

# PIA PARTERAPI PÅ INTERNET MED ACCEPTANSARBETE

- en randomiserad kontrollerad studie av en  
KBT-baserad självhjälpsbehandling med terapeutstöd

Anna-Karin Andersson  
Maria Gustafsson



Linköpings universitet  
Institutionen för beteendevetenskap och lärande  
Psykologprogrammet




Psykologprogrammet omfattar 300 högskolepoäng 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 två praktikperioder om sammanlagt 16 heltidsveckor. Studierna sker med hjälp av problembaserat lärande (PBL) och är organiserade i fem block, efter en introduktions kurs på 10,5hp: (I) kognitiv och biologisk psykologi, 40,5 hp; (II) utvecklingspsykologi och pedagogisk psykologi, 54 hp; (III) samhälle, organisations- och grupppsykologi, 84 hp; (IV) personlighetspsykologi och psykologisk behandling, 70,5 hp; (V) forskningsmetod och examensarbete, 40,5 hp. 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 30 hp, höstterminen 2008.Handledare har varit Gerhard Andersson och Per Carlbring.

Institutionen för beteendevetenskap och lärande  
Linköpings universitet  
581 83 Linköping

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

	Institutionen för beteendevetenskap och lärande 581 83 LINKÖPING	<b>Seminariedatum</b> 2008-12-22
---	---	-------------------------------------

<b>Språk</b> <input checked="" type="checkbox"/> Svenska/Swedish <input type="checkbox"/> Engelska/English	<b>Rapporttyp</b> <input type="checkbox"/> Uppsats grundnivå <input type="checkbox"/> Uppsats avancerad nivå <input checked="" type="checkbox"/> Examensarbete <input type="checkbox"/> Licentiatavhandling <input type="checkbox"/> Övrig rapport	<b>ISRN-nummer</b> LIU-IBL/PY-D--08/221--SE
--	---	--

**Titel** PIA: Parterapi på Internet med Acceptansarbete. En randomiserad kontrollerad studie av en KBT-baserad självhjälpsbehandling med terapeutstöd

**Title** PIA: Internet-based cognitive behavioral therapy for distressed couples. A randomized controlled trial.

**Författare** Anna-Karin Andersson och Maria Gustafsson

**Sammanfattning**

I föreliggande randomiserade studie prövades för första gången en KBT-baserad vägledad självhjälpsbehandling på Internet för par med samlevnadsproblem, jämfört med en aktiv kontrollgrupp med tillgång till ett diskussionsforum. Studiens huvudsakliga syfte var att undersöka huruvida behandlingen kunde öka deltagarnas tillfredsställelse med parrelationen. Dessutom undersöktes huruvida behandlingen kunde öka livskvaliteten samt minska symptom på nedstämdhet och ångest. Sjuttionio par deltog i studien och svarsfrekvensen i eftermätningen var 92.4 procent. Resultaten visar att tillfredsställelsen med parrelationen enligt huvudutfallsmåttet Dyadic Adjustment Scale ökade hos deltagarna i behandlingsgruppen. I jämförelse med den aktiva kontrollgruppen var effektstorleken medelstor för både kvinnor ( $d=0.68$ ) och män ( $d=0.63$ ). Behandlingen gav totalt sett starkare resultat på gruppnivå för kvinnor än för män. Studiens resultat indikerar att behandlingsmetoden har potential att utvecklas till ett effektivt komplement till traditionell parterapi. Fortsatt forskning rekommenderas kring prediktorer för behandlingsutfall, utformning av terapeutstöd samt långtidseffekter av behandlingen.

**Nyckelord** parterapi, internetbaserad självhjälpsbehandling, samlevnadsproblem, integrative behavior couple therapy, acceptans

## Sammanfattning

I föreliggande randomiserade studie prövades för första gången en KBT-baserad vägledad självhjälpbehandling på Internet för par med samlevnadsproblem, jämfört med en aktiv kontrollgrupp med tillgång till ett diskussionsforum. Studiens huvudsakliga syfte var att undersöka huruvida behandlingen kunde öka deltagarnas tillfredsställelse med parrelationen. Dessutom undersöktes huruvida behandlingen kunde öka livskvaliteten samt minska symptom på nedstämdhet och ångest. Sjuttionio par deltog i studien och svarsfrekvensen i eftermätningen var 92.4 procent. Resultaten visar att tillfredsställelsen med parrelationen enligt huvudutfallsmåttet Dyadic Adjustment Scale ökade hos deltagarna i behandlingsgruppen. I jämförelse med den aktiva kontrollgruppen var effektstorleken medelstor för både kvinnor ( $d=0.68$ ) och män ( $d=0.63$ ). Behandlingen gav totalt sett starkare resultat på gruppnivå för kvinnor än för män. Studiens resultat indikerar att behandlingsmetoden har potential att utvecklas till ett effektivt komplement till traditionell parterapi. Fortsatt forskning rekommenderas kring prediktorer för behandlingsutfall, utformning av terapeutstöd samt långtidseffekter av behandlingen.

## **Ett stort tack till...**

... samtliga deltagare, som visat förtroende för projektet och som valt att testa något nytt.  
Vi önskar er alla varmt lycka till i fortsättningen!

... våra handledare Gerhard Andersson, Per Carlbring och Magnus Stalby som hjälpt oss att utforma PIA-projektet, som trott på oss och som stöttat oss längs vägen.

Gerhard vill vi tacka för att du gav oss möjligheten och förtroendet att behandla par via Internet och för att du förmedlat ett tydligt och konstruktivt ledarskap.

Per vill vi tacka för din fantastiska arbetsinsats, den positiva energi du bidragit med och för att du funnits tillhands oavsett tid på dygnet.

Magnus vill vi tacka för idén att skriva om parterapi, för klinisk handledning och utbildning i parterapi, samt för din generositet och smittande entusiasm.

... resten av det härliga gänget i PIA-projektgruppen. Elin Sjöberg som varit behandlare i studien, skrivit forumfrågor, genomfört intervjuer och korrekturläst uppsatsen. Maria Svensk som varit behandlare och genomfört intervjuer. Vendela Westin som varit behandlare. Hillevi Andreen som hjälpt oss med moduler, forumfrågor och intervjuer och som tar över efter oss i vår. Erik Andersson som delat med sig av sina erfarenheter av internetbehandling och gjort bedömningsintervjuer.

Tack för värdefulla synpunkter och goda insatser, utan er alla hade PIA-projektet varit omöjligt och inte hälften så roligt!

... Maria Karnell och Oskar Henriksson, de talangfulla skådespelarna i våra filmklipp, som bidragit till att ge behandlingen liv!

... Andrew Christensen, som fungerat som bollplank och inspiratör under arbetet, som delat med sig av material till videoinspelningarna och som uttryckt att han vill gå i våra fotspår.  
It's been an honor, Andy!

... uppsatsförfattare till ISIS och ADAM för att vi har fått låna material till behandlingen.

... Ranne Röjd-Andersson för motöversättningen av Marital Status Inventory.

... Anna-Karins Tobbe som hjälpt oss med det finstilla, från studiens logga till det datoriserade rättningssystemet och randomiseringen. Vi vet inte vad vi hade gjort utan dig!

... Mias Calle som modellerat funktionen av ett litet tack.  
Tack!

... våra nära och kära som stöttat oss under den här tiden.  
Ni är guld värda!

Sist men inte minst vill vi tacka varandra, för ett gott samarbete och en fin vänskap.  
Tänk att vi gjorde det!

## Innehållsförteckning

<b>PIA: PARTERAPI PÅ INTERNET MED ACCEPTANSARBETE</b> .....	<b>1</b>
SAMLEVNADSPROBLEM.....	1
Vanliga orsaker till att par söker hjälp .....	1
Konsekvenser av samlevnadsproblem.....	2
PARTERAPI.....	3
Kognitiv beteendeterapi för par.....	3
<i>Beteendeterapi för par</i> .....	3
<i>Integrativ beteendeterapi för par</i> .....	4
<i>Dialektisk beteendeterapi för par</i> .....	5
Empiri.....	5
<i>Parterapi vid depression och ångest</i> .....	6
PREVENTIVA ÅTGÄRDER OCH SJÄLVHJÄLP FÖR PAR.....	7
INTERNET OCH TERAPI.....	7
Kognitiv beteendeterapi på Internet.....	8
<i>Användningsområden</i> .....	8
<i>Empiri</i> .....	8
<i>Möjligheter</i> .....	9
<i>Begränsningar</i> .....	9
<i>Etiska aspekter</i> .....	9
Parterapi på Internet.....	10
PIA-STUDIEN.....	10
SYFTEN.....	11
HYPOTESER.....	11
<b>METOD</b> .....	<b>12</b>
DESIGN.....	12
DELTAGARE.....	12
Rekrytering.....	12
Urval .....	12
Bortfall.....	13
MATERIAL.....	16
Hemsida.....	16
Självskattningsformulär.....	16
<i>Dyadic Adjustment Scale</i> .....	16
<i>Marital Status Inventory</i> .....	16
<i>Quality of Life Inventory</i> .....	16
<i>Beck Depression Inventory II</i> .....	17
<i>Beck Anxiety Inventory</i> .....	17
<i>Alcoholic Use Disorder Identification Test</i> .....	17
Intervjumaterial.....	17
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)</i> .....	17
<i>Clinical Global Impression - Improvement</i> .....	17
Självhjälpsbehandlingen.....	18
PROCEDUR.....	18
Information och anmälan.....	18
Urval 1: Självskattningsformulär.....	18
Urval 2: Telefonintervjuer.....	18
Remisskonferens och randomisering.....	19
Behandlingsgrupp.....	19
<i>Behandlingen</i> .....	19
<i>Terapeuter</i> .....	20

Aktiv kontrollgrupp.....	20
Eftermätning.....	20
Etiska överväganden.....	21
<i>Datasäkerhet</i> .....	21
<i>Suicidrisk</i> .....	21
<i>Våld i relationen</i> .....	21
<i>Sekretess gentemot partnern</i> .....	22
<i>Missnöje</i> .....	22
STATISTISKA ANALYSER.....	22
<b>RESULTAT</b> .....	<b>23</b>
SJÄLVSKATTNINGSFORMULÄR.....	23
Dyadic Adjustment Scale.....	23
Marital Status Inventory.....	23
Quality of Life Inventory.....	24
Beck Depression Inventory II.....	24
Beck Anxiety Inventory.....	24
Last observation carried forward.....	24
Effektstorlekar.....	24
GLOBAL KLINISK FÖRBÄTTRING.....	26
FÖLJSAMHET.....	27
Behandlingsgrupp.....	27
Aktiv kontrollgrupp.....	27
UTVÄRDERING AV BEHANDLINGEN.....	27
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>30</b>
SAMMANFATTNING AV RESULTATEN.....	30
RESULTATDISKUSSION.....	30
Tillfredsställelse i relationen.....	30
Stabilitet i relationen.....	31
Livskvalitet.....	31
Symptom på depression och ångest.....	32
Global klinisk förbättring.....	33
Utvärdering.....	33
METODDISKUSSION.....	34
Intern validitet.....	34
Extern validitet.....	34
Behandlingsprogrammet.....	35
Diskussionsforumet.....	36
Begränsningar i studien.....	36
FRAMTIDA FORSKNING.....	37
SLUTSATSER.....	38
<b>REFERENSER</b> .....	<b>39</b>

## BILAGOR

- A. Förmättningsfrågor exklusive självskattningsformulär
- B. Intervjufrågor förmätning exklusive SCID-I
- C. Sammanfattning av behandlingsmodulerna
- D. Diskussionsfrågor för den aktiva kontrollgruppen
- E. Eftermättningsfrågor exklusive självskattningsformulär
- F. Intervjufrågor eftermätning

## **PIA: Parterapi på Internet med Acceptansarbete**

Föreliggande uppsats baseras på en randomiserad och kontrollerad studie där effekten av ett internetadministrerat självhjälsprogram för par med samlevnadsproblem har prövats i kombination med terapeutstöd och jämförts mot en aktiv kontrollgrupp som haft tillgång till ett anonymt diskussionsforum på Internet. Behandlingen baserades på kognitiv beteendeterapi (KBT) för par och det är första gången denna behandlingsform genomförs via Internet. Uppsatsen är den första inom ramen för PIA-projektet, som startades av uppsatsförfattarna och handledarna under 2007. PIA är en akronym för ”parterapi på Internet med acceptansarbete”. *Pia* betyder också bland annat kärleksfull och öm på latin. Begreppet par används i betydelsen två vuxna personer som har en intim relation och som själva definierar sig som ett par.

### ***Samlevnadsproblem***

Samlevnadsproblematik, i betydelsen problem i relationen mellan individerna i ett par, är ett av de mest förekommande primära eller sekundära problem vuxna personer uppger när de söker psykologisk behandling (Snyder, Castellani & Whisman, 2006). Det finns ingen större undersökning av prevalensen av samlevnadsproblem i Sverige (Socialstyrelsen, 2007). Den kommunala familjerådgivningen är den instans som uppskattningsvis tar emot flest par med samlevnadsproblem. Under 2006 hade de cirka 20 000 ärenden som gällde parrelationer och i cirka 80 procent av dessa fall var de sökande gifta eller samboende par. De flesta, om inte alla, par har konflikter och på längre sikt riskerar dessa att påverka relationen och individerna negativt (Duarte, 2003). I en amerikansk, nationell enkätundersökning från 2002 (se Snyder et al., 2006) uppgavs separationer och samlevnadsproblem vara de främsta orsakerna till akut, känslomässigt lidande hos respondenterna. Gottman och Levenson (1992) har studerat kommunikationsmönster i över 2000 parrelationer och har funnit att de fyra tydligaste prediktorerna för skilsmässa är försvar av och/eller ovilja att ta ansvar för sitt eget beteende i relationen, kritik och personangrepp, uttryck för förakt genom att exempelvis förlöjliga partnern, samt att undvika partnern genom tystnad och/eller genom att avlägsna sig fysiskt.

### ***Vanliga orsaker till att par söker hjälp***

Par söker ofta parterapi eller familjerådgivning i syfte att öka tillfredsställelsen med relationen och undvika en separation eller skilsmässa (Christensen et al., 2004; Lundblad & Hansson, 2005; Snyder, Castellani & Whisman, 2006). I heterosexuella par är det i regel kvinnan som initierar kontakten med en parterapeut (Doss, Meng Tum, Svier Atkins & Christensen, 2005). Bland de mest förekommande anledningarna till att par söker parterapi återfinns brist på ömsesidigt känslomässigt engagemang, olikheter mellan individerna i relationen som ingen är beredd att kompromissa kring (Dimidjian, Martell & Christensen, 2002), kommunikationssvårigheter, svartsjuka, fysiskt våld, otrohet och missnöje med sexlivet (Gurman & Fraenkel, 2002; Kessel, Moon, & Atkins, 2007). Även likheter mellan individerna, till exempel svårigheter med att organisera vardagen, kan få par att söka behandling (Baucom, Epstein & LaTaillade, 2002). Graviditet, spädbarns- och småbarnsår, liksom tonårstiden och barnens flytt hemifrån är exempel på perioder som utsätter parrelationer för stora påfrestningar (Gottman & Notarius, 2000). Orsaken till samlevnadsproblem förläggs ofta till egenskaper hos partnern och kommunikationsmönster i form av maktkamper, undvikanden, kritiserande och försvar är vanliga (Gottman & Levenson, 1992).



Hos mer än hälften av de par som söker parterapi förekommer mildt till måttligt fysiskt våld i form av knuffar, stötar, örfilar och grepp (Holtzworth-Munroe, Meehan, Rehman & Marshall, 2003). Bland de par som söker parterapi och uppger förekomst av våld i relationen är våldshandlingarna lindriga och ömsesidiga i 85 procent av fallen. Fysiskt våld uppkommer ofta tidigt i en relation och förekommer i högre utsträckning bland samboende än bland gifta par. Mäns våld mot kvinnor orsakar större fysiska skador på gruppnivå, samtidigt som en omdiskuterad metaanalys av Archer (2000) indikerar att kvinnor i heterosexuella förhållanden är mer benägna att ta till våldshandlingar mot sin partner än vad män är.

Missnöje med sexlivet definieras här som en subjektiv upplevelse av brister och/eller olikheter avseende attraktion, lust, upphetsning och/eller förmåga att uppnå orgasm (Laumann, Paik & Rosen, 1999; McCarthy, 2002). Svartsjuka definieras som en destruktiv, emotionell och interpersonell respons på upplevda hot mot parrelationen (Leahy & Tirch, 2008). Kännetecknen är en agiterad oro med inslag av ilska, vars funktion ofta består i att förutse och undvika obehag. Omkring en fjärdedel av de par som söker parterapi gör det på grund av avslöjanden om otrohet (Kessel et al., 2007). Otrohet definieras här som ett brott mot den känslomässiga och/eller fysiska intima exklusivitet som förväntas av en partner.

### ***Konsekvenser av samlevnadsproblem***

Samlevnadsproblem är en bidragande faktor till psykisk och fysisk ohälsa och betraktas som en riskfaktor för bland annat ångest- och stressproblematik, depression, suicidalitet, substansmissbruk, försämrat immunförsvar och högt blodtryck (Christensen & Heavy, 1999; Gurman & Fraenkel, 2002; Kiecolt-Glaser & Newton, 2001; Whisman & Uebelacker, 2006). Samlevnadsproblem kan även medföra svårigheter i andra sociala relationer.

En metaanalys av Barbato och D'Avanzo (2008) visar ett starkt samband mellan depressionssymptom och samlevnadsproblem. Särskilt kritik och fientlighet från partnern betraktas som en riskfaktor för utvecklandet av, och återfall i, depressioner. I en randomiserad studie av Atkins, Eldridge, Baucom och Christensen (2005) uppgav de 19 par där en partner varit otrogen ett större lidande vid baslinjemätningen än de par där otrohet inte rapporterades. Alkoholproblem i en parrelation korrelerar med partnervåld, ångest, depression, psykosomatiska besvär och sexuell dysfunktion, i synnerhet erektil dysfunktion (Epstein & McCrady, 2002). Svartsjuka i en parrelation betraktas som en riskfaktor för ångest, depression, känslor av hopplöshet, ilska, hot, försök att kontrollera sin partner, partnervåld samt misshandel (Atkins et al, 2005). Partnervåld, det vill säga våld mellan två individer i ett par, riskerar även att orsaka posttraumatiskt stressyndrom hos våldsoffer, allvarliga fysiska skador, suicid, dråp eller mord (Fruzzetti & Levensky, 2000). Forskning indikerar att partnervåld tenderar att öka i frekvens, intensitet och svårighetsgrad efter hand. Samlevnadsproblem riskerar att leda till att barn i familjen uppvisar psykisk stress, ångest, depression, bristande social kompetens, hälsoproblem samt antisocialt beteende (Epstein & McCrady, 2002; Snyder et al., 2006; Strohsschein, 2005).

Skilsmässor och separationer är så vanligt förekommande och har så stora konsekvenser för de inblandades psykiska och fysiska hälsa att det bör betraktas som ett folkhälsoproblem (Lundblad, 2005). Sverige är det land i Europa som har högst skilsmässofrekvens (55%). Drygt 20 000 skilsmässor genomförs varje år, varav cirka 60 procent sker i barnfamiljer (Statistiska centralbyrån, 2007a). De vanligaste orsakerna par uppger när de skiljer sig under de första två åren av ett äktenskap är oönskad graviditet, infertilitet, otrohet eller sexuell dysfunktion (McCarthy, 2002). I en kanadensisk, longitudinell studie av 2 800 barn uppvisade barnen som upplevde en skilsmässa fler symptom på ångest och depression än före

skilsmässan, samtidigt som beteendeproblem hos barn i mycket dysfunktionella familjer minskade efter skilsmässan (Strohsschein, 2005). Personer som upplevt en skilsmässa under barndomen skiljer sig själva i högre utsträckning (Lundblad, 2005), deras psykologiska välmående i vuxen ålder påverkas emellertid inte av föräldrarnas skilsmässa (Gähler, 1998). Vuxnas psykiska hälsa påverkas däremot om relationen mellan föräldrarna varit konfliktfylld och destruktiv.

### ***Parterapi***

Parterapi definieras här som en gemensam psykoterapeutisk behandling för ett par (se Snyder et al., 2006). Det övergripande syftet är ofta att öka tillfredsställelsen med relationen och att minska samlevnadsproblem, inte att behandla psykisk problematik hos någon av individerna i paret. Med traditionell parterapi avses här att en terapeut träffar paret under gemensamma sessioner och minimerar den individuella kontakten med respektive partner (se Gurman & Fraenkel, 2002). I en amerikansk enkätundersökning (se Lebow & Gasbarrini, 2009) uppgav cirka 70 procent av psykoterapeuterna att de behandlar par.

Parterapi används även vid behandling av missbruk (Epstein & McCrady, 2002) och sexuell dysfunktion (McCarthy, 2002) samt vid ångest- (Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto & Stickle, 1998; Byrne, Carr & Clark, 2004) och depressionsproblematik hos en individ i paret (Barbato & D'Avanzo, 2008; Gollan, Friedman & Miller, 2002). I dessa former av behandlingar finns det ofta en identifierad klient i paret och partnern fungerar huvudsakligen som ett stöd under behandlingen. Parterapeuter i Sverige arbetar i huvudsak med samlevnadsproblem, inte med symptom hos respektive individ i paret (Lundblad & Hansson, 2005). Parterapi i Sverige är i huvudsak baserad på klinisk forskning från USA och merparten av svenska parterapeuter använder integrativa behandlingsmetoder (Lundblad & Hansson, 2006).

Svenska kommuner har sedan 1995 lagstadgad skyldighet att erbjuda familjerådgivning (Socialstyrelsen, 2007). Det övergripande syftet med familjerådgivning är att hjälpa par och familjemedlemmar att bearbeta samlevnadsproblem via samtalsbehandling och parterapi (Socialstyrelsen, 2004). I många kommuner är väntetiderna till familjerådgivning långa och som regel prioriteras småbarnsfamiljer, familjer som väntar barn och familjer där det förekommer våld. En stor andel av de par som har fått hjälp via familjerådgivningen upplever att de har fått hjälp med sina problem (Duarte, 2003). Det finns emellertid få svenska utfallsstudier av parterapi.

### ***Kognitiv beteendeterapi för par***

En av inriktningarna inom parterapi är KBT för par (se Baucom et al., 2002). KBT för par kan även, som i föreliggande studie, användas som ett paraplybegrepp för olika terapiformer som i olika hög grad utgår från en inlärningsteoretisk och/eller kognitivt inriktad konceptualisering av hur samlevnadsproblem uppkommer och vidmakthålls. KBT för par inleds i regel med en gemensam session där paret får beskriva anledningen till att de sökt terapi. Detta åtföljs av varsin individuell session med anamnesupptagning och screening för psykisk problematik, sexuell dysfunktion, misshandel och otrohet. Efter de individuella sessionerna presenterar terapeuten en behandlingsrationell för paret. Utöver funktionella analyser av underskotts- och överskotts-beteenden riktas fokus på kognitiva feltolkningar och stressorer i parets omgivning. Influenser från bland annat emotionsfokuserad parterapi (Johnson & Denton, 2002) har medfört ett ökat fokus på hur känslor uttrycks i relationen.

