

Linköpings universitet | Institutionen för beteendevetenskap och lärande
Psykologprogrammet
Vårterminen 2019

SOLUS 2.0

**ALLIANS I INTERNETFÖRMEDLAD KOGNITIV BETEENDETERAPI
OCH INTERPERSONELL PSYKOTERAPI MOT OÖNSKAD
ENSAMHET**

Matilda Wänman & Hanna Åman



Psykologprogrammet omfattar 300 högskolepoäng över 5 år. Vid Linköpings universitet har programmet funnits sedan 1995. Utbildningen är upplagd så att studierna från början är inriktade på den tillämpade psykologins problem och möjligheter och så mycket som möjligt liknar psykologens yrkessituation. Bland annat omfattar utbildningen en praktikperiod om 12 heltidsveckor samt eget klientarbete på programmets psykologmottagning. Studierna sker med hjälp av problembaserat lärande (PBL) och är organiserade i åtta teman, efter en introduktionskurs på 7,5 hp: kognitiv och biologisk psykologi, 37,5 hp; utvecklingspsykologi och pedagogisk psykologi, 52,5 hp; samhälle, organisations- och gruppsykologi, 60 hp; personlighetspsykologi och psykologisk behandling, 67,5 hp; verksamhetsförlagd utbildning och profession, 27,5 hp; vetenskaplig metod, 17,5 hp samt självständigt arbete, 30 hp.

Den här rapporten är en psykologexamensuppsats, värderad till 30 hp, vårterminen 2019.Handledare har varit Gerhard Andersson och biträdande handledare har varit Anton Käll och Malin Bäck.

Institutionen för beteendevetenskap och lärande
Linköpings universitet
581 83 Linköping

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

	Institutionen beteendevetenskap lärande 581 83 LINKÖPING	för och Seminariedatum 2019-06-04
<p>Titel SOLUS 2.0: Allians i internetförmiddad kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi mot oönskad ensamhet.</p> <p>Title SOLUS 2.0: Alliance in Internet-administered cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy against unwanted loneliness.</p> <p>Författare Matilda Wänman och Hanna Åman</p>		
<p>Abstract</p> <p>SOLUS 2.0 is the first study to ever research the nature and significance of alliance in internet administered psychological treatment for persons suffering from loneliness. The 116 included participants were randomized to either IKBT ($n = 46$), IIPT ($n = 46$) or a waiting list ($n = 24$). During the treatment period of nine weeks, the participants were in contact with a therapist by a message function. The results showed that perceived alliance of participants was unexpectedly low ($M = 4.75$), but tended to increase over time ($F(1,56) = 3.97, p = .051$). Alliance ratings did not predict significantly lower loneliness ($r = -.25, p = .06$), even though a significant relationship between late-estimated alliance and treatment outcome for people who received ICBT was found ($r = -0.48, p = .007$). Several interesting research findings were discovered that that needs further investigation in future research in larger samples.</p>		
<p>Språk</p> <p>X Svenska/Swedish Engelska/English</p>	<p>Rapporttyp</p> <p>Uppsats grundnivå Uppsats avancerad nivå X Examensarbete Licentiatavhandling Övrig rapport</p>	<p>ISRN-nummer</p> <p>LIU-IBL/XX-X-XX/XXX-XX</p>
<p>Nyckelord</p> <p>Cognitive behavioural therapy, alliance, therapeutic alliance, interpersonal psychotherapy, loneliness, internet-administered treatment, randomized controlled trial, SOLUS, alliance, predictor.</p>		

SAMMANFATTNING

SOLUS 2.0 är den första studien i världen att undersöka alliansens karaktär och betydelse i internetadministrerad behandling för personer som lider av ensamhet. 116 deltagare inkluderades i studien och randomiserades till IKBT ($n = 46$), IPT ($n = 46$) eller en kontrollgrupp ($n = 24$) där deltagarna stod på väntelista. Deltagarna hade under den nio veckor långa behandlingsperioden kontakt med en behandlare via en meddelandefunktion. Allians skattades vecka tre och efter behandlingsavslut. Resultatet visade att deltagarnas upplevda allians var oväntat låg ($M = 4.75$), tenderade att öka över tid ($F(1,56) = 3.97, p = .051$), men predicerade inte behandlingsutfall ($r = -.25, p = .06$), även om ett signifikant samband mellan sent skattad allians och behandlingsutfall för personer som fått IKBT upptäcktes ($r = -0.48, p = .007$). Flera intressanta forskningsfynd upptäcktes som behöver studeras vidare i framtida forskning.

TACK ...

Alla deltagarna för att ni vågade prova något nytt och litade på oss.

Rasmus och Camilla för att ni lyckades med konsten att göra den mest intensiva terminen roligare än någonsin. Tillsammans med er klarar vi vad som helst!

Anton Käll för all hjälp du gett oss. Alla helgmeddelanden, alla referenser, alla hejarop, alla rumsbokningar och allt kaffe från personalrummet. Du har gjort så mycket mer än du behövt. Det är vi väl medvetna om och oerhört tacksamma för.

Malin Bäck för att du satte ribban högt, alltid frågar hur vi mår, låter oss ringa när som helst och gör reklam för oss på alla möjliga håll.

Gerhard Andersson för att du övertalade oss att hoppa på det här projektet, för att du på noll och inga sekunder tagit dig tid att ha ångestreducerande samtal med oss, samtidigt som du låtit oss veta och känna att vi arbetat på bra.

George Vlaescu för att du lät oss programmera egna övningar och sedan kontrollerade dem utan att berätta det för oss. För att du anpassade ditt schema efter oss och för att du gjorde det omöjliga möjligt.

Henrik för ditt tålamod och all din statistikexpertis.

Varandra för att vi tagit hand om, stöttat och trott på varandra. Nu är vi redo för nya äventyr tillsammans!

Hanna för att du ville skriva med mig, för att du är en så himla fin vän och för att du stannar i Linköping.

Matilda för att du har fått den här tiden att bli något jag kommer komma ihåg med värme! Den har konstigt nog varit skitfin och du är bäst.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SOLUS 2.0: ALLIANS I INTERNETFÖRMEDLAD KOGNITIV BETEENDETERAPI OCH INTERPERSONELL PSYKOTERAPI MOT ÖNSKAD ENSAMHET	1
BAKGRUND.....	1
Ensamhet	1
Definition.....	1
Prevalens	2
Ensamhet och samsjuklighet	3
Förklaringsmodeller för ensamhet.....	4
Behandling av ensamhet.....	7
Tidigare forskning	7
Kognitiv beteendeterapi som behandling av ensamhet	7
Interpersonell psykoterapi som behandling av ensamhet.....	8
Internetadministrerad psykologisk behandling.....	9
För- och nackdelar med internetadministrerad psykologisk behandling.....	10
IKBT.....	11
IIPPT.....	11
Internetadministrerad psykologisk behandling av ensamhet.....	12
Allians.....	13
Definition.....	13
Alliansens betydelse i psykologisk behandling.....	13
Allians i internetadministrerad psykologisk behandling	15
SOLUS 2.0.....	17
Syfte.....	18
Frågeställningar	18
METOD	18
Studiedesign.....	18
Urvalsprocess och deltagare	19
Rekrytering.....	19
Registrering	19
Telefonintervju och remisskonferens	19

Inklusionskriterier	19
Randomisering.....	20
Deltagarnas demografi	20
Flödesschema	20
Behandlingsinnehåll	24
IKBT-programmet.....	24
IIPB-programmet.....	24
Behandlingsutförande.....	25
SOLUS-plattformen	25
Behandlare.....	26
Behandlarkontakt.....	26
Behandlarstöd.....	27
Mätmetoder.....	27
Bedömningsunderlag och förmätning	27
Mätningar under och efter behandlingen.....	27
Ytterligare tilldelade mätningar.....	27
Mätinstrument.....	28
Ensamhetsmått - The University of California, Los Angeles Loneliness Scale (Version 3) (UCLA LS-3)	28
Alliansmått - Work Alliance Inventory - Short (WAI-S).....	29
Etiska överväganden.....	29
Risker med att patologisera fenomenet ensamhet	30
Komorbiditet och möjligheten till beprövad behandling	30
Negativa reaktioner till följd av exklusion eller inklusion i kontrollgrupp..	31
Negativa effekter av psykologisk behandling	31
Statistiska analyser	32
RESULTAT	32
Initiala skillnader mellan IKBT- och IIPB-gruppen	33
Sammanfattning av resultat från behandlingsutfallsstudien.....	33
Allians i internetförmiddad behandling mot oönskad ensamhet	33
Bortfall.....	33

Tidigt och sent skattad allians	34
Allians över tid	34
Alliansens påverkan på behandlingsutfall	34
DISKUSSION.....	36
Resultatdiskussion	36
Hur skattas allians av deltagare i psykologisk internetbehandling mot ensamhet?	36
Kan deltagares upplevelse av allians predicera förändring på utfallsmåttet UCLA LS-3?	40
Metoddiskussion.....	41
Mätmetoder	41
Intern validitet	43
Extern validitet	46
Behandlare.....	47
Framtida forskning	47
SLUTSATSER	48
REFERENSER	49
APPENDIX 1 - REDOGÖRELSE FÖR INNEHÅLL I IKBT- BEHANDLINGENS MODULER.....	63
APPENDIX 2 - REDOGÖRELSE FÖR INNEHÅLL I IIPT- BEHANDLINGENS MODULER.....	65
APPENDIX 3 - WORKING ALLIANCE INVENTORY - SHORT	69

SOLUS 2.0: ALLIANS I INTERNETFÖRMEDLAD KOGNITIV BETEENDETERAPI OCH INTERPERSONELL PSYKOTERAPI MOT OÖNSKAD ENSAMHET

Att känna sig ensam är ett vanligt förekommande fenomen som utöver stort lidande är kopplat till psykisk och somatisk ohälsa så väl som för tidig död (Heinrich & Gullone, 2006). SOLUS-studien 2019 (SOLUS 2.0.) är en randomiserad kontrollerad studie som undersöker internetförmedlad kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi som behandling mot oönskad ensamhet. Effekten av de två behandlingarna analyseras och jämförs av Bjerkander och Welin (2010). Syftet med aktuell uppsats är att undersöka alliansens karaktär och betydelse i internetadministrerad behandling av ensamhet, något som aldrig tidigare gjorts.

BAKGRUND

För att förstå val av syfte och frågeställningar, val av metod samt presenterat resultat för SOLUS 2.0. ges nedan en introduktion till ensamhet som fenomen, tidigare behandlingsforskning på området, internetadministrerad behandling samt alliansens betydelse i psykologisk behandling.

Ensamhet

Definition

Det svenska språket gör inte skillnad på att *känna* sig ensam och att *vara* ensam, det vill säga att vara fysiskt eller socialt *avskild* från andra. Det gör dock Peplau och Perlman (1982) i sin definition, som också är den mest använda inom forskningsfältet. Peplau och Perlman (1982) menar att ensamhet är en subjektiv aversiv upplevelse, som orsakas av en diskrepans mellan önskad och aktuell nivå av social kontakt. En upplevelse som beskrivs kunna bero på både kvantitativa och kvalitativa relationsaspekter, det vill säga bero både på avsaknad av relationer och på en avsaknad av intimitet i relationer (Peplau & Perlman, 1982). Ensamhetsbegreppet skiljer sig alltså från att vara fysisk eller socialt avskild andra, något som i forskningslitteraturen istället benämns som social isolering (Wang et al., 2017). Anledningen till det är att flera studier visat att social isolering inte nödvändigtvis är en aversiv upplevelse (Fischer & Philips, 1982), samtidigt som det är möjligt att ha ett socialt nätverk och ändå känna sig ensam (Jones, 1982). Det verkar därmed som att en upplevd brist i kvalitén på relationerna är viktigare än storleken på det sociala nätverket när det kommer till att förklara varför en individ känner sig ensam (Green, Richardson, Lago & Schatten-Jones, 2001; Luhmann & Hawkey, 2016; Pinguart & Sörensen, 2001).

Likaså De Jong-Gierveld (1987) definierar ensamhet som en aversiv känsla orsakad av en kvalitativ eller kvantitativ brist i individens relationer. De Jong-Gierveld (1987) utgår dock från Weiss (1973) typologi, som delar upp

ensamhetsbegreppet i känslomässig och social ensamhet, och gör därmed skillnad på ensamhet som orsakas av brist på en intim relation och ensamhet som orsakas av brist på sociala kontakter. Flera faktoranalyser har funnit visst belägg för att ensamhet kan delas upp i skilda dimensioner (S. Cacioppo, Grippo, London, Gossens & J.T. Cacioppo, 2015), men samtidigt har orsaker och konsekvenser till dessa olika typer visat sig överlappa varandra i en så hög grad att den generella ståndpunkten är att ensamhet bör kontextualiseras som ett endimensionellt konstrukt (Heinrich & Gullone, 2006; Russell, 1996; Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). Med det som bakgrund utgår denna studie från Peplau och Perlmans (1982) definition av ensamhet och hädanefter kommer ordet ensamhet därför förklara den aversiva känsla de beskriver i sin definition.

Ensamhet kan uppstå i form av ett temporärt och isolerat fenomen, vilket är mycket vanligt och ofta betraktas som en del av det vardagliga livet (McWhirter, 1990; Peplau & Perlman, 1982). Asher och Paquette (2003) poängterar att sådan mild form av ensamhet inte ska anses vara problematisk utan att det först är när ensamheten blir intensiv och långvarig som den får negativa konsekvenser i form av lidande, psykisk och fysisk ohälsa.

Prevalens

På grund av skillnader i val av definition, mätinstrument och studerad population skiljer sig prevalenssiffror på upplevd ensamhet mellan olika studier (Beatuel et al., 2017; Mund, Freuding, Möbius, Horn och Meyer, In press; Pinguart och Sörensen, 2001), vilket gör att det är svårt att uttala sig om en exakt siffra. Yang och Victors (2011) kunde i sin metaanalys, som undersökte hur många som ofta eller alltid kände sig ensamma i 25 europeiska länder, konstatera att prevalensen mellan olika studier skilde sig mellan 1.3 % och 34 %.

I Sverige gjorde Statistiska Centralbyrån en undersökning 2014 där de frågade personer över 16 år om de känt sig ensamma under de två senaste veckorna, vilket 13.5 % svarade ja på. En nyligen publicerad studie som undersökte prevalensen av ensamhet hos den äldre befolkningen i Sverige (> 77 år) över en period av 22 år fann att 11.3 % till 14.9 % ofta eller alltid kände sig ensamma (Dahlberg, Agahi, & Lennartsson, 2018). Även en studie på en europeisk population över 65 år visade på liknande prevalenssiffror, nämligen att 12 % den senaste veckan hade känt sig ensamma för det mesta eller hela tiden (Sundström, Fransson, Malmberg & Davey, 2009). Motsvarande siffror har hittats i Storbritannien där 5.9 % vuxna (30 – 59 år) och 6.3 % unga vuxna (15 - 30 år) ofta eller alltid upplevde sig ensamma (Victor & Yang, 2012). En prevalensstudie från Tyskland, som fokuserade på hur många vuxna (35 – 74 år) personer som lider på grund av sin ensamhet, konstaterade att 4.9 % led något, 3.9 % led måttligt och 1.7 % led mycket till följd av sin upplevda ensamhet (Beutel et al., 2017).

Hur och om ensamhet korrelerar med ålder är omtvistat. Victor och Yang (2011) föreslog att det skulle finnas ett U-linjeformat samband mellan ålder och ensamhet, där unga vuxna och äldre lider mer av ensamhet än vad medelålders gör. Ett sådant samband stöds av exempelvis Victor och Yang (2012), Statistiska Centralbyrån (2014) och Luhmann och Hawkley (2016), vilka däremot framhåller att det endast är de äldsta gamla som har förhöjd känsla av ensamhet och att det inte beror på åldern i sig utan på ändrade levnadsförhållanden. En ännu inte publicerad meta-analys av 75 longitudinella studier av Mund et al. (In press) har dock inte kunnat hitta något samband mellan ålder och ensamhet utan menar istället att förekomsten av ensamhet bättre förklaras av individuella erfarenheter och demografiska faktorer.

Ensamhet och samsjuklighet

Utöver den aversiva känslan ensamhet innebär visar flera studier att långvarig ensamhet ökar risken för såväl psykisk som fysisk ohälsa (Heinrich & Gullone, 2006). Vad gäller psykisk ohälsa har ensamhet kopplats samman med depressiva symtom (Beutel et al., 2017; J.T. Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010; Muyan et al., 2016), ångestproblematik (Beutel et al., 2017; Lim, Rodebaugh, Zyphur, & Gleeson, 2016; Muyan et al., 2016; Richardson, Elliot & Roberts, 2017), psykoser (Michalska da Rocha, Rhodes, Vasilopoulou, & Hutton, 2018) och suicidalt beteende, inklusive självmordsförsök (Stickley & Koyanagi, 2016).

Vad gäller fysisk ohälsa, har ensamhet kopplats ihop med flera sjukdomar, såsom hjärt- och kärlsjukdomar (Hawkley, Thisted, Masi & Cacioppo, 2010), ateroskleros (Hackett, Hamer, Endrighi, Brydon & Steptoe, 2012), återkommande stroke (S. Cacioppo, Capitanio & J. T. Cacioppo, 2014) och Alzheimers sjukdom (Wilson et al., 2007). Ensamhet har också visats korrelera med nedsatt immunförsvar och sömnsvårigheter (Heinrich & Gullone, 2006). Vidare bedöms ensamhet ha likvärdig mortalitetsrisk som drogmissbruk och fetma (Holt-Lunstad, Smith, Baker, Harris & Stephenson, 2015).

I sammanhanget bör nämnas att flertalet studier som gjorts på området är sambandsstudier där kausala samband mellan faktorerna inte kunnat fastställas. Det går heller inte, i flera fall, att utesluta att andra bakomliggande faktorer förklarar samvariationen. Å andra sidan ska det poängteras att flera studier funnit att ensamheten har en stor påverkan på övrig psykisk ohälsa och att det därför finns goda argument för att ensamhet bör ses som ett transdiagnostiskt fenomen (Käll et al., 2019). Trots att ensamhet inte klassificeras som en diagnos, varken i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM 5) (American Psychiatric Association, 2013) eller i International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD-10) (World Health Organization, 2009) finns det goda indikationer för att en behandling av tillståndet kan leda till en rad positiva hälsoeffekter (Käll et al., 2019).

Förklaringsmodeller för ensamhet

För att veta vilka interventioner som kan minska den oönskade ensamheten behövs förståelse för hur problematiken uppstår och vidmakthålls. Det finns flera teoretiska modeller som avser att förklara detta. Nedan kommer först tre förklaringsmodeller som haft stor inverkan på utvecklingen av förståelsen för fenomenet kortfattat beskrivas. Därefter beskrivs de två förklaringsmodeller som legat till grund för utformandet av aktuell studies behandlingsprogram mer utförligt.

Tidigare förklaringsmodeller för ensamhet

Kognitiv förklaringsmodell. Kupshik och Murphy (1992) kom ut med en kognitiv förklaringsmodell som tog avstamp i Peplau och Perlmans (1982) definition. Författarna håller med om att ensamheten orsakas av en upplevd brist mellan önskade och faktiska relationer, men menar att den upplevda bristen i hög grad påverkas av individens upplevelse av samhällets rådande relationsnormer samt att ett underskott på relationer attribueras en negativ innebörd. I ett samspel mellan individen och dess omgivning uppstår fenomenet ensamhet och så länge detta samspel förblir oförändrat vidmakthålls ensamheten (Kupshik & Murphy, 1992).

Evolutionär förklaringsmodell. Evolutionär teori menar att människan utvecklat ett medfött behov av social samvaro, eftersom det historiskt sett gynnat artens fortplantning och överlevnad (J.T. Cacioppo, S. Cacioppo & Boomsma, 2014). Ensamhet ses därmed från detta perspektiv som en aversiv, men högst adaptiv, känsla som avser uppmärksamma individen på sociala hot och motivera den till att antingen säkra upp eller byta ut sina sociala relationer (J.T. Cacioppo et al., 2014). I en översiktsartikel från 2015 argumenterar även Goossens et al. för att ensamhet har en ärftlig faktor och belyser resultat från tvilling- och adoptionsstudier som visar att ensamhet från 35 % till 55 % kan förklaras av ärftliga komponenter. Dessa ärftliga faktorer hävdar författarna bör ses som en medfödd sårbarhet för ensamhet och framhåller att vissa genvariationer har visats aktivera kroppens stressystem vid exponering för ensamhet i högre grad än andra (Goossens et al., 2015).

Socialkognitiv förklaringsmodell. J. T. Cacioppo och Hawkey (2009) håller med om att känslan av ensamhet i grunden är en adaptiv signal men menar att den också leder till hypervigilans för sociala hot, vilket i längden inte är adaptivt. Den ensamma individen kommer implicit uppfatta sociala situationer som mer hotfulla, förvänta sig negativa utfall och på grund av det också uppfatta fler interaktioner som otillfredsställande. Den ensamma individen kommer också reagera mer dämpat vid positiva sociala interaktioner (J. T. Cacioppo & Hawkey, 2009; J. T. Cacioppo, Norris, Decety, Monteleone och Nusbaum, 2009), vilket

både leder till att individen inte uppfattas som lika intressant av omgivningen (Goossens et al, 2015) och att social interaktion blir mindre förstärkande (J. T. Cacioppo et al., 2009). Sammantaget leder detta till beteendeförändringar där individen blir mer passiv, upplever fler negativa sociala interaktioner och färre positiva. En ond cirkel har startat och vidmakthåller ensamhetsproblematiken (J.T. Cacioppo & Hawkley, 2009).

