

MITTUNIVERSITETET

Institutionen för Socialt Arbete

ÄMNE: Socialt arbete, C-kurs

HANDLEDARE: Lars-Göran Molander

SAMMANFATTNING:

Kognitiv beteendeterapi är numer en allt vanligare behandlingsmetod i psykologiskt och socialt arbete. Tyvärr är bristen på utbildade KBT-terapeuter stor vilket gör att tillgången inte motsvarar efterfrågan. Möjligheten att bedriva KBT via internet gör att tillgången kan öka bland KBT-baserade behandlingar. Denna forskningsöversikt sammanställer den idag tillgängliga forskningen om internetbaserad KBT-behandling inom diagnoserna panikångest, social fobi, posttraumatiskt stressyndrom samt depression. I arbetet framkommer att internetbaserad KBT kan vara en god behandlingsmodell för dessa diagnoser. Dock tyder flera undersökningar på att den terapeutiska kontakten under behandlingen är nödvändig för att nå tillfredsställande resultat. Vid behandling av svåra depressionstillstånd ifrågasätter studien hur lämplig internetbaserad KBT är att använda. Dessutom bör det endast användas av auktoriserade terapeuter för att kvalitetssäkra denna form av behandling.

NYCKELORD: KBT, panikångest, depression, social fobi,
posttraumatiskt stressyndrom

TITEL: Internetbaserad kognitiv beteendeterapi -
En forskningsöversikt

FÖRFATTARE: Johan Vikström

DATUM: Maj 2009

Innehåll

1 Inledning.....	1
1.1 Problemformulering	2
1.2. Syfte.....	2
1.2.1 Frågeställningar	2
1.3 Definitioner	2
2. Metod	3
2.1 Forskningsöversikt	3
2.2 Datainsamling.....	3
2.2.1 Litteratursökning	3
2.2.2 Urval.....	4
2.2.3 Tolkning	5
3 Teoretiska utgångspunkter	5
3.1 Kognitiv beteendeterapi	5
3.1.1 Inlärningsteori och beteende	5
3.1.2 Beteendeanalys.....	6
3.1.3 Kognitiv terapi.....	7
3.2 Depression	8
3.3 Ångestsjukdom.....	9
3.3.1 Social fobi.....	9
3.3.2 Paniksyndrom.....	9
3.3.3 Posttraumatiskt stressyndrom.....	9
3.4 KBT vid depression.....	10
3.5 KBT vid social fobi	12
3.6 KBT vid paniksyndrom	12
3.7 KBT vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	12
4. Resultat och analys.....	13
4.1 Panikångestbehandling över internet.....	14
4.1.1 Analys.....	16
4.2 Behandling av social fobi via internet.....	16
4.2.1 Analys.....	17
4.3 Behandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) via internet	19
4.3.1 Analys.....	19
4.4 Behandling av depression via internet.....	20
4.4.1 Analys.....	20
4.5 Likheter och skillnader	21
5 Diskussion	22
Referenslista	

1 Inledning

KBT som begrepp och metod har under socionomutbildningen vid Mittuniversitetet diskuterats under flertalet kurser, där det genomgående främst varit positiva tillrop som uppkommit. KBT är en metod som ser ut att ligga i tiden för socialt arbete då intresset för denna metod hela tiden verkar öka. Ett av problemen som KBT har är bristen på utbildade terapeuter (Andersson, 2009), vilket gör tillgängligheten av KBT mindre än hos till exempel den mer klassiska psykodynamiska skolan inom terapin.

KBT bedrivs ofta i manualform, det vill säga att terapeuten följer ett schema för hur terapin skall bedrivas (Kåver, 2007). Dessa manualer har också givits ut i olika böcker, så kallade självhjälpböcker där det är meningen att den med psykisk ohälsa själv skall kunna tillgodogöra sig KBT och förbättra sitt psykiska mående (Ragnar, 2006).

Då KBT ofta är uppbyggd i manualform (Kåver, 2007) har det också börjat bedrivas interaktivt via internet. Forskning pekar på att KBT som bedrivs via internet ger ett likartat resultat som med KBT som bedrivs på klassiskt vis (Andersson, 2009). Dock finns det ofta en viss terapeutkontakt med även vid internetbaserad KBT, till exempel via e-post eller telefon. I den här uppsatsen har aktuell forskning inom ämnet internetbaserad KBT samlats in och sammanställts.

1.1 Problemformulering

Bristen på kompetent personal som kan bedriva KBT är ett av de praktiska problem som ligger till hinder för den som vill eller rekommenderas genomgå en KBT-behandling. Att då kunna ge terapin över internet skulle drastiskt kunna förändra utbudet. Kan man då helt lämna en klient med psykisk ohälsa till att själv sköta sin KBT eller bör det finnas en viss terapeutisk kontakt under behandlingen. Är internetbaserad KBT en möjlighet för vården att spara pengar i och med att färre terapeuter måste engageras eller är de långsiktiga verkningarna bristfälliga vilket gör att klienten söker för vård igen efter en tidsperiod. Inga exakta svar kommer att kunna ges i uppsatsen men intresset att skriva om ämnet grundar sig i denna problemformulering.

1.2. Syfte

Syftet med detta arbete är att söka material och forskning inom området internetbaserad KBT, sammanställa och redovisa detta i en forskningsöversikt.

1.2.1 Frågeställningar

De frågor som jag vill ha svar på är:

- Hur effektiv är internetbaserad KBT?
- Hur viktig är den terapeutiska kontakten/alliasen inom internetbaserad KBT?
- Hur kan den terapeutiska kontakten utformas?

1.3 Definitioner

Kognitiv beteendeterapi eller Kognitiva och Beteendeinriktade terapier har kommit att bli ett samlingsnamn för olika terapiformer som kan kopplas till kognition samt inlärningspsykologi. Tillsammans har dessa två inriktningar bildat basen för kognitiv beteendeterapi (Kåver, 2007).

I arbetet kommer kognitiv beteendeterapi att förkortas till KBT samt de individer som genomgått, genomgår eller kommer genomgå KBT kommer att kallas klienter. Med internetbaserad KBT menas Kognitiv beteendeterapi som bedrivs helt eller delvis via internet.

2. Metod

2.1 Forskningsöversikt

En forskningsöversikt menar Backman (2008) har till syfte att på ett tydligt vis sammanfatta och samordna tidigare gjord empirisk forskning. Som Backman (2008) beskriver målen med en forskningsöversikt har detta arbete försökt att utveckla teorier, finna samband och till viss grad generalisera. Backman (2008) beskriver med olika punkter varför det finns behov av forskningsöversikter. De två punkter jag utgått från är följande:

- man saknar överblick (översikt) över ett område
- en översikt avser att ge vetenskapligt stöd för någon praktik (Backman, 2008, s. 72-73)

I och med att internetbaserad KBT är ett relativt nytt fenomen där ny forskning frekvent kommer vill jag med denna uppsats skapa en överblick över området som jag saknar i enlighet med första punkten. I enlighet med sista punkten vill jag se om det finns stöd för internetbaserad KBT i praktiken. Denna uppsats är utformad som en komparativ översikt (Backman, 2008) då jag avser att jämföra de olika studier som gjorts inom ämnet för att se vilka olika aspekter av internetbaserad KBT som bidrar till utfallet.