***Beteendeterapi för par.*** Beteendeterapi för par, BCT, baseras på inlärningsteori och

växte fram i USA under senare delen av 1960-talet (Baucom et al., 2002). BCT, enligt den klassiska manual som gavs ut av Jacobson och Margolin (1979) och som ibland betecknas TBCT (traditionell beteendeterapi för par), syftar till att göra parrelationen mer förstärkande och mindre bestraffande. Funktionen av beteenden betraktas utifrån parets kontext och inlärningshistoria och de terapeutiska tekniker som används är förändringsstrategier. BCT är den enda parterapiform som hittills innehar den högsta graden av evidens (Christensen et al., 2004), vilket innebär att behandlingsformen är tillräckligt specifik och att den i minst två oberoende studier har visat sig vara mer effektiv än frånvaro av samt alternativ behandling.

I förändringsstrategierna fokuseras på hur utföraren av ett beteende kan handla annorlunda (Jacobson, 1992). I BCT består strategierna av ett antal regelstyrda övningar som utförs i sessionen och som hemuppgifter. Kommunikationsträning innebär exempelvis att lyssna aktivt, uttrycka känslor och använda ”jag-uttalanden”. Problemlösning tränas genom att paret följer en strukturerad mall för att lösa ett gemensamt, avgränsat problem. Beteendebbyte syftar till att finna vilka beteenden som är förstärkande för respektive partner samt att utföra dessa för varandra utan att kräva något i gengäld.

I BCT arbetar terapeuten i huvudsak med att öka förekomsten av ömsesidig förstärkning via regelstyrt beteende (Dimidjian et al., 2002; Sevier, Eldridge, Jones, Doss & Christensen, 2008). Detta innebär att individerna i paret utför beteenden för att de är tillsagda att göra det samt att graden av positiv förstärkning är beroende av hur väl reglerna följs. Antagandet bakom interventionerna är att paren, genom att komma i kontakt med positiv förstärkning när de utför ett önskvärt beteende, ska fortsätta att upprepa beteendet så att själva utförandet så småningom blir förstärkande i sig.

***Integrativ beteendeterapi för par.*** Andrew Christensen och Neil S. Jacobson (1996) utarbetade integrativ beteendeterapi för par (IBCT) utifrån social inlärningsteori och systematiska, empiriska studier av par med samlevnadsproblematik. BCT hade visat sig ha begränsad effekt vid långtidsuppföljningar (Jacobson et al., 1984) och par med stora olikheter mellan individerna verkade vara svårare att behandla. IBCT grundades utifrån paradoxen att ensidiga förändringsstrategier riskerar att leda till en polariseringsprocess, vilket innebär att avståndet mellan individerna i paret successivt ökar (se Christensen & Jacobson, 1996; Jacobson, Christensen, Prince, Cordova & Eldridge, 2000). IBCT inleds med acceptansarbete och förändringsstrategier används vid behov. Parets underskotts- och överskotts-beteenden delas in i responsklasser som konceptualiseras som teman för behandlingen. Båda individerna betraktas som ansvariga för hur relationen utvecklas och den funktionella analysen omfattar både beteenden som skapar problem i relationen och respektive partners förmåga att hantera dessa. Utgångspunkten för behandlingen är en konceptualisering av parets tema, polariseringsprocess och målsättningar.

Acceptansstrategier i IBCT tar sin utgångspunkt i mottagarens förhållningssätt och kan innebära att se partnerns beteende i ljuset av hans/hennes upplevelser och erfarenheter (se Jacobson, 1992). Vid så kallad empatisk förening identifierar terapeuten starka känslor hos respektive individ och strävar efter att göra dessa begripliga för partnern, genom att omformulera dem till mjuka känslor och belysa etablerande omständigheter som inlärningshistoria, sårbara punkter och den aktuella kontexten (Christensen & Jacobson, 1996). Gemensam distansering syftar till att paret ska se problemen som något som skapas mellan dem och inte som en del av någon av dem. Detta kan åstadkommas via funktionella analyser av problemsituationer och genom att relatera konflikter till parets polariseringsprocess. Toleransträning används för att kunna hantera beteenden som en person

inte kan eller är villig att acceptera hos partnern. Det kan bestå i att ta hand om sig själv eller att fokusera på eventuellt positiva sidor av beteendet.

IBCT syftar till att öka förekomsten av kontingensstyrt beteende, det vill säga beteenden som förstärks av naturliga konsekvenser i paret miljö (Dimidjian et al., 2002; Sevier et al., 2008). Terapeuten betraktas som en del av paret kontext och relationen mellan terapeuten och paret är en viktig del av terapiprocessen. Istället för att instruera paret hur de ska kommunicera med varandra modellerar terapeuten acceptans i syfte att förändra kontexten för paret samspel och öka graden av acceptans och närhet i relationen. Acceptans demonstreras exempelvis när en partner visar förståelse inför ett beteende hos partnern som tidigare väckt missnöje.

***Dialektisk beteendeterapi för par.*** Alan Fruzzetti (2006) har utvecklat dialektisk beteendeterapi (DBT) för emotionellt högreaktiva par, som tenderar att hamna i svåra konflikter på grund av bristande förmåga att reglera starka känslor i relationen mellan dem. Behandlingsmodellen baseras på den biosociala förklaringsmodellen i DBT, liksom forskning om emotioner och kommunikation i intima relationer. Modellen utgår från centrala tekniker i DBT så som medveten närvaro, acceptans, validering och kedjeanalyser av problembeteenden. Dessutom används förändringstekniker som problemlösning, kommunikationsträning och beteendeaktivering i par (jämför beteendebbyte i BCT). Liksom individuell DBT (se Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006) syftar DBT för par till att reducera dysfunktionella beteenden som relateras till bristande emotionsreglering, samt till att öka förekomsten av konstruktiva beteenden och tolerans för obehag (Fruzzetti, 2006). Med emotionell dysreglering menar Fruzzetti (2006) en oförmåga att hantera negativa, intensiva känslor på ett konstruktivt sätt utifrån sina långsiktiga målsättningar. Han beskriver en transaktionell modell där individerna i paret upplever att de blir invaliderade av varandra, vilket leder till en dömande och otydlig kommunikation. När individerna i paret känner att partnern inte lyssnar och/eller inte förstår honom/henne krävs allt mindre triggers för att skapa konflikter och deras beteenden gentemot varandra styrs alltmer av omedelbara och upprörda känslor istället för av deras långsiktiga målsättning att komma närmare varandra.

### ***Empiri***

Åtskilliga studier har visat att parterapi är effektivare än en kontrollgrupp för att öka tillfredsställelsen i parrelationer (Baucom et al., 1998; Christensen & Heavey, 1999; Lebow & Gasbarrini, 2009; Snyder et al., 2006). Individer som har genomgått parterapi respektive familjeterapi minskar sin användning av hälsovård och mediciner i högre grad än de som har genomgått individualterapi visar en randomiserad studie i klinisk verksamhet av Law, Crane och Berge (2003). De parterapierna som har starkt empiriskt stöd, utöver IBCT och BCT, är emotionsfokuserad parterapi (Johnson & Denton, 2002) och KBT för par (Baucom et al., 2002).

Shadish och Baldwin (2003) har i en översikt av sex metaanalyser kring parterapi studier visat att den generella effektstorleken för BCT är 0.84. I de studier som redovisat halvårsuppföljningar var resultaten något försämrade, men fortfarande signifikanta. I en senare metaanalys (Shadish & Baldwin, 2005) av 30 randomiserade kontrollerade studier av BCT (inklusive mindre, opublicerade studier) presenterades en medelstor generell mellangrupps effektstorlek ( $d=0.59$ ).

Samtidigt som parterapi har potential att hjälpa en majoritet av par med samlevnadsproblem blir vissa par inte hjälpta eller ”symptomfria” (se Christensen et al., 2004). En uppskattning gör gällande att fem till tio procent av de par som genomgår en parterapi upplever en

försämring under behandlingen (Gurman & Fraenkel, 2002). Delvisa återfall i samlevnadsproblem, återfall eller begränsad återhämtning är vanligt förekommande efter en avslutad parterapi (Baucom et al., 1998). Dessa data har genererat två huvudspår av lösningsförslag: ett försök att finna så kallade common factors i framgångsrika behandlingar, samt ett angreppssätt där interventioner från olika modeller kombineras i integrativa behandlingar (Snyder et al., 2006).

Två randomiserade och kontrollerade studier där IBCT jämförts med BCT (Christensen et al., 2004; Jacobson et al., 2000) och en tvåårsuppföljning (Christensen, Atkins, Yi, Baucom & George, 2006) indikerar att IBCT är en lovande behandlingsform under optimala förhållanden. Fler studier och oberoende forskargrupper behöver emellertid replikera dessa fynd samt undersöka behandlingsformens externa validitet. I den största studie av parterapi som hittills gjorts randomiserades 134 par till BCT respektive IBCT (Christensen et al., 2004). Av de par som genomgått IBCT uppfyllde 71 procent kriterierna för klinisk signifikant förbättring på DAS vid eftermätningen jämfört med 59 procent av de par som gått i BCT. En stor genomsnittlig inomgruppseffektstorlek ( $d=0.86$ ) rapporterades för DAS. Individernas psykiska välmående korrelerade även positivt med grad av tillfredsställelse i relationen.

I en utfallsstudie av Lundblad och Hansson (2005) undersöktes hur integrativa behandlingar som baseras på amerikansk forskning fungerar i en svensk, klinisk kontext. Resultaten baserades på 158 par som genomgått mellan tre och 25 sessioner via familjerådgivningen ( $M=8.8$ ,  $SD=5.1$ ) och visar en signifikant förbättring av tillfredsställelse med relationen enligt Dyadic Adjustment Scale (DAS). I eftermätningen fanns även signifikanta förbättringar i familjeklimat, känsla av sammanhang, psykiatriska symptom och kommunikation. Vid en tvåårsuppföljning på 131 av paren uppgav männen samma nivå av tillfredsställelse medan kvinnornas tillfredsställelse hade minskat.

Wachs och Cordova (2007) har funnit att medveten närvaro har samband med färdigheter i emotionsreglering såsom identifiering och kommunikation av känslor, samt minskad reaktivitet och impulsivitet hos partners. Forskning (se Carson, Carson, Gil & Baucom, 2004) indikerar även att träning i medveten närvaro ökar relationstillfredsställelse, autonomi, acceptans och närhet mellan två individer i ett par.

***Parterapi vid depression och ångest.*** Parterapi har i studier (se metanalys av Barbato & D'Avanzo, 2008) visat sig vara lika effektivt som kognitiv respektive interpersonell terapi för att behandla depressionssymptom som associeras med samlevnadsproblem. Stöd från en partner och ökad intimitet i parrelationen har visat sig kunna fungera som en buffert gentemot, samt kunna minska förekomsten av, depressiva symptom. I en studie av 29 kvinnor (Christensen & Heavey 1999) var IBCT lika effektivt som kognitiv terapi för att minska depressionssymptom. Beach och O'Leary (1992) randomiserade 45 par där kvinnorna uppfyllde en depressionsdiagnos till tre betingelser: parterapi, kognitiv terapi för kvinnorna samt en väntelista. Kvinnorna i de båda behandlingsbetingelserna förbättrades signifikant i förhållande till kontrollgruppen. Kvinnor som lider av depression som de uppger har orsakats av samlevnadsproblem har blivit hjälpta av parterapi i högre utsträckning än män i samma situation (Barbato & D'Avanzo, 2008). Det finns omfattande stöd för att parterapi reducerar missnöje i relationen samtidigt som ovan nämnda metaanalys inte visade något samband mellan minskade depressionssymptom och ökad tillfredsställelse i relationen.

Ångestproblematik korrelerar med samlevnadsproblem och forskning indikerar att en positiv bieffekt av parterapi kan vara reducerade ångestsymptom (Snyder et al. 2006). Detta kan bero

på att en partner kan bidra till att förstärka undvikanden och säkerhetsbeteenden som vidmakthåller ångestproblematik (Snyder et al., 2006). Baucom et al. (1998) beskriver tre sätt att använda en partner i behandling av ångest. Den vanligaste formen är att partnern assisterar vid exempelvis exponeringsövningar i syfte att förstärka effekten. Ett annat sätt innebär att anpassa de ångests specifika interventionerna till parrelationen, exempelvis med fokus på hur partnern hjälper till att vidmakthålla eller förvärra symptomen. Ett tredje sätt består i att intervensera i parrelationen i sig i syfte att minska stressen i kontexten för personen med ångestproblematik. Forskningen om parterapi vid ångestproblematik är emellertid begränsad och resultaten behöver bekräftas.

### ***Preventiva åtgärder och självhjälp för par***

PREPARE/ENRICH är ett program som började utvecklas i slutet av 1970-talet och som har sin grund i bland annat systemteori (Olson & Olson-Sigg, 1999). Syftet med programmet är att förbereda par för kommande prövningar genom att med hjälp av frågeformulär kartlägga styrkor och områden att utveckla i relationen. Programmet innehåller även arbete med övningar i kommunikation, konfliktlösning, ekonomi och målsättningar. Frågeformulären har normerats utifrån 250 000 personer från stora delar av västvärlden. I Sverige finns PREP, The Prevention and Relationship Enhancement Program, den i Sverige enda förebyggande relationsutbildning vars effekt prövats i långtidsuppföljningar (Statens Folkhälsoinstitut, 2004) och där visat på goda resultat. Programmet genomförs i grupp med par som inte har påtagliga samlevnadsproblem och omfattar 10-15 timmar. I Mora kommun erbjuds alla par som är inskrivna på BVC och MVC att gå PREP-kursen.

Det finns en stor marknad av självhjälpslitteratur för par. Ett exempel på en svensk bok som utgår från psykologisk empiri och teori är "Tillsammans: Om medkänsla och bekräftelse" av Anna Kåver och Åsa Nilsson (2007). Boken baseras på acceptans och medveten närvaro och har legat på flera försäljningstopplistor (Lagercrantz, 2007). I PIA-behandlingen användes material från följande självhjälpböcker för par som samtliga baseras på klinisk erfarenhet och forskning: "Couple skills: Making your relationship work" av Matthew McKay, Patrick Fanning och Kim Paleg (2006), "Reconcilable differences" av Andrew Christensen och Neil Jacobson (2000) och "The high conflict couple: A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy and validation" av Alan Fruzzetti (2006).

Även på Internet finns en uppsjö av hemsidor med tips och råd till par med samlevnadsproblem och det finns även åtskilliga diskussionsforum för denna målgrupp. I Sverige finns exempelvis Familjeliv Media AB som driver webbplatserna Familjeliv och Bröllopstorget, som tillsammans har drygt 500 000 unika besökare och 70 miljoner sidvisningar i månaden (Familjeliv, 2008). Där möts par för att diskutera relationer, familj, sex, bröllop och mycket annat, samtidigt som det finns flera onlinetjänster som till exempel informationsdatabaser, graviditetskalendrar, bloggar och annonser. I USA finns Couple Checkup, en hemsida som utifrån frågeformuläret i PREPARE/ENRICH ger par en så kallad statusrapport på 15-20 sidor inklusive anpassade diskussionsfrågor (Couple Checkup, 2008). Enligt upphovsmakarna har över 50 000 par besvarat frågeformuläret, vilket har lagt grunden till en bok med samma titel som hemsidan.

### ***Internet och terapi***

Internet erbjuder nya möjligheter att knyta och upprätthålla intima kontakter (Cooper & McLoughlin, 2001), medan terapi är ett område som av tradition har varit omgärdat av strikta

ramar i tid och rum. Redan på Freuds tid bedrevs emellertid behandling via brevkorrespondens (Skinner & Zack, 2004) och utvecklingen av internetbaserad terapi minskar betydelsen av geografiska avstånd och avtalade tider. Terapi kan bedrivas på valfri plats och vid valfri tidpunkt. I åldersgruppen 16-74 år i Sverige har 80 procent tillgång till Internet i hemmet och 69 procent skickar och tar emot e-post (SCB, 2007b).

### ***Kognitiv beteendeterapi på Internet***

Internetbaserad KBT baseras i regel på en behandlingsmanual som anpassats till ett internetformat och presenteras i modulform (Andersson et al., 2008). En modul går att jämföra med ett kapitel i en självhjälpbok och administreras till klienterna med ett förutbestämt tidsintervall under en begränsad tidsperiod. Varje modul avslutas med hemuppgifter som klienten rapporterar till en terapeut för att få tillgång till nästa modul. Behandlingsformen ställer krav på klienten avseende läs- och skrivkunnighet, tillgång till dator och Internet, samt vana att skicka och ta emot e-post eller motsvarande (Andersson et al., 2008; Skinner & Zack, 2004). I en vägledad självhjälpbehandling kommunicerar deltagarna med en terapeut via e-post eller via ett anonymt kontakthanteringssystem, vilket särskiljer denna behandlingsform från datoriserade behandlingsprogram som inte nödvändigtvis använder Internet som medium. I ett anonymt kontakthanteringssystem sparas all kommunikation så att både terapeut och klient kan gå tillbaka och läsa det de skrivit. Terapeutstöd har getts i form av telefon- och e-postkontakt och har varierat från minimalt (<100 min under 8-10 veckor) till mer omfattande stöd som motsvarar den tid en terapeut lägger på en traditionell terapi. Stödet syftar bland annat till att motivera klienterna att göra hemuppgifterna, samt till att övervaka hur de responderar på behandlingen.

***Användningsområden.*** Utvecklingen av internetbaserad KBT har kommit långt i Sverige och används i dag bland annat för behandling av depression, ångeststörningar, spelberoende och vid somatiska tillstånd som smärta (Andersson et al., 2006; Carlbring & Smit, in press). Landstingen i Östergötland, Norrbotten och Halland har bedrivit pilotprojekt där internetbaserad KBT har använts i kliniska sammanhang (SBU, 2007). I Stockholm och Östergötland finns pågående studier där patienter remitterats till internetbaserad KBT av läkare i primärvården. Vid Karolinska Institutets Internetpsykiatri i Stockholm ([www.internetpsykiatri.se](http://www.internetpsykiatri.se)) utprövas just nu KBT via Internet för paniksyndrom, social fobi och insomni. Vuxna personer över 18 år som är bosatta i Stockholm kan söka behandling via hemsidan utan remiss.

***Empiri.*** Lovande resultat stödjer det fortsatta användandet och utvecklandet av metoden vid bland annat depression (Andersson & Sleman, 2007; Lenndin & Vernmark, 2004), ångestproblematik (Almlöv, 2007; Andersson, et al., 2006; Maurin & Törngren, 2007), sekundära besvär efter bröstcancer (Enström & Jonsson, 2008), tinnitus (Andersson, Strömngren, Ström & Lyttkens, 2002) och huvudvärk (Ström, Pettersson & Andersson, 2000). Internetbaserade KBT-behandlingar finns även för stress (SBU, 2007), spelberoende (Carlbring & Smit, in press), insomni, kronisk smärta (Cuijpers, van Straten & Andersson, 2008) och sexuell dysfunktion (Van Diest, Van Lankveld, Leusink, Slob & Gijs, 2007; Walén, 2007). Internetbaserad KBT har studerats både i termer av effekt, det vill säga hur väl metoden fungerar i en klinisk provningsmiljö (för en metaanalys se Spek et al., 2007), och effektivitet, där behandlingsmetoderna studeras vid tillämpning i sjukvården (Bergström et al., in press; Kaldo-Sandström, Larsen & Andersson, 2004).

En metaanalys av Spek et al. (2007) av internetbaserad KBT för 13 kontrasterande grupper med sammanlagt 2334 deltagare visar en stor genomsnittlig effektstorlek för behandling av

ångestproblematik ( $d=0.96$ ) och en liten genomsnittlig effektstorlek ( $d=0.32$ ) för behandling av depressionssymptom. Artikelförfattarna kommenterar emellertid att skillnaden i effektstorlekar mellan symptomgrupperna kan bero på skillnader i terapeutstöd. De sex studier som undersökt internetbaserade självhjälpsbehandlingar utan terapeutstöd hade en liten genomsnittlig effektstorlek ( $d=0.24$ ) medan de fem studierna med terapeutstöd hade en stor genomsnittlig effektstorlek ( $d=0.96$ ). Resultaten indikerar således att en självhjälpsbehandling på Internet bör kombineras med någon form av terapeutstöd, vilket även stöds av en översikt av internetbehandlingar för en psykiatrisk population av Palmqvist, Carlbring och Andersson (2007). Översikten visar en signifikant korrelation mellan grad av terapeutstöd och behandlingsutfall. Samtidigt betonas betydelsen av fortsatt forskning kring interaktionseffekter av grad av terapeutstöd, behandlingsutfall och kostnadseffektivitet.

**Möjligheter.** Internetbaserad KBT betraktas som ett alternativ eller komplement till behandling med en terapeut på en mottagning och har utvecklats i syfte att nå ut till en målgrupp som känner motstånd mot att söka traditionell terapi (Spek et al., 2007). Cuijpers et al. (2008) har i en systematisk översikt av tolv internetadministrerade KBT-behandlingar för hälsoproblem visat att internetbaserad KBT har god potential vid behandling av andra besvär än psykiska problem. Behandlingsformen förväntas vidare vara kostnadseffektiv, eftersom den kräver mindre terapeutinsatser än traditionell terapi. Dessutom har klienterna större frihet att arbeta när det passar dem, de behöver inte boka tid hos en terapeut, de undgår stigmat det kan innebära att gå i traditionell terapi och klienter med hörselnedsättning får informationen visuellt. Personer med exempelvis somatiska symptom och/eller social fobi kan känna ett motstånd mot att söka terapeutisk behandling och/eller ha svårigheter att resa, vilket kan göra en självhjälpsbehandling på Internet till en attraktiv valmöjlighet för dem. Hall (2004) menar att de viktigaste fördelarna med internetbehandling är anonymiteten, tillgängligheten, möjligheten klienten har att föreställa sig sin terapeut utifrån sina egna preferenser, samt skrivandet. Genom att skriva om sina problem ges klienten möjlighet att utforska sina upplevelser utan att påverkas av terapeutens närvaro och det skrivna materialet finns kvar efter terapins avslut. Både terapeut och klient har även möjlighet att tänka efter innan de svarar, vilket kan betraktas både som en styrka och en svaghet med metodiken.

**Begränsningar.** Internetbaserad terapi innebär att kommunikationen mellan behandlare och klient reduceras till skrift och ibland till telefonstöd. I skriftlig kommunikation finns inte plats för kroppsspråk och direkta responser på det som uttrycks uteblir, vilket ställer krav på förmåga att kunna uttrycka sig väl i skrift (Hall, 2004). Möjligheterna att anpassa en internetbehandling efter klientens behov är i dagsläget begränsade och det krävs nya metoder för att mäta symptomförändringar och förekomst av riskbeteenden (se Andersson et al., 2008). Urvalet till studierna i internetbaserad KBT har huvudsakligen skett via annonser och personer med komorbida diagnoser och/eller missbruk har exkluderats, deltagarna verkar vidare ha haft en lägre medelålder och haft högre utbildning än klienter som söker traditionell vård (SBU, 2007). Detta förhållande har emellertid inte studerats tillräckligt för att kunna säga att det finns en reell skillnad mellan klienterna som söker traditionell respektive internetbaserad KBT (Palmqvist et al., 2007) och det gäller inte för studier som gjorts i en klinisk miljö (Bergström et al., in press; Kaldo-Sandström et al., 2004). I några internetstudier har bortfallet varit stort och följsamheten till behandlingen låg, och detta har bland annat hanterats genom att lägga till kontakt med en terapeut via telefonsamtal eller e-post.

