradig skala. Denna anger till vilken grad som påståendet stämmer in på dina förväntningar inför en Internet-behandling som är anpassad efter just din problematik. Till exempel; om du tror att det aldrig kommer att kännas så för dig, så klickar du på siffran 1. Om du däremot tror att det alltid kommer att kännas så för dig så klickar du på siffran 7. Om du tycker att ett alternativ som finns mellan dessa yttre punkter passar bättre så klickar du på den siffran.

Vi ber dig svara så ärligt som möjligt om hur du tror att du skulle uppleva din framtida behandlare. Dina svar kommer inte att påverka huruvida du kommer med i studien eller ej. Om du kommer med i studien kommer din behandlare inte att få se hur du har svarat på dessa frågor. Arbeta snabbt, dina första intryck är oftast de mest uppriktiga.

	Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid
1. Jag tror att min behandlare och jag kommer att vara eniga om vad jag måste göra i Internet-behandlingen för att förbättra min situation.	1	2	3	4	5	6	7
2. Jag tror att det jag kommer att göra i Internet-behandlingen kommer att ge mig nya sätt att se på mina problem.	1	2	3	4	5	6	7
3. Jag tror att min behandlare kommer att uppskatta mig och visa detta i vår e-mail kontakt.	1	2	3	4	5	6	7
4. Jag befarar att min behandlare inte kommer att förstå vad jag vill försöka uppnå med Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7
5. Jag litar på att min behandlare kommer att kunna hjälpa mig om jag stöter på problem i min Internet-behandling.	1	2	3	4	5	6	7
6. Jag tror att min behandlare och jag kommer att vara eniga om målen med min Internet-behandling.	1	2	3	4	5	6	7
7. Jag tror att min behandlare kommer att uppskatta att arbeta med mig i Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7
8. Jag tror att jag och min behandlare kommer att vara eniga om vad som är viktigt för mig att arbeta med i Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7
9. Jag tror att jag och min behandlare kommer att lita på varandra.	1	2	3	4	5	6	7
10. Jag befarar att jag och min behandlare kommer att ha olika uppfattningar om min problematik.	1	2	3	4	5	6	7
11. Jag tror att jag och min behandlare kommer att komma fram till en bra gemensam förståelse av vilka slags förändringar som kommer att vara till hjälp för mig.	1	2	3	4	5	6	7
12. Jag tror att jag och min behandlare kommer att arbeta med mina problem på ett passande sätt i Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7

Bilaga 2. WAI Internet – under behandling

Nedan finns ett antal påståenden som beskriver tankar och känslor en deltagare i en Internetstudie kan ha inför sin behandlare under en pågående Internet-behandling. Till höger för varje påstående ser du en 7-gradig skala. Denna anger till vilken grad som påståendet stämmer in på vad du tycker om din pågående Internet-behandling (som är anpassad efter just din problematik). Till exempel; om du tycker att det aldrig känns så för dig, så klickar du på siffran 1. Om du däremot tycker att det alltid känns så för dig så klickar du på siffran 7. Om du tycker att ett alternativ som finns mellan dessa yttre punkter passar bättre så klickar du på den siffran.

Vi ber dig svara så ärligt som möjligt om hur du upplever din behandlare. Dina svar kommer vara helt anonyma och din behandlare kommer inte att få se hur du har svarat på dessa frågor. Arbeta snabbt, dina första intryck är oftast de mest uppriktiga.

		Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid
1.	Jag tror att jag och min behandlare är eniga om vad jag måste göra i Internet-behandlingen för att förbättra min situation.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Jag tror att det jag gör i Internet-behandlingen kommer att ge mig nya sätt att se på mina problem.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Jag tycker att min behandlare uppskattar mig och visar detta i vår e-mail kontakt.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Jag befarar att min behandlare inte förstår vad jag vill försöka uppnå med Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Jag litar på att min behandlare kan hjälpa mig om jag stöter på problem i min Internet-behandling.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Jag tycker att min behandlare och jag är eniga om målen med min Internet-behandling.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Jag tror att min behandlare uppskattar att arbeta med mig i Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Jag tycker att jag och min behandlare är eniga om vad som är viktigt för mig att arbeta med i Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Jag tycker att jag och min behandlare kan lita på varandra.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Jag befarar att jag och min behandlare har olika uppfattningar om min problematik.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Jag tycker att jag och min behandlare har kommit fram till en bra gemensam förståelse om vilka slags förändringar som kommer att vara till hjälp för mig.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Jag tycker att jag och min behandlare arbetar med mina problem på ett passande sätt i Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7

Bilaga 3. WAI Internet – efter behandling

Nedan finns ett antal påståenden som beskriver tankar och känslor en deltagare i en Internetstudie kan ha inför sin behandlare efter en avslutad Internet-behandling. Till höger för varje påstående ser du en 7-gradig skala. Denna anger till vilken grad som påståendet stämmer in på vad du tycker nu efter att din Internet-behandling (som anpassades efter just din problematik) har avslutats. Till exempel; om du tycker att det aldrig känns så för dig, så klickar du på siffran 1. Om du däremot tycker att det alltid känns så för dig så klickar du på siffran 7. Om du tycker att ett alternativ som finns mellan dessa yttre punkter passar bättre så klickar du på den siffran.

Vi ber dig svara så ärligt som möjligt om hur du nu efter avslutad behandling upplever din behandlare. Dina svar kommer vara helt anonyma och din behandlare kommer inte att få se hur du har svarat på dessa frågor. Arbeta snabbt, dina första intryck är oftast de mest uppriktiga.

	Aldrig	Sällan	Då och då	Ganska ofta	Ofta	Väldigt ofta	Alltid
1. Jag tror att jag och min behandlare var eniga om vad jag var tvungen att göra i Internet-behandlingen för att förbättra min situation.	1	2	3	4	5	6	7
2. Jag tycker att det jag gjorde i Internet-behandlingen har gett mig nya sätt att se på mina problem.	1	2	3	4	5	6	7
3. Jag tycker att min behandlare uppskattade mig och visade detta i vår e-mail kontakt.	1	2	3	4	5	6	7
4. Jag befarar att min behandlare inte förstod vad jag ville försöka uppnå med Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7
5. Jag litar på att min behandlare hade kunnat hjälpa mig om jag hade stött på problem i min Internet-behandling.	1	2	3	4	5	6	7
6. Jag tycker att min behandlare och jag var eniga om målen med min Internet-behandling.	1	2	3	4	5	6	7
7. Jag tror att min behandlare uppskattade att arbeta med mig i Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7
8. Jag tycker att jag och min behandlare var eniga om vad som var viktigt för mig att arbeta med i Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7
9. Jag tycker att jag och min behandlare kunde lita på varandra.	1	2	3	4	5	6	7
10. Jag befarar att jag och min behandlare hade olika uppfattningar om min problematik.	1	2	3	4	5	6	7
11. Jag tycker att jag och min behandlare hade kommit fram till en bra gemensam förståelse om vilka slags förändringar som skulle vara till hjälp för mig.	1	2	3	4	5	6	7
12. Jag tycker att jag och min behandlare arbetade med mina problem på ett passande sätt i Internet-behandlingen.	1	2	3	4	5	6	7