



**UPPSALA
UNIVERSITET**

UPPSALA UNIVERSITET
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats, 30 hp
Ht 2008

Hur fungerar Internetterapi?

Betydelsen av allians och psykoedukation i en Internetbaserad
kognitiv-beteendeterapeutisk behandling för social fobi.

Christina Bertholds & Lisa Lundborg

Handledare:
Tomas Furmark

Biträdande handledare:
Gerhard Andersson &
Per Carlbring

Examinator:
Gunilla Bohlin

Opponent:
Cecilia Nägele

Sammanfattning

Föreliggande studie är en del av SOFIE-projektet (Social Fobi behandling via Internet i kombination med Exponering). Syftet var att inom ramen för en Internetbaserad självhjälpsbehandling med terapeutstöd, undersöka huruvida allians (mätt med formuläret *Working Alliance Inventory, WAI*) har betydelse för behandlingsutfallet. Vidare syftade studien till att undersöka huruvida de psykoedukativa inslagen i behandlingen faktiskt leder till en högre kunskapsnivå samt om det finns ett samband mellan deltagarnas kunskapsnivå, mätt med ett egenkonstruerat kunskapstest, och behandlingsutfallet. Behandlingen riktade sig till personer med social fobi och deltagarna randomiserades till en behandlingsgrupp (n=101) och en kontrollgrupp (n=102). De goda behandlingseffekter som tidigare setts i SOFIE-projektet replikerades i studien. Inga signifikanta samband mellan allians och behandlingsutfall framkom emellertid. Resultaten visade på statistiskt säkerställda skillnader i kunskapsnivå mellan behandlings- och kontrollgrupp där behandlingsgruppen tillgodogjorde sig mer kunskap om social fobi och behandling. Korrelationerna mellan kunskapsnivå och behandlingsutfall var icke-signifikanta med undantag för tre av 14 utvärderade korrelationer där måttliga samband sågs. Psykoedukation verkade således inte heller ha en markant betydelse för behandlingsutfallet. Fynden i studien antyder att allians inte är ett avgörande inslag vid Internetbaserad terapi för social fobi samt öppnar för en diskussion om hur allians bör utforskas vidare. Vikten av de psykoedukativa momentet inom Internetbaserad kognitiv beteendeterapi kan också ifrågasättas och förklaringar till frånvaron av samband diskuteras i uppsatsen.

Nyckelord: Allians, psykoedukation, Internetbehandling, kognitiv beteendeterapi, social fobi.

Tack till...

... vår handledare Tomas Furmark för engagemang, kloka kommentarer och för att du alltid tar dig tid.

... våra biträdande handledare Gerhard Andersson och Per Carlbring för värdefull återkoppling. Extra tack till Gerhard för alliansinspiration och Per för suverän teknisk support.

... övriga uppsatsskrivare inom SOFIE-projektet (Sara Hammer, Kerstin Larm, Lina Sagerlöv Gunnarsson och Ika Wahlgren) för ett gott samarbete.

... övriga e-postterapeuter inom SOFIE-projektet (Jonas Almlöv, Jonas Bjarred, Mats Dahlin, Emma Linna, Fredrik Malmaeus, Linda Maurin och Lotta Törnblom) för er värdefulla insats.

... alla deltagare i SOFIE-projektet.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Tack till...	2
Innehållsförteckning	3
Introduktion	5
Vad är verksamt i psykoterapi?	5
<i>Specifika och gemensamma faktorer</i>	5
<i>Lamberts modell</i>	6
<i>Varför är det viktigt att studera de verksamma faktorerna?</i>	6
Alliansbegreppet och dess forskningsstöd	6
<i>Bordins teori om allians</i>	7
<i>Alliansens betydelse för behandlingsutfall</i>	7
<i>Skall alliansen ha äran?</i>	8
<i>Working alliance inventory (WAI)</i>	8
Internetbehandling	8
<i>Spelar alliansen någon roll vid Internetbehandling?</i>	9
<i>Att utveckla relationer över Internet</i>	10
<i>Forskningsstöd för allians på Internet</i>	10
<i>Vilken betydelse har Internet för personer med social ångest?</i>	11
Psykoedukation - ett utforskat område inom KBT	11
<i>Psykoedukation och behandlingsutfall</i>	11
<i>Biblioterapi</i>	12
<i>Att mäta psykoedukation</i>	12
Föreliggande uppsatsstudie: KBT-behandling för social fobi på Internet	13
<i>Kognitiv beteendeterapi</i>	13
<i>SOFIE-projektet</i>	13
Syfte	13
<i>Frågeställningar</i>	14
Metod	15
Deltagare	15
<i>Rekrytering</i>	15
<i>Urval</i>	15
<i>Bortfall</i>	16
<i>Deskriptiva data</i>	17
Material	17
<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i>	17
<i>Working Alliance Inventory</i>	17
<i>Kunskapstest</i>	18
<i>Primära utfallsmått</i>	19
<i>Liebowitz Social Anxiety Scale, self-report</i>	19
<i>Social Phobia Screening Questionnaire</i>	20
<i>Social Phobia Scale och Social Interaction Anxiety Scale</i>	20
<i>Sekundära utfallsmått</i>	20
<i>Beck Anxiety Inventory</i>	20
<i>Montgomery Åsberg Depression Rating Scale - Self report</i>	20
<i>Quality of Life Inventory</i>	21
<i>Självhjälpsmaterial</i>	21
<i>Behandlingsupplägg</i>	21

<i>Diskussionsforum</i>	22
Procedur	22
<i>Anmälan, förmätning och diagnostisering</i>	22
<i>Randomisering</i>	22
<i>Veckomätningar</i>	23
<i>Behandling</i>	23
<i>WAI och kunskapstestet</i>	23
<i>Eftermätningar</i>	23
<i>Statistisk analys</i>	23
Resultat	25
Behandlingsutfall	25
Allians	26
<i>Reliabilitetsanalys av WAI</i>	26
<i>Skattning av alliansen</i>	26
<i>Samband mellan allians och behandlingsutfall</i>	26
Psykoedukation	27
<i>Resultatet av kunskapstestet</i>	27
<i>Samband mellan psykoedukation och behandlingsutfall</i>	27
Diskussion	29
Allians	29
<i>Allians och behandlingsutfall</i>	29
<i>Resultatet av WAI</i>	29
<i>Task, goal och bond</i>	29
<i>Höga alliansskattningar</i>	30
<i>Behövs terapeuten?</i>	30
<i>Förväntningar på relationen</i>	30
<i>Byråldseffekten</i>	31
<i>Svårigheter med designen</i>	31
<i>Att mäta allians med WAI</i>	31
<i>Alliansforskning i framtiden</i>	32
Psykoedukation	33
<i>Ledde Internetbehandlingen till ökade kunskaper?</i>	33
<i>Psykoedukation och behandlingsutfall</i>	34
<i>Framtida forskning om psykoedukation</i>	35
Social fobi och Internetbehandling	35
<i>Extern validitet</i>	36
Slutsats	36
Referenser	37
Bilagor	45
Bilaga A. WAI Internet – under behandling	45
Bilaga B. Slutgiltigt kunskapstest	46
Bilaga C. Kommentarer på WAI	49

Introduktion

Under de senaste femtio åren har forskare studerat huruvida psykoterapi har effekt eller inte. Svaret man kommit fram till är *ja*, det är effektivt. Forskningen visar att de som går i psykoterapi blir förbättrade jämfört med en kontrollgrupp, förbättringen har visat sig vara både statistisk och kliniskt signifikant (Lambert & Ogles, 2004). Det råder dock delade meningar om vad det är som gör psykoterapi effektivt. Denna fråga har än idag inte fått något tillfredsställande svar och därför är det viktigt att fortsätta studera de faktorer som leder till förbättring i en psykoterapeutisk behandling (Hanson, Curry & Bandalos, 2002).

Det finns en mängd olika komponenter som anses vara viktiga för ett positivt behandlingsutfall inom kognitiv beteendeterapi (KBT). Exempel på sådana är allians, psykoedukation, exponering, återfallsprevention och beteendexperiment (Andersson & Mörtberg, 2008). Huvudsyftet med föreliggande examensuppsats är att undersöka vilken betydelse allians och psykoedukation har för behandlingsutfallet i en Internetbehandling för social fobi.

Social fobi är ett av de vanligaste förekommande psykologiska problemen i Sverige och grundar sig i en stark och överdriven rädsla att bli granskad och bortgjord. En person med social fobi undviker en eller flera sociala situationer alternativt uthärdar dem under stark ångest (Kåver, 1999). Både farmakologisk och psykologisk behandling för social fobi förekommer varav KBT är den terapimetod som har visat sig ha bäst effekt (Furmark, Holmström, Sparthan, Carlbring & Andersson, 2006).

Vad är verksamt i psykoterapi?

Specifika och gemensamma faktorer

Debatten om vad som egentligen gör att psykologisk behandling fungerar handlar till stor del om huruvida behandlingsresultatet beror på specifika faktorer eller icke-specifika behandlingsfaktorer. Det senare, som även kallas för gemensamma faktorer, kan definieras som faktorer som oavsett psykoterapeutisk inriktning påverkar behandlingsutfallet (Kazdin, 1979). Exempel på gemensamma faktorer som undersökts är allians (Martin, Garske & Davis, 2000), klientens förväntningar inför behandlingen och engagemang (Gomes-Schwartz, 1978), terapeutens erfarenhet (Beutler et al., 2004) samt regelbundenhet i behandlingssessionerna (Kazdin, 1979). Enligt Lambert och Ogles (2004) finns det knappt något stöd för att vissa terapiformer ger bättre resultat än andra och en förklaring kan vara att utfallet beror på de gemensamma faktorerna. DeRubeis, Brotman och Gibbons (2004) menar istället att det finns stöd för att vissa terapiformer är bättre än andra då man analyserar data utifrån diagnoser. Vidare understryker dessa forskare att ett nollresultat i jämförelse mellan olika inriktningar inte leder till slutsatsen att utfallet beror på gemensamma faktorer och framhåller istället betydelsen av specifika tekniker (DeRubeis et al., 2004).

Ett problem med gemensamma faktorer är att man inte är överens om vilka de är samt att vissa faktorer som anses teoretiskt ointressanta inom en inriktning kan betraktas som avgörande i en annan (Kazdin, 1979). Inom den psykodynamiska terapin anses ofta den terapeutiska relationen vara mycket viktig medan man inom KBT fokuserar

mer på att konfrontera problem. Båda kan dock vara empiriskt intressanta oavsett terapiform (Lambert & Ogles, 2004).

Dodo-bird-effekten är ett uttryck som ofta används då man utvärderar effekten av olika psykoterapiinriktningar och betyder att ingen är bättre än någon annan. Uttrycket härstammar ursprungligen från sagan Alice i underlandet där Lewis Carroll karaktär "Dodo-bird" utbrister "everyone has won and all must have prizes". Dodo-bird effekten förespråkas således av dem som framhåller de gemensamma faktorernas betydelse inom psykoterapeutisk behandling (Luborsky et al., 2002).

Lamberts modell

Forskare har ofta refererat till Lambert modell för att förklara terapieffekter. Lambert och Barley (2001) menade att de verksamma faktorerna inom psykoterapi kunde delas in i fyra kategorier: Gemensamma faktorer, specifika teknikfaktorer, klientens förväntningar och externa faktorer. Med externa faktorer avsågs faktorer utanför terapirummet som till exempel socialt stöd och spontant tillfrisknande. Forskarna tog del av över 100 studier och uppskattade sedan de olika faktorernas bidrag till behandlingsutfallet. De menade att 40 % av variansen kunde förklaras av externa faktorer, 30 % av gemensamma faktorer och 15 % av terapispecifika tekniker respektive klientens förväntningar. Andersson (2005) framhåller att då summan de fyra faktorernas bidrag till variansen är 100 % förleds vi att tro att psykoterapieffekter kan förklaras helt och fullt. De fyra faktorerna framstår även som oberoende av varandra vilket inte överensstämmer med forskning som visar på en betydande överlappning dem emellan.

Varför är det viktigt att studera de verksamma faktorerna?

Mycket av terapiforskningen idag studerar skillnader mellan olika terapiformer, detta leder till kunskaper om huruvida en viss terapiform har effekt eller inte, men säger inte något om *vilka* mekanismer som bidrar till förändringen eller *hur* terapin har effekt. Forskningen kring skillnaden mellan olika terapiformer har vållat stor diskussion och många forskare menar att det i debatten bör läggas mer fokus vid vilka enskilda faktorer det är som påverkar behandlingsresultatet. Man ser även att denna kunskap skulle vara till större nytta för den enskilda terapeuten i arbetet med att finslipa den egna praktiken. Med alla nya terapiformer som idag växer fram delas också allt fler tekniker och tankar med varandra. Detta gör det praktiskt relevant och teoretiskt intressant att faktiskt förstå vilka faktorer (både specifika och icke-specifika) som gör att människor förändras (Holmqvist & Philips, 2008). Scogin, Jamison, Floyd och Chaplin (1998) understryker att det är svårt att isolera de aktiva komponenterna i terapier men samtidigt mycket viktigt för framtida forskning.

Andersson och Mörtberg (2008) menar att när man talar om verksamma komponenter i KBT är det i princip omöjligt att uttala sig i övergripande termer om vilka dessa är. Orsaken till detta är att det inte går att hänvisa till KBT som *en metod* då det inom KBT finns en mängd olika tekniker, terapeutiska förhållningssätt och format. Författarna menar att forskning inom ett område, till exempel verksamma faktorer i KBT för depression, inte därför behöver gälla för andra områden inom KBT.

Alliansbegreppet och dess forskningsstöd

En variabel som fått mycket uppmärksamhet i forskningen om de aktiva

ingredienserna i psykoterapi är arbetsalliansen (Gaston, 1990). Den relation som uppstår mellan terapeut och klient har diskuterats så länge psykoterapi har existerat och att alliansen har betydelse för den terapeutiska behandlingen är något som är allmänt vedertaget. Dock har en gemensam definition av vad alliansen egentligen består av, och hur alliansen påverkar behandlingsutfallet ständigt debatterats, än idag råder inte någon konsensus. En av frågorna som debatterats är huruvida det är alliansen i sig som påverkar behandlingsutfallet eller om alliansen snarare skall ses som något som gör det möjligt att genomföra de olika interventionerna (Horvath, 2006). Tidigare psykoanalytiska forskare såg alliansen som något som underlättare förändring, men inte som något läkande i sig (Zetsel, 1956, i Horvath, 2006).

Runt 1950-talet presenteras nya perspektiv i vilka man såg alliansen som en direkt bidragande orsak till förbättring (Horvath, 2006). En av förespråkarna för detta var Rogers (1957) som också betonade vikten av behandlarens egenskaper, att denna måste kunna kommunicera genuin empati och förståelse för klienten.

Flera olika begrepp och definitioner har använts för att beskriva alliansen, de flesta har sitt ursprung i psykoanalytisk teori (Bordin, 1979). Exempel på beteckningar som använts inom forskarvärden är: terapeutisk allians, arbetsallians, ”therapeutic bond” och ”helping alliance”. Trots spretigheten kan man i flertalet av definitionerna se följande gemensamma grundtankar 1) ett kollaborativt fenomen i relationen 2) ett affektivt band mellan klient och terapeut och 3) klients och terapeuts förmåga att komma överens om behandlingsmål och uppgifter (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000).

Bordins teori om allians

Bordin (1979) är en av de forskare som utvecklat en integrerad bild av alliansbegreppet. Han betonade tre viktiga aspekter som alla måste ingå för att uppnå en fungerande allians, dessa fick namnen *goal*, *task*, och *bond*. *Goal* handlar om att klient och terapeut skall vara överens om målen för behandlingen. Bordin beskriver att målen ser olika ut beroende på teoretiskt inriktning, men att de likväl finns där. *Task* innebär att klient och terapeut gemensamt utformar och kommer överens om vad som skall ingå i behandlingen. *Bond* belyser det känslomässiga bandet mellan klient och terapeut vad gäller ömsesidig tillit, acceptans och förtroende. Han strävade också mot att alliansbegreppet skulle kunna användas oavsett skolbildning och arbetade för att begreppet skulle bli teoretiskt obundet. Bordin (1979) betonade vikten av ett gott samarbete mellan klient och terapeut. Vidare såg han inte alliansen som terapeutisk i sig, utan snarare något som möjliggör genomförandet av de olika interventionerna (Horvath & Luborsky, 1993).

Alliansens betydelse för behandlingsutfall

Sambandet mellan allians och behandlingsutfall har undersökts i två metaanalyser (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). I den tidigare (Horvath & Symonds, 1991) som innehåller data från 24 studier fann man en signifikant korrelation ($r = .26$) mellan dessa två. Sambandet mellan allians och behandlingsutfall prediceras bäst med klienternas skattning, mindre bra med terapeuternas skattning och sämst med oberoende observatörens skattning av alliansen. I den senare metaanalysen (Martin et al., 2000), som innehåller data från 79 studier, framkommer också ett måttligt samband ($r = .22$). Sambandet förefaller vara oberoende av andra variabler som kan anses ha inverkan på relationen så som exempelvis tidig symtomlindring. Man fann inte någon skillnad mellan hur väl skattningar av terapeut, oberoende observatör eller

klient predicerade behandlingsutfallet, dock var klienternas skattningar mer stabila vid upprepade mätningar.