**Etiska aspekter.** Internetbaserad terapi har kritiserats för bristande datasäkerhet och för att vara ineffektiv eftersom feedback via kroppsspråk saknas (Skinner & Zack, 2004). Den har även beskyllts för att vara oansvarig på grund av begränsade möjligheter att intervensera i



krissituationer. Skinner och Zack (2004) menar att de etiska riskerna med internetbaserad KBT inte är större än vid traditionell KBT och att det, som i alla former av terapier, är viktigt att upplysa klienterna om vad de erbjuds och vilka fördelar och begränsningar som finns med metoden. De påpekar även att personer tenderar att vara mer självutlämnade via Internet och att forskning visar att internetbehandling verkar vara ett behandlingsalternativ som uppskattas av klienterna. Carlbring och Andersson (2006) påpekar vikten av en korrekt bedömning innan behandlingen inleds, samt en kontinuerlig övervakning av klientens respons på behandlingen. Andra viktiga etiska frågor att ta ställning till är konfidentialitet, hur patienterna diagnostiseras, att informera om att internetbehandling inte utesluter andra möjligheter att få vård, att klienten accepterar behandlingsmetoden samt att klientens respons på behandlingen övervakas på något sätt (SBU, 2007). Vidare bör diskussionsforum monitoreras för att ingen deltagare ska kränka någon annan eller tipsa om suicidmetoder och liknande.

### ***Parterapi på Internet***

Parterapi har genomförts via Internet en gång tidigare och då i en kvalitativ behandlingsstudie av elva par i Texas (Jedlicka & Jennings, 2001). Inklusion till studien skedde via ett screeningformulär på studiens hemsida och behandlingen skedde enbart via e-post, inget manualbaserat självhjälpsmaterial användes. Parterapi via Internet kan betraktas som en icke-konventionell service som har utvecklats utifrån att många par inte har råd, tid, mod eller tillit till att söka traditionell parterapi. Dessutom innebär två klienter ett större logistiskt problem vid bokning av tider. Forskarna kommenterar att användandet av e-post ger både klient och terapeut en möjlighet att "pausa" och tänka efter innan de skriver, en form av stimuluskontroll som underlättar en distansering från upprörda känslor som kan vara särskilt känsligt bland par med samlevnadsproblem. E-post kan vidare fungera som ett terapeutiskt redskap i syfte att differentiera tankar från känslor i emotionellt högreaktiva par.

### ***PIA-studien***

Behandlingen som används i föreliggande studie är en manualiserad, internetbaserad självhjälpsbehandling för par som huvudsakligen baseras på övningar och förhållningssätt i IBCT och DBT för par. Det finns självhjälpsböcker för par baserade på IBCT (Christensen & Jacobson, 2000) respektive DBT för par (Fruzzetti, 2006) och en bedömning gjordes att behandlingsformerna lämpar sig väl för vägledad självhjälpsbehandling via Internet med terapeutstöd. PIA-behandlingen annonserades som KBT för par eftersom den, liksom tidigare internetbaserade KBT-behandlingar, utgår från en strukturerad manual med hemuppgifter (se Andersson et al, 2008), en beteendeanalys av problem och styrkor i parrelationen, beteendeförändringar samt acceptansstrategier som används för att hantera tankar och känslor. Christensen och Jacobson (2000) definierar IBCT som en beteendeterapi, vilket enligt föreliggande definition faller under paraplybegreppet KBT.

Parterapi i Sverige är huvudsakligen baserad på klinisk forskning från USA och det finns få studier som undersöker hur dessa modeller fungerar i den svenska kulturen (Lundblad & Hansson, 2006). Den aktuella behandlingen förväntades ge information om huruvida parterapi över Internet är ett verkningsfullt alternativ till traditionell behandling för par med samlevnadsproblem. Ett positivt resultat skulle innebära ett komplement till bland annat den kommunala familjerådgivningen som inte har möjlighet att erbjuda alla behövande terapi inom en rimlig tidsram, samt att fler par skulle ges möjlighet att få behandling med evidensbaserade metoder. Ett möjligt resultat av studien är att behandlingsmanualen och internetterapi metoden kan komma att bli ett lättillgängligt, kostnadseffektivt och flexibelt komplement till traditionell parterapi.

## *Syften*

Det huvudsakliga syftet med föreliggande studie bestod i att undersöka behandlingseffekten av en KBT-baserad vägledad självhjälsbehandling på Internet för par med samlevnadsproblem avseende grad av tillfredsställelse med parrelationen. Ett andra syfte bestod i att undersöka huruvida behandlingen skulle ha effekt på stabilitet i parrelationen och upplevd livskvalitet och/eller minska förekomsten av eventuella psykiska besvär hos deltagarna.

## *Hypoteser*

I studien testades flera riktade hypoteser. Deltagande i den KBT-baserade vägleda självhjälsbehandlingen på Internet förväntades kunna öka tillfredsställelsen med relationen, öka livskvaliteten samt minska eventuella depressions- och ångestsymptom hos par med samlevnadsproblem. I jämförelse med den aktiva kontrollgruppen förväntades dessutom deltagarna i behandlingsgruppen i större utsträckning;

1. Öka tillfredsställelsen med relationen, mätt med självskattningsformuläret Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 2001).
2. Öka stabiliteten i relationen, mätt med självskattningsformuläret Marital Status Inventory (MSI; Weiss & Cerreto, 1980).
3. Öka livskvaliteten enligt självskattningsformuläret Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992).
4. Minska symptom på depression och ångest, mätt med självskattningsformulären Becks Depression Inventory II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 2005) och Becks Anxiety Inventory (BAI; Beck & Steer, 2005).
5. Förbättra relationen, mätt med en 7-gradig skala enligt Clinical Global Impression - Improvement (CGI-I; Guy, 1976). Förbättring definieras i termer av ökade positiva upplevelser, positiva observerbara beteenden, ökad acceptans för sitt eget och partners beteende, ökad tillfredsställelse med relationen och minskade symptom i form av gräl, undvikanden och kontrollbeteenden.

## **Metod**

### ***Design***

Designen bestod av en experimentell behandlingsstudie med randomisering till två betingelser; en behandlingsgrupp och en aktiv kontrollgrupp. Oberoende variabler i studien utgjordes av en mellangrupsvariabel (betingelse) i två lägen (behandling och aktiv kontrollgrupp) samt en inomgruppsvariabel (tid) i två lägen (före respektive efter behandling). Beroendemått var självskattningsformulären Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 2001), Marital Status Inventory (MSI; Weiss & Cerreto, 1980), Quality of Life Inventory (QOLI; Frisch et al., 1992), Beck Depression Inventory II (BDI-II; Beck et al., 2005) och Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck & Steer, 2005). Dessutom genomfördes skattningar med Clinical Global Impressions - Improvement (CGI-I; Guy, 1976). En tolv månadersuppföljning planeras och deltagarna i den aktiva kontrollgruppen kommer att erbjudas att ta del av behandlingen efter årsskiftet, vilket innebär drygt fyra månaders väntetid.

### ***Deltagare***

#### ***Rekrytering***

Deltagare rekryterades genom att information om studien spreds via förstasidan på Linköpings universitets hemsida ([www.liu.se](http://www.liu.se)), Psykologpartners hemsida ([www.psykologpartners.se](http://www.psykologpartners.se)), notiser i Norrköpings Tidningar ([www.nt.se](http://www.nt.se)), Text-TV, artiklar i Expressens pappersbilaga och nättidning ([www.expressen.se](http://www.expressen.se)), artikel i Folkbladets nättidning ([www.folkbladet.se](http://www.folkbladet.se)) samt inslag på Lokalradion P4 och i Östnytt. En betald annons i Dagens Nyheters pappersupplaga publicerades även. En länk till skriftlig information om studien lades ut på [www.studie.nu](http://www.studie.nu). Deltagare uppmanades att besöka studiens hemsida ([www.pia-projektet.nu](http://www.pia-projektet.nu)) för ytterligare information om studien, behandlingsupplägg samt för att anmäla sig.

#### ***Urval***

Deltagande i studien krävde att följande kriterier uppfylldes:

1. Paret skulle vara samboende, ha varit tillsammans minst ett år och bott tillsammans minst sex månader.
2. Samlevnadsproblematik över en viss nivå (en eller båda skulle ha  $\leq 98$  poäng på DAS).
3. Båda skulle ha fyllt 18 år och kunna tala, läsa och skriva svenska.
4. Tillgång till dator med internetanslutning.
5. Paret skulle bo i Sverige och kunna ägna sig åt behandlingen i tio veckor.
6. Ingen pågående psykologisk behandling, familjerådgivning och/eller kuratorskontakt.
7. Ingen pågående otrohet.
8. Ingen förekomst av eller oro för fysiskt våld.
9. Ingen allvarlig psykisk problematik i form av exempelvis psykossjukdom.
10. Ingen indikation på djup depression ( $<29$  poäng på BDI-II) eller suicidönskan ( $<2$  p på Item 9 i BDI-II).
11. Inga indikationer på alkoholmissbruk ( $<13$  poäng för kvinnor respektive  $<15$  poäng för män på AUDIT).
12. Ingen problematik som bedömdes kräva annan behandling och/eller riskerade att påverkas negativt av behandlingen.

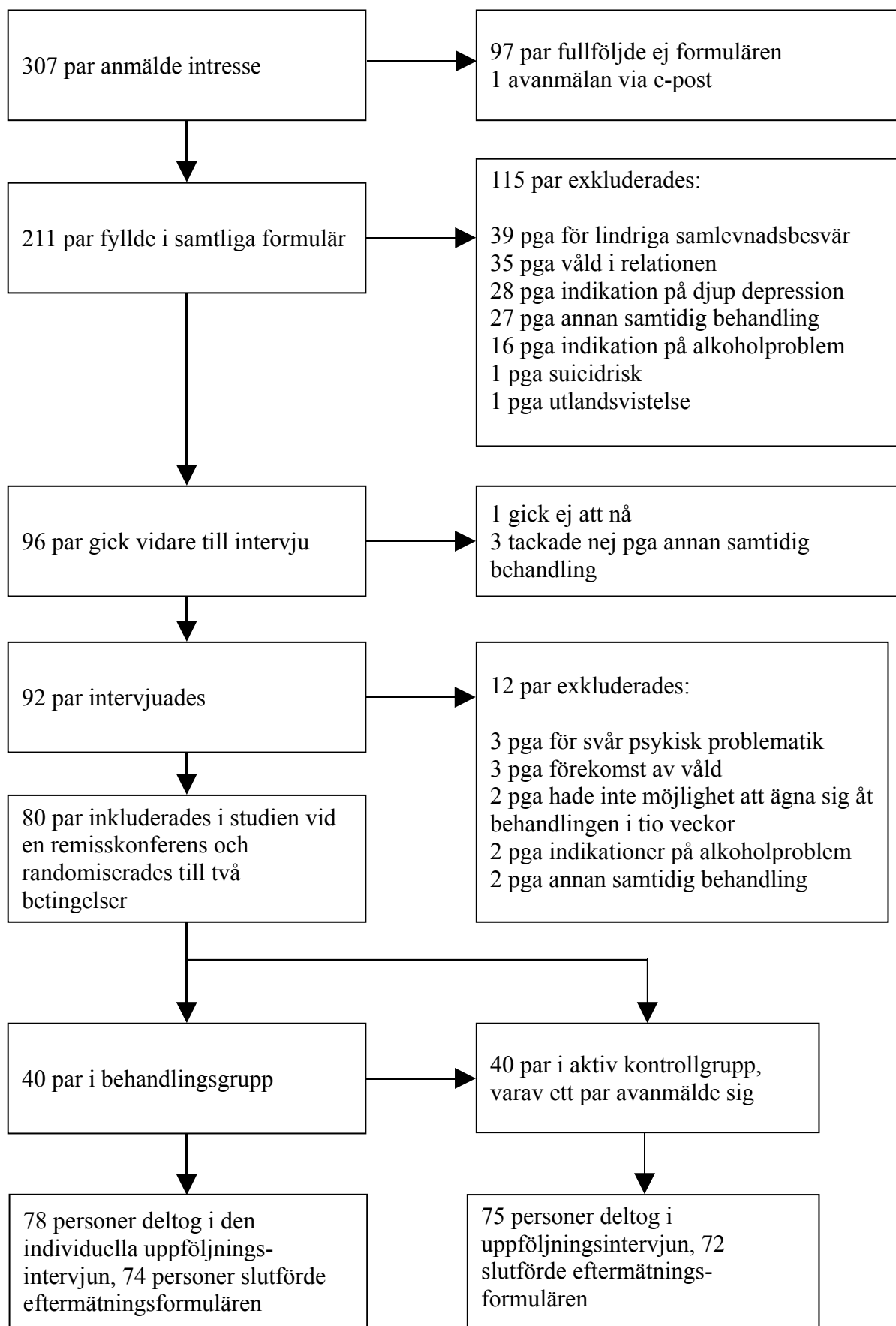
Med fysiskt våld avsågs till exempel att slå, sparka, knuffa, bita, ta stryptag, brotta ned eller hålla fast sin partner eller ett barn i syfte att skrämna, kontrollera och/eller tillfoga honom/henne skada (Holtzworth-Munroe et al., 2002). Våld som omfattade slag eller sparkar mot kroppen, vapenhot, stryptag, sexuellt våld, hot om våld, och/eller rädsla för att själv bli utsatt för eller att utsätta sin partner och/eller barn för fysiskt våld ledde till exklusion. Enstaka örfilar, att knuffas eller kasta mindre saker på sin partner räknades inte som exklusionskriterium i denna studie. Detta exklusionskriterium bottnade i överväganden som gjorts i tidigare studier av IBCT (se Christensen et al., 2004).

Totalt 307 par anmälde intresse för att delta i studien, varav 211 par fyllde i samtliga förmättningsformulär. Av dessa 211 var det 115 par som inte uppfyllde de förutbestämda inklusionskriterierna för studien (för exklusionsorsaker se Figur 1). Nittiosex par uppfyllde kriterierna för att gå vidare till intervju. Tre av dessa tackade nej till att delta i intervjun på grund av pågående behandling och ett par gick inte att nå. Nittiotvå intervjuer genomfördes således och av dessa exkluderades ytterligare tolv par under en remisskonferens. Åttio par uppfyllde kriterierna för medverkan i studien och bedömdes lämpliga för behandlingen av studieansvarig legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut. Efter randomisering valde ett par ur kontrollgruppen att tacka nej till förmån för annan behandling, vilket gör  $n=158$ . För demografisk beskrivning av deltagarna se Tabell 1.

### ***Bortfall***

Intention-to-treat användes i föreliggande studie, vilket innebär att resultatet baseras på data från de 158 randomiserade deltagarna oavsett hur aktiva de varit i behandlingen eller på diskussionsforumet. Analysmetoden användes för att den bedöms ge en mer representativ bild av en klinisk population än eftermätningar som uteslutande baseras på data från klienter som slutfört hela behandlingar (se Hollis & Campbell, 1999).

Samtliga deltagare uppmanades således att delta i eftermätningen, oavsett om de slutfört behandlingen eller varit aktiva på diskussionsforumet. Av de 158 deltagarna fyllde 146 (92.4%) i eftermätningarna på Internet (se Figur 1). Detta innebar ett bortfall på sex deltagare (7.5%) i behandlingsgruppen och sex deltagare (7.7%) i den aktiva kontrollgruppen. I de individuella eftermätningssamtalen deltog 153 personer (96.8%).



Figur 1. Flödesschema över inklusion, exklusionsorsaker och bortfall.

**Tabell 1. Demografisk beskrivning av deltagarna**

		<b>Behandlings- grupp n = 80</b>	<b>Kontroll- grupp n = 78</b>	<b>Total n = 158</b>
<b>Kön</b>	Andel kvinnor	41 (51.3%)	39 (50%)	80 (50.6%)
<b>Ålder</b>	M (SD)	39.6 (9.3)	39.4 (9.0)	39.5 (9.1)
	Min-max	24-60	18-74	18-74
<b>Civilstånd</b>	Gift	44 (55%)	42 (53.8%)	86 (54.4%)
	Förlovad	12 (15%)	16 (20.5%)	28 (17.7%)
	Sambo	24 (30%)	20 (25.6%)	44 (27.8%)
<b>Antal barn</b>	M (SD)	1.6 (1.3)	1,9 (1.7)	1.7 (1.5)
	Min-max	0-4	0-10	0-10
<b>Tid i relationen (år)</b>	M (SD)	11.10 (8.5)	12.6 (7.3)	11.8 (7.9)
	Min-max	1.9-34.8	2.1-34.1	1.9-34.8
<b>Tid som sambo (år)</b>	M (SD)	9.7 (8.4)	10.9 (7.2)	10.3 (7.9)
	Min-max	0.6-34.8	0.5-30.7	0.5-34.8
<b>Utbildningsnivå</b>	Grundskola	0 (0%)	2 (2.6%)	2 (1.3%)
	Folkskola	1 (1.3%)	3 (3.8%)	4 (2.5%)
	Gymnasium	18 (22.6)	19 (24.4%)	37 (23.4%)
	Eftergymnasial utb.	60 (75%)	54 (69.3%)	114 (72.2%)
	Övrigt	1 (1.3%)	0 (0%)	1 (0.6%)
<b>Sysselsättning*</b>	Arbetar heltid	57 (77%)	46 (64.8%)	103 (71.0%)
	Arbetar deltid	10 (13.5%)	16 (22.5%)	26 (17.9%)
	Arbetslös	1 (1.4%)	2 (2.8%)	3 (2.1%)
	Studerande	3 (4.1%)	2 (2.8%)	5 (3.4%)
	Sjukskriven	1 (1.4%)	0 (0%)	1 (0.7%)
	Pensionär	1 (1.4%)	3 (4.2%)	4 (2.8%)
	Föräldraledig	1 (1.4%)	2 (2.8%)	3 (2.1%)
<b>Psykologisk behandling</b>	Ingen erfarenhet	34 (42.5%)	44 (56.4%)	78 (49.4%)
	Gått i individualterapi	33 (41.3%)	22 (28.2%)	55 (34.8%)
	Gått i parterapi	7 (8.8%)	8 (10.3%)	15 (9.5%)
	Gått i både och	6 (7.5%)	4 (5.1%)	10 (6.3%)
<b>Psykofarmaka**</b>	Ingen	71 (88.8%)	64 (82.1%)	135 (85.4%)
	Avslutad	7 (8.8%)	13 (16.7%)	20 (12.7%)
	Pågående	2 (2.5%)	1 (1.3%)	3 (1.9%)

\*Behandlingsgrupp n=74, Kontrollgrupp n=71

\*\* Signifikant skillnad hos männen mellan betingelserna ( $t_{76}=2.29, p=.027$ )

## *Material*

### *Hemsida*

På studiens hemsida fanns information om syfte med studien, urvalskriterier, forskningsetiska principer, tillvägagångssätt, behandling och diskussionsforum. Intresseanmälan bestod av ett antal grundfrågor baserade på urvalskriterierna samt ett formulär för namn, bostadsadress, telefonnummer och en e-postadress liksom en blankett om samtycke till hantering av personuppgifter. Ansvariga och behandlare i studien fanns presenterade med namn, foto och en kort beskrivning av erfarenhet och roll i projektet.

### *Självskattningsformulär*

I urvalet användes demografiska frågor, frågor kring våld, tidigare eller samtidig psykologisk behandling och/eller medicinering, otrohet och datorvana (se Bilaga A), DAS, BDI-II och AUDIT. Förmätningen bestod av beroendemåtten DAS, MSI, BDI-II, BAI och QOLI. Eftermätningen bestod av beroendemåtten samt utvärderingsfrågor (Bilaga E).

***Dyadic Adjustment Scale.*** DAS (Spanier, 2001) är ett självskattningsformulär som mäter tillfredsställelse i parrelationer och är ett av de mest använda utfallsmåtten vid parterapi (Ahlborg, 2004). Formuläret består av 32 frågor på en likertskala, två frågor besvaras med ja och nej. Poängskalan är 0-151; högre poäng indikerar högre tillfredsställelse med relationen (Spanier, 2001). Formuläret innehåller fyra delskalor; enighet, tillfredsställelse, sammanhållning och känslomässiga uttryck. I föreliggande studie används dock endast helskalan då den visat sig ha högst validitet. Den interna konsistensen för den totala skalan är hög ( $\alpha=0.96$ ) och test-retestreliabiliteten är god (0.96) efter elva veckor. Formuläret översattes till svenska och prövades på en svensk population 1994 (Hansson, 1994).

***Marital Status Inventory.*** MSI (Weiss & Cerreto, 1980) är ett självskattningsformulär som mäter stabilitet i parrelationer, eller steg mot en skilsmässa eller separation. Formuläret består av 14 påståenden som besvaras med ja eller nej. Från tankar på en separation till en verklig separation. Poängskalan är 0-14 och för varje poäng har deltagaren tagit ett steg mot en separation. Forskning har visat att MSI kan användas för att identifiera par som riskerar en separation och har en hög diskriminativ validitet (Whiting och Crane, 2003). Gränsvärden för svårt lidande (severely distressed) har fastställts till fyra för män respektive fem för kvinnor. Formuläret fanns inte tidigare på svenska. Uppsatsförfattarna översatte därför formuläret oberoende av varandra, varefter versionerna jämfördes. Dessa var till de meningsbärande delarna likvärdiga och mindre förändringar gjordes i en gemensam version. Denna gemensamma version motöversattes till engelska av en till studien oberoende person med gymnasielärarkompetens i svenska och engelska. Motöversättningen var nära nog identisk med originalet, endast en förändring gjordes genom att några ord ur instruktionen togs bort.

***Quality of Life Inventory.*** QOLI (Frisch et al., 1992) är ett självskattningsformulär som mäter upplevd livskvalitet. Formuläret innehåller 32 frågor inom 16 olika områden som anses vara viktiga för människors livskvalitet: hälsa, självrespekt, mål och värderingar, ekonomi, arbete, fritid, inlärning, kreativitet, att hjälpa andra, kärlek, vänner, barn, anhöriga, hem, grannskap och samhälle. Deltagaren får först skatta hur viktigt varje område är för honom/henne på en skala mellan 0 och 2, sedan hur nöjd han/hon är med området på en skala mellan -3 och 3. Poängskalan inom varje område beräknas genom att multiplicera svaren. Totalsumman utgörs av det sammantagna medelvärdet från de områden som deltagaren skattar som viktiga och mycket viktiga för hans/hennes välbefinnande. Hög totalpoäng tyder på att personen är nöjd med sin livskvalitet, medan låg totalpoäng tyder på ett missnöje med

livskvaliteten. Den interna konsistensen är hög (mellan  $\alpha=0.77$  och  $0.89$ ) och test-retestreliabiliteten under en månad är god ( $r=0.80$  och  $r=0.91$ ).

**Beck Depression Inventory II.** BDI-II (Beck et al., 2005) är ett av världens mest använda självskattningsformulär för mått på förekomst och grad av depressiva symptom och förändringar i depressionstillstånd hos både en klinisk population och normalpopulationen. Det består av 21 frågor där deltagaren skattar symptom så som förekomst av skuld känslor, pessimism, självförakt och suicidtankar under de senaste två veckorna på en skala från noll till tre, med en möjlig totalsumma på 0-63. Högre totalpoäng indikerar svårare grad av depression: 0-13 minimal, 14-19 lindrig, 20-28 måttlig, 29-63 svår. Den interna konsistensen är hög ( $\alpha=0.81$ ) och test-retestreliabiliteten för deltagare som inte tillhör en psykiatrisk population är god (från  $r=0.60$  till  $r=0.83$ ) (Beck et al., 2005).