2.2 Datainsamling

2.2.1 Litteratursökning

För att skapa en överblick över vad som finns publicerat inom ämnet internetbaserad KBT gjordes en inledande litteratursökning utifrån ett helikopterperspektiv (Friberg, 2006) för att skapa en överblick. I början av litteratursökning användes även sekundärkällor. Under den inledande litteratursökningen växte en bra grund fram att stå på när väl den egentliga litteratursökningen (Friberg, 2006) tog vid. I och med den inledande litteratursökningen hade

mer precisa sökord arbetats fram för att finna relevant litteratur. Till störst del är det böcker, artiklar och avhandlingar som använts vid denna studie. Artiklar samt avhandlingar är hämtade ur tre av de databaser som studenter vid Mittuniversitetet har tillgång till, Academic Search Elite, Pubmed (Medline) samt CSA social sciences. Böckerna hittades genom Mittuniversitetets katalog Mima. Sökorden har varit Kognitiv beteendeterapi, KBT, internetbaserad KBT, cognitive behaviour therapy, CBT, internet-delivered treatment. I litteratur som ansågs relevant genomsöktes deras referenslistor för ytterligare litteratur. På detta vis hittades artiklar och rapporter som inte kunde hittats i databassökningen.

2.2.2 Urval

Det forskningsområde som överblickats och redogjorts för i denna uppsats är följande: Kognitiv beteendeterapi som bedrivs över internet. De diagnoser som studerats är depression, social fobi, posttraumatiskt stressyndrom och paniksyndrom. Den litteratur som sammanställts har alla haft målgruppen vuxna personer ca 18-70 år av båda könen. Således har gruppen barn samt äldre över 70 år uteslutits samt alla diagnoser förutom ovanstående. Denna avgränsning har gjorts för att minska ner arbetets omfattning och göra det möjligt att genomföra under den tid som stått till förfogande. Den litteratur som använts har alla varit vetenskapliga verk. Då jag själv inte gjort någon empirisk studie har vikten av tillförlitlig litteratur känts om möjligt ännu viktigare. För att ha en så hög kvalitet och trovärdighet som möjligt i min uppsats har jag i största möjliga mån försökt att använda mig av primärkällor. Då internetbaserad KBT är ett relativt nytt fenomen har få böcker skrivits i ämnet vilket gjort att jag mest arbetet med artiklar och rapporter vilket gjort att uppsatsen bygger på forskning som är uppdaterad. I det insamlade materialet har referenslistorna noga studerats för att se vilka referenser som författarna använt sig av, för att om möjligt hitta till primärkällan. För att skapa en balans i uppsatsen har olika författares resonemang varvats, i så stor utsträckning det gått då några av författarna till verken är stora på området och bedrivit mycket forskning inom ämnet.

Under litteratursökningen och urvalet gjordes det tydligt att forskningen inom ämnet internetbaserad KBT inte bedrivits så länge vilket inte gör den så omfattande. Fokus fick läggas på vetenskapliga artiklar och rapporter då böcker inom ämnet var svåra att finna. Då forskningen inom området är relativt tunn fanns det vissa svårigheter att uppnå bredd och djup i tidigare studier då urvalet skulle göras.

2.2.3 Tolkning

Då denna uppsats inte bygger på rådata som till exempel intervjuer utan på material som redan har analyserats har ett kritiskt förhållningssätt hållits under hela arbetets gång. Jag har hela tiden ställt mig frågan varför ett visst verk är skrivet och till vilket syfte. Backman (2008) skriver att det är viktigt att tolka litteraturen för att göra en bra uppsats och vid en forskningsöversikt ges stort utrymme för kreativitet och uppslagsrikedom vid tolkningen.

3 Teoretiska utgångspunkter

3.1 Kognitiv beteendeterapi

KBT är en metod med ett humanistiskt synsätt, den ser på människan som en tänkande varelse med förmågan att själv förändra och påverka sitt liv. Utgår människan från faktiska problemsituationer kan denne lära sig känna igen och förändra tankemönster som inte är funktionella och bidrar till psykiskt lidande. KBT hjälper också till att förändra handlingar och beteenden som leder till negativa känslor och tankar (Ragnar, 2006).

3.1.1 Inläringsteori och beteende

Enligt Kåver (2007) utgör inläringsteorin själva golvet i KBT som behandlingsmodell. Förstår behandlaren inläringsteorin har denne också tillägnat sig flexibla principer för hur behandlingen skall utföras. En princip talar om hur en sak skall utföras på ett mer allmänt plan, till skillnad mot för en regel som är mer exakt och inte lika öppen för variation i behandlingsarbetet. KBT kan sägas vara principstyrt (Kåver, 2007).

KBT innefattar två typer av psykoterapi; beteendeterapi och kognitiv terapi. Med kognitiv terapi menas att terapin utgår från kognitioner, det vill säga hur vi tänker, registrerar och tolkar omgivningen (Oestrich, 2003). Kåver (2007) tar det hela lite längre och skriver att allt som pågår i huvudet på en människa kan kallas för kognitioner. Kognitiv terapi förutsätter att

alla tankeprocesser hos en människa är involverade i psykisk ohälsa. Därav blir hur och vad en människa tänker en påverkan till hur dennes mående ser ut.

I KBT finns både beteendeterapins teorier om respondent-, operant- och observationsinlärning, samt även den kognitiva terapins kopplingar till kognitiv psykologi (Kåver, 2007). Inlärningsteorin säger att beteende är allt vad en människa gör, känner och tänker. Psykisk ohälsa ses där som ett resultat av genetik, social bakgrund samt personens aktuella fysiska och sociala relationer med sin omgivning. Kåver (2007) delar in beteende i två olika kategorier; yttre beteende, vilket är handlingar som är observerbara för andra människor så som att gå eller knyta skorna. Den andra kategorin av beteenden är de inre beteendena; känslor, tankar och kroppsreaktioner som inte är synliga för andra så länge inte personen väljer att berätta eller beskriva dem. Inom beteendemodell beskrivs beteende som något som utvecklas och påverkas genom inlärning. De tre klasserna för inlärning är respondent, operant och modellinlärning (Kåver, 2007). I beteendemodellen är det den operanta inlärningen som anses vara viktigast. Operanter är ett beteende som opererar, det inverkar på omgivningen och ger en konsekvens. Inom den operanta inlärningen beskrivs positiv samt negativ förstärkning, bestraffning och utsläckning. En direkt positiv konsekvens av ett beteende förstärker detta. Även ett beteende som ger en negativ konsekvens ökar ett visst beteende, nämligen beteendet som krävs för att undvika den negativa konsekvensen. Besträffning däremot minskar sannolikheten för ett visst beteende, t.ex. om kritik ges varje gång vid ett visst beteende slutar personen snart att använda sig av det beteendet. Med utsläckning menas att om ett beteende inte förstärks på något vis avtar det efter ett tag (Kåver, 2007).

3.1.2 Beteendeanalys

En KBT-terapeut inleder oftast terapin med att göra en beteendeanalys som är utvecklad ur beteendemodellen. Här kan terapeuten försöka kategorisera beteenden i över- och underskottsbeteenden. Detta för att se vilka beteenden som klienten har ett överskott av, dvs. gör för mycket, till exempel röka eller dricka, eller ett underskott av, till exempel tacka ja till social samvaro (Kåver, 2007). Syftet med beteendeanalysen är att definiera de problem som individen har och finna de orsaker som driver och kontrollerar problemet. Analysen görs

genom att alla beteenden analyseras, både de inre och yttre. Även miljön som klienten vistas i är av intresse då samspelet med omgivningen påverkar klientens beteenden (Kåver, 2007).