Ytterligare en aspekt av alliansen som har studerats är hur den förändras under terapins gång och vilka implikationer detta ger. Forskning har visat att fluktuationer i alliansen, om de hanteras rätt, har en positiv inverkan på behandlingsutfallet (Kivlighan & Shaughnessy, 2000; Stiles et al., 2004; Strauss et al. 2006). Holmqvist (2008) skriver att det är sannolikt att framtidens alliansforskning i större utsträckning kommer att fokusera på hur relationen mellan terapeut och klient kan användas i det terapeutiska arbetet, till exempel med att undersöka hur alliansen kan förstärkas och återbyggas.

Skall alliansen ha äran?

Fyndet i de två metaanalyserna tyder på att alliansskattningar kan predicera behandlingsutfall oavsett vilken den underliggande mekanismen är (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Enligt Lambert och Ogles (2004) ger detta även indicier om att en god allians inte bara reflekterar ett positivt utfall utan även är terapeutiskt i sig. Gaston (1990) menar dock att alternativa förklaringar till sambandet mellan allians och utfall inte kan uteslutas.

En fråga forskare ställt sig är om alliansen verkligen bidrar till ett positivt utfall eller om det istället är så att alliansen är en följd av en lyckad behandling. En patient som förbättras tidigt under behandlingen utvecklar troligtvis en god allians med terapeuten och får ett positivt behandlingsutfall. I vissa studier av sambandet mellan allians och utfall har man därför kontrollerat för tidig symtomlindring. Feeley, DeRubeis och Gelfand (1999) och Gaston, Marmer, Gallagher och Thompson (1991) fann att sambandet mellan allians och utfall då minskade. Andra senare studier visar på att sambandet kvarstår trots att man kontrollerat för effekten av tidig symtomlindring (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland, 2000; Strauss et al. 2006; Zuroff & Blatt, 2006; Baldwin, Wampold & Imel, 2007).

Working alliance inventory (WAI)

För att bedöma kvalitén i alliansen och studera dess relation till behandlingsutfall har flera olika mätinstrument utvecklats. Ett av de mest använda och populära är WAI (Martin et al., 2000; Hansson et al., 2002). WAI utvecklades av Horvath och Greenberg (1989) och strävar efter att mäta de tre komponenterna *task*, *goal* och *bond* efter Bordins teori om allians. Enligt Martin et al. (2000) är WAI ett föredra inom forskningen då det är utformat för att mäta allians oavsett teoretisk inriktning. En kortversion av WAI, WAI-S, har utvecklats av Tracey och Kokotovic (1989) och enligt Bussery & Tyler (2003) är de två versionerna utbytbara mot varandra.

Internetbehandling

Utvecklingen inom kommunikationsteknik leder till att nya terapeutiska möjligheter som utmanar vår syn på vad psykoterapi är. Enligt Mallen, Day och Green (2003) går det inte längre att diskutera huruvida "online-terapi" kommer vara ett behandlingsalternativ i framtiden, vi är redan där. Internetbaserade psykologiska interventioner, ibland kallat "Interapy" (Lange et al., 2003), kan delas in i fyra kategorier: 1) Självadministrerad terapi 2) Till största del självhjälp 3) Terapi med minimal terapeutkontakt 4) Till största del terapeutadministrerad terapi (Scogin,

2003). De flesta randomiserade kontrollerade studierna på Internetbaserade psykologiska interventioner har genomförts på terapier med minimal terapeutkontakt (Carlbring & Andersson, 2006).

Människor föredrar ofta psykoterapi framför att äta medicin men idag finns inte de resurser som krävs för att alla som är i behov ska få psykologisk behandling (Tylee, 2001). En undersökning av Graham, Franses, Kenwright och Marks (2000) visade att 27 % av deltagarna inte ville söka hjälp hos sin husläkare medan 91 % ville ha självhjälpsterapi via Internet. Detta talar för en ljus framtid för Internetbehandling mot psykiatriska besvär. Statistik visar att patienter i alla åldrar är mycket nöjda med psykoterapiprogram på Internet (Wright & Wright, 1997) och att antalet avhopp inte är högre än i traditionell terapi (Ghosh, Marks & Carr, 1988; Proudfoot et al., 2004). Den yngre generationen är särskilt bekväm med detta medium och detta skulle kunna vara ett sätt att nå ut med information och hjälp till unga män som idag sällan söker behandling inom psykiatri (Proudfoot, 2004). Andra fördelar med Internetbehandling är att man kan nå personer som bor i glesbygden, sparar resekostnader samt att behandlingen kan utföras på tider som passar för både klient och terapeut (Zabinski, Celio, Wilfley & Taylor, 2003).

En kostnadseffektiv inriktning som vuxit de senaste åren är så kallad stepped-care-behandling, vilket innebär att man erbjuder patienter en billigare och enklare behandling först för att sedan erbjuda de som inte blir hjälpta mer påkostade behandlingsinterventioner (Bower & Gilboudt, 2005). Här kan kostnadseffektiva Internetbehandlingsprogram komma att spela en viktig roll (Proudfoot, 2004).

De datorbaserade behandlingsprogram som finns idag bygger främst på KBT. Denna terapiform passar bra i detta format då den är strukturerad, bygger på en tydlig och öppen konceptualisering av klientens problematik och har klart definierade metoder (Proudfoot, 2004). Datorbaserat terapi har visat sig vara effektiv med effektstorlekar jämförbara med traditionell terapi (McCrone et al., 2004). I en litteratursökning genomförd av Carlbring och Andersson (2006) fann man stöd för Internetbaserad behandling av paniksyndrom, agorafobi, posttraumatiskt stressyndrom, depression och social fobi. Liknande resultat framkom i en sammanställning av Newman, Erickson, Przeworski och Dzus (2003). Spek et al. (2007) visade i en metaanalys av Internetbaserad KBT för ångestsyndrom och depression att behandlingarna hade en stor genomsnittlig effekt för ångest, och en liten genomsnittlig effekt för depression. Studier har även visat att denna behandlingsform är kostnadseffektiv (McCrone et al., 2004).

Stödet för Internetbehandling utgör en utmaning för de psykoterapiforskare som argumenterar för de gemensamma faktorernas betydelse (Lambert & Barley, 2001; Wampold, 2001), eftersom dessa inte är närvarande på samma sätt i Internetbehandling som i traditionell psykoterapi (Carlbring & Andersson, 2006).

Spelar alliansen någon roll vid Internetbehandling?

Fördelarna med en positiv allians är mer väldokumenterad vad gäller traditionell psykoterapi än inom Internetbaserad behandling. Internetterapi utmanar våra antaganden om vad som krävs för att etablera en kontakt genom att man inte befinner sig inom samma område rent fysiskt, inte pratar med varandra och inte interagerar i realtid (Skarderud, 2003). Knaevelsrud och Maercker (2006) ifrågasätter huruvida

det är fastställt att man verkligen kan utveckla en terapeutisk relation över Internet och anser att det behövs mer forskning. De flesta studier inom området har fokuserat på relationer och konversationer i mer vardagliga Internetkontakter och visar inkonsekventa resultat (Knaevelsrud & Maercker, 2006).

Att utveckla relationer över Internet

I en studie jämfördes konversationer via Internet med konversationer ansikte mot ansikte. Resultatet visade att de som träffades i riktiga livet var mer nöjda med erfarenheten, upplevde en högre grad av närhet och öppnade sig mer för sin samtalspartner. Det fanns dock ingen skillnad i emotionell förståelse av den andres situation mellan grupperna (Mallen et al., 2003). Walter och Burgoon (1996) fann i en studie att Internetrelationer utvecklas på samma sätt som ansikte mot ansikte relationer och att den skillnad som finns mellan grupperna till en början på grund av kommunikationsform elimineras med tiden. Suler (2004) visar även att visuell anonymitet bidrar till att man kan vara mer öppen med sina tankar och känslor. I en studie av McKenna (1998), citerad av Cook & Doyle (2002), framkom att det är mer troligt att personer som är ensamma, socialt ängsliga och har svårt för att etablera relationer ansikte-till-ansikte utvecklar relationer över Internet, vilket ger dem en chans att forma relationer i en säker och kontrollerad miljö.

Forskningsstöd för allians på Internet

Det bör understrykas att en terapeutkontakt via Internet på flera punkter skiljer sig från vanlig anonym kontakt över Internet (Knaevelsrud & Maercker, 2006). Cook och Doyle (2002) har jämfört skattningar av allians mellan en grupp som fick Internetbehandling och en som fick traditionell behandling. Resultatet blev aningen oväntat att de som fick behandling via Internet skattade alliansen högre. Författarna menar att detta tyder på att man kan etablera en relation med sin behandlare utan att träffas personligen. Påpekas bör att urvalet i denna studie inte var randomiserat samt relativt begränsat. I en annan studie fick 115 deltagare genomgå en Internetbaserad behandling för utbrändhet. Utvärderingen visade att 75 % beskrev kontakten med sin terapeut som personlig och att 80 % tyckte att det var positivt att behandlingen genomfördes exklusivt via nätet. Hela 70 % uppgav att de inte saknade en kontakt ansikte mot ansikte med sin terapeut (Lange, van de Ven, Schrieken & Smith 2003, i Knaevelsrud & Maercker, 2006). I en studie av Cohen och Kerr (1998) fann man att deltagare skattade sin terapeut lika högt i avseende på expertis, pålitlighet, och attraktionskraft oberoende om de deltagit i en session traditionell terapi eller en session Internetterapi.

Knaevelsrud och Maercker (2006) undersökte sambandet mellan allians och behandlingsutfall i en Internetbehandling för traumatiserade patienter och fann endast ett svagt samband på ett av utfallsmåtten. Studien visade att alliansen inte har samma prediktiva värde som vid konventionell behandling och forskarna anser att det behövs ytterligare studier för att avgöra alliansens betydelse för utfallet i en Internetbehandling.

Under den senare tiden har det skrivits flera examensuppsatser där sambandet mellan allians och behandlingsutfall undersökts inom ramen för en Internetbehandling. Linna (2007) fann i en behandling för ångestsyndrom en positiv korrelation mellan allians mätt vecka tre i behandlingen och behandlingsutfallet. Detta till skillnad från Hallberg (2008) som i en studie om Internetbehandling för erektil dysfunktion inte kunde

påvisa något samband mellan alliansskattning och utfallet, dock framkom det ett samband mellan alliansskattning och följsamhet i behandlingen. Wiwe (2005) jämförde två typer av behandling för depression där en grupp fick självhjälpsbehandling med e-poststöd och den andra självhjälpsbehandling utan stöd. Huvudresultatet visade att båda grupperna skattade alliansen lika högt och att det inte fanns något samband mellan allians och behandlingsutfall.

Vilken betydelse har Internet för personer med social ångest?

Socialt ångsliga individer som kommunicerar med andra via Internet tillåts att undvika aspekter av sociala situationer som de ofta fruktar, som att rodna och stamma, samtidigt som de får delar av sitt sociala behov tillgodosett (Erwin, Turk, Heimberg, Fresco & Hantula, 2004). Shepherd och Edelmann (2005) har i en studie om social ångest och Internetanvändning även visat att socialt ångsliga personer använder Internet för att få socialt stöd. Men internetanvändning har både för och nackdelar (Erwin et al. 2004). Kraut et al. (1998) fann att kommunikation via Internet hade ett samband med ökad grad av depression och ensamhet. De personer som använde Internet i större utsträckning minskade sin kommunikation med familjemedlemmar och deltog mindre i olika sociala sammanhang.

Erwin et al. (2004) har i en studie undersökt karaktärsdrag hos personer med social ångest som söker information om sina svårigheter på Internet. De fann att denna grupp hade större svårigheter och var mer handikappade av sin sociala fobi jämfört med en kontrollgrupp som sökt behandling för social fobi. Detta tyder på de som lider mest av sin sociala fobi inte söker traditionell behandling för sina svårigheter samt ger implikationer om att de eventuellt kan nås med behandlingsinterventioner via Internet.

Psykoedukation - ett utforskat område inom KBT

Ytterligare en variabel som betraktas som en aktiv ingrediens i psykoterapi är psykoedukation. Psykoedukation är ett standardinslag i all KBT och innebär att klienten får information och kunskap om det problem han/hon söker för samt lämpliga interventioner. Psykoedukation betraktas ofta som en förutsättning för att gå vidare till andra steg i behandlingen (Kåver, 2006), men trots detta är det få som studerat dess effekt.

Psykoedukation och behandlingsutfall

Att ökad kunskap är sammankopplat med ett positivt behandlingsutfall är ett antagande som finns bakom alla interventioner med psykoedukativa inslag. För de behandlingar där stor fokus läggs vid inläring blir relationen mellan kunskap och utfall extra intressant (Scogin et al., 1998). Det finns forskning som tyder på att psykoedukation i vissa fall kan vara tillräckligt för en förbättring (Shear, Paul, Cloitre och Leon, 1994). Shear et al. (1994) lät i en studie om paniksyndrom samtliga deltagare få tre inledande sessioner psykoedukation rörande paniksyndrom. Därefter fick hälften genomgå KBT och hälften fick stödsamtal där terapeuten enbart ägnade sig åt reflektivt lyssnande. Båda grupperna fick likvärdigt resultat och man spekulerar i att psykoedukation kan vara en av de aktiva ingredienserna för ett positivt behandlingsutfall. Vidare visar en litteraturgenomgång om psykoedukation vid bipolär sjukdom att psykoedukation i kombination med farmakologisk behandling ökar följsamhet i behandlingen (Gonzalez-Pinto et al., 2004). För patienter med

ångestproblematik har man sett att kunskap om hur ångest fungerar i sig leder till en lägre ångestnivå (Kåver, 2006).

Scogin et al. (1998) undersökte relationen mellan kunskap och behandlingsutfall inom ramen för en kognitiv självhjälpsbehandling för depression och fann inget signifikant samband mellan dessa två. En möjlig förklaring kan vara att kunskap är en förutsättning för ett bra behandlingsutfall men inte tillräckligt i sig. En liknande slutsats kom Carlsson och Johansson (2007) fram till då de undersökte sambandet mellan kunskap och grad av oro i en Internetbehandling för generaliserat ångestsyndrom.

Biblioterapi

En behandling som till stor del består av psykoedukation är biblioterapi. En vid definition av biblioterapi är ”all litteratur, inklusive fiktion, som används i behandling av fysiska och emotionella problem” (Glasgow & Rosen, 1978). Att tillgodogöra sig kunskap är en mycket viktig del i biblioterapi, framför allt när den syftar till att klienten skall lära sig nya färdigheter (Scogin et al., 1998). En metaanalys av Den Boer, Wiersman och Van den Bosch (2004) visar att biblioterapi är lika effektivt som korttidsterapi för olika kliniska sjukdomar. I en litteraturgranskning av Newman et al. (2003) drar författarna slutsatsen att självhjälp är mest effektivt för motiverade personer med specifika fobier och enligt Barlow (2004) är självhjälpböcker och manualer ineffektiva vid mer allvarlig psykopatologi. Ehler et al. (2003) fann i en studie kring posttraumatiskt stressyndrom att självhjälpböcker inte hade effekt för dessa patienter, däremot var traditionell KBT effektivt.

Scogin et al. (1998) menar att det finns mycket forskning som ger stöd för att biblioterapi fungerar för olika typer av psykiska störningar men att det råder bristande kunskaper om vad som är den aktiva ingrediensen i biblioterapi. Att behandlingsutfallet blir bra kan bero på en mängd olika faktorer som att klienten lär sig specifika färdigheter, de förväntningar klienten har inför programmet och klientens engagemang.

Den Boer et al. (2004) menar att psykoterapeuter som betonar vikten av de gemensamma faktorernas roll i psykoterapi överskattar vikten av den terapeutiska relationen och underskattar värdet av att patienterna tillägnar sig kunskap. De som betonar alliansens betydelse tar inte hänsyn till att biblioterapi har effekt, utan ignorerar det faktum att det går att få ett bra utfall trots frånvaro av terapeut.

Att mäta psykoedukation

Scogin et al. (1998) undersökte i en självhjälpsbehandling för depression huruvida man med ett kunskapstest, baserat på självhjälpmaterial, kunde diskriminera ut de deltagare som hade läst materialet mot dem som inte gjort detta. Resultatet visade att så var möjligt. Forskarna menar att ett kunskapstest kan vara till nytta i kliniska och forskningsmässiga sammanhang. Genom att se vilka frågor som klienten inte klarar kan man få hjälp att avgöra vilka områden som kräver mer uppmärksamhet. Ett annat användningsområde kan vara att spåra förändringar i kunskapsnivå och relatera dessa till förändringar i symtomgrad (Scogin et al., 1998). Carlsson och Johansson (2007) undersökte även de om man med hjälp av ett kunskapstest kunde diskriminera ut mellan deltagare som genomgått en Internetbehandling för generaliserat

ångestsyndrom och deltagare som inte fått behandlingen. Resultatet visade att detta var möjligt med hjälp av kunskapstestet.

