



Internet som samtalsrum

En studie som undersöker videosamtal över Internet som samtalsarena för stödsamtal

Maria Granberg

Psykoterapeutprogrammet psykodynamisk inriktning 90 hp

Vårterminen 2010

Fördjupningsarbete 15 hp

Vetenskaplig handledare: Stephan Hau, professor i klinisk psykologi

Ämneshandledare: Agneta Sandell, leg. psykolog & leg psykoterapeut

Liz Trana, bitr ordförande FoU Södertörn & Sektionschef IFO Hanninge

Förord

Jag vill först och främst tacka min lillebror Richard som med sitt engagemang och sin kunskap om informations- och kommunikationsteknologi varit ett värdefullt bollplank under skrivandets gång.

Tack till de tre unga kvinnor som vågade prova ett annorlunda behandlingsrum och hjälpt till att utforska det.

Tack till mina tre handledare, Stephan Hau, Agneta Sandell och Liz Trana som var och en på sitt sätt hjälpt mig med värdefull vägledning för studien och skrivandet.

Jag vill också rikta ett varmt tack till mina kollegor för visat stöd och tålamod. Speciellt till min chef, Åsa Dahlin, som inte bara uppmuntrat mig utan också lyft studien i olika sammanhang.

Sist men inte minst vill jag rikta ett speciellt tack till mina underbara barn, Kim och Simon, som under tre utbildningsår visat stort tålamod med er mamma.

Maria Granberg

Maj 2010

1. Abstract

Internet's entry into our home has changed our communication capabilities. As a result more and more services in the digital world are available. Besides e.g. shopping, gaming and general information, different social networks now offer preventive and therapeutic health-oriented services. When being asked by several young people, with whom I have been working in a clinical setting, to offer conversations over the Internet that enables both to see and to hear each other in real time, I decided to conduct a pilot study which is presented in this paper.

The aim was to investigate the feasibility of offering supportive therapy using video calls over the Internet. In addition questions concerning technology, alliance, affects, and frame were studied. Three young women after initial clinical assessment by the therapist, participated in the study and they were offered ten sessions of supportive therapy from autumn 2009 to spring 2010. The starting point of the study was exploratory with a hermeneutical approach and both qualitative as well as quantitative evaluations.

Results showed that the alliance was well developed. However, the affective work was not as good as in traditional therapy because of picture/sound limitations altering both how much one could see in the picture as well as the quality of transmission. Furthermore, participants experienced the method as very positive for their treatment. They described to be encouraged to open up through the use of the technology which somehow bridged the distance. In addition, participants perceived it as positive to be able to stay at home in a comfortable and safe environment.

In conclusion, this technical tool and setting can be useful for supportive therapy but occasionally requires other approaches and tools compared to traditional therapy. More extensive studies should be carried out in order investigate which target groups may benefit from using this technology in supportive therapy.

Innehållsförteckning

1. Abstract	3
2. Introduktion	6
3. Bakgrund	7
3.1. Internet	7
3.1.1. Teknik vid videosamtal över Internet	8
3.2. Möjliga förebyggande- och behandlande tjänster över Internet	8
3.2.1. Självskattningssidor	8
3.2.2. Diskussionsforum	9
3.2.3. Strukturerade självhjälsprogram utan behandlare	9
3.2.4. Hemsidor	9
3.2.5. Rådgivning via chatt eller e-mail	9
3.2.6. Strukturerade självhjälsprogram med behandlare	10
3.2.7. Terapi över Internet med hjälp av videosamtal	10
3.3. Verksamma faktorer vid traditionell terapi	11
3.3.1. Ramen	11
3.3.2. Alliansen	12
3.3.3. Affekter som förändringsverktyg	12
3.3.4. Spegelneuroner	13
3.3.5. Tydligt sammanhang	13
3.4. Stödterapi, samtalsmetod vid ungdomsmottagning	14
4. Syfte	14
5. Frågeställningar	14
6. Metod	15
6.1. Studiedeltagare	15
6.2. Kontrakt och ramar	16
6.3. Instrument vid datainsamling	16
6.4. Etiska överväganden	18
7. Resultat	19
7.1. Deltagarnas känsloupplevelser före och efter samtal	19
7.2. Deltagarnas och terapeutens upplevelse av samtalsterapi	20