Till skillnad mot andra terapiformer är individen själv ansvarig för behandlingen inom KBT, i andra terapiformer är dialogen med terapeuten central. I KBT är terapeuten mer än guide som besitter kunskapen om hur klientens problem kan lösas. KBT-behandling fokuserar på nuet, och att klienten skall vara medveten om nuet. Klientens historia och barndom ges mindre vikt, utan terapeuten hjälper klienten med vad denna kan göra i problematiska situationer samt vad klienten kan göra för att må bättre i nuet. Själva läkandet av en psykisk ohälsa sker inte till största del i samtalet hos terapeuten utan genom att mellan sessionerna fullfölja arbetet med de övningar terapeuten ordinerat. (Almén, 2007).

3.1.3 Kognitiv terapi

Kognitiv terapi kan bland annat kopplas till buddismens sätt att se på verkligheten som en konstruktion av våra tankar, samtidigt som den bygger på gamla grekiska filosofiska traditioner. Terapin är uppbyggd på tron att en människas kognitioner bestämmer känsloupplevelserna som leder till vissa bestämda emotionella svar (Oestrich, 2003). Terapin ägnar stor uppmärksamhet på hur en människa tolkar sin verklighet genom sina tankar. Tankarna delas in i tre olika nivåer, automatiska tankar, livsregler eller grundantaganden samt kognitiva scheman.

Automatiska tankar är snabba spontana tankar eller bilder som är fragmentariska och inte så välformulerade meningar med subjekt och predikat.

Livsregler eller grundantaganden är den samlade livsvisdom en människa besitter, till exempel religion, moral och etik.

Kognitiva scheman är de mest svåråtkomliga tankarna en person har. De är ovillkorliga oprövade hypoteser, teorier som blir till en slags karta som personen kan orientera sig efter. Dessa scheman växer fram under hela livstiden, dock som mest intensivt under barndomen. Sådana scheman blir som en i förväg fastslagen sanning för en person, till exempel: Jag är dum eller Jag är opraktiskt. De blir som fördomar om den egna personligheten. Som andra fördomar är de också mycket svåra att ändra (Kåver, 2007).

I kognitiv terapi utgås det ifrån att en person med psykisk ohälsa har negativa automatiska tankar samt dysfunktionella kognitiva scheman. Terapeuten försöker dock inte övertyga klienten att denne har dysfunktionella strukturer utan introducerar istället andra mer ändamålsenliga sätt att tolka en situation eller händelse som klienten utsätts för genom att utmana de negativa tankarna med frågor som till exempel: Vad finns det för bevis för detta? Vad talar för och emot min tolkning av den här situationen. (Oestrich, 2003).

3.2 Depression

Var annan kvinna och var fjärde man riskerar att någon gång under sin livstid drabbas av depression. Depression är ett samlingsnamn för flera olika symptom som kan leda till olika grader av depression (Ragnar, 2006).

Det vanligaste symptomet vid depression är nedstämdhet och sänkt sinnesstämning. Händelser som förr var roliga eller positiva för den drabbade påverkar inte längre stämningen så mycket. Den drabbade kan känna det som att det är omöjligt att bli glad. Sömnstörningar är ett annat symptom som är vanligt, svårt att somna, att vakna mitt i natten eller tidigt på morgonen. Även att sova ovanligt mycket förekommer. Ångest, oro är också det vanliga symptomet på en depression. Problem med koncentrationen tillhör också symptomen på depression, svårigheter att fokusera när en text läses eller att minnet verkar fungera sämre än vanligt. Depression påverkar hela människan, livsglädje, vitalitet och sexlust förminskas eller upphör. Vanliga somatiska problem som kan uppträda i och med depression är aptitlöshet, förstoppning samt muntorrhet, även värk, sveda och smärtor kan förekomma. I och med depressionen får klienten skuld känslor och negativa tankar som gör att livet kan kännas meningslöst. Även suicidala tankar och försök kan förekomma då det kan ses som den enda utvägen av den deprimerade (Gilbert, 2005)

Depression som diagnos finns i de båda diagnosmanualerna DSM-IV (First, 1999) som är den amerikanska manualen samt den internationella diagnosmanualen ICD-10 (Socialstyrelsen, 2002). Kriterierna i de bägge manualerna skiljer sig inte så mycket från varandra, och både har kriteriet att symptomen skall ha funnits under minst två veckor för att kunna ställa diagnosen depression.

3.3 Ångestsjukdom

Precis som vid diagnosen depression finns diagnoser med de olika ångestsyndromen i DSM-IV (First, 1999) samt i ICD-10 (Socialstyrelsen, 2002) och på de flesta punkter är kriterierna relativt lika de bägge manualerna i mellan.

3.3.1 Social fobi

En klient som lider av social fobi är mycket rädd för och undviker ofta situationer där denne riskerar att bli bedömd samt granskad av andra. Det som skiljer en fobi från att vara en rädsla är att den är irrationell och tagit orimliga proportioner, till exempel att en person inte klarar av att vistas i samma rum som en orm utan att få panik, även om ormen är instängd i en bur. En fobi påverkar klientens liv, till exempel ovanstående fobi för ormar kan få klienten att inte besöka djurparker där ormar finns. En klient med social fobi är bland annat rädd för de symptom som uppträder när denne t.ex. skall tala inför andra. Sådana symptom kan vara att rodna, darra på handen och allmänt verka nervös. Rädslan är då att någon skall upptäcka dem och anse dem som konstiga. Har klienten i samband med sociala sammanhang upplevt panikattacker så är det lätt till att denne börjar undvika liknande situationer. Anledningen till undvikandet är dock inte symptomen av en panikattack. Klienten är rädd att attacken skall synas utåt och att andra skall se den. En klient med paniksyndrom är rädd för attacken i sig (Farm & Wisung 2005).

3.3.2 Paniksyndrom

Paniksyndrom är när attacker av panik blir till ett omedelbart kroppsligt uttryck för ångest. Symptomen är till exempel yrsel, illamående, tryck över bröstet, illamående osv. Känslan under attacken är katastrofal och klienten kan tro att det är en hjärtattack eller att denne helt och håller på att tappa kontrollen. När attacken är över oroar sig klienten för att det skall hända igen och blir mycket uppmärksam på minsta lilla förändring i kroppen, vilket i sin tur kan leda till nya attacker (Farm, 2005).

3.3.3 Posttraumatiskt stressyndrom

En person som utsätts för en traumatisk händelse som t.ex. våldtäkt, krig eller dödsfall hos någon närstående kan drabbas av starka ångestreaktioner. Återupplevande av traumat kan

ständigt förekomma, både i vaket samt sovande tillstånd. Återupplevandet kan väckas till liv av en väldigt liten påminnelse om traumat. Därför undviker ofta klienten det som kan väcka minnena till liv igen, det kan vara allt från situationer som till exempel åka buss eller gå till matvaruaffären till att undvika vissa tankar. Undviker klienten vissa känslor kan också förmågan att visa dem gå förlorade (Farm, 2005).

3.4 KBT vid depression

Aaron Beck (Ragnar, 2006) grundade kognitiv terapi som ett nytt sätt att behandla depressioner. Han fann vissa särdrag då han studerade deprimerade patienters tankeinhåll. Detta särdrag valde han att kalla för den kognitiva triaden för depression. Med detta menade Beck (Ragnar, 2006) att en deprimerad klient hade en negativ självbild, en negativ världsbild samt en negativ syn på framtiden. Detta tankesätt bidrar till att vidmakthålla sjukdomen och inte främja ett tillfrisknande (Ragnar, 2006).