Föreliggande uppsatsstudie: KBT-behandling för social fobi på Internet

I denna examensuppsats undersöks allians och psykoedukation i en Internet-behandling för social fobi. I Sverige drabbas 10-15% av befolkningen någon gång under sin livstid av social fobi. Detta gör social fobi, rädslan att bli granskad och bortgjord, till ett av de vanligaste psykologiska problemen (Furmark, Holmström, Sparthan, Carlbring & Andersson, 2006). Enligt DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders) definieras social fobi som "en uttalad och bestående rädsla för en eller flera olika sociala situationer eller prestationssituationer som innebär exponering för okända människor eller risk för kritisk granskning av andra". Diagnosen kräver också att personen i stor utsträckning undviker de fruktade situationerna alternativt uthärdar dem under intensiv ångest eller plåga (för samtliga diagnoskriterier se DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Social fobi behandlas idag antingen med farmakologisk eller med psykologisk behandling. På kort sikt kan läkemedel ge lika bra effekt som psykologisk behandling men den långvariga effekten av psykofarmaka är ännu dåligt utredd vilket talar till fördel för psykologiska interventioner (Furmark et al., 2006). KBT är den terapimetod som visat sig ha bäst effekt för social fobi (se t ex Ponniah & Hollon, 2008).

Kognitiv beteendeterapi

KBT bygger på kognitiv teori och inlärningsteori men på senare tid har även inslag från österländsk filosofi, dialektik och lingvistik integrerats i behandlingsmetoden (Kåver 2006). I KBT ligger fokus på beteendeförändring och kognitiv förändring. Beteendeförändring innebär att klienten genom att prova nya beteenden får nya erfarenheter som i sin tur leder till terapeutisk förändring. Kognitiv förändring har sin grund i kognitiv teori där betoning ligger på hur individens kognitioner påverkar känslor och beteenden. Genom att ifrågasätta och ersätta dysfunktionella tankar förändras klientens bild av verkligheten och därmed även känslor och beteenden (Andersson & Mörtberg, 2008). Andersson och Mörtberg (2008) sammanfattar några faktorer som de anser kan vara de verksamma komponenterna i en KBT behandling: Etablering av en god arbetsallians, validering av patienten, analys och konceptualisering av problemen, hemuppgifter, strukturering av sessionen, psykoedukation, registrering av tankar, känslor och beteenden, manualisering av behandlingen, beteendexperiment, beteendeaktivering, exponering under sessionen, avslappning, acceptansstrategier och återfallsprevention. Forskningsstödet för dessa komponenter varierar och författarna tar även upp det problem som råder inom all psykoterapiforskning, nämligen att man ofta kan avgöra om en behandling fungerar men att det är svårt att säga exakt *vad* det är som bidrar till förändringen

SOFIE-projektet

Ett projekt om Internetbaserad KBT vid social fobi, benämnt SOFIE-projektet (SOFIE = Social Fobi behandling via Internet i kombination med Exponering) startade vid Institutionen för psykologi, Uppsala universitet, år 2003. Fem stora randomiserade och kontrollerade studier har genomförts inom projektet vilka visat att självhjälpsprogrammet med minimal terapeutkontakt ger statistiskt säkerställda ångestminskningar, minskad depressionsgrad samt ökad livskvalitet jämfört med en kontrollgrupp. Ännu har inte dessa behandlingsresultat jämförts med traditionellt

utformad KBT-behandling men effektstorlekarna tyder på ett likvärdigt resultat (Furmark et al., 2006). Föreliggande uppsatsstudie är en av flera inom den 6:e randomiserade studien i projektet (SOFIE-6). Huvudsyftet med SOFIE-6 är att undersöka huruvida det finns någon association mellan genuppsättning och behandlingsutfall. Denna frågeställning behandlas dock inte inom ramen för denna uppsats.

Syfte

För att utveckla och förbättra psykologisk behandling behövs en ökad kunskap om vilka faktorer som gör att psykoterapi är verksamt. Forskningen kring verksamma mekanismer har av logiska skäl främst bedrivits på traditionell psykoterapi, där en faktor som har visat sig ha betydelse är allians. Internetbehandling är en ny form av terapi som vunnit mark de senaste åren. Med denna studie vill vi undersöka huruvida allians (mätt med WAI-S) har betydelse för behandlingsutfallet inom ramen för en Internetbaserad KBT-behandling för social fobi. Studien syftar också till att undersöka huruvida komponenten psykoedukation (mätt med ett kunskapstest) har ett samband med behandlingsutfallet. I samband med detta undersöks även om de psykoedukativa inslagen i Internetbehandlingen faktiskt leder till en högre kunskapsnivå. Trots att psykoedukation är ett standardinslag i all KBT-behandling, och utgör en stor del av Internetbehandling, finns det få studier som har studerat dess effekt.

Frågeställningar

- 1 Finns det ett samband mellan allians och behandlingsutfall?
- 2 Ökar behandlingsgruppens kunskapsnivå i jämförelse med kontrollgruppens?
- 3 Finns det ett samband mellan psykoedukation och behandlingsutfall?

Metod

Deltagare

Rekrytering

Deltagarna i studien rekryterades via SOFIE-projektets nätbaserade anmälningssida hemsida www.studie.nu. Där fanns information om projektet och hur man skulle gå tillväga för att anmäla intresse. De personer som hade registrerat sina kontaktuppgifter placerades på en lista för personer som vill delta i eventuellt kommande studier. Vid starten för SOFIE-6 skickades en förfrågan om att delta ut till de 600 första personerna. Intresserade deltagare uppmanades att elektroniskt besvara förmättningsformulären samt fylla i bakgrundsinformation. Ingen ersättning utgick och deltagande i studien var avgiftsfritt.

Urval

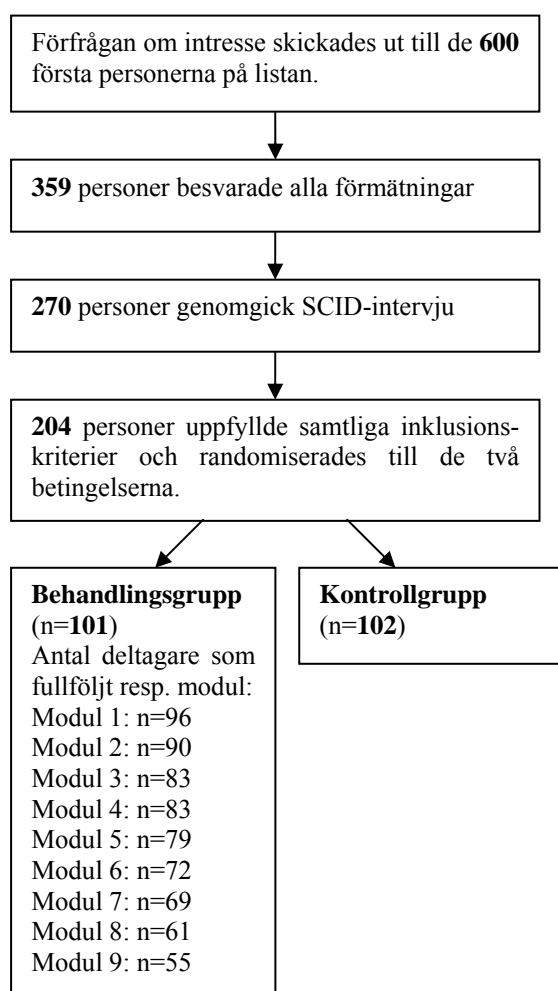
Inklusionskriterier för studien var att deltagarna:

1. Hade fyllt 18 år.
2. Var bosatta inom Sveriges gränser.
3. Hade tillgång till dator med Internetanslutning.
4. Uppfyllde DSM-IV kriterier för social fobi enligt Social Phobia Screening Questionnaire, SPSQ, (Furmark et al., 1999) och ej angivit någon av följande psykiska störningar i förmättningsformulären: psykossjukdom, emotionell instabil personlighetsstörning eller ätstörning.
5. Hade en totalpoäng på mindre än 31 och mindre än fyra poäng på fråga nio (livlustfrågan) på Montgomery Åsberg Depression Rating Scale - Self report, MADRS-S.
6. Uppfyllde DSM-IV kriterierna för social fobi enligt Structured Clinical Interview for DSM- disorders, SCID-I (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997) och ej angivit någon av följande psykiska störningar under telefonintervjun: psykossjukdom, emotionell instabil personlighetsstörning eller ätstörning.
7. Vid eventuell medicinering skulle ha haft en stabil dos sedan två månader tillbaka.
8. Inte genomgick samtidig psykologisk behandling eller hade genomgått annan psykologisk behandling de senaste 6 månaderna.
9. Hade lämnat skriftligt samtycke till lagring av personuppgifter enligt Personuppgiftslagen (1998:204).

Inom ansökningstiden besvarade 359 personer förmättningsformulären och av dessa fick 270 genomgå en SCID-intervju. Totalt 153 potentiella deltagare exkluderades. Den främsta orsaken var att de inte skickat in skriftligt samtycke till lagring av personuppgifter enligt Personuppgiftslagen (n=48). Andra vanligt förekommande anledningar var att de genomgick eller hade genomgått annan psykologisk behandling de senaste 6 månaderna (n=27), inte uppfyllde kriterierna för social fobi enligt SPSQ (n=22), att de skattade över gränsvärdet på MADRS (n=22) och att de var bosatta utanför Sveriges gränser (n=12). Övriga uteslöts på grund av att de inte uppfyllde kriterierna för social fobi enligt SCID alternativt att de angivit någon av följande psykiska störningar under telefonintervjun: psykossjukdom, emotionell instabil personlighetsstörning eller ätstörning (n=11), att de förändrat sin medicindos de senaste två månaderna (n=6) samt att de inte gick att kontakta för SCID-intervju på angivna kontaktuppgifter (n=5). Under urvalsprocessen meddelade 2 potentiella

deltagare att de inte längre hade möjlighet att delta. Detta resulterade i att 204 personer uppfyllde samtliga inklusionskriterier och antogs till behandlingsstudien. Dessa randomiserades till behandlingsgrupp 1 och behandlingsgrupp 2. Den senare utgör kontrollgrupp i denna studie. En person i behandlingsgruppen meddelade avhopp före behandlingens start vilket medför att behandlingsgruppen slutligen bestod av 101 deltagare. Behandlingen bestod av nio moduler och det genomsnittliga antalet slutförda moduler var 6.8 stycken (se figur 1). Under de nio behandlingsveckorna hoppade sammanlagt 15 deltagare av studien, 12 ur behandlingsgruppen och tre ur kontrollgruppen.

Figur 1
Flödesschema över rekrytering, urval och slutförda moduler



Bortfall

WAI-S (se material) delades ut till behandlingsgruppen (n=101) och besvarades av 91 deltagare. I bortfallet (n=10) fanns både män (n= 3) och kvinnor (n=7) representerade. Vad gäller utbildningsnivå och relationsstatus var fördelningen följande: Grundskola (n= 2), gymnasieutbildning (n= 2), högskola/universitet (n= 6), partner (n=8) och singel (n=2). Medelålder var 42.4 (SD 9.8).

Ett kunskapstest (se material) delades ut till samtliga deltagare (n=203) vid två tillfällen. Vid tillfälle ett besvarades testet av 197 deltagare och vid tillfälle två av 184

deltagare. Bland de deltagare som inte svarade på första mätningen (n=7) var fördelningen av bortfall följande: Män (n=5, kvinnor (n=2), gymnasieutbildning (n=1), eftergymnasial utbildning (n=2), högskola/universitet (n=4), partner (n=1) och singel (n=6). Medelålder var 45.6 (SD 13.6). De deltagare som besvarade den första kunskapsmätningen men inte den andra (n=14) behandlades enligt principen "last observation carried forward" och tilldelades samma poäng vid det andra mättillfället som de erhöll vid det första.

Deskriptiva data

Behandlings- och kontrollgrupp var likvärdiga med avseende på ålder, kön, utbildningsnivå och relationsstatus (se tabell 1).

Tabell 1

Deskriptiv data över deltagarnas ålder, kön, utbildningsnivå och relationsstatus fördelat på behandlings- och kontrollgrupp

	Behandlingsgrupp (n=101)	Kontrollgrupp (n=102)
<u>Ålder</u>	M=38.1 (SD=11.3) Max= 66 Min= 19	M=38.4 (SD=10.9) Max 71 Min 19
<u>Kön</u>		
Män	n=39	n=41
Kvinnor	n= 62	n=61
<u>Utbildningsnivå</u>		
Grundskola	n=5	n=4
Gymnasieutbildning	n=29	n=24
Eftergymnasial utbildning	n=24	n=19
Högskola/universitet	n=43	n=55
<u>Relationsstatus</u>		
Singel	n=36	n=36
Partner	n=65	n=65
Ej angivit	n=0	n=1

Material

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)

SCID-I är ett semistrukturerat intervjuformulär som används för att ställa axel I-diagnoser enligt DSM-IV (American psychiatric association, 1994). SCID-I finns i en klinisk version (SCID-I CV) och en forskningsversion (SCID-I RV; First, Gibbon, Spitzer, Benjamin & Williams, 1999). I föreliggande studie används forskningsversionen "SCID-I/NP Version 2.0 4/97 revision" och enbart den del som avser social fobi (First et al., 1997).

Working Alliance Inventory (WAI)

WAI är ett självskattningsformulär som används för att mäta kvalitén i alliansen. Det utvecklades av Horvath och Greenberg (1989) och bygger på Bordins teori om allians. Formuläret består av 36 påståenden och förutom ett totalmått för alliansen ges separata poäng för de tre delskalorna *task*, *goal* och *bond*. Varje påstående skattas på en sjugradig skala från 1 (aldrig) till 7 (alltid). WAI finns i tre olika versioner: en

klientversion, en terapeut version och en observatörsversion (Hansson et al. 2002). Horvath och Greenberg (1989) genomförde tre studier för att undersöka de psykometriska egenskaperna hos WAI. De fann att formuläret hade adekvat reliabilitet och var användbart för att predicera behandlingsutfall. De konstaterade även att korrelationen mellan de tre delskalorna var hög vilket gör att man kan ifrågasätta distinktionen mellan *task*, *goal* och *bond*. Andrusyna, Tang, DeRubeis och Luborsky (2001) gjorde en faktoranalys av WAI och fann en stark korrelation mellan delskalorna *task* och *goal*. De menar att detta ger implikationer om att allians inte bör mätas som en generell faktor utan snarare som två separata begrepp med skalorna *task* och *goal* i den ena och *bond* i den andra.

Tracey och Kokotovic (1989) utvecklade WAI-S som är en kortversion av WAI och består av sammanlagt 12 frågor. Denna version har samma uppdelning som WAI med tre delskalor och ett totalmått på alliansen men finns endast i två versioner, en klientversion och en terapeutversion. Hansson et al. (2002) har studerat de psykometriska egenskaperna hos WAI och WAI-S. De undersökte 25 publicerade studier som alla använt sig av WAI eller WAI-S. Man fann att WAI skalorna var robusta och hade hög reliabilitet, med α -värden från .79 till .97. Bussery och Tyler (2003) har visat att WAI och WAI-S är utbytbara mot varandra. De båda instrumenten korrelerade högt och har jämförbar deskriptiv statistik, intern konsistens, interkorrelationer mellan delskalorna och prediktiv validitet. Forskarna påpekar att det finns skäl att ifrågasätta användandet av den långa versionen av WAI, då den korta ger jämförbara resultat och sparar mycket tid för klient och terapeut.

Klientversionen av WAI-S (Tracey & Kokotovic, 1989) omarbetades av uppsatsförfattarna bakom projektet NOVA (Linna, 2007) för att anpassas till en självhjälpsbehandling via Internet med en Internet-terapeut. Den omarbetades i tre olika versioner: WAI Internet-före behandling, WAI Internet-under behandling och WAI Internet-efter behandling. I föreliggande uppsatsstudie används WAI Internet-under behandling (se bilaga A). I fortsättningen är den denna skala som avses då beteckningen WAI används.

Enligt Horvath och Symonds (1991) är allians mätt tidigt i behandlingen en något starkare prediktor än mått på medelliansen eller allians mätt under mitten av behandlingen. WAI administrerades i denna studie under behandlingsvecka fyra. Detta för att deltagarna då hunnit få återkoppling på sin målformulering vilket ansågs betydelsefullt för att kunna svara på de frågor som tillhörde delskalan *goal*. Deltagarna fick efter att de besvarat de 12 frågorna möjlighet att kommentera formuläret i fri text.