7.3.	Bäst och sämst med samtalen enligt deltagarna	21
7.4.	Terapeutens reflektioner	23
8.	<i>Diskussion</i>	26
8.1.	Resultatdiskussion	26
8.2.	Metoddiskussion	28
9.	<i>Referenser</i>	30
9.1.	Muntliga källor	31
10.	<i>Bilagor</i>	32
10.1.	Samtal via webbkamera	32
10.2.	Frågeformulär Deltagares känsloupplevelse	33
10.3.	Frågeformulär 2 Deltagares upplevelse av samtal	34
10.4.	Frågeformulär Terapeuts upplevelse av samtal	35

2. Introduktion

Vi lever i en tidsepok där ny informations- och kommunikationsteknologi (IKT) förändrar och omstrukturerar våra liv i en takt som är svår att hinna med. Idag kan vi vara tillgängliga nästan var vi än befinner oss i världen, vilken tid som helst på dygnet. Den digitala världen, med nätverk som Internet och mobil, har inte bara förändrat våra relationer utan även vår verklighet har fått en ny dimension. Utan att vi behöver gå utanför våra rum kan vi vara aktiva i olika sociala nätverk, shoppa, dejta och söka information. Möjligheterna är oändliga och dörrar öppnas även för förebyggande- och behandlande hälsovård som kan nå dit människor är.

Utifrån förebyggande åtgärder mot ungdomar finns exempelvis "nätvandrarerna". Det är en online verksamhet där vuxna människor letar upp de Internetsidor som unga visats på och finns tillgängliga som bollplank eller stöd. Även BRIS (Barnens rätt i samhället), en ideell obunden organisation som arbetar för att hjälpa barn som far illa, har i många år erbjudit barn och unga att ringa anonymt och tala med en vuxen. Nu har de utökat sin tillgänglighet med en chatt som är öppen vissa tider. Sedan några år finns "UMO", en nationell ungdomsmottagning på Internet som via sin hemsida förmedlar information och vägledning avseende relationer, hälsa och sex. De har också möjlighet att svara på läsares frågor via e-mail.

En mer utvecklad tjänst är vägleda Internetbaserat självhjälpsprogram som erbjuds av Landstinget i Stockholm. Det är behandlande KBT-baserade Internetprogram som utgår ifrån chatt, e-mail och diskussionsforum. Men de digitala tjänster som främst nyttjas vid förebyggande- och behandlande arbete i Sverige är utifrån det skrivna ordet. I många andra länder används även program som gör det möjligt att se och höra varandra i realtid, videosamtal över Internet.

Det var ungdomar vid mitt arbete på ungdomsmottagningen som gjorde mig uppmärksam på den möjligheten. De var de som frågade varför jag inte använde mig av dagens teknik och träffade dem över Internet och kopplade upp mig för videosamtal. Det var en möjlighet som gjorde att vi kunde träffas ansikte mot ansikte oavsett om de reste eller var sjuka.

Ungdomarna efterfrågade inte samtal över Internet "istället för" på mottagningen, utan mer som ett komplement. Deras försynta fråga väckte min nyfikenhet att utforska om detta var ytterligare ett mötesrum att använda för samtal vid en ungdomsmottagning.

3. Bakgrund

3.1. Internet

Internet som uttryck kan jämföras med en väg vars bredd och trafik beror på hastighetsbegränsningen. På en bred motorväg finns flera filer och alla typer av fordon kan köras oberoende av storlek eller egenskaper. På smalare vägar kan t ex inte lastbilar köras medan motorcyklar tar sig fram. I den digitala Internetvärlden kan man jämföra ”fordonen” med tjänster och funktioner t ex www (world wide web), Internets hemsidor, e-post, telefoni, rörlig bild och ljud etc. Internets hemsidor och chatt är inte utrymmeskrävande. De kan lastas på en motorcykel och kräver inte heller någon stor väg. Video och rörlig bild över Internet kan jämföras med en lastbil då det är mer utrymmeskrävande och kräver flerfilig motorväg, d v s en Internetuppkoppling på (0.5 Mbits). Genom Internets utveckling har de flesta idag ”motorvägar” hemma. 79 % av hushållen har bredband (0,5 Mbit/s). Detta gör att Internet behöver brytas ner i de olika teknikval och möjligheter till kommunikation som finns för terapeutiska mötesrum.