Ett depressivt tänkande förstärker sig själv i en spiral. Dysfunktionella grundantaganden ger i sin tur negativa automatiska tankar vilket befäster eller ökar depressionen. Att vara nedstämd och att inte känna glädje gör också att de flesta upplevelser blir negativa, vilket i sin tur ger negativa minnen om dem. Även detta ökar de negativa automatiska tankarna. Dessutom stärks spiralen av att den drabbade är inaktiv (Ragnar, 2006). Almén (2007) förklarar inaktiviteten genom ett inlärningsteoretiskt perspektiv genom att bristen på positiv förstärkning har släckt ut beteenden och inaktiverat klienten.

För att kunna bota en depression gäller det att bryta den onda cirkel som depressionsspiralen har skapat. Hur eller var man bryter den spelar enligt författaren (Ragnar, 2006) mindre roll, huvudsaken är att det görs. Vart än cirkeln bryts kommer det att påverka de andra delarna av cirkeln. Målet med detta är att förändra de dysfunktionella grundantaganden som ligger till grund för depressionen (Ragnar, 2006).

I KBT vid depression är det vanligt att terapeuten och klienten arbetar med något som kallas beteendeaktivering. Med beteendeaktivering skall klienten försöka återvinna engagemangen i sitt liv genom att aktivera sig. Detta skall göras fokuserat och medvetet. Anledning till aktiveringen är att det motverkar depressiva strategier som håller kvar klienten i det depressiva tillståndet. I och med aktivering ökar den positiva förstärkningen i klientens liv,

vilket i sin tur får en antidepressiv verkan då de positiva känslorna samt det realistiska tänkandet ökar. Klienten skall således bryta sin passivitet genom att stegvis med hjälp av terapeuten ledas in i aktiviteter (Kåver, 2007). Hur beteendeaktiveringen skall utformas skiljer sig från klient till klient men vissa saker är meningsfulla för de flesta, till exempel socialt umgänge (Almén, 2007). Beteendeaktivering föregås ofta av en beteendeanalys och om denna visar på att klienten har undvikande beteende som ett stort problem går terapeut och klient vidare med själva aktiveringen. Denna kan ske genom att terapeuten ger klienten olika hemuppgifter, till exempel att skriva dagbok där olika dagliga aktiviteter skattas på en njutningskala. Andra exempel på hemuppgifter är att klienten skall utföra aktiviteter med hög positiv förstärkningsgrad, med stegvis ökande svårighetsgrad. Klienten skall också arbeta med sitt undvikande och träna sig i att ta alternativa vägar att närma sig de situationer som förut undvikits. Detta genom att gå emot känslan att undvika, klienten skall vara aktiv även om lust och motivation saknas. Beteendeaktiveringen innefattar även att återställa vardagsrutiner så som sömn, kost, arbete, fritidsaktiviteter etc. *Mindfulness* eller *medveten närvaro* ingår också i beteendeaktiveringen, det vill säga, klienten skall vara medveten i nuet och att alla perspektiv av en situation skall uppmärksammas, inte bara de negativa (Kåver, 2007).

Samtidigt som terapeuten och klienten arbetar med beteendeaktivering kombineras det ofta med kognitiva tekniker (Kåver, 2007). Sker det inte samtidigt som beteendeaktiveringen ett arbete med de kognitiva procedurerna finns det risk att de kognitiva procedurerna blir en del av depressionbeteendet (Almén, 2007). Almén (2007) skriver vidare att en deprimerad individ har fler negativa automatiska tankar än vad en icke deprimerad har, och att dessa negativa automatiska tankar styr individen. Att då arbeta med metoden alternativa tankar till de negativa automatiska tankarna föreslås. Denna metod avser att identifiera de negativa tankarna och formulera alternativa tankar till dem. När detta är gjort skall beslutet om hur man skall handla grundas på de alternativa tankarna (Almén, 2007). Kåver (2007) skriver att arbetet med tankar inte skiljer sig så mycket från varandra, oberoende av om det är automatiska tankar, grundläggande livsregler samt scheman. Terapeuten kartlägger klientens tankar och övertygelser, och hur dessa påverkar klientens känslor och beteende. När detta är gjort följer terapeuten upp det hela med sokratiska diskussioner och experiment. Med sokratiska menar Kåver (2007) frågor som är till för att försöka ge klienten nya insikter som ger en mindre känsloladdad upplevelse av en viss situation.

3.5 KBT vid social fobi

För att uthärda sociala situationer tenderar socialfobiker att utveckla så kallade säkerhetsbeteenden (Farm, 2005). Det är en uppsättning beteenden som gör det möjligt att dölja rädslan att göra bort sig. Sådana beteenden kan till exempel vara att spänna sig för att inte skaka, bära ljusa kläder för att dölja svettningar, försöka dölja munnen när man äter eller att leda bort fokus från sig själv för att en diskussion inte skall bli för ingående. Vid behandling med KBT mot social fobi tar klienten och terapeuten reda på dessa säkerhetsbeteenden och hur de förstärker rädslan av sociala situationer. Farm (2005) skriver att klienterna ofta får en aha-upplevelse när deras säkerhetsbeteenden spelas upp i ett rollspel som filmats. När klienterna ser filmen inser de ofta att deras säkerhetsbeteenden många gånger ser mer konstiga ut än vad det skulle göra att se nervös eller rädd ut. En socialfobiker har svårt att hålla koncentrationen på vad som sker runtomkring denne då den måste lägga mycket av sitt fokus på att kontrollera sig själv och sina kroppsliga reaktioner. Genom att göra det skriver Farm (2005) att kroppen försätts i ett lättskrämt läge och fobikern ser på omgivningen som mer dömande och negativ än vad den egentligen är. För att bryta det mönstret kan man som inom depressionsbehandlingen träna på mindfulness (Kåver 2007), att vara medveten i nuet och försöka ha fokus utåt istället för att hela tiden fokusera inåt på det negativa.

3.6 KBT vid paniksyndrom

En av de vanligaste metoderna inom KBT som används för att behandla panikångest är att få klienten att förstå att dennes kroppsreaktioner inte är ett tecken på en annalkande katastrof. Klienten kan till exempel stanna kvar i en situation som denne tidigare flytt för den väckte ångest. Genom att stanna kvar märker klienten att katastrofen inte slår in och på så vis minskas symptomen stegvis (Farm, 2005).

3.7 KBT vid posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)

Som vid annan ångestbehandling med KBT är exponering en av de vanligaste sätten att behandla posttraumatiskt stressyndrom. Exponeringen kan ske genom att i fantasin gå igenom traumat upprepade gånger, prata om traumat eller till exempel skriva om det. Om det känns svårt att göra något av de metoderna kan klienten börja med att måla en del av traumat som en bild. Att sedan tydliggöra för klienten hur traumat har påverkat dennes grundsyn på livet är en

viktig del inom behandlingen. De nya grundantaganden som klienten fått efter traumat måste göras så realistiska och verklighetsnära som möjligt (Farm, 2005)

