

Anne-Marie Ahlstrand
Maria Martinez Karlsson

Anknytning och Internetbehandlad KBT

Anknytningens betydelse för att tillgodogöra sig
internetbehandlad terapi

The attachment pattern and Internet based CBT

The role of attachment pattern in
Assimilate Internet based CBT

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet
i kognitiv och beteendearikad psykoterapi
90 högskolepoäng

Datum/termin: 2014-12-09
Handledare: Anna Söderpalm Gordh
Examinator: Torsten Norlander

Sammanfattning

Internetbehandlad terapi är en relativt ny företeelse inom psykoterapin, som tog fart i mitten av 1990-talet i och med Internets intåg. Sverige är ett av de ledande länderna när det gäller forskningen. Tidigare forskning har mest fokuserat på behandlarens roll och relationen mellan behandlaren och patienten. Hittills har inga studier gjorts där man studerat sambandet mellan anknytningsmönster och förmågan att tillgodogöra sig internetbehandlad terapi. Därför var syftet med den här studien att undersöka om anknytningsmönstret har någon betydelse för att tillgodogöra sig internetbehandlad terapi. Hypotesen för den här studien var, *för att tillgodogöra sig internetbehandlad terapi, behöver patienten ha en Trygg anknytning*. Behandlare vid två olika vårdcentraler var ansvariga för att rekrytera och genomföra behandlingarna för de patienter som deltog i studien. Inledningsvis arbetade behandlarna enbart med individuell internetbehandling, men under studiens gång genomförde en av behandlarna även en internetbehandling i grupp för individer med diagnosen depression. Sammanlagt deltog 20 individer i studien varav 7 stycken gick i gruppbehandlingen. Inför internetbehandlingen fick respondenterna besvara en enkät samt självskattningsformuläret Relationship Questionnaire (RQ). Efter avslutad behandling fick respondenterna besvara ytterligare en enkät för att utvärdera internetbehandlingen. Resultatet visade att hypotesen stämde eftersom behandlingsutfallet blev bättre för de individer som hade en Trygg anknytning (anknytningsmönster B) jämfört med de som hade en Övrig anknytning (anknytningsmönster A, C och D). Däremot blev behandlingsutfallet bättre för de med Övrig anknytning då de gick i en gruppbehandling jämfört med de med Övrig anknytning som gick i individuell internetbehandlad terapi. Genom att utveckla behandlingsmetoder och förbättra urvalsmetoderna för de olika behandlingarna kan vi bli bättre på att möta den allt ökade efterfrågan på psykologisk behandling.

Nyckelord: Anknytningsmönster, internetbehandlad KBT, ångest, depression, individuell och gruppbehandling

Abstract

Internet based therapy is a rather new phenomenon in psychotherapy, initiated in the middle of 90's as the consumption of Internet grew. Sweden is one of the leading countries in the research field. Previous research has mostly been focus on the role of the therapist and on the relationship between the therapist and the patient. Despite previous research, there are no studies on the relationship between attachment pattern and the degree of assimilating the Internet based therapy. Therefore, the aim of this study was to examine whether attachment pattern is of significant impact to assimilate Internet based therapy. The hypothesis of this study was that, in order to assimilate Internet based therapy; the patient requires a secure attachment pattern. Therapists of two different health centers were in charge of the recruitment and treatment of the patients examined in this study. Initially, the Internet based therapy was based on individual sessions; however, during the period of this study, one of the therapists initiates the Internet therapy as a group session for patients suffering depression. In total, 20 individual attend the Internet based therapy, 7 of these followed the group sessions. Prior to the therapy, the respondents answered both an initial survey and a self-rated Relationship Questionnaire (RQ). After completion of the therapy, the patients replied to a questionnaire to evaluate the Internet based therapy. The results of the follow-up survey confirm the hypothesis indicating that patients with a secure attachment pattern showed better outcome of the therapy sessions compare to the patients with an unsecure attachment pattern. However, the results showed, when patients with an unsecure attachment pattern attended therapy in a group the outcome of the therapy sessions is better compare to the patients with an unsecure attachment that only attend the sessions individually. Further research is needed to study the difference in the outcome of group and individual therapy session. In order to respond to the growing need of psychological treatment, it is essential to develop the treatment methods to meet the need of the patients.

Key words : Attachment patterns, ICBT, anxiety, depression, individual and group therapy

Förord

Vi har båda arbetat länge inom det psykologiska behandlingsfältet och under åren har vi märkt hur efterfrågan på psykologisk behandling ökat allt mer. De traditionella behandlingsmetoderna fyller en mycket viktig funktion, men parallellt med dessa behöver alternativa behandlingsmetoder utforskas mer. Av den här anledningen har vårt intresse för internetbehandlad terapi väckts. Under vår psykoterapeututbildning har vi även fördjupat våra kunskaper inom anknytningsteorin och härmed såddes fröet till vår uppsats eftersom ingen hittills studerat sambandet mellan anknytningsmönster och internetbehandlad terapi.

Vi är mycket glada över att vi har kunnat genomföra den här studien och vill härmed tacka de personer som gjort den möjlig att genomföra:

De tre behandlarna som är verksamma vid vårdcentralerna i Jönköping som administrerade våra enkäter och som genomförde internetbehandlingarna. Stort tack för Er stora hjälpsamhet! Vidare vill vi tacka alla de patienter som tog sig tid att besvara våra frågor. Era svar har lett fram till ett mycket intressant resultat och kommer ligga till grund för fortsatt forskning. Sist men inte minst vill vi framföra vårt stora tack till vår handledare Anna Söderpalm Gordh som delat med sig av sin kompetens och med stor entusiasm väglett oss under uppsatsarbetet och gjort det här arbetet så stimulerande att genomföra. Vi vill även tacka Elina Martinez Olsson för hjälpen med att bland annat utforma tabeller och figurer.

TACK!

Inledning

Psykisk ohälsa är den främsta orsaken till längre sjukfrånvaro i Sverige. Enligt Försäkringskassans rapport om sjukfrånvaro i psykiska diagnoser, bland Sveriges befolkning 16-64 år, har antalet sjukfall som påbörjas med en psykisk diagnos ökat sedan 2009 (Lidwall, Palmer och Olsson/Bohlin, 2014) (Socialstyrelsen, 2010). Av de psykiska sjukdomarna är det främst stressrelaterade sjukdomar och depressioner som ökar. Sedan 2011 är de här sjukdomarna den vanligaste orsaken till att kvinnor får sjukpenning, men männen ligger idag inte långt efter. Mer än var tredje långvarigt sjukskriven kvinna hade en psykiatrisk diagnos 2011 och för var femte man var orsaken någon form av psykisk ohälsa (Lidwall, 2014).

Efterfrågan på psykologisk behandling ökat markant, men möjligheten att erhålla evidensbaserad psykologisk behandling inom primär- eller psykiatrisk öppenvård är starkt begränsad (Hedman, Carlbring, Ljótsson, Andersson 2014). Under de senaste 10 åren har det pågått en intensiv forskning om internetbehandling där forskningen visar på goda behandlingsresultat för ångest och depression som är jämförbara med sedvanlig KBT terapi (Hedman m.fl., 2014). De framgångsrika resultaten blir än mer intressanta med tanke på hur många internetanvändare det finns idag. 92 % av den svenska befolkningen är idag uppkopplad mot internet (Findahl, 2014). Datorn, surfplattor och mobiltelefoner har blivit ett hjälpmedel som används av det stora flertalet, allt ifrån små barn till den äldre befolkningen.