Kunskapstest

För att mäta huruvida deltagarna tillgodogjort sig ny kunskap (psykoedukation) framställdes ett kunskapstest om social fobi och behandling. Testet administrerades elektroniskt till samtliga deltagare före behandlingens start samt efter åtta veckor. Det utvecklades med utgångspunkt i innehållet i de nio modulerna och bestod till en början av 14 frågor där varje fråga hade tre svarsalternativ. Frågorna kontrollerades av experter inom området vilket resulterade i att några reviderades och tre ströks, dels för att de innehållsmässigt påminde om varandra och dels för att de ansågs svårtolkade.

Ett pilottest bestående av 11 frågor delades ut till 24 studenter som studerade på termin ett på psykologprogrammet. Testet tog ungefär sex minuter att fylla i och deltagarna fick möjlighet att kommentera frågorna. Varje rätt svar gav 1 poäng och maxpoängen på testet var 11 poäng ($M = 6.8$, $M = 7$, $SD = 1.9$). Kunskapstestet bearbetades därefter utifrån följande tre kriterier:

- 1) Hög svarsfrekvens på rätt svarsalternativ. För att undvika takeffekter reviderades de tre frågor där $> 80\%$ valde rätt alternativ (fråga 2, 6 och 11).
- 2) Negativ item korrelation. Deltagare med låg totalpoäng skulle inte svara bättre på en fråga jämfört med deltagare med hög totalpoäng. Fråga 2 korrelerade negativt med totalpoängen. Denna fick även revideras utifrån det första kriteriet.
- 3) Kvalitativ granskning. Deltagarna i pilotstudien fick möjlighet att kommentera testet. Det framkom att språket uppfattades vara för akademiskt på vissa håll vilket åtgärdades av uppsatsförfattarna.

För att utvärdera svarsmönstret för de tre frågor som reviderats delades ett andra pilottest ut till 18 studenter på de lägre terminerna vid Institutionen för psykologi. Det visade sig då att färre än 80% svarade rätt på fråga 6 och 11 och fråga 2 korrelerade inte längre negativt med totalpoängen. I pilotstudie två var det ingen som hade några synpunkter om språkets svårighet. Se bilaga B för den slutgiltiga versionen av kunskapstestet.

Under framställningen av testet diskuterades hur svarsalternativen skulle utformas tillsammans med tre forskare inom kognitionspsykologi vid Institutionen för psykologi i Uppsala. Syftet var att på bästa sätt diskriminera mellan deltagare som tillgodogjort sig kunskap och inte. Lösningen blev en skattning till varje fråga där deltagarna fick ange hur säkra de var på sitt svar vilket sedan vägdes mot poängen på frågan. Detta innebar att man fick fler poäng om man var säker på ett svar och färre poäng om man var osäker. Dessutom delades minuspoäng ut, desto fler sådana beroende på hur säker man var på att ett felaktigt svarsalternativ var det rätta. Rättning av kunskapstestet gjordes både med denna metod samt med det enklare systemet där varje rätt svar gav en poäng.

Primära utfallsmått

Liebowitz Social Anxiety Scale, self-report (LSAS-SR)

LSAS utvecklades ursprungligen som en klinikeradministrerad skala för att bedöma individers rädsla och undvikande i sociala situationer. Den innehåller sammanlagt 24 olika socialfobiska situationer och graden av rädsla skattas på en fyragradig skala från 0 (ingen rädsla eller ångest) till 3 (stark rädsla eller ångest). Även undvikande skattas på en fyragradig skala från 0 (undviker aldrig) till 3 (undviker vanligtvis). Mätinstrumentet ger en totalpoäng men också separata poäng för rädsla och undvikande (Baker, Heinrich, Kim & Hoffman, 2002). I föreliggande studie har en självskattningsversion av formuläret använts, LSAS-SR. Fresco et al. (2001) har jämfört den kliniska versionen av LSAS med självskattningsversionen. De kom fram till att det var en väldigt liten skillnad mellan de båda och konstaterar att de har en god konvergent och diskriminativ validitet. Enligt Baker et al. (2002) har LSAS-SR goda psykometriska egenskaper med ett α -värde på .95 för hela skalan och .79 till .91 för de olika delskalorna. Test-retest reliabiliteten för hela skalan låg på $r = .83$ och man fann att LSAS-SR delskalor korrelerade högt med den kliniska versionen av

LSAS (r från .78 till .85). Man kom också fram till att skalan är känslig för förändring vilket gör den användbar i behandlingsstudier.

Social Phobia Screening Questionnaire (SPSQ)

SPSQ är ett självskattningsformulär som mäter graden av obehag i 14 olika prestations- och interaktionssituationer. Formuläret har utarbetats av Furmark et al. (1999) för att diagnostisera social fobi och fobisk personlighetsstörning enligt DSM-IV (American psychiatric association, 1994). För att få diagnosen social fobi krävs att personen på en skala från 0 (inte alls obehagligt) till 4 (väldigt obehagligt) skattar > 3 på minst en av de 14 situationerna. Vidare krävs att personen uppvisar ett konsistent svarsmönster på kriterierna A-D för social fobi i DSM-IV samt upplever kliniskt signifikant lidande på minst en av de tre livsdomänerna arbete, fritid och sociala aktiviteter (kriterie E). SPSQ korrelerar högt med formulären Social Phobia Scale (r = .77) och Social Interaction Anxiety Scale (r = .79). Alphavärdet för de fjorton påståendena ligger på .90 (Furmark et al., 1999).

Social Phobia Scale (SPS) och Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)

SPS består av 20 påståenden som mäter grad av obehag i situationer där man kan bli observerad av andra (t ex tala offentligt, äta, skriva inför andra). SIAS har också 20 påståenden och ger information om hur personen vanligtvis reagerar i situationer som innehåller social interaktion. Frågorna besvaras med hjälp av en femgradig skala som sträcker sig från 0 (stämmer inte alls in på mig) till 4 (stämmer precis på mig). De båda skalorna utvecklades av Mattick & Clarke (1998) och har visat sig ha hög intern konsistens ($\alpha = .94$ för SPS och $\alpha = .94$ för SIAS) och hög test-retest reliabilitet ($r = .93$ för SPS och $r = .92$ för SIAS under ett 12-veckors intervall). Dessutom korrelerar skalorna väl med andra mätinstrument för social ångest. I en studie av Brown et al. (1997) drar man bland annat slutsatsen att skalorna är användbara för att utvärdera utfall vid behandling av social fobi samt att skalorna är lämpliga för screening och planering av individuell behandling för social fobi.

Sekundära utfallsmått

Beck Anxiety Inventory (BAI)

BAI utvecklades av Beck, Brown Epstein och Steer (1988) för att mäta ångestnivå i kliniska populationer. Formuläret består av 21 ångestsymtom som skattas på en fyragradig skala från 0 (aldrig) till 3 (nästan hela tiden). BAI visade sig ha hög intern konsistens ($\alpha = .92$) och test-retest reliabiliteten efter en vecka låg på $r = .75$. BAI kunde diskriminera ut grupper med ångestrelaterade diagnoser från andra psykiatriska diagnoser. Vidare fann man att skalan korrelerade måttligt med "Hamilton Anxiety Rating Scale" ($r = .51$) och endast svagt med "Hamilton Depression Rating Scale" ($r = .25$). Enligt Creamer, Foran och Bell (1995) har skalan goda psykometriska egenskaper med hög intern konsistens och hög diskriminativ validitet, dock anser man att begreppsvaliditeten, dvs. vad skalan egentligen mäter, är något oklar.

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale - Self report (MADRS-S)

MADRS utvecklades av Montgomery & Åsberg (1979) och utvecklades för att mäta grad av depression. I föreliggande studie används MADRS-S, en självskattningsversion utvecklat av Svanborg och Åsberg (1994). Den består av nio frågor som mäter sinnesstämning, oros känslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism och livslust. Frågorna skattas på en sjugradig skala. MADRS uppvisar en god reliabilitet och anses vara extra känslig för att mäta

förändring av depressionsgrad (Montgomery & Åsberg, 1979). En jämförande studie har gjorts mellan Beck Depression Inventory (BDI) och MADRS-S där man fann att de båda instrumenten korrelerade högt ($r = .87$) (Svanborg & Åsberg, 2001).

Quality of Life Inventory (QOLI)

QOLI är ett formulär som används för att mäta individens subjektiva skattning av livskvalitet). Det täcker av 16 olika livsområden: hälsa, självrespekt, mål och värderingar, ekonomi, arbete, fritid, inläring, kreativitet, hjälpa andra, kärlek, vänner, barn, anhöriga, hem, grannskapet och samhället. Personerna får skatta dels hur viktiga de tycker att varje område är, och dels hur nöjda de är med dem. Vid summeringen tar man sedan hänsyn till att de områden som personen anser vara viktiga också får större betydelse för den totala livskvaliteten. Frågorna om hur viktigt området är skattas på en tregradig skala från 0 (inte viktigt) till 2 (mycket viktigt). Frågorna om hur nöjd man är skattas på en sexgradig skala från -3 (mycket missnöjd) till 3 (mycket nöjd) (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992). Enligt Frisch et al. (1992) uppfyller QOLI goda psykometriska egenskaper. I sin studie fann man att den interna konsistensen var hög med α -värden från .77 till .89 och QOLI korrelerade signifikant med sju andra skalor som mäter individens subjektiva upplevelse av livskvalité.

Samtliga frågeformulär i föreliggande studie administrerades elektroniskt via Internet. Carlbring et al. (2007) har visat att vanligt förekommande formulär i psykoterapiforskning (t ex BAI, MADRS, QOLI) behåller sin faktorstruktur och att normeringen gäller även vid detta format. Vidare visar en studie av Thorndike et al. (in press) att begreppsvaliditeten består oavsett om en eller flera frågor presenteras per webbsida.

Självhjälpsmaterial

Självhjälpsmaterialet som användes i behandlingen bygger på empiriskt beprövade KBT-interventioner och är från början utarbetat av författarna till SOFIE-1 (Andersson et al., 2006). Materialet har med mindre modifikationer använts i alla SOFIE-studier och följer samma upplägg som boken "Social fobi-Effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi" (Furmark et al., 2006). SOFIE-studierna har tidigare visat goda behandlingsresultat. I SOFIE-5, som till upplägget mest påminner om föreliggande studie, återfanns en genomsnittlig inom-gruppseffektstorlek på $d = 0.88$ (Carlbring, Furmark, Stetcko, Ekselius, Andersson, 2006). Inför föreliggande studie, SOFIE-6, utfördes några mindre justeringar i självhjälpsmaterialet. Det handlade om språkliga förändringar samt korrigeringar av vissa exempel som ansågs heteronormativa eller avsedda för en alltför snäv population. Texten består av nio moduler där varje modul avslutas med ett antal hemuppgifter och en länk till ett kort test för att se om man tillgodgjort sig innehållet.

Behandlingsupplägg

Modul 1: I den första modulen ges en kort introduktion av behandlingens upplägg samt fakta om KBT. Vidare följer en genomgång av vad social fobi innebär samt vanliga symptom, orsaker och behandling.

Modul 2: Modul två inleds med att en presentation av automatiska tankar, livsregler och grundantaganden. Sedan följer ett avsnitt som behandlar hur man går tillväga för att identifiera och registrera sina negativa automatiska tankar. Till sist introduceras Clark och Wells kognitiva modell för social fobi.

Modul 3: Tankefällor samt olika strategier för att ifrågasätta negativa automatiska tankar behandlas i modul tre som avslutas med att deltagarna får formulera egna mål för behandlingen.

Modul 4: Modul fyra inleds med ett avsnitt som handlar om olika svårigheter som kan uppstå i arbetet med att utmana sina tankemönster. Sedan introduceras beteendexperiment som en strategi för att ifrågasätta negativa automatiska tankar.

Modul 5: I denna modul introduceras principerna bakom exponering. Deltagarna får utveckla ångesthierarkier och gradvis börja utsätta sig för de situationer de fruktar.

Modul 6: I modul sex får man läsa om hur självfokusering kan bidra till att den sociala fobin vidmakthålls. Strategier och tekniker för att skifta fokus presenteras därefter. Till sist ägnas ett avsnitt åt säkerhetsbeteenden och deras koppling till självfokus och ångestsymptom.

Modul 7: Arbetet med exponering fortsätter i denna modul. Förslag på lösningar till problem som kan uppkomma när man jobbar med denna typ av övningar presenteras samt exempel på lämpliga träningssituationer.

Modul 8: Modul åtta ägnas åt träning av sociala färdigheter och kommunikation. Vidare introduceras begreppet "assertiveness" samt tekniker för att säga nej och att hävda sin rätt.

Modul 9: Den sista modulen inleds med ett avsnitt om perfektionism och självförtroende. Sedan följer information om återfallsprevention och hur man hanterar bakslag. Modulen avslutas med en sammanfattning av hela behandlingsprogrammet.

Diskussionsforum

Deltagarna i behandlingsgruppen och kontrollgruppen hade tillgång till var sitt diskussionsforum på Internet. Behandlingsgruppen fick under terapins gång i hemuppgift att göra olika typer av inlägg på forumet. Vad gäller kontrollgruppens diskussionsforum presenterades varje vecka ett nytt ämne att samtala omkring. De ämnen som introducerades på kontrollgruppens forum var inte ämnade att fungera i terapeutiskt syfte.

Procedur

Anmälan, förmätning och diagnostisering

Potentiella deltagarna kom i kontakt med projektet via hemsidan: www.studie.nu. Genom att registrera sina kontaktuppgifter placerades de på en lista för personer intresserade av att delta i eventuellt kommande studier. Vid starten för SOFIE-6 skickades en förfrågan om intresse ut till de första 600 personerna på listan. De uppmanades att registrera sig och tilldelades i anslutning till detta en unik studiekod. Därefter hade de möjlighet att elektroniskt besvara förmätningens formulären (LSAS-SR, SPSQ, SPS, SIAS, BAI, MADRS-S, QOLI) samt fylla i bakgrundsinformation. Potentiella deltagare kontaktades av psykologkandidaterna i projektet för att genomgå en SCID-intervju. Intervjuerna tog mellan 10 och 20 minuter att genomföra. I de fall intervjuaren var osäker i sin bedömning kontaktades övriga i projektgruppen för en gemensam bedömning. De personer som exkluderades under urvalsprocessen fick via e-post en förklaring till varför de inte inkluderats samt information om hur och var de kunde söka behandling. De personerna som skattade över tre på fråga 9 om livslust på MADRS-S ringdes upp och fick hänvisningar och stöd för att söka hjälp på annat håll.

Randomisering

Randomiseringen genomfördes av en oberoende part vid Linköpings Universitet

genom en nätbaserad randomiseringstjänst (www.random.org). De 204 deltagarna randomiserades till två grupper, behandlingsgrupp 1 respektive behandlingsgrupp 2. Behandlingsgrupp 1 startade sin behandling direkt medan behandlingsgrupp 2 i föreliggande studie utgjorde kontrollgrupp och fick vänta med att påbörja behandlingen. Under tiden som kontrollgrupp hade deltagarna tillgång till ett eget diskussionsforum på nätet. Forumet övervakades av psykologkandidaterna inom projektet, som dock inte deltog i diskussionerna.

Veckomätningar

Varje vecka ombads deltagarna i behandlingsgruppen att besvara frågeformulären LSAS-SR och MADRS-S. Påminnelser skickades ut med SMS (short message service) genom en betaltjänst på Internet (www.messito.se) samt via krypterad e-post. Om deltagaren trots dessa åtgärder inte besvarat veckomätningen under tre veckor, kontaktades denna av sin behandlare.

Behandling

Behandlingsperioden varade i nio veckor och deltagarna förväntades arbeta med en modul per vecka. Varje deltagare tilldelades en personlig Internetterapeut som gav återkoppling på hemuppgifterna och besvarade frågor, vanligtvis inom 24 timmar. Av Internetterapeuterna var sju erfarna KBT-terapeuter och sex var psykologkandidater inom projektet, bland dessa föreliggande studies två uppsatsförfattare. Behandlingskontakten skedde över Internet via ett anonymt kontakthanteringssystem. För att garantera en säker informationsöverföring krävdes studiekod, personligt lösenord samt engångskoder för att logga in på denna sida. Riktlinjer för hur lång tid som skulle ägnas åt varje deltagare var ca 15 minuter per vecka. För att få tillgång till en ny modul krävdes att deltagaren fått godkänt på alla sina hemuppgifter. Deltagarna i behandlingsgruppen fick också tillgång till ett diskussionsforum. De deltagare som inte hann genomföra samtliga nio moduler under behandlingsperioden fick tillgång till resterande moduler efter att de fyllt i eftermätningarna.

Om deltagarna skattade fyra eller högre på frågan om livslust på MADRS-S, kontaktades denna av sin personliga Internetterapeut, antingen via telefon eller via kontakthanteringssystemet. Om det bedömdes nödvändigt rekommenderades personen att söka komplementär behandling.

WAI och kunskapstest

I början av behandlingsvecka fyra uppmanades deltagarna i behandlingsgruppen att elektroniskt fylla i WAI. Kunskapstestet administrerades elektroniskt till samtliga deltagare innan behandlingens start samt i behandlingsvecka åtta.