**Beck Anxiety Inventory.** BAI (Beck & Steer, 2005) är ett självskattningsformulär som mäter svårighetsgraden av ångestsymptom. Det består av 21 frågor där deltagaren skattar hur besvärad han/hon varit av sina symptom under den senaste veckan på en skala från 0-3, med en möjlig totalsumma på 0-63 poäng. Högre totalpoäng innebär mer besvär av ångest: 0-7 minimal, 8-15 lindrig, 16-25 måttlig, 26-63 svår. Den interna konsistensen är hög ( $\alpha=0.92$ ) och test-retestreliabiliteten under en vecka är god ( $r=0.75$ ) (Carlbring, 2005). Formulärets diskriminativa validitet mellan ångest och nedstämdhet anses vara god (Carlbring et al., 2007).

**Alcoholic Use Disorder Identification Test.** AUDIT (Bergman et al., 1994) är ett självskattningsformulär som mäter alkoholkonsumtion och effekter av densamma. Formuläret används vid screening av riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion samt alkoholberoende och består av tio frågor på en likertskala. Poängsättningen varierar mellan frågorna och totalpoängen är mellan 0-40. Högre poäng innebär större problem. Gränsvärden för riskabel eller skadlig alkoholkonsumtion anges till åtta för män och sex för kvinnor. Rekommenderade gränsvärden för tunga alkoholproblem är 15 för män och 13 för kvinnor.

### **Intervjumaterial**

Det andra urvalet baserades på en frågemall för telefonintervjuer som utarbetats utifrån riktlinjer i IBCT-manualen (Christensen & Jacobson, 1996) samt depressionsfrågorna ur SCID-I (se Bilaga B). Uppföljningsintervjuerna baserades på CGI-I (se Bilaga F).

**Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I).** SCID-I (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1999) är ett semistrukturerat intervjuinstrument som används vid diagnostisering utifrån fjärde versionen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000). Frågorna ställs i en viss följd och det finns utrymme för följdfrågor. I bedömningsintervjuerna användes den del av SCID-I som screenar för egentlig depression.

**Clinical Global Impression - Improvement.** Vid eftermätningen användes den andra delskalan av CGI (Guy, 1976), det vill säga CGI-I. Denna delskala finns i två versioner, en som på en fyrgradig skala endast mäter förbättring hos patienten samt en som på en sjugradig skala även mäter försämring. I denna studie användes den sistnämnda. Graderingen går från 1-7, där ett står för väldigt mycket förbättrad och sju betyder väldigt mycket försämrad. Fyra ges om patienten inte bedöms ha förändrats något sedan förmätningen.



### ***Självhjälpsbehandlingen***

Självhjälpsbehandlingen baserades framför allt på teori och interventioner ur IBCT och DBT för par samt innehöll avsnitt om specifika problemområden som ofta orsakar konflikter i parrelationer, till exempel svartsjuka och sexuell problematik. Behandlingen var sammansatt av tio på varandra följande moduler (se Bilaga C för en sammanfattning). I respektive modul ingick, utöver psykopedagogik kring ett eller flera teman med tillhörande hemuppgifter, exempel från fiktiva par. I fyra moduler fanns även videoklipp med skådespelare som illustrerade exemplen. Modulerna fanns tillgängliga i både html-format och nedladdningsbara i pdf-format. Sammanlagt motsvarade självhjälpsmaterialet, inklusive hemuppgifter och instruktioner, 234 A4-sidor i pdf-format. Varje modul följde samma struktur: introduktion till modulen, psykoedukation, rational för veckans övningar samt individuella eller gemensamma hemuppgifter.

### ***Procedur***

Idén till att genomföra en parterapistudie som examensarbete uppkom den 7 juni 2007 i Malmö, under en tvådagarsutbildning i IBCT. Med hjälp av de resurser som fanns i Linköping inom parterapi och internetbehandling tog PIA-projektet sin början. En etikansökan, där forskningsplan, screeningförfarande, behandlingsupplägg, handledning, hantering av personuppgifter och andra särskilda etiska överväganden beskrevs, prövades av den forskningsetiska kommittén i Linköping våren 2008. Behandlingsmodulerna skrevs av uppsatsförfattarna med stöd från handledarna. Terapeuter till studien rekryterades bland psykologkandidater vid Linköpings universitet. Även kontrollgruppens behandling säkrades i ett tidigt skede.

### ***Information och anmälan***

En hemsida för information och rekrytering till studien upprättades i juni 2008 på adressen [www.pia-projektet.nu](http://www.pia-projektet.nu). Vid frågor och för ytterligare information hänvisades till en e-postadress som administrerades av författarna. De par som uppfyllde kriterierna i grindfrågorna fick fylla i sina kontaktuppgifter, varpå de mottog ett automatgenererat e-postmeddelande med en unik studiekod samt vidare instruktioner för anmälan. En fullständig anmälan innebar att paren skulle skriva ut och fylla i blanketten om godkännande enligt personuppgiftslagen samt fylla i formulären för första urvalet (se Bilaga A), däribland baslinjemåten, på Internet. För detta syfte tilldelades paren en gemensam och varsin individuell studiekod. Anmälan till projektet öppnades den 4 augusti och stängdes den 24 augusti 2008. Därefter hänvisades intresserade till en väntelista för eventuellt kommande studier på [www.studie.nu](http://www.studie.nu).

### ***Urval 1: Självskattningsformulär***

Det första urvalet baserades på de uppgifter som paren själva lämnade genom sin anmälan till studien. Formulären rättades kontinuerligt av uppsatsförfattarna som gjorde en bedömning av huruvida paren uppfyllde urvalskriterierna eller ej. Vid behov kontaktades exkluderade par omgående per telefon, i övrigt avvaktades slutdatum för anmälan då exkluderade par kontaktades via e-post och fick information kring andra behandlingar, samt tips på självhjälpslitteratur kring samlevnadsproblem och nedstämdhet. Paren erbjöds möjlighet att kontakta projektet för ytterligare information kring exklusionsorsaker, frågor kring hantering av personuppgifter med mera.

### ***Urval 2: Telefonintervjuer***

De nittiosex par där båda personerna uppfyllde kriterierna för inklusion enligt

självskattningsformulären kontaktades för en semistrukturerad telefonintervju, i vilka de intervjuades i par och individuellt (se Bilaga B för intervjufrågor). Intervjuerna skedde vecka 33 till 35 av fem av terapeuterna i PIA-projektgruppen. Varje intervjuare gjorde mellan fem och 34 intervjuer ( $M=18.4$ ,  $SD=12.4$ ) som sammanlagt varade mellan cirka 45 och 115 minuter per par. Den gemensamma intervjun syftade till att informera om studien och bedöma huruvida paret uppfyllde fastställda kriterier för deltagande i studien och genomfördes via trepartsamtal eller högtalartelefon. Därefter genomfördes de individuella intervjuerna som syftade till att ställa frågor som kunde upplevas känsliga att besvara i partners närvaro (se Christensen & Jacobson, 1996). Dessutom utfördes en screening för förekomst av otrohet, våld, depression, annan allvarlig psykisk problematik, suicidrisk och motivation inför att genomgå behandlingen. Alla intervjuer protokollfördes och samtliga intervjuade personer tillfrågades om tillstånd till att dela den information de lämnat i självskattningsformulär och individuella intervjuer med partnern om inte annat angavs. Några deltagare utnyttjade möjligheten att inte dela all information med sin partner.

### ***Remisskonferens och randomisering***

Åttiosex av de intervjuade paren avhandlades på en remisskonferens med projektansvarig legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut, uppsatsförfattarna och ytterligare en av intervjuarna närvarande. Sjuttiofyra par inkluderades i studien. Sex par avhandlades vid en mindre remisskonferens mellan den psykologkandidat som gjort intervjuerna och projektansvarig och samtliga dessa inkluderades i studien. Detta gav ett totalt antal på 80 par som randomiserades till de två betingelserna (behandlingsgrupp och kontrollgrupp) av en till studien oberoende person och slumpgeneratorn på internettjänsten [www.random.org](http://www.random.org). Par som exkluderades under remisskonferensen kontaktades per telefon och fick ett e-postmeddelande med information om självhjälpplitteratur och andra möjligheter att söka hjälp.

### ***Behandlingsgrupp***

De 40 par som randomiserades till behandlingsgruppen meddelades via den e-postadress de uppgett vid anmälan. Paren tilldelades slumpvis en terapeut, med reservation för att det inte var samma person som genomfört deras telefonintervju.

***Behandlingen.*** Behandlingen startade tisdagen den 9 september då paren fick tillgång till Modul 1 och avslutades tisdagen den 17 november då terapeuterna skrev de sista återkopplingarna till paren. Varje modul kan jämföras med en behandlingssession och under förutsättning att paren gjorde sina uppgifter i tid delades en ny modul ut varje vecka. Om ett par kom efter tidsschemat gavs åtkomst till nästa modul så snart uppgifterna till den föregående var färdiga. Paren kommunicerade uppgifter och eventuella frågor med sin terapeut via ett anonymt kontakthanteringssystem, där de hade både en gemensam och varsin individuell inloggning. De individuella inloggningarna användes till Modul 1 och 2. Syftet att använda individuella inloggningar i början av behandlingen var att sätta deltagarnas beteende under stimuluskontroll och förstärka uttryck för acceptans och medvetenhet om hur det egna beteendet påverkade situationen. Därefter användes den gemensamma inloggningen då öppenhet och kommunikation inom paren uppmuntrades.

Varje par fick i Modul 3 göra en egen problemformulering och utforma gemensamma behandlingsmål, vilket skiljer denna behandling från traditionell IBCT där detta är terapeutens uppgift (Christensen & Jacobson, 1996). Temat för parets samlevnadsproblematik utgjorde sedan en röd tråd genom behandlingen som balanserade acceptans- och förändringsarbete. I Modul 9 fick paren arbeta fram ett eget vidmakthållandeprogram, vilket bedömdes vara en viktig del av behandlingen eftersom en tvåårsuppföljning (Christensen et al., 2006) av 130 par

som genomgått IBCT eller BCT visat att många par upplever en minskad tillfredsställelse med relationen kort efter terapins avslut. I syfte att förebygga denna effekt uppmanades även de par som inte fullgjort tidigare moduler att göra Modul 9 sista behandlingsveckan.

**Terapeuter.** Terapeuter i studien var, utöver uppsatsförfattarna, två psykologkandidater med två respektive tre terminers erfarenhet av klientarbete med kognitiv beteendeterapi samt en legitimerad psykolog med KBT-inriktning. Uppsatsförfattarna behandlade tolv par var och övriga terapeuter tilldelades fem till sex par var. Uppsatsförfattarna hade deltagit i flera utbildningstillfällen i IBCT, däribland en tvådagarsutbildning för en av grundarna till IBCT som även den legitimerade psykologen deltog i. Terapeuterna hade veckovis grupphandledning med legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut och handledare med omfattande klinisk erfarenhet av att ha behandlat drygt 80 par. Handledningen varierade mellan 45 och 105 minuter per tillfälle i tio veckor, samt vid behov kortare handledning på telefon. Utöver detta hade terapeuterna regelbunden kontakt, aidentifierade återkopplingar jämfördes och flera möten hölls i syfte att göra behandlingen så likvärdig som möjligt för deltagarna.

Terapeuternas uppgift var att ge personlig återkoppling på parens hemuppgifter, svara på frågor kring behandlingen och bedöma om paren var redo att gå vidare till nästa modul (i annat fall efterfrågades en komplettering). Dessutom skickades påminnelser ut till de personer eller par som hamnat efter i programmet. Paren informerades om att terapeuterna strävade mot att svara på meddelanden inom 24 timmar med undantag för helgen. Då flera studier på psykologisk behandling över Internet (Carlbring, Andersson, Andersson & Berman, in press) har använt mindre än 15 minuter behandlartid per deltagare och vecka gjordes bedömningen att maximalt använda 30 minuter för respektive par per behandlingsmodul. Undantag gjordes vid särskilt behov, exempelvis då vissa par i inledningsskedet behövde teknisk hjälp. Paren fick generellt sett mest terapeutstöd under de första fem modulerna, därefter uppmuntrades paren att ge alltmer feedback till varandra i syfte att gradvis minska terapeuternas roll. Terapeuttiden beräknades utifrån totaltiden terapeuterna lagt per par delat med antal färdigställda moduler paret genomfört. I genomsnitt var behandlingstiden per par och modul 18.7 minuter (min=5.8, max=41.6, SD=6.5). Siffran är beräknad utifrån 39 par, då ett par inte genomförde någon modul och endast genererade två minuter i administrativ tid.

### ***Aktiv kontrollgrupp***

De par som randomiserats till den aktiva kontrollgruppen meddelades via e-post med erbjudande om att delta i ett diskussionsforum på Internet. Diskussionsforumet var öppet under samma period som behandlingen pågick. Paren fick registrera sig på forumet med sin gemensamma kod och var därmed anonyma inför varandra, dock inte för sin partner. Varje vecka lades en diskussionsfråga upp av PIA-projektgruppen (se Bilaga D för en sammanställning) och paren gavs möjlighet att kommentera ämnet eller starta egna diskussioner. Uppsatsförfattarna monitorerade forumet utan att skriva egna inlägg i diskussionerna för att undvika en eventuell terapeutisk effekt. Syftet med monitoreringen var att övervaka så att ingen skrev inlägg som skulle kunna tillfoga någon annan skada (se SBU, 2007). Det fanns även möjlighet att ta bort olämpliga inlägg. Webbplatsadministratören skrev, utöver att posta veckans frågor, tre inlägg som svar på deltagarnas frågor. Ett inlägg gjordes med en påminnelse om att forumet skulle stängas och en uppmaning om att inte skriva potentiellt kränkande kommentarer om sin partner eller andra deltagare.

### ***Eftermätning***

Samtliga 158 deltagare instruerades att fylla i självskattningsformulär för eftermätning under

vecka 47 och 48. Sammanlagt 146 personer fyllde i formulären, vilket gav ett bortfall på 7.6 procent. Under samma period kontaktades deltagarna ur båda betingelserna individuellt per telefon för några korta uppföljningsfrågor (se Bilaga F) i syfte att enligt CGI-I bedöma deltagarnas upplevelse av relationens eventuella förbättring eller försämring. Intervjuare var fem personer ur projektgruppen som inte tidigare hade haft kontakt med paren varken i intervju eller behandling, och intervjuerna delades lika mellan personerna på ett så slumpmässigt sätt som möjligt. Innan intervjuerna gjordes en operationalisering av vad förbättring innebar och skattningar av fiktiva exempelpar jämfördes. Intervjuerna var blinda för vilken betingelse paren tillhörde i den mån detta var möjligt. I de fall då betingelsen avslöjades under intervjun lästes svaren upp för ytterligare en intervjuare som fick göra en blind skattning. Intervjuerna hade regelbunden avstämning med varandra under intervjuperioden för att öka interbedömarreliabiliteten.

### ***Etiska överväganden***

Studiens design prövades av den forskningsetiska kommittén i Linköping i februari 2008, som bedömde att den inte föll under etikprovningenslagen. Studien följer det humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådets forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 1999), vilket bland annat innebär att deltagandet är frivilligt, att deltagarnas uppgifter inte kommer att användas kommersiellt, att deltagandet inte kommer att ha några negativa konsekvenser för parens möjlighet till annan vård, att resultatet av studien behandlas under sekretess och presenteras i oidentifierad form och att deltagarna har rätt att få ta del av studiens resultat om de så önskar. Samtliga deltagare som inkluderades i studien gav sitt samtycke enligt personuppgiftslagen genom att sända in en påskriften blankett till projektet. Information om ramarna för behandlingen och deltagarnas rättigheter fanns på hemsidan och upprepades till respektive par under bedömningsintervjun.

***Datasäkerhet.*** All datatrafik mellan terapeuter och deltagare skedde via en krypterad tunnel (s.k. Secure Sockets Layer, SSL). För att logga in krävdes att deltagaren använde ett komplext lösenord bestående av minst åtta tecken, varav minst ett skulle vara en stor bokstav, en liten bokstav respektive en siffra. All information i databasen var krypterad med 256 bitars RIJNDAEL, inklusive ett lösenord bestående av 105 framslumpade ASCII-tecken. Utöver detta loggades alla ip-nummer och ett inbyggt bruteforce-skydd var installerat där inloggningstiden ökade med dubbel tid mellan varje inloggningsförsök Dessutom låstes kontot efter tio felaktiga försök. Behandlingen skedde i ett anonymt kontakthanteringssystem vilket, liksom moduler och diskussionsforum, var lösenordsskyddat. Paren använde sina anonyma studiekoder i kontakten med projektet. Förteckningen över koder och deltagare var skyddad med ännu ett lösenord bestående av 40 framslumpade tecken.

***Suicidrisk.*** Vid all kontakt med deltagarna har tecken på suicidrisk uppmärksammas. En deltagare uppgav suicidönskan vid förmätningen och kontaktades omgående via telefon. Indikation på djup depression hos deltagare ledde till exklusion då en bedömning gjordes att detta självhjälpsprogram för samlevnadsproblem inte kunde ge det stöd och den uppsikt som en person med djup depression skulle kunna behöva. Vid eftermätningen uppmärksammades att en deltagare försämrats kraftigt enligt BDI-II och kontaktades per telefon för en grundlig suicidbedömning och rekommendation att söka annan hjälp.

***Våld i relationen.*** Dimidjian et al. (2002) kommenterar att IBCT är olämpligt vid förekomst av partnervåld eftersom dess fokus på acceptansstrategier och det gemensamma ansvaret för relationen kan ge intryck av att den som utsatts för våld ansvarar för detta. Därför gjordes ansträngningar för att identifiera och exkludera par i riskzonen för våld. Under

förmätningen ställdes tolv frågor kring våld och oro för våld, inklusive självskadebeteende. Under de individuella telefonintervjuerna tillfrågades alla deltagare på nytt om förekomst av och oro för våld, där en särskilt grundlig screening gjordes av de par som uppgett milt våld (t.ex. knuffar, örfilar och kastade föremål) genomfördes. Under behandlingen hade deltagarna möjlighet att kontakta sin behandlare om en hotfull situation skulle uppstå. Ingen deltagare gjorde det. I självskattningsformulären i eftermätningen tillfrågades deltagarna om våld förekommit i relationen under behandlingen.

***Sekretess gentemot partnern.*** Den sekretess som gäller enligt de forskningsetiska principerna tillämpades även mellan personerna i varje par. För de par som exkluderades efter självskattningsformulären innebar detta att de fick ett generellt hållet e-postmeddelande med information och erbjudande om att kontakta projektet personligen för mer information om bedömningen. Majoriteten av de par som intervjuades lämnade sitt samtycke till att partnern kunde ta del av formulär och information ur den individuella intervjun. Deltagarna informerades om att de kunde komma att uppmanas att dela viss information med sin partner för att möjliggöra en behandling, till exempel i fall med pågående otrohet eller annan omständighet som riskerade störa behandlingen. Detta gick i linje med gängse förfarande i parterapi (Christensen & Jacobson, 1996; Lebow & Gasbarrini, 2009), men inträffade inte under intervjuer eller behandling.

***Missnöje.*** Potentiellt missnöje från deltagarna hanterades genom att presumtiva deltagare informerades som att deltagande i studien kunde innebära att paren slumpades till en grupp som fick vänta på behandling till efter årsskiftet 2008/2009. På studiens hemsida beskrevs även att behandlingen var en manualbaserad självhjälpsbehandling med stöd av en terapeut via Internet. De par som randomiserades till kontrollgruppen erbjöds deltagande i diskussionsforum under hösten och hade möjlighet till kontakt med projektet under tiden.

### ***Statistiska analyser***

Resultatet beräknades först med tvåvägs variansanalys (ANOVA) med upprepad mätning med två mellangrupsfaktorer (betingelse och kön) och en inomgruppsfaktor (tid, d.v.s. före och efter behandling). Resultaten analyserades sedan separat för respektive kön med tvåvägs ANOVA (med mellangrupsfaktorn betingelse och inomgruppsfaktorn tid). Först genomfördes analyserna på basis av ifyllda svar (s.k. completers analysis) och sedan kontrollräknades alla signifikanta resultat genom last observation carried forward, där förmätningens värde användes i resultatberäkningen för de deltagare ( $n=12$ ) som inte fyllt i eftermätningen.

Effektstorlekar inom och mellan grupperna beräknades enligt Cohens  $d$  (Cohen, 1988). En effektstorlek på 0.20 innebär en liten effekt, 0.50 en medelstor effekt och 0.80 en stor effekt. Eftertestning gjordes med Bonferroni-korrigerade  $t$ -test för att undvika typ 1-fel, vilket innebär att den vanliga signifikansnivån  $p=.05$  delades med antal självskattningsformulär (5) och gav signifikansnivån  $p\leq.01$ .

De par som separerat sedan förmätningen fyllde inte i huvudutfallsmåttet DAS vid eftermätning, eftersom formuläret mäter tillfredsställelse i en existerande parrelation. En man i behandlingsgruppen låg vid eftermätning 5.5 standardavvikelse lägre än övriga deltagare på DAS. Detta medförde att deltagaren betraktades som en så kallad outlier och exkluderades ur analyserna av självskattningsformulären.

## Resultat

Studiens resultat presenteras utifrån förändringar i utfallet på de fem beroendemåtten DAS, MSI, QOLI, BDI-II och BAI med hjälp av medelvärde, standardavvikelse och effektstorlekar mellan och inom grupperna (se Tabell 2). Huvudeffekter och interaktionseffekter enligt ANOVA presenteras, liksom kliniskt signifikant förbättring (CGI-I; se Tabell 3) samt följsamhet i behandling respektive diskussionsforum (se Tabell 4). Dessutom presenteras resultat från utvärderingen av behandlingen (se Tabell 5 och 6). På självskattningsformulär med inverterad poängsättning (DAS och QOLI) har för tydlighetens skull minustecken tagits bort i redovisningen av data.

### *Självskattningsformulär*

En signifikant trevägs interaktionseffekt fanns för mellangrupsvariablerna kön och betingelse samt inomgruppsvariabeln tid på huvudutfallsmåttet DAS ( $F_{2,129}=4.48$ ,  $p=.036$ ), varför kön lades in som en faktor i ANOVA och resultatet för kvinnor och män analyserades separat på samtliga utfallsmått. I behandlingsgruppen fanns enligt oberoende  $t$ -test en signifikant skillnad i förmätningens värden mellan könen på utfallsmåtten DAS ( $t_{77}= 3.71$ ,  $p<.01$ ), MSI ( $t_{77}= 3.49$ ,  $p=.001$ ) och BAI ( $t_{77}= 4.86$ ,  $p<.01$ ) och i kontrollgruppen på MSI ( $t_{76}= 2.05$ ,  $p=.043$ ). I samtliga fall uppgav kvinnorna större besvär.