4. Resultat och analys

En fördel med KBT är att behandlingen i sig till stor del finns nedskriven i manualform, i tryckt format som brukar kallas för självhjälp. Självhjälp stämmer dock bara till en viss del, den så kallade självhjälpen innefattar också ofta visst terapeutstöd. Stödet kan ske till exempel över telefon. Forskning kring detta talar för att det kan vara en effektiv behandlingsform (Andersson, Carlbring, Caldo, 2006a). Då forskning finns som talar för att nedskriven KBT i form av självhjälp fungerar anser artikelförfattarna (Andersson et al, 2006a) att KBT över internet i form av hemsidor och korrespondens över e-post samt på annan elektronisk väg är en bra resurs att tillgå. Detta på grund av den rådande resursbrist som finns inom vården, samt att klienternas valmöjligheter till terapi breddas. Andersson et al. (2006a) betonar att internetbehandlingen inte skall vara synonymt med att titta på en hemsida, det skall vara ett omfattande program som kan pågå i flera månader och textmaterial lika stort som i självhjälpböckerna. Internet skall bara vara ett verktyg att förmedla behandlingen, precis som självhjälpböcker. Skillnaden är att internet öppnar upp möjligheten att förmedla material på ett annat sätt än i tryckt form. Andersson et al. (2006a) skriver vidare att själva behandlingsarbetet sker vid sidan om datorn då klienten arbetar med de givna uppgifterna, precis som i traditionell KBT. Skillnaden mot traditionell KBT är att återrapporteringen sker över datorn, där terapeuten sedan kan läsa resultaten och ge återkoppling. En fördel med internetbaserad KBT är att terapeuten kan portionera ut material till klienten i lagom takt. I arbetet med en självhjälpbok har klienten hela tiden tillgång till hela materialet vilket kan medföra risken att en klient går vidare till nästa avsnitt innan denne är redo för det. I de internetbaserade KBT-program som Andersson et al. (2006a) skriver om föregås själva terapin alltid av en kartläggning av klienternas problem för att inte riskera att en klient ges tillgång till fel behandling. Behandlare och klient är inte heller på något sätt anonyma för varandra då behandlaren identifieras med både namn och bild så att klienten skall veta vem som besvarar dennes frågor. Ett mobilnummer finns också tydligt angivet ifall akuta problem skulle uppstå. En missuppfattning som enligt Andersson et al. (2006a) finns är att KBT över

internet skiljer sig från den terapi man skulle få vid traditionell KBT med besök hos terapeut. Det stämmer till viss del då hela behandlingen måste finnas beskriven över internet, men precis som i arbetet med självhjälpsböcker kan klienten välja de områden som passar dennes problem. I en undersökning gjord av artikelförfattarna (Andersson et al. 2006a) jämfördes en helt individualiserad e-postbehandling med en självhjälpsbehandling med viss terapeutkontakt över internet bland deprimerade klienter. Skillnaden dessa två behandlingssätt i mellan var inte så stor att någon slutsats om att individualiserad behandling är bättre kan dras.

I artikeln Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta analysis (Spek et al. 2007a) ges stöd åt att KBT som behandlingsform är passande för ett datorformat, och att det dessutom har fördelar över traditionell KBT i och med att det når ut till klienter som annars inte skulle söka sig till terapi. Internetbaserad KBT med visst terapeutstöd ansågs i en av de undersökta studierna vara lika effektiv som traditionell KBT, dock är forskning som stödjer denna hypotes för liten för att dra en slutsats att så är fallet (Spek et al. 2007a). Även i en rapport från SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2007) har studier som påvisar att datorbaserad KBT är likvärdig med traditionell KBT funnits, dock kan det ej heller i denna rapport dras slutsatsen att så är fallet då det är osäkert om studierna haft tillräcklig statistisk styrka. Vidare skrivs i rapporten (SBU, 2007) att datorbaserad KBT visade sig i tre studier fungera bättre än väntelista, telefonintervjuer samt diskussionsgrupper online. Datorbaserad KBT visade sig också i två studier vara bättre än sedvanlig behandling (SBU, 2007). Datorbaserad KBT visar också i rapporten (SBU, 2007) indikationer på att kunna vara ett kostnadseffektivt alternativ till traditionell behandling, dock krävs fler studier för att bekräfta det.

4.1 Panikångestbehandling över internet

I en studie gjord i Australien (Kiropoulos et al. 2008) jämförs klassisk KBT direkt med internetbaserad KBT vad avser behandling av panikångest. I studien fördelades deltagarna slumpvis mellan den klassiska terapin och den internetbaserade. Deltagarna var 62 kvinnor och 24 män som alla var australienska medborgare bosatta i Victoria med diagnosen panikångest. Deltagarna rekryterades via annonser i media och på internet. Andra diagnoser än panikångest förekom bland klienterna men panikångest skulle vara den primära. Alla

deltagare var mellan 18 till 70 år gamla vid undersökningstillfället och medelåldern på hela gruppen var ca 40 år. 54 % av gruppen fick genomgå den internetbaserade behandlingen. Vissa av deltagarna medicinerade mot sin panikångest men fick enbart delta i studien om de stått på samma dos i minst 12 veckor men ändå uppvisade symptom på panikångest. I det internetbaserade programmet hade klienterna kontakt med sin terapeut över e-post och terapeuten var skyldig att svara på e-posten inom 24 timmar. När de båda behandlingarna var genomförda visade resultaten på nästan samma utfall. De klienter som var fria sin panikångest var 30,4% i internetgruppen och 27,5% i den klassiska terapigruppen. Mellan grupperna kunde ingen skillnad ses hur bra kontakt klienterna fick med sin respektive terapeut. Dock visade sig gruppen som genomgick den klassiska terapin mer uppskatta att kommunicera med sin terapeut mot för den gruppen som genomgick internetbaserad KBT. Detta var oberoende av hur mycket de uppskattade själva terapimetoden eller graden av tillfrisknande. Terapeuterna ansåg att den grupp som genomgick den klassiska terapin var mer medgörliga till behandlingen och fick en bättre förståelse för behandlingsmaterialet. Terapeuterna som genomförde den internetbaserade terapin spenderade 35 % mindre tid på att genomföra terapin mot för vad terapeuterna som genomförde den klassiska terapin gjorde. En nästan identisk studie som den ovan genomfördes i Sverige (Carlbring et al. 2005) med liknande resultat. Den studien pågick under 10 veckor och jämförde även den klassisk KBT-terapi med internetbaserad KBT. Terapin var indelad i 10 moduler för båda metoderna. De som genomgick den internetbaserade terapin hade kontakt med sin terapeut via e-post och fick sina svar inom 36h. För att få gå vidare i internetprogrammet var de tvungen att utföra vissa uppgifter samt svara rätt på ett prov i slutet av varje modul för att komma vidare. I genomsnitt skickade en klient 15 e-brev under denna tioveckorsperiod och terapeuten till de internetbaserade klienterna la i snitt ner ca 150 min per klient totalt. De flesta klienterna var nöjda eller mycket nöjda med behandlingen oberoende av vilken av modellerna de genomgått. Dock ansåg många att takten vart för hög, speciellt bland de som genomgick den internetbaserade terapin. Detta tror artikelförfattarna (Carlbring et al. 2005) kan bero på att minimal kontakt via e-post inte är tillräcklig för att upprätthålla den snabba takten. Ingen signifikant skillnad fanns dock i resultaten av behandlingen de båda modellerna i mellan. En annan studie där ett internetbaserat KBT-program erbjöds gratis till alla genomfördes i Kanada (Farvolden, Denisoff, Selby, Bagby & Rudy, 2005). I det programmet skulle klienten

helt på egen hand genomgå 12 veckor av KBT på internet utan någon kontakt med terapeut. 1161 personer registrerade sig men endast 12 personer eller 1.03% slutförde programmet. De som genomförde hela programmet förbättrades dock i sin panikångest, och även de som inte genomfört alla 12 veckor kunde uppleva en viss förbättring.