På det teoretiska planet hör man idag talas om internetbehandlingar, men hittills har det inte nått ut i våra verksamheter i någon större utsträckning. Ser vi till de behandlare som vi samarbetat med under vår studie är det ett begränsat antal patienter som gått igenom Internetbehandlad Kognitiv Beteende Terapi (IKBT) jämfört med sedvanlig KBT-behandling. Med tanke på den evidens som finns för IKBT är det förvånande att inte flera behandlats via IKBT. Socialstyrelsen har gett ut nationella riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom utifrån den evidens som finns om behandlingarna, kravet är att det ska vara kunskapsbaserad, ändamålsenlig och säker vård. Internetbaserad IKBT tas av socialstyrelsen upp som en rekommenderad psykologisk behandlingsmetod.

I regel är det en lång väntetid för att komma ifråga för en psykologisk behandling. Tillgången till utbildade terapeuter motsvarar inte det behov och den efterfrågan som finns idag. För att kunna möta den ökade efterfrågan på behandling finns det ett stort behov av att finna alternativa behandlingsvägar och att utveckla arbetsmetoderna i den psykiatriska vården

(Hedman m.fl.,2014). IGBT har visat sig öka tillgången till det befintliga behandlingsutbudet. IGBT har aldrig varit avsett att ersätta annan vård, utan är ett komplement till sedvanlig KBT-behandling (Vernmark och Bjärehed, 2013).

I dagsläget vet vi dock relativt lite om exakt vilka patientfaktorer som är kopplade till lyckat utfall i en internetbehandling (Andersson, Paxling, Wiwe, Vernmark, Felix, Lundborg, Carlbring 2012). Hittills har anknytningsmönstret kopplat till internetbehandling varit ett utforskat område. Inga studier har gjorts där man studerat detta samband. Faktorer som belysts tidigare har varit behandlarens roll och alliansen mellan behandlare och patient (Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H och Hedman, E. 2014) Kan frågeställningen om anknytningen har någon betydelse för att tillgodogöra sig internetbehandlad terapi fördjupa kunskapen ytterligare gällande internetbehandlad terapi? Av den anledningen är det intressant att belysa den här frågeställningen.

Internetbehandlad terapi

Självhjälpsbehandling i olika former har funnits under lång tid och har erbjudits genom skriftliga material, ljud- och bildupptagningar, vilket även kallas för biblioterapi (Anderson, m.fl. 2012). Den forskningen har en lång historik, och särskilt vad gäller KBT har det genomförts många studier kring vägledad självhjälp (Hedman m.fl., 2014).

Internetbehandlad terapi är en ganska ny företeelse som tog fart i mitten av 1990-talet i och med internets intåg (Vernmark och Bjärehed, 2013). I Sverige påbörjades internetbehandling 1998. Forskningen i Sverige inleddes kring internetbehandling i Uppsala med en examensuppsats handled av Gerhard Andersson. Det var en studie kring biblioterapi för huvudvärk. Det goda resultatet gjorde att tvekan inför detta ersattes med insikten att detta kunde vara en behandlingsform som skulle kunna förändra det psykologiska behandlingsfältet i grunden. Efter det gjordes nya studier som nästan alltid börjat med en studentuppsats. Studier på tinnitus (Andersson, G., Strömgren, T., Ström, L. Och Lyttkens, L. 2002), paniksyndrom (Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L. Och Andersson, G. 2001) depression (Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F. Carlbring, P., Kaldo, V. och Ekselius, L. 2005), social fobi (Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthan, E. Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E. Och Ekselius, L. 2006), generaliserad ångest (Paxling, B., Almlöv, J., Dhalin, m., Carlbring, P., Breitholtz, E., Eriksson, T. Och Andersson, G. 2011).

Svensk forskning gällande IKBT fick tidigt stor betydelse internationellt (Hedman, m.fl. 2014). Gerhard Andersson och Per Carlbring tog initiativ till att starta en internationell organisation för internetbehandling 2004; The international society for research on internet interventions (www.ISRII.org). En organisation som vuxit från 20 deltagare vid första konferensen till 300 medlemmar från 20 länder 2013 (Hedman, m.fl., 2014). Internetbehandlad KBT framhålls av statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) som en lovande metod för sjukvården (SBU, 2013). Den rekommenderas även av Socialstyrelsen som ett alternativ vid behandling av ångest och depression (Socialstyrelsen, 2011). Depression- och ångestproblematik är ett av de mest studerade områdena inom internetbehandling. Sidan www.internetbehandlingar.se/forskning är en sida som ger en översikt över nyligen publicerade- och pågående forskning.

IKBT innebär att patienten får sin behandling förmedlad via internet. Den svenska modellen av IKBT innefattar att patienten arbetar självständigt på egen hand vid en dator och får vägledning av en kvalificerad terapeut (Hedman m.fl.) Barak, Klein och Proudfoot (2009) presenterar följande definition av internetbehandling;

En webbaserad intervention är i första hand en behandling som man går igenom på egen hand och där behandling ges via ett datorprogram ämnat för personer som söker hjälp för kroppslig och psykisk problematik. Interventionen/ programmet syftar till att skapa en positiv förändring och eller förbättra/ öka kunskapen, medvetenheten och förståelsen för ohälsa genom att förmedla information och övningar samt att med hjälp av interaktiva komponenter uppnå förändring (Barak, m.fl., 2009).

Patienten får sin behandling via en webbplats som stöds av en behandlare med grundläggande psykoterapeutisk kompetens. Behandlingslängden sträcker sig under 10-12 veckor. Behandlingsprogrammen följer KBT-rational och är skapade, strukturerade och utvärderade för vissa diagnoser. De bedöms utifrån diagnoskriterierna i DSM-eller ICD-systemet (Hedman m.fl., 2014). Enligt Barak m.fl. (2009) är en bra grund att fastställa diagnos via en standardiserad diagnostisk intervju som till exempel Mini Internationell Neuropsykiatrisk Intervju (M.I.N.I). IKBT inleds med ett strukturerat bedömningsamtal där patientens besvär kartläggs genom en klinisk bedömning och relevanta självskattningar. I praktiken innebär IKBT att patienten stegvis får tillgång till programmet som är uppdelat i

moduler med ett textavsnitt och övningar som patienten genomför på egen hand (Vernmark och Bjärehed, 2013). Innehållet i modulerna motsvarar det som en patient får ta del av hos en terapeut i sedvanlig KBT (Hedman m.fl., 2014). Kommunikationen mellan patient och behandlare sker på ett säkert sätt via en webb plattform. Patienten arbetar självständigt med behandlingsmaterialet och sina hemuppgifter och får stöd via e-post eller telefon av behandlaren som följer patienten genom hela behandlingen. På plattformen finns även formulär där patienten skattar sitt mående som behandlaren fortlöpande följer. För behandlaren innebär kontakten med patienten bland annat att svara på frågor, stötta och förklara behandlingsinnehåll, validera patienten och få patienten att hålla fokus på behandlingen. Studier har visat sig att patienter upplever en stark allians med sin behandlare vid IKBT, men alliansens betydelse är inte av så stor vikt som vid sedvanlig behandling (Andersson m.fl., 2012). Inledningsvis är de första modulerna mer inriktade på utbildning, s.k. psykoedukation, därefter blir det allt mer praktiska övningar och på slutet riktar man in sig på återfallsprevention. Det som skiljer individuell IKBT från IKBT i grupp är att gruppen träffas varje vecka och går igenom modulerna. Där emellan har patienterna tillgång till modulerna via internetuppkoppling och hemuppgifterna arbetar de med utifrån en arbetsbok (Vernmark och Bjärehed, 2013).