Om paren betraktas som enheter var vid förmätning 71.8 procent av paren i båda betingelserna inom gränsen för vad som räknas som lidande i relationen ("relationship distress", dvs genomsnittet för parets poäng på DAS  $<98$ ). Vid eftermätning var 36.7 procent av paren i behandlingsgruppen fortfarande lidande jämfört med 65.6 procent i kontrollgruppen. Vid eftermätning uppgav sex personer i behandlingsgruppen respektive sex personer i kontrollgruppen att de inte längre var tillsammans med den person de sökte till studien med. Fyra personer i behandlingsgruppen respektive åtta personer i kontrollgruppen uppgav att de inte längre var sambo.

### *Dyadic Adjustment Scale*

Bland kvinnorna förelåg ingen signifikant skillnad mellan betingelserna vid förmätning enligt oberoende  $t$ -test. Resultatet vid eftermätning gav en signifikant huvudeffekt av tid ( $F_{1,66}=14.14$ ,  $p<.01$ ) och en signifikant interaktionseffekt av tid och betingelse ( $F_{1,66}=15.22$ ,  $p<.01$ ). En signifikant skillnad mellan betingelserna förelåg vid eftermätning enligt oberoende  $t$ -test ( $t_{66}=2.79$ ,  $p=.007$ ) och en signifikant förbättring för behandlingsgruppen enligt beroende  $t$ -test ( $t_{33}=4.25$ ,  $p<.01$ ). Bland männen förelåg ingen signifikant skillnad mellan betingelserna vid förmätning enligt oberoende  $t$ -test. Resultatet vid eftermätning gav ingen signifikant interaktionseffekt av tid och betingelse. Vid förmätning hade 90.2 procent av kvinnorna och 53.8 procent av männen en DAS-poäng på 97 eller lägre, vilket indikerar lidande (relationship distress). Vid eftermätning hade siffrorna sjunkit till 50 procent för kvinnor och 38.2 procent för män.

### *Marital Status Inventory*

Varken bland kvinnorna eller bland männen förelåg någon signifikant skillnad mellan betingelserna vid förmätning enligt oberoende  $t$ -test. Resultatet vid eftermätning gav ingen signifikant interaktionseffekt av tid och betingelse för något av könen.

### ***Quality of Life Inventory***

Bland kvinnorna förelåg ingen signifikant skillnad mellan betingelserna vid förmätning enligt oberoende  $t$ -test. Resultatet vid eftermätning gav en signifikant huvudeffekt av tid ( $F_{1,74}=10.70, p=.002$ ) och en signifikant interaktionseffekt av tid och betingelse ( $F_{2,74}=4.89, p=.030$ ). En signifikant förbättring för behandlingsgruppen förelåg enligt beroende  $t$ -test ( $t_{38}=-4.07, p<.01$ ). Bland männen förelåg ingen signifikant skillnad mellan betingelserna vid förmätning enligt oberoende  $t$ -test. Resultatet vid eftermätning gav ingen signifikant interaktionseffekt av tid och betingelse.

### ***Beck Depression Inventory II***

Bland kvinnorna förelåg ingen signifikant skillnad mellan betingelserna vid förmätning enligt oberoende  $t$ -test. Resultatet vid eftermätning gav en signifikant huvudeffekt av tid ( $F_{1,74}=8.81, p=.004$ ) och en signifikant interaktionseffekt av tid och betingelse ( $F_{1,74}=6.20, p=.015$ ). En signifikant förbättring för behandlingsgruppen förelåg enligt beroende  $t$ -test ( $t_{38}=3.59, p=.001$ ). Bland männen förelåg ingen signifikant skillnad mellan betingelserna vid förmätning enligt oberoende  $t$ -test. Resultatet vid eftermätning gav en signifikant huvudeffekt av tid ( $F_{1,67}=18.37, p<.01$ ) och en signifikant interaktionseffekt av tid och betingelse ( $F_{2,67}=8.36, p=.005$ ). En signifikant förbättring för behandlingsgruppen förelåg enligt beroende  $t$ -test ( $t_{33}=6.00, p<.01$ ).

### ***Beck Anxiety Inventory***

Bland kvinnorna förelåg en signifikant skillnad mellan betingelserna vid förmätning enligt oberoende  $t$ -test ( $t_{78}=2.83, p=.006$ ), där deltagarna i behandlingsgrupp skattade högre grad av besvär. Resultatet vid eftermätning gav en signifikant huvudeffekt av tid ( $F_{1,74}=19.79, p<.01$ ) och en signifikant interaktionseffekt av tid och betingelse ( $F_{2,74}=11.65, p=.001$ ). En signifikant förbättring för behandlingsgruppen förelåg enligt beroende  $t$ -test ( $t_{38}=5.39, p<.01$ ). Bland männen förelåg ingen signifikant skillnad mellan betingelserna vid förmätning enligt beroende  $t$ -test. Resultatet vid eftermätning gav ingen signifikant huvudeffekt eller interaktionseffekt av tid och betingelse.

### ***Last observation carried forward***

Data räknades om med last observation carried forward. Resultaten kvarstod, vilket innebär att interaktionen mellan tid och betingelse var signifikant för kvinnorna på beroendemåtten DAS, QOLI, BDI-II och BAI, samt för männen på BDI-II.

### ***Effektstorlekar***

Resultaten visar att tillfredställelsen med relationen ökade hos både kvinnor ( $d=0.88$ ) och män ( $d=0.37$ ) i behandlingsgruppen på huvudutfallsmåttet DAS. Jämfört med den aktiva kontrollgruppen var effektstorleken 0.68 för kvinnor (CI95%  $d=0.19-1.17$ ) och 0.63 för män (CI95%  $d=0.13-1.13$ ).

Vad gäller de sekundära utfallsmåtten var mellangrupps effekten för kvinnor i genomsnitt  $d=0.28$  (CI95%  $d=-0.17-0.73$ ) och för män i genomsnitt  $d=0.39$  (CI95%  $d=-0.01-0.86$ ). Den genomsnittliga inomgruppseffekten av de sekundära utfallsmåtten för kvinnor i behandlingsgruppen var  $d=0.69$  och i kontrollgruppen  $d=0.13$ . Den genomsnittliga inomgruppseffekten för män i behandlingsgruppen var  $d=0.50$  och i kontrollgruppen  $d=0.12$ .

**Tabell 2.** Medelvärde (standardavvikelse), förändring och effektstorlek inom och mellan betingelserna för män och kvinnor. Kvinnor behandling förmätning n=41, eftermätning n=39. Kvinnor kontrollgrupp förmätning n=39, eftermätning n=37. Män behandling förmätning n=38, eftermätning n=34. Män kontrollgrupp förmätning n=39, eftermätning n=35.

	<b>Kvinnor behandling</b>	<b>Kvinnor kontroll</b>	<b>Män behandling</b>	<b>Män kontroll</b>
<b>DAS*</b>				
Före	86.76 (11.69)	88.51 (15.20)	96.32 (11.81)	92.95 (13.27)
Efter	99.44 (17.01)	88.26 (15.98)	101.15 (14.21)	92.75 (13.53)
Förändring	12.68 (17.50)	-0.25 (8.44)	4.83 (13.58)	-0.20 (10.10)
Inomgrupp ( <i>d</i> )	0.88	-0.02	0.37	-0.01
Mellangrupp ( <i>d</i> )	0.68		0.63	
<b>MSI</b>				
Före	4.34 (2.21)	4.28 (2.63)	2.58 (2.27)	3.03 (2.78)
Efter	2.64 (3.54)	3.68 (2.63)	1.53 (2.12)	2.69 (2.84)
Förändring	1.70 (3.56)	0.60 (2.10)	1.05 (2.54)	0.34 (1.75)
Inomgrupp ( <i>d</i> )	0.59	0.23	0.48	0.12
Mellangrupp ( <i>d</i> )	0.17		0.47	
<b>QOLI</b>				
Före	1.51 (1.45)	1.62 (1.37)	1.50 (1.53)	1.68 (1.42)
Efter	2.34 (1.31)	1.80 (1.52)	2.04 (1.44)	1.68 (1.21)
Förändring	0.84 (1.20)	0.17 (1.28)	0.54 (1.20)	0 (1.03)
Inomgrupp ( <i>d</i> )	0.61	0.12	0.36	0
Mellangrupp ( <i>d</i> )	0.39		0.27	
<b>BDI-II</b>				
Före	13.39 (8.87)	11.31 (5.88)	10.92 (6.28)	9.82 (6.32)
Efter	6.13 (8.79)	10.68 (8.03)	5.62 (5.51)	8.40 (6.39)
Förändring	7.26 (12.34)	0.63 (10.18)	5.30 (5.29)	1.42 (7.14)
Inomgrupp ( <i>d</i> )	0.82	0.09	0.90	0.22
Mellangrupp ( <i>d</i> )	0.53		0.47	
<b>BAI</b>				
Före	9.49 (5.54)	6.05 (5.33)	4.24 (3.85)	5.10 (4.80)
Efter	5.38 (5.66)	5.51 (6.45)	3.23 (3.64)	4.49 (3.60)
Förändring	4.11 (4.75)	0.54 (4.32)	1.01 (3.00)	0.61 (4.31)
Inomgrupp ( <i>d</i> )	0.73	0.09	0.27	0.15
Mellangrupp ( <i>d</i> )	0.02		0.35	

\*Kvinnor behandling förmätning n=41, eftermätning n=34. Kvinnor kontrollgrupp förmätning n=39, eftermätning n=34. Män behandling förmätning n=38, eftermätning n=33. Män kontrollgrupp förmätning n=39, eftermätning n=32.



### *Global klinisk förbättring*

Som ett komplement till självskattningsformulären genomfördes skattningar med CGI-I för att skatta global klinisk förbättring. Bland kvinnorna i behandlingsgruppen upplevde 41.5 procent att relationen blivit mycket eller väldigt mycket förbättrad, jämfört med 26.5 procent i kontrollgruppen. Av männen i behandlingsgruppen upplevde 44.8 procent att relationen blivit mycket eller väldigt mycket förbättrad, jämfört med 29.7 procent i kontrollgruppen. Testning med  $\chi^2$  visade ingen signifikant skillnad mellan betingelserna för något av könen.

**Tabell 3.** CGI-I kvinnor respektive män, frekvens och procent

<b>CGI-I, Kvinnor</b>	<b>Behandlingsgrupp (n=41)</b>	<b>Kontrollgrupp (n=34)</b>
Väldigt mycket förbättrad	8 (19.5%)	4 (11.8%)
Mycket förbättrad	9 (22.0%)	5 (14.7%)
Lite förbättrad	15 (36.6%)	14 (41.2%)
Oförändrad	6 (14.6%)	7 (20.6%)
Lite försämrad	3 (7.3%)	3 (8.8%)
Mycket försämrad	0 (0%)	1 (2.9%)
Väldigt mycket försämrad	0 (0%)	0 (0%)

<b>CGI-I, Män</b>	<b>Behandlingsgrupp (n=38)</b>	<b>Kontrollgrupp (n=37)</b>
Väldigt mycket förbättrad	8 (21.1%)	3 (8.1%)
Mycket förbättrad	9 (23.7%)	8 (21.6%)
Lite förbättrad	13 (34.2%)	15 (40.5%)
Oförändrad	4 (10.5%)	5 (13.5%)
Lite försämrad	4 (10.5%)	4 (10.8%)
Mycket försämrad	0 (0%)	2 (5.4%)
Väldigt mycket försämrad	0 (0%)	0 (0%)

## *Följsamhet*

### *Behandlingsgrupp*

Följsamhet i behandlingen mättes med frekvens av slutförda moduler inom behandlingsperioden. För att en modul skulle räknas som slutförd skulle båda personerna i paret ha lämnat in fullgoda hemuppgifter. Två par färdigställde inte någon modul. Tre fjärdedelar av paren genomförde sju moduler eller fler och en knapp tredjedel genomförde samtliga moduler. I Tabell 4 presenteras hur många moduler paren färdigställde under behandlingstiden. I genomsnitt lade deltagarna ned knappt tre timmar på behandlingen per modul (M=2.96, SD=1.38).

**Tabell 4. Följsamhet i behandlingsgruppen, antal par (%)**

<b>Antal färdigställda moduler</b>	<b>n (%)</b>
Samtliga moduler	13 (32.5%)
Nio moduler	7 (17.5%)
Åtta moduler	6 (15%)
Sju moduler	4 (10%)
Sex moduler	0 (0%)
Fem moduler	2 (5%)
Fyra moduler	2 (5%)
Tre moduler	0 (0%)
Två moduler	3 (7.5%)
En modul	1 (2.5%)
Ingen färdigställd modul	2 (5%)

### *Aktiv kontrollgrupp*

Diskussionsforumet var öppet i tio veckor. I den aktiva kontrollgruppen registrerade sig 36 par på forumet, varav 15 skrev egna inlägg. I genomsnitt lade deltagarna ned 12.64 minuter per vecka på forumet (SD=15.78). Sammanlagt skrevs 60 inlägg (min=1, max=10). Tre par kommenterade samtliga teman och sju par skrev fler än ett inlägg. Vid två tillfällen besvarade deltagarna varandras inlägg.

## *Utvärdering av behandlingen*

Drygt 80 procent av deltagarna i behandlingsgruppen som fyllde i utvärderingsfrågorna ( $n=74$ ) tyckte att behandlingen hade hjälpt dem att hantera deras samlevnadsproblem bättre, och nästan 90 procent skulle rekommendera behandlingen till en bekant med samlevnadsproblem. I kontrollgruppen ansåg drygt 20 procent att deltagandet i diskussionsforumet hade hjälpt dem i någon grad. Inga signifikanta skillnader fanns mellan könen avseende hur nöjda deltagarna var med behandlingen respektive diskussionsforumet, varför resultaten för kvinnor och män presenteras gemensamt (Tabell 6 och 7).

**Tabell 6. Utvärdering, behandlingsgrupp n=73**

<b>Frågor och svarsalternativ</b>	<b>n (%)</b>
<b>Har ert deltagande i behandlingen hjälpt er att hantera era problem på ett bättre sätt?</b>	
Ja, det har hjälpt oss mycket	28 (38.4%)
Ja, det har hjälpt oss något	32 (43.8%)
Nej, det har inte hjälpt oss	8 (11%)
Nej, det har snarare förvärrat situationen	5 (6.8%)
<b>Skulle du rekommendera den här behandlingen till en god vän som hade relationsproblem?</b>	
Ja	63 (88.7%)
Nej	8 (11.3%)
<b>Hur nöjd är du totalt sett med behandlingen?</b>	
Mycket nöjd	17 (23.3%)
Nöjd	24 (32.9%)
Ganska nöjd	19 (26%)
Likgiltig	8 (11%)
Ganska missnöjd	2 (2.7%)
Missnöjd	2 (2.7%)
Riktigt missnöjd	1 (1.4%)
<b>Hur nöjd är du med behandlingens tempo (programmets omfattning i relation till dess längd)?</b>	
10 veckor är alldeles för lång tid	1 (1.4%)
10 veckor är lite för lång tid	3 (4.1%)
10 veckor är lagom tid	28 (38.4%)
10 veckor är lite för kort tid	27 (37%)
10 veckor är alldeles för kort tid	14 (19.2%)
<b>Vad tyckte du om övningarnas omfattning?</b>	
Jag hade velat ha mycket mer omfattande övningar	3 (4.1%)
Jag hade velat ha mer omfattande övningar	7 (9.6%)
Jag är nöjd med övningarnas omfattning	57 (78.1%)
Jag hade velat ha mindre omfattande övningar	5 (6.8%)
Jag hade velat ha mycket mindre omfattande övningar	1 (1.4%)

**Tabell 5. Utvärdering, kontrollgrupp n=49**

<b>Frågor och svarsalternativ</b>	<b>n (%)</b>
<b>Hur nöjd är du totalt sett med forumet?</b>	
Mycket nöjd	2 (4.1%)
Nöjd	3 (6.1%)
Ganska nöjd	10 (20.4%)
Likgiltig	27 (55.1%)
Ganska missnöjd	5 (10.2%)
Missnöjd	2 (4.1%)
<b>Har deltagande i diskussionsforumet hjälpt er att hantera era problem på ett bättre sätt?</b>	
Ja, det har hjälpt oss mycket	2 (4.1%)
Ja, det har hjälpt oss något	8 (16.3%)
Nej, det har inte hjälpt oss	38 (77.6%)
Nej, det har förvärrat situationen	1 (2%)

## Diskussion

### *Sammanfattning av resultaten*

Resultaten i föreliggande studie visar en signifikant interaktionseffekt mellan tid och betingelse och en signifikant förbättring över tid för kvinnor i behandlingsgruppen på beroendemåttan DAS, QOLI, BDI-II och BAI samt för män i behandlingsgruppen på BDI-II. Tillfredsställelsen med relationen ökade hos både kvinnorna ( $d=0.88$ ) och männen ( $d=0.37$ ) i behandlingsgruppen på huvudutfallsmåttet DAS. Jämfört med den aktiva kontrollgruppen var effektstorleken medelstor för både kvinnor och män ( $d=0.68$  respektive  $d=0.63$ ). Resultat för kvinnor och män analyserades separat på samtliga utfallsmått då en signifikant tvåvägs interaktionseffekt fanns för mellangrupsvariablerna kön och betingelse samt inomgruppsvariabeln tid på DAS. I behandlingsgruppen fanns vid förmätning en signifikant skillnad mellan könen på utfallsmåtten DAS, MSI och BAI och i kontrollgruppen på MSI. I samtliga fall uppgav kvinnorna större besvär.

Tre fjärdedelar av paren genomförde sju moduler eller fler och en knapp tredjedel genomförde samtliga moduler. Svarsfrekvensen i eftermätningen var 92.4 procent för självskattningsformulären och 96.8 procent i intervjuerna. Drygt 80 procent av deltagarna som fyllt i utvärderingsfrågorna och deltagit i behandlingsgruppen ansåg att behandlingen hade hjälpt dem att hantera deras samlevnadsproblem på ett bättre sätt medan drygt 20 procent i kontrollgruppen ansåg att deltagandet i diskussionsforumet hade hjälpt dem i någon grad.

### *Resultatdiskussion*

Föreliggande studie är unik i sitt slag, vilket innebär att det saknas motsvarande studier att jämföra resultaten med. Diskussionen förs därför dels utifrån jämförelser med studier av par med samlevnadsproblem som har genomgått traditionell parterapi, i synnerhet BCT och IBCT, dels utifrån jämförelser med andra populationer med motsvarande psykiska besvär som har genomgått internetbehandling.

#### *Tillfredsställelse i relationen*

Den första hypotesen, att deltagande i den vägleda självhjälpsbehandlingen skulle öka graden av tillfredsställelse med relationen enligt DAS samt att denna ökning skulle vara större än för kontrollgruppen, stöds i sin helhet bland kvinnorna. Hos männen saknas stöd för denna hypotes.

I den stora studien av Christensen et al. (2004) där 134 gifta par genomgick i genomsnitt 22.9 sessioner BCT respektive IBCT under optimala förhållanden (terapeuterna var handplockade utifrån utbildningsnivå och klinisk erfarenhet) uppmättes en stor genomsnittlig effekt på  $d=0.86$  på DAS. Detta kan jämföras med  $d=0.88$  hos kvinnorna och  $d=0.37$  hos männen i föreliggande studie. Kvinnorna i Christensens studie (2004) hade vid förmätning i snitt 84.7 poäng och vid eftermätning 94.05 poäng på DAS, jämfört med 86.76 respektive 99.44 poäng för kvinnorna i behandlingsgruppen i föreliggande studie. Det finns få svenska utfallsstudier av parterapi. I en svensk studie av Lundblad och Hansson (2006) av par som genomgått familjerådgivning ( $M=8.8$  sessioner) förelåg en medelstor inomgruppseffekt på DAS hos kvinnor ( $d=0.72$ ) respektive män ( $d=0.69$ ). Risken finns emellertid att dessa data överskattar den positiva effekten av familjerådgivning då bortfallet vid eftermätning var över 50 procent (312 par och fem kvinnor fyllde i förmätningarna, medan 147 par samt åtta kvinnor och tre män fyllde i eftermätningarna). En sannolik förklaring till att det i föreliggande studie saknas

signifikanta resultat för männen i behandlingsgruppen, trots en medelstor mellangrupps effekt ( $d=0.63$ ), är att de vid förmätning låg strax under gränsen för upplevt lidande i relationen ("relationship distress" <98 poäng på DAS). När ett gemensamt resultat för paret i föreliggande studie räknas fram är utfallet jämförbart med traditionell parterapi avseende kliniskt signifikant förbättring (för en översikt se Snyder et al., 2006). Med kliniskt signifikant förbättring avses andelen par som efter behandling har gått från att vara lidande ("distressed") till icke-lidande ("non-distressed") på ett standardiserat utfallsmått som DAS (Wright, Sabourin, Mondor, McDuff & Mamodhoussen, 2007). I flertalet parterapi studier är den andelen under 50 procent, jämfört med 51.1 procent i föreliggande studie.

Det finns enligt projektgruppens kännedom ingen tidigare internetstudie där DAS har använts som utfallsmått. I en studie av internetbehandling för erektil dysfunktion hos män (Walén, 2008), där partnern var delaktig i övningar, mättes tillfredsställelse i relationen med Relationship Assessment Scale (RAS). En knappt medelstor effekt uppmättes jämfört med en aktiv kontrollgrupp ( $d=0.44$ ) men ingen signifikant interaktionseffekt förelåg mellan tid och betingelse. Resultaten är inte direkt jämförbara med föreliggande studie då behandlingen var individuell och ett annat utfallsmått användes.

### ***Stabilitet i relationen***

Den andra hypotesen, att deltagande i den vägleda självhjälpsbehandlingen skulle öka stabiliteten i relationen enligt MSI samt att denna ökning skulle vara större än för kontrollgruppen, saknar stöd hos både kvinnorna och männen. Avsaknaden av en signifikant interaktionseffekt är sannolikt relaterad till att även kontrollgruppen förbättrades i båda könen.

MSI är utformat i syfte att avgöra hur nära ett par är separation (Whiting & Crane, 2003) och inte för att mäta effekt av behandling. I den hittills största studie på BCT och IBCT som gjorts (Christensen et al., 2004) användes dock MSI som ett utfallsmått, med modifieringen att deltagarna instruerades att besvara frågorna utifrån tidsperioden efter förmätningen. Denna modifiering användes även i föreliggande studie. Då originalversionen av MSI, som användes i förmätningen, inte har någon tidsbegränsning i instruktionen täcker dessa svar ett större tidsspänn än de som ges i eftermätningen. Detta skulle kunna vara en förklaring till att både kvinnor och män i båda betingelserna i föreliggande studie beskriver färre steg mot separation vid eftermätning. I Christensens studie fick båda betingelserna behandling, varför det saknas jämförbara data på förändring i en kontrollgrupp som inte får behandling.

Christensen och Heavey (1999) problematiserar att merparten av parterapi forskning utgår från utfallsmått som indikerar att en separation innebär ett misslyckat behandlingsresultat. De lyfter bland annat fram att det finns par som mår bättre av att separera. Lebow och Gasbarrini (2009) anser dessutom att det innebär ett etiskt dilemma när terapeuten har som övergripande målsättning med en parterapi att relationen ska räddas till varje pris. Även de par som separerat skattades i föreliggande studie enligt CGI-I, med utgångspunkt i bedömning av förändring i relationen och den allmänna tillfredsställelsen. De tolv personer som uppgett separation i formulären skattades i genomsnitt på 6.08 poäng ( $SD=1$ ) på CGI-I, vilket innebär att de bedömdes vara mycket förbättrade jämfört med när de sökte till studien.