4.1.1 Analys

I ovanstående studier ges internetbaserad KBT-behandling vid panikångest stöd som en väl fungerande modell, så länge en viss terapeutisk kontakt finns. Studien på programmet utan terapeutisk kontakt visade på mycket dåligt resultat vad avser antalet slutförda behandlingar, även om de som genomgått vissa delar av behandlingen kunde uppvisa förbättringar i några fall. Dock kan inga stora växlar dras att terapeutisk kontakt krävs enbart på grund av en studie som påvisar ett negativt resultat av att inte ha någon terapeutisk kontakt. En brist i de flesta studierna är att de genomförts på klienter som själva valt att ingå i denna behandlingsmodell, vilket gör att ett frågetecken är hur modellen fungerar bland klienter som blir erbjuden den och inte själva aktivt sökt upp metoden? En studie (Bergström et al. 2009) är dock genomförd på Karolinska institutet i Stockholm där klienter inom vården som ej rekryterats genom reklam och annonser fick genomgå liknande behandling som i Carlbring et al. (2005) studie, dock saknades en kontrollgrupp. Bergström et al. (2009) studie visade på att internetbaserad KBT fungerade lika bra i klinisk miljö som den gjort i andra studier, dock krävs mer forskning på området för att kunna dra några slutsatser. Rent kostnadsmässigt kan internetbaserad KBT-behandling kanske vara ett billigare alternativ än klassisk terapi om hänsyn till hur lång tid terapeuten måste lägga ner på varje klient.

4.2 Behandling av social fobi via internet

En studie av behandling vid social fobi genomfördes 2003 i Sverige (Andersson et al. 2006b). 64 män och kvinnor i åldrarna 18 till 67 deltog i studien där internetbaserad KBT-behandling jämfördes med en kontrollgrupp som inte gavs behandling. 32 stycken av deltagarna blev slumpvis valda till behandlingsgruppen och 32 av deltagarna fick vänta i kontrollgruppen. Behandlingen bestod av ett nioveckorsprogram med nio moduler över internet tillsammans med två gruppträffar. Minimal kontakt med terapeuterna gavs via e-post som svarade inom 24 h. För att komma framåt i programmet var klienterna tvungen att genomföra varje modul och utföra uppgifter samt svara rätt på frågor för att terapeuten skulle sända lösenordet till nästa

modul. Ansåg inte terapeuten att klienten var redo att gå vidare till nästa modul sände denne uppgifter som klienten skulle göra för att komma vidare. Terapeuten spenderade i genomsnitt 3h på varje klient med att ge feedback och rätta uppgifter. De två gruppträffarna som genomfördes gick ut på exponering. Varje grupp bestod av ca 6-8 gruppdeltagare. Vid den första träffen närvarade alla deltagare vid sin respektive grupp, men vid andra gruppträffen sjönk närvaron till 59 %. Resultatet av studien var att de i behandlingsgruppen förbättrades, bland dem som deltog i båda gruppövningarna märktes en lite bättre förändring än hos de som bara deltagit i den första gruppövningen.

I en uppföljande studie av samma modell (Carlbring et al. 2007) togs de två gruppövningarna bort helt men telefonkontakt varje vecka med terapeuten lades till, den minimala kontakten via e-post bibehölls. Av 29 personer som deltog i behandlingsprogrammet med nio moduler slutförde 27 personer det. I jämförelse med kontrollgruppen hade behandlingsgruppen mindre social fobi efter genomgått behandlingen över internet. Livskvaliteten hade förbättrats för de i behandlingsgruppen men skillnaden var inte signifikant. Vid uppföljningen av studien ett år senare hade dock skillnaden blivit signifikant, vilket i studie förklaras med att 9 veckor är en för kort tid att förändra den variabeln på (Carlbring et al. 2007). Denna studie pekar således på att gruppträffarna inte påverkat utfallet av behandlingen i så stor grad, vilket också Tillfors et al. (2008) liknande studie pekar på. Att internetbaserad behandling är en behandlingsform som fungerar och ger en skillnad mot för att stå utan behandling ges också stöd i två Australienska studier (Titov, Andrews, Schwencke, Drobny & Einstein, 2008a) samt (Titov, Andrews & Schwencke, 2008b).

4.2.1 Analys

En aspekt att ta hänsyn till vid behandling av social fobi över internet är om det inte kan bidra till att stärka dessa klienters isolering och rädsla genom att ge dem behandling framför en dator, utan någon direkt kontakt med andra människor. Samtidigt skulle dessa klienter kanske inte kunna få hjälp på annat vis då de inte vill bege sig ut i samhället. Studierna ovan visar på ett positivt resultat vad avser behandling av social fobi med KBT över internet, även om bortfallsfrekvensen på den första studien var stor, troligtvis på grund av gruppövningarna. Att gruppövningar för personer med social fobi är dem till nytta pekar den första studien på, men för många klienter verkar detta kunna bli en för jobbig upplevelse, varför de sedermera uteblir

från gruppträffarna. Att då med telefonkontakt varje vecka kunna uppnå liknande resultat fast med mindre bortfall ser jag som en bättre lösning. Forskning som prövat internetbaserad KBT-behandling vid social fobi utan någon terapeutisk kontakt kunde jag inte finna, en studie på det skulle vara intressant att se, hur stor betydelse den terapeutiska kontakten har vid behandling av social fobi.

4.3 Behandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) via internet

En studie har genomförts (Litz, Engel, Bryant & Papa, 2007) på klienter med diagnosen posttraumatiskt stressyndrom i USA. Klienterna var anställda vid försvarshögkvarteret Pentagon som fått diagnosen PTSD efter attacken den 11 september 2001 samt soldater som fått diagnosen efter att ha deltagit i operationer i Irak eller Afghanistan. I studien jämfördes 24 stycken klienter som genomgick KBT över internet med en grupp om 21 st som fick stödterapi/rådgivning via internet. KBT-gruppen hade ett möte med terapeuten ansikte mot ansikte sedan kontakt via e-post och telefon. Den andra gruppen hade även de kontakt med sin terapeut över telefon och e-post. I jämförelse var resultatet till KBT:s fördel. I båda grupperna slutförde ca 70% av deltagarna behandlingen och en tredjedel av dessa bland dem som genomgått den KBT-inriktade behandlingen uppfyllde inte längre kraven för diagnosen PTSD efter 6 månader. I gruppen som gavs stödterapi/rådgivning var resultatet en fjärdedel. En annan studie (Knaevelsrud & Maercker, 2007) genomfördes med 49 klienter diagnostiserade med PTSD som genomgick en fem veckors KBT-behandling över internet med minimal terapeutisk kontakt. Denna klientgrupp hade genomgått olika trauman såsom att mista någon närstående eller till exempel sexuella överfall. I studien jämfördes internetbaserad KBT-behandling men en grupp som inte gavs behandling utan fick stå på väntelista till behandling. Resultatet i denna studie visade även det på ett positivt utfall för internetbaserad KBT-behandling vid PTSD och en signifikant förbättring bland klienterna som genomgått den, ingen skillnad kunde ses bland gruppen som stod på väntelista till behandling.

4.3.1 Analys

Forskning kring internetbaserad KBT och PTSD är mycket begränsad. Enbart två studier som tar upp detta ämne har kunnat hittas. Dessa studier visar på goda resultat vid behandling av PTSD över internet, dock kan inga stora slutsatser dras då det enbart handlar om två studier varav den ena med en relativt icke representativ målgrupp för resten av befolkningen. Klassisk KBT som metod har dock goda resultat vid behandling av PTSD (Farm, 2005) varav internetbaserad KBT med relativt stor sannolikhet också borde kunna ha det. Fler studier krävs dock för att bekräfta om så är fallet, samt hur stor den terapeutiska kontakten bör vara, eller om det kanske går lika bra helt utan den kontakten.