Anknytningsteorin

Anknytningsteorin handlar om hur det tidiga samspelet mellan barnet och dess vårdare utvecklas, internaliseras och blir till så kallad inre arbetsmodeller som barnet kan använda sig av när det relaterar till omgivningen (Holmqvist, 2007). Anknytningsteorin handlar också om hur störningar i denna process kan hämma eller skada barnet (Broberg, Granquist, Ivarsson, Mothander, 2006). Teorin växte fram under 1950-talet och grundaren var läkaren och psykoanalytikern John Bowlby. Han utvecklade denna teori i över 40 år tillsammans med sin kollega Mary Ainsworth. Startpunkten för anknytningsteorin var att Bowlby strax efter andra världskriget fick i uppdrag av FN:s världshälsoorganisation WHO att undersöka varför föräldralösa barn mår så dåligt. Många dog oförklarligt trots att de inte tycktes lida av några sjukdomar. Bowlby's studier ledde fram till slutsatsen att barnhemsbarnen drabbades av psykiska problem därför att de saknade närhet och att det var ensamheten som dödade dem. Bowlby's stora upptäckt var att barn har ett biologiskt behov av varaktig närhet till ett litet antal vuxna (Josefsson och Linge, 2009)

De olika anknytningsmönstren

Anknytningsteorin beskriver hur olika anknytningsmönster formas utifrån det gensvar som barnet får i kontakten med sina föräldrar. Föräldrarnas reaktion på barnets signaler hjälper barnet att reglera sina emotioner. Gensvaret från föräldrarna påverkar också vilka förväntningar barnet på sikt får i kontakten med andra människor och hur de uppfattar sig själva, vilken självbild de utvecklar (Broberg, m. fl., 2006).

Ainsworth m. fl. (1971) forskning utgick ifrån laboratoriestudier som kommit att kallas ”the strange situation”. Där studerade man barn i 12-18 månaders ålder, deras reaktioner när det separerades från någon av sina föräldrar och hur de reagerade vid återföreningen. Utifrån dessa observationer formulerade Ainsworth tre olika anknytningsbeteenden. Det dröjde fram till 1986 innan det fjärde anknytningsmönstret den desorganiserade anknytningen blev tydligt identifierad av anknytningsforskarna Mary Main och Judith Solomon (Broberg, m.fl., 2006).

Typ A – Otrygg undvikande anknytning – trygghetsbehov missgynnas. Barnet visar inget behov av att använda föräldern som en trygg bas. Barnet har lärt sig att inte visa behov av tröst och omsorg eftersom föräldern visat att de inte kan hantera barnets känslomässiga behov (Josefsson och Linge, 2009). Vuxna med anknytningsmönster A, är regelstyrda, gör som andra vill och har problem med närhet till andra (Janzon – Lagerkvist, 2013).

Typ B – Trygg anknytning – balans mellan anknytning och utforskandesystem. Föräldern är lyhörd för barnets behov och hjälper barnet att reglera sina emotioner (Josefsson och Linge, 2009). Vuxna med anknytningsmönster B har lätt att komma nära andra människor, men fungerar även bra i eget sällskap och man har en god självkänsla (Janson – Lagerkvist, 2013).

Typ C – Otrygg ambivalent anknytning – utforskandesystem missgynnas. Föräldern är oförutsägbar och barnet kan inte med egna signaler reglera samspelet utan är utlämnad åt föräldrarnas godtycke (Josefsson och Linge, 2009). Vuxna med anknytningsmönster C har en tillvaro som kännetecknas av oförutsägbarhet, man antingen undviker nära kontakt eller blir klängig. Man har inte lärt sig långsiktigt planerande (Janzon – Lagerkvist, 2013).

Typ D – Otrygg desorganiserad anknytning – Saknar sammanhållande strategier. Förknippas med föräldrar som ger ett oberäkneligt gensvar till barnet. Samspelet bygger i stor utsträckning på rädsla vilket leder till en allvarligt hämmande utveckling (Josefsson och Linge, 2009). Vuxna med anknytningsmönster D upplever en allmän osäkerhet i tillvaron med en blandning av undvikande och avvisande reaktioner. Man har svårt att etablera relationer och förstå sammanhang (Janzon - Lagerkvist 2013).

Bland alla barn som undersökts i västvärlden är 60-70% trygga, 15-25% otrygga-undvikande, 5-15% otrygga ambivalenta och 15% desorganiserade (Josefsson, Linge, 2009)

Syfte

Syftet med denna uppsats är att belysa om anknytningen har någon betydelse för behandlingsutfallet.

Frågeställningar

Har anknytningsmönstret någon betydelse för att tillgodogöra sig internetbehandlad KBT?

Hypoteser

För att kunna tillgodogöra sig internetbehandlad KBT bör man ha en Trygg anknytning.

Metod

Syftet med den här uppsatsen är att belysa om anknytningen har någon betydelse för behandlingsutfallet. Hypotesen; *För att kunna tillgodogöra sig internetbehandlad KBT bör man ha en Trygg anknytning*, prövades genom en studie med enkäter för mätning före och efter internetbaserad KBT. Studien belyser den Svenska modellen av IKBT (Andersson, Bergström, Buhrman, Carlbring, Holländare, Kaldo, Nilsson-Ihrfelt, Paxling, Ström Waara, 2008) både individuell behandling och gruppbehandling. Enkäterna bestod av frågor med i huvudsak fasta svarsalternativ. Enkäten som besvarades efter avslutad internetbaserad KBT innehöll även några öppna frågor. Självskattningsformuläret Relationship Questionnaire (RQ) som utformats av Bartholomew och Horowitz (1991) användes för att skatta anknytningsmönster.

Deltagare

Respondenterna har samtliga sökt psykologisk behandling för ångest och depressionsbesvär på sina respektive vårdcentraler. Efter bedömning har de fått erbjudande om att gå internetbehandlad KBT med olika inriktning beroende på problematik. De program som respondenterna erbjöds gick under benämningarna Sovhjälp, Ångesthjälp, Depressionshjälp, Oroshjälp och Stresshjälp, fördelade enligt tabell 1.

Tabell 1 **Fördelning av program för de olika anknytningsmönstren**

	Ångest hjälpen	Depressions hjälpen	Oros hjälpen	Stress hjälpen
A		1		
B	1		2	4
C	1	3	2	
D	1	5		

Under våren 2014 arbetade behandlarna enbart med individuell IKBT, men under hösten valde en av behandlarna att starta en gruppbehandling i IKBT som följde programmet för Depressionshjälpen. Detta medförde att av de 20 respondenterna gick 7 stycken i en gruppbehandling.