### ***Livskvalitet***

Den tredje hypotesen, att deltagande i den vägleda självhjälpsbehandlingen skulle öka livskvaliteten enligt QOLI samt att denna ökning skulle vara större än för kontrollgruppen, får stöd bland kvinnorna men inte bland männen. För kvinnorna fanns en signifikant

interaktionseffekt mellan tid och betingelse och en signifikant förbättring för behandlingsgruppen över tid.

Livskvalitet enligt QOLI har enligt projektgruppens kännedom inte tidigare uppmätts i paraterapistudier. Ett uppskattat medelvärde för en normalpopulation på QOLI är 2.88 (Paunovic & Öst, 2004), vilket kan jämföras med kvinnorna i PIA-behandlingen som vid förmätning låg på 1.51 och vid eftermätning 2.34, det vill säga hade närmast sig ett normalvärde. Detta ligger i linje med forskning (se Whisman & Uebelacker, 2006) som visar att samlevnadsproblem har stor påverkan på den fysiska och psykiska hälsan och indikerar att livskvaliteten ökar när samlevnadsproblem minskar. Att männen i behandlingsgruppen inte skattar samma förbättring i livskvalitet skulle då kunna vara relaterat till att de på gruppnivå inte uppgav samma grad av samlevnadsproblem som kvinnorna vid förmätning.

I likhet med andra internetstudier (Enström & Jonsson, 2008; Lenndin & Vernmark, 2004; Maurin & Törngren, 2007) förelåg ingen signifikant skillnad mellan betingelserna vid eftermätning. Kvinnornas resultat inom behandlingsgruppen ( $d=0.61$ ) ligger i nivå med utfallet i flera andra internetbehandlingar, bland annat av ångeststörningar ( $d=0.71$  i Maurin & Törngren, 2007), GAD ( $d=0.59$  i Almlöv, 2007) och depression ( $d=0.66$  i Andersson & Sleman, 2007) samt högre än en internetbehandling för sekundära besvär efter bröstcancer ( $d=0.41$  i Enström & Jonsson, 2008).

### ***Symptom på depression och ångest***

Den fjärde hypotesen, att deltagande i den vägleda självhjälpsbehandlingen skulle minska symptom på depression enligt BDI-II och ångest enligt BAI samt att denna minskning skulle vara större än för kontrollgruppen, fick delvis stöd. För både kvinnor och män förelåg en signifikant interaktionseffekt av tid och betingelse på BDI-II, för kvinnorna förelåg även en signifikant interaktionseffekt av tid och betingelse på BAI.

Beach och O'Leary (1992) visade en stor inomgruppseffekt ( $d=2.28$ ) på BDI-I för kvinnor som genomgått 15 till 20 sessioner parterapi, samt en stor mellangruppseffekt ( $d=1.04$ ) då behandlingsgruppen jämfördes med kontrollgrupp på väntelista. I föreliggande studie hade kvinnorna en stor inomgruppseffekt ( $d=0.82$ ) och en medelstor mellangruppseffekt ( $d=0.52$ ) på BDI-II. En möjlig förklaring till skillnaderna i effekt mellan studierna är att Beach och O'Learys studie endast inkluderade par där kvinnan uppfyllde en depressionsdiagnos. Kvinnorna i behandlingsgruppen hade vid förmätning 23.97 poäng och vid eftermätning 10.87 poäng på BDI-I, vilket kan jämföras med 13.39 respektive 6.13 poäng på BDI-II hos kvinnorna i behandlingsgruppen i föreliggande studie. Gupta, Coyne och Beach (2003) påpekar att det finns fler översiktsartiklar än det finns randomiserade och kontrollerade studier av parterapi vid depression. Barbato et al. (2008) kommenterar i sin metaanalys av parterapi vid depression att det i huvudsak var de kvinnliga deltagarna som hade lindriga till måttliga depressionssymptom, varför det saknas tillförlitliga resultat att jämföra resultaten för männen i föreliggande studie med.

I studier av parterapi vid ångest (Cerny, Barlow, Craske & Himadi, 1987; Jannoun, Munby, Catalan & Gelder, 1980) har kvinnorna varit diagnostiserade med någon form av ångeststörning och deras partner har fungerat som stöd under behandlingen, varför resultaten inte anses vara jämförbara med PIA-studien. De studier som gjorts på internetbaserad KBT är i huvudsak individuella studier där BDI-I, BDI-II och BAI har använts som utfallsmått utifrån den specifika diagnos som har studerats (Spek et al., 2007). I föreliggande studie hade majoriteten av deltagarna varken en depressions- eller ångestdiagnos.

I föreliggande studie förelåg bland kvinnorna en medelstor inomgruppseffekt ( $d=0.73$ ) på BAI. Bland männen förelåg en liten mellangruppseffekt ( $d=0.35$ ) och en liten inomgruppseffekt ( $d=0.27$ ). Avsaknaden av mellangruppseffekt hos kvinnorna beror sannolikt på att det förelåg en signifikant skillnad mellan betingelserna vid förmätning, där deltagarna i behandlingsgruppen i genomsnitt skattade högre grad av besvär (9.49 poäng i jämförelse med kontrollgruppens 6.05).

### ***Global klinisk förbättring***

Den femte hypotesen, att deltagande i den vägleda självhjälpsbehandlingen skulle förbättra relationen enligt CGI-I samt att denna ökning skulle vara större än för kontrollgruppen, får delvis stöd i resultaten. Det begränsade stödet tycks framför allt bero på att även kontrollgruppen bedömts vara avsevärt förbättrade. I intervjuerna uppgav flera deltagare i kontrollgruppen att de upplevde en förbättring i relationen endast utifrån att de tagit ett gemensamt beslut att anmäla sig till studien och därmed satsa på sin relation. Frågeformulären och den inledande bedömningsintervjun hade genererat diskussioner och ökat motivationen för att arbeta med relationen, vilket kan vara en förklaring till att även kontrollgruppen bedömdes vara förbättrade. Föreliggande studie är den första där CGI-I har använts för att skatta förbättring i en parrelation, vilket gör att resultaten inte är direkt jämförbara med tidigare studier. En möjlig tolkning av bristen på resultat är att CGI-I inte lämpar sig för att förändring i samlevnadsproblem.

### ***Utvärdering***

Majoriteten av deltagarna i behandlingsgruppen var nöjda med behandlingen och tyckte att den hade hjälpt dem att hantera deras samlevnadsproblem på ett bättre sätt än före behandlingen. Nära 90 procent skulle kunna tänka sig att rekommendera behandlingen till en god vän. En anledning som uppgavs till att inte rekommendera behandlingen till en vän var en ovilja att avslöja sitt eget deltagande, varför siffran är ungefärlig. I kontrollgruppen var en femtedel av deltagarna totalt sett nöjda med forumet och ansåg att det hjälpt dem att hantera samlevnadsproblemen i någon grad. Skillnaden mellan betingelserna var förväntad, då diskussionsforumet främst var tänkt att fylla funktionen av att deltagarna skulle ha kontakt med projektet under tiden de väntade på sin behandling. Det kan därför betraktas som positivt att så många tyckte att diskussionsforumet hade varit givande. Ett bortfall på 7.6 procent vid eftermätning (sex deltagare per betingelse) innebär att inte alla deltagares åsikter finns representerade.

Knappt sju procent av deltagarna i behandlingsgruppen respektive två procent av deltagarna i kontrollgruppen ansåg att deltagandet i studien snarast hade förvärrat deras problem. Detta ligger i nivå med Gurman och Fraenkels (2002) uppskattning av att fem till tio procent av de par som genomgår en parterapi upplever en försämring under behandlingen. En tänkbar anledning till att fler i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen var missnöjda kan vara graden av förväntning hos deltagarna i respektive betingelse, samt en skillnad i den investering de gjort i studien. Deltagarna i forumet lade ned tio minuter per tema och vecka, jämfört med behandlingsgruppens knappa tre timmar per modul.

Majoriteten av deltagarna i behandlingsgruppen tyckte att övningarna var lagom omfattande och upplevde kvaliteten på modulerna som hög eller mycket hög. En tredjedel tyckte att tempot i behandlingen var lagom, medan flertalet av de övriga tyckte att behandlingstiden var för kort i relation till omfattningen. Detta kan kopplas till följsamheten i behandlingen, där tre fjärdedelar av paren genomförde sju moduler eller fler och en knapp tredjedel genomförde



samtliga tio moduler. Sammanfattningsvis tycks behandlingen således vara väl anpassad för den aktuella målgruppen, samtidigt som vissa par sannolikt hade behövt en mer generös tidsram för att hinna med samtliga moduler. Majoriteten av deltagarna i behandlingsgruppen arbetade exempelvis heltid och många var småbarnsföräldrar.

När deltagarna tillfrågades vilken modul som hade varit mest givande uppgav de Modul 3 (Problemformulering och mål med behandlingen), 4 (Kommunikation) och 5 (Fördjupning i kommunikation) som favoriter. Tillsammans med Modul 9 (Vidmakthållandeprogram), tillhör dessa de moduler där övningarna kräver mest samarbete av individerna i paret. I Modul 3 och 4 krävde övningarna från IBCT särskilt stor anpassning för att kunna utföras inom ramen för en vägledd självhjälpsbehandling på Internet. Till exempel konstruerades en mall så varje par kunde utforma sin formulering på egen hand. Detta tillvägagångssätt är unikt för PIA-behandlingen och indikerar att par själva kan lösa uppgifter som tidigare varit förbehållna terapeuten, vilket skulle kunna få betydelse även för arbetssättet i traditionell parterapi.

### ***Metoddiskussion***

#### ***Intern validitet***

En randomiserad, kontrollerad studies interna validitet, det vill säga i hur hög grad förändringen i studiens beroendevariabler kan tillskrivas de oberoende variablerna (Clark-Carter, 2004), har beaktats på flera sätt i föreliggande studie. Förfarandet med randomisering av deltagarna till två betingelser syftar till att låta slumpen avgöra vilka deltagare som får behandling och inte. Tillsammans med det stora antalet deltagare ökar detta chansen för att grupperna ska vara jämförbara vid förmätning avseende till exempel demografiska faktorer och resultat på utfallsmått. Ändå förelåg en signifikant skillnad mellan grupperna i förmätning på BAI för kvinnor, vilket påverkar studiens resultat. Avseende demografiska variabler fanns endast en signifikant skillnad, där männen i kontrollgruppen i högre grad tidigare hade medicinerat med psykofarmaka än männen i behandlingsgruppen. Detta bedöms emellertid inte ha påverkat utfallet i studien. Utöver förfarandet med randomisering till olika betingelser samt en kontrollgrupp, för att minska risken för mätfel på grund av spontanförbättring, utgör kvaliteten på mätinstrumenten en viktig faktor i den interna validiteten. De primära mätinstrumenten i föreliggande studie utgjordes av fem självskattningsformulär, samtliga utprovade med god reliabilitet och/eller diskriminativ validitet.

#### ***Extern validitet***

Den aktuella studiens externa validitet bedöms utifrån möjligheten att generalisera resultatet från stickprovet till populationen par med samlevnadsproblem (se Wright et al., 2007). En jämförelse med studien av Christensen et al. (2004) och de par som sökte familjerådgivning i Sverige 2006 (Socialstyrelsen, 2007) indikerar att deltagarna i föreliggande studie utgör ett representativt urval av par som söker behandling för samlevnadsproblem avseende ålder, tid i relationen och antal barn. Det nationella intaget ökar sannolikheten för att urvalet är representativt för populationen par med samlevnadsproblem i Sverige. Det saknas jämförbara data för utbildningsnivå i populationen, men deltagarna skiljer sig från den genomsnittliga befolkningen i Sverige på denna punkt. Nära tre fjärdedelar av deltagarna i föreliggande studie hade eftergymnasial utbildning vilket kan jämföras med en knapp tredjedel av befolkningen (Statistiska centralbyrån, 2008). I de flesta parterapi studier inkluderas endast gifta par (Snyder et al., 2006). I Sverige varierar separationsrisken mellan olika familjetyper, där den gifta kärnfamiljen utgör den lägsta risken (Statistiska centralbyrån, 2007a). I föreliggande studie är drygt hälften (54.4%) av deltagarna gifta, vilket skulle kunna innebära en ökad risk för separation i förhållande till mer konservativa urvalskriterier. Vid eftermätning

uppgav sex personer i behandlingsgruppen respektive sex personer i kontrollgruppen att de inte längre var tillsammans med den person de sökte till studien med, vilket utgör 8.2 procent av deltagarna. I en svensk utfallsstudie av familjerådgivning (Lundblad och Hansson, 2005) separerade 17.7 procent av paren. Dessa data ska emellertid beaktas utifrån bakgrunden att många par söker familjerådgivning i syfte att få hjälp med att separera.

Exklusionskriterierna i föreliggande studie, avseende fysiskt våld, grad av samlevnadsproblem, svår depression, missbruksproblematik, sårbarhet samt annan pågående psykologisk behandling, kan sägas begränsa generaliserbarheten av resultaten. Det samma gäller kravet på datorvana och tillgång till Internet. Par som uppgav förekomst av fysiskt våld i relationen exkluderades, vilket kan ställas i relation till att hälften av de par som söker parterapi för samlevnadsproblem uppger att det förekommer våld mellan dem (Holtzworth-Munroe et al., 2003). Par som hade  $\leq 98$  på poäng DAS inkluderades, vilket i huvudsak följer tidigare studier som använt  $< 98$  som inklusionskriterium. Bedömningsförfarandet kan betraktas som unikt i parterapisammanhang. Telefonintervjuer har emellertid använts i tidigare internetstudier (se Andersson et al., 2008) och innebär en unik möjlighet att erbjuda behandling oberoende av deltagarens bostadsort. Det kan argumenteras för att rekryteringsförfarandet, där paren fick fylla i 163 frågor samt uppge att de var motiverade att slutföra behandlingen under tio veckor, kan vara svårt att utföra i en klinisk kontext. Samtidigt sökte 88 procent av de par som gick i familjerådgivning 2006 dit på eget initiativ (Socialstyrelsen, 2007), vilket tyder på att det inte är ovanligt för par med samlevnadsproblem att söka hjälp på egen hand.

### ***Behandlingsprogrammet***

I PIA-projektet deltog för första gången en dyad i en manualiserad internetbehandling, vilket medförde särskilda logistiska och etiska överväganden. Deltagarna hade till exempel tre inloggningspar per par i kontakthanteringssystemet då hemuppgifterna i de två första modulerna skulle göras individuellt och i de övriga åtta gemensamt. För vissa par medförde detta tekniska problem, till övervägande delen fungerade systemet emellertid väl. I tidigare studier har det visat sig att behandlingsalliansen i internetbehandlingar har varit god (Cuijpers et al., 2008). Alliansen i en parterapi blir något annorlunda jämfört med en individuell behandling, då terapeuten bör förhålla sig neutral i parets konflikter och inte skapa starkare allians med någon av individerna. Detta medförde en utmaning för terapeuterna, när de till exempel blev kontaktade av en individ i paret som efterfrågade individuell hjälp. Terapeuternas gemensamma hållning var i dessa fall att föra tillbaka till behandlingsmanualen i så stor utsträckning som möjligt, till exempel genom att uppmana deltagaren att prata med sin partner och/eller hänvisa till de gemensamma övningarna. Ett annat dilemma för terapeuterna var när hemuppgifterna deltagarna skickade in var av varierande omfattning och/eller kvalitet inom ett par. Bedömningen kring huruvida ett par skulle gå vidare till nästa modul eller inte gjordes kliniskt, och i vissa fall tilläts knapphändiga hemuppgifter från en i paret att räknas som fullgoda utifrån deltagarens individuella förutsättningar och situation. Det är dock svårt att bedöma hur partnern reagerade på detta och om det påverkade den terapeutiska alliansen.

Självhjälpsbehandlingen bygger till stora delar på IBCT, en metod som strävar efter att öka förekomsten av kontingensstyrda beteenden i paret. Detta utgör en speciell utmaning i en manualiserad självhjälpsbehandling över Internet som till största delen bygger på psykoedukation och styrda hemuppgifter, vilka snarare kan tänkas främja ett regelstyrkt beteende. I behandlingsprogrammet försökte risken minimeras genom bland annat övningarnas utformning. Terapeuterna strävade efter att förstärka beteenden som fungerade för respektive par genom att återkoppla till parets formulering och målsättningar samt ställa

reflekterande frågor. Samtidigt kan den korta, positiva feedback som gavs av terapeuterna i kombination med behandlingsmanualen betraktas som regelstyrning vilket är den grundläggande terapeutiska teknik som används i BCT. En central intervention i IBCT är gemensam distansering i förhållande till samlevnadsproblemen, något som kan sägas ha främjats av internetformatet där varje par fick beskriva konkreta situationer utifrån olika perspektiv. Deltagarna skrev även ned sina känslor kring en konfliktfylld händelse och skickade till sin partner för ömsesidig feedback. Övningen var uppskattad och den kliniska bedömningen hos terapeuterna var att flertalet av paren lyckades uppnå den empatiska förening som eftersträvades.

Intressant att notera är att drygt hälften av deltagarna i behandlingsgruppen valde att arbeta med de frivilliga övningarna i medveten närvaro och knappt hälften valde att arbeta med de frivilliga sensationsfokuserade övningarna. Dessa data indikerar att detta är relevanta områden som den aktuella målgruppen själva upplever sig ha ett behov av att arbeta med. De frivilliga övningarna utgör ett första försök till att individualisera behandlingen och att ge paren möjlighet att välja övningar utifrån deras specifika behov. Behandlingen tycks ha varit väl anpassad för majoriteten av deltagarna och det framkom önskemål från deltagare om att behandlingen skulle göras tillgänglig för allmänheten. Samtidigt hade flera par konflikter av sådant slag att de sannolikt hade behövt gå i en traditionell parterapi med mer assistans från en terapeut. Andra hade en mer specifik problematik som det inte fanns tillräckligt med utrymme för i det manualiserade behandlingsprogrammet.

### ***Diskussionsforumet***

I den aktiva kontrollgruppen hade respektive par en gemensam inloggning till diskussionsforumet. Beslutet fattades i syfte att minimera risken att deltagarna skulle använda forumet till att skriva klagomål och nedsättande kommentarer om sin partner eller hamna i konflikter. Det är möjligt att den låga aktiviteten på forumet delvis beror på att deltagarna hade föredragit individuella inloggningar. Flera deltagare uttryckte att det var svårt att skriva under gemensam inloggning när de hade skilda åsikter i veckans frågor. På rekommendation från moderatorerna valde sedan flera par att skriva varsitt stycke i inläggen på forumet där de undertecknade sitt eget stycke med kön eller studiekod. Flera deltagare efterfrågade mer aktivitet från projektgruppen i diskussionsforumet. Beslutet att skriva så få inlägg som möjligt togs i syfte att undvika en eventuell terapeutisk effekt i kontrollgruppen.

### ***Begränsningar i studien***

Kritik har uttryckts mot användning av väntelista i parterapistudier då resultaten i randomiserade kontrollerade studier har påverkats av att paren på väntelista har försämrats på gruppnivå (Baucom, Hahlweg & Kuschel, 2003). Det senare har emellertid inte inträffat i föreliggande studie. Den externa validiteten påverkas negativt av de konservativa exklusionskriterierna, som ledde till att en majoritet av paren med fullständig anmälan exkluderades. En möjlig förklaring till att så få par (38 av 211) uppgav förekomst av partnervåld är att detta var ett öppet exklusionskriterium, vilket kan ha lett till att par där våld förekom inte anmälde sig och/eller att anmälda par undvek att avslöja våldshandlingar. Utifrån terapeuternas kliniska bedömning är det möjligt att de utfallsmått som skattade tillfredsställelse och stabilitet i relationen (DAS respektive MSI) inte var tillräckliga för att mäta utfallet på föreliggande behandling. CGI-I har aldrig tidigare använts som utfallsmått i en parterapi behandling och avsaknaden av resultat kan bero på en otillräcklig operationalisering av förbättring i en parrelation.

PIA-projektet annonserades både som "självhjälpsbehandling för par med relationsproblem"

och som "parterapi på Internet". Det är möjligt att den senare beteckningen har varit vilseledande för vissa deltagare som tycks ha förväntat sig mer terapi och mindre självhjälpsbehandling. Vissa av paren hade sannolikt varit förtjänta av mer terapeutstöd då de hade djupa och svåra konflikter och/eller en mer specifik problematik som krävde mer anpassning av behandlingen. I internetbehandlingar finns inte möjlighet att få direkt respons på hur återkopplingarna tas emot av deltagarna, vilket innebär att en viktig komponent i traditionell IBCT går förlorad. Det finns ännu inga studier kring betydelsen av internetterapeuters erfarenhet och kompetens (Andersson et al., 2008). Terapeuterna i föreliggande studie hade ingen tidigare erfarenhet av parterapi eller internetbehandling och inga skattningar av terapeuternas adherence har gjorts. Samtidigt gick terapeuterna i veckovis handledning för en legitimerad psykolog och psykoterapeut med omfattande erfarenhet av BCT och IBCT, återkopplingar jämfördes kontinuerligt och syftet med veckans övningar diskuterades i handledningen.

### *Framtida forskning*

I PIA II, våren 2009, kommer effekterna av kontrollgruppens behandling att studeras. Med utgångspunkt i resultaten av föreliggande studie kommer behandlingen att kompletteras med telefonstöd och ett självskattningsformulär som avser att mäta grad av beteendeförändringar och acceptans hos individerna i paret, Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory (FAPBI; Bond Murray, 2005), kommer att komplettera de övriga utfallsmåtten. En ettårsuppföljning av resultaten i föreliggande studie planeras för att undersöka vilken effekt behandlingen har på längre sikt. Kommande studier bör även använda någon form av processmått för att undersöka hur väl paren responderar på behandlingen och en studie av prediktorer för behandlingsutfall skulle kunna bidra till mer anpassade urvalskriterier och/eller en mer individualiserad behandling. Utformningen och omfattningen av terapeutstöd i förhållande till självhjälp och kostnadseffektivitet är andra områden som behöver utredas vidare.

Då tidigare internetstudier av individualiserade behandlingar har visat goda resultat och då par med samlevnadsproblem är en heterogen grupp vore det intressant att administrera olika moduler till deltagarna utifrån respektive pars problembild. Svartsjuka är exempel på ett samlevnadsproblem som bedöms kräva en mer anpassad behandling än den manual som föreliggande studie är baserad på. Par med stora svårigheter i sin sexuella relation skulle sannolikt behöva fler och mer specifika moduler kring sex. Om behandlingen individualiseras skulle sannolikt mått på, samt en tydligare screening av, sexuella problem sannolikt krävas. I traditionell IBCT gör terapeuten en bedömning av när paret behärskar acceptansstrategierna och vid behov används förändringsstrategier. Detta förfarande skulle kunna efterliknas i högre utsträckning i en individualiserad behandling. En annan möjlig utveckling vore att erbjuda par som väljer att separera under behandlingen stöd i detta. Parterapi bedrivs även i form av diagnosspecifika behandlingar där partnern används som stöd. En möjlig studiedesign vore att inkludera par där den ena partnern uppfyller exempelvis en ångest- eller depressionsdiagnos och randomisera paren till två betingelser, där den ena gruppen får en behandling som är fokuserad på samlevnadsproblem medan den andra gruppen skulle erbjudas en diagnosspecifik behandling med hjälp av stöd från partnern.