Eftermätningar

Vid behandlingens slut ombads deltagarna i behandlingsgruppen och kontrollgruppen att elektroniskt fylla i eftermätningens formulären (LSAS-SR, SPSQ SPS, SIAS, BAI, MADRS-S, QOLI). Samtliga deltagare ringdes även upp för att genomgå en SCID-intervju.

Statistisk analys

Bortfall hanterades enligt principen i ”intention to treat” vilket innebär att samtliga deltagare som påbörjat behandlingen räknades med i resultatet oavsett om de slutfört programmet eller inte. Vidare tillämpades ”last observation carried forward” som

innebär att för varje individ ersätts saknade värden med det senast observerade värdet på den variabeln.

För att mäta huruvida behandlings- och kontrollgrupp skiljde sig åt vid förmätningarna samt för att upptäcka eventuella skillnader i initial kunskapsnivå användes oberoende t-test. ANOVA med upprepad mätning användes för att beräkna skillnader i förbättringar från för- till eftermätningar mellan behandlings- och kontrollgrupp samt för att analysera resultatet på kunskapstestet. För att korrelera förändringspoäng på utfallsmåtten med WAI-skattningen respektive förändringspoäng på kunskapstestet användes Pearsons produktmomentskorrelation. Förändringspoäng avser differensen mellan den senare och den tidigare mätningen. Vid signifikanta korrelationer mellan WAI-skattning och behandlingsutfall planerades partiella korrelationsanalyser att utföras för att kontrollera för tidig symptomlindring samt initial svårighetsgrad. Med initial svårighetsgrad avses poängen på LSAS-SR vid förmätningen medan tidig symptomlindring operationaliseras som förändringspoäng på LSAS-SR mellan förmätningen och mätningen vecka 3. Samtliga beräkningar utfördes i statistikprogrammet SPSS, version 16.0.

Resultat

Behandlingsutfall

ANOVA med upprepad mätning visade på signifikanta interaktionseffekter tid \times grupp för samtliga primära (LSAS-SR, SPSQ SPS, SIAS) och sekundära (BAI, MADRS-S, QOLI) utfallsmått. Interaktionseffekten drevs av en större förbättring i behandlingsgruppen (se tabell 2). Vidare framkom signifikanta huvudeffekter av tid på samtliga utfallsmått och signifikanta huvudeffekter av grupp på samtliga mått med undantag av SPS och QOLI. Den genomsnittliga effektstorleken mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp var $d = .61$. Effektstorleken inom behandlingsgruppen för förändringen från före till efter behandling var i genomsnitt $d = .79$. Enligt Cohen (1988) innebär en effektstorlek på $d = .20$ en liten effekt, $d = .50$ en måttlig effekt och $d = .80$ en stor effekt. Oberoende t-test visade att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan kontrollgrupp och behandlingsgrupp vid förmätningen, detta gäller för samtliga utfallsmått ($p > .43$).

Tabell 2.

Medelpoäng (standardavvikelse), huvudeffekter, interaktionseffekter samt effektstorlekar (Cohen's d) för respektive grupp på samtliga utfallsmått

Utfallsmått	Grupp	M (SD)	M (SD)	Huvudeffekt		Interaktion	Effektstorlek	
		Pre	Post	Tid	Grupp	Tid \times Grupp	Inom	Mellan
				$F_{(1, 201)}$	$F_{(1, 201)}$	$F_{(1, 201)}$	(d)	(d)
LSAS-SR	Beh.	68.3 (23.4)	45.1 (25.9)	138.7***	7.4**	86.4***	0.94	0.76
	Kontr.	66.7 (21.7)	63.9 (23.7)				0.12	
SPSQ	Beh.	30.9 (8.9)	19.6 (10.8)	165.0***	7.8**	41.5***	1.14	0.70
	Kontr.	30.5 (9.1)	26.8 (9.6)				0.40	
SPS	Beh.	38.8 (15.7)	24.2 (15.0)	147.6***	3.4	44.8***	0.95	0.59
	Kontr.	37.3 (15.0)	33.0 (14.8)				0.29	
SIAS	Beh.	50.2 (15.7)	35.0 (16.2)	126.5***	5.8*	59.9***	0.95	0.72
	Kontr.	48.9 (15.3)	46.1 (14.6)				0.19	
BAI	Beh.	15.7 (8.0)	9.8 (6.7)	94.9***	5.7*	16.7***	0.80	0.57
	Kontr.	16.5 (9.1)	14.1 (8.4)				0.27	
MADRS-S	Beh.	13.5 (7.1)	10.2 (7.4)	12.1***	8.7**	21.6***	0.46	0.63
	Kontr.	14.3 (6.6)	14.8 (7.2)				0.07	
QOLI	Beh.	.7 (1.9)	1.3 (2.1)	23.5***	1.4	6.8*	0.31	0.27
	Kontr.	.6 (1.7)	.8 (1.7)				0.10	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p \leq .001$

Not. Beh. $n=101$, Kontr. $n=102$. Primära: LSAS-SR = Liebowitz Social Anxiety Scale self-report; SPSQ = Social Phobia Screening Questionnaire; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale. Sekundära: BAI = Beck Anxiety Inventory; MADRS-S = Montgomery Åsberg Depression Rating Scale - Self report; QOLI = Quality of Life Inventory.

Allians

Reliabilitetsanalys av WAI

Den interna konsistensen för WAI total var $\alpha = .94$. För de olika delskalorna var den interna konsistensen följande: *task* $\alpha = .88$, *goal* $\alpha = .79$ och *bond* $\alpha = .89$. WAI-total korrelerade högt med de olika delskalorna (*task* $r = .94$, *goal* $r = .93$, *bond* $r = .94$). Vidare visade det sig att delskalorna korrelerade högt med varandra (från $r = .81$ till $r = .94$).

Skattning av alliansen

Den maximala poängen på WAI är 84 poäng för hela skalan och 28 poäng för respektive delskala. Den genomsnittliga poängen på WAI var 65.4 (SD=12.6) och för delskalorna var den för *task* 21.0 (SD=4.7), *goal* 22.5 (SD=3.9) och *bond* 22.0 (SD=4.9). Sammanlagt 38 deltagare lämnade kommentarer efter att de besvarat WAI, se bilaga C för en kvalitativ sammanställning.

Samband mellan allians och behandlingsutfall

Med avsikt att undersöka huruvida allians är associerad med behandlingsutfall korrelerades alliansmätningen (WAI) med förändringspoäng på samtliga primära och sekundära utfallsmått.

Det fanns inte några signifikanta samband mellan totalpoängen på WAI och förändringsvärdena på de olika utfallsmåtten (se tabell 3). Korrelationerna sträckte sig från $r = -.10$ till $r = .15$ ($p > .16$). Några signifikanta korrelationer mellan utfallet och de olika delskalorna (*task*, *goal* och *bond*) framkom inte heller.

Tabell 3

Korrelationskoefficienter för skattning på WAI (totalpoäng samt delskalorna task, goal och bond) och förändringspoäng på samtliga utfallsmått

	WAI-total	Task	Goal	Bond
Utfallsmått				
LSAS-SR	$r = .07$	$r = .04$	$r = .07$	$r = .09$
SPSQ	$r = .13$	$r = .13$	$r = .11$	$r = .12$
SPS	$r = .10$	$r = .04$	$r = .08$	$r = .15$
SIAS	$r = .09$	$r = .04$	$r = .10$	$r = .11$
BAI	$r = -.06$	$r = -.08$	$r = -.10$	$r = .01$
MADRS-S	$r = .02$	$r = -.04$	$r = .03$	$r = .06$
QOLI	$r = .12$	$r = .14$	$r = .13$	$r = .06$

Samtliga korrelationer var icke-signifikanta ($p > .16$)

Not. $n = 91$. Primära: LSAS-SR = Liebowitz Social Anxiety Scale self-report; SPSQ = Social Phobia Screening Questionnaire; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale. Sekundära: BAI = Beck Anxiety Inventory; MADRS-S = Montgomery Åsberg Depression Rating Scale - Self report; QOLI = Quality of Life Inventory.

Psykoedukation

Resultatet av kunskapstestet

Med den enkla poängsättningen kunde deltagaren erhålla från 0 till 11 och med den vägda poängen från -33 till 33 poäng. Oberoende t-test visade att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan kontrollgrupp och behandlingsgrupp vid den första mätningen, detta gäller både för den enkla poängsättningen ($t_{(195)} = -.56, p = .58$) och den vägda ($t_{(195)} = -.20, p = .84$). Data kontrollerades för skevhet och kurtosis.

För kunskapstestet med den enkla poängskattningen visade ANOVA med upprepad mätning på en signifikant interaktionseffekt tid \times grupp. Interaktionseffekten drevs av en större förbättring i behandlingsgruppen (se tabell 4). Vad gäller kunskapstestet med den vägda poängskattningen erhöles ett liknade resultat med en signifikant interaktionseffekt av tid \times grupp. Det framkom signifikanta huvudeffekter av tid och grupp, detta gäller både för den enkla och den vägda poängsättningen.

Tabell 4

Medelpoäng (standardavvikelse), huvudeffekter, interaktionseffekter samt effektstorlekar (Cohen's d) för respektive grupp på kunskapstestet med enkel respektive vägd poängsättning

Instrument	Grupp	M (SD)		Huvudeffekt		Interaktion	Effektstorlek	
		Pre	Post	Tid F _(1,195)	Grupp F _(1,195)	Tid \times Grupp F _(1,195)	Inom (d)	Mellan (d)
Kunskapstest (enkel poäng)	Beh.	7.3 (1.8)	8.8 (1.7)	48.4**	6.7*	40.0**	0.84	0.74
	Kontr.	7.5 (1.6)	7.5 (1.8)				0.05	
Kunskapstest (vägd poäng)	Beh.	8.7 (7.5)	18.6 (8.7)	120.7**	19.1**	86.5**	1.23	1.09
	Kontr.	8.9 (7.4)	9.7 (7.6)				0.11	

* $p \leq .01$, ** $p < .001$

Not. Beh. n=98, Kontr. n=99. Primära: LSAS-SR = Liebowitz Social Anxiety Scale self-report; SPSQ = Social Phobia Screening Questionnaire; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale. Sekundära: BAI = Beck Anxiety Inventory; MADRS-S = Montgomery Åsberg Depression Rating Scale - Self report; QOLI = Quality of Life Inventory.

Samband mellan psykoedukation och behandlingsutfall

Förändringspoängen på kunskapstestet (för enkel respektive vägd poängsättning) korrelerades med förändringspoäng på samtliga primära utfallsmått (LSAS-SR, SPSQ, SPS, SIAS) och sekundära utfallsmått (BAI, MADRS-S, QOLI). Resultatet visade en signifikant korrelation mellan förändringspoäng på kunskapstestet och förändringspoäng på SPS ($r = .29$ för den enkla poängsättningen och $r = .23$ för den vägda). Det framkom även en signifikant korrelation med förändringspoäng på kunskapstestet (vägd poängsättning) och förändringspoäng på SPSQ ($r = .26$). Övriga

korrelationer var inte signifikanta (se tabell 5). Enligt Cohen (1988) kan $r = .1$ betraktas som en liten effekt, $r = .3$ som en medelstor effekt och $r = .5$ som en stor effekt.

Tabell 5

Korrelationskoefficienter för förändringspoäng på kunskapstestet (enkel respektive vägd poängsättning) och förändringspoäng på samtliga utfallsmått

	Kunskap enkel poäng	Kunskap vägd poäng
Förändringspoäng utfallsmått		
LSAS-SR	$r = .12$	$r = .11$
SPSQ	$r = .18$	$r = .26^{**}$
SPS	$r = .29^{**}$	$r = .23^*$
SIAS	$r = .12$	$r = .13$
BAI	$r = .10$	$r = .07$
MADRS-S	$r = .10$	$r = .02$
QOLI	$r = .08$	$r = .09$

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

Not. $n = 97$. Primära: LSAS-SR = Liebowitz Social Anxiety Scale self-report; SPSQ = Social Phobia Screening Questionnaire; SPS = Social Phobia Scale; SIAS = Social Interaction Anxiety Scale. Sekundära: BAI = Beck Anxiety Inventory; MADRS-S = Montgomery Åsberg Depression Rating Scale - Self report; QOLI = Quality of Life Inventory.

Diskussion

Syftet med föreliggande studie var att inom ramen för en Internetbehandling av social fobi undersöka huruvida det finns ett samband mellan alliansskattning och behandlingsutfall. Ytterligare ett syfte var att med hjälp av ett kunskapstest undersöka vilken betydelse deltagarnas ökade kunskapsnivå har för utfallet i behandlingen. I anslutning till detta undersöktes även om behandlingsgruppens kunskapsnivå ökar i jämförelse med kontrollgruppens. De goda resultat från tidigare studier inom SOFIE-projektet replikerades och visade att Internetbaserad KBT-behandling med terapeutstöd via e-post har robust effekt som är bättre än väntelista. Resultatet visade på statistiskt säkerställda skillnader i kunskapsnivå mellan behandlings- och kontrollgrupp där behandlingsgruppen tillgodogjort sig mer kunskap om social fobi och behandling. Det framkom inte några signifikanta samband mellan allians och behandlingsutfall. Vad gäller sambanden mellan ökad kunskapsnivå och behandlingsutfall är resultatet inte lika entydigt. Psykoedukation verkar emellertid inte ha en avgörande betydelse för behandlingen eftersom de flesta av de undersökta korrelationerna var icke-signifikanta. Nedan följer en utförligare resultatdiskussion.

Allians

Allians och behandlingsutfall

Resultatet visade, som nämnts, inte på någon signifikant korrelation mellan allians mätt med WAI och behandlingsutfall vilket motsäger resultat i tidigare forskning inom traditionell psykologisk behandling (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Barber et al., 2000; Strauss et al. 2006; Baldwin et al., 2007). Vid en jämförelse med tidigare Internetbehandlingsstudier finner man både resultat som överensstämmer med fynden i föreliggande studie (Wiwe, 2005; Hallberg, 2008) och resultat som går i motsatt riktning (Linna, 2007). Den senare fann ett starkt signifikant samband mellan allians mätt under behandlingen och behandlingsutfallet. Resultaten från Knaevelsruds och Maerckers (2006) studie om betydelsen av allians i en Internetbehandling för traumatiserade patienter går till viss del i linje med fynden i föreliggande studie. De fann endast ett svagt samband med ett av sina utfallsmått när de undersökte relationen mellan allians och behandlingsutfall.

Resultatet av WAI

I genomsnitt ligger deltagarnas skattningar mellan svarsalternativen *ofta* och *väldigt ofta* på de positivt riktade frågorna om allians och mellan *sällan* och *då och då* på de negativt riktade frågorna vilket tolkas som att man har en positiv syn på alliansen (se bilaga C för WAI). Resultatet är dock något svårtolkat eftersom WAI saknar normering. Enligt Gilbert och Leahy (2007) får man ofta höga WAI-skattningar inom KBT. Resultatet i denna studie är aningen lägre än vad som framkommit i andra Internetbaserade behandlingsstudier (Cook & Doyle, 2002; Wiwe, 2005; Hallberg, 2008; Linna, 2007) och studier på traditionell terapi (Bussery & Tyler, 2003) som använt instrumentet.

Task, goal och bond

WAI visade en god intern konsistens i föreliggande studie vilket går i linje med tidigare forskning (Hansson et al., 2002). Korrelationen mellan totalpoäng och poäng på delskalorna var hög och likaså korrelationen mellan de olika delskalorna. Den genomsnittliga poängen visade även på mycket små skillnader mellan delskalorna.

Detta talar emot den forskning av Andrusyna et al. (2001) som tydde på att skalan borde delas upp i två separata begrepp med *task* och *goal* i den ena faktorn och *bond* i den andra. Med bakgrund av resultatet kan det även diskuteras huruvida det är meningsfullt att dela upp WAI-skalan i tre faktorer.

Då Internetbehandlingen är mål- och uppgiftsfokuserad hade man kunnat förvänta sig ett högre resultat på skalorna *task* och *goal* på bekostnad av *bond*. Att så inte blev fallet kan tolkas som stöd för att det är möjligt att knyta an känslomässigt genom skriftlig kommunikation.

Höga alliansskattningar

En förklaring till de höga skattningarna av alliansen i Internetbehandlingar kan vara att det inte finns lika mycket utrymme för terapeuten att göra bort sig som i traditionell psykoterapi. Då interaktionen inte sker i realtid kan behandlaren i lugn och ro formulera väl genomtänkta svar. Fysiska attribut och annat synligt som kan tänkas påverka alliansen blir inte lika viktigt eftersom man inte ses personligen och det enda som deltagaren kan utvärdera är den författade texten.