Design

Studien bestod av en enkätundersökning med egna konstruerade frågor för att pröva en hypotes som inte tidigare blivit testad. Studien gjordes som en pilotstudie. Enligt Ejlertsson är syftet med en pilotstudie att undersöka enkätfrågornas funktion och kvalitet, för att få reda på om respondenterna tolkar frågorna på samma sätt som frågekonstruktörerna. Dessutom kan frågekonstruktören få reda på om någon fråga är svår att förstå eller om något svarsalternativ saknas. (Ejlertsson, 2014).

Instrument

Enkät. De första frågorna i *Enkät inför internetbaserad KBT* var demografiska frågor. Därefter följde frågor om erfarenhet av terapi sedan tidigare och vilket program respondenten skulle genomgå avseende internetbehandlingen. Respondenterna fick även skatta graden av sina nuvarande besvär och ange under hur lång tid de haft sina besvär. Respondenterna fick även gradera hur motiverade de var att genomföra internetbehandlingen och om de tillskrev behandlaren stor vikt. De fick även göra en bedömning av sina datakunskaper för att klara en internetbehandling. Utifrån en VAS-skala fick respondenterna markera med ett kryss sin uppfattning om hur de anser sig kunna knyta an/relatera till andra människor. Enkäten avslutades med frågor om fördelar och nackdelar med internetterapi jämfört med traditionell terapi. Enkäten *Efter avslutad internetbaserad KBT* inleddes med frågan om hur man uppfattade internetbehandlingen i sin helhet. Respondenterna fick gradera sina svar från mycket dåligt till mycket bra. Därefter fick respondenterna gradera sina nuvarande besvär efter

genomgången behandling och besvara om de fullföljt alla steg i behandlingen. Sedan följde en fråga om när i behandlingen respondenterna upplevde en förändring i sitt mående. Respondenterna fick även gradera hur samarbetet med behandlaren fungerat och om de ansåg att deras datakunskaper varit tillräckliga. Enkäten avslutades med några öppna frågor om fördelar och svårigheter med internetbehandling. Enligt Ejlertsson är öppna frågor en enkel motivationshöjande åtgärd (Ejlertsson, 2014).

Relationship questionnaire. Respondenterna fick göra ett självtest som skattar olika sätt att relatera till andra människor som heter Relationship questionnaire, som utformats av Bartholomew och Horowitz och har översatts av Anders Broberg (1996). Självskattningsformuläret är vidareutvecklat av Bartholomew och Horowitz som ett alternativ till det formulär som utvecklades av Hazan och Shaver. Hazan och Shaver formulerade tre anknytningsmönster som de såg som begrepps- och fenomenmässigt analoga till Ainsworths beskrivning av de tre ”organiserade” anknytningsmönstren hos spädbarn. Bartholomew och Horowitz självskattningsformulär innehåller även ett fjärde anknytningsmönster. Formuläret Relationship questionnaire består av fyra korta stycken som beskriver olika sätt att relatera till andra människor. Syftet är att mäta de karakteristiska sätt som anknytningssystemet antas fungera för vuxna personer. Respondenterna fick markera det mönster som de tyckte bäst passar in på honom eller henne; A-, B-, C- eller D- mönster (Broberg m.fl., 2006)

Datansamlingsmetod

Två olika enkäter har utformats; *Enkät inför internetbaserad KBT* samt enkät *Efter avslutad internetbaserad KBT*. Det första utskicket till respondenterna innehöll utöver *Enkät inför internetbaserad KBT* även självskattningsformuläret Relationship Questionnaire (RQ).

Relevanta vetenskapliga artiklar som stämmer överens med syftet har sökts på databaser i e-biblioteket för Västra Götalands region (VGR). Valet av litteratur är de två böcker som skrivits av de främsta forskarna inom IKBT i Sverige och som utgivits 2013 och 2014 (Hedman m. fl., 2014), (Vernmark och Bjärehed 2014).

Genomförande

För att rekrytera deltagare till studien togs kontakt med 4 landstingsdrivna vårdcentraler i Jönköping som erbjuder IKBT. Samtycke inhämtades via telefonkontakt med respektive verksamhetschef som i sin tur förmedlade kontakt med de psykosociala teamen. Av de 4

enheter som tillfrågades var det 2 enheter med sammanlagt 3 behandlare som ställde sig positiva till att medverka. Tid för ett personligt möte med behandlarna bokades via en behandlare i det psykosociala teamet på ena enheten och via telefon med verksamhetschefen på den andra enheten.

Behandlarna fick en noggrann presentation samt ett missivbrev (bilaga I) om syftet med uppsatsen och den enkätstudie som skulle kopplas till denna. Varje behandlare kodades med en bokstav och erhöll 10 kuvert som numrerats med deras bokstav och siffra från 1-10 exempel A:1, A:2, A:3 och så vidare. För att underlätta hanteringen för utdelning av enkät ett och enkät två till respondenterna fick varje behandlare en lista där de kunde skriva respondenternas namn kopplat till en siffra (bilaga II). Detta system gjorde att författarna aldrig kom i kontakt med respondenternas identitet. Kuvert 1 innehöll ett missivbrev (bilaga III), Enkät inför internetbehandlad KBT (bilaga IV) och självskattningsformuläret *Relationship Questionnaire* (RQ). Behandlarna fick även kuvert 2 som innehöll *Enkät efter internetbehandlad KBT* (bilaga V). Behandlarna på de aktuella vårdcentralerna rekryterade de respondenter som deltog i studien. Behandlarna var ansvariga för utdelning och insamling av enkäter och genomförandet av IKBT och fungerade som en länk till de respondenter som deltog i studien. Nedanstående tabell visar förloppet av studien enligt en genomförande- tidslinje, tabell 2.

Tabell 2 **Genomförande-tidslinje**

Vecka	Genomförande
Vecka 1	Upprättar enkäter och missivbrev till behandlare och patienter
Vecka 2 -4	Organiserar missivbrev, enkäter och anknytningstest i kuvert. Telefonkontakt med verksamhetschefer för att inhämta samtycke
Vecka 5	Telefonkontakt med tre psykosociala team som tackat ja till att medverka.
Vecka 6-7	Besök på respektive enhet för muntlig information och utdelande av material. En enhet lämnar återbud för medverkan.
Vecka 16 och 18	Mailuppföljning till de medverkande behandlarna för att följa upp aktuellt läge.
Vecka 21	Första datainsamlingen av fullständiga enkätsvar Utdelning av ytterligare enkäter för gruppbehandlingen
Vecka 35	Slutlig insamling av enkäter
Vecka 36	Samanställning av slutresultat

Bortfall

I studien delades sammanlagt 20 enkäter ut till tre olika behandlare. Av de enkäter som delades ut genomförde behandlarna sammanlagt nitton fullständiga IKBT. Behandlare A genomförde sex individuella IKBT, behandlare B genomförde fem individuella IKBT samt behandlare C genomförde två individuella IKBT och sex stycken i en grupp IKBT. Under den tid som undersökningen genomfördes var det två respondenter som inte fullföljde sin behandling. Vid resultatsammanställningen kunde vi konstatera fyra interna bortfall. En av respondenterna hade inte svarat alls på självskattningsformuläret *Relationship Questionnaire* (RQ). Det bortfallet gjorde att den respondenten inte gick att dela in i någon grupp, varför den exkluderades. En respondent uppgav inte sin ålder och en respondent hade ryckt bort sista sidan på *Enkät efter internetbehandlad KBT*. Det fjärde bortfallet berodde på att en respondent inte lämnade in sin *Enkät efter internetbehandlad KBT* i tid.