### *Slutsatser*

Samlevnadsproblem är ett av de mest förekommande primära eller sekundära besvär vuxna personer uppger när de söker psykologisk behandling, vilket ställer krav på kunskaper om samlevnadsproblem och parterapi hos kliniskt verksamma psykologer. Långa väntetider till familjerådgivningen, brist på tid och ekonomisk möjlighet att gå i traditionell parterapi och det stora intresset för föreliggande studie indikerar att det finns ett behov av alternativa behandlingsmetoder för par med samlevnadsproblem. PIA-behandlingen är unik i sitt slag och resultaten på utfallsmåtten och utvärderingen indikerar att en KBT-baserad vägledad självhjälpsbehandling på Internet kan öka tillfredställelsen med relationen för individer som upplever en signifikant grad av lidande i sin parrelation, samt öka livskvaliteten och minska graden av psykiska symptom. Kvinnorna i PIA-behandlingen förbättrades i högre grad än männen på flertalet utfallsmått, vilket sannolikt beror på att de uppgav högre grad av besvär vid förmätning. På parnivå är resultaten jämförbara med traditionell parterapi, avseende andel par som blivit kliniskt signifikant förbättrade. Resultatet av PIA-behandlingen indikerar även att par själva kan lösa uppgifter som tidigare varit förbehållna parterapeuten, samt att anonymiteten i en självhjälpsbehandling uppskattades av deltagarna. Samtidigt finns begränsningar i studien som gör att resultaten inte är generaliserbara till samtliga par med samlevnadsproblem och det återstår att undersöka hur behandlingen fungerar i en klinisk kontext. En rimlig slutsats utifrån resultaten bedöms ändå vara att det finns ett behov av och en stor potential i en fortsatt utveckling av en KBT-baserad, vägledad självhjälpsbehandling på Internet för par med samlevnadsproblem.

## Referenser

- Ahlborg, T. (2004). *Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents. Qualitative and quantitative studies*. Göteborg: Intellecta Docusys.
- Almlöv, J. (2007). *Origo: A randomized controlled study*. Psykologexamensuppsats. Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4. uppl.). Washington, DC: APA.
- Andersson, F., & Sleman, O. (2007). *Internetbaserad självhjälpsbehandling versus live gruppbehandling vid depression: En randomiserad studie*. Psykologexamensuppsats. Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldö, V., Nilsson-Ihrfelt, E., Paxling, B., Ström, L., & Waara, J. (2008). Development of a new approach to guided self-help via the Internet: The Swedish experience. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 161-181.
- 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., Strömngren, T., Ström, L., & Lyttkens, L. (2002). Randomized controlled trial of Internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, 64, 810-816.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126, 651-680.
- Atkins, D. C., Eldridge, K. A., Baucom, D. H., & Christensen, A. (2005). Brief reports. Infidelity and behavioral couple therapy: Optimism in the face of betrayal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 144-150.
- Bach, A. K., Wincze, J. P., & Barlow, D. H. (2001). Sexual dysfunction. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. (3. uppl.) (ss. 562-608).
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79, 121-132.
- Baucom, D. H., Epstein, N., & LaTaillade, J. J. (2002). Cognitive-behavioral couple therapy. In A. S. Gurman, & N.S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3. uppl.) (ss. 26-58). New York: The Guilford Press.
- Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Kuschel, A. (2003). Are waiting-list control groups needed in future marital therapy outcome research? *Behavior Therapy*, 34, 179-188.
- Baucom, D. H., Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 53-88.
- Beach, S. R. H., & O'Leary, K. D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: outcome and predictors of response for marital therapy versus cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23, 507-528.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (2005). *BAI, Beck Anxiety Inventory. Manual, Svensk version* (H. Järvmo, övers.). Stockholm: Psykologiförlaget AB. (Originalarbete publicerat 1990).
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2005). *BDI-II Beck Depression Inventory - Second Edition. Manual, Svensk version* (J. Lindfors, övers.). Stockholm: Psykologiförlaget AB. (Originalarbete publicerat 1996).
- Bergman, H., Källmén, H., & Hermansson, U. (1994). AUDIT. *The Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT: Manual*. Stockholm: Karolinska Sjukhuset.

- Bergström, J., Andersson, G., Karlsson, A., Andréewitch, S., Rück, C., Carlbring, P., & Lindefors, N. (in press). An open study of the effectiveness of Internet treatment for panic disorder delivered in a psychiatric setting. *Nordic Journal of Psychiatry*.
- Bond Murray, J. (2005). *Att acceptera den andra: En svensk utprövning av Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory*. Psykologexamensuppsats. Stockholms Universitet, Psykologiska institutionen.
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of couples-based interventions for panic. *Journal of Family Therapy*, 26, 105-125.
- Carlbring, P. (2005). *Formulärsammanställning*. Institutionen för psykologi, Uppsala universitet.
- Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22, 545-553.
- Carlbring, P., Andersson, G., Andersson, C., & Berman, A. H. (in press). Dator- och telefonstyrda behandlingar. I A. H. Berman & C. Å. Farbring (Red.), *Kriminalvården i praktiken: Strategier för att minska återfall i brott och missbruk*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L.-G., & Andersson, G. (2007). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*, 23, 1421-1434
- Carlbring, P., & Smit, F. (in press). Randomized trial of Internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil K. M., & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35, 471-494.
- Cerny, J. A., Barlow, D. A., Craske, M. G., & Himadi, W. G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 18, 401-415.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpsom, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 176-191.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for two years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1180-1191.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 165-190.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1996). *Acceptance and change in couple therapy. A therapist's guide to transforming relationships*. New York: W.W. Norton and Company Inc.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable differences*. New York: The Guilford Press.
- Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative psychological research: A student's handbook*. New York: Psychology Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2 uppl.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cooper, A., & McLoughlin, I. P. (2001). What clinicians need to know about Internet sexuality. *Sexual and Relationship Therapy*, 16, 321-327.
- Couple Checkup (2008). *Learn more about the Couple Checkup*. Hämtad 24 november, 2008, från [https://www.couplecheckup.com/webapp/premarital\\_checkup/inventory/template/CheckupSiteWrapper.vm](https://www.couplecheckup.com/webapp/premarital_checkup/inventory/template/CheckupSiteWrapper.vm)

- Cuijpers, P., van Straaten, A., & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 169-177.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., & Christensen, A. (2002). Integrative behavioral couple therapy. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson, N. S. (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3. uppl.) (ss. 251-280). New York: The Guilford Press.
- Doss, B. D., Thum, Y. M., Sevier, M., Atkins, D. C., & Christensen, A. (2005). Improving relationships: Mechanisms of change in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 624-633.
- Duarte, M. Z. (2003). *Vi kanske kommer igen om det låser sig. Kvinnors och mäns möte med familjerådgivning*. Doktorsavhandling. Lunds universitet, Sociologiska institutionen.
- Enström, M., & Jonsson, L. (2008). *ISIS: Internetbaserat stöd för individer med sekundära besvär – efter bröstcancer. En individualiserad KBT-behandling jämfört med en aktiv kontrollgrupp*. Psykologexamensuppsats. Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Epstein, E. E., & McCrady, B. (2002). Couple therapy in the treatment of alcohol problems. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson, N. S. (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3. uppl.) (ss. 251-280). New York: The Guilford Press.
- Familjeliv (2008). *Om Familjeliv*. Hämtad 24 november, 2008, från <http://www.familjeliv.se/Information2/om.php>
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin L. S. (1999). *Handbok SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. (J. Herlofson, övers.). Danderyd: Pilgrim Press.
- Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the quality of life inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.
- Fruzzetti, A. E. (2006). *High conflict couples. A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy and validation*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Fruzzetti, A. E., & Levensky, E. R. (2000). Dialectical behavior therapy for domestic violence: Rationale and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 435-447.
- Gollan, J. K., Friedman, M. A., & Miller, I. W. (2002). Couple therapy in the treatment of major depression. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Red.), *Clinical handbook of couple therapy* (3. uppl.) (ss. 653-676). New York: The Guilford Press.
- Gottman, J. M., & Levenson, R. W. (1992). Marital processes predictive of later dissolution: Behavior, physiology, and health. *Journal of Personal and Social Psychology*, 63, 221-233.
- Gottman, J. M., & Notarius, C. I. (2000). Decade review: Observing marital interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 927-947.
- Gupta, M., Coyne, J. C., & Beach, S. R. H. (2003). Couples treatment for major depression: critique of the literature and suggestions for some different directions. *Journal of Family Therapy*, 25, 317-346.
- Gurman, A. S., & Fraenkel, P. (2002). The history of couple therapy: A millennial review. *Family Process*, 41, 199-260.
- Guy, W. (1976). Clinical global impressions. In W. Guy (Ed.), *ECDEU Manual, US Department of Health and Human Services* (ss. 217-222). Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Gähler, M. (1998). Self-reported psychological well-being among adult children of divorce in Sweden. *Acta Sociologica*, 41, 209-225.
- Hall, P. (2004). Online psychosexual therapy: A summary of pilot study findings. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 167-178.



- Hansson, K. (1994). Långa äktenskap. En studie av par som varit gifta eller sambos i ca 25 år. *Nordisk Psykologi*, 46, 241-256.
- Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 319, 670-674.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Rehman, U., & Marshall, A. D. (2002). Intimate partner violence: An introduction for couple therapists. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3. uppl.) (ss. 441-465). New York: The Guilford Press.
- Jacobson, N. S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy*, 23, 493-506.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmalings, K. B., & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D., Baucom, D. H., Halhweg, K., & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 497-504.
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Bruner/Mazel.
- Jannoun, L., Munby, M., Catalan, J., & Gelder, M. (1980). A home-based program for agoraphobia: Replication and controlled evaluation. *Behavior Therapy*, 11, 294-305.
- Jedlicka, D., & Jennings, G. (2001). Marital therapy on the Internet. *Journal of Technology in Counseling*, 2, 1-15.
- Johnson, S. M., & Denton, W. (2002). Emotionally focused couple therapy. In A. S. Gurman & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3. uppl.) (ss. 221-250). New York: The Guilford Press.
- Kaldo-Sandström, V., Larsen, H. C., & Andersson, G. (2004). Internet-based cognitive-behavioral self-help treatment of tinnitus: Clinical effectiveness and predictors of outcome. *American Journal of Audiology*, 13, 185-192.
- Kessel, D. E., Moon, J. H., & Atkins, D. (2007). Research on couple therapy for infidelity. What do we know about helping couples when there has been an affair? In P. R. Peluso (Ed.), *A practitioner's guide to working with couples in crisis* (ss. 55-69). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Newton, T. L. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127, 472-503.
- Kåver, A., & Nilsson, Å. (2007). *Tillsammans. Om medkänsla och bekräftelse*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lagercrantz, A. (2007, 15 november). Vinner gör den som slutar kriga. Svenska Dagbladet. Hämtad från [http://www.svd.se/nyheter/idagsidan/existentiellt/artikel\\_170280.svd](http://www.svd.se/nyheter/idagsidan/existentiellt/artikel_170280.svd)
- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States. Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Leahy, R. L., & Tirsch, D. D. (2008). Cognitive behavioral therapy for jealousy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 18-32.
- Lebow, J. L., & Gasbarrini, M. F. (2009). Couples therapy. In G. O. Gabbard (Ed.), *Textbook of Psychotherapeutic Treatments* (ss. 533-552). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Lenndin, J., & Vernmark, K. (2004). *Klara-projektet – Internetbaserad e-post- och*

- självhjälpsbehandling vid depression*. Psykologexamensuppsats. Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap.
- Lundblad, A.-M. (2005). *Kärlek och hälsa. Par-behandling i ett folkhälsoperspektiv*. Göteborg: Intellecta Docusys.
- Lundblad, A.-M., & Hansson, K. (2005). Outcomes in couple therapy: Reduced psychiatric symptoms and improved sense of coherence. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 374-380.
- Lundblad, A.-M., & Hansson, K. (2006). Couples therapy: Effectiveness of treatment and long-term follow-up. *Journal of Family Therapy*, 28, 136-152.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 459-480.
- Maurin, L., & Törngren, C. (2007). *NOVA: Individualiserad internetbaserad vägledad självhjälpsbehandling vid ångeststörningar - En randomiserad kontrollerad studie*. Psykologexamensuppsats. Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap.
- McCarthy, B. W. (2002). Sexuality, sexual dysfunction and couple therapy. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4. uppl.) New York: The Guilford Press.
- McKay, M., Fanning, P., & Paleg, K. (2006). *Couple skills. Making your relationship work* (2. uppl.). Oakland, CA: New Harbinger Publications Inc.
- Olson, D. H., & Olson-Sigg, A. K. (1999). PREPARE/ENRICH program, version 2000. In B. Rony & M. T. Hannah (Eds.), *Preventive approaches in couples therapy* (ss. 196-216). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Palmqvist, B., Carlbring, P., & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 7, 291-297.
- Paunovic, N., & Öst, L.-G. (2004). Clinical validation of the Swedish version of the Quality of Life Inventory in crime victims with posttraumatic stress disorder and a nonclinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 15-21.
- SBU 2007:03. *Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Sevier, M., Eldridge, K., Jones, J., Doss, B. D., & Christensen, A. (2008). Observed communication and associations with satisfaction during traditional and integrative behavioral couple therapy. *Behavior Therapy*, 39, 137-150.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2003). Meta-analysis of MFT interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 547-570.
- Shadish, W. R., & Baldwin, S. A. (2005). Effects of behavioral marital therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 6-14.
- Skinner, A., & Zack, J. (2004). Counselling and the Internet. *American Behavioral Scientist*, 48, 434-446.
- Socialstyrelsen. (2004). *Redovisning av hur kommunernas skyldighet att tillhandahålla familjerådgivning fullföljs* (Lägesrapport). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2007). *Kommunal familjerådgivning år 2006*. Sveriges Officiella Statistik: Socialtjänsten.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology*, 57, 317-44.
- Spanier, G. B. (2001). *Dyadic Adjustment Scale (DAS). User's Manual*. New York: Multi-Health Systems Inc.

- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, C., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine, 1*, 1-10.
- Statens Folkhälsoinstitut (2004). *Nya verktyg för föräldrar - Förslag till nya former av föräldrastöd*. Från <http://www.fhi.se/upload/PDF/2004/rapporter/r200449nyaverktygforforaldrar.pdf>
- Statistiska centralbyrån. (2007a). *Barn och deras familjer 2006*. Från [http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/LE0102\\_2006A01\\_BR\\_BE51ST0704.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/LE0102_2006A01_BR_BE51ST0704.pdf)
- Statistiska centralbyrån. (2007b). *Privatpersoners användning av datorer och Internet 2007*. Från [http://www.scb.se/statistik/\\_publikationer/IT0102\\_2007A01\\_BR\\_IT01BR0701.pdf](http://www.scb.se/statistik/_publikationer/IT0102_2007A01_BR_IT01BR0701.pdf).
- Statistiska centralbyrån. (2008). *Befolkning 2007, 16-74 år. Statistiska centralbyråns befolkningsregister*. Från <http://www.scb.se/statistik/UF/UF0506/2008A01a/Tab1.xls>.
- Strohsschein, L. (2005). Parental divorce and child mental health trajectories. *Journal of Marriage and Family, 67*, 1286-1300.
- Ström, L., Pettersson, R., & Andersson, G. (2000). A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 722-727.
- Van Diest, S. L., Van Lankveld, J. J. D. M., Leusink, P. M., Slob, A., & Gijls, L. (2007). Sex therapy through the Internet for men with sexual dysfunctions: A pilot study. *Journal of Sex and Marital Therapy, 33*, 111-133.
- Vetenskapsrådet (1999). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Elanders Gotab.
- Wachs, K., & Cordova, V. J. (2007). Mindful relating: Exploring mindfulness and emotional repertoires in intimate relationships. *Journal of Marital and Family Therapy, 33*, 464-481.
- Walén, C. (2008). *ADAM - En randomiserad, kontrollerad studie av internetadministrerad kognitiv beteendeterapi vid erektil dysfunktion*. Psykologexamensuppsats. Linköpings universitet, Institutionen för beteendevetenskap och lärande.
- Weiss, R. L., & Cerreto, M. C. (1980). The marital status inventory: Development of a measure of dissolution potential. *The American Journal of Family Therapy, 8*, 80-85.
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2006). Impairment and distress associated with relationship discord in a national sample of married and cohabiting adults. *Journal of Family Psychology, 20*, 369-377.
- Whiting, J. B., & Crane, D. R. (2003). Distress and divorce: Establishing cutoff scores for the marital status inventory. *Contemporary Journal of Family Therapy, 25*, 195-205.
- Wright, J., Phanesabourin, S., Mondor, J., McDuff, P., & Mamodhousen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process, 46*, 301-316.

## **Bilagor**

- A. Förmättningsfrågor exklusive självskattningsformulär
- B. Intervjufrågor förmätning exklusive SCID-I
- C. Sammanfattning av behandlingsmodulerna
- D. Diskussionsfrågor för den aktiva kontrollgruppen
- E. Eftermättningsfrågor exklusive självskattningsformulär
- F. Intervjufrågor eftermätning

## ***A. Screeningfrågor exklusive självskattningsformulär***

(Frågor utan svarsalternativ hade fritext.)

1. Du kommer att få svara på 163 frågor. Svara helst på samtliga frågor vid samma tillfälle. Frågorna handlar om din nuvarande livssituation, din psykiska hälsa och din relation med din partner. Svaren ligger till grund för vår bedömning om den här behandlingen kan hjälpa dig och din partner. De svar du lämnar kommer att avidentifieras och presenteras som genomsnittsvärden för samtliga deltagare i studien.

2. Hur länge har du och din partner varit tillsammans? (*Ange år & månader, t ex "2 år och 11 månader"*)

3. Hur länge har ni bott tillsammans? (*Ange år och månader, t ex "2 år och 11 månader"*)

4. Är ni förlovade och/eller gifta?

*Svarsalternativ:* Gifta; Förlovade men inte gifta; Varken gifta eller förlovade

5. Finns det barn i hushållet?

*Svarsalternativ:* 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 el fler

6. Hur gamla är barnen?

7. Vilken är din högsta utbildningsnivå?

*Svarsalternativ:* Grundskola; Folkskoleutbildning eller motsvarande; Gymnasial utbildning - praktisk inriktning; Gymnasial utbildning - teoretisk inriktning; Eftergymnasial utbildning, mindre än 3 år; Eftergymnasial utbildning, 3 år eller mer; Annat, nämligen:

8. Vilken är din nuvarande sysselsättning och sysselsättningsgrad? (*T.ex. "sjukskriven 50%, jobbar som bibliotekarie 25%, barnledig 25%"*)

9. Är du sjukskriven just nu? (*Om ja, berätta för vad och sedan hur länge, annars skriver du "nej".*)

10. Har du någonsin gått i någon form av psykologisk behandling, till exempel terapi, självhjälpsbehandling och/eller parterapi? (*Om ja, vad var orsaken till att du sökte behandling? Är det en avslutad eller pågående behandling? Om nej, skriv "nej".*)

11. Har du någonsin ätit medicin mot psykiska besvär?

*Svarsalternativ:* Nej; Ja, men den är avslutad nu; Ja, och äter just nu också

12. För vilka psykiska besvär tar eller tog du medicin?

13. Händer det dig att du skadar dig själv fysiskt, till exempel för att dämpa ångest? (*Om nej, skriv "nej". Om ja, på vilket sätt och när gjorde du det senast?*)

14. Känner du oro inför att din partner ska skada dig på något sätt, och vad är du i så fall orolig för skulle kunna hända? (*Om nej, skriv "nej". Om ja, beskriv!*)

15. Har din partner någonsin hotat att göra illa dig eller någon annan som står dig nära? (*Om nej, skriv "nej". Om ja, beskriv!*)

16. Nu kommer vi ställa några frågor där vi frågar om "fysiskt våld". Med fysiskt våld menar vi till exempel: Slå, sparka, knuffa, bita, ta stryptag, brotta ned eller att hålla fast någon i syfte att skrämma eller skada den andra personen.

*Svarsalternativ:* Ok, jag förstår definitionen av fysiskt våld.

17. Har du blivit utsatt för någon form av fysiskt våld av din partner?

*Svarsalternativ:* Nej; Ja

18. (*Om ja på 15*) Vad är den allvarligaste formen av våld han/hon utsatt dig för?

19. Har din partner någonsin tvingat dig till sexuella aktiviteter fast du egentligen inte ville? (*Om nej, skriv "nej". Om ja, beskriv.*)

20. Har du varit nära att skada din partner fysiskt?

*Svarsalternativ:* Nej; Ja, oavsiktligt; Ja, med avsikt

21. Har du utsatt din partner för någon form av fysiskt våld?

*Svarsalternativ:* Nej; Ja, oavsiktligt; Ja, med avsikt

22. (*Om ja på 21*) Vad är den allvarligaste formen av våld du utsatt honom/henne för?

23. Tror du att du skulle kunna bli så upprörd och eller arg att du skulle kunna skada din partner?

*Svarsalternativ:* Nej; Ja

24. (*Om ja på 23*) Vad tror du skulle kunna hända?

25. Har du en annan pågående intim relation (som du el. din partner skulle definiera som otrohet)?

*Svarsalternativ:* Nej; Ja, men jag är beredd att avsluta den innan eventuell behandling; Ja, och jag är INTE beredd att avsluta den innan eventuell behandling

26. Hur stor är din datorvana?

*Svarsalternativ:* Stor (använder datorn varje dag & använder minst 10 olika program i min vardag); Ganska stor (använder datorn varje vecka & kan använda e-post- & ordbehandlingsprogram); Ganska liten (använder datorn varje månad men hinner bli osäker på hur programmen fungerar); Liten (använder datorn så sällan att jag har svårt att veta hur man använder musen och öppnar en fil)

27- 162. Självskattningsformulär inklusive instruktioner för dessa.

163. Det var sista ordinarie frågan, är det något du vill lägga till som inte tagits upp ordentligt?

## ***B. Intervjufrågor förmätning exklusive SCID-I***

### ***Gemensam intervju med paret***

1. Vad är det som gör att ni söker behandling?
2. Hur har problemet utvecklats, kan ni identifiera någon utlösande händelse? Om inget svar ges: Beskriv kortfattat senaste gången ni hade en konflikt eller en konkret situation som illustrerar det eller de problem ni söker för.
3. Vad gör ni när det fungerar bra mellan er (konkret)?
4. Hur skulle ni vilja att er relation skulle vara?
5. Hur många timmar i veckan är ni beredda att lägga på att genomgå behandlingen?
6. Hur mycket tid kommer ni att kunna avsätta för att arbeta med gemensamma uppgifter?
7. Är det något ni vill tillägga innan vi går över till de individuella intervjuerna?