4.4 Behandling av depression via internet

En svensk studie (Andersson, Bergström, Holländare, Carlbring, Kaldø & Ekselius, 2005) jämförde internetbaserad KBT-behandling med minimal terapeutkontakt via e-post med att enbart ha tillgång till ett diskussionsforum om depression på internet. Även gruppen som genomgick den internetbaserade behandlingen gavs tillgång till ett diskussionsforum, dock inte samma de båda grupperna i mellan. Målgruppen var ungefär den samma som i studierna som genomförts för de andra diagnoserna, det vill säga personer av bägge könen äldre än 18 år. Diagnosen skulle vara lätt till medelsvår depression. I gruppen som gavs behandling ingick 36 personer och i den andra gruppen 49 personer. Behandlingen var uppdelad i fem moduler som skulle genomföras på 8 veckor. Medeltiden för att slutföra alla moduler var dock 10 veckor. För att komma vidare i programmet skulle uppgifter genomföras samt ett prov klaras av i slutet av varje modul. När det var gjort sände terapeuten lösenordet till nästa modul. Klarade inte klienten sina uppgifter eller prov fick denne nya uppgifter och övningar av terapeuten att genomföra för att komma vidare i programmet. All kontakt med terapeuten besvarades inom 24h. I genomsnitt la terapeuten ner 2h per klient totalt med alla korrespondens samt administration. I genomsnitt slutförde de i behandlingsgruppen 65 % av behandlingen. Resultatet av studien visar att de som genomgick internetbaserad KBT-behandling mot depression förbättrades och fick en bättre livskvalitet. Att bara delta i ett diskussionsforum om depression gjorde ingen skillnad på depressionssymptomen. En studie i Holland (Spek et al. 2007b) har visat på ungefär samma resultat. En liknande studie som genomfördes i Australien (Christensen, Griffiths & Jorm, 2004) ger också stöd till internetbaserad KBT vid depressionsbehandling även om denna studie visar lite sämre resultat än de två föregående. En annan Australiensisk studie (Christensen, Griffiths, Mackinnon & Jorm, 2006) där KBT-behandling erbjöds utan någon som helst terapeutisk kontakt visade på ett dåligt resultat och enbart 4 % av deltagarna slutförde behandlingen. Att depressionsbehandling med KBT över internet kan fungera men att det krävs någon form av terapeutisk kontakt ges också stöd i två studier av Clarke et al. (2002) och Clarke et al. (2005)

4.4.1 Analys

Vid behandling av depression över internet med KBT verkar den terapeutiska kontakten vara av stort värde för att klienterna skall genomföra behandlingen samt för att behandlingen skall

ge någon verkan, vilket flera studier ovan påvisat. I de flesta studier som genomförts har internetbaserad KBT-behandling visat sig fungera på klienter med lätt till medelsvår depression. Studier om internetbaserad KBT-behandling av svår depression har inte kunnat finnas. Möjligen är behandling av svår depression över internet svår att bedriva med tanke på suicidalrisken som kan finnas hos svårt deprimerade klienter (Gilbert, 2005). Där skulle kanske en möjlighet vara att bedriva internetbaserad KBT en bit in i behandlingsarbetet, när klienten anses vara så pass stabiliserad att risk för suicid inte längre föreligger till samma grad. Att arbeta med deprimerade klienter anser jag kräver att suicidalrisken hela tiden tas hänsyn till, vilket kanske gör det omöjligt att bedriva en behandling på internet utan någon som helst terapeutisk kontakt, då möjligheten att upptäcka en försämring hos klienten är svår.

4.5 Likheter och skillnader

I alla ovan nämnda studier har terapeuten på något vis visat sig vara viktig för deltagande samt resultat av behandlingen. En studie (Cook & Doyle, 2002) har gjorts som jämför hur bra relation klient och terapeut får över internet vad avser förmågan att jobba tillsammans med att lösa problemet. I denna undersökning jämfördes en grupp som gavs terapi över internet med klienter som givits terapi på klassiskt vis. Resultatet av denna undersökning var att de som fick terapi över internet faktiskt hade en bättre arbetsrelation med sin terapeut mot för de som gavs terapi ansikte mot ansikte. Dock kan inga stora slutsatser dras av denna studie då den är den enda i sitt slag som funnits samt att gruppen som undersökningen bedrevs på var relativt liten, 15 personer. Den terapeutisk alliansen har visat sig i många av ovan nämnda studier (Knaevelsrud & Maercker, 2007) har visat sig varit stark, även om det i vissa studier (Kiropoulos et al. 2008) visade sig att de klienter som genomgick klassisk terapi mer uppskattade att kommunicera med sin terapeut, även om det inte hade någon inverkan på resultatet av behandlingen. Vid depressionsbehandling finns en liten tendens till att tro att terapeuten är viktigare än vid behandling av de andra diagnoserna, både för resultatet av behandlingen samt graden av slutförd behandling bland klienterna (Christensen et al. 2005), (Clarke et al. 2002, 2005). Saknaden av studier genomförda i klinisk vårdmiljö är nästan genomgående för alla ovanstående diagnoser då enbart en sådan studie (Bergström et al. 2009) kunde hittas. Den studie pekade på ett bra utfall men det krävs fler studier i det slaget för att kunna säga att internetbaserad KBT fungerar även för klienter som själva aktivt inte sökt metoden. KBT får anses både vara en modern teknik samtidigt som den är sprungen ur

många äldre traditioner och tekniker. KBT kan härledas tillbaka till antikens Grekland och Sokrates i och med de sokratiska diskussionerna. KBT är en metod som sedan utvecklats utifrån en vetenskaplig metodik vilket gör att den lämpar sig väl i dagens evidensbaserade sociala arbete (Payne, 2002) Att metoden just är evidensbaserad kan också stärka det sociala arbetet som profession enligt Payne (2002). Att metoden är evidensbaserad visar alla de studier som finns i ämnet, både kvalitativa samt kvantitativa studier finns att tillgå. Dock visar Haby, Donnelly, Corry & Vos studie (2006) att KBT som metod behöver fler studier där andra professioner än psykologer bedriver metoden.

Perris (2006) riktar i en i debattartikel kritik till KBT som begrepp i Sverige. Där hävdar Perris (2006) att KBT-begreppet i Sverige måste moderniseras, då KBT i Sverige har kommit att bli ett begrepp som till största del är synonymt med traditionell beteendeterapi, åtminstone ur ett teoretiskt synsätt. I ett internationellt perspektiv är KBT mer ett begrepp som samlar olika kognitiva och beteendearterade terapier (Perris, 2006). Enligt artikelförfattaren bör KBT-utbildningen i Sverige ändras för att bli mer lik den internationella. Han föreslår att vi i Sverige skall slå ihop det som i Sverige kallas för KPT; Kognitiv psykoterapi med KBT för att på så vis mer likna den internationella KBT-metoden. Skulle detta göras tror Perris (2006) att flera kliniska synergieffekter skulle uppstå, vilket skulle främja klienterna.

5 Diskussion

Denna forskningsöversikt har inte till hundra procent kunnat besvara frågeställningarna som sattes upp, dock har den delvis kunnat besvara frågorna och gett riktningen åt vilket håll forskningen inom området pekar, det vill säga positiva resultat vad avser behandling med internetbaserad KBT vid de valda diagnoserna.