Etiska överväganden

Vid utformandet och genomförandet av en enkätundersökning bör enligt Ejlertsson (2014) fyra forskningsetiska krav beaktas. Det första är informationskravet. Här har både behandlarna och respondenterna fått en tydlig information om enkätundersökningen och dess syfte. Behandlarna fick det både via en muntlig direkt information och ett missivbrev och respondenterna via ett missivbrev. Det andra etiska kravet är samtyckeskravet. Respondenterna har själva fått bestämma om de vill medverka och att enkätundersökningen är helt frivillig. Det tredje forskningsetiska kravet är konfidentialitet kravet där vi lagt stor vikt vid att enskilda individer inte ska kunna identifieras. Enkäterna var helt anonyma för författarna och numrerades enligt ett enkelt system för att avidentifiera respondenterna. Det fjärde och sista etiska kravet är nyttjande kravet. De insamlade uppgifterna har endast använts för avsett ändamål som var att ligga till grund för den uppsats som skulle skrivas som ett led i författarnas psykoterapeututbildning. Enkäten har även genomgått en kritisk granskning av vår handledare för att undvika olämpligt utformade frågor.

Dataanalys

För att kunna analysera svaren av skalorna i enkäten som graderats från 1 – 10 valde vi att göra om dem till trestegs skalor, där lite, låg och mycket dåligt graderats med 1-3, måttlig 4-7 och mycket, hög och mycket bra med 8-10. Frågan om hur många steg de gjort om de inte fullföljt alla 10 steg delades inte in i intervall. Alla internet-program redovisas i resultatet

gemensamt utifrån att grunden i alla program är KBT. Resultatet över respondenternas anknytningsmönster delas upp i två grupper; Trygg anknytning och Övrig anknytning. Som Trygg anknytning skriver vi anknytning B. Anknytningar A, C och D skrivs som Övrig anknytning. Anknytningsmönstren bland respondenterna fördelade sig enligt tabell 3.

Tabell 3 Anknytningsmönster bland respondenterna

Anknytningsmönster ^a	Frekvens	Procent
Otrygg undvikande (A)	1	5,3
Trygg (B)	7	36,8
Otrygg ambivalent (C)	6	31,6
Otrygg desorganiserad (D)	5	26,3
Total	19	100

^a Bartholomew & Horowitz (1991)

De absoluta åldrarna på respondenterna delas in i relativa frekvenser 18-25 år, 26-45 år, 46-60 år och 61år och äldre. Hur länge respondenterna haft sina besvär delade vi upp i tre tidsintervall 0-24 månader, 25-60 månader och mer än 61 månader.

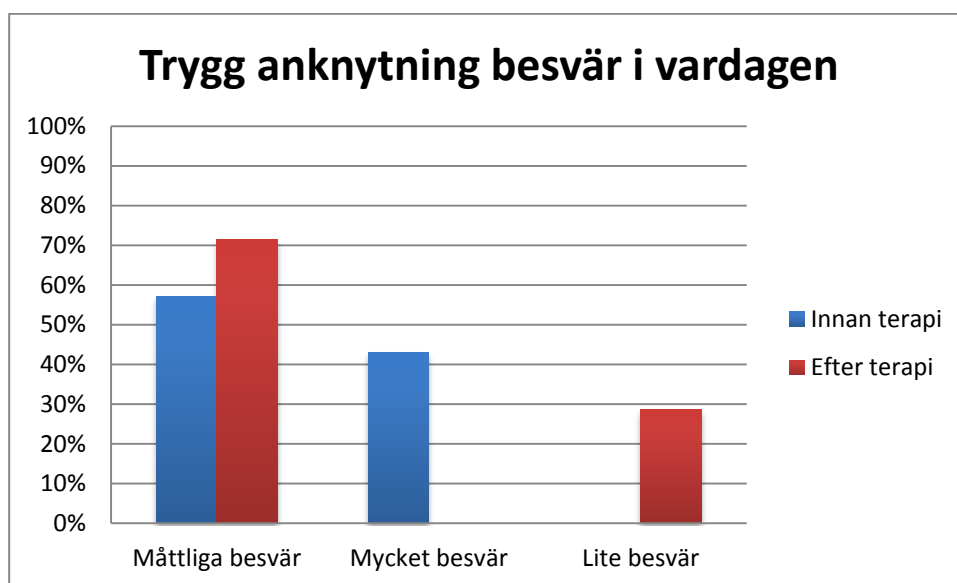
Resultat

Huvudresultatet visar sig vara i enlighet med hypotesen *att man bör ha en trygg anknytning för att kunna tillgodogöra sig IKBT*. Resultatet visar att de med trygg anknytning får ett bättre behandlingsutfall. Studien visar dock att även personer med övrig anknytning kan tillgodogöra sig IKBT, men under förutsättning att man går i en gruppbehandling som bygger på veckovisa möten med en behandlare och det stöd man får genom att träffa andra med likvärdig problematik. Tabell 4 beskriver besvär i vardagen efter internetbehandling för Övrig anknytning i enskild behandling och gruppbehandling.

Tabell 4	Enskild behandling		Gruppbehandling	
	Frekvens	Procent	Frekvens	Procent
Lite besvär	2	40 %	4	66 %
Måttliga besvär	3	60 %	1	17 %
Mycket besvär	0	0 %	1	17 %

I studien var det 18 kvinnor och 1 man som deltog. Medelåldern på respondenterna var 36 år. Respondenterna hade haft sina besvär från 2 månader upp till 35 år vilket ger en medelvärde på 8 år. Respondenterna med övrig anknytning hade haft sina besvär i genomsnitt drygt två år längre än respondenterna med trygg anknytning. Majoriteten av respondenterna, det vill säga 12 stycken hade erfarenhet av terapi sedan tidigare, 7 stycken hade ingen erfarenhet. Samtliga med Trygg anknytning som hade erfarenhet av terapi var nöjda. Fyra respondenter med Övrig anknytning hade dåliga erfarenheter av tidigare terapier. Motivationen inför internetbehandlingen var hög hos samtliga respondenter. Majoriteten fullföljde sina program. Samtliga respondenter har uppfattat sig ha tillräckliga datakunskaper vilket de även bekräftar efter genomgången internetbehandling (Demografi se bilaga VI).

Respondenterna med trygg anknytning angav att de upplevde måttlig till mycket besvär före IKBT. Efter genomgången internetbehandling uppgav de att de upplevde lite till måttliga besvär. Besvären halverades och ingen hade mycket kvarstående besvär efter genomgången behandling, figur 1.



Figur 1. Trygg anknytning (n= 7), besvär i vardagen – innan och efter genomgången terapi

Övriga respondenter med anknytningsmönster A, C och D som gick i individuell IKBT uppgav att de upplevde måttliga till mycket svåra besvär innan internetbehandlingen. Besvären minskade med 20% figur 2.