### ***Individuell intervju med respektive partner***

1. Har du några funderingar eller kommentarer efter vårt samtal?
2. Godkänner du att den information du lämnat i formulären och som du lämnar nu används i feedback som riktas till er som par, oavsett om ni kommer med i behandlingen eller inte?
3. På vilket sätt påverkar de problem ni har i er relation ditt liv i stort?
4. Känner du dig hotad av din partner, och/eller har det förekommit fysiskt våld i er relation?  
Om ja, beskriv hur ofta, när det senast inträffade och vad som hände? Vilken är den allvarligaste incidenten och när var detta?
5. Hur tycker du att er sexuella relation fungerar?  
Om det finns problem idag: Har du haft sex med andra personer än din nuvarande partner och hur fungerade det?
6. Har du någon annan pågående intim relation, som du eller din partner skulle definiera som otrohet?  
Om ja, är du beredd att avsluta den innan behandlingen påbörjas?
7. SCID-frågor för depression.
8. Har du någon sjukdom eller psykisk problematik som skulle kunna försvåra deltagande i behandlingen?
9. Beskriv kortfattat ditt sociala nätverk (familjerelationer, vänner, kollegor etc.).
10. Hur påverkas eventuella barn/familjer av era relationsproblem?
11. På en skala från 1 till 10, hur villig är du att lägga ned tid och kraft på att genomgå behandlingen i tio veckor? (1 = låg motivation).
12. Vilka förväntningar har du på behandlingen?

### ***C. Sammanfattning av behandlingsmodulerna***

#### ***Modul 1: Introduktion (29 sidor)***

KBT för par via Internet introducerades liksom ramarna för behandlingen. En genomgång av vad par brukar söka behandling för illustrerades med fiktiva par. Rational för behandlingen gavs och begreppen acceptans, tema och polariseringsprocess från IBCT beskrevs. Paren fick i uppgift att göra individuella beskrivningar av sina problem och styrkor som par, samt vad de ville uppnå under behandlingen. De fick även beskriva en typisk konfliktsituation enligt en mall. Övningarna syftade till att förbereda deltagarna på den gemensamma formulering de skulle göra i Modul 3 och att ge terapeuten mer information kring parens problematik.

#### ***Modul 2: Konfliktkunskap (23 sidor)***

Genomgång av: risksituationer för konflikter, fysiologiska förklaringar på konflikter, trötthet som sårbarhetsfaktor för konflikter, risker med att skylla ifrån sig och gå i försvar. Olikheter och ömma punkter som källa till konflikter. Begreppen illustrerades via filmklipp med Ben och Andrea, som spelades av skådespelare. Även denna veckas övningar var individuella och deltagarna fick återgå till de konflikter de beskrivit och reflektera kring sin och partners beteende utifrån olika perspektiv. Deltagarna fick även nämna olikheter mellan sig och sin partner, ömma punkter hos var och en av dem och i vilka situationer de upplevde att dessa bidrog till konflikter mellan dem.

#### ***Modul 3: Problemformulering och mål med behandlingen (24 sidor)***

Funktionell analys introducerades med hjälp av ABC-modellen och illustrerades med filmklipp på det fiktiva paret Ben och Andrea. De centrala begreppen tema och polariseringsprocess i IBCT gick igenom mer ingående och distinktionen mellan mål och värderingar beskrevs. Genomgång av inlärningshistoria, repetition av acceptans och rent och smutsigt obehag. Som uppgift fick varje par göra en gemensam formulering av deras tema, polariseringsprocess, målsättningar och förhoppningar med behandlingen.

#### ***Modul 4: Kommunikation (21 sidor)***

Översikt av olika verktyg för konstruktiv kommunikation: uppriktighet, dämpande uttalanden, att uttrycka känslor, jag-uttalanden. Aktivt lyssnande: sammanfattningar, reflektioner, fördjupande frågor, validering, medhåll, kroppsspråk. Vanliga fallgropar beskrevs: anklagelser och negativt laddade ord, generaliserande beskrivningar av partnern som person, dra upp gamla oförrätter, hot, ”alltid” och ”aldrig”. Teknikerna och fallgroparna illustrerades via exempel i text och genom filmklipp med Ben och Andrea. Fördjupning av acceptans, att låta obehag finnas. Deltagarna fick skriva meddelanden till sin partner och kommentera dessa efter olika mallar i syfte att försöka närma sig varandra och komma närmare en empatisk förening.

#### ***Modul 5: Fördjupning i kommunikation (24 sidor)***

Fallgropar i samtal illustrerades via filmklipp med Ben och Andrea. Osäkerhet och meningsskiljaktigheter som sårbarhetsfaktorer för konflikter. Verktyget time-out vid konflikter beskrevs. En frivillig övning i medveten närvaro, här kallad uppmärksamhetsträning, eller villighet inför obehag. Mer om ABC-modellen och brist på positiv förstärkning. Paren fick i uppgift att använda tekniker för aktivt lyssnande i ett samtal om ett valfritt ämne, syftet med övningen var att uppnå empatisk förening. Deltagarna fick även skriva varsin lista på saker de ville ge/göra för varandra i första delen av tre i beteendebutesövningen från BCT/IBCT.



### ***Modul 6: Att närma sig varandra (26 sidor)***

Sammanfattning av acceptans och medveten närvaro som utmynnade i en frivillig övning i uppmärksamhetsträning eller medveten närvaro för par. Temat var sex, och innehöll sexuella faser, sexuell problematik, exempel erektil dysfunktion och bristande sexlust som leder till svårigheter att genomföra samlag. Svårigheter med att närma sig varandra sexuellt, genomgång av en negativ spiral. Paren fick i uppgift att ge/göra saker för varandra utifrån sina listor och uppmuntrades att ge varandra positiv feedback. Frivillig sensationsfokuserad övning (se Bach, Wincze & Barlow, 2001), i behandlingen benämnd som beröringsövning, introducerades och paren som valde att göra övningen/övningarna uppmanades att göra en överenskommelse att inte ha samlag under tiden för övningarna.

### ***Modul 7: Tolerans (23 sidor)***

Tolerans som ett förhållningssätt att ta till då vi inte kan acceptera det vår partner gör. Toleransstrategier i form av att ta hand om sig själv ("self-care" i IBCT), att fokusera på positiva aspekter av ett beteende vi inte kan acceptera, samt att "luras/retas" ("faking bad" i IBCT). En genomgång av en inlärningsteoretisk konceptualisering av svartsjuka och förslag på frivillig exponering. Paren fick i uppgift att ge varandra återkoppling på de saker de listat i Modul 5 som de ville göra för varandra. Därefter fick de uppdatera sina listor. Deltagarna fick även skriva ned saker de ville göra på kort och lång sikt för sig själva för att må bra ("self-care"). Andra delen av den frivilliga beröringsövningen presenterades, paren uppmanades samtidigt att fortsätta i sin egen takt och efter sin överenskommelse.

### ***Modul 8: Problemlösning (24 sidor)***

En modell för problemlösning presenterades. Övningen "faking bad" från IBCT och sista beröringsövningen gick igenom. Paren fick i uppgift att testa problemlösningssmodellen under veckan enligt följande mall: 1. Välj av tid och plats; 2. Gör en agenda; 3. Enas om ett problem; 4. Brainstorma; 5. Välj ett eller flera lösningsförslag; 6. Bestäm när ni ska börja testa och utvärdera lösningen/lösningarna; 7. Utvärdera resultatet, hur fungerade lösningen för er båda; 8. Detta tar vi med oss som positiva/negativa erfarenheter av övningen. Tredje beröringsövningen och toleransövningen "luras/retas" var frivilliga.

### ***Modul 9: Vidmakthållandeprogram (29 sidor)***

En sammanfattning av behandlingen. Varför slutar vi med ett beteende och hur kan vi se till att fortsätta med det som fungerar för oss? Paren fick gemensamt skriva ned hur de arbetat i behandlingen och vad de vill fortsätta att arbeta med i form av ett vidmakthållandeprogram.

### ***Modul 10: Behandlingsavslut (11 sidor)***

Kort sammanfattning av några centrala begrepp och paren fick välja en övning att göra från tidigare moduler alternativt en övning i att ge och ta emot komplimanger. De fick även fylla i tre utvärderingsfrågor.

## ***D. Diskussionsfrågor för den aktiva kontrollgruppen***

### ***1: En allmän***

Det är mycket vanligt att uppleva problem i sin relation men problemen i sig yttrar sig olika för olika par. För många par fungerar det bättre i vissa situationer än i andra. Kanske är det lättare eller svårare på semestern? Lättare eller svårare i vardagen eller tillsammans med vänner/kollegor i offentliga sammanhang? Hur ser det ut för er? Kan du känna igen dig i andras beskrivningar av hur deras problem ser ut?

### ***2: Ekonomi***

De flesta är överrens om att det är viktigt att ha koll på ekonomin, samtidigt som den har olika stor betydelse för olika par. Vad spelar pengar för roll för er? Hur går era tankar kring detta? Har du och din partner samma uppfattning och har ni liknande idéer om vad som ska prioriteras? Hur tar sig er inställning/era inställningar till ekonomi uttryck i vardagen?

### ***3: Arbetsfördelning hemma***

För många par är diskussioner kring vem som gör vad av hushållssysslorna en källa till konflikt. Inte sällan kopplas dessa funderingar samman med funderingar kring könsroller. Vem gör vad hos er? Är fördelningen sån att en av er gör typiskt ”manliga” sysslor, som att tvätta bilen, medan en gör traditionellt ”kvinnliga” uppgifter som att laga mat? Är uppdelningen ett medvetet val eller har det bara blivit så?

### ***4: Medias bild av parrelationer***

I media förekommer ofta beskrivningar av parrelationer. Det kan bland annat vara beskrivningar av kändisars privatliv, självhjälpsböcker, relationsspalter i veckotidningar och att parproblematik tas upp i Dr Phil's Tv-program. Vad tycker ni att media ger för bild av parrelationer? Påverkar medias bild er uppfattning om hur en parrelation bör vara? Om ja, i så fall, hur? Vilka likheter och/eller skillnader kan ni se mellan er relation och de ideal som målas upp i media? Vilka ”quick-fix recept” på att hantera problem i en parrelation har ni stött på?

### ***5: Egen tid - tid tillsammans***

Många par tvistar om hur mycket tid de ska spendera tillsammans och hur mycket tid de ska spendera på egna intressen/vänner. Det kan vara så att en i paret har ett brinnande intresse för sport medan den andra inte har det, eller att en har varit singel en längre tid och är van vid att spendera mycket tid tillsammans med vänner medan den andra vill vara mer tillsammans. Har ni samma inställning till detta? Hur märks eventuella skillnader och likheter mellan er i detta avseende i vardagen?

### ***6: Barn***

De par som har barn upplever ofta svårigheter med att förena föräldraskapet med att vara partner. Hur påverkades er relation av att ni fick barn? Har ni samma syn på barnuppfostran? Om ni inte har barn; är ni eniga om huruvida ni ska skaffa barn eller inte? Om ni funderar på er egen uppfostran, är ni uppfostrade på olika eller lika sätt och har det i så fall påverkat er parrelation?

### ***7: Relationer till svärföräldrar***

När man väljer att leva tillsammans med någon väljer man inte bara en partner utan med personen följer ofta också kontakt med dennes familj. För en del fungerar kontakten smidigt, för andra är det lite svårare. Om era svärföräldrar är i livet, vad har ni för relation till dem?

Påverkar din relation till svärföräldrarna, alternativt val att inte ha kontakt med dem, din relation med din partner?

**8: Par kopplat till individuell problematik**

Då vår partner ofta är en viktig del av våra liv är det lätt att problem i relationen till vår partner påverkar vårt allmänna mående. Hur påverkar relationsproblemen dig i stort? Vilken roll spelar parproblemen i era liv? Vad för de med sig? Och åt andra hållet; hur påverkar exempelvis problem på jobbet er relation?

**9: Sex**

Sex är en del av en intim relation som lätt påverkas negativt om relationen är konfliktfylld. Men sexuella problem kan också ha andra orsaker. Hur fungerar ert samliv idag? Skiljer sig era önskningar och behov åt? Om ni upplevt svårigheter i ert samliv, hur har ni tacklat dessa? Har ni använt hjälpmedel? Tycker ni att det är svårt att ta upp och diskutera sex?

**10: Drömmar**

Kanske är det så att ni har gemensamma drömmar om framtiden, både sådana som kan kosta pengar men även enklare, i vardagen. Om ni skulle göra en resa ihop till valfri destination vart skulle ni då resa? Om ni fick en miljon kronor vad skulle ni göra med de pengarna? Om ni skulle spendera en ledig dag hemma med er partner och inte vara tvungna att göra "måsten", vad skulle ni då göra?

### *E. Eftermättningsfrågor exklusive självskattningsformulär*

(Frågor utan svarsalternativ hade fritext.)

1. Nu ska du få fylla i ett antal frågor. Du kanske känner igen dem från när ni anmälde er till studien. Dessutom har vi några frågor kring vad du tyckte om behandlingen. Frågorna är personliga så svara utifrån dina egna upplevelser. Dina svar ligger till grund för studiens resultat och kommer att bearbetas av forskningsgruppen i PIA-projektet. Däremot kommer ingen utomstående att kunna ta del av hur just du har svarat.

2. Bor du fortfarande tillsammans med den person som du anmälde dig till behandlingen med?

*Svarsalternativ:* Ja; Nej

3. Är du och den person som du anmälde dig till behandlingen med fortfarande ett par?

*Svarsalternativ:* Ja; Nej (innebar att personen inte fyllde i DAS)

4-129. Självskattningsformulär inklusive instruktioner.

130. Hur fick du (eller din partner) information om PIA-projektet?

131. Hur beskrivs din sysselsättning bäst idag?

*Svarsalternativ:* Arbetar heltid (100%); Arbetar deltid (*t.ex.* 25, 75%); Arbetslös; Sjukskriven; Student; Pensionär; Föräldraledig; Annat/kommentar...

132. Om sjukskriven: Hur många procent är du sjukskriven på? (*T.ex.* 20%, 50% *etc.*)

133. Har det hänt något särskilt i ditt/din partners liv sedan ni anmälde er till PIA-projektet som du tror har påverkat din/er insats? (*Om nej: skriv nej. Om ja: berätta vad och hur du tror att det har påverkat.*)

134. Har du/ni SÖKT psykologisk hjälp el. motsvarande på annat håll sedan ni anmälde er till PIA-projektet? (*Om nej: skriv nej. Om ja: vilken form av behandling har du/ni påbörjat och för vad?*)

135. Har du/ni båda PÅBÖRJAT någon annan psykologisk behandling el. motsvarande sedan ni anmälde er till PIA-projektet? (*Om nej: skriv nej. Om ja: vilken form av behandling har du/ni påbörjat och för vad?*)

136. Tog du någon medicin för psykiska besvär, t.ex. nedstämdhet/depression eller oro/ångest, när ni anmälde er?

*Svarsalternativ:* Ja; Nej

137. (*Om ja på fråga 136*) Vilken medicin/vilka mediciner tog du och för vad du tog den/dem?

138. (*Om ja på fråga 136*) Har du ändrat dos sedan du anmälde dig till PIA-behandlingen?

*Svarsalternativ:* Nej, jag har samma dos; Ja, jag har fått ökad dos; Ja, jag har fått minskad dos

139. Har du börjat använda någon medicin för psykiska besvär sedan ni anmälde er? (*Om nej:*

*skriv nej. Om ja: berätta vilken/vilka och för vad du tar den/dem.)*

140. Har det förekommit fysiskt våld mellan dig och din partner sedan ni anmälde er? Med fysiskt våld menar vi till exempel: Slå, sparka, knuffa, bita, ta stryptag, brotta ned eller att hålla fast någon i syfte att skrämja eller skada den andra personen. (*Om nej: skriv nej. Om ja: skriv ja och beskriv vad som hänt, hur många gånger det hänt och när det hände. Vad var det allvarligaste du utsattes för och/eller utsatte din partner för?*)

141. Vilken grupp lottades du till?

*Svarsalternativ:* Diskussionsforumsgruppen; Behandlingsgruppen

### ***Behandlingsgrupp***

142. Behandlingen ni genomgått var i självhjälpsform med begränsat terapeutstöd. Är du nöjd med DIN egen insats under behandlingen? (*Motivera ditt svar.*)

143. Ungefär hur mycket tid har du i genomsnitt lagt ned på programmet per modul, d.v.s. att läsa texterna och göra övningarna? (*Ange svaret i timmar t.ex. 5,5 tim*)

144. Har du/ni arbetat med någon eller flera av de frivilliga övningarna i uppmärksamhetsträning som föreslagits i modulerna? (Att föreställa sig bryggan, att uppmärksamma din partner, att se varandra i ögonen etc.)

*Svarsalternativ:* Ja, vid något tillfälle; Ja, vid flera tillfällen; Nej, det har inte funnits tid till det; Nej, jag/vi har valt att inte göra det.

145. Har ni arbetat med de frivilliga beröringsövningarna?

*Svarsalternativ:* Ja, vid något tillfälle; Ja, vid flera tillfällen; Nej, det har inte funnits tid till det; Nej, vi har valt att inte göra det.

146. Vilken var den modul som du upplevde gav dig/er mest?

*Svarsalternativ (inklusive beskrivning av respektive modul):* 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Ingen modul var mer givande än de andra.

147. (*Om valt en modul på fråga 146*) Motivera varför du tyckte att just den modulen var särskilt givande.

148. Finns det någon modul du hade kunnat vara utan?

*Svarsalternativ (inklusive namn på varje modul):* 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; Nej, alla moduler kändes viktiga.

149. (*Om valt en modul på fråga 148*). Motivera varför du inte tycker att den eller de modulerna gav dig/er så mycket.

150. Vilket moment (övning eller information) har gett dig/er mest tycker du?

151. Är det något du hade velat lära dig mer om eller öva mer på? (*Motivera!*)

152. Hur uppfattar du kvaliteten på modulerna överlag? (*Motivera!*)

153. Vad tyckte du om textens läsbarhet i modulerna?

*Svarsalternativ:* Den var lätt att förstå; Den var mestadels lätt att förstå; Den var mestadels svår att förstå; Den var svår att förstå.

154. Vad tyckte du om textens omfattning i modulerna?

*Svarsalternativ:* Den var alldeles för kort; Den var lite för kort; Den var lagom lång; Den var lite för lång; Den var alldeles för lång.

155. Vad tyckte du om övningarnas omfattning?

*Svarsalternativ:* Jag hade velat ha mycket mer omfattande övningar; Jag hade velat ha mer omfattande övningar; Jag är nöjd med övningarnas omfattning; Jag hade velat ha mindre omfattande övningar; Jag hade velat ha betydligt mindre omfattande övningar.

156. Hur har du läst modulerna?

*Svarsalternativ:* Pdf-filerna, utskrivna; Pdf-filerna, lästa på skärmen; Läst texten på gul bakgrund som kommer upp automatiskt på skärmen; Läst både utskrivet och på skärmen.

157. Hur nöjd är du med behandlingens tempo? (Programmets omfattning i relation till dess längd.)

*Svarsalternativ:* Tio veckor var alldeles för kort tid; Tio veckor var lite för kort tid; Tio veckor var lagom; Tio veckor var lite för lång tid; Tio veckor var alldeles för lång tid.

158. Ni har deltagit i en självhjälpsbehandling med begränsat terapeutstöd. Hur upplever du det stöd du/ni fick av er behandlare under behandlingen?

159. Har ert deltagande i behandlingen hjälpt er att hantera era problem på ett bättre sätt?

*Svarsalternativ:* Ja, det har hjälpt oss mycket; Ja, det har hjälpt oss något; Nej, det har inte hjälpt oss; Nej, det verkar snarare ha förvärrat situationen.

160. Har ni uppnått era behandlingsmål?

*Svarsalternativ:* Ja, helt och hållet; Ja, till större delen; Ja, delvis; Nej, men vi tror att vi kommer att uppnå dem; Nej, och vi tror inte att vi kommer att uppnå dem; Nej, vi har separerat.

161. Vad tror/upplever du är anledningen till detta? (Syftar på svaret i den föregående frågan om behandlingsmålen.)

162. Det jag är mest nöjd med i behandlingen är...

163. Det jag är särskilt missnöjd med är... (*Skriv gärna förslag på hur detta skulle kunna förbättras.*)

164. Skulle du rekommendera den här behandlingen till en god vän som hade relationsproblem? (*Om ja: skriv ja och motivera. Om nej: skriv nej och motivera.*)

165. Vi kommer att följa upp hur det går för er om ca 12 mån, hur tror du att det går för er då?

166. Hur nöjd är du totalt sett med behandlingen?

*Svarsalternativ:* Mycket nöjd; Nöjd; Ganska nöjd; Likgiltig; Ganska missnöjd; Missnöjd; Riktigt missnöjd.

### **Kontrollgrupp**

142. Har du och din partner registrerat er i diskussionsforumet?

*Svarsalternativ:* Ja; Nej

143. Har du läst frågor och inlägg i forumet?

*Svarsalternativ:* Ja, jag har läst många; Ja, jag har läst några; Nej

144. Har du skrivit inlägg i forumet?

*Svarsalternativ:* Ja; Nej

145. Vad tyckte du om att delta i diskussionsforumet?

146. Vilket tyckte du var det mest givande temat?

*Svarsalternativ:* 1. En allmän fråga; 2. Ekonomi; 3. Arbetsfördelning hemma; 4. Medias bild av parrelationer; 5. Egen tid - tid tillsammans; 6. Barn; 7. Relationer till svärföräldrar; 8. Individuell problematik; 9. Sex; 10. Drömmar; 11. Inget tema var mer givande än de andra.

147. Var det något eller några teman du hade kunnat vara utan?

148. Ungefär hur mycket tid har du totalt lagt ned på forumet per vecka? (*Ange tid i minuter t.ex. 10 min*).

149. Hur nöjd är du totalt sett med diskussionsforumet?

*Svarsalternativ:* Mycket nöjd; Nöjd; Ganska nöjd; Likgiltig; Ganska missnöjd; Missnöjd; Riktigt missnöjd.

150. Det jag är mest nöjd med i diskussionsforumet är...

151. Det jag är särskilt missnöjd med är... (*Skriv gärna förslag på hur detta skulle kunnat förbättras.*)

152. Har deltagande i diskussionsforumet hjälpt er att hantera era problem på ett bättre sätt?

*Svarsalternativ:* Ja, det har hjälpt oss mycket, Ja, det har hjälpt oss något, Nej, det har inte hjälpt oss, Nej, det verkar snarare ha förvärrat situationen.

153. Har du några övriga kommentarer på diskussionsforumet?

154. Hur har du upplevt att vänta på behandlingen?

155. Det var sista ordinarie frågan, är det något du vill lägga till som inte tagits upp ordentligt?

## ***F. Intervjufrågor eftermätning***

### ***Introduktion***

Hej mitt namn är ... och jag ringer från PIA-projektet. Jag kommer att ställa några frågor till dig och jag vill be dig att inte berätta om du deltagit i behandlingen eller diskussionsforumet. Har du några frågor kring behandlingen så får du vända dig e-postadressen som finns på studiens hemsida.

1. Hur skulle du beskriva relationen mellan er när ni sökte till projektet?
2. Hur skulle du beskriva relationen mellan er idag?
3. Upplever du någon skillnad sedan ni anmälde till projektet och i så fall vad?

### ***Operationalisering av förbättring***

- Ökade positiva upplevelser (observerbara/mätbara beteenden).
- Minskade problem i form av gräl, undvikanden, kontrollbeteenden o dylikt. Minskning avser duration, frekvens och intensitet.
- Ökad acceptans för sitt eget och partners beteende enligt definitionen av acceptans i IBCT.
- Ökad tillfredsställelse med relationen (enligt personens subjektiva uppfattning av vad som utmärker tillfredsställelse).

(En CGI-skattning gjordes av intervjuaren efter varje intervju utifrån individens upplevelse av förbättring eller försämring.)