Knaevelsrud och Maercker (2006) menar att en förklaring till att de i sin studie endast fann svaga korrelationer kan vara att i stort sett samtliga deltagarna skattade alliansen väldigt högt. Alliansen skattades genomgående högt av deltagarna även i föreliggande studie och man kan fundera över huruvida sambandet hade blivit starkare om fler deltagare skattat lågt. En möjlig tolkning av alliansens betydelse för behandlingsutfallet är att den måste uppnå en viss "miniminivå" för att terapin ska vara möjlig att genomföra. När denna tröskelnivå väl är nådd påverkas inte behandlingsutfallet nämnvärt av att klienten skattar alliansen högre.

Behövs terapeuten?

Att det inte framkom något samband mellan allians och behandlingsutfall ger grund för en diskussion om terapeutens roll och uppgift i en Internetbehandling. Om alliansen inte är avgörande kan man fråga sig huruvida terapeuten behövs överhuvudtaget. Skulle datorer kunna ta över hela arbetet? En tidigare studie inom SOFIE-projektet har visat att ren självhjälp (biblioterapi) ger nästan lika goda behandlingsresultat som självhjälp med e-poststöd (Clevberger, 2005; Furmark et al., 2009). Däremot visade en metaanalys av Spek et al. (2007) att Internetbaserad KBT för depression och ångestsyndrom hade större genomsnittlig effekt när deltagarna fick stöd av en terapeut under behandlingen. Liknande fynd gjordes i en litteraturgranskning av Palmqvist, Carlbring och Andersson (2003). Newman et al. (2003) menar att det är oklart hur mycket terapeutstöd som behövs vid behandling av ångestsyndrom. Vidare understryker författarna att behandling som till största del består av självhjälp är effektivt vid bland annat paniksyndrom medan självhjälpsbehandling med minimal terapeutkontakt har effekt vid de flesta typer av ångestsyndrom.

Förväntningar på relationen

Det är också intressant att fundera över deltagarnas förväntningar inför behandlingen. Personers upplevelse av vad en terapeutisk behandling innebär och hur viktig den personliga relationen är skiljer sig åt, och forskningen har visat att positiva förväntningar predicerar bra behandlingsutfall (Werbart, Lillengren & Philips, 2008). Det skulle kunna vara så att de som sökte sig till SOFIE-projektet inte hade så stora

förväntningar på relationen till en terapeut, men desto större på att få ta del av det skriftliga materialet och att lära sig nya tekniker och färdigheter. De som istället lägger större vikt vid den personliga relationen kanske i högre utsträckning söker sig till mer traditionell terapi, där kvalitén på alliansen också har visat sig ha betydelse för utfallet. Utifrån detta resonemang är alliansen inte lika viktig vid en Internetbehandling som vid traditionell psykoterapi, en slutsats som också styrks av frånvaron av samband med behandlingsutfall i föreliggande studie. I ett framtida projekt skulle det vara intressant om rekrytering av deltagare till en Internetbehandling istället gjordes bland sökande till traditionell behandling.

Byråldseffekten

Inom forskarvärden finns det en risk för att studier som visar på signifikanta resultat blir publicerade i större utsträckning än de som inte får signifikanta resultat, det så kallade "byråldeproblemet" (Clark-Carter, 2004). Det är med andra ord möjligt att det finns flera studier som, liksom vi, inte funnit ett samband mellan allians och behandlingsutfall men som inte blivit publicerade.

Att alliansen sedan länge setts som något heligt inom psykoterapiforskningen kan även det ha lett till snedvriden bild av dess verkliga betydelse. Förespråkare för de gemensamma faktorernas betydelse kanske tror så mycket på sin egen ståndpunkt att de har svårt att se bevis för motsatsen. Det är även möjligt att man som terapeut gärna vill ha ett kvitto på sin egen insats vilket ett stöd för alliansens effekt kan sägas utgöra.

Svårigheter med designen

Att utforma ett experiment där den ena gruppen blir tilldelade terapeuter som får instruktioner om att försöka skapa en dålig allians är inte etiskt genomförbart. En svårighet med alliansforskningen blir därmed att man oftast hänvisas till en korrelationsdesign vilket innebär att vi inte kan dra några kausala slutsatser om huruvida alliansen påverkar utfallet. Ytterligare ett problem med att undersöka alliansen är att den är svår att isolera som en enskild komponent eftersom alliansen hela tiden skapas och verkar i samspel med de övriga komponenterna i terapin. Vidare utformas studier sällan med fokus på att undersöka allians utan fenomenet studeras ofta som ett tillägg i forskning om behandlingsutfall (Holmqvist & Philips, 2008). Metoden är således inte helt ämnad för ändamålet vilket även är fallet i föreliggande uppsats.

Att mäta allians med WAI

Man kan ifrågasätta huruvida det går att täcka av ett så vitt och komplicerat begrepp som allians med ett självskattningsformulär som WAI. Det bör även understrykas att originalversionen av WAI utvecklades för att mäta alliansen i traditionell terapi.

Ett intryck vi har fått är att forskningen riktat stort fokus på vilken tidpunkt alliansen predicerar behandlingsutfall bäst, men inte hur man skall gå tillväga för att få en så heltäckande bild av alliansen som möjligt. Flera studier påvisar fördelar med att mäta alliansen tidigt eftersom sambandet med utfall då är som störst (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Symonds, 1991; Strauss et al., 2006). Men vad betyder det egentligen att en skattning av alliansen i början av behandlingen har ett starkare samband med utfall än en senare mätning? En tolkning skulle kunna vara att man får en mer rättvis bild av alliansen senare i behandlingen, då klient och terapeut har

spenderat mer tid tillsammans, men att denna inte har en lika stark koppling till behandlingsutfallet. Det har däremot den tidigare skattningen som dock skulle kunna representera något annat än just alliansen. Majoriteten av de studier som undersökt klientens förväntningar på utfall med psykoterapins faktiska utfall har visat på ett signifikant samband (Werbart, Lillengren & Philips, 2008) och den tidiga skattningen av alliansen skulle, som tidigare nämnts, kunna vara ett uttryck för klientens förväntningar. I den kvalitativa utvärderingen (se bilaga C) framkommer att flera tycker att det är för tidigt att uttala sig om relationen till behandlaren vilket även framkom i uppsatsen av Linna (2007). Även Knaevelsrud och Maercker (2006) nämner det tidiga mättillfället i vecka fyra som en möjlig orsak till den svaga korrelationen med behandlingsutfall de fann i sin studie och uttrycker tvivel på att tre terapeut - klient kontakter är tillräckligt för att utvärdera alliansen i denna form av terapi.

I en studie av Wiwe (2005) skattades alliansen i två olika grupper. Den ena gruppen fick e-post behandling med stöd och återkoppling av sin behandlare och den andra fick en ren självhjälpsbehandling. Resultatet visade att den inte fanns någon skillnad i alliansskattning mellan de båda grupperna. Detta väcker återigen frågan vad det är man egentligen mäter med WAI, eller om allians kanske kan utvidgas till ren självhjälp och biblioterapi? Kan man utveckla en allians med en bok?

Horvath (2005) menar att den relativt korta perioden mellan Bordins teoretiska konceptualisering av alliansen och utvecklingen av olika instrument för att mäta denna gjorde att en diskussion kring de begränsningar som fanns i begreppet kom i skymundan. Vi liksom Horvath (2005) anser att det i framtiden bör skapas en mer teoretiskt debatt kring alliansbegreppet. Vi skulle också vilja se en djupare diskussion kring vad det är man egentligen mäter och en utveckling av mer förfinade instrument för att täcka av hela alliansbegreppet.

Alliansforskning i framtiden

Även om föreliggande studie visade att alliansen inte predicerade behandlingsutfallet så kan det av flera olika skäl ändå vara intressant att undersöka alliansen närmare inom ramen för en Internetbehandling. Dels utifrån den vikt alliansen har tillskrivits i traditionell terapi, och dels med tanke på att denna studie inte undersökt alliansens förändring över tid. Forskningen har visat att alliansen förändras under en terapins gång och att reparation och uppbyggnad av alliansen har betydelse för behandlingsutfallet (Kivlighan & Shaughnessy, 2000; Safran & Muran 2000; Stiles et al., 2004; Strauss et al. 2006). I föreliggande studie mättes alliansen enbart vid ett tillfälle vilket gör att vi inte kan uttala oss om detta. I framtida forskning vore det därför intressant att även i Internetterapi studera dessa fluktuationer i alliansen.

Reparation och återuppbyggnad av alliansen underlättas av att klienten vågar ta upp kritik med sin terapeut. Forskning har visat att klienter ofta har svårt att ta upp kritik riktad mot sin terapeut (Henkelman & Paulsson, 2006). Man kan spekulera i att detta förstärks ytterligare för en patientgrupp med social fobi där ett problem kan vara att uttrycka sin egen åsikt. Henkelman och Paulson (2006) har sammanställt olika metoder som terapeuten kan använda sig av för att uppmuntra klienten att uttrycka sin egen åsikt. En är att inkludera mätinstrument för att underlätta reflektion kring terapeutiska processen. Vi anser att WAI i detta syfte kan vara ett bra instrument att använda i en Internetbehandling.

Det skulle även vara intressant med fler kvalitativa studier om deltagarnas upplevelse av alliansen. En kvalitativ analys av e-postkommunikationen mellan deltagare och behandlare vore värdefull för att finna teman eller mönster som har samband med en positiv utvecklingen av alliansen.

Horvath (2005) anser att det inom traditionell terapi behövs mer forskning kring hur terapeuter kan tränas i att bygga en bra allians med sina klienter. Vi tänker att detta även kan bli aktuellt för terapi administrerad över Internet. Kan det vara så att det behövs en specialanpassad utbildning för de terapeuter som skall jobba med Internetbehandling, där man till exempel får extra träning i att uttrycka sig i text?

Psykoedukation

Ledde Internetbehandlingen till ökade kunskaper?

Resultatet på kunskapstestet visade att behandlingsgruppens kunskapsnivå ökade signifikant i jämförelse med kontrollgruppens. Detta visar på att den Internetbaserade behandlingen inom SOFIE-projektet leder till en ökad kunskap om social fobi och behandling. Man kan även dra slutsatsen att det diskussionsforum som kontrollgruppen hade tillgång till inte hade någon påverkan på deltagarnas kunskapsnivå.

Resultatet går i linje med tidigare forskning av Scogin et al. (1998) som inom ramen för en kognitiv självhjälpsbehandling för depression fann att man med ett kunskapstest, utvecklat av forskarna och baserat på självhjälpsmaterial, kunde diskriminera ut de deltagare som hade läst boken mot dem som inte gjort detta. Även Carlsson och Johansson (2007) kom fram till en liknande slutsats. Med hjälp av ett kunskapstest, konstruerat av författarna själva, kunde de diskriminera ut mellan deltagare som genomgått en Internetbehandling för generaliserat ångestsyndrom och deltagare som inte fått behandlingen.

I föreliggande studie fick grupperna höga poäng på kunskapstestet vid det första mättillfället. En förklaring kan vara att deltagarna i studien sökte upp information om projektet via Internet. Det är troligt att dessa personer även är aktiva vad gäller att söka information om social fobi och behandling på andra håll. Deltagarna i studien hade också en hög genomsnittlig utbildningsnivå vilket troligtvis var en orsak till den höga initiala kunskapsnivån.

Någon kontroll över om deltagarna använde hjälpmedel då de besvarade kunskapstestet förekom inte. Det finns alltid en risk för social önskvärdhet i situationer där svaren skall bedömas av andra. Denna risk är möjligen något förhöjd på grund av deltagarnas diagnos då personer som lider av social fobi ofta är rädda för att bli granskade av andra. Det kan tänkas att deltagarna inför sin behandling ville prestera bra och därför använde sig av otillåtna metoder.

Kunskapstestet rättades med två olika poängsystem, en enkel poängsättning och en vägdd. Variationen i svaren blev högre med den vägdda poängen, vilket gav bättre förutsättning att diskriminera mellan deltagarna. Med denna metod mättes inte längre enbart om deltagaren svarade rätt eller fel utan även hur säkra de var på sitt svar, vilket kan vara problematiskt då detta kan betraktas som ett personlighetsdrag.

Förhoppningsvis reduceras dock denna betydelse av att säkerhetsskattningen i lika stor utsträckning påverkar hur många poäng man får vid rätt svar som hur stort poängavdraget blir vid ett felaktigt svar.

Psykoedukation och behandlingsutfall

I föreliggande studie framkom endast svaga indikationer på att en ökad kunskapsnivå har ett samband med förbättrat behandlingsutfall. Signifikanta korrelationer framkom för två av de primära utfallsmåtten, SPSQ och SPS. Dock måste hänsyn tas till att korrelationerna är måttliga (r från .23 till .29) samt problem med masssignifikans (sammanlagt 14 korrelationsberäkningar genomfördes). Vidare framkom det inte några signifikanta samband mellan förändrad kunskapsnivå och några av de övriga utfallsmåtten. Sammantaget visade resultaten således att ökad kunskapsnivå inte verkar ha en avgörande betydelse för behandlingsutfallet, med reservation för tre av korrelationerna som antydde att kunskapsnivån faktiskt kan ha viss effekt. Det stora antalet deltagare samt det faktum att kunskapstestet visade god diskriminativ validitet ger tyngd åt fynden. Resultaten går i linje med forskning av Scogin et al. (1998) som inom ramen för en kognitiv självhjälpsbehandling för depression inte fann något signifikant samband mellan psykoedukation och behandlingsutfall. Ett liknande resultat erhöll Carlsson och Johansson (2007) då de undersökte sambandet mellan kunskap och grad av oro för patienter med generaliserat ångestsyndrom. Dock drar dessa författare slutsatsen att kunskap kan ha viss betydelse för hur personen upplever sin oro.

Scogin et al. (1998) betraktar kunskap som en förutsättning för ett bra behandlingsutfall men inte tillräckligt i sig. Denna ståndpunkt förefaller rimlig även i vår studie. Det är troligt att deltagarnas kunskapsnivå måste uppnå en viss "miniminivå" för att terapin ska vara möjlig att genomföra, det går till exempel inte att utföra en exponering utan att först informera om dess syfte. Men när denna tröskelnivå av kunskap väl är nådd kanske behandlingsutfallet inte påverkas nämnvärt av att deltagarna inhämtar mer kunskap.

Inom KBT är psykoedukation ofta integrerad med övriga behandlingskomponenter, vilket gör det svårt att isolera den specifika effekten. Vid exponeringsövningar ingår det till exempel att informera om syftet med interventionen samt det forskningsstöd som finns för tekniken. Svårigheten att isolera effekten av psykoedukation kan vara en förklaring till de svaga eller obefintliga samband som framkom mellan ökad kunskapsnivå och behandlingsutfall. Man kan spekulera vidare i hur psykoedukation mer indirekt kan ha betydelse för behandlingen. Att presentera prevalensstatistik för olika syndrom kan till exempel tänkas ha en validerande effekt och att redogöra för behandlingseffekter kan fungera motiverande.

En annan förklaring till frånvaron av samband mellan förändrad kunskapsnivå och behandlingsutfall kan vara att de som lärde sig mest var så fokuserade på faktainläring att det fick konsekvenser för den praktiska tillämpningen. För att få till stånd en terapeutisk förändring måste man våga prova nya beteenden (Kåver, 2006). Det är möjligt att inhämtning av kunskap i förlängningen kan bli ett undvikande av att göra praktiska övningar som exponeringar och ifrågasättning av tankar, två komponenter som har dokumenterad effekt i behandling för social fobi (se t ex Turk, Heimberg & Hope, 2001).

Trots att resultatet tyder på att psykoedukation inte har en avgörande betydelse för behandlingsutfallet i föreliggande studie, kan så vara fallet vid KBT-behandling för andra diagnoser än social fobi. Som tidigare nämnts är det mycket svårt att i övergripande termer uttala sig om vilka de verksamma komponenterna är i KBT eftersom det inte går att hänvisa till KBT som en metod. Verksamma mekanismer i KBT för depression behöver till exempel inte gälla för andra områden inom KBT (Andersson & Mörtberg, 2008). Shear et al. (1994) visade att psykoedukation kan vara viktigt för personer diagnostiserade med paniksyndrom. En tanke är att psykoedukation kanske är mindre viktigt vid diagnoser som social fobi där kriteriet "insikt om att rädslan är överdriven" finns med. Vid paniksyndrom upplever klienten ofta att han eller hon ska dö under en panikattack och i stunden saknas insikt om att rädslan är överdriven, medan en person med social fobi är mer medveten om att rädslan är orimlig. I KBT för paniksyndrom blir det därmed viktigt med information om vad en panikattack är för något och att man inte dör av en sådan. Dock kan man även vid social fobi få en så kraftig ångest att kriterierna för en panikattack uppfylls.

Framtida forskning om psykoedukation

Utifrån fynden i föreliggande studie samt det faktum att det saknas forskning inom området kan värdet av de psykoedukativa inslagen inom KBT ifrågasättas, men med detta inte menat att det ska uteslutas. Deltagarnas utvärderingar har sedan SOFIE-1 visat att många upplevt att det har varit för mycket kunskap att inhämta under den utsatta behandlingsperioden. Vad skulle hända om man skar ner på dessa inslag i behandlingen? Att minska ned på faktamängden skulle dessutom göra KBT mer lättillgängligt för barn och personer med läs- och skrivsvårigheter. Ett framtida upplägg inom SOFIE-projektet skulle därför kunna vara att korta ned och förenkla de psykoedukativa inslagen i modulerna och se om behandlingens effekt då kvarstår.