Figur 2 Övrig anknytning/individuell terapi (n= 6), besvär i vardagen – innan och efter genomgången terapi

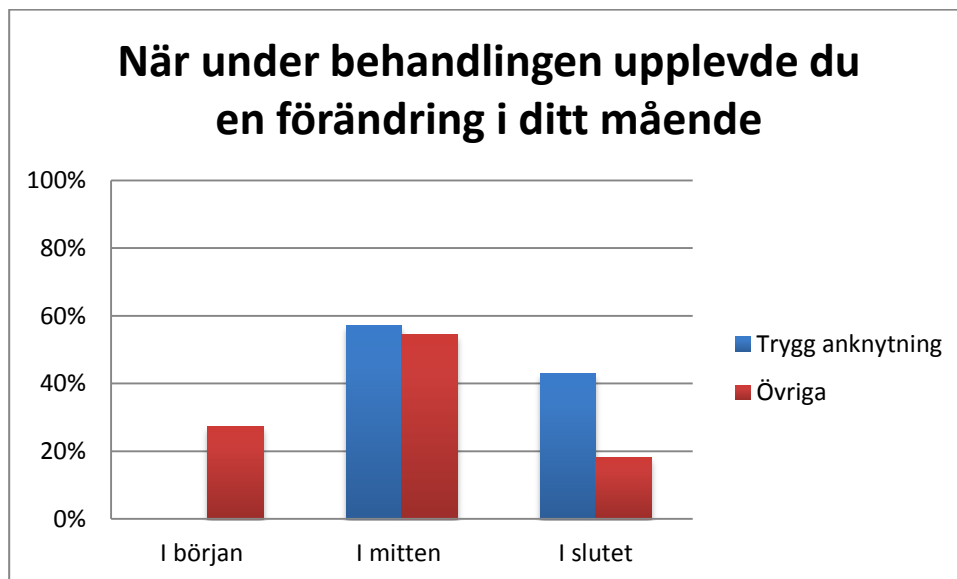
I gruppen övrig anknytning som gått i gruppbehandling blev behandlingsutfallet bättre jämfört med övrig anknytning som gått i individuell IKBT, figur 3.



Figur 3 Övrig anknytning/individuell terapi och Övrig anknytning/grupp terapi (n=12 i innan terapi), (n= 11 i efter terapi) besvär i vardagen – innan och efter genomgången terapi

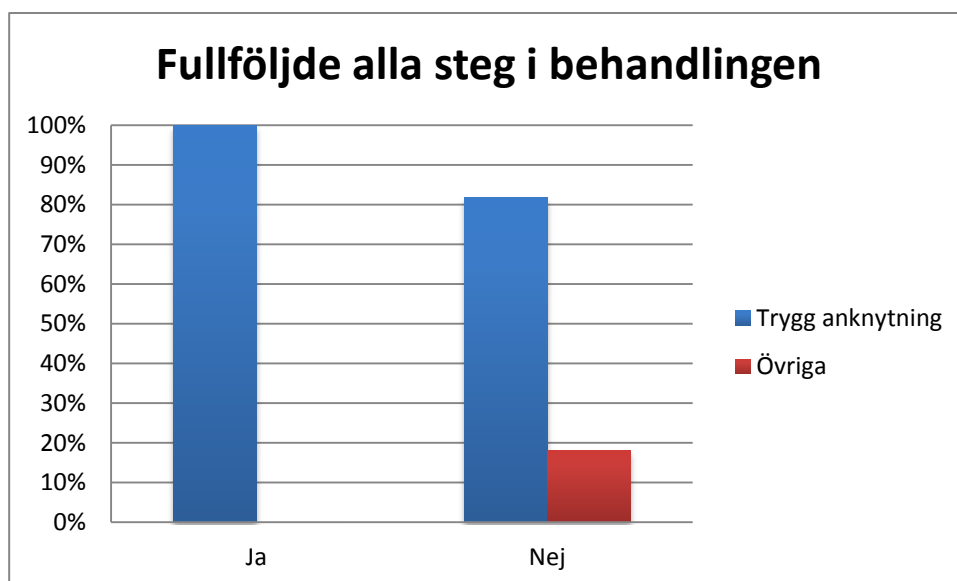
På VAS-skalan angav majoriteten av respondenterna att de upplevde att det var lätt för dem att knyta an/relatera till andra människor.

Av respondenterna som uppgivit sig ha en trygg anknytning har fyra svarat att de upplevde en förändring i sitt mående i mitten av behandlingen, två svarade i slutet av behandlingen. Respondenter med övrig anknytning uppger att de upplever förändring både i början, mitten och slutet av internetbehandlingen, figur 4.



Figur 4. När under behandlingen började du känna förändring

Samtliga respondenter med trygg anknytning fullföljde alla steg i de program i IKBT som de gick. Av respondenterna i gruppen övrig anknytning, var det två som inte fullföljde alla steg i behandlingen, figur 5.



Figur 5. Fullföljde alla steg i behandlingen

Respondenternas svar om vilka fördelar de såg inför IKBT fördelade sig jämt både för de med Trygg- och Övrig anknytning. När det gällde nackdelar var det fler respondenter med övrig anknytning som svarade att det fanns risk att man skjuter upp arbetet med uppgifterna. Efter genomgången terapi var det även fler respondenter med övrig anknytning som hade upplevt svårigheter som att skjuta upp arbetet och inte ha tillräckligt med självdisciplin.

Diskussion

Frågeställning; *har anknytningsmönstret någon betydelse för att tillgodogöra sig internet behandlad KBT?* Och hypotesen; *för att kunna tillgodogöra sig internetbehandlad KBT bör man ha en trygg anknytning*, har i studien visat sig stämma till stor del. I studien framkommer det att behandlingseffekten blir större för respondenter med Trygg anknytning jämfört med gruppen Övrig anknytning. Däremot har respondenterna med Övrig anknytning fått ett bättre behandlingsutfall när de går i en gruppbehandling. Respondenternas svar om vilka fördelar de såg inför IKBT fördelade sig jämt, både för de med Trygg- och Övrig anknytning. Respondenterna med Övrig anknytning angav däremot i högre grad risken med att skjuta upp arbetsuppgifterna. Efter genomgången behandling uppgav fler med Övrig anknytning svårigheter med självdisciplin. Bandura (1997) har introducerat begreppet Self-efficacy och det beskrivs som tron till den egna förmågan att planera och organisera och genomföra det som krävs för att utföra en given uppgift (Bandura, 1997). Vi tror att individer med Trygg anknytning upplever en högre grad av Self-efficacy och att den här upplevelsen skapar vilja, motivation och engagemang att hantera olika situationer och händelser. Om personer med

Övrig anknytning har en lägre grad av Self-efficacy som leder till sämre uthållighet och tilltro till den egna förmågan blir kontakten med en vägledande behandlare viktigare än för individer med en Trygg anknytning. Vi tror därför att det sociala stödet som de respondenter med Övrig anknytning får genom gruppbehandlingen och av behandlaren skapar en trygghetskänsla som ger effekt på behandlingsutfallet.

Om vi bara tittat utifrån VAS-skalan där respondenterna svarade hur de upplevde sin förmåga att relatera/knyta an till andra människor, hade tolkningen av resultatet blivit missvisande eftersom självskattningsformuläret Relationship questionnaire visade att majoriteten av respondenterna inte skattade en Trygg anknytning. På VAS-skalan däremot angav majoriteten av respondenterna att de upplevde att det var lätt för dem att knyta an/relatera till andra människor.