Ett av problemen som KBT brottas med är bristen på välutbildad personal och resurser. Internetbaserad KBT kan då vara lösningen åtminstone när det gäller resursfrågan, som studierna visat behöver inte varje terapeut lägga ner lika mycket tid om behandlingen till största del kan bedrivas via dator. Just terapeutfrågan måste utredas vidare, till hur stor del måste en terapeut finnas tillgänglig för att behandlingen skall vara till störst fördel för klienten? De studier som gjorts på internetbaserade KBT-behandlingar som erbjudits fritt till alla, och utan terapeutisk kontakt har alla visat på mycket dåliga resultat. Även frågan om hur

lämplig internetbaserad KBT är att bedriva inom vården bör utredas mer, jag anser att skillnaden i att behandla klienter som självmant söker sig till denna vårdform med de som blir tilldelade den måste undersökas. Kanske inte internetbaserad behandling passar för alla, dock tror jag man måste se till individen och anpassa behandlingsmodell efter denne, kanske internetbehandling kan vara lämplig i en del av behandling men inte hela? En annan fördel som skulle kunna ses med internetbaserad KBT är att behandlingen lämpar sig för klienter som kanske måste färdas långa sträckor för att genomgå klassisk terapi. Med hjälp av dator och internet skulle de då kunna genomgå behandlingen i hemmet samt ha kontakt med en terapeut på annan ort.

Vissa begränsningar har dock internetbaserad KBT, den tilltänkte klienten måste ha eller ges tillgång till en internetuppkopplad dator, samt behärska den. Även förmågan att ta och tolka textmaterialet spelar in, till exempel en person med svår dyslexi eller begåvningshandikapp kan få svårt att ta in behandlingen. Forskningen inom området datorbaserade KBT är överlag positivt inställd, dock med vissa reservationer om hur det skall bedrivas. Bristen på studier gjorda i klinisk vårdmiljö lämnar frågan om hur internetbaserad KBT fungerar för klienter som inte själva väljer metoden öppen. Kritiken som riktats mot KBT som säger att metoden utgår från ett fast mönster och inte lämpar sig för arbetet med människor anser jag vara vag då de studier som sammanfattats ovan tyder på att KBT fungerar väl. Andersson mfl (2006a) skriver i sin artikel att KBT ofta prövats i manualform och att det inte alls behöver bli stelt eller oflexibelt.

Jag tror personligen att en internetbaserad terapi måste föregås av någon slags analys av den tilltänkte klientens problembild innan denne ges tillgång till material. Att till exempel felbehandla en klient som uppvisar suicidala tendenser som inte terapeuten upptäcker kan ge ödesdigra konsekvenser. På grund av detta tycker jag att internetbehandling skall kunna auktoriseras och övervakas av någon slags myndighet för att på så vis kvalitetssäkra behandlingen. Annars finns risken att oseriösa aktörer försöker tjäna pengar på människor dåliga mående, vilket inte får förekomma. Rätten att bedriva terapi på internet borde vara lika reglerad och övervakad som rätten att bedriva klassisk terapi ansikte mot ansikte. Att då få bedriva internetbaserad terapi borde kräva en liknande utbildning som de terapeuter som bedriver klassisk terapi har genomgått.

Då internetbehandling verkar vara en mindre kostsam, med ändå i vissa fall en lika effektiv metod som traditionell KBT borde kommuner, landsting samt privata aktörer kunna vara intresserade av att bedriva det inom psykologiskt och socialt arbete. Att inte metoden används i det vanliga vård och behandlingsarbetet tror jag beror på att det finns för lite forskning inom området som påvisar metoden som effektiv bland klienter som inte själva valt att delta. Kommer forskning som visar på det tror jag fler instanser inom vård och behandlingsapparaten får upp ögonen för metoden och blir villiga att pröva den.

Referenslista

Almén, N. (2007). *Stress och utmattningsproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, G., Carlbring, P., & Kaldö, V. (2006a). Kognitiv beteendeterapi via internet – en behandlingsform för framtiden?. *Psyisk hälsa, 1*, 50-58.

Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthán, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhrman, M., & Ekselius, L. (2006b). 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. (2009). Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 175-180.

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser (2 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.

Bergström, J., Andersson, G., Karlsson, A., Andreewitch, S., Rück, C., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2009). An open study of the effectiveness of Internet treatment for panic disorder delivered in a psychiatric setting. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*, 44–50.

Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldö, V., Söderberg, M., Ekselius, L., & Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via Internet. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1321–1333.

Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomized trial of internet delivered cognitive behaviour therapy and telephone support. *British Journal of Psychiatry, 190*, 123–128.

Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. (2004). Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *British Medical Journal, 328*, 265–268.

Christensen, H., Griffiths, K. M., Mackinnon, A. J., & Brittliffe, K. (2006). Online randomized trial of brief and full cognitive behaviour therapy for depression. *Psychological Medicine, 36*, 1737–1746.

Clarke, G., Reid, E., Eubanks, D., O'Connor, E., DeBar, L. L., Kelleher, C., Lynch, F., & Nunley, S. (2002). Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *Journal of Medical Internet Research*, 4, e14.

Clarke, G., Eubanks, D., Reid, E., Kelleher, C., O'Connor, E., DeBar, L. L., Lynch, F., Nunley, S., & Gullion, C. (2005). Overcoming depression on the Internet (ODIN) (2): a randomized trial of an self-help depression skills intervention program with reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 7, e16.

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.

Farm, M., & Wisung, H. (2005). *Fri från oro, ångest och fobier*. Stockholm: Bokförlaget Forum.

Farvolden, P., Denisoff, E., Selby, P., Bagby, R. M., & Rudy, L. (2005). Usage and longitudinal effectiveness of a Web-based self-help cognitive behavioral therapy program for panic disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e7.

First, M. (1999). *Handbok : SCID-I och SCID-II för DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim press.

Friberg, F. (red). (2006). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Gilbert, P. (2005). *Hantera din depression*. Stockholm: Prisma.

Haby, M.M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 9-19.

Hollon, S.D., Stewart, M.O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.

Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., & Ciechomski, L. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1273–1284.

Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 7, 13.

Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

Litz, B. T., Engel, C. C., Bryant, R. A., & Papa, A. (2007). A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1676–1683.

Oestrich, I.H. (2003). *Tankens kraft*. Lund: Studentlitteratur.

Payne, M. (2002). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och kultur.

Perris, P. (2006). Modernisera KBT-begreppet i Sverige!. *Läkartidningen*, 42, 3220-3221.

Ragnar, Å. (2006). *KBT Komma på bättre tankar*. Lund: Palmkrons Förlag.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007): *SBU Alert-rapport nr 2007-03 Datorbaserad kognitiv beteendeterapi vid ångestsyndrom eller depression*.

Socialstyrelsen (2002). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997*, Stockholm: Socialstyrelsen.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007a). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis, *Psychological Medicine*, 37, 319-328.

Spek, V., Nyklicek, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007b). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial, *Psychological Medicine*, 37, 1797–1806.

Tillfors, M., Carlbring, P., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Spak, M., Eriksson, A., Westling, B. E., & Andersson, G. (2008). Treating university students with social phobia and public speaking fears: Internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. *Depression and Anxiety*, 25, 708–717.

Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Drobny, J., & Einstein, D. (2008a). Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 585–594.

Titov, N., Andrews, G., & Schwencke, G. (2008b). Shyness 2: treating social phobia online: replication and extension. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42, 595–605.