Vidare skulle det vara intressant att undersöka psykoedukation i behandling för social fobi med en experimentell design liknande den i studien av Shear et al. (1994). I deras undersökning fick samtliga deltagare inledningsvis tre sessioner med psykoedukation och därefter fick hälften psykoterapi och hälften stödsamtal. Resultatet visade att båda grupperna förbättrades i samma utsträckning. Med hjälp av detta upplägg skulle man kunna få ytterligare information om betydelsen av psykoedukation i KBT-behandling för social fobi.

Social fobi och Internetbehandling

Behandlingseffekten i SOFIE-6 är jämförbar med tidigare studier i serien och även med internationell forskning (Titov, Andrews, Schencke, Drobny & Einstein, 2008). Av flera skäl är Internetbehandling extra intressant för personer som lider av social fobi. Att söka behandling i traditionell terapi innebär att man utsätts för en social situation, vilket många med diagnosen social fobi försöker att undvika. Forskning har också visat att de som lider allra mest av social fobi är de som i störst utsträckning undviker att söka hjälp (Erwin et al. 2004). Genom Internetbehandling kan man därför nå ut till fler behövande. Vi tror att Internetbehandling kan vara till stor nytta för dem som har en så allvarlig fobi att de inte vågar söka annan hjälp. Dessa personer kan därefter förhoppningsvis söka mer intensiv behandling om det fortfarande finns ett behov.

Det är intressant att spekulera i huruvida användning av Internet kan bidra till

ytterligare isolering och undvikande av sociala sammanhang. Forskningen om hur Internet påverkar människor visar som tidigare nämnts både på för- och nackdelar. En av grundstenarna i all fobibehandling är att klienten får lära sig att inte fly och att inte undvika då detta enligt KBT är en av de främsta orsakerna till att fobin vidmakthålls. Deltagarna i SOFIE tillåts ägna sig åt undvikande då de söker behandling via en hemsida, får behandlingen via Internet och är anonyma i diskussionsforumet med de andra deltagarna. I traditionell psykoterapi kan man på olika sätt använda själva mötet med terapeuten som ett ypperligt exponeringstillfälle, vilket är något som saknas vid en Internetbaserad behandling. Man kan fråga sig huruvida detta undvikande får konsekvenser för behandlingsutfallet. Vid jämförelse av effektstorlekar vid Internetbehandling för social fobi med dem för traditionell behandling ser man en likvärdig effekt (Furmark et al., 2006; Titov et al., 2008). En förklaring kan vara att de som får Internetbehandling hittar andra sätt att exponera sig för sociala situationer men det kan även vara så att de verksamma mekanismerna skiljer sig åt mellan behandlingsformerna.

Extern validitet

Det stora antalet deltagare i studien samt den goda spridningen vad gäller ålder och kön bidrar till generaliserbarheten i SOFIE-6. Att fler kvinnor än män deltog speglar prevalensen av social fobi i samhället (Furmark et al., 2006). Dock har ett *ad hoc* urval använts med personer som själva har sökt sig till denna typ av behandlingsstudie. Viss försiktighet bör iakttagas då urvalet är relativt snedfördelat vad gäller utbildningsnivå. Av deltagarna har 70 % eftergymnasial utbildning alternativt högskole- eller universitetsutbildning att jämföra med snittet i Sveriges befolkning i åldersgruppen 16 till 74 år som är 30 % (www.scb.se). Den höga utbildningsnivån kan tänkas hänga samman med att det behövdes viss datavana för att anmäla sig till studien. Tyvärr kan ingen statistik över var deltagarna befinner sig geografiskt redovisas inom ramen för denna uppsats. Det skulle vara intressant att utvärdera i hur stor utsträckning hela Sverige finns representerat samt hur många som bor i glesbygd respektive storstad.

Slutsats

Att undersöka vilka mekanismer som är verksamma i en psykologisk behandling är en stor utmaning för framtida psykoterapiforskare. Föreliggande studie visade att behandlingsgruppen tillgodogjort sig mer kunskap om social fobi och behandling i jämförelse med en kontrollgrupp. Dock framkom inte några starka samband mellan psykoedukation och behandlingsutfall. Vidare visade resultatet att allians inte var associerat med behandlingsutfall vid Internetadministrerad KBT för social fobi. Föreliggande studie kan därmed liksom tidigare forskning konstatera att psykoterapi är effektiv, men *vad* som gör psykoterapi effektivt återstår att svara på.

Psykoterapidebatten inom psykologkåren i Sverige har under lång tid handlat om vilken terapiform som ger bäst resultat. I en tid där psykologer lånar tekniker av varandra och nya psykoterapiformer uppstår ur gamla kan det vara dags att flytta fokus till vilka mekanismer som faktiskt bidrar till förändring. Det är också ett steg i riktning mot att ytterligare kvalitetssäkra psykologisk behandling.

Referenser

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition*. American Psychiatric Association: Washington DC.

Andersson, G. (2005). Fakta och Fiction inom psykoterapiforskning. *Sokratens*, 4, 6-8.

Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthar, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Burman, 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., & Mörtberg, E. (2008). Verksamma mekanismer i kognitiv och beteendearriktad terapi (KBT). I Holmqvist, R. & Philips, B. *Vad är verksamt i psykoterapi?* (pp. 68-98). Stockholm: Liber AB.

Andrusyna, T. P., Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., & Luborsky, L. (2001). The factor structure of the Working alliance inventory in Cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 173-178.

Baldwin, S.A., Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance–outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.

Baker, S. L., Heinrich, N., Kim, H.-J., & Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 701-715.

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032.

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatment. *American Psychologist*, 59, 869-878.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.

Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. I Lambert, M. J (Ed.). *Bergins and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change* (4 ed). (pp. 227-306). New York, John Wiley and Sons.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the Working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.

Bower, P., & Gilboudt, S. (2005). Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *British Journal of Psychiatry*, 186, 11-17.

- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Scale and the Social Phobia Scale across the Anxiety Disorders. *Psychological Assessment, 9*, 21-27.
- Bussery, M. A., & Tyler, J. D. (2003). Interchangability of the Working Alliance Inventory and Working Alliance Inventory, Short Form. *Psychological Assessment, 15*, 193-197.
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Richards, J. C., 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., & Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior, 22*, 545-553.
- Carlbring, P., Furmark, T., Stetcko, J., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via e-mail for social phobia. *Clinical Psychologist, 10*, 30-38.
- Carlsson, E., & Johansson, J. (2007). Att mäta psykoedukation- kunskapstest för personer som genomgått kognitiv beteendeterapi för generaliserat ångestsyndrom via Internet. Opublicerad examensuppsats Linköping universitet, Linköping.
- Clark-Carter, D. (2004). *Quantitative psychological research - a students' handbook*. New York: Psychology Press.
- Cleveberger, P. (2005). *SOFIE-projektet- En kontrollerad studie av biblioterapi vid social fobi*. Opublicerad examensuppsats, Uppsala Universitet, Uppsala.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: L. Erlbaum Associates.
- Cohen, G. E., & Kerr, B. A. (1998). Computer-mediated counseling: An empirical study of a new mental health treatment. *Computers in Human Services, 15*, 13-26.
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary Results. *Cyberpsychology & Behavior, 5*, 95-105.
- Creamer, M., Foran, J., & Bell, R. (1995). The Beck Anxiety Inventory in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 477-485.
- Den Boer, P. C. A. M., Wiersma, D., & Van den Bosch, R. J. (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? *Psychological Medicine, 34*, 959-971.
- DeRubeis, R. J., Brotman, A. M., & Gibbons, C. J. (2004) A conceptual and metodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*, 174-229.

- Ehler, A., Clarke, D. M., Hackman, A., McManus, F., Fennell, M., Hergbert, C., & Mayou, R. A. (2003). Randomized controlled trial of Cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 1024-1032.
- Erwin, B. A., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., & Hantula, D. A. (2004). The Internet: home to a severe population of individuals with social anxiety disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, *18*, 629-646.
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 578-582.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (1997). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders Non Patient Edition (SCID-I/NP Version 2.0 4/97 revision). Washington DC, American Psychiatric Press.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1999). *Handbok: SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz Anxiety Scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, *31*, 1025-1035.
- 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.
- Furmark, T., Tillfors, M., Everz, P. O., Marteinsdottir, I., Gefvert, O., & Fredrikson, M. (1999). Social Phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 416-424.
- Furmark, T., Holmström, A., Sparthán, E., Carlbring, P., & Andersson, G. (2006). *Social fobi-Effektiv hjälp med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Liber AB.
- Furmark, T., Carlbring, P., Erik Hedman, E., Sonnenstein, A., Clevberger, P., Bohman, B., Anneli Eriksson, A., Hållén, A., Frykman, M., Holmström, A., Sparthán, E., Maria Tillfors, M., Lisa Ekselius, L., & Gerhard Andersson, G. (2009). Text-based treatments for social phobia: Pure bibliotherapy vs. Internet-delivered bibliotherapy with limited therapist guidance. (Insänt manuskript).
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, *27*, 143-153.
- Gaston, L., Marmer, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, *1*, 104-113.

- Ghosh, A., Marks, I., Carr, A. (1988). Therapist contact and outcome of self-exposure treatment for phobias: a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, *152*, 234-238.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007) *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. New York: Routledge.
- Glasgow, R. E., & Rosen, G. M. (1978). Behavioral bibliotherapy: A review of self-help behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, *85*, 1-23
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in Psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *46*, 1023-1035.
- Gonzalez-Pinto, A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J., Gutierrez, M., Mosquera, F., & Perez de Heredia, J. L. (2004). Psychoeducation and Cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 83-90.
- Graham, C., Franes, A., Kenwright, M., & Marks, I. (2000). Psychotherapy by computer: a postal survey of responders to a teletext article. *Psychiatric Bulletin*, *24*, 331-332.
- Hallberg, J. (2008). *Arbetsalliansen i Internetadministrerad KBT- behandling för Erekttil Dysfunktion*, Opublicerad examensuppsats, Linköpings universitet, Linköping.
- Hanson, W. E., Curry, K. T., & Bandalos, D. L. (2002). Reliability generalization of Working Alliance Inventory scale scores. *Educational and Psychological Measurement*, *62*, 659-673.
- Henkelman, J., & Paulson. (2006). The clients as expert: Researching hindering experiences in counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, *19*, 139-150.
- Holmqvist, R. (2008). Behandlingsrelationens betydelse för utfallet. I Holmqvist, R. & Philips, B. *Vad är verksamt i psykoterapi?* (pp. 211-228). Stockholm: Liber AB.
- Holmqvist, R., & Philips, B.(2008). Verksamma mekanismer och evidensfrågan. I Holmqvist, R. & Philips, B. *Vad är verksamt i psykoterapi?* (pp. 229-240). Stockholm: Liber AB.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*, 223-233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*, 139-149.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 561-573.

- Horvath, A. O. (2005) The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research, 15*, 3-7.
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 258–263.
- Kazdin, A. E. (1979) Nonspecific treatment factors in psychotherapy outcome research. *Journal of Clinical Psychology, 47*, 846-851.
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of Working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 362-371.
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the Quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy? *Journal of Medical Internet Research, 8*, e31.
- Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T., & Scherlis, W. (1998). Internet paradox. a social technology that reduces social involvement and psychological well-being? *American Psychologist, 9*, 1017-1031.
- Kåver, A. (1999). *Social fobi. Att känna sig granskad och bortgjord*. Stockholm: Cura.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 356-361.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I Lambert, M. J (Ed). *Bergins and Garfields handbook of psychotherapy and behavior change (4 ed)*. (pp. 139-193). New York: John Wiley and Sons.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hucovicova, M., Van de Ven, J., Schieken, B., & Emmelkamp, P. M. G. (2003). Interapy: A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 901-909.
- Linna, E. (2007). Allians och Internetbehandling – om arbetsalliansens förändring och samband med behandlingsutfall vid individualiserad Internetbehandling för ångestsyndrom. Opublicerad examensuppsats Linköping universitet, Linköping.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berrman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The Dodo bird verdict is alive and well - Mostly. *American Psychology Association, 9*, 2-12.

- Mallen, M. J., Day, S. J., & Green, M. A. (2003). Online versus face-to-face conversations: An examination of relational and discourse variables. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40, 155-163.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 455-470.
- McCrone, P., Knapp, M., Proudfoot, J., Ryden, C., Cavanagh, K., Shapiro, D. A., Ilson, S., Gray, J. A., Goldberg, D., Mann, A., Marks, I., Everitt, B., & Tylee, A. (2004). Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 55-62.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Newman, M. G., Erickson, T., Przeworski, A., & Dzus, E. (2003). Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: Is human contact necessary for therapeutic efficacy? *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 251-274.
- 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.
- Ponniah, K. & Hollon, S. D. (2008) Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 38, 3-14.
- Proudfoot, J. G. (2004). Computer-based treatment for anxiety and depression: is it feasible? Is it effective? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 353-363.
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D. A., Goldberg, D., Mann, A., Tylee, A., Marks, I., & Gray, J. A. (2004). Clinical efficacy of computerized cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 185, 46-54.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Scogin, F., Jamison, C., Floyd, M., & Chaplin, W. F. (1998). Measuring learning in depression treatment: A cognitive bibliotherapy test. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 475-482.

- Scogin, F. R. (2003). Introduction: the status of self-administered treatment. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 247-249.
- Shear, M. K., Paul, P. A., Cloitre, M., & Leon, A. C. (1994). Cognitive behavioral treatment compared with nonprescriptive treatment of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 51*, 395-401.
- Shepherd, R-M., & Edelman, R. J. (2005). Reasons for Internet use and social anxiety. *Personality and Individual Differences, 39*, 949-958.
- Skarderud, F. (2003). Sh@me in Cyberspace. Relationships Without Faces: The E-media and Eating Disorders. *European Eating Disorders Review, 11*, 155-169.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internetbased cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine, 37*, 319-328.
- Stiles, W. B., Glick, M. J, Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology, 51*, 81-92.
- Strauss, J. L., Johnson, S. L., Laurenceau, J.-P., Hayes, A. M., Newman, C. F., Brown, G. K., Barber, J. P. & Beck, A. T. (2006). Early alliance, alliance ruptures, and symptom change in a nonrandomized trial of cognitive therapy for avoidant and obsessive compulsive personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 337-345.
- Suler, J. (2004) The online disinhibition effect. *CyberPsychology & Behavior, 7*, 321-326.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 89*, 21-28.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders, 64*, 203-216.
- Thorndike, F. P., Carlbring, P., Smyth, F. L., Magee, J., Gonder-Frederick, L., Öst, Ö.-G., & Ritterband, L. M. (in press). Web-based Measurement: Effect of Completing Single or Multiple Items per Webpage. *Computers in human behaviour*.
- Titov N, Andrews G, Schwencke G, Drobny J, Einstein D. (2008) Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*, 585-94.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 207-210.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (2001) Social anxiety disorder. I Barlow, D. H. *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*. (pp. 114-153). New York: The Guilford press.

Tylee, A.(2001). Major depressive disorder (MDD) from patient's perspective: overcoming barriers to appropriate care. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5, 37-42.

Walther, J. B., & Burgoon, J. K. (1996) Relational communication in computer-mediated interaction. *Human Communication Research*, 19, 50-88.

Wampold, B, E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahaw, New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Werbart, A., Lillengren, P., & Philips, B. (2008) Patienters syn på verksamma faktorer. I Holmqvist, R. & Philips, B. *Vad är verksamt i psykoterapi?* (pp. 160-179). Stockholm: Liber AB.

Wiwe, M. (2005). En hjälpare hand i cyberspace? En sambandsstudie med syfte att undersöka arbetsalliansens betydelse för behandlingsutfall vid Internetbehandling mot depression. Opublicerad examensuppsats Uppsala universitet, Uppsala.

Wright, J. H., & Wright, A. (1997). Computer-assisted psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 315-329.

Zabinski, M. F., Celio, A. A., Wilfley, D. E., & Taylor, C. B. (2003). Prevention of eating disorders and obesity via the internet. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 137-150.

Zuroff, D., & Blatt, S. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 130-140.

Bilaga A.

WAI Internet – under behandling

Frågorna 1, 2, 8, 12 tillhör delskalan ”task”

Frågorna 3, 5, 7, 9 tillhör delskalan ”bond”

Frågorna 4, 6, 10, 11 tillhör delskalan ”goal”

1. Jag tror att jag och min behandlare är eniga om vad jag måste göra i Internet-behandlingen för att förbättra min situation.