Tabell 1 Möjliga kommunikationsvägar utifrån vanliga Internettjänster

Tekniskt nedbrutna Internet tjänster	Envägskommunikation	Tvåvägskommunikation	Realtidskontakt	Geografiskt/Platsbunden	Beskrivande text/bild	Text kontakt	Visuell kontakt	Audiotiv kontakt	Fysisk kontakt
*Hemsida	X				X				
E-post		X				X			
Chatt		X	**X			X			
IP/Telefoni		X	X					X	
Diskussionsforum		X				X			
Videosamtal		X	X			***X	X	X	

* I detta fall syftas på text/bild på hemsidor för t.ex. självstudie kurser. En hemsida kan även innefatta en kombination av multimedia (ljud/rörlig bild), e-post, Chatt och andra Internettjänster. I detta åsyftas dock en ren hemsida.

** Fördröjning genom att båda parter måste skriva på tangentbordet och sedan skicka texten vilket ger en fördröjning ur terapeutiskt men inte tekniskt perspektiv.

*** Videosamtal har en inbyggd chatt funktion som kan nyttjas, dock är det normala att man talar och tittar på varandra.¹

¹ Granberg, Richard, IT-entreprenör 1992-2006

3.1.1. Teknik vid videosamtal över Internet

Samtal över Internet där man både ser och hör varandra i realtid, kräver en dator med Internetanslutning. Det behövs också ett nedladdat program som möjliggör videosamtal, inbyggd eller extern webbkamera samt mikrofon. Kvalitén på samtal och ljud beror sedan mycket på Internetanslutningen. Fast bredbandsanslutning är bäst men även bärbart 3G bredband går om än med sämre bild och ljudkvalité.

Det finns flera program som man kan använda när man vill använda sig av teknik som möjliggör att man både ser och hör den man talar med. Programmet "Skype" är ett vanligt program att använda över Internet i terapeutiska sammanhang. Det laddar man ner gratis på Internet och det tar ca 100 MB av hårddiskens lagringsutrymme. För bästa resultat rekommenderar Skype själv en dator med minst 1 GHz-processor, 256 MB RAM. För att få ännu bättre upplösning på bilden krävs en snabbare processor.

Vad gäller frågan om sekretess så garanterar Skype att samtalen är skyddade från deras sida. De som använder programmet kopplar upp sig mot varandra för att skicka ljud, bild och text mellan sig. Ingen utanför kan bryta sig in och läsa eller se något. Skype spelar inte in några samtal. De kan dock inte garantera att det inte kommit in något virus på datorn som gör att samtalen avlyssnas. Däremot kan de som samtalar, var för sig enkelt spela in samtalet med både bild och ljud, t.ex. med hjälp av gratisprogrammet Vodburner.²

3.2. Möjliga förebyggande- och behandlande tjänster över Internet

Idag finns det flera tjänster över Internet som privatpersoner kan vända sig till för att få hjälp med psykisk ohälsa. Det finns både privata, ideella och offentliga organisationer som på olika sätt försöker verka förebyggande- och/eller behandlande över Internet. Exempel på tjänster som går att använda över Internet utifrån förebyggande och/eller behandlande psykosocialt hälsoarbetet är; självskattningssidor, diskussionsforum, rådgivning via e-mail eller chatt, hemsidor, självhjälpsprogram med eller utan behandlare samt samtal över Internet med någon form av program som möjliggör att man ser och hör varandra i realtid (Abbot, Klein & Ciechowski, 2008).

3.2.1. Självskattningssidor

Hemsidor med självskattningsformulär som besökaren kan fylla i och få svar på sin psykiska hälsa. Där ingår ingen kontakt med någon behandlare eller annan.

² Lundborg, Wilhelm. Produktchef Skype. Muntlig kommunikation över Skype 2010-01-23

3.2.2. Diskussionsforum

På ett forum kan besökarna få stöd av andra i samma situation. Antingen förs kommunikationen i realtid eller med viss fördröjning. Kommunikationen sker genom att användarna skriver sin text i ett formulär på forumet som visas upp. Oftast finns en moderator vars syfte är att se till att diskussionen förs adekvat. Forumen kan vara öppna för alla eller slutna