Resultatet tyder på att frågeställningen, *har anknytningsmönstret någon betydelse för att tillgodogöra sig internetbehandlad KBT?* Och hypotesen, *för att kunna tillgodogöra sig internetbehandlad KBT bör man ha en Trygg anknytning*, visar att det stämmer. Behandlingsutfallet för respondenterna med Trygg anknytning blir dubbelt så bra vilket visar att den gruppen kan tillgodogöra sig internetbehandlad terapi och är lämplig för denna behandlingsform. Däremot blir utfallet sämre för gruppen med Övrig anknytning. Där kan vi till och med se att respondenter med måttliga och lite besvär innan genomgången behandling till och med får en ökning av sina besvär efter genomgången behandling. Här spelar diagnostiseringen en stor roll. Vidare bör patienter med Övrig anknytning som upplever måttliga besvär erbjudas gruppbehandling och patienter med Övrig anknytning med svåra besvär bör gå i sedvanlig KBT.

Studien har vissa begränsningar. För det första är det en liten studie och det är i stort sett endast kvinnor som deltar. Det är även en stor spridning på hur lång tid man haft sina besvär. En begränsning för resultatet av gruppbehandlingen är att den endast var för depression.

Det är idag lång väntetid för att komma ifråga för psykoterapeutisk behandling. Arbetsbelastningen är hög för verksamma behandlare och långa väntetider medför lidande för de patienter som efterfrågar behandling. Behandlingsmetoderna inom hälso- och sjukvården behöver därför utvecklas och vi ser att IKBT är ett viktigt komplement till sedvanlig

behandling. Med tanke på hur många internetanvändare det finns i dag gör den här behandlingsformen väldigt intressant.

Det kan finnas flera olika förklaringar till varför fler inte erbjuds IKBT som t.ex. att man som behandlare inte har full tilltro till behandlingsmetoden och att det kan upplevas som att man tappar kontrollen över patienten om man inte möts personligen i det terapeutiska rummet eller att man som behandlare riskerar att bli utkonkurrerad av den moderna tekniken. För att presentera och marknadsföra alternativa behandlingsmetoder är det viktigt att behandlaren känner tillit till metoderna och att de ses som fullvärdiga alternativ till sedvanlig behandling. Samma sak gäller för patienterna att de ser internetbehandlingen som ett fullgott alternativ och inte som att jämföra med väntelista eller vanliga självhjälpsbehandlingar. En noggrann diagnostisering är viktig oavsett vilken behandlingsform som är aktuell. För att effektivt utnyttja befintliga resurser behöver man veta vilka faktorer man bör ta hänsyn till i bedömningsfasen, här kan anknytningsmönstret få en stor betydelse. Urvalsmetoderna för att matcha rätt individ med lämplig behandling är mycket viktig eftersom vi vet att varje misslyckad intervention ger ett sämre utfall och minskad följsamhet vid fortsatta behandlingar.

Av de 7 respondenter som markerat Trygg anknytning var det totalt 5 som hade erfarenhet av terapi sedan tidigare och samtliga hade positiva erfarenheter därifrån. I gruppen med Övrig anknytning var det däremot flera som hade dåliga erfarenheter av tidigare terapier.

Av en ren tillfällighet påbörjades en gruppbehandling under den pågående studien som riktade sig till patienter med depression. Det vore intressant att studera hur behandlingsutfallet blir i en gruppbehandling för de övriga programmen; Sovhjälpen, Ångesthjälpen, Oroshjälpen samt Stresshjälpen.

Den stora efterfrågan på psykologisk behandling har också medfört att det dykt upp allt fler aktörer som säger sig erbjuda KBT, men som saknar grundläggande kompetens. En fortsatt utveckling av IKBT skulle öka tillgängligheten och de som söker psykologisk hjälp skulle vara garanterade behandlingar som bygger på evidensbaserade och kvalitetssäkrade metoder. Strävan efter att öka tillgängligheten skulle medföra både samhällsekonomiska och humanistiska vinster. Att få vara en del i denna utveckling känns både angeläget och stimulerande.

Vidare forskning bör fokusera på anknytningens betydelse för IKBT utifrån hypotesen i denna studie i kombination med en ny hypotes att individer med Trygg anknytning bör erbjudas individuell IKBT och att individer med Övrig anknytning med måttliga besvär bör erbjudas IKBT i grupp.

Litteraturförteckning

Andersson, G., Bergström, J., Buhrman, M., Carlbring, P., Holländare, F., Kaldö, V., Nilsson-Ihrfelt, E., Paxling, B., Ström, L., Waara, J. (2008). Development of a New Approach to Guided Self-Help via internet: The Swedish Experience. *Journal of Technology in Human Services*, 26, 161-181.

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

Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., Cuijpers, P. (2009) What Makes Internet Therapy Work? *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 55-60.

Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E. Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E. och 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, 667-686

Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H. och Hedman, E. (2014) Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13 (3), 288-295.

Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B., Lundborg, L. Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioral treatment of depression, generalized anxiety disorder and social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 50 (9), 544-550.

Andersson, G., Strömberg, T., Ström, I. och Lyttkens, L. (2002). Randomized controlled trial of Internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosomatic Medicine* (64), ss. 810-816.

Barak, A., Klein, B., Proudfoot, J.G. (2009). Defining Internet-Supported therapeutic Interventions. *The Society of Behavioral Medicine*, s. 14.

Broberg, A. R. (2008). *Anknytning i praktiken tillämpningar av anknytningsteorin*. Falkenberg: Natur och kultur.

Carlbring, P., Westling, B. E., Ljungstrand, P., Ekselius, L. Och Andersson, G.(2001). Treatment of panic disorder via the internet: A randomized trail of a self-help program. *Behavior Therapy* (32), ss. 751-764.

Ejlertsson, G. (2014). *Enkäten i praktiken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Findahl, O. (2014). *Stiftelsen för internetinfrastruktur*. Hämtat från internetstatistik.se: <http://www.internetstatistik.se> den 23 nov 2014

Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling*. Sockholm: Natur och kultur.

Janzon Lagerkvist, K. (2013). Föreläsning på högskolan Evidens.

Josefsson, D. Linge, E. (2009). *Hemligheten från ögonkast till varaktig relation*. Falun: Natur och kultur.

Lidwall, Bill, Palmer och Olsson/Bohlin (2014). *socialförsäkringsrapport 2014:14*. Hämtat från www.forsakringskassan.se: Avdelningen för Analys och prognos vid Försäkringskassans huvudkontor den 21 oktober 2014

Paxling, B, (2011). *Internet-delivered treatments for generalized anxiety disorder. Effectiveness, cost-effectiveness and therapist factors* (doktorsavhandling). Vrije Universiteit, Amsterdam, Nerderländerna.

SBU. (2013). *Internetförmedlad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom 2013:2*. Stockholm: SBU.

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Västerås: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2009). *Hälsa och sjukvårdsrapport 2009 - Vård vid psykisk ohälsa och sjukdom*. Socialstyrelsen.

Vernmark, K. och Bjärehed, J. (2013). *Internetbehandling med KBT En praktisk handbok*. Stockholm, Sverige: Författare och natur& kultur.

Vernmark, K. (2014). Föreläsning på Högskolan Evidens

Bilagor

Bilaga I

Hej

Vi är två vuxenstuderande på det legitimationsgrundande psykoterapeutprogrammet med KBT inriktning i Göteborg.

Ett led i vår utbildning är en uppsats. Vi har valt att skriva om internetbaserad terapi. Vi vill titta närmre på anknytning betydelse för IT- terapi.

Din medverkan blir att dela ut 2 olika enkäter till patienten. En enkät innan patienten påbörjar terapin och en enkät när patienten avslutat terapin.