1 Aldrig

2 Sällan

3 Då och då

4 Ganska ofta

5 Ofta

6 Väldigt ofta

7 Alltid

2. Jag tror att det jag gör i Internet-behandlingen kommer att ge mig nya sätt att se på mina problem.

3. Jag tycker att min behandlare uppskattar mig och visar detta i vår e-mail kontakt.

4. Jag befärar att min behandlare inte förstår vad jag vill försöka uppnå med Internet-behandlingen.

5. Jag litar på att min behandlare kan hjälpa mig om jag stöter på problem i min Internet-behandling.

6. Jag tycker att min behandlare och jag är eniga om målen med min Internet-behandling.

7. Jag tror att min behandlare uppskattar att arbeta med mig i Internet-behandlingen.

8. Jag tycker att jag och min behandlare är eniga om vad som är viktigt för mig att arbeta med i Internet-behandlingen.

9. Jag tycker att jag och min behandlare kan lita på varandra.

10. Jag befärar att jag och min behandlare har olika uppfattningar om min problematik.

11. Jag tycker att jag och min behandlare har kommit fram till en bra gemensam förståelse om vilka slags förändringar som kommer att vara till hjälp för mig.

12. Jag tycker att jag och min behandlare arbetar med mina problem på ett passande sätt i Internet-behandlingen.

Bilaga B.

Slutgiltigt kunskapstest

Hej!

Nu innan behandlingen skall starta skulle vi vilja be dig att besvara ytterligare några frågor. Denna gång är det några korta kunskapsfrågor om social fobi och behandling. Det tar ca 5 till 10 minuter att besvara dem. En del av frågorna är svåra och det är naturligtvis inte meningen att du ska kunna svaren på alla. Vi ber dig bara svara så gott du kan utan att försöka leta reda på rätt svar. Tänk inte för länge på varje fråga. Inga hjälpmedel skall användas under tiden. Svaren kommer att behandlas helt anonymt och bara användas i vår forskning. Tack på förhand och lycka till!

1. Vad utgör kärnproblematiken i social fobi?

1. Ett starkt obehag i situationer där man kan förlora kontrollen.
2. En stark överdriven rädsla i situationer där man känner sig värderad eller granskad av andra.
3. En stark rädsla för att befinna sig i folksamlingar.

- Hur säker är du på ditt svar?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt eller nästan helt säker

2. En huvudregel i all fobibehandling är ...

1. ... att lyssna på sin kropps signaler.
2. ... att inte fly och att inte undvika.
3. ... att kämpa emot sin ångest

Hur säker är du på ditt svar?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt eller nästan helt säker

3. Vad är ett säkerhetsbeteende?

1. Små knep man tar till i problemsituationer för att dölja tecken på ångest eller nervositet.
2. Beteenden som går ut på att försäkra sig om att omgivningen är så trygg och säker som möjligt.
3. Beteenden som går ut på att dölja tecken på nervositet och som på sikt hjälper dig att bli av med din fobi.

Hur säker är du på ditt svar?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt eller nästan helt säker

4 Vilket av nedanstående alternativ är en beskrivning av negativa automatiska tankar?

1. Korta medvetet styrda tolkningar av situationer eller händelser.
2. Omedvetna negativa tankar kopplade till tidigare emotionella reaktioner.
3. Sekundsabba, knappt medvetna tankar eller bilder.

Hur säker är du på ditt svar?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt eller nästan helt säker

5 Vilket av följande påståenden är utmärkande för begreppet ”tankefälla”?

1. Tankefällor innebär att vi fastnar i ett ältande av tidigare upplevda misslyckanden.
2. Tankefällor är ett slags tankefel som bidrar till att vi får en snedvriden bild av verkligheten.
3. Tankefällor är en typ av tankemönster som är utmärkande för personer med social fobi och går ut på att man inte får göra bort sig.

Hur säker är du på ditt svar?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt eller nästan helt säker

6 Vad är det viktigaste ändamålet med målformuleringen inom kognitiv-beteendeterapi?

1. Att specificera vad man önskar förändra och hur det ska gå till.
2. Att utvärdera och påskynda behandlingsarbetet.
3. Att ta reda på var man fastnat vid eventuella motgångar i behandlingen.

Hur säker är du på ditt svar?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt eller nästan helt säker

7 Vad är ett grundantagande enligt kognitiv-beteendeterapi?

1. Antaganden om oss själva som skapats genom tidiga livserfarenheter och som är omöjliga att förändra.
2. De kognitiva huvudprinciper som måste följas för att behandlingen skall lyckas.
3. Grundantaganden kan jämföras med en slags djupt rotade fördomar som vi håller om oss själva.

Hur säker är du på ditt svar?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt eller nästan helt säker

8 Vad innebär exponering?

1. Att med hjälp av säkerhetsbeteenden stegvis utsätta sig för starkt ångestladdade situationer.
2. Att stegvis lära sig bemästra ångestladdade situationer tills de inte längre upplevs lika hotfulla.
3. Att med hjälp av ångestkurvan stegvis utmana tidigare grundantaganden tills de inte upplevs lika hotfulla längre.

Hur säker är du på ditt svar?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt eller nästan helt säker

9 En komponent i behandling för social fobi är att ”skifta fokus”, vad menas med det?

1. Att studera sig själv utifrån som i en film.
2. Att vara aktivt närvarande och rikta uppmärksamheten mot den egna personen.
3. Att rikta uppmärksamheten mot andras tankar, känslor och beteenden i ångestskapande situationer.

Hur säker är du på ditt svar?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt eller nästan helt säker

10 Vilken teknik rekommenderas inom kognitiv-beteendeterapi då man vill framföra sitt missnöje till någon annan?

1. Jag-budskap.
2. Exponering in vitro.
3. Aktivt lyssnande och slutna frågor.

Hur säker är du på ditt svar?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt eller nästan helt säker

11 Vilka av följande är de viktigaste orsakerna till att den sociala fobin är svår att bli av med?

1. Att man har negativa tankar, fokus på sig själv och undviker problematiska situationer.
2. Att man bearbetar tidigare inträffade sociala situationer på ett negativt sätt.
3. Att man får kroppsliga reaktioner (t.ex. hjärtklappning, svettning, rodnad) i problematiska sociala situationer.

Hur säker är du på ditt svar?

- Jag gissar
- Jag är ganska säker
- Jag är helt eller nästan helt säker

Bilaga C.

Kommentarer på WAI

- Det är svårt att svara på den här typen av korta frågor, eftersom både frågor och svar behöver förklaringar eller ex. för att det skall vara meningsfullt. Jag skulle också önska mer utvecklade svar på mina inskickade arbetsblad från min internetkontakt.
- Det hade varit önskvärt med ett svarsalternativt som t ex "vet ej" eller liknande. Jag ställer mig t ex frågan vad min handledares roll egentligen är. Även om min är bra och kommenterar mina uppgifter så vet jag inte vad det är för feedback jag skall, bör eller borde få av denna. Nu skickar jag in veckans övningar och får kommande veckas men jag antar att man ska göra någon analys eller uppföljning av dessa?
- Tycker möjligen att det är lite för tidigt att uttala mig om alla dessa saker. Kommer denna enkät i retur måntro?
- Jag fann det väldigt svårt att svara på dessa frågorna, dels för att det är för tidigt för mig att utvärdera både behandlingen och min behandlare och den lilla kontakt vi haft. Dels för att alternativen vi fick att välja på inte alltid passade. Jag hade velat ha ett "vet ej" alternativ samt att en del frågor hade varit bättre att svara med hur MYCKET det stämmer, snarare än hur OFTA det stämmer. Mina svar är därför lite missvisande, och säger inte nödvändigtvis vad jag faktiskt tycker.
- Lite tidigt ännu att ta ställning till många av frågorna.
- Tror nog att denna undersökning var lagd lite tidigt i behandlingen.
- Svarsalternativen passade inte så bra på alla frågor, t ex om internetterapeuten och jag kan lita på varandra? Jag skulle vilja ha "vet inte" - alternativ.
- Lite svårt att veta svaret på allt då vi inte har arbetat så länge tillsammans hittills. Hade varit lättare att svara i slutet av behandlingen.
- Saknade svaret Vet ej, för vissa frågor visste jag ärligt inte svaret på. Men jag förstår poängen med att inte ha en sån "smitväg".
- Jag hade förväntat mig lite längre och djupare svar på mina mail till min behandlare. Känns lite konstigt att få så fåordiga svar då jag för en gång skull blottar mina känslor för någon...Frågorna kommer lite för tidigt i behandlingen, tycker jag. Min behandlare och jag har inte hunnit ha så värst mycket kontakt. Kan kanske bero på att jag inte hittills, kontaktat henne så mycket.
- Tyckte det var lite svårt att svara på dom flesta frågorna då jag inte direkt pratat(skrivit) med min internet-terapeut utan bara skickat modul-svaren till henne och fått ny modul tillbaka. Men trots det har jag förtroende för henne och hon känns bra så det var så jag försökte svara på frågorna också.
- Lite svårt kanske att ge ett omdöme om min terapeut nu kanske eftersom mesta kontakten har gällt de uppgifter man fått. Någon gång har jag ställt en direkt fråga om vad hon som kvinna tycker om osäkra män, eftersom jag tror att kvinnor tycker att osäkra män är oattraktiva. Mycket riktigt fick jag inget svar på min fråga. En terapeut eller psykolog, svarar aldrig på en sån fråga; vad de tycker, utan speglar bara tillbaka frågan till en själv. Det visste jag ju, så jag får väl skylla mig själv.
- Det har gått så pass kort tid av behandlingen ännu, så det känns lite svårt att svara på dessa frågor. Men hittills är jag väldigt nöjd i alla fall.
- Jag tycker det är svårt att svara bestämt på vissa av dessa frågor, då jag inte haft så jättemycket kontakt med min behandlare. Jag har tex. aldrig stött på något stort problem, och

vet därför inte hur bra hjälp jag skulle få i problemsituationer. Kanske har jag inte utnyttjat min terapeut tillräckligt, jag har enbart skrivit svaren på varje veckas moduler och inte frågat så mycket utöver detta.

- Positivt att reflektera över behandling och terapeut. Lite svårt dock då relationen fortfarande är ganska "ny" men upplever en mycket positiv respons.
- Även om det har gått 4 veckor så är det svårt att bedöma om jag och min behandlare har samma syn på hur jag ska minska min sociala fobi.
- Jag halkade efter en vecka och har inte haft så mycket kontakt ännu, men den kontakt vi haft hittills känns bra.
- Jag tycker inte att vi egentligen har haft så mycket kontakt, men det beror väl till stor del på mig själv. Jag har väl bara skickat in mina hemuppgifter och fått feedback på dem. Däremellan har vi inte mailat med varann. Jag är dock i stora drag nöjd!
- Har inte så stor kontakt med min behandlare, skickar ju bara in uppgifterna!
- Det känns opersonligt, i den mån att jag får känslan av att min behandlare använder ctrl+c / ctrl+v väldigt mycket, när det kommer till att svara oss behandlade. Ett exempel är mitt första inlägg, där jag istället för att skriva svar direkt bifogade en fil. Fick till svar att "Oj va duktig du är! Väldigt bra tänkt!" För att sedan följas upp två dagar senare att behandlaren inte fått min info för att hon inte kunde öppna filen...typ så:)
- Svårt att veta riktigt hur förhållandet är till terapeuten, det är ju inte så tät kontakt precis, känns lite som en lärare som rättar mina uppgifter.
- Det känns som om min behandlare är en mycket ung och ambitiös person, vilket är bra, men det känns som om hennes önskan att vara korrekt och duktig överskuggar hennes förståelse av svårigheterna. Hon känns kanske inte så varm utan jag upplever att många stycken skriver hon exakt detsamma till alla. Men det kan vara förstås vara min tolkning av texten eller svårigheten att få fram något via text.
- Svårt att svara rättvist på kryssfrågorna. Min behandlare gör säkert sitt bästa men jag känner inte att jag får respons på mina funderingar/frågor utan hon skjuter upp svaren på framtiden, med argument att hon vet för lite om min problematik i nuläget, b vilket jag inte uppskattar. Sedan blir jag mest peppad för att jag e så duktig hela tiden vilket känns för mig som rena klyschor. jag gör mina uppgifter såklart men har slutat att fundera eller fråga i min konversation med henne eftersom jag vet att jag inte får svar eller respons för det. För mig har hon blivit en som sitter o checkar av att jag gjort mina hemuppgifter, och mailar mig om jag missat något, och skickar mig nästa modul varje måndag. Så jag ser materialet jag får som fantastiskt bra, jag blir hjälpt, men det är självstudier som gäller.
- Jag har eg. inte svarat på ett sådant sätt som jag tycker jag skulle vilja. Jag och min handledare har inte haft så mycket kontakt, eller personlig kontakt. Därför känns inte frågorna adekvata. Jag tror min handledare har många att besvara och därför inte riktigt kan ägna någon större tid åt varje individ. Jag tycker det är OK då jag har behållning av det jag läser och gör annars i behandlingen.
- Känns som om min behandlare är OTROLIGT engagerad!!
- Jag tycker det fungerar bra med min behandlare.
- Jag fick förtroende för min behandlare direkt, jag kände värme i första brevet och det är viktigt för mig.
- Trodde att det skulle kännas konstigt och opersonligt, men det känns kanon. Jättebra!!!

- Att ha personlig kontakt är viktigt för mig, vill kunna veta ungefär vem det är för att veta vad jag kan berätta och inte vill berätta. Det går ju inte i det här fallet, men jag skulle uppskatta att få veta ungefärlig ålder på min behandlare. Det är skillnad i livserfarenhet om man är 20 eller 60.
- Jag har nog bara inte förstått vilken möjlighet jag har... Är tanken att man ska kunna ställa personliga frågor, om sig själv, till behandlaren? Det är i sånt fall inget jag direkt utnyttjat. Möjligen hade jag svarat annorlunda på nån av frågorna då.
- Ang. fråga 9 ("8") - om enigheten med terapeuten om vad som är viktigt i behandlingen: Jag saknar diskussionen med min terapeut - som ett uttalat led i terapin, inte som en brist hos henne. Jo det finns utrymme inom modulens frågeställnings ramar. Men man har så mycket andra tankar som skulle behöva matchas. Kan visserligen ske på forumet (som jag tycker är jätteviktigt!), men där är det inte säkert att mitt inlägg besvaras eller är intressant för andra. Är jag kanske för lydig (fobikern problem)? Kan känna mig osedd (utan att det är terapeutens fel) som om modulfrågornas styrning begränsar bilden av mina problem. Kunde en idé vara att också terapeuten kan besvara mina inlägg - om än inte i Forumet utan i mailkontakten? Ang. fråga 10 ("9") Vet inte hur jag ska tolka "lita på". Som att vi har förtroende för varandra? Och i så fall när det gäller vad? Eller som att vi inte ljuger för varandra? Eller något annat?
- Jag upplever det som att min specifika sociala fobi som främst handlar om att jag inte vågar resa kollektivt eller gå ut i närområdet, inte riktigt stämmer in på mallen som följs under behandlingen. Har därför fått gå en egen väg, studera och välja bland alternativa metoder.
- Det skulle nog vara mer effektivt om man hade ett uppföljningssamtal efter varje vecka. Det är svårt att få fram via skrift allt.
- Har aldrig upplevt så bra genomslag någonsin ansikte-mot-ansikte. Största orsaken till detta är att man glömmer ca 80% inom ett dygn. Här kan man läsa och gå tillbaka och jobba med texten hur mycket man vill. Både teori och i relationen med terapeuten. Detta har tidigare varit ett stort problem för mig, just att komma ihåg vad som sagts.
- Jag tror på detta, men vet nu att jobbet är mitt i form av träning och åter träning. Problem som kan vara är just tiden.
- Det var svårt att svara på denna enkät av två anledningar:
1) jag har ett specifikt problem (endast) som jag inte alltid kan iscensätta och träna på under varje vecka.
2) jag vet inte om det är meningen att min terapeut skall ge mig konkreta uppgifter/råd i behandlingen efter varje vecka. Hittills har jag skrivit min läxa och fått svar att det ser bra ut osv men inte några direkta instruktioner. Jag har i och för sig inte bett om några heller. Är lite osäker på hur det är tänkt?! Det är därför som jag har svarat "då-och-då" för jag känner mig säker på att om jag behöver hjälp/svar i något specifikt ärende, så får jag det. Jag känner fullt förtroende för min terapeut i den bemärkelsen.
- Jag ska försöka ha mer kontakt med min behandlare. Det är jag som kanske inte skriver tillräckligt ofta (endast en gång i veckan).
- Jag upplever det så här långt som till stor del en informationsuppsamling med delvisa kommentarer, men knappast någon strategi för fortsatt arbete. Det kommer säkert. Just nu försöker jag hjälpa mig själv utifrån ledtext och erfarenheter och visst går det upp ett och annat, men kanske inte utifrån den hittills mottagna återkopplingen, som jag hade trott. Berätta gärna om hur gradvis problematik kommer att bli grund för en än mer relevant återkoppling. Jag har och avser att lägga ner > 5 t arbete/vecka, givetvis för min egen skull, men tror då också att det kommer att bli ett än större utbyte från min terapeut framöver.