Förklaringsmodeller utifrån kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi

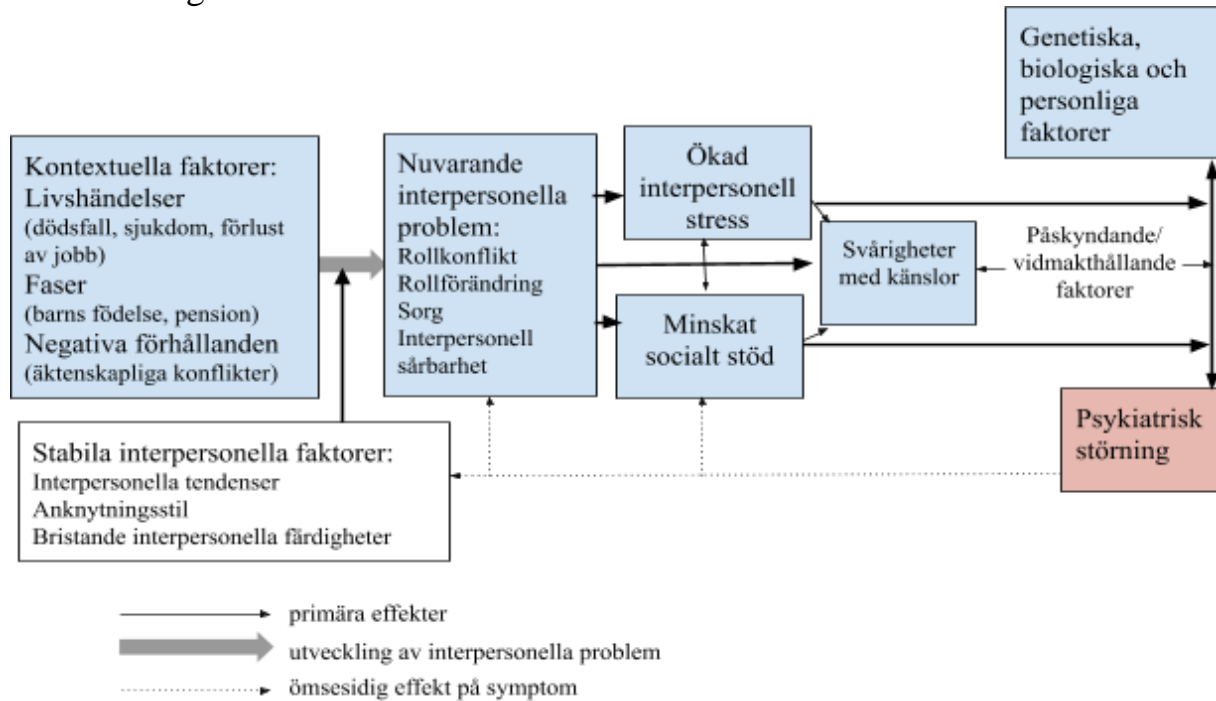
Kognitiv beteendeteoretisk förklaringsmodell. Även Käll och kollegor (2019) tar avstamp i Peplau och Perlmans (1982) definition och menar att en person som ofta upplever en diskrepans mellan önskade och faktiska relationer kan börja utveckla både en rädsla för att bli avvisad och negativa interpersonella antaganden, såsom att ”andra inte gillar mig”. Rädslan och de negativa antaganden gör att ensamheten triggar ångest och ledsamhet, vilket i sin tur gör att individen börjar undvika andra och utföra kontraproduktiva beteenden såsom att scrolla instagramflöden istället för att ta kontakt med andra (Käll et al., 2019). Konsekvensen blir minskad social kontakt och ökat självfokus i relationella situationer, vilket i förlängningen bidrar till sämre relationell kompetens. Tillsammans bidrar alla dessa faktorer till att personen, likt en ond spiral, allt oftare känner sig ensam (Käll et al., 2019).

Förklaringsmodellen har tagit inspiration från Clarks modell för social ångest (Clark & Wells, 1995) då tillstånden visats ha flera likheter (Lim et al., 2016). Förklaringsmodellen Käll et al. (2019) presenterar utgår från att ensamhet är ett transdiagnostiskt fenomen i en mycket heterogen population, där olika individer hindras av olika vidmakthållandefaktorer. Exempelvis föreslår Käll et al. (2019) att en person med en neuropsykiatrisk funktionsvariation kan ha större behov av social färdighetsträning, en person med samtida social ångest ha större behov av att adressera självfokusering och en person som börjat känna sig ensam efter en livsförändring kanske framför allt behöver minska sitt sociala undvikande.

Interpersonell förklaringsmodell. Någon specifik förklaringsmodell för ensamhet finns ännu inte inom interpersonell psykoterapi. Däremot finns en interpersonell modell som förklarar uppkomst och vidmakthållande av psykisk ohälsa (Lipsitz & Markowitz, 2013).

IPT:s förklaringsmodell utgår från en klassisk stress- och sårbarhetsmodell för psykisk ohälsa, men lägger till ett relationellt perspektiv (Lipsitz & Markowitz, 2013). Individens förmåga att hantera de känslor och tankar som utlöses av stressande livshändelser menar IPT således både beror på genetiska och interpersonella förutsättningar, såsom anknytning, interpersonell kompetens eller interpersonell tendens. Sambandet mellan interpersonella förutsättningar och

psykisk ohälsa anses vara reciprokt. Det innebär att personer med sämre interpersonella förutsättningar löper större risk att utveckla relationella problem och därmed också psykisk ohälsa samtidigt som personer med psykisk ohälsa har större risk att få minskat socialt stöd och ökad relationell stress (Lipsitz & Markowitz, 2013). För en illustrering av IPT:s förklaringsmodell över psykisk ohälsa se Figur 1 nedan.



Figur 1. En fri tolkad översättning av Lipsitz och Markowitzs (2013) IPT-modell för uppkomst och vidmakthållande av psykopatologi genom interpersonella problem.

Förklaringsmodellen utvecklades ur teori och forskning som belyser vikten av relationer för psykisk välmående (Lipsitz & Markowitz, 2013). Teoretiskt grundas förklaringsmodellen på Sullivans (1953) och Bowlbys (1973) relationella teorier som hävdar att människan föds med ett behov av att knyta an till andra och att funktionen med känslor såsom ensamhet är att signalera och motivera människan att trygga detta behov. Ett perspektiv som går hand i hand med det evolutionära perspektivet på ensamhet. Vidare förklarar relationell teori att barnets första anknytning, vanligtvis med dess vårdnadshavare, lägger grunden till antingen en trygg eller otrygg anknytningsstil som senare i livet fungerar som en arbetsmodell för nära relationer (Bowlbys, 1973; Ainsworth, 1979). När barnet växer upp kan dess anknytningsstil förändras med hjälp av andra relationella erfarenheter, men hålls relativt stabil och därmed skapar en relativt stabil interpersonell sårbarhetsfaktor (Egeland & Carlson, 2004; Lipsitz & Markowitz, 2013). Forskningsfynd stöder teorin och har exempelvis visat att personer med fungerande socialt stöd bättre kan hantera sina känslor, tankar och mår bättre psykiskt (Lipsitz & Markowitz, 2013).

Behandling av ensamhet

Den ökade förståelsen för fenomenet ensamhet och den ökade medvetenheten om att ensamhet är en stor riskfaktor för både psykisk och fysisk ohälsa har, på olika nivåer i samhället, ökat intresset för vilka interventioner som kan minska den kroniska ensamheten (S. Cacioppo et al., 2015). I flera länder har ensamhet börjat betraktas som ett samhällsproblem. Exempelvis har Storbritannien en särskild minister som arbetar för att minska den oönskade ensamheten i landet (S. Cacioppo et al., 2015). Olika organisationer och kända personer har startat kampanjer för att öka medvetenheten i frågan och appar där det är möjligt att "hitta vänner" har lanserats med mera (Mann et al., 2017). Att öka medvetenheten i frågan och minska stigmat kring att känna sig ensam är mycket positivt och bör fortsätta, men det behövs också forskning för att veta vilka behandlingsinterventioner och mekanismer som förbättrar livet för den enskilda individen.

Tidigare forskning

Viss behandlingsforskning i ämnet har gjorts, men med tanke på vilket lidande ensamhet kan innebära och vilka konsekvenser det kan få har det fram till idag gjorts förhållandevis få studier i området. Mer forskning efterfrågas i samtliga sex litteraturöversikter som gjorts mellan 1984 och 2011 konstaterar exempelvis Masi, Chen, Hawkey och J.T. Cacioppo (2011) i en metaanalys som undersökt effekten av olika ensamhetsinterventioner.

De interventioner som har prövats i syfte att minska känslan av ensamhet går att dela in i fyra interventionskategorier menar Masi et al. (2011). Kategorierna beskriver interventioner som (1) fokuserar på social färdighetsträning, (2) ökar socialt stöd, (3) ökar möjlighet till social interaktion och (4) adresserar maladaptiva sociala kognitioner. Av dessa olika kategorier fann Masi et al. (2011) att interventioner som fokuserar på social färdighetsträning eller ger möjlighet till social interaktion inte hade någon signifikant effekt på att minska ensamheten. Däremot upptäckte de en signifikant effekt både på de interventionerna som ökade det sociala stödet och de som adresserade maladaptiva kognitioner (Masi et al., 2011). De interventioner som ökade socialt stöd gav en liten effekt och de som adresserade maladaptiva kognitioner gav en moderat effekt (Masi et al., 2011). Effekten av interventionskategorierna kvarstod även efter att S. Cacioppo et al. (2015) kontrollerat för potentiellt modererande faktorer. Att det hittills framför allt är kognitiva interventioner som har evidens för att minska upplevd ensamhet lyfter också Mann et al. (2017) i en litteraturöversikt.

Kognitiv beteendeterapi som behandling av ensamhet

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp som inkluderar flera olika psykologiska behandlingsmetoder baserade på inlärningspsykologi eller kognitiv

psykologi (Öst, 2013). Genom att förklara kopplingen mellan en persons tankar, känslor och beteenden samt hur de påverkar individens problematiska symtom syftar KBT till att hjälpa individen att utveckla mer adaptiva färdigheter och få en ökad funktionsnivå (Öst, 2013).

Tidigare forskning har visat att kognitiv beteendeterapi minskat känslan av ensamhet med moderat till god effekt (S. Cacioppo et al., 2015; Käll et al., In press; Masi et al., 2011; Jägholm & Käll, 2016). I en ännu opublicerad metaanalys av Käll et al. (2019) studeras 11 randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) som genom individriktade KBT-interventioner visats minska känslan av ensamhet. De behandlingskomponenter Käll med kollegor (2019) kunde konstatera ingått i KBT-behandlingarna var social färdighetsträning/kommunikationsträning, exponering, rollspel, kartläggning av sociala möjligheter, psykoedukation, stresshantering, emotionell medvetenhet, kognitiva interventioner, problemlösning, mindfulness, avslappning, genomgång av relationella erfarenheter, identifiering av personliga styrkor, tidslinjeövningar, målsättande och aktivitetsplanering. Gåtan till hur ensamhet bäst ska behandlas är dock ännu inte löst och fler studier förankrade i teori och med god design efterfrågas (Käll et al., 2019; Mann et al., 2017; Masi et al., 2011).

Interpersonell psykoterapi som behandling av ensamhet

Interpersonell psykoterapi (IPT) är en tidsbegränsad och strukturerad terapiform som utgår från den interpersonella modellen för psykisk ohälsa (Lipstiz & Markowitz, 2013). Terapin syftar till att lösa interpersonella problem och på så sätt minska den psykiska ohälsan (Lipstiz & Markowitz, 2013). Utifrån patientens symtom och interpersonella inventering formulerar patienten och terapeuten tillsammans ett interpersonellt problem utifrån IPT:s fyra fokusområden: sorg, konflikt, rollförändring eller interpersonell sårbarhet. Valt interpersonellt problem ligger sedan till grund för den fortsatta terapin (Lipstiz & Markowitz, 2013). Ursprungligen utformades IPT för att behandla egentlig depression (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984), vilket terapiformen har god evidens för (Cuijpers, Geraedts, van Oppen, Andersson, Markowitz & van Straten, 2011), men har senare även testats med framgång för andra tillstånd såsom ätstörningar och olika former av ångestproblematik (Cuijpers, Donker, Weissman, Ravitz, & Cristea, 2016). Den goda effekten IPT visats kunna åstadkomma menar Lipsitz och Markowitz (2013) beror på att individen får hjälp att processa känslor, öka det sociala stödet, förbättra interpersonella färdigheter och minska den interpersonella stressen.

Hittills finns inga av författarna kända behandlings- eller interventionsstudier som undersökt IPT för ensamhet. Däremot om de behandlingselement som Käll et al.

(2019) identifierat som potentiellt verksamma för att minska ensamhet studeras närmare, går det att se att flera av dessa återfinns i IPT. Psykoedukation, tidslinje, genomgång av relationella erfarenheter (kallas för interpersonell inventering i IPT), målsättande, emotionell medvetenhet, problemlösning, rollspel och social färdighetsträning är samtliga delar av en IPT-behandling (Law, 2013; Stuart & Robinson, 2012). Det finns också de som hävdar att även IPT indirekt kommer åt maladaptiva kognitioner (Lemmens et al., 2017). Likväl visade Masi et al. (2011) i sin översiktsartikel att ökat socialt stöd minskade ensamheten. I IPT är socialt stöd en viktig komponent och anses vara en verksam mekanism till varför behandlingen visats fungera (Lipstiz & Markowitz, 2013). Med denna teori som bakgrund ter det sig troligt att IPT med god effekt skulle kunna minska känslan av ensamhet. Vidare är det också möjligt att argumentera för att ensamheten, indirekt, har behandlats i flera av de IPT-studier som gjorts. Ett av de fyra fokusområdena - interpersonell sårbarhet, även kallat social isolering - syftar nämligen till att hjälpa personer som saknar tillfredsställande relationer, vilket går i linje med definitionen av ensamhet. I IPT anses personer med detta interpersonella problem ha svårt att skapa, utveckla och bevara relationer på grund av otrygg anknytning, vilket de i terapin får hjälp med (Law, 2013; Lipsitz & Markowitz, 2013). Huruvida fokusområdet interpersonell sårbarhet är tillräckligt för att skapa förändring i interpersonella mönster är dock omtvistat. Stuart (2008) argumenterar för att det bör tas bort som ett behandlingsalternativ och hänvisar till forskning som visat att personer med en interpersonell sårbarhet är svårare att behandla och får ett sämre behandlingsutfall. En studie på depression som jämfört hur lång tid det tog för behandlingen att ge effekt beroende på valt fokusområde, kunde emellertid inte hitta några signifikanta skillnader (Levenson et al., 2010).

Vidare ska poängteras att det inte enbart är fokusområdet interpersonell sårbarhet och ensamhet som är sammankopplade utan även andra fokusområden angriper interpersonella problem har associerats med ensamhet. Separationer (Sbarra, 2015) och dödsfall (Fried et al., 2015) av betydelsefulla personer har visats öka risken för att känna sig ensam. Även konflikter har visats kunnat kopplas samman med ökad känsla av ensamhet. Personer som lever i relationer kantade av svår konfliktproblematik känner sig mer ensamma än personer som lever i relationer utan dessa svårigheter (Dykstra & Fokkema, 2007).

Internetadministrerad psykologisk behandling

Psykologisk behandling förmedlad över internet började utvecklas i slutet av 1990-talet och har idag prövats i över 250 RCT-studier, ofta med mycket goda resultat (G. Andersson, 2016). Den absoluta majoriteten av den forskning som gjorts har studerat internetadministrerad KBT (IKBT). Emellertid har även IPT (Dagöö et al., 2014; Donker et al., 2013), psykodynamisk (t.ex. G. Andersson et

al., 2012b; Johansson et al., 2012) och mindfulnessbaserad behandling (t.ex. Boettcher et al., 2014) testats i ett fåtal studier med lovande resultat.

Internetadministrerad behandling definieras av Barak, Klein och Proudfoot (2009) primärt som ett självhjälpsprogram där personer som önskar hjälp med sin hälsa eller mentala hälsa ges tillgång till ett förskrivet behandlingsmaterial via en webbsida. Behandlingsprogrammet syftar till att skapa positiva förändringar och/eller öka kunskap, medvetenhet och förståelse för sin problematik genom att tillhandahålla relevant hälsorelaterad information och interaktiva övningar. På senare år, när internetuppkopplingen hos gemene man blivit bättre har det också blivit vanligare att de psykoedukativa inslagen presenteras med hjälp av ljudfiler och videoklipp (G. Andersson, 2016). Interaktiva inslag i behandlingen består ofta av olika frågor patienterna ska svara på och övningar de ska göra (Carlbring, Ljótsson, & Hedman, 2013; G. Andersson, 2016). Hur mycket behandlarstöd patienterna får, om de får något över huvud taget, varierar men den mesta forskningen indikerar att någon form av vägledande behandlarkontakt ökar effekten av behandlingen och minskar antalet avhopp (G. Andersson, 2016). Mestadels sker behandlarstödet via korta textmeddelanden där svar på frågor, uppmuntran och återkoppling på de olika övningarna ges (Paxling et al., 2013). När internetadministrerad psykologisk behandling ges är det viktigt att tänka på datasäkerhet (Bennett, Bennett & Griffiths, 2010), varför systemen kontinuerligt bör uppdateras med den senaste tekniken (G. Andersson, 2016).

För- och nackdelar med internetadministrerad psykologisk behandling

Fördelar med internetterapi som lyfts i litteraturen är ökad tillgång till evidensbaserad behandling, bättre kostnadseffektivitet, ökad möjlighet att nå patienter som annars har långt till vården samt möjlighet att skapa multimedial interaktivitet och kontinuerlig symtomövervakning (G. Andersson, 2016; G. Andersson et al., 2013; Musiat & Tarrier, 2014). Att behandlingen sker över internet ökar också graden av anonymitet (Spek et al., 2007) och flera forskare menar att internetbehandling är mindre stigmatiserat (Musiat & Tarrier, 2014).

Nackdelar med internetbehandling är att det ställer krav på läs- och skrivkunskaper, koncentrationsförmåga (Michel, 2010) samt viss teknisk kunskap (Yuen, Goetter, Herbert & Forman, 2012). Den begränsade behandlarkontakten menar vissa minskar motivationen hos deltagarna, vilket exempelvis leder till att färre genomför mer krävande övningar (Yuen et al., 2012). Potentiella risker med internetterapi har också undersökts, av exempelvis Rozental et al. (2017). De menar i sin metaanalys att 5.8 %, av de personer som behandlats med IGBT försämrats, vilket kan jämföras med både de 17.4 % som i kontrollgrupper försämrats och de 5-10 % som i olika studier visats försämrats i traditionell

psykologisk behandling (Rozentel, Boettcher, G. Andersson, Schmidt & Carlbring, 2015).

IKBT

Hundratals RCT-studier har alltså utvärderat IKBT som behandlingsform för en rad olika hälsoproblem (G. Andersson, 2016). Idag finns evidens för att IKBT med god effekt kan behandla depression, paniksyndrom, social ångest och generaliserat ångestsyndrom (G. Andersson et al., 2013). Det finns också starka indikationer för att internetterapi fungerar för andra psykiska sjukdomar, såsom tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och hälsoångest (G. Andersson, 2016) samt andra tillstånd såsom perfektionism (Kothari et al., 2019), prokrastinering (Rozentel, Forsell, Svensson, G. Andersson & Carlbring, 2015), tinnitus (G. Andersson, Strömgren, Ström & Lyttkens, 2002) och insomni (van Straten et al., 2014). Flera forskare hävdar även att IKBT ger likvärdig effekt som klassisk terapi där både patient och terapeut befinner sig i samma rum (Carlbring, G. Andersson, Cuijpers, Riper, & Hedman-Lagerlöf, 2018).

IIPT

IIPT har, till författarnas kännedom, endast testats i två RCT-studier. Donker et al. (2013) undersökte, i en studie för depression med noninferiority-design, effekten av ett beprövat KBT-program gentemot ett nytt KBT-program och ett IPT-program. IPT-programmet innehöll fyra moduler, ett för varje fokusområde. Deltagarna fick således inte välja fokusområde, men däremot fick de själva välja i vilken ordning de ville göra modulerna (Donker et al., 2013). Totalt deltog 1843 personer i studien men antalet avhopp var mycket stort och endast 30 % genomförde eftermätningarna och 28 % uppföljningen sex månader senare. Resultatet visade på signifikanta symptomförbättringar för samtliga grupper med en moderat till stor effekt. Det nya KBT-programmet gav störst effektstorlek men inte signifikant större än varken IPT-programmet eller den aktiva kontrollgruppen. De två nya programmen var båda noninferior jämfört med den aktiva kontrollgruppen (Donker et al., 2013).

Den andra RCT-studien som undersökt effekten av IIPT prövade terapiformen för personer med social ångest (Dagöö et al., 2014). Detta var en betydligt mindre studie med totalt 52 deltagare, dock med ett mindre antal avhopp då 83 % slutförde eftermätningarna. Även denna studie jämförde IKBT och IIPT. De två behandlingsprogrammen bestod av nio moduler och en behandlarkontakt som veckovis samt vid behov hjälpte deltagarna, uppmuntrade dem och gav feedback på de olika övningarna. IPT-programmet utformades så att det skulle likna KBT-programmet gällande format och längd (Dagöö et al., 2014). De totalt nio modulerna bestod av introduktion till IPT, psykoedukation, anknytningsteori och

interpersonella mönster, social ångest i en interpersonell kontext, de fyra olika fokusområdena och ett vidmakthållandeprogram. Resultatet visade att det primära utfallsmåttet på social ångest signifikant förbättrats i båda grupperna med stor effekt på IKBT-gruppen och liten effekt på IPT-gruppen. Effektstorleken mellan grupperna var moderat och signifikant. Uppföljningen tre månader efter behandlingsavslut visade på stabila resultat. Jämförs hur många personer som förbättrades signifikant var det 55,6 % av deltagarna som förbättrades signifikant i KBT-gruppen och 8 % i IPT-gruppen (Dagöö et al., 2014).

Båda studierna visar på viss effekt av IPT-behandling över internet, även om den inte visats vara lika bra som jämförande KBT-behandling. De behandlingsprogram som använts i IPT-studierna kan dock ifrågasättas. Manualerna är inte beskrivna i detalj men av det som går att utläsa saknas flera viktiga moment som bör ingå i en IPT-behandling. Deltagarna verkar exempelvis inte ges tid att reflektera över sin tidslinje, sin sjukroll, göra en interpersonell inventering eller formulering, vilka samtliga är viktiga moment som ingår i IPT-manualen (Stuart & Robertsson, 2012). Deltagarna arbetar inte heller utifrån sitt specifika interpersonella problem utan ges övergripande psykoedukation och generella övningar baserade på samtliga fokusområden (Dagöö et al., 2014; Donker et al., 2013). Det framkommer inte heller att deltagarna genomgående får arbeta med kopplingen mellan sina pågående relationella livshändelser och aktuella symtom. Detta är en viktig komponent inom IPT som syftar till att öka den emotionella förståelsen av sig själv och sina behov, vilka i förlängningen leder till att personen mer funktionellt kan kommunicera detta till betydelsefulla personer och på så sätt öka sitt sociala stöd (Lipsitz & Markowitz, 2013; Stuart & Robertsson, 2012). Ingen av artiklarna har heller med någon information om hur behandlingarna kvalitetsgranskas eller vilken IPT-kompetens de som utformat behandlingarna har (Dagöö et al., 2014; Donker et al., 2013). Hur väl IPT av bättre kvalitet skulle fungera är därför av stort intresse, särskilt då flera fördelar med internetadministrerad psykologisk behandling lyfts fram i litteraturen och ett större behandlingsutbud potentiellt skulle kunna hjälpa fler människor. Donker et al (2013) lyfter även fördelen att även IPT-terapeuter då skulle kunna bedriva internetförmedlad psykologisk behandling vilket också skulle öka möjligheten för fler att få vård.

Internetadministrerad psykologisk behandling av ensamhet

Gällande internetadministrerad KBT-behandlingar för ensamhet, har så vitt författarna vet, två RCT-studier genomförts. Hopps, Boisvert och Pepin (2003) visade att en chattadministrerad gruppbehandling för ett litet antal personer med fysisk funktionsnedsättning minskade graden av ensamhet. Jägholm och Käll (2016) genomförde ett internetadministrerat behandlingsprogram som byggde på kognitiva- och beteendemässiga interventioner och visade att deltagarnas känsla

av ensamhet minskade och upplevda livskvalité ökade med hög effekt (Jägholm & Käll, 2016). KBT-programmet i föreliggande studie utgår från Jägholm och Källs (2016) KBT-behandling, se metod för ytterligare information kring behandlingsprogrammet.

Allians

Definition

Sedan den psykoanalytiska forskaren Zetel (1956) introducerade begreppet allians har ämnet varit ett populärt forskningsområde som präglats av olika definitioner och begrepp, varav de vanligaste är *arbetsallians* (working alliance), *terapeutisk allians* (therapeutic alliance), *hjälpande relation* (helping alliance) och *terapeutisk relation* (therapeutic bond). Trots begreppets psykoanalytiska ursprung ses allians numera som en gemensam faktor för terapi (Vernmark, 2017). Likaså Doran (2016) visar att Bordins panteoretiska definition kring arbetsallians numera är den mest använda definitionen. Bordin (1979) anser att arbetsallians fångar samspelet mellan klient och terapeut i terapi och att utvecklingen av arbetsallians gynnas av tre sammanhängande processer: mål, uppgift och emotionellt band. Det vill säga att arbetsalliansens utveckling beror på hur väl patienten och terapeuten lyckas utveckla ett emotionellt band, gemensamma mål och konsensus kring arbetssätt. Bordins konceptualisering verkar till stor del stämma överens med Martin, Graske och Davis (2000) resultat som visar att gemensamma nämnare för olika definitioner är att: (1) allians är ett samarbete inom relationen, (2) allians fångar terapeutens och patientens förmåga att utveckla gemensamma mål och arbetssätt och (3) det finns en emotionell relation mellan samtliga parter i terapi.

Alliansens betydelse i psykologisk behandling

Evidens för alliansens betydelse för behandlingsutfall växer (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012). Flera aktuella metaanalyser har visat ett moderat, men robust samband mellan allians och behandlingsutfall (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011; Flückiger et al., 2012; Flückiger, Horvath, Del Re, Symonds & Holzter, 2015; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Horvath et al. (2018) metaanalys, som innehåller cirka 300 studier, drar slutsatsen att allians kan förklara fem till sju procent av varians i behandlingsutfall. Flückiger et al. (2015) hävdar att allians är en av de mest inflytelserika prediktorerna för behandlingsutfall. Baber et al. (2014) belyser däremot svårigheten att tolka dessa övergripande forskningsfynd på grund av studiernas heterogena metodologi och nämner att studierna som inkluderas i metaanalyserna mäter allians och utfall med olika instrument och vid olika tidpunkter.

Ett flertal studier betonar behovet av mer forskning som undersöker om allians har en direkt kausal inverkan eller snarare en modererande effekt på behandlingsutfall, via exempelvis metod och terapeutfaktorer (t.ex. Hendriksen, Peen, Van, Barber och Dekker, 2014; Kazdin, 2007). Utifrån den begränsade mängd forskning som har kontrollerat för underliggande variabler, har Wampolds (2015) metaanalys visat att varken patientfaktorer, såsom patientens vilja till allians eller anknytningsmönster, eller halo-effekten, det vill säga att ena skattningsformuläret påverkats av den andra om de fyllts i vid samma tillfälle, dämpar sambandet mellan allians och utfall. Flückiger et al. (2018) beskriver att det oavsett är naturligt att både patienten och terapeuten påverkar förmågan att utveckla allians och därmed kan påverka, fast inte bevisligen signifikant, utfallet. Bland annat kan patientens kapacitet till anknytning (Bernecker, Levy, & Ellison, 2014; Mallinckrodt & Jeong, 2015) och patientens sociala stöd (Coyne, Constantino, Ravitz, & McBride, 2017; Mallinckrodt, 1991; 1996) påverka samarbetet och utvecklingen av allians. Ytterligare faktorer som har visat leda till sämre skattad allians på gruppnivå är problematikens svårighetsgrad (Flucker et al., 2018), alkoholsyndrom (Flückiger, Grosse Holtforth, Znoj, Caspar, & Wampold, 2013) och ätstörningssyndrom (Graves et al., 2017).

Däremot beskriver flera studier, inklusive Wampold (2015) att den stora frågan som kvarstår är huruvida allians leder till symtomförbättring eller om symtomförbättring leder till allians. Det begränsade antal studier som har kontrollerat sambandet mellan allians och depressionssymtom för tidig symtomförbättring, visar på spretiga resultat. Å ena sidan fann ett flertal studier att tidig symtomförbättring predicerade allians (t.ex. Hendriksen et al., 2014; Strunk, Cooper, Ryan, DeRubeis & Hollon, 2012; Webb, Beard, Auerbach, Menninger & Björgvinsson, 2014) medan å andra sidan fann flera studier att allians föregick symtomförbättring, även när tidig symtomförbättring kontrollerades för (t.ex. Barber et al., 2014; De Bolle, Johnsson och De Fruyt, 2010; Klein et al., 2003). På grund av dessa varierade resultat har Xu och Tracey (2015) undersökt en reciprok modell, där allians är både ett utfall av terapi och en strategi som förbättrar utfall.

Alliansens betydelse i KBT och IPT

Alliansens inverkan på behandlingsutfall inom olika terapiinriktningar har länge diskuterats. Steketee och Chambless (2009) beskriver att allians rimligtvis tar större plats inom olika terapiinriktningar då allians inom relationell terapi är en prioriterad behandlingsteknik, medan allians inom KBT är en icke-prioriterad sekundär effekt. Flückiger et al. (2012) kontrollerade tidigare metaanalyser resultat utifrån olika potentiellt modererande faktorer såsom just psykoterapiinriktning men också forskningsallians till en viss teoriinriktning, forskningsmetodik, specifik problematik, manualiserade behandlingar och när

alliansens mättes i studien, och fann att ingen av dessa faktorer signifikant dämpade det tidigare funna samband mellan allians och behandlingsutfall. Således har sambandet visat sig vara robust över olika psykoterapiinriktningar (Flückiger et al., 2012).

Det finns av författarna kända, endast ett fåtal studier som specifikt har jämfört IPT och KBT gällande alliansens betydelse. Carter et al. (2015) fann att allians inom KBT för depression i slutet av behandlingen i högre grad associerades med symtomförbättring än inom IPT och att denna interaktion förklarade fem procent av varians i utfallet. Däremot i Willemse och Trijsburg (2005) verkade interaktionseffekten av allians och behandlingsresultat inte skilja sig åt mellan KBT och IPT för depression. Inte heller styrkan i allians mellan IPT och KBT skilde sig åt i Willemse och Trijsburg (2005) studier. Deltagarna hade också kryssat i att både IPT och KBT-terapeuterna var lika stödjande, dedikerade, varma, kompetenta och empatiska (Willemse och Trijsburg, 2005). En annan studie har undersökt alliansskillnader mellan IPT och KBT men istället för bulimi (Constantino, Arnow, Blasey & Agras, 2005). I KBT var allians mätt tidigt och i mitten av behandlingen signifikant associerat med utfall (Constantino et al., 2005). I IPT var endast allians mätt i mitten av behandlingen signifikant associerat med utfall (Constantino et al., 2005). Vidare visade Constantino et al. (2005) att patientens förväntningar på att förbättras var positivt relaterat till allians mätt tidigt och i mitten av behandling för både KBT och IPT. Baslinjemätning av interpersonella problem var associerat med sämre allians i mitten av behandling för endast IPT (Constantino et al., 2005). Samtidigt som baslinjemätningar av hög symtomgrad var negativt associerat till allians för endast KBT. KBT-patienterna rapporterade likaså bättre tidig allians än IPT-deltagarna (Constantino et al., 2005).

Allians i internetadministrerad psykologisk behandling

Formatet mellan vanlig behandling och internetbehandling skiljer sig framförallt i kontakten mellan terapeut och deltagare där kontakten inom internetbehandling är mindre frekvent och saknar det personliga mötet, vilket har antagits vara viktiga delar för att utveckla allians (G. Andersson et al., 2012c). Utifrån att forskning betonar vikten av allians i traditionell behandling, argumenterar Socala et al. (2012) för att allians i internetbehandling bör undersökas. Speciellt då internetbehandling som innehåller någon form av terapeutisk guidning, i jämförelse med ingen terapeutisk guidning, verkar vara överlägsen exempelvis genom att deltagarna i högre grad slutför modulerna (Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014; Johansson & G. Andersson, 2012). Textmaterialet i modulerna har även visat kunna bidra till allians, varav en förklaring är att patienten antar att en kompetent psykolog har skrivit texten (Hedman, Carlbring, Ljótsson & G. Andersson, 2014; Richards & Richardson, 2010).

Hittills är forskning som undersökt allians i internetbehandling mycket begränsad. Sucas et al. (2012) systematiska sammanfattning över forskningsområdet visar att endast 1.3 % av totalt 840 hittade studier kring internetförmedlad behandling har undersökt allians och dess betydelse för utfall. Alliansens betydelse har däremot undersökts inom flertalet kliniska målgrupper, såsom för paniksyndrom (Kiroopoulos et al., 2008), posttraumatiskt stressyndrom (t.ex. Klein et al., 2010), depression, generaliserad ångest och social ångest (G. Andersson et al., 2012c), tinnitus (Jasper et al., 2014), hälsoångest (Hedman, G. Andersson, Lekander & Ljotsson, 2015) och tvångssyndrom (E. Andersson et al., 2015). Överlag indikerar de studier, som i nuläget finns, att allians generellt har skattats högt av deltagarna (Hadjistavropoulos, Pugh, Hesser & G. Andersson, 2017; Klein et al., 2010) och att alliansen kan förbättras över tid, från början till slutet av behandling (Bergman Nordgren, Carlbring, Lina, & G. Andersson, 2013; Knaevelsrud & Maercker, 2007). När internetbehandling har jämförts med såväl traditionell behandling (Flückiger et al., 2018; Kiroopoulos et al., 2008; Preschl, Maercker, & Wagner, 2011; Sucas et al., 2012;), som grupp- (Jasper et al., 2014) och telefonbehandling (Lindner et al., 2014), hittades ingen signifikant skillnad gällande allians. Trots att alla slutsatser bör tolkas med stor försiktighet, på grund av forskningsområdets mycket begränsade omfång, sammanfattar såväl Sucas et al. (2012) som Flückigers et al. (2018) metaanalys att forskningsområdet i dagsläget antyder att det kan vara möjligt att uppnå allians i internetbehandling i samma grad som vid traditionell behandling, trots skillnader i typ och frekvens.

Studier som också undersökt vilka faktorer som modererar allians i internetbehandling är ännu färre än studier kring allians i internetbehandling. En gjord av Hadjistavropoulos et al. (2017) indikerar att antal skickade meddelande och telefonsamtal kan moderera allians i IGBT för depression och att erfarna terapeuter jämfört med studerande terapeuter kan moderera allians i mitten av behandling i IGBT för generaliserat ångestsyndrom. Däremot hittade Hadjistavropoulos, et al. (2017) inte något signifikant samband mellan allians och behandlingsutfall, inte heller när ovannämnda moderatorer kontrollerades för. Huruvida terapeutens erfarenhet spelar roll eller inte för allians i internetbehandling har Baumeister, Reichler, Munzinger och Lin (2014) undersökt i en litteraturöversikt. Studien indikerar att terapeuterfarenhet inte påverkar utfall i internetbehandling (Baumeister et al., 2014).

Allians och utfall i internetbehandling

Gällande alliansens betydelse för utfall i internetbehandling visar forskningen blandat resultat. Pihlaja et al. (2018) systematiska litteraturöversikt av terapeutguidad internetbehandling för depression och ångest identifierade 1658

relevanta studier, varav sex hade undersökt alliansens betydelse för utfall i KBT. Av dessa fann tre studier ett signifikant positivt samband mellan utfall och allians mätt antingen i slutet av behandlingen (Herbst et al., 2014 ($n = 34$, $r = .33$ och $p = .04$)) eller vecka tre i behandlingen (E. Andersson et al., 2012 ($n = 500$ och $p < .05$); Bergman Nordgren et al., 2013 ($n = 27$, $r = .47$ $p = .02$)). De resterande tre studierna fann inte ett signifikant samband mellan utfall och allians mätt antingen vecka tre (G. Andersson et al., 2012b ($n = 29$, $r = .20$); (Paxling et al., 2011 ($n = 44$, $r = .13$)) eller vecka fyra (Vernmark et al., 2010 ($n = 102$, $r = .10$)). Berger (2015) beskriver däremot att om sambandet mellan allians och utfall inte visats vara signifikant, brukar det oavsett finnas en positiv trend mellan allians och utfall. Hadjistavropoulos et al. (2017) identifierade ytterligare fyra studier som undersökt sambandet mellan allians och utfall för internetförmiddad KBT-behandling. En studie fann ingen relation mellan utfall och allians i internetbehandling, medan tre studier fann att utfall var relaterat till allians när allians mättes antingen i början av behandlingen (Hedman et al., 2015), slutet av behandlingen (Knaevelsrud & Maercker, 2007) eller väldigt nära slutet av behandlingen (Knaevelsrud & Maercker, 2006). I metaanalysen av Flückiger et al. (2018) inkluderades totalt 18 artiklar som undersökt allians och utfall i internetbehandling. Det genomsnittliga effektstorleken för dessa mättes till $r = .28$ ($p < .0001$), vilket är ekvivalent med Cohens $d = .57$ och därmed väldigt likt de siffror som hittas i behandling som förmedlas ansikte till ansikte ($r = .28$ ($p < .0001$)) (Flückiger et al., 2018). Samtliga studier som har undersökt allians i internetbehandling har varit inom ramen för KBT. Inga studier, som är av författarna kända, har undersökt allians i internetbehandling inom ramen för IPT. Till författarnas vetskap finns inte heller några studier som undersökt alliansens betydelse i behandling av ensamhet i någon form av KBT- eller IPT-behandling.

SOLUS 2.0

Med tanke på hur många som lider till följd av oönskad ensamhet och de negativa konsekvenser ensamhet medför är det av stor vikt att fortsätta arbetet med att utvärdera hur ensamhet bäst behandlas. Tidigare forskning, inklusive SOLUS-studien från 2016, har erhållit lovande resultat gällande KBT-interventioner (se Käll et al., In press) varför fortsatt forskning på KBT mot ensamhet är berättigad. IPT som jämförande behandling motiveras utifrån stark face validity, teoretiska implikationer och tidigare forskning på depression, vilket är ett nära sammankopplat fenomen som med god effekt kan behandlas med IPT. Inga tidigare studier på IPT av god kvalitet har gjorts vilket ökar intresset att undersöka det närmare.

Att allians för andra kliniska grupper visats kunna predicera behandlingsutfall föranleder intresset att studera alliansens betydelse för personer som lider av ensamhet. Eftersom känslan av ensamhet uppstår till följd av en upplevd brist i

aktuella relationer finns särskilt goda skäl att undersöka hur relationen till behandlaren och alliansen påverkar deltagarnas känsla av ensamhet. Utifrån detta motiveras att aktuell studie påbörjar arbetet med att undersöka alliansens funktion i behandling för personer som lider av oönskad ensamhet.

Syfte

Inom ramen för SOLUS 2.0 ämnar denna uppsats utforska alliansens karaktär och betydelse i internetadministrerad psykologisk behandling för personer som lider av ensamhet. Mer specifikt syftar studien till att undersöka om allians uppstår, om den utvecklas över tid och om allians kan predicera behandlingsutfall, mätt med The University of California, Los Angeles, Loneliness Scale-Version 3 (UCLA LS-3). Om någon skillnad mellan de olika behandlingsgrupperna finns eller inte är också av intresse att studera närmare. Ingen tidigare alliansforskning har gjorts på denna kliniska grupp varför studien har en explorativ ansats och inga hypoteser formuleras för studiens frågeställningar.

Frågeställningar

- Hur skattar deltagare i psykologisk internetbehandling mot ensamhet allians till sin behandlare?
- Kan deltagares upplevelse av allians predicera förändring på utfallsmåttet UCLA LS-3?

METOD

Studiedesign

SOLUS 2.0 är en randomiserad kontrollerad studie med mixdesign där effekten av psykologisk internetbehandling för personer som lider av ensamhet undersökts och jämförts med en passiv kontrollgrupp. Deltagarna randomiserades till en av tre betingelser: en IKBT-behandling ($n = 46$), en IIPT-behandling ($n = 46$) eller en kontrollgrupp ($n = 24$) i form av en väntelista. Deltagarna i de två behandlingsgrupperna erbjöds ett nio veckor långt självhjälpsprogram baserat på IPT eller KBT samt kontinuerligt behandlarstöd. Före och efter behandlingen samt varannan vecka under programmets gång tilldelades kontrollgruppen och de två behandlingsgrupperna ett antal självskattningsformulär. Självskattningsformulär kopplade till allians gavs dock enbart, av naturliga skäl, till deltagarna i de två behandlingsgrupperna. Efter att den första behandlingsperioden var avslutad fick kontrollgruppen tillgång till programmet.

Urvalsprocess och deltagare

Rekrytering

Deltagarna till SOLUS-programmet rekryterades inom en treveckorsperiod i januari 2019. Information spreds via tidningar, affischer och internet. Jönköpings-Posten och Nya Kristinehamns-Posten publicerade reportage om studien och i Dagens Nyheter och Expressen publicerades betalda annonser. Affischer sattes upp på lokalt rekommenderade platser i Linköping, Norrköping, Uppsala, Stockholm, Jönköping, Kristinehamn och på Hammarö. På internet delades information kring studien via sociala medier, mail och webbplatser avsedda för att informera om pågående studier. Mer specifikt delades information via Facebook, Twitter, Instagram, studie.nu och via Region Östergötlands hemsida under fliken "studiedeltagare sökes". Mejl skickades till personer som tidigare visat intresse att delta i SOLUS-studien och skrivit upp sig på SOLUS väntelista för deltagande. All marknadsföring hänvisade till studiens hemsida och plattform (www.solusstudien.se) där deltagarna kunde hitta information om studien och registrera sig.

Registrering

Som en del av registreringen fyllde samtliga deltagarna i ett antal självskattningsformulär och svarade på ett antal frågor kring demografi. Formulären, som sedan användes som en del av bedömningsunderlaget för inkludering, var UCLA LS-3, Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) och Generalised Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7). Slutligen fick deltagarna lämna ett digitalt samtycke att medverka i studien.

Telefonintervju och remisskonferens

De deltagare som slutförde registreringen ringdes upp för en kompletterande telefonintervju där både MINI Internationell neuropsykiatrisk intervju, svensk version 7.0.0 (M.I.N.I.) för diagnostisk bedömning administrerades och ett par standardiserade frågor kring primär problematik, upplevelse av ensamhet och ensamhetens duration ställdes. Den sammanställda data för varje deltagare presenterades på en remisskonferens där behandlingsansvarig professor tog beslut om inklusion och exklusion. Besked om medverkan och information delgavs via mail eller telefon där inkluderade deltagare tilldelades inlogg till SOLUS-plattformen. Till exkluderade deltagare som ansågs vara i behov av vård gavs råd om andra lämpliga vårdinstanser.

Inklusionskriterier

Inklusion i studien krävde att deltagaren:

- Upplevd ensamhet med varaktigt lidande som följd

- Var 18 år eller äldre vid studiens startdatum
- Kunde läsa och skriva svenska obehindrat samt tillgodogöra sig text motsvarande 60 minuter per vecka
- Hade tillgång till dator och internet
- Inte genomgick annan psykologisk behandling eller stödsamtal
- Inte hade förändrat doseringen av eventuell psykofarmakologisk behandling under de tre senaste månaderna och inte planerade sådana förändringar under behandlingsperioden
- Inte hade ett pågående missbruk
- Inte hade behov av annan, mer omfattande behandling för psykisk ohälsa

Randomisering

De inkluderade deltagarna randomiserades till en av två behandlingsgrupper eller en kontrollgrupp utifrån ration 2:2:1. 40% av deltagarna slumpades således till IPT-behandlingen, 40% till KBT-behandlingen och 20% till väntelistan. Randomiseringen utfördes av två oberoende parter på Linköpings universitet med hjälp av hemsidan Randomization (<http://Randomization.org>). I jämförelse med jämn randomiseringsratio kräver ojämn randomiseringsratio, liksom studiens valda 2:2:1, ett större stickprov för att nå likvärdig statistisk power (Hey & Kimmelman, 2014). Randomiseringsmetoden valdes ändå då den ökar möjligheten att hitta eventuella skillnader mellan olika behandlingsmetoder, vilket aktuell studie syftade till (Hey & Kimmelman, 2014). Deltagarna meddelades om gruppstillhörighet via SOLUS-plattformen. Kontrollgruppen fick information om självskattningsformulär och när deras behandlingsperiod skulle börja. Behandlingsgruppen fick information om behandlingen och tilldelades en behandlarkontakt.

Deltagarnas demografi

För en detaljerad beskrivning av deltagarnas demografiska karaktäristika, se Tabell 1.

Tabell 1.

Demografisk beskrivning av de inkluderade deltagarna, inklusive procentuell fördelning inom grupperna samt standardavvikelse för ålder

		IPT (n = 46)	KBT (n = 46)	Kontroll (n = 24)	Totalt (n = 116)
Kön	<i>Man</i>	9 (19.6 %)	14 (30.4 %)	7 (70.8 %)	30 (25.9 %)
	<i>Kvinna</i>	37 (80.4 %)	32 (69.6 %)	17 (29.2 %)	86 (74.1 %)
	<i>Intersexuell</i>	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Ålder	<i>Medelålder</i>	48.9 år (SD = 17.8)	46.8 år (SD = 16.9)	44.1 år (SD = 17.3)	47.1 år (SD = 17.3)
	<i>Min - max</i>	27 - 80 år	19 - 83 år	21 - 75 år	19 - 83 år

Var bor du?	<i>Stockholm/ Göteborg/ Malmö/ Uppsala</i>	25 (54.3 %)	28 (60.9 %)	10 (41.7 %)	63 (54.3 %)
	<i>Annan större stad</i>	11 (23.9 %)	6 (13 %)	7 (29.2 %)	24 (20.7 %)
	<i>Mindre stad</i>	4 (8.7 %)	4 (8.7 %)	6 (25 %)	14 (12.1 %)
	<i>Mindre ort eller glesbygd</i>	6 (13 %)	8 (17.4 %)	1 (4.2 %)	15 (12.9 %)
	Civilstånd	<i>Singel</i>	19 (41.3 %)	21 (45.7 %)	18 (75 %)
	<i>Gift</i>	7 (15.2 %)	7 (15.2 %)	1 (4.2 %)	15 (12.9 %)
	<i>I en relation (delar boende)</i>	4 (8.7 %)	3 (6.5 %)	1 (4.2 %)	8 (6.9 %)
	<i>I en relation (delar inte boende)</i>	1 (2.2 %)	4 (8.7 %)	0 (0 %)	5 (4.3 %)
Boendestatus	<i>Skild</i>	12 (26.1 %)	10 (21.7 %)	3 (12.5 %)	25 (21.6 %)
	<i>Änka/Änkling</i>	3 (6.5 %)	1 (2.2 %)	1 (4.2 %)	5 (4.3 %)
	<i>Ensam</i>	34 (73.9 %)	28 (60.9 %)	18 (75 %)	80 (69 %)
	<i>Med familj</i>	5 (10.9 %)	13 (28.3 %)	3 (12.5 %)	21 (18.1 %)
	<i>Familjehem/ Institution</i>	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	<i>Med kompis(ar)</i>	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (4.2 %)	1 (0.9 %)
	<i>Med partner</i>	6 (13 %)	4 (8.7 %)	1 (4.2 %)	11 (9.5 %)
	<i>Gruppboende</i>	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	<i>Serviceboende</i>	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	<i>Annan boendeform</i>	1 (2.2 %)	1 (2.2 %)	1 (4.2 %)	3 (2.6 %)
Antal personer i hushållet	<i>Medel</i>	1.3	1.85	1.67	1.59
	<i>Min - max</i>	1 - 4	0 - 6	0 - 12	0 - 12
Har du barn?	<i>Ja, men de bor inte hemma</i>	16 (34.8 %)	8 (17.4 %)	7 (29.2 %)	31 (26.7 %)
	<i>Ja, boendes på heltid</i>	3 (6.5 %)	7 (15.2 %)	3 (12.5 %)	13 (11.2 %)
			7 (15.2 %)	0 (0 %)	9 (7.8 %)
	<i>Ja, boendes på deltid</i>	2 (4.3 %)			
Syssel- sättning	<i>Nej</i>	25 (54.3 %)	24 (52.2 %)	14 (58.3 %)	63 (54.3 %)
	<i>Studerande</i>	3 (6.5 %)	5 (10.9 %)	3 (12.5 %)	11 (9.5 %)
	<i>Yrkesarbetande</i>	27 (58.7 %)	27 (58.7 %)	14 (58.3 %)	68 (58.6 %)
	<i>Arbetslös/ arbetsökande</i>	3 (6.5 %)	4 (8.7 %)	1 (4.2 %)	8 (6.9 %)
	<i>Föräldraledig</i>	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
	<i>Praktik eller liknande genom arbetsförmedlingen</i>	1 (2.2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0.9 %)

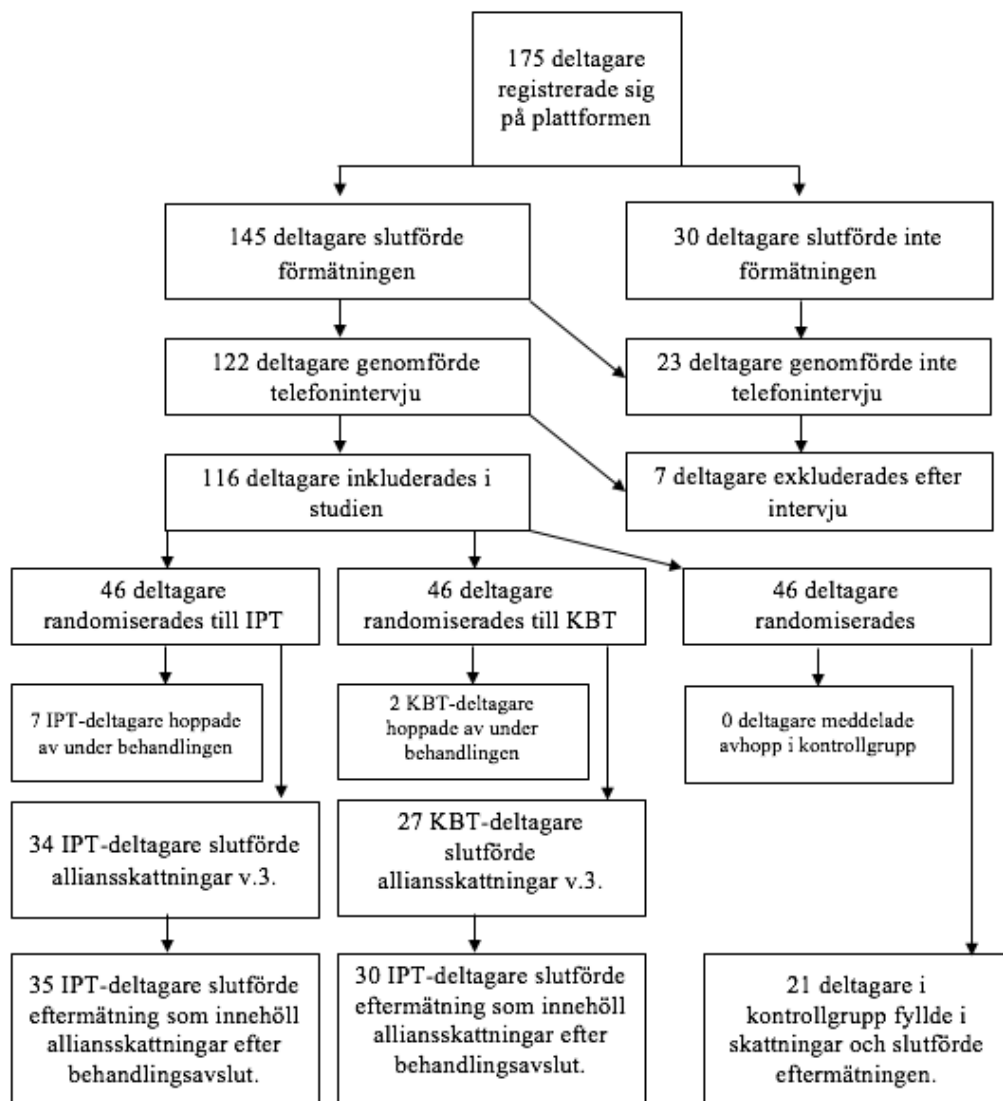
	<i>Pensionerad</i>	7 (15.2 %)	10 (21.7 %)	4 (16.7 %)	21 (18.1 %)
	<i>Sjukskriven under kortare period</i>	2 (4.3 %)	0 (0 %)	4 (16.7 %)	2 (1.7 %)
	<i>Sjukskriven under längre period</i>	2 (4.3 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (3.4 %)
	<i>Övrigt</i>	1 (2.2 %)	0 (0%)	2 (8.3 %)	1 (0.9 %)
Utbildnings Nivå (Högst avklarade)	<i>Ingen avslutad utbildning</i>	0 (0 %)	1 (2.2 %)	0 (0 %)	1 (0.9 %)
	<i>Grundskola</i>	1 (2.2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0.9 %)
	<i>Gymnasie- utbildning</i>	7 (15 %)	9 (19.6 %)	3 (12.5 %)	19 (16.4 %)
	<i>Universitet/ högskole- utbildning</i>	31 (61.4 %)	26 (56.5%)	19 (79 %)	76 (65.5 %)
	<i>Annan eftergymnasial- utbildning</i>	5 (10.9 %)	7 (15.2 %)	0 (0 %)	12 (10.3 %)
	<i>Forskar- utbildning</i>	2 (4.3 %)	3 (6.5 %)	2 (8.3 %)	7 (6 %)
Tidigare behandling för psykisk ohälsa	<i>Nej</i>	18 (39.1 %)	24 (52.2 %)	15 (62.5 %)	57 (49.1 %)
	<i>Ja</i>	28 (60.9 %)	22 (47.8 %)	9 (37.5 %)	59 (50.9 %)
Psyko- farmaka - nu eller tidigare	<i>Nej</i>	20 (43.5 %)	28 (60.9 %)	15 (62.5 %)	63 (54.3 %)
	<i>Ja</i>	26 (56.5 %)	18 (39.1 %)	9 (37.5 %)	53 (45.7 %)
Förekomst av psykiatrisk diagnos	<i>Depression</i>	16 (34.8%)	11 (23.9%)	7 (29.2%)	34 (29.3%)
	<i>Social ångest</i>	10 (21.7 %)	9 (19.6 %)	7 (29.2 %)	26 (22.4 %)
	<i>Generaliserad ångestsyndrom</i>	7 (15.2 %)	6 (13 %)	3 (12.5 %)	16 (13.8 %)
	<i>Tvångssyndrom</i>	1 (2.2 %)	3 (6.5 %)	0 (0 %)	4 (3.4 %)
	<i>Paniksyndrom</i>	3 (6.5 %)	4 (8.7 %)	3 (12.5 %)	10 (8.6 %)
	<i>Agorafobi</i>	1 (2.2 %)	4 (8.7 %)	2 (8.3 %)	7 (6 %)
	<i>Bipolär I</i>	0 (0 %)	1 (2.2 %)	0 (0 %)	1 (0.9 %)
	<i>Posttraumatiskt stressyndrom</i>	1 (2.2 %)	3 (6.5 %)	2 (8.3 %)	6 (5.2 %)
	<i>Bulimia nervosa</i>	1 (2.2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0.9 %)
	<i>Hetsättnings störning</i>	3 (6.5 %)	1 (2.2 %)	1 (4.2 %)	5 (4.3 %)
	<i>Alkoholbruks- syndrom</i>	3 (6.5 %)	5 (10,9 %)	2 (8,3 %)	10 (8,6 %)
	<i>Antisocialt personlighets-</i>	3 (6,5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (2.6 %)

syndrom

n=antal personer

Flödesschema

Nedan presenteras ett flödesschema för urvalsprocessen, se figur 1.



Figur 2. Flödesschema för urvalsprocessen i SOLUS 2.0.

Totalt registrerade sig 175 personer på SOLUS hemsida varav 145 slutförde den initiala screeningen. Av dessa genomförde 122 personer telefonintervjun och togs upp på remisskonferens. Beslut om exkludering fattades i sex fall. Anledningar till exkludering var hög suicidrisk, annan anledning till mer omfattande behandling eller annan pågående psykologisk behandling. Av de 116 personer som inkluderades till studien randomiserade 46 till IKBT-behandling, 46 till IIPT-behandling och 24 till kontrollgruppen. Av de som tilldelades behandling meddelade sju avhopp i IKBT-programmet och två avhopp i IIPT-programmet. 34 personer slutförde alliansskattningarna under vecka tre inom IIPT-programmet

och 27 personer slutförde alliansskattning under vecka tre inom IKBT-programmet. Av de som slutfört alliansskattningen under vecka tre slutförde 35 deltagare inom IPT och 30 deltagare inom KBT eftermätningen. I kontrollgruppen fyllde 21 deltagare i eftermätningen.

Behandlingsinnehåll

SOLUS-programmet bestod av två vägleda självhjälsprogram, ett IKBT-program och ett IPT-program. Nedan följer en beskrivning av de två behandlingsprogrammen.

IKBT-programmet

Självhjälsprogrammet som baseras på kognitiv beteendeterapi har prövats i tidigare studie (se Jägholm & Käll, 2016). Programmet skapades då med utgångspunkt i Cacioppo och Hawkleys (2009) modell för ensamhet. Sammanfattningsvis syftade behandlingen huvudsakligen till att modifiera maladaptiva kognitioner och öka positiva sociala beteenden för att främja värdefull social kontakt. Inför aktuell studie genomfördes vissa modifieringar av programmet utifrån den förklaringsmodell Käll et al. (2019) tagit fram. Dels introducerades beteendeinterventionerna tidigare i behandlingen då dessa i tidigare studie visat ha ett medierande värde för behandlingsutfallet (Mathaldi & Tiger Nordkvist, 2016) och dels lades en modul om social färdighetsträning till då forskning visat att undersökt population kan ha brister inom det området (Lodder, Goossens, Scholte, Engels, & Verhagen, 2016). Ändringarna gjordes av en legitimerad psykolog, numera doktorand inom området ensamhet, som också var med och utformade den tidigare versionen av SOLUS-programmet.

Totalt innehöll IKBT-programmet nio så kallade moduler, vilka bestod av psykoedukativa texter och övningar där deltagarna fick praktisera de strategier de läst om. Programmet började med psykoedukation om vad ensamhet är och vad som vidmakthåller problematiken, därefter följde övningar i målformulering och värderingsarbete, social beteendeaktivering, hur deltagarna kunde hantera hinder, kognitiv omstrukturering, beteendexperiment, social färdighetsträning och arbete för att vidmakthålla framsteg och hantera bakslag. För en mer utförlig redogörelse av respektive modul, se appendix 1.

IPT-programmet

Självhjälsprogrammet som baserades på interpersonell psykoterapi utformades i ett nära samarbete mellan behandlarna i SOLUS 2.0 och ordförande för svenska IPT-föreningen. Programmet skapades utifrån IPT:s interpersonella modell och utformades för att öka deltagarnas sociala stöd, minska interpersonell stress,

hjälpa deltagarna att processa känslor och förbättra deras interpersonella färdigheter, de fyra verksamma mekanismerna i IPT (Lipsitz & Markowitz, 2013). I utformandet av programmet hämtades mycket inspiration från självhjälpböckerna *Defeating Depression* skriven av Roslyn Law (2013) och *Feeling Better: Beat Depression and Improve Your Relationships with Interpersonal Therapy* skriven av Cindy Goodman Stulberg och Ronald Frey (2018).

Programmet bestod av nio moduler som alla bestod av psykoedukativa texter och olika övningar. De tre första modulerna var gemensamma för samtliga deltagare medan de sex resterande modulerna utgick från deltagarnas fokusområde. I undantagsfall ångrade deltagare sitt val av fokusområde och tilldelades då även det nya fokusområdets moduler. Modul 1 – 3 utgjorde den inledande fasen. I denna fas låg fokus på att göra en interpersonell inventering och formulering. Efter att den interpersonella formuleringen var gjord och deltagarna valt fokusområde påbörjades mellanfasen som bestod av modul 4 – 8, som alltså skiljde sig åt mellan de olika fokusområdena. Sammanfattningsvis handlade sorgmodulerna om att sörja och bearbeta den förlust deltagarna upplevt, söka socialt stöd och utveckla nya relationer. Konfliktmodulerna bestod huvudsakligen av att reflektera över behov och förväntningar, göra kommunikationsanalyser och närma sig aktiv omförhandling. I rollförändringsmodulerna fick deltagarna hjälp med att släppa den gamla rollen, hantera förändringen som pågick och börja anpassa sig till den nya rollen. Modulerna som rörde interpersonell sårbarhet bestod i att kartlägga sina interpersonella styrkor och svårigheter, utveckla sina interpersonella färdigheter och skapa värdefulla sociala kontakter. Gemensamt för samtliga fokusområden var även övningar i att koppla samman känslan av ensamhet och olika händelser samt etablering av socialt stöd. Avslutningsvis utgjorde modul 9 en avslutande fas där deltagarna fick reflektera över deras process så här långt och förbereda sig inför framtiden. För en mer noggrann redogörelse av respektive modul, se appendix 2.

Behandlingsutförande

Behandlingen pågick under nio veckor och administrerades över en internetplattform (SOLUS-plattformen). Varje måndag, med start den 11 februari 2019, tilldelades deltagarna nytt behandlingsmaterial innehållande psykoedukativa texter och övningar, oavsett om de slutfört tidigare övningar eller inte. I IIPT-grenen krävdes dock att den inledande fasen var slutförd för att deltagarna skulle få tillgång till det resterande programmet.

SOLUS-plattformen

Internetplattformen SOLUS-programmet administrerades över hade en hög säkerhet. För tillgång till plattformen krävdes en tvåstegsverifiering som både

bestod av en unik användarkod med ett eget valt lösenord och en engångskod som mottogs via sms. På plattformen fick deltagarna tillgång till ett interaktivt behandlingsmaterial, övningar och frågeformulär samt kontakt med sina behandlare via en meddelandefunktion. Den insamlade data kopplades samman med deltagarens unika kod och lagrades i en krypterad databas. Via en extern e-postadress hade deltagarna möjlighet att komma i kontakt med behandlingsansvarig psykolog.

Behandlare

Behandlare i studien var fyra psykologstudenter som gick sin sista termin på psykologprogrammet vid Linköpings universitet. Samtliga behandlare hade grundläggande psykoterapiutbildning med KBT-inriktning och klinisk erfarenhet. I samband med SOLUS 2.0 fick de också grundläggande IPT-utbildning. I nära samarbete med ordförande för svenska IPT-föreningen utformade de även behandlingsmaterialet till IIPT-programmet. Samtliga behandlare skrev även sina examensuppsatser inom SOLUS-studien, varav två författat denna uppsats.

För att säkerställa kvalitén på behandlarkontakten gavs handledning av två olika handledare vid både åtta strukturerade tillfällen och vid behov. Den ena handledaren var en legitimerad psykolog med KBT-kompetens och den andra en legitimerad psykoterapeut med IPT-kompetens. Den strukturerad handledningen hölls under en timma varje vecka, veckovis växlande mellan respektive behandlingsgren och tillhörande handledare. Behandlingsansvarig psykolog fanns även att tillgå för rådgivning och bedömning vid behov.

Varje behandlare tilldelades totalt 23 deltagare, hälften (11 – 12 deltagare) från IIPT-grenen och hälften från IKBT-grenen. För att minimera risken att tidigare kontakt skulle påverka alliansskattning eller behandlingsutfall randomiserades deltagarna till behandlare de inte tidigare haft kontakt med, både inför behandlingen och inför den avslutande telefonintervjun.

Behandlarkontakt

Deltagarna hade under behandlingens gång kontakt med en behandlare. Kontakten skedde framförallt via meddelandefunktionen på SOLUS-plattformen. I vissa fall, såsom om en deltagare under lång period varit inaktiv på plattformen eller efterfrågade telefonkontakt, kontaktades deltagarna över telefon. Deltagare som inte genomfört övningar under veckan kontaktades med jämna mellanrum via meddelandefunktionen. Den huvudsakliga kontakten skedde via återkopplingen, men deltagarna kunde också när som helst ställa frågor eller av annan anledning höra av sig till respektive behandlare via meddelandefunktionen. Målsättningen var att behandlarna skulle svara på meddelanden inom 24 timmar.

Behandlarstöd

Innehållet i behandlarstödet skilde sig åt mellan de två olika behandlingsgrenarna. Detta eftersom de olika grenarnas verksamma mekanismer antas skilja sig åt. Innan behandlingsstart gavs tydliga instruktioner för vad behandlarstödet skulle innehålla i respektive gren. I IGBT-grenen var fokus på sociala beteendeaktivering och kognitiva omstrukturering, medan fokus i IPT-grenen var på att hjälpa deltagarna reflektera över kopplingen mellan känsla och händelse, identifiera och kommunicera behov, söka socialt stöd och utveckla goda relationsbeteenden. Att klargöra information, validera deltagarna, hjälpa dem med problemlösning om de fastnat och uppmuntra dem i sitt arbete var dock något behandlarna gjorde i båda grenarna. Ytterligare en åtgärd som togs till för att säkerställa att behandlarstödet var terapientligt var att behandlarna gav feedback åt en behandlingsgrupp i taget.

Mätmetoder

Bedömningsunderlag och förmätning

Ett flertal självskattningsformulär tilldelades vid registreringen, varav UCLA LS-3, GAD-7, SIAS och PHQ-9 användes som bedömningsunderlag till inklusion och UCLA LS-3 användes som förmätning.

Mätningar under och efter behandlingen

I slutet av vecka tre på behandlingen tilldelades behandlingsgruppen Work Alliance Inventory –Short (WAI-S). I enlighet med behandlingsansvarig professors inrådan och tidigare studier (t.ex. Bergman Nordgren, Carlbring, Linna & G. Andersson, 2013; G. Andersson et al., 2012b; Holmlund & Lindegaard, 2017) togs beslutet att vecka tre var bäst lämpad tidpunkt att mäta allians. Som eftermätning tilldelades återigen UCLA LS-3 och WAI-S.

Ytterligare tilldelade mätningar

Utöver ovannämnda formulär tilldelades ytterligare formulär innan, under och efter programmet som avsåg att mäta andra frågeställningar inom SOLUS-projektet 2019. Brunnsviken Brief Quality of Life Inventory (BBQ), Clinical Global Impression for Improvement (CGI-I), Behavioral Activation Depression Scale (BADSD-12) och The Interpersonal Competence Questionnaire (ICQ-15) innan och efter behandlingen. UCLA LS-3, BADSD-12 och ICQ-15 tilldelades även till deltagare varannan vecka under behandlingsprogrammet. För mer information kring frågeställningen och mätinstrumenten, se Bjerkander och Welin (2019).

Mätinstrument

Då föreliggande uppsats syftar att undersöka alliansens karaktär och prediktiva värde för behandlingsutfall, kommer enbart självskattningsformulären som avser mäta allians samt ensamhet beskrivas mer ingående. För mer information kring övriga instrument hänvisas läsaren till Bjerkander och Welin (2019). Samtliga formulär administrerades via SOLUS-plattformen. Flera studier har visat att psykometriska egenskaper för internetförmedlade formulär förblir oförändrade i jämförelse med formulär förmedlade via papper och penna (Carlbring et al., 2007; Dias, Maroco & Campos, 2015).

Ensamhetsmått - The University of California, Los Angeles Loneliness Scale (Version 3) (UCLA LS-3)

Studiens utfallsmått var UCLA LS-3 som avser mäta upplevd ensamhet. UCLA LS-3 är ett självskattningsformulär som innehåller 20 frågor kring ensamhetsupplevelser. Nio av frågorna är positivt formulerade såsom "Hur ofta har du känt..." och elva av frågorna är negativt formulerade "Hur ofta har du inte känt...". Samtliga frågor besvaras genom att markera hur väl påstående stämmer överens med personens upplevelse från 1 = aldrig till 4 = alltid. Skattning från de positiva frågorna poängsätt omvänt och summeras med summan av skattningen av de negativt ställda frågorna. Minsta möjliga summerade poäng är 20 och högsta möjliga summerade poäng är 80. Högre poäng antyder en högre grad av upplevd ensamhet.

Russell (1996) undersökte UCLA LS-3s test-retest reliabilitet, det vill säga till vilken grad instrumentet efter upprepade tester mäter samma resultat, om andra faktorer iallafall i teorin hålls konstanta, och fann att korrelationen efter ett år var 0.73. Test-retest reliabiliteten kan variera mellan 0 och 1 och ett resultat på 0.73 visar på god test-retest reliabilitet (Russell, 1996). Vidare beräkningar på test-retest reliabiliteten har gjorts med hjälp av intra-klasskorrelation (ICC). En slags deskriptiv statistik som beskriver hur enheter i samma grupp liknar eller inte liknar varandra. Enligt Cicchetti (1994) kan nivåer över .75 av ICC-beräkningar klassas som "mycket bra". Uppföljning efter minst två veckor visar att UCLA LS-3s ICC låg på .76 (Britton & Conner, 2007) och efter en månad .93 (Zarei, Memari, Moshayedi & Shayestehfar, 2016). Vassar och Crosby (2008) undersökte UCLA:s interna konsistens och fann att den genomsnittliga alphakoefficienten var .92 (SD = .03). Intern konsistens beskriver hur instrumentets olika delar mäter samma bakomliggande konstrukt och mätes i studien med Cronbachs alpha (Cicchetti, 1994). Utifrån Cicchettis (1994) föreslagna tolkningskriterier kan UCLA:s interna konsistens tolkas som "mycket bra".

I föreliggande studie användes en svensk översättning av formuläret som utfördes av Jägholm & Käll (2016). Utifrån författarnas kännedom saknas svensk standardisering, normeringar och cut-off värden, varför inga sådana tillämpats i den föreliggande studie. Var god se den översatta versionen av UCLA LS-3 hos Jägholm & Käll (2016).

Alliansmätt - Work Alliance Inventory - Short (WAI-S)

Som prediktionsmätt användes WAI-S som är en förkortad version av Work Alliance Inventory (WAI). WAI är ett självskattningsformulär som syftar till att fånga patientens upplevda allians med behandlaren i behandling. Frågorna är utformade som olika påstående såsom "Jag och min behandlare är överens om målet med behandlingen" och besvaras via en sjugradig likertskala där 1=aldrig och 7=alltid. Skattningspoängen summeras och höga totalpoäng tyder på en högt skattad allians. WAI är utformat av Horvath & Greenberg (1989) men baseras på Bordins (1979) konceptualisering av allians som en summa av tre aspekter - mål, uppgift och emotionellt band. Horvath & Greenberg (1989) ville fånga ett totalmätt på allians för att effektivt kunna se hur det påverkar behandlingsutfall. 2002 bedömde Hansson med kollegor att WAI har en robust intern konsistens med en modal reliabilitet på 0.92. I jämförelse med andra självskattningsmätt på allians har WAI en högre prediktiv validitet för behandlingsutfall (Hansson et al., 2002; Horvath & Greenberg, 1989). Det vill säga att mätningen förutsäger behandlingsresultat bättre än andra självskattningsmätt för allians.

1989 utformade Tracey & Kokotovi WAI-S som innehåller 12 av 32 frågor från WAI. Tracey & Kokotovi (1989) menar att WAI-S också representerar de tre delskalorna mål, uppgift och emotionellt band, är mer tidseffektivt och mer användarvänlig. Busseri och Tyler (2003) har undersökt utbytbarheten av WAI till WAI-S och resultatet visar att båda självskattningsformulären har jämlika psykometriska egenskaper och hög korrelation mellan respektive formulärs poäng (Busseri och Tyler, 2003). Busseri och Tyler (2003) gör därmed konklusionen att de är utbytbara. I föreliggande studie reviderades WAI-S och anpassades med vissa ordval för att bättre passa internetbehandling såsom "...er kontakt via meddelande" Revideringen är i likhet med Holmgrund och Lindegaard (2017) och Bergman Nordgren et al. (2013). För att se den omarbetade WAI-S versionen för internetbehandling se appendix 3.

Etiska överväganden

En etikprövning genomfördes i enlighet med lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). I januari 2019 godkände den regionala etikprövningsnämnden vid Linköpings universitet SOLUS 2.0. Studien anses därför uppfylla gällande krav för etiska regler och riktlinjer. Utöver

etikprövningen var informerat samtycke en förutsättning för deltagande i studien. Deltagarna informerades om studiens frivillighet, möjligheten att när som helst avbryta deltagande utan angivet skäl, sekretess, anonymitet samt hanteringen av personuppgifter och gav därefter sitt samtycke.

Risker med att patologisera fenomenet ensamhet

Inför studien diskuterades de etiska aspekterna av att marknadsföra möjligheten att behandla bort ett mycket allmänmänskligt tillstånd som idag inte är klassat som en sjukdomsdiagnos (American Psychiatric Association, 2013). Risken att patologisera en mänsklig upplevelse och konsekvenserna av det uppmärksammades särskilt efter insikten att flera forum för personer som känner sig ensamma tryckt på just det faktum att det inte är något "fel" på dem. Samtidigt finns mycket forskning på vilket stort lidande känslan av ensamhet kan innebära och vilka negativa konsekvenser det kan ha på den psykiska och fysiska hälsan (Heinrich & Gullone, 2006). Trots höga prevalenssiffror på antal personer som lider till följd av sin ensamhet (Statistiska centralbyrån, 2014; Yang & Victor, 2011) har det varit mycket svårt att rekrytera personer till denna typ av studie, i jämförelse med andra liknande studier för annan problematik, enligt professor G. Andersson (personlig kommunikation 23 september, 2019). Mycket tyder därför på att det finns ett stort stigma över att känna sig ensam vilket också skulle innebära att det troligen finns fördelar med att adressera problemet. Genom att göra det skulle skuld- och skamkänslor kunna minska, förståelsen för problematiken och möjligheten att utveckla interventioner, som minskar den oönskade ensamheten, öka. I IPT har också sjukrollen en central aspekt vilket behövdes ta hänsyn till för att göra behandlingen terapiriktig. Ett beslut togs att kalla behandlingen för ett självhjälpsprogram. Förhoppningen med det var att inte lika tydligt patologisera tillståndet men samtidigt göra IPT-behandlingen rättvisa samt visa på att det finns möjlighet att minska den oönskade ensamheten, vilket tidigare studier visat att det finns.

Komorbiditet och möjligheten till beprövad behandling

Flera studier har visat att ensamhet ökar risken för annan psykisk ohälsa och att samsjuklighet är vanligt (Heinrich & Gullone, 2006). Depression (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey & Thisted, 2006), ångestproblematik (Muyan, Chang, Jilani, Yu, Lin & Hirsch, 2016) och suicidalitet (Stickley & Koyanagi, 2016) har alla kopplats ihop med ensamhet och för flera av dessa tillstånd finns annan evidensbaserad psykologisk och medicinsk behandling (Socialstyrelsen, 2017; Socialstyrelsen, 2019). En kartläggning av deltagarnas eventuella komorbiditet och primära problematik gjordes därför för att med god grund kunna överväga om SOLUS-programmet eller annan behandling var att föredra. Hade deltagaren en primär problematik där evidensbaserad behandling med god effekt fanns att tillgå exkluderades deltagaren med anledning att få en mer beprövad behandling. I

övervägandet kring inklusion tillämpades devisen “hellre fria än fälla” då tillgången till annan vård sällan är lika tillgänglig, det finns stöd för att denna behandling har positiv effekt även på komorbida tillstånd (Jägholm & Käll, 2016) samt att risken för bieffekter ansågs liten. Stor hänsyn togs också till deltagarens egen berättelse och önskan att delta.

Extra noggrant övervägande gjordes med hänsyn till deltagarnas suicidrisk. Suicidriskbedömning gjordes utifrån ett item på självskattningsformuläret PHQ-9 och ett omfattande avsnitt i M.I.N.I. som just undersökte suicidalitet. Deltagare som misstänktes ha hög suicidrisk och därför var i behov av mer akut vård exkluderades och rekommenderades söka sig till lokal psykiatrisk instans. Behandlarna var under studiens gång vaksamma på om ökad suicidalitet framkom. I dessa fall skulle behandlingsansvarig psykolog kontaktas för bedömning och rådgivning.

Negativa reaktioner till följd av exklusion eller inklusion i kontrollgrupp

För att förebygga negativa konsekvenser till följd av exklusion eller inklusion i kontrollgrupp informerades samtliga deltagare om studiens utformning, inklusionskriterier och randomiseringsprocess, både i samband med registrering på plattformen och i telefonintervjun. Vid exkludering togs personlig kontakt med aktuell individ och vid behov gavs rådgivning om annan lämplig vårdinstans utifrån individens problematik. Att även de som randomiserades till kontrollgrupp skulle få tillgång till behandlingen, men med senare behandlingsstart, informerades om både på studiens hemsida, i telefonintervjun och i personliga meddelanden på plattformen till aktuella deltagare. Samtliga deltagare hade också möjlighet att via en extern mail ta kontakt med studie- och behandlingsansvarig psykolog.

Negativa effekter av psykologisk behandling

Biverkningar av psykologisk, såväl “face-to-face” som internetadministrerad, behandling förekommer och tidigare forskning har visat att ungefär 5 – 10% av de som genomgår psykologisk behandling försämras (Hannan et al., 2005; Hatfield, McCullough, Frantz, & Krieger, 2010; Heins et al., 2010; Lambert et al., 2002) eller upplever någon annan typ av biverkning (Rozenal, Boettcher, G. Andersson, Schmidt & Carlbring, 2015). Trots detta finns en brist inom psykologisk behandlingsforskning att ta hänsyn till eventuella bieffekter (Vaughan, Goldstein, Alikakos, Cohen & Serby, 2014), vilket därför av flera efterfrågas (Rozenal et al. 2018; Vaughan et al., 2014). Inom ramen för SOLUS-studien undersöks därför eventuella bieffekter av behandlingen.

Statistiska analyser

Samtliga statistiska analyser genomfördes med SPSS version 26.0 för Macintosh OS X. Bortfall hanterades genom Complete Case Analysis, vilket innebär att endast deltagare vars mätningar var kompletta inkluderades när resultatet beräknades (Field, 2018). För att undersöka om grupperna initialt skiljde sig åt, jämfördes demografiska och kliniska faktorer, mellan grupperna med hjälp av envägs ANOVA och χ^2 -test. Deskriptiva analysmetoder användes för att beräkna antal deltagare som fyllt i alliansmättet samt medelvärde och standardavvikelse för såväl tidig som sent skattad allians. För att också undersöka eventuella skillnader i skattad allians mellan de två behandlingsgrupperna användes ett oberoende t-test.

För att undersöka alliansens utveckling över tid genomfördes en blandad variansanalys (2x2 mixed ANOVA). I samband med den genomförda variansanalysen, gjordes analyser som avsåg att kontrollera villkoren för normalfördelade data, linjära samband, homoscedasticitet, outliers och multikollinearitet gällande tidig och sent skattad allians. De oberoende variablerna var dels behandling som innehöll två nivåer (IKBT och IIPT) och dels tid som också innehöll två nivåer (allians mätt veckan 3 och efter behandlingsperioden). Den beroende variabeln var förändringsvärdet på UCLA LS-3.

För att sedan undersöka om tidigt skattad allians kan ses som en prediktor, och påverka behandlingsutfallet gjordes en korrelationsanalys, med Pearsons produktmomentskorrelationskoefficient, mellan WAI-S skattad vecka tre och förändringsvärdet på UCLA LS-3. Förändringsvärdet räknades ut genom att deltagarnas förmätning subtraherades med deltagarnas eftermätning, gällande UCLA LS-3. Avslutningsvis gjordes en partiell korrelationsanalys för att studera det eventuella sambandet mellan sent skattad allians och förändringsvärdet på UCLA LS-3 fast med hänsyn till kontrollvariabeln tidigt skattad allians. De oberoende variablerna var dels tidigt och dels sent mätt allians medan den beroende variabeln var deltagarnas förändringsvärden på ensamhetsmättet. Graden av samband valdes att tolkas enligt Cohen's riktlinjer (1988), där .10 innebär ett litet samband, .30 ett måttligt och .50 ett stort samband.

RESULTAT

Inledningsvis sammanfattas resultat från studiens bortfall, initiala skillnader mellan IKBT och IIPT samt resultat från behandlingsutfallsstudien. Därefter presenteras beskrivande statistik kring tidigt och sent skattad allians, vilket följs av resultat från genomförd mixad variansanalys som undersökt alliansens utveckling från början till slutet av behandlingen. Avslutningsvis rapporteras

resultat från utförda korrelationsanalyser som belyser alliansens betydelse för behandlingsutfall. Samtliga resultat presenteras på gruppnivå (behandlingsgruppen, IKBT och IIPT).

Initiala skillnader mellan IKBT- och IIPT-gruppen

Demografiska och kliniska faktorer kan tänkas påverka både alliansskattning och behandlingsutfall, varför det undersöktes om det förelåg initiala skillnader mellan behandlingsgrupperna avseende detta. Envägs oberoende ANOVA och χ^2 -test visade att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan respektive behandlingsgrupp med avseende på demografiska faktorer eller antal uppfyllda diagnoser enligt MINI 7.0.0. För mer information kring initiala skillnader mellan grupperna se Bjerkander och Welin (2019). Vidare visade ett genomfört oberoende t-test att det inte heller fanns några initiala skillnader mellan IKBT och IIPT gällande ensamhet, när deltagare som inte hade skattat allians under vecka tre togs bort ur beräkningen ($t(70) = 0.79, p = .29$).

Sammanfattning av resultat från behandlingsutfallsstudien

Effekten av IKBT och IIPT för personer som lider av ensamhet undersöktes inom ramen för SOLUS 2.0 och beskrivs mer utförligt i Bjerkander och Welins (2019) uppsats. Sammanfattningsvis visade resultaten på utfallsmåttet UCLA LS-3 att det fanns en signifikant skillnad mellan grupperna ($F(2, 86) = 4.22, p = .018$). Post hoc-tester visade att, trots att både IKBT och IIPT skattade lägre ensamhet än kontrollgruppen, var det endast IKBT som signifikant skattade lägre ensamhet ($p = .01, \text{Hedges } g = 0.93$). Inga signifikanta skillnader hittades mellan IKBT-gruppen och IIPT-gruppen ($p = .15; \text{Hedges } g = 0.57$) eller mellan IIPT-gruppen och kontrollgruppen ($p = .72; \text{Hedges } g = 0.49$).

Allians i internetförmedlad behandling mot oönskad ensamhet

Bortfall

Av de 92 personer som inkluderades i behandlingsgruppen slutförde 72 personer alliansskattningen vecka tre, 65 personer alliansskattningen efter behandlingsperioden och 69 personer utfallsmåttet UCLA LS-3. Vidare togs en deltagare bort på grund av att personen meddelat att den i protest skattat en etta på samtliga svar inom WAI-S. Inför utförandet av Mixed ANOVA genomfördes statistiska analyser för att bekräfta att samtliga antaganden för modellen uppfylldes, varav det genomföra lådogrammet fann en betydande outlier som därmed exkluderades endast inför detta test.

Tidigt och sent skattad allians

Deskriptiva data gällande tidig och sen allians undersöktes och presenteras i tabellen nedan. Potentiella skillnader mellan grupperna studerades också.

Tabell 2.

Antal ifyllda formulär, medelvärde och standardavvikelse för allians mätt med WAI-S vecka tre och efter behandling för samtliga grupper

<i>Vecka tre</i>		<i>Efter behandlingsperioden</i>	
Grupp(n)	M(SD)	Grupp(n)	M(SD)
Hela behandlingsgruppen(72)	4.75 (1.30)	Hela behandlingsgruppen(65)	4.95 (1.18)
IKBT(34)	4.69 (1.36)	IKBT(30)	4.88 (1.11)
IIPT(38)	4.80 (1.25)	IIPT(35)	5.04(1.27)

n = antal personer, M = medelvärde, SD = standardavvikelse.

I tabell två presenteras deskriptiva data i form av antal ifyllda formulär, medelvärde och standardavvikelse för hela behandlingsgruppen, IKBT och IIPT avseende allians mätt på en sjugradig skala (1 = inte alls, 4 = till viss del och 7 = helt och hållet) under vecka tre och efter avslutad behandling. Oberoende t-test visar att det inte finns någon signifikant alliansskillnad mellan IKBT- och IIPT-gruppen mätt vecka tre ($t(70) = 0.35, p = .70$).

Allians över tid

Utifrån hela behandlingsgruppens skattade allians, visade resultat från den blandade variansanalysen (2x2 Mixed ANOVA) en marginellt signifikant huvudeffekt av tid, utifrån en alpha nivå på .05 ($F(1,56) = 3.97, p = .051$). Det fanns ingen signifikant interaktion mellan tid och behandlingsgrupp, det vill säga ingen signifikant skillnad i hur de olika grupperna (IKBT och IIPT) utvecklas över tid vad gäller allians ($F(1,56) = 0.01, p = .92$).

Alliansens påverkan på behandlingsutfall

Korrelationer mellan allians mätt med WAI-S vid två tillfällena och förändringsvärde på UCLA LS-3 presenteras i tabell tre och tabell fyra nedan.

Tabell 3.

Korrelationer mellan prediktorn tidig allians mätt med WAI-S vecka tre och förändringsvärde på UCLA LS-3

Grupp (n)	Korrelation
Hela behandlingsgruppen(61)	$r = -.25(p = .06, ns)$
IKBT(27)	$r = -.32(p = .10, ns)$
IIPT(34)	$r = -.14(p = .43, ns)$

n = antal personer, r = Pearsons korrelationskoefficient, ** $p < .01$, * $p < .05$ & ns = non-significant

I tabell tre presenteras korrelationsanalyser mellan prediktorn tidig allians, mätt vecka tre med WAI-S, och förändringsvärde på ensamhetsmättet. Varken i behandlings- ($r = -.25, p = .06$), IKBT- ($r = -.32, p = .10$) eller IIPT-gruppen ($r = -.14, p = .43$) hittades ett signifikant samband mellan tidig allians och förändringsvärde på ensamhet. I tabell fyra rapporteras de genomförda partiella korrelationer mellan allians skattad efter behandlingsavslut och förändringsvärde för ensamhet.

Tabell 4

Partiell korrelation mellan sen allians mätt med WAI-S efter behandlingsavslut och förändringsvärde på UCLA LS-3

Grupp(n)	Partiell korrelation
Hela behandlingsgruppen(65)	$r = -.40 (p = .001^{**})$
IKBT(30)	$r = -.48 (p = .007^{**})$
IIPT(35)	$r = -.27 (p = .12, ns)$

n = antal personer, r = Pearsons korrelationskoefficient, ** $p < .01$, * $p < .05$ & ns = non-significant

För hela behandlingsgruppen, visar den partiella korrelationen att det, utifrån en alpha-nivå på 0.05, fanns ett signifikant negativt samband ($r = -.40, p = .001$) mellan sen allians och förändringsvärde på ensamhet, mätt med förändringsvärde baserat på UCLA LS-3. För IKBT visar den partiella korrelationen att det, utifrån en alpha-nivå på, finns ett marginellt signifikant samband ($r = -.48, p = .007$) mellan sen allians och förändringsvärde på ensamhet. Något signifikant samband mellan sen allians och förändringsvärde på utfallsmättet UCLA LS-3 upptäcktes inte för IIPT-gruppen ($r = -.27, p = .12$).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Hur skattas allians av deltagare i psykologisk internetbehandling mot ensamhet?

Som första studie av sitt slag ämnade SOLUS 2.0 undersöka alliansens karaktär i psykologisk internetbehandling av ensamhet. Mer specifikt fanns intresse att studera om allians uppstod, om den utvecklades över tid och om någon skillnad mellan de olika behandlingsgrupperna fanns. Med anledning av det mycket begränsade forskningsfältet formulerades ingen hypotes till ovanstående frågeställning.

Uppstår allians?

Deltagarnas alliansskattning uppmättes till $M = 4.75$ ($SD = 1.30$) i vecka tre och till $M = 4.95$ ($SD = 1.18$) efter behandlingsavslut. Eftersom båda skattningarna är över svarsalternativ 4, som i formuläret översätts att allians "till viss del finns", tolkas resultatet som att allians uppstått. Något standardiserat värde för när alliansen anses vara "tillräckligt bra" finns inte, såvitt författarna vet. Däremot finns det forskare som dragit en gräns för vad de anser är stark allians (t.ex. Hadjistavropoulos et al., 2017; Klein et al., 2010). Stark allians tolkar Hadjistavropoulos et al. (2017) och Klein et al. (2010) har uppstått när medelvärdet på WAI-S mäter över 80% av vad som är möjligt, det vill säga $M > 5.6$. Utifrån deras gränsvärden har således inte en stark allians skapats i denna studie. Det finns anledning att vara kritisk till att jämföra olika alliansskattningar menar författarna. Detta för att det är troligt att individuella, kulturella och kontextuella faktorer har stor inverkan på skattningen och att en viss poäng kan innebära skilda saker för två olika människor. Att uttala sig om vilken grupp som har "bäst" allians blir således problematiskt. Eftersom allians i andra studier visats kunna predicera utfall finns det dock skäl att förstå denna population bättre och med det också vilka eventuella faktorer som kan ha påverkat deras alliansskattning, varför författarna väljer att med försiktighet jämföra aktuell alliansskattning.

Varför denna studies deltagare upplevde sämre allians har inte undersökts närmare, men går att hypotisera kring. Eftersom allians mäter samspelet mellan behandlare och deltagare är det rimligt att både behandlare och deltagare påverkar utvecklandet av allians (Flückiger et al., 2018). Både behandlar- och deltagarfaktorer som kan ha påverkat alliansen i denna studie kommer därför att diskuteras nedan.

Behandlares inverkan på utvecklandet av allians i internetbehandling har studerats av Hadjistavropoulos et al. (2017), vars studie indikerar att terapeuterfarenhet

samt antal skickade meddelanden och telefonsamtal modererar allians i internetbehandling. Behandlarna i aktuell studie var psykologstudenter med begränsad klinisk erfarenhet, vilket alltså kan ha påverkat alliansen i negativ riktning. De studier vars alliansskattningar i denna uppsats använts som jämförelsevärde har dock alla haft behandlare med liknande erfarenhet som i aktuell studie, det vill säga psykologstudenter (Holmlund & Lindegaard, 2017; Liljethörn & Johansson, 2015; Vernmark, 2010). G. Andersson et al. (2012a) hade dock både psykologstudenter och mer erfarna kliniker som behandlare. Angående antal skickade meddelanden och telefonsamtal har det inte undersökts närmare i SOLUS-studien men hypotetiskt skulle det kunna vara så att alliansen blivit starkare om behandlarna skickat fler meddelanden och även ringt deltagarna emellanåt, i linje med det Hadjistavropoulos et al. (2017) studie antyder.

Angående deltagares inverkan på allians har anknytningsmönster (Bernecker et al., 2014; Mallinckrodt & Jeong, 2015), socialt stöd (Coyne et al., 2017; Mallinckrodt, 1991; 1996) och svårighetsgrad av problematik (Flückiger et al., 2018) lyfts som tre faktorer som påverkar möjligheten att utveckla allians.

Av de deltagare som valde fokusområde i IIPIT-gruppen valde 60% fokusområdet interpersonell sårbarhet. Att ha en interpersonell sårbarhet innebär att ha svårt att utveckla eller bibehålla relationer, vilket enligt vissa framträdande forskare och kliniker inom IPT bättre conceptualiseras som att personerna har en otrygg anknytning (t.ex. Stuart, 2008). Troligt är därför att en stor del av deltagarna hade en otrygg anknytning, vilket kan ha påverkat möjligheten att utveckla allians och bidragit till den jämförelsevis svagare alliansen (Bernecker et al., 2014; Mallinckrodt & Jeong, 2015). Bilden av att aktuell deltagargrupp har svårare att skapa gott samspel med andra stärks också av reaktionen som uppstod när deltagarna ombads fylla i WAI-S vecka tre. Flera deltagare hörde då av sig till sina behandlare och uppgav att de inte kunde fylla i frågorna eftersom de inte upplevde att någon kontakt etablerats än. Att administrera WAI-S vecka tre är standard (Wampold, 2015) och reaktionen tyder därför på att personer som lider av ensamhet har svårare eller eventuellt behöver mer tid på sig för att skapa ett gott samspel med andra, jämfört med andra kliniska grupper.

Socialt stöd lyfts också i litteraturen som en viktig faktor för möjligheten att utveckla allians. (Coyne et al., 2017; Mallinckrodt, 1991; 1996). Patienter som upplever sig ha ett socialt nätverk de kan lita på och får stöd av har visats leda till bättre skattad allians (Mallinckrodt, 1991; 1996). I egenskap av behandlare observerade författarna att en stor del av deltagarna i rådande studie saknade eller hade begränsat socialt stöd. Exempelvis var det flera som uppgav att de saknade någon att prata med om sitt mående, någon som kunde hjälpa dem med olika

övningar i programmet eller någon att över huvud taget umgås med. Att deltagarna kände sig ensamma och således upplevde en brist i sina relationer går också i linje med att flera troligen hade ett begränsat socialt stöd, vilken alltså enligt tidigare forskning kan ha påverkat hur de upplevde alliansen till behandlare i aktuell studie. Viktigt att lyfta är dock att det också fanns flera deltagare som upplevde sig ha socialt stöd men som ändå kände sig ensamma. Kopplingen mellan socialt stöd och allians har i en senare studie av Coyne et al. (2017) visats vara mer komplicerad än vad som tidigare antagits. Coyne et al., (2017) upptäckte nämligen en interaktionseffekt mellan otrygg anknytning och socialt stöd, där personer med otrygg anknytning och sämre socialt stöd skattade bättre allians i jämförelse med dem som hade en otrygg anknytning och ett gott socialt stöd. Eftersom varken anknytningsstil eller socialt stöd undersökts närmare i denna studie kan inte mer avancerade slutsatser kring detta dras mer än att det finns stöd för att både anknytningsstil och socialt stöd påverkar upplevd allians samt att det finns indikationer för att aktuell deltagargrupp i stor utsträckning hade en otrygg anknytning samt hade bristande socialt stöd.

En tredje faktor som visats påverka skattad allians är svårighetsnivå av problematik (Flückiger et al. 2018). Ensamhet har i stor utsträckning kopplats ihop med annan psykisk och fysisk ohälsa (Heinrich & Gullone, 2006), vilket alltså skulle kunna vara en förklaring till varför aktuell deltagargrupp skattat lägre allians än jämförande kliniska grupper. Insamlade data indikerar att rådande deltagargrupp är mycket heterogen vad gäller svårighetsgrad på problematik. Exempelvis skattade vissa högt på UCLA LS-3 vid förmätningen, hade en stor samsjuklighet och svåra komorbida tillstånd, såsom antisocial personlighetsstörning, bipolaritet typ I eller svår depression, medan andra skattade betydligt lägre på UCLA LS-3 och saknade helt samsjuklighet. Med tanke på att denna information inte undersökts närmare eller ställts i relation till de jämförande studierna bör denna möjliga förklaring tolkas med försiktighet.

Sammanfattningsvis tolkas resultatet av deltagarskattad allians som att allians uppstått, men att den är sämre än i jämförande internetbehandlingar med deltagare som behandlats för depression och social ångest. Vad det beror på går endast att hypotisera kring, men behandlarfaktorer som erfarenhet och antal skickade meddelanden samt deltagarfaktorer som anknytningsmönster, socialt stöd och svår problematik kan ha påverkat. Då någon känd alliansforskning inte tidigare gjorts på föreliggande kliniska grupp är fyndet av särskilt intresse.

Skillnad mellan grupperna

Någon signifikant skillnad i tidigt skattad allians mellan IKBT och IIPT upptäcktes inte ($t(70) = 0.35$, $p = .70$). Resultatet tolkas som att deltagarna,

oberoende av terapiform (IKBT eller IIPT), utvecklade lika god allians i vecka tre till sin behandlare. Tidigare forskning som jämfört alliansen i traditionell KBT och IPT för depression är begränsad men visar på olika resultat. Medan Constantino et al. (2005), i motsats till föreliggande studie, hittar en skillnad där KBT-deltagarna skattar högre allians än IPT-deltagarna, påträffar inte Willemse och Trijsburs (2005) någon sådan skillnad.

Att ingen skillnad återfanns i aktuell studie indikerar att typ av behandlarstöd och textmaterial i modulerna inte påverkade alliansskattningen. Det var nämligen främst de två faktorerna som skilde sig mellan de två grupperna. Tidigare har diskuterats hur deltagare och behandlare påverkar alliansutvecklingen (Flückiger et al., 2018), men i denna studie finns goda skäl att tro att deltagare och behandlare i de två behandlargrupperna hade lika goda förutsättningar för att skapa allians. Angående deltagarna fanns nämligen inga signifikanta initiala skillnader på gruppnivå, gällande varken kliniska eller demografiska faktorer, och beträffande behandlarna var det samma personer som var behandlare i både IKBT och IIPT. Sammantaget verkar det således ha uppstått lika god allians i både IKBT och IIPT, trots att det var skillnad i typ av behandlarstöd och hur problematiken presenterades, förklarades och behandlades.

Allians över tid

De statistiska analyserna visade en marginellt signifikant huvudeffekt vad gäller tid på alliansskattningen ($F(1, 56) = 3.97, p = .051$). Trots att något statistiskt säkerställt samband inte hittades tolkas resultatet som att alliansen tenderade att bli starkare under behandlingens gång. Studeras den deskriptiva statistiken har medelvärdet på den skattade alliansen ökat med 0.2 enheter på den sjugradiga skalan. Resultatet går i linje med Barber et al. (2014) som gjort forskning på allians i traditionell behandling. Barber et al. (2014) menar att det finns indikationer på att alliansen, efter att den i ett tidigt skede i behandlingen skapats, hålls relativt stabil men tenderar att öka något över tid. På alliansens utveckling i internetbehandling finns mycket begränsad forskning men Bergman Nordgren et al. (2013) samt Knaevelsrud och Maercker (2007) konstaterar båda i sin forskning på olika ångesttillstånd att alliansen kan förbättras över tid.

Någon interaktionseffekt mellan tid och behandlingsgrupp återfanns inte i föreliggande studie ($F(1,56) = 0.01, p = .92$). Detta tolkas som att allians över tid utvecklas på liknande sätt i både IKBT- och IIPT-gruppen, vilket i det här fallet innebär att det finns viss indikation på att den blir bättre över tid i båda grupperna. Till författarnas kännedom finns ingen tidigare forskning som jämfört alliansutvecklingen mellan KBT och IPT i internetbehandling, varför resultatet inte kan jämföras med andra studier.

För att besvara frågeställningen hur allians skattas av deltagare i internetbehandling mot ensamhet diskuteras huruvida allians över huvud taget uppstår, om den skiljer sig mellan de två behandlingsgrupperna samt om den utvecklas över tid. Författarna argumenterar för att allians uppstår, även om den inte skattas lika högt som i andra kliniska grupper, vilket eventuellt skulle kunna bero på specifika faktorer kopplade till just ensamhetsproblematiken. Någon skillnad mellan de olika behandlingsgrupperna (IKBT och IIPT) återfinns inte. Över tid tenderar alliansen att öka även om något statistiskt säkerställt samband inte upptäcks.

Kan deltagares upplevelse av allians predicera förändring på utfallsmåttet UCLA LS-3?

SOLUS 2.0 syftade också till att studera alliansens betydelse i internetadministrerad psykologisk behandling av ensamhet. Närmare bestämt önskade studien undersöka om deltagarskattad allians kan predicera behandlingsutfallet mätt med UCLA LS-3. Någon hypotes formulerades inte heller till denna frågeställning då ingen tidigare forskning gjorts i frågan.

Deltagarnas upplevelse av allians mätt i behandlingsvecka tre visade sig inte korrelera signifikant med förändringsvärdet på UCLA LS-3, varken när behandlingsgruppen studerades i sin helhet ($r = -.25, p = .06$), eller delades upp i IKBT-gruppen ($r = -.32, p = .10$) och IIPT-gruppen ($r = -.14, p = .43$). Samspelet mellan deltagare och behandlare tolkas således inte ha bidragit till förändringen av upplevd ensamhet och allians ses inte som en prediktor för behandlingsutfallet.

Tidigare forskning inom internetterapi visar på varierat resultat. Likt föreliggande studie har G. Andersson et al. (2012c), Paxling et al. (2011) och Vernmark et al. (2010) inte hittat något samband mellan tidig allians och behandlingsutfall, medan andra såsom Bergman Nordgren et al. (2013), E. Andersson et al. (2012) och Hedman et al. (2015) har hittat ett samband. Berger (2015) menar att det brukar finnas en positiv trend mellan allians och utfall även i de studier som inte hittat något signifikant samband. En sådan trend är svår att uttala sig om i denna studie då sambandet är svagt och inte signifikant. Jämfört med forskning på sedvanlig behandling går resultatet emot majoriteten av de studier som tidigare gjorts (Flückiger et al., 2012; 2015; 2018; Horvath et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Det finns till och med dem som hävdar att allians förklarar så mycket som 7% av behandlingsutfallet (Horvath et al., 2018) samt att det skulle vara en av de mest inflytelserika prediktorerna (Flückiger et al., 2015), vilket alltså denna studies resultat strider mot.

Inom ramen för frågeställningen undersöktes även hur allians skattad efter behandlingsavslut korrelerade med förändringsvärdet på UCLA LS-3. Studerades hela behandlingsgruppen i sin helhet upptäcktes ett signifikant moderat samband

mellan sen allians och behandlingsutfall ($r = -.40$, $p = .001$). Således fanns ett statistisk säkerställt samband mellan att efter behandlingsavslut uppleva starkare allians och mindre ensamhet än innan behandlingen. Att uttala sig om kausalitet i detta samband går däremot inte och tolkning bör göras med försiktighet.

När de två behandlingsgrupperna undersöktes var för sig bekräftades en signifikant korrelation i IKBT-gruppen ($r = -.48$, $p = .007$), men inte i IIPT-gruppen ($r = -.27$, $p = .12$). Resultatet indikerar att behandlingsform påverkar sambandet mellan allians och symtomförbättring. Deltagare som fått en symtomförbättring efter IKBT verkar i högre grad också skatta högre allians, i jämförelse med personer som fått en symtomförbättring efter IIPT. En studie gjord på traditionell KBT- och IPT-behandling för depression fick liknande resultat, att allians i slutet av behandling i högre grad associerades med symtomförbättring i KBT än i IPT (Carter et al., 2015). Hur det kommer sig att det finns en skillnad mellan de två grupperna, och att det enbart är i IKBT-gruppen ett signifikant samband mellan sen allians och behandlingsutfall återfinns har inte studerats närmare.

En förklaring skulle dock kunna vara att en av de tre processer som gynnar arbetsalliansen - gemensamma mål (Bordin, 1979) - får större utrymme i IKBT. Deltagarna får i IKBT-programmet ägna en hel modul till att skapa mål, mål som de sedan påminns om löpande genom hela behandlingen både i modulerna och av sina behandlare. Även i IIPT-programmet arbetas det med mål men inte i lika stor utsträckning och på samma tydliga sätt, vilket kan förklara varför en inte en signifikant korrelation återfinns i den gruppen.

Sammanfattningsvis finner inte SOLUS 2.0 stöd för att allians kan predicera behandlingsutfall i internetbehandling mot oönskad ensamhet, varken för IKBT- eller IIPT-gruppen. En moderat korrelation mellan allians skattad efter behandlingsavslut och förändringsvärde på UCLA LS-3 upptäcks i IKBT-gruppen.

Metoddiskussion

Mätmetoder

Hur data samlas in, vilka mätinstrument som väljs och hur instrument tilldelades är tre viktiga metodologiska faktorer att ta hänsyn till vid tolkning av resultat. Data har i föreliggande studie huvudsakligen samlats in via självskattningsformulär vilket generellt, i relation till att kliniker verbalt ställer frågor som patienten svarar på, ökar risken för misstolkade resultat (Cuijpers, Li, Hofmann och Andersson, 2010). Att föreliggande studie totalt sett valt att tilldela ett stort antal självskattningsformulär, tilldela flera av dem samtidigt och dessutom vissa av dem tilldelas vid ett flertal tillfällen (t.ex. UCLA LS-3 och WAI-S) går att kritisera. Hur administreringen av instrumenten genomförts kan

nämligen ha påverkat dess förmåga att fånga deltagarnas faktiska upplevelse och symtombild (Clark-Carter, 2009). Potentiellt kan det ha lett till att deltagarna fyllt i de första instrumenten mer noggrant än de senare, besvarat frågorna slentrianmässigt för att hinna igenom alla formulär, utvecklat en negativ inställning inför att svara på formulären eller att deltagarnas svar påverkats av det tidigare ifyllda formuläret (halo-effekten).

Ensamhetsmått - förändringsvärde på UCLA LS-3

Som utfallsmått användes deltagarnas skattade förändringsvärde på valt ensamhetsmått, UCLA LS-3. UCLA LS-3 valdes både på grund av sina goda psykometriska egenskaper och för att instrumentet möjliggör upplevelse- och symtomskattning, utan att explicit stämpla det som ensamhet eller som en viss typ av ensamhet (Mund et al., In press). Med det som bakgrund anser författarna, likt Mund et al. (In press) att UCLA LS-3 för närvarande är ett av de bäst lämpade och tillgängliga instrumenten för att mäta ensamhet.

Emellertid har instrumentet vissa begränsningar. Då UCLA LS-3 mäter ensamhet som ett endimensionellt konstrukt, trots att det inte i forskning är fastställt, har flera forskare kritiserat instrumentet på grund av sin oförmåga att skilja på olika ensamhetstyper (Mund et al., In press). I SOLUS 2.0 har även kritik mot instrumentet lyfts av deltagarna. Flera har kommenterat att de upplever att måttet varken fångar deras aktuella eller förändrade känsla av ensamhet på ett bra sätt. Mer specifikt har de beskrivit att de saknat flera skattningsalternativ och önskat att det funnits något mer alternativ mellan "ibland" och "alltid". Deltagarkritiken belyser att instrumentet inte är utvecklat för att mäta förändring, vilket är användningsområdet i föreliggande studie. Att göra bedömning och dra slutsatser utifrån UCLA LS-2 har även försvåras av det faktum att instrumentet saknar "cut-off"-nivåer.

Alliansmått - WAI-S

För att mäta deltagarnas upplevda allians valdes självskattningsformuläret WAI-S, ett mått som både användes för att mäta allians generellt i internetbehandling och för att undersöka allians prediktiva värde för behandlingsutfall. Valet av instrumentet grundades dels i de väletablerat goda psykometriska egenskaper formuläret visats ha (Busseri och Tyler, 2003) och dels i att instrumentet visats ha en högre prediktiv validitet för behandlingsutfall, jämfört med andra självskattningsmått för allians, (Hansson et al., 2002; Horvath & Greenberg, 1989).

Även om WAI har god reliabilitet och validitet för alliansmätning i sedvanlig behandling (Horvath & Greenberg, 1989), som också visats vara jämförbara med WAI-S (Hansson et al., 2002), har de psykometriska egenskaperna inte testats, till författarnas kännedom, i internetbehandling. Utifrån att flera studier visar att

psykometriska egenskaper för internetförmedlade formulär såsom WAI-S förblir oförändrade i jämförelse med formulär förmedlade via papper och penna (Carlbring et al., 2007; Dias, Maroco & Campos, 2015) kan de antas vara intakta. Däremot gjordes aktuell studie vissa ändringar i formulärets formuleringar, vilket potentiellt kan ha påverkat instrumentets reliabilitet och validitet. Det går alltså inte att med fullständig säkerhet veta om aktuell form av WAI-S mäter det konstrukt det avser att mäta.

Hur och när allians bör mätas är omtvistat då vald tidpunkt kan påverka WAI-S validitet (Falkenström, Ekeblad, & Holmqvist, 2016). Wampold (2015) beskriver att standard är att administrera formuläret i vecka tre eller fyra, vilket också föreliggande studie gjorde. Deltagare och behandlare antas då etablerat kontakt samtidigt som relationen ännu inte påverkats av symtomförbättring. Att endast mäta allians, oavsett orsak, tidigt i behandlingen har kritiserats av flera forskare (Barber et al., 2014; Falkenström et al., 2016). Barber et al. (2014) förklarar det utifrån att allians har en dynamisk natur och kan förändras under behandlingens gång. Att enbart undersöka hur exempelvis tidig allians predicerar behandlingsutfall leder således till en risk att missa viktiga fynd kring senare utvecklad allians. Utifrån det motiveras att aktuell studie mätt både tidig och sen allians.

Intern validitet

Studiens interna validitet, det vill säga studiens möjlighet att utifrån valda analysmetoder dra tillförlitliga och kausala slutsatser (Clark-Carter, 2009; Shadish, Cook & Campbell, 2002), diskuteras nedan utifrån vald studiedesign och analys, samt hantering av bortfall.

Design och analyser

Studien tillämpade en randomiserad design med en explorativ ansats. Att deltagarna slumpvis tilldelas antingen IKBT eller IIPT bidrar till ökad intern validitet. Likaså att det inte fanns några signifikant initiala skillnader mellan grupperna, varken gällande demografiska faktorer eller kliniska faktorer ($p > .07$ för samtliga variabler). Variablerna som kontrollerades för var exempelvis ålder, kön, civilstånd, boendeform, sysselsättning, högst avklarade utbildningsnivå, pågående diagnoser enligt MINI 7.0.0 samt ensamhetsmättet.

Att studien hade en explorativ ansats utan några riktade hypoteser begränsar däremot den interna validiteten menar Steketee och Chambless (1992). Steketee och Chambless (1992) förklarar att risken för missvisande resultat ökar när data utan riktade hypoteser undersöks och när hypoteser görs i efterhand. Emellertid kräver riktade hypoteser omfattande forskningsunderlag (Field, 2018), vilket inte finns inom valt studieområde. En explorativ ansats beskrivs även av Steketee och Chambless (1992) vara berättigad när forskningsunderlag saknas, vilket anses

vara fallet för föreliggande frågeställning som är den första att undersöka allians i internetbehandling för ensamhet. Vidare ställer sig Steketee och Chambless (1992) framför allt kritiska mot studier som explorativt undersöker flera prediktorer samtidigt, då det ökar risken att begå typ 1-fel. Typ 1-fel beskrivs av Field (2018) som risken att förkasta nollhypotesen då denna egentligen är sann. Då föreliggande studie valt att endast undersöka en prediktor, undviks den nämnda risken.

För analyser innehållandes ensamhetsmättet, användes förändringsvärdet på UCLA LS-3, vilket beräknades genom att deltagarnas eftermätning subtraheras med deras förmätning. Alternativ beräkning hade kunnat vara residual gain score som har visat ha jämlik power och risk för att begå typ 1-fel som förändringsvärde (Jenning och Cribbie, 2016) inom en randomiserad design likt föreliggande studie. Residual gain scores ha beskrivits framförallt vara fördelaktig dels när deltagarna skattat samma formulär flera gånger och dels när grupperna i initialt signifikant skiljs åt (Jenning och Cribbie, 2016). Förändringsvärde valdes för att residual gain score, i jämförelse med förändringsvärde inom en randomiserad design, visats ha aningen högre bias av resultatet (Jenning och Cribbie, 2016), att grupperna initialt (även när deltagare som inte skattat allians jämfördes gällande initialt skattad ensamhet) inte signifikant skilde sig åt, samt att residual gain score kan vara svårtolkat. Däremot residual gain score har fördelen att de kontrollerar för exempelvis mätfel på utfallsmättet utifrån upprepade inom-individskattningar och individens relativa förändringsvärde jämfört med andra på samma initiala nivå. Därmed genomfördes beräkning av residual gain score också, för att jämföra resultaten. Inga större skillnader av resultat mellan dessa två mätmetoder hittades.

Analyserna som undersökte studiens frågeställningar var bland annat korrelationsanalyser. Utifrån det begränsade forskningsläget betraktades korrelationsanalyser som ett lämpligt första steg att undersöka om det överhuvudtaget fanns en samvariation mellan allians- och utfallsmättet. Vid signifikanta samband planerades att utföra mer avancerade statistiska tester för att också undersöka hur sambandet såg ut. Då sambandet mellan vald prediktor, tidig allians, och utfallsmättet, inte var signifikant, genomfördes inte mer avancerade analyser. Vid analys av sent skattad allians och utfallsmättet kontrollerade den partiella korrelationen för inom individ-effekter (tidig allians). Däremot skulle en förbättring vara att, i högre grad, kontrollerat för bakomliggande faktorer som hittas i tidigare forskning samt ändra designen för att kunna dra slutsatser kring sambandets kausalitet, vilket fortsatt diskuteras nedan.

Kausalitet och underliggande variabler

Föreliggande studie kan utifrån vald design, inte uttala sig om hur sambandet ser ut mellan allians och utfall, det vill säga sambandets riktning. För att bättre kunna uttala sig om alliansens karaktär och sambandets riktning skulle allians och

ensamhetssymtom kunnat mätas efter varje session. Det alternativa tillvägagångssättet styrks bland annat av Falkenström, Ekeblad, & Holmqvist (2016) som visar att allians under en viss session prediceras symptomförbättring i efterföljande session, även om det nödvändigtvis inte predicerar behandlingsutfallet. Utifrån att föreliggande uppsats, är en del av ett större projekt innehållande fler frågeställningar och därmed fler mätinstrument valdes detta tillvägagångssätt bort. Framst för att mäta session till session ansågs vara alltför påfrestande för deltagarna, vilket till exempel skulle ökat risken för att deltagarnas upplevelse inte fångas av instrumentet samt fler avhopp. En mellanvägskulle ha varit att mäta allians vecka tre, i mitten av behandlingen och efter behandlingen.

Gällande faktorer som potentiellt skulle kunna störa alliansutvecklingen finns mycket litet forskning gjord. Hadjistavropoulos et al. (2017) antyder att antal meddelande och terapeutfarenhet kan moderera allians i internetbehandling varför SOLUS 2.0 interna validitet hade förbättrats om den kontrollerat för dessa två faktorer. Hadjistavropoulos et al. (2017) fann dock ingen signifikant korrelation mellan de modererande faktorerna och behandlingsutfall, vilket indikerar att de inte skulle ha påverkat utfallet i föreliggande studie heller.

Bortfall och stickprovsstorlek

Bortfall hanterades utifrån Complete Case Analysis (CC), vilket kan ses som en av studiens främsta begränsningar gällande intern validitet. Att använda CC bidrog nämligen till ett relativt stort bortfall. Procentuell andel av bortfall varierade beroende på vilket test som utfördes. Bortfallet varierade för hela behandlingsgruppen från 22 % till 34 %, för IGBT från 26 % till 41 % och för IIPT 17 % till 26 %. IGBT hade störst andel bortfall (41 %) i test som undersökte tidig allians och utfall. Bortfallet ledde både till saknade värden, skillnader mellan grupper och minskad stickprovsstorlek - faktorer som minskade studiens statistiska power (Field, 2018). Låg statistisk power ökar osäkerheten vid tolkning av exempelvis måttliga samband utan statistisk signifikans (Field, 2018). Det minskade stickprovet och minskade power, minskade också studiens möjlighet att uttala sig om skillnader mellan grupperna, IGBT och IIPT. Utöver det riskerar studien att förbise systematiska bortfall. Hypotetiskt kan det vara så att deltagare som inte upplevde, alternativt upplevde svag, allians lät bli att fylla i WAI-S, vilket i så fall är ett systematiskt bortfall som inte tagits hänsyn till. En annan hypotes kring systematiskt bortfall går i linje med Melvilles et al. (2010) resultat som visade att deltagare med låg symtomgrad i högre grad tenderar att hoppa av behandlingsstudier. Resultat kring initiala skillnader visar att det inte finns någon signifikant skillnad mellan grupperna men däremot att IGBT-gruppen skattade något lägre på ensamhetssymtom, social- och generaliserad ångest, vilket kan ha påverkat avhopp i KBT-gruppen och möjlighet att dra slutsatser från resultat som jämför grupperna.

Ett alternativt sätt att hantera bortfall hade varit att använda sig av exempelvis 'last observation carried forward'. CC valdes för att Salim et al. (201) beskriver att de alternativa metoder riskerar att leda till ännu större grad av missvisande resultat.

Extern validitet

Extern validitet syftar till studiens förmåga att generaliseras till andra sammanhang (Clark-Carter, 2009). För att kunna generalisera resultaten, är det viktigt att undersöka till vilken grad stickprovet i SOLUS 2.0 representerar den ensamma populationen. I jämförelse med forskning som undersökt prevalens och demografi för ensamhet, stämmer studiens stickprov överens med populationen gällande ålder, samsjuklighet och svårighetsgrad. Stickprovet visar nämligen att ensamhet upplevs i alla åldrar, både kan förekomma med komorbida psykiatriska tillstånd och inte samt upplevs i varierande svårighetsgrad. Däremot innehåller studiens stickprov en högre andel personer med högskoleutbildning eller universitetsutbildning (65.6 %) än vad som är uppmätt i en svensk population (25 %) av Statistiska Centralbyrån (2015), vilket indikerar en skillnad från den svenska ensamma populationen. En skillnad som också är i linje med övriga studier på internetbehandling (Titov, Andrews, Kemp & Robinsons, 2010). I internetbehandling brukar det nämligen finnas en överrepresentation av personer med högre utbildningsnivå (Titov et al., 2010). Det fanns även en överrepresentation av kvinnor i stickprovet, där kvinnor utgjorde 74.1 % och män 25.9 %. En könsfördelning som är betydligt mer ojämn än siffror insamlade av Statistiska Centralbyrån (2015), där 16% kvinnor och 11 % män uppgav att de känt sig ensamma under de senaste två veckorna. Vidare ledde SOLUS 2.0 inklusionskriterier, såsom att deltagaren behövde vara över 18 år, inte ha pågående missbruk och behärska det svenska språket, till exklusion av sex personer. Således finns indikationer på att stickprovet skiljer sig från den naturliga spridningen i populationen, gällande kön och utbildningsnivå, och därmed är en aning snedfördelad.

Vad snedfördelningen beror på är dock oklart. Förklaringar kan vara kopplade till rekryteringsprocessen. Till exempel kan de valda rekryteringskanaler ha påverkat vilka deltagare som sökte sig till studien. Gällande överrepresentation av kvinnor i studien, kan en möjlig förklaring vara att kvinnor i högre grad är benägna att söka hjälp för psykisk ohälsa än män (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2018). Vidare kan en möjlig förklaring vara att det är skamligt att söka hjälp eller berätta om just tillståndet ensamhet. Mund et al., (In press) beskrivet att ensamhet av samhället kan betraktas som ett icke social önskvärt tillstånd (Mund et al., In press). Flera deltagare har beskrivit att det kan kännas skamligt att berätta att man är ensam, vilket likväl kan ha påverkat vilka som sökte sig till studien och inte.

Behandlare

En metodologisk begränsning särskilt relevant att beakta vid undersökning av allians är studiens behandlare. Behandlarna har inte samma kliniska erfarenhet som legitimerade psykologer vilket kan tänkas påverka studiens generaliserbarhet. Vidare har behandlarna framförallt tidigare erfarenhet av KBT, vilket kan ha varit till fördel för KBT-gruppen före IPT-gruppen. Däremot att behandlarnas deltagare var både i IKBT och IIPT styrker behandlingens interna validitet.

Framtida forskning

Intresset för hur ensamhet kan behandlas har ökat men forskningsområdet är skralt och i behov av fler studier med god design. Med tanke på att känslan av ensamhet minskar när glappet mellan faktiska och önskade relationer minskar, fanns ett intresse att utforska hur deltagarna upplevde samspelet - alliansen - till sina behandlare, samt studera hur alliansen påverkade behandlingsutfallet. Föreliggande studie är den första i sitt slag och vidare kartläggning behövs för att med större säkerhet kunna förstå alliansens betydelse i internetadministrerad psykologisk behandling av ensamhet.

Den deltagarskattade alliansen visade i SOLUS 2.0 vara förhållandevis låg, vilket är ett intressant fynd som bör undersökas närmare. Framtida forskning uppmuntras därför att närmare utforska möjligheten att skapa god allians med personer som lider av ensamhet, i såväl internetförmedlad terapi som i traditionell behandling. Inom traditionell behandling har allians visats vara en robust prediktor för behandlingsutfall för flera kliniska grupper. Det finns därför goda skäl att tro att så även är fallet för denna population, vilket motiverar fortsatt forskning trots att aktuell studie inte hittat något sådant signifikant samband. Genom att fortsätta studera alliansens betydelse för utfall finns möjlighet att upptäcka en potentiellt verksam mekanism som kan minska känslan av ensamhet, men det finns också möjlighet att upptäcka ett skensamband. Eftersom aktuell population söker hjälp på grund av en brist i rådande relationer finns en risk att relationen till behandlaren fyller patientens behov och endast kortsiktigt minskar dess känsla av ensamhet. Att vid flera tillfällen, både under och efter behandlingen, undersöka deltagarens skattade allians är därför att rekommendera. För att öka möjligheten att identifiera faktiska samband är det av stor vikt att framtida forskning bedrivs utifrån ett större stickprov som medför större power.

Då allians potentiellt inte har något prediktivt värde för symtomförbättring, som i nuläget antas, vore det intressant att också undersöka alternativa prediktorer i psykologisk internetbehandling av ensamhet. Förslag på möjliga prediktorer att undersöka är anknytningsmönster, sociala färdigheter samt hur trovärdig patienter upplever att behandlingen är. Vidare skulle det vara intressant att undersöka alliansens prediktiva värde för andra utfallsmått än symtomförändring,

exempelvis motivation, följsamhet i behandlingen och avhopp. Även om fortsatt forskning skulle visa att allians inte predicerar förändring i ensamhetssymtom, kan allians på andra sätt vara betydelsefull i psykologisk internetbehandling för personer som lider av ensamhet.

SLUTSATSER

SOLUS 2.0 är den första studien som undersökt alliansens karaktär och betydelse för internetadministrerad behandling mot oönskad ensamhet. Sammanfattningsvis indikerar resultatet av föreliggande studie att allians kan uppstå och marginellt öka över tid i internetbehandling mot oönskad ensamhet, men att det inte predicerar behandlingsutfall. Något signifikant samband mellan tidigt skattad allians återfanns varken när hela behandlingsgruppen, IKBT- eller IIPT-gruppen studerades. Emellertid upptäcks ett samband mellan sent skattad allians och behandlingsutfall i IKBT-gruppen. Sambandets riktning kan dock inte fastställas. Slutsatserna indikerar att allians inte är av betydelse för behandlingsutfall, något som delvis motsäger aktuell forskning på internetbehandling. Utifrån föreliggande resultat föreslås att allians för ensamma personer potentiellt kan vara svårare att utveckla i internetbehandling än för andra kliniska grupper. Mer forskning grundad i teori och empiri med god design och helst ett större stickprov efterfrågas.

REFERENSER

- Ainsworth, M. S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, *34*, 932–937.
- Andersson, E., Enander, J., Andrén, P., Hedman, E., Ljótsson, B., Hursti, T., ... Rück, C. (2012). Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine* *42*, 2193–2203. doi:10.1017/S0033291712000244.
- Andersson, E., Ljótsson, B., Hedman, E., Enander, J., Kaldo, V., Andersson, G., ... Rück, C. (2015). Predictors and moderators of Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive– compulsive disorder: Results from a randomized trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *4*, 1–7. doi:10.1016/j.jocrd.2014.10.003
- Andersson, G. (2016). Internet-delivered psychological treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 157-179. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006
- Andersson, G., Carlbring, P., & Furmark, T. (2012a). Therapist experience and knowledge acquisition in internet-delivered CBT for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, *7*, e37411. doi:10.1371/journal.pone.0037411
- Andersson, G., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Hedman, E. (2013). Guided internet-based CBT for common mental disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *43*(4), 223–233.
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Östman, G., Norgren, A., Almlöv, J., ... Silverberg, F. (2012b). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *81*, 344–355.
- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B., Lundborg, L., Furumark, T., Cuijpers, P., & Carlbring, P. (2012c). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 544-550.
- Andersson, G., Strömngren, T., Ström, T. & Lyttkens, L. (2002). Randomised controlled trial of Internet based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosomatic Medicine*, *64*, 810-816.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asher, S. R., & Paquette, J. A. (2003). Loneliness and peer relations in childhood. *Current Directions in Psychological Science*, *12*, 75-78. doi:10.1111/1467-8721.01233

- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 4–17. doi:10.1007/s12160-009-9130-7.
- Barber, J. P., Zilcha-Mano, S., Gallop, R., Barrett, M., McCarthy, K. S., & Dinger, U. (2014). The associations among improvement and alliance expectations, alliance during treatment, and treatment outcome for major depressive disorder. *Psychotherapy Research*, 24, 257–268.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., Lin, J. (2014). The impact of guidance in internet-based mental health interventions – a systematic review. *Internet Interventions*, 1, 205–215. doi:10.1016/j.invent.2014.08.003
- Bennett, K., Bennett, A. J., & Griffiths, K. M. (2010). Security considerations for e-mental health interventions. *Journal of Medical Internet Research*, 12, e61.
- Berger, T. (2015). The therapeutic alliance in internet interventions: a narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research*, 6, 1–14. doi:10.1080/10503307.2015.1119908
- Berger, T., Boettcher, J., Caspar, F., (2014). Internet-based guided self-help for several anxiety disorders: a randomized controlled trial comparing a tailored with a standardized disorder-specific approach. *Psychotherapy* 51, 207–219. doi:10.1037/a0032527
- Bergman Nordgren, L., Carlbring, P., Linna, E., & Andersson, G. (2013). Role of the working alliance on treatment outcome in tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: Randomized controlled pilot trial. *Journal of Medical Internet Research*, 2, e4. doi:10.2196/resprot.2292
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., ... Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17, 1-7. doi:10.1186/s12888-017-1262-x
- Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*, 24, 12–24. doi:10.1080/10503307.2013.809561
- Bjerkander, R., & Welin, C. (2019). *SOLUS 2.0: Kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi mot oönskad ensamhet - En randomiserad kontrollerad studie av internetfördelad kognitiv beteendeterapi och interpersonell psykoterapi mot ensamhet*. (Examensarbete, Linköpings universitet, Linköping).
- Boettcher, J., Åström, V., Pålsson, D., Schenström, O., Andersson, G., & Carlbring P. (2014). Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomised controlled trial. *Behaviour Therapy*, 45, 241–53. doi:10.1016/j.beth.2013.11.003

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume 2. Separation*. London: Penguin Books.
- Bordin E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252–260.
- Busseri, M., & Tyler, J. D. (2003). Interchangeability of the working alliance inventory and Working Alliance Inventory, Short form. *Psychological Assessment, 15*, 193–197.
- Cacioppo, J.T., Cacioppo, S., & Boomsma, D.I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition & Emotion, 28*, 3-21.
doi:org/10.1080/0269931.2013.837379
- Cacioppo, J. T., & Hawkley, L. C. (2009). Perceived Social Isolation and Cognition. *Trends in Cognitive Science, 13*, 447-54.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging, 25*, 453-463.
doi:10.1037/a0017216
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging, 21*, 140–151. doi:10.1037/0882-7974.21.1.140
- Cacioppo, J. T., Norris, C. J., Decety, J., Monteleone, G., & Nusbaum, H. (2009). In the eye of the beholder: Individual differences in perceived social isolation predict regional brain activation to social stimuli. *Journal of Cognitive Neuroscience, 21*, 83-92.
- Cacioppo S., Capitanio J. P., Cacioppo J. T. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin, 140*, 1464–1504.
doi:10.1037/a0037618
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Gossens, L., & Cacioppo, J.T. (2015). Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspectives on Psychological Science, 10*, 238-249.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy, 47*, 1-18.
doi:10.1080/16506073.2017.1401115
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L. G., & Andersson, G. (2007). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior, 23*, 1421-1434.
- Carter, J. D., Crowe, M. T., Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Frampton, C., & Joyce, P. R. (2015). Predictors of response to CBT and IPT for

- depression; the contribution of therapy process. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 72–79. doi:10.1016/j.brat.2015.09.003
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., ... Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568- 578. doi:10.1037/0022-006X.74.3.568
- Clark-Carter, D. (2009). *Quantitative psychological research: the complete student's companion*, [Elektronisk resurs] (3:e uppl.) Hove, East Sussex: Psychology Press
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Red.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. (s. 69-93). New York, NY: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale : L. Erlbaum Associates, 1988.
- Constantino, M. J., Arnou, B. A., Blasey, C., & Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 203–211. doi:10.1037/0022-006X.73.2.203
- Coyne, A. E., Constantino, M. J., Ravitz, P., & McBride, C. (2017). The interactive effect of patient attachment and social support on early alliance quality in interpersonal psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28, 46 –59. doi:10.1037/int0000074
- Cuijpers, P., Donker, T., Weissman, M. M., Ravitz, P., & Cristea, I. A. (2016). Interpersonal psychotherapy for mental health problems: A comprehensive meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 173, 680–687. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15091141
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168, 582-592. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10101411
- Cuijpers, P., Li, J., Hofmann, S. G., & Andersson, G. (2010). Self-reported versus clinician-rated symptoms of depression as outcome measures in psychotherapy research on depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 768-778.
- Dagö, J., Asplund, R. P., Bsenko, H. A., Hjerling, S., Holmberg, A., Westh, S., ... Andersson, G. (2014). Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder delivered via smartphone and

- computer: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 410–417. doi:10.1016/j.janxdis.2014.02.003
- De Bolle, M., Johnson, J. G., & De Fruyt, F. (2010). Patient and clinician perceptions of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 378–385.
- Dahlberg, L., Agahi, N., & Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 96–103.
- De Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 119–128.
- Dias, J. C. R., Maroco, J., & Campos, J. A. D. B. (2015). Weight concerns scale applied to college students: comparison between pencil-and-paper and online formats. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 18, 188–192.
- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., ... Griffiths, K. M. (2013). Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: Randomized controlled noninferiority trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15, 146–161. doi:10.2196/jmir.2307
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going?. *Psychotherapy Research*, 26, 146–163.
- Dykstra, P. A., & Fokkema, T. (2007). Social and emotional loneliness among divorced and married men and women: Comparing the deficit and cognitive perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29, 1–12. doi:10.1080/01973530701330843
- Egeland, B., & Carlson, E. A. (2004). Attachment and psychopathology. I L. Atkinson & S. Goldberg (Red.), *Attachment Issues in Psychopathology and Intervention* (s. 27–48). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Field, A.P. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. (5. uppl.) London: Sage Publications.
- Fischer, C. S., & Phillips, S. L. (1982). Who is alone? Social characteristics of people with small networks. I L. A. Peplau & D. Perlman (Red.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (s. 21–39). New York: Wiley.
- Flückiger, C., Del, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55, 316–340. doi:10.1037/pst0000172
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10–17.

- Flückiger, C., Grosse Holtforth, M., Znoj, H. J., Caspar, F., & Wampold, B. E. (2013). Is the relation between early post-session reports and treatment outcome an epiphenomenon of intake distress and early response? A multi-predictor analysis in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research, 23*, 1–13. doi:10.1080/10503307.2012.693773
- Flückiger, C., Horvath, A. O., Del Re, A. C., Symonds, D., & Holzer, C. (2015). Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie: Übersicht aktueller Metaanalysen [Importance of working alliance in psychotherapy. Overview of current meta-analyses]. *Psychotherapeut, 60*, 187-192.
- Fried, E. I., Bockting, C., Arjadi, R., Borsboom, D., Amshoff, M., Cramer, A. O. J., ... Stroebe, M. (2015). From loss to loneliness: The relationship between bereavement and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 124*, 256–265.
- Goodman, C., & Frey, R. J. (2018). *Feeling better: Beat Depression and improve your relationships with Interpersonal Psychotherapy*. Novato: New World Library.
- Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S. & Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 50*, 323–340.
- Green, L. R., Richardson, D. S., Lago, T., & Schatten-Jones, E. C. (2001). Network correlates of social and emotional loneliness in young and older adults. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 281–288. doi:10.1177/0146167201273002
- Goossens, L., Van Roekel, E., Verhagen, M., Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Maes, M., & Boomsma, D. I. (2015). The genetics of loneliness linking evolutionary theory to genome-wide genetics, epigenetics, and social science. *Perspectives on Psychological Science, 10*, 213-226.
- Hackett, R. A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L., & Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology, 37*, 1801-1809.
- Hadjistavropoulos, H. D., Pugh, N. E., Hesser, H., & Andersson, G. (2017). Therapeutic alliance in internet-delivered cognitive behaviour therapy for depression or generalized anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 24*, 451–461. doi:10.1002/cpp.2014
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 155–163.
- Hansson, W. E., Curry, K. T., & Bandalos, D. L. (2002). Reliability generalization of working alliance inventory scale scores. *Educational and Psychological Measurement, 62*, 659–673.

- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S.H.B., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *17*, 25–32.
- Hawkey, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle- aged and older adults. *Psychology and Aging*, *25*, 132-141.
- Hedman, E., Andersson, E., Lekander, M., & Ljotsson, B. (2015). Predictors in Internet-delivered cognitive behavior therapy and behavioral stress management for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *64*, 49–55. doi:10.1016/j.brat.2014.11.009
- Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling - Evidens, indikation och praktiskt genomförande*. Stockholm: Natur och Kultur
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, *26*, 695-718. doi:10.1016/j.cpr.2006.04.002
- Heins, M.J., Knoop, H., Prins, J.B., Stulemeijer, M., van der Meer, J.W.M., & Bleijenberg, G. (2010). Possible detrimental effects of cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome. *Psychotherapy & Psychosomatics*, *79*, 249–256.
- Hendriksen, M., Peen, J., Van, R., Barber, J. P., & Dekker, J. (2014). Is the alliance always a predictor of change in psychotherapy for depression?. *Psychotherapy Research*, *24*, 160–170.
- Herbst, N., Voderholzer, U., Thiel, N., Schaub, R., Knaevelsrud, C., Stracke, S., ... Külz, A.K. (2014). No talking, just writing! Efficacy of an internet-based cognitive behavioral therapy with exposure and response prevention in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *83*, 165–175. doi:10.1159/000357570
- Holmlund, J., & Lindegaard, J. (2017). *UNG: Allians i vägled d iKBT för ungdomar med depression och samsjuklighet - en prediktionsstudie* (Examensuppsats, Linköpings universitet, Linköping).
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, *10*, 227-237.
- Hopps, S. L., Boisvert, J., & Pepin, M. (2003). The effectiveness of the cognitive-behavioral group therapy for loneliness via inter-relay-chat among people with physical disabilities. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *40*, 136-147. doi:10.130/0033-3204.40.1/1.136
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*, 9–16.

- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*, 223–233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*, 139–149.
- Jasper, K., Weise, C., Conrad, I., Andersson, G., Hiller, W., & Kleinstauber, M. (2014). Internet-based guided self-help versus group cognitive behavioral therapy for chronic tinnitus: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *83*, 234–246. doi:10.1159/000360705
- Jennings, M. A., & Cribbie, R. A. (2016). Comparing pre-post change across groups: guidelines for choosing between difference scores, ANCOVA, and residual change scores. *Journal of Data Science*, *14*, 205–229.
- Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review in Neurotherapeutics*, *12*, 861–869 quiz 870. doi:10.1586/ern.12.63
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Petitt, E., ... Andersson, G. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: A randomised controlled trial. *PLoS ONE*, *7*, e38021.
- Jones, W. H. (1982). Loneliness and social behavior. I L. A. Peplau & D. Perlman (Red.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (s. 238–252). New York: Wiley
- Jägholm, S. & Käll, A. (2016). *SOLUS: Kognitiv beteendeterapi mot ensamhet - En randomiserad kontrollerad studie om internetadministrerad behandling mot önskad ensamhet*. (Examensuppsats, Linköpings universitet, Linköping).
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *31*–27.
- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., & Ciechowski, 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. doi:10.1016/j.janxdis.2008.01.008
- Klein, B., Mitchell, J., Abbott, J., Shandley, K., Austin, D., Gilson, K., Redman, T. (2010). A therapist-assisted cognitive behavior therapy internet intervention for posttraumatic stress disorder: Pre-, post- and 3-month follow-up results from an open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 635–644. doi:10.1016/j.janxdis.2010.04.005.
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., & ... Keller, M. B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 997–1006.

- Klerman, G., Weissman, M.M., Rounsaville, B., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York, Basic Books.
- 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. *BMCPsychiatry*, 7, 13. doi:10.1186/1471-244X-7-13
- Kothari, R., Shafran, R., Rozental, A., Egan, S., Andersson, G., Wade, T., ... Allcott-Watson, H. (2019). A randomised controlled trial of guided internet-based cognitive behavioural therapy for perfectionism: Effects on psychopathology and transdiagnostic processes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 113-122.
- Kupshik, G. A., & Murphy, P. M. (1992). *Loneliness, stress and well-being: A helper's guide*. New York: Routledge
- Käll, A., Jägholm, S., Hesser, H., Andersson, F., Mathaldi, A., Tiger Norkvist, B., Shafran, R., & Andersson, G. (In press). Internet-based cognitive behaviour therapy for loneliness: A pilot randomized controlled trial. *Behavior Therapy*.
- Käll, A., Shafran, R., Nygren, T., Bennett, S., Cooper, Z., Andersson, G. (2019). *A common elements approach to the development of a modular cognitive behavioural theory and treatment for chronic loneliness*. Opublicerat manuskript.
- Lambert, M., Whipple, J.L., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Hawkins, E.J., Nielsen, S.L., & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: a replication. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 91–103.
- Law, R. (2013). *Defeating depression*. London: Robinson.
- Lemmens, L., Galindo-Garre, F., Arntz, A., Peeters, F., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Huibers, M. J. H. (2017). Exploring mechanisms of change in cognitive therapy and interpersonal psychotherapy for adult depression. *Behaviour Research and Therapy*, 94, 81-92.
- Levenson, J. C., Frank, E., Cheng, Y., Rucci, P., Janney, C. A., Houck, P., ... Fagiolini, A. (2010). Comparative outcomes among the problem areas of interpersonal psychotherapy for depression. *Depression and Anxiety*, 27, 434–440. doi:10.1002/da.20661
- Lipsitz, J. D., & Markowitz, J. C. (2013). Mechanisms of change in interpersonal therapy (IPT). *Clinical Psychology Review*, 33, 1134–1147.
- Lindner, P., Linderot Olsson, E., Johnsson, A., Dahlin, M., Andersson, G., & Carlbring, P. (2014). The impact of telephone versus e-mail therapist guidance on treatment outcomes, therapeutic alliance and treatment engagement in internet-delivered CBT for depression: A randomised pilot trial. *Internet Interventions*, 1, 182–187. doi:10.1016/j.invent.2014.09.001

- Lim, M. H., Rodebaugh, T. L., Zyphur, M. J., & Gleeson, J. F. M. (2016). Loneliness over time: The crucial role of social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 125*, 620-630. doi:10.1037/abn0000162
- Liljethörn, L., & Johansson, S. (2015). *DEA – Vägledad iKBT med chatt/videosamtal för ungdomar med depression – klientkunskap som utfallsmått samt en studie av prediktorer* (Examensarbete, Linköpings universitet, Linköping).
- Lodder, G. M. A., Goossens, L., Scholte, R. H. J., Engels, R. C. M. E., & Verhagen, M. (2016). Adolescent loneliness and social skills: Agreement and discrepancies between self-, meta-, and peer-evaluations. *Journal of Youth and Adolescence, 45*, 2406-2416.
- Luhmann, M., & Hawkley, L. C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology, 52*, 943–959.
- Mallinckrodt, B. (1991). Clients' representations of childhood emotional bonds with parents, social support, and formation of the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 401-409. doi:10.1037/0022-0167.38.4.401
- Mallinckrodt, B. (1996). Change in working alliance, social support, and psychological symptoms in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology, 43*, 448-455. doi:10.1037/0022-0167.43.4.448
- Mallinckrodt, B., & Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy, 52*, 134 –139. doi:10.1037/a0036890
- Mann, F., Bone, J. K., Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., ... Johnson, S. (2017). A life less lonely: The state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*, 627–638. doi:10.1007/s00127-017-1392-y
- Masi, C.M., Chen, H.-Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A metaanalysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review, 15*, 219-266.
- Martin, D., Graskie, J., & Davis, M. (2000). Relation of therapeutic alliance with outcomes and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438–450.
- Mathaldi, A., & Tiger Nordkvist, B. (2016). *Förändringsprocesser i internetadministrerad kognitiv beteendeterapi för personer som lider av ensamhet - En randomiserad kontrollerad studie*. (Examensuppsats, Linköpings universitet, Linköping).
- McWhirter, B. T. (1990). Loneliness: A review of current literature, with implications for counseling and research. *Journal of Counseling & Development, 68*, 417-422. doi:10.1002/j.1556-6676.1990.tb02521

- McWhirter, B. T., & Horan, J. J. (1996). Construct validity of cognitive-behavioral treatments for intimate and social loneliness. *Current Psychology, 15*, 42-52. doi:10.1007/BF02686933
- Melville, K. M., Casey, L. M., & Kavanagh, D. J. (2010). Dropout from internet-based treatment for psychological disorders. *British Journal of Clinical Psychology, 49*, 455-471.
- Michalska da Rocha, B., Rhodes, S., Vasilopoulou, E., & Hutton, P. (2018). Loneliness in psychosis: A meta-analytical review. *Schizophrenia Bulletin, 44*, 114-125. doi:10.1093/schbul/sbx036
- Michel, T. (2010). *Upplevelser av avhopp från internetterapi – en intervjustudie med patienter från klinisk psykiatri* (Examensarbete, Linköpings universitet, Linköping).
- Mund, M., Freuding, M. M., Möbius, K., Horn, N., & Neyer, F. J. (In press). The stability and change of loneliness across the lifespan: A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Review*.
- Musiat, P., & Tarriner, N. (2014). Collateral outcomes in e-mental health: A systematic review of the evidence for added benefits of computerized cognitive behavior therapy interventions for mental health. *Psychological Medicine, 44*, 3137–3150.
- Muyan, M., Chang, E. C., Jilani, Z., Yu, T., Lin, J., & Hirsch, J. K. (2016). Loneliness and negative affective conditions in adults: Is there any room for hope in predicting anxiety and depressive symptoms? *Journal of Psychology, 150*, 333-341.
- Paxling, B., Almlöv, J., Dahlin, M., Carlbring, P., Breitholtz, E., Eriksson, T., Andersson, G. (2011). Guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy, 40*, 159–173. doi:10.1080/16506073.2011.576699
- Paxling, B., Lundgren, S., Norman, A., Almlöv, J., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2013). Therapist behaviours in internet-delivered cognitive behaviour therapy: Analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 41*, 280–289. doi: 10.1017/S1352465812000240
- Peplau, L.A. & Perlman, D. (Red.) (1982). *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley.
- Pihlaja, S., Stenberg, J.-N., Joutsenniemi, K., Mehik, H., Ritola, V., & Joffe, G. (2018). Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders – A systematic review. *Internet Interventions, 11*, 1-10.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology, 23*, 245–266.
- Preschl, B., Maercker, A., & Wagner, B. (2011). The working alliance in a randomized controlled trial comparing online with face-to-face cognitive-

- behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, *11*, 189-199.
doi:10.1186/1471-244x-11-189
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *32*, 329-342.
- Richardson, T., Elliott, P., & Roberts, R. (2017). Relationship between loneliness and mental health in students. *Journal of Public Mental Health*, *16*, 48–54. doi:10.1108/JPMH-03-2016-0013
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative effects of internet interventions: a qualitative content analysis of patients' experiences with treatments delivered online. *Cognitive Behaviour Therapy*, *44*, 223-236. doi:10.1080/16506073.2015.1008033
- Rozental, A., Magnusson, K., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2017). For better or worse: An individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving internet-based cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*, 160-177.
- Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, *66*, 20-40.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, *39*, 472-480.
- Salim, A., Mackinnon, A., Christensen, H., & Griffiths, K. (2008). Comparison of data strategies for intent-to-treat analysis pre-test-post-test designs with substantial dropout rates. *Psychiatry Research*, *160*, 335-34
- Sbarra, D. A. (2015). Divorce and health: Current trends and future directions. *Psychosomatic Medicine*, *77*, 227–236.
- Shadish, W.R., Cook, T.D. & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasiexperimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom - Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende - Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklíček, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, *37*, 319–328.
- Statistiska Centralbyrån. (2014). *Undersökningarna av levnadsförhållanden*. Stockholm: Statistiska Centralbyrå.
- Statistiska Centralbyrån. (2015). *Utbildningsstatistik årsbok 2015*. Stockholm:

- Statistiska Centralbyrån.
- Steketee, G., & Chambless, D. L. (1992). Methodological issues in prediction of treatment outcome. *Clinical Psychology Review*, *12*, 387–400.
- Stickley, A., & Koyanagi, A. (2016). Loneliness, common mental disorders and suicidal behavior: findings from a general population survey. *Journal of Affective Disorders*, *197*, 81–87. doi:10.1016/j.jad.2016.02.054
- Strunk, D. R., Cooper, A. A., Ryan, E. T., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (2012). The process of change in cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication: Predictors of early intersession symptom gains. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*, 730–738.
- Stuart, S. (2008). What is IPT? the basic principles and the inevitability of change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *38*, 1–10. doi:10.1007/s10879-007-9063-z
- Stuart, S., & Robertson, M. D. (2012). *Interpersonal psychotherapy. a clinician's guide*. Hodder Arnold.
- Sucala, M., Schnur, J. B., Constantino, M. J., Miller, S. J., Brackman, E. H., & Montgomery, G. H. (2012). The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, *14*, 175–187.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, *6*, 267–275. doi:10.1007/s10433-009-0134-8
- Titov, N., Andrews, G., Kemp, A., & Robinson, E. (2010). Characteristics of adults with anxiety or depression treated at an internet clinic: Comparison with a national survey and an outpatient clinic. *PLoS ONE*, *5*, e10885.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment*, *1*, 207–210
- van Straten, A., Emmelkamp, J., de Wit, J., Lancee, J., Andersson, G., van Someren, E. J. W., & Cuijpers, P. (2014). Guided internet-delivered cognitive behavioural treatment for insomnia: A randomized trial. *Psychological Medicine*, *44*, 1521–1532.
- Vaughan, B., Goldstein, M. H., Alikakos, M., Cohen, L. J., & Serby, M. J. (2014). Frequency of reporting of adverse events in randomized controlled trials of psychotherapy vs. psychopharmacotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, *55*, 849-855. doi:10.1016/j.comppsy.2014.01.001
- Vernmark, K. (2017). *Therapeutic alliance and different treatment formats when delivering internet-based CBT for depression*. (Doktorsavhandling, Linköpings universitet, Linköping). Hämtad från

- <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=cat00115a&AN=lkp.931246&lang=sv&site=eds-live&scope=site>
- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Öberg, J., ... Eriksson, T. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: a randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 368–376. doi:10.1016/j.brat.2010.01.005
- Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom. *Journal of Psychology*, *146*, 85–104. doi:10.1080/00223980.2011.613875
- Wang, J., Lloyd-Evans, B., Giacco, D., Forsyth, R., Nebo, C., Mann, F., & Johnson, S. (2017). Social isolation in mental health: a conceptual and methodological review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*, 1451-1461.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, *14*, 270–277. doi:10.1002/wps.20238
- Webb, C. A., Beard, C., Auerbach, R. P., Menninger, E., & Björgvinsson, T. (2014). The therapeutic alliance in a naturalistic psychiatric setting: Temporal relations with depressive symptom change. *Behaviour Research and Therapy*, *61*, 70–77. doi:10.1016/j.brat.2014.07.015
- Weiss, R.S. (Red.) (1973). *Loneliness: the experience of emotional and social isolation*. Cambridge: USA.
- Willemse, Y., & Trijsburg, R. W. (2005). Cognitive behavior therapy and interpersonal psychotherapy. An analysis of factors leading to a successful treatment-outcome. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, *47*, 593–602.
- Wilson R. S., Krueger K. R., Arnold S. E., Schneider J. A., Kelly J. F., Barnes L. L., ... Bennett D. A. (2007). Loneliness and risk of alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 234–240. doi:10.1001/archpsyc.64.2.234
- World Health Organization (2009). *International statistical classification of diseases and related health problems: ICD-10*. (10. rev., 2008 up.) Geneva: World Health Organization.
- Xu, H., & Tracey, T. J. G. (2015). Reciprocal influence model of working alliance and therapeutic outcome over individual therapy course. *Journal of Counseling Psychology*, *62*, 351–359. doi:10.1037/cou0000089
- Yang, K., & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, *31*, 1368- 1388.
- Yuen, E. K., Goetter, E. M., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2012). Challenges and opportunities in internet-mediated telemental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, *43*, 1–8.

- Zarei, S., Memari, A. H., Moshayedi, P., & Shayestehfar, M. (2015). Validity and reliability of the UCLA loneliness scale version 3 in farsi. *Educational Gerontology, 42*, 49-57.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concept of transference. *International Journal of Psychoanalysis, XXXVII*, 369–376.
- Öst, L.-G. (2013). *KBT inom psykiatrin*. Stockholm: Natur & kultur.

APPENDIX 1 - REDOGÖRELSE FÖR INNEHÅLL I IKBT-BEHANDLINGENS MODULER

- Modul 1. I den första modulen introducerades deltagarna för SOLUS-programmet och kognitiv beteendeterapi. Psykoedukation om vad ensamhet är och vad som vidmakthåller problematiken gavs. Deltagarna fick göra en övning kopplad till en modell för funktionella analyser (onda och goda cirklar) samt med egna ord berätta om sin situation och sina relationer.
- Modul 2. Den andra modulen fokuserade på målformulering och värderingsarbete. Deltagarna fick också i uppgift att utföra beteenden som låg i linje med deras värderingar.
- Modul 3. I den tredje modulen gavs psykoedukation om inlärningsteori, social beteendeaktivering och undvikandebeteenden. Övningarna i denna modul gick ut på att identifiera undvikandebeteenden, planera in och utföra sociala beteenden.
- Modul 4. I modul fyra fick deltagarna fortsätta att planera in och utföra sociala beteenden. De gavs också psykoedukation om hur deltagarna kunde öka sannolikheten att utföra sociala beteenden och hantera motgångar. Som del av detta gavs också psykoedukation om ångest och exponering.
- Modul 5. Den femte modulen introducerade deltagarna för tankens betydelse. Psykoedukation om automatiska tankar och tankefällor gavs och deltagarna fick öva på att identifiera och utmana sina automatiska tankar med alternativa tankar.
- Modul 6. Modul sex handlade uteslutande om beteendeexperiment. Deltagarna gavs psykoedukation om, fick planera och följa upp flera beteendeexperiment under veckan.

- Modul 7. Den sjunde modulen fokuserade på social färdighetsträning och övning på kommunikation. Förutom det fick deltagarna fortsätta med sin sociala beteendeaktivering.
- Modul 8. I modul åtta fick deltagarna repetera och utvärdera programmets olika strategier. Utöver det fortsatte arbetet med den sociala beteendeaktiveringen.
- Modul 9. Den avslutande modulen fokuserade på vidmakthållande och att utvärdera de mål och värderingar som sattes upp i början av behandlingen. Vad gäller vidmakthållande fick deltagarna psykoedukation om att främja framsteg, hantera bakslag och upptäcka varningssignaler. De fick också utforma en egen plan inför framtiden.

APPENDIX 2 - REDOGÖRELSE FÖR INNEHÅLL I IPT-BEHANDLINGENS MODULER

Inledningsfas - gemensam för samtliga deltagare

- Modul 1. I modul ett introducerades deltagarna till SOLUS-programmet och interpersonell psykoterapi. Psykoedukation om ensamhet gavs. Deltagaren tillskrevs en sjukroll och fick identifiera sina symtom på ensamhet. De fick också inkludera andra i sitt arbete och skapa ett IPT-team för att öka sitt sociala stöd.
- Modul 2. I den andra modulen fick deltagarna göra en tidslinje över sin nuvarande ensamhetsperiod, undersöka tidigare perioder av ensamhet och göra en interpersonell inventering.
- Modul 3. Den tredje modulen bestod i att göra en interpersonell formulering, välja fokusområde och sätta upp mål för sitt fortsatta arbete.

Mellanasfas - specifika moduler för varje fokusområde

Rollförändring

- Modul 4. Modul fyra innehöll psykoedukation och övningar i att identifiera och uttrycka sina känslor och behov, kopplat till området rollförändring. Utöver det fick deltagarna reflektera över sina ensamhetssymtom och hur de var kopplade till olika händelser som inträffat under veckan.
- Modul 5. I den femte modulen gavs psykoedukation om en rollförändrings olika faser samt vad som kan göra den svår att hantera. Deltagarna fick utifrån informationen och sin egen tidslinje reflektera över sin egen förändringsprocess. De gavs också i uppgift att söka socialt stöd och göra en kommunikationsanalys av samtalet.
- Modul 6. I modul sex låg fokus på att släppa den gamla rollen. Deltagarna fick processa sina känslor kopplade till den och nyansera sin bild av den. De fick också fundera över vad de ville och kunde ta med sig från den gamla rollen in i den nya. Utöver det fick deltagarna reflektera över sina ensamhetssymtom och hur de var kopplade till olika händelser som inträffat under veckan.
- Modul 7. Modul sju hjälpte deltagarna att hantera själva förändringen. De fick reflektera över hur den skedde, vilket stöd de fått och sökt samt hur deras känslor förändrats över tid. De fick också i uppgift att söka socialt stöd och göra en kommunikationsanalys av samtalet.
- Modul 8. I modul åtta fick deltagarna fokusera på att anpassa sig till den nya rollen. De fick beskriva sin nya roll och reflektera över sina känslor, förväntningar och behov kopplade till den. I modulen fick de också hjälp att nyansera sin bild av den nya rollen och fundera över vilka förmågor de kunde ha nytta av i den.

Konflikt

- Modul 4. Modul fyra innehöll psykoedukation och övningar i att identifiera och uttrycka sina känslor och behov. Deltagarna fick också välja ut en viktig konfliktfylld relation att fokusera på och involvera den andra personen i det fortsatta arbetet. Utöver det fick deltagarna reflektera över sina ensamhetssymtom och hur de var kopplade till olika händelser som inträffat under veckan.
- Modul 5. Den femte modulen gick ut på att på olika sätt observera den utvalda relationen. Deltagarna fick observera en händelse ur olika perspektiv, undersöka relationens kommunikations- och interaktionsmönster, beskriva relationens historia och fundera över relationens framtiden. Deltagarna uppmuntrades också att planera in trevliga stunder med sin person.
- Modul 6. I den sjätte modulen fick deltagarna göra kommunikationsanalyser, både genom att analysera ett filmklipp och en självupplevd händelse från veckan. Utöver det fick deltagarna reflektera över sina ensamhetssymtom och hur de var kopplade till olika händelser som inträffat under veckan.
- Modul 7. I modul sju fick deltagarna förbereda sig inför att påbörja aktiv omförhandling. De fick också genomföra ett samtal med sin utvalda person och göra en kommunikationsanalys av samtalet.
- Modul 8. I den åttonde modulen fick deltagarna fortsätta sin konfliktprocess med den utvalda relationen, men nu också undersöka sina relationsmönster i andra relationer. Utöver det fick deltagarna reflektera över sina ensamhetssymtom och hur de var kopplade till olika händelser som inträffat under veckan.

Sorg

- Modul 4. Modul fyra innehöll psykoedukation och övningar i att identifiera och uttrycka sina känslor och behov, kopplat till tiden efter förlusten. De uppmuntrades också att söka socialt stöd och berätta om var i sorgprocessen de befann sig. Utöver det fick deltagarna reflektera över sina ensamhetssymtom och hur de var kopplade till olika händelser som inträffat under veckan.
- Modul 5. Den femte modulen innehöll psykoedukation om sorgprocessen och övningar i att reflektera över sin egen sorgprocess och processa känslor kopplat till den och känslan av ensamhet.
- Modul 6. I den sjätte modulen fick deltagarna bearbeta tiden kring dödsfallet med syfte att nyansera deras minnen och underlätta sorgprocessen. Deltagarna fick också i uppgift att söka stöd hos andra och göra en kommunikationsanalys av samtalet. Utöver det fick deltagarna

reflektera över sina ensamhetssymtom och hur de var kopplade till olika händelser som inträffat under veckan.

Modul 7. I modul sju låg fokus på att fortsätta bearbeta förlusten men nu med fokus på relationen som gått förlorad. Övningarna handlade om att hjälpa deltagarna minnas personen och nyansera bilden av relationen. De fick också reflektera över vilka delar de ville söka i nya relationer samt vilka nya möjligheter som öppnades.

Modul 8. Den åttonde modulen fokuserade på att hjälpa deltagarna att anpassa sig till sin nya tillvaro. Förutom att deltagarna fick psykoedukation om vad som kan försvåra anpassningen fick de beskriva sin nya tillvaro och reflektera över sina känslor och förväntningar kopplade till den. De fick också i uppgift att påbörja arbetet att återuppta aktiviteter med andra och skapa nya relationer. Utöver det fick deltagarna reflektera över sina ensamhetssymtom och hur de var kopplade till olika händelser som inträffat under veckan.

Interpersonell sårbarhet

Modul 4. Modul fyra innehöll psykoedukation och övningar kopplade till att identifiera och uttrycka känslor och behov. Deltagarna fick också påbörja processen att identifiera sina välfungerande och mindre välfungerande relationsbeteenden. Utöver det fick deltagarna reflektera över sina ensamhetssymtom och hur de var kopplade till olika händelser som inträffat under veckan.

Modul 5. I modul fem fick deltagarna inventera sina framgångsrika relationer, identifiera sina styrkor och fundera över hur de kunde använda sig av dem.

Modul 6. I modul sex fick deltagarna istället inventera sina mindre lyckade relationer och identifiera sin interpersonella sårbarhet. De fick också göra en övning i hur de kan bryta sina icke-fungerande relationsmönster. Utöver det fick deltagarna reflektera över sina ensamhetssymtom och hur de var kopplade till olika händelser som inträffat under veckan.

Modul 7. Modul sju innehöll psykoedukation om kommunikation och ensamhetens inverkan på kommunikation. Deltagarna fick göra en kommunikationsanalys av en nyligen inträffad händelse som påverkats av deras sårbarhet.

Modul 8. I den åttonde modulen fick deltagarna psykoedukation om god kommunikation samt fortsätta göra kommunikationsanalyser. Utöver det fick deltagarna reflektera över sina ensamhetssymtom och hur de var kopplade till olika händelser som inträffat under veckan.

Avslutningsfas - gemensamt innehåll men anpassat till varje fokusområde

- Modul 9. Modul nio var programmets sista och innehöll repetition av innehållet i programmet och en analys av förändringar i ensamhetssymtom och sin interpersonella inventering över tid. Utöver det genomfördes en handlingsplan för framtiden som bestod av en inventering av potentiella risksituationer, inkludering av socialt nätverk och fortsatt arbete utifrån mål.

APPENDIX 3 - WORKING ALLIANCE INVENTORY - SHORT

	Inte alls		Till viss del			Helt & hållet	
	1	2	3	4	5	6	7
1. Min behandlare och jag är överens om vad jag behöver göra i SOLUS-programmet för att förbättra min situation	1	2	3	4	5	6	7
2. Det vi gör i SOLUS-programmet ger mig nya perspektiv (sätt att se på) mina problem.	1	2	3	4	5	6	7
3. Jag tror att min behandlare gillar mig och visar detta i vår meddelande-kontakt på SOLUS-plattformen.	1	2	3	4	5	6	7
4. Min behandlare förstå inte vad jag vill försöka uppnå med SOLUS-programmet.	1	2	3	4	5	6	7
5. Jag litar på min behandlares förmåga att hjälpa mig i SOLUS-programmet.	1	2	3	4	5	6	7
6. Min behandlare och jag arbetar mot gemensamma mål.	1	2	3	4	5	6	7
7. Jag känner att min behandlare uppskattar mig	1	2	3	4	5	6	7
8. Jag och min behandlar är överens om vad som är viktigt för mig att arbeta med i SOLUS-programmet.	1	2	3	4	5	6	7
9. Min behandlare och jag litar på varandra.	1	2	3	4	5	6	7
10. Min behandlare och jag har olika uppfattningar om vilka problem jag har.	1	2	3	4	5	6	7

11. Jag och min behandlare har samma uppfattning om vilka förändringar som vore bra för mig.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

12. Jag och min behandlare arbetar på rätt sätt med mina problem i SOLUS-programmet.

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---