Vi har organiserat enkäterna i kuvert som är numrerade med ett nummer som blir specifikt för den patienten som får det. Du kommer även att få en lista där du kan skriva patientens namn och kryssa för när du lämnat ut enkäterna. Den listan är ett hjälpmedel för dig och ska inte med tillbaka till oss. Via önskar endast få de numrerade kuverten tillbaka.

Vi är jättetacksamma för att du ställer upp och hjälper oss med detta.

Har du några frågor är du välkommen att höra av dig till oss per telefon eller mail.

Vänliga hälsningar

Ann-Marie Ahlstrand

Mobil: 0733- 26 33 19

a-m.ahlstrand@telia.com

Maria Martinez Karlsson

Mobil: 0707-76 66 35

stockemyr58@gmail.com

Till behandlare A

Bilaga II

Namn	Kuvert 1.	Kuvert 2.
Patient 1A _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 2A _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 3A _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 4A _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 5A _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 6A _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 7A _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 8A _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 9A _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient 10A _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hej!

Vi är två vuxenstuderande på det legitimationsgrundande psykoterapeutprogrammet med KBT-inriktning i Göteborg.

Ett led i utbildningen är att skriva en utbildningsuppsats och vi har valt att skriva om internetbaserad terapi. Vi är intresserade av att ta reda på hur väl internetterapi har fungerat för dig. Vi har fått tillåtelse från vårdcentralens verksamhetschef att genomföra denna undersökning.

Din medverkan blir att i samband med att du påbörjar och avslutar din terapi besvara bifogade enkäter

Vi är väldigt tacksamma om du vill bidra i denna studie. Enkäten är frivillig och Du har rätt att avbryta din medverkan när som helst.

Materialet kommer att hanteras konfidentiellt och det kommer inte att vara möjligt att identifiera dina svar. Vill du ta del av det slutliga resultatet av den här undersökningen är du varmt välkommen att ta kontakt med någon av oss.

Vänliga hälsningar

Anne-Marie Ahlstrand

0733-26 33 19

Maria Martinez Karlsson

070-667 76 35

Enkät inför internetbaserad KBT

Kön Man Kvinna

Vilket av följande alternativ beskriver bäst ditt civilstånd?

- Gift/sammanboende
 Änka/änkling
 Frånskild/separerad
 Ensamstående

Vilket av följande alternativ beskriver bäst din nuvarande arbetssituation?

- Heltidsarbetande Långtidssjukskriven
 Deltidsarbetande Arbetslös
 Hemmafru/-man Student
 Pensionerad Annat

Hur gammal är du? _____

Utbildningsnivå Grundskola Gymnasium Högskola

Har du gått i terapi tidigare? Ja Nej

Om ja; vilka är dina erfarenheter av tidigare terapi? Bra Dåliga

Vilken inriktning hade terapin? Psykodynamisk terapi KBT Annan

Vilket program kommer du att arbeta med?

Sovhjälpen Ångesthjälpen Depressionshjälpen
 Oroshjälpen Stresshjälpen

Hur mycket hindrar dina besvär dig i din vardag idag?

Ringa in den siffra från 1 till 10 som passar bäst

Lite

Mycket

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 10

Hur länge har du haft dina besvär? (Skriv med siffror) månader
 år

Hur motiverad är du att genomföra internet terapin?

Ringa in den siffra från 1 till 10 som passar bäst

Låg motivation

Hög

motivation

1 2 3 4 5 6 7 8 9
 10

Tillskriver du din behandlare stor vikt? Ja

Hur bedömer du dina datakunskaper för att klara en internet terapi?

Ringa in den siffra från 1 till 10 som passar bäst

Mindre bra

Mycket

bra

1 2 3 4 5 6 7 8 9
10

Anser du att du har lätt att knyta an till andra/relatera till andra människor?

Markera med ett kryss på linjen nedan:

Ja _____ **Nej**

Vilka fördelar ser du med internet terapi jämfört med traditionell terapi?

Det känns som ett mindre steg att ta än att börja gå i vanlig psykoterapi

Positivt att kunna arbeta självständigt

Jag kan göra de olika uppgifterna utan någon speciell tid att passa

Jag behöver inte resa långt för att få min behandling

Vilka nackdelar ser du med internet terapi jämfört med traditionell terapi?

Risk att man skjuter upp arbetet med uppgifterna

Risk att man glömmer av att göra uppgifterna

Risk att man blir avbruten när man arbetar med uppgifterna

Risk att man tappar motivationen om man stöter på svårigheter och det känns svårt

Tack för din medverkan!

Enkät efter avslutad internet baserad KBT**Vad tycker du om internetbehandlingen i sin helhet?**

Ringa in den siffra från 1 till 10 som passar bäst

Mycket dåligt**Mycket****bra**1 2 3 4 5 6 7 8 9
10**Hur mycket hindrar dina besvär dig i din vardag efter genomgången behandling?**

Ringa in den siffra från 1 till 10 som passar bäst

Lite**Mycket**1 2 3 4 5 6 7 8 9
10**Fullföljde du alla steg i behandlingen?**Ja Nej **Om nej; Hur många steg fullföljde du?**1 2 3 4 5 6 7 8 9
10**När under behandlingen upplevde du en förändring i ditt mående?**I början av behandlingen I mitten av behandlingen I slutet av behandlingen **Hur tycker du att samarbetet med din behandlare fungerat?****Mycket dåligt****Mycket****bra**1 2 3 4 5 6 7 8 9
10**Anser du att dina datakunskaper var tillräckliga för att arbeta på det här sättet?**Ja Nej **Kan du ange några fördelar med internetbehandling efter genomgången terapi?**.....
.....
.....
.....
.....**Kan du ange några svårigheter med internetbehandling efter genomgången terapi?**.....
.....
.....
.....
.....

Är du nöjd med internetbehandlingen?

Ja

Nej

Tack för din medverkan!

Demografi

	Trygg anknytning n= 7		Övrig anknytning n= 12	
	Variabel	Procent	Variabel	Procent
Kön				
<i>Kvinna</i>	7	100	11	91,7
<i>Man</i>	0	0	1	8,3
Ålder				
<i>18 – 25 år</i>	2	28,6	3	25,0
<i>26 – 45 år</i>	4	57,2	5	41,7
<i>46 – 60 år</i>			3	25,0
<i>61 - uppåt</i>			1	8,3
<i>Bortfall</i>	1	14,3		
Civilstånd				
<i>Gift/Sammanboende</i>	6	85,7	9	75,0
<i>Änka/Änkling</i>				
<i>Frånskild/separerad</i>			1	8,3
<i>Ensamstående</i>	1	14,3	2	16,7
Arbetsituation				
<i>Heltidsarbete</i>	2	28,6	7	58,3
<i>Deltidsarbete</i>	3	42,9	1	8,3
<i>Hemmafru/man</i>			1	8,3
<i>Pensionär</i>				
<i>Långtidssjukskriven</i>			1	8,3
<i>Arbetslös</i>				
<i>Student</i>	2	28,6	2	16,7
<i>Annat</i>	1	14,3		
Utbildningsnivå				
<i>Grundskola</i>	1	14,3	2	16,6
<i>Gymnasium</i>	1	14,3	4	33,3
<i>Högskola</i>	5	71,4	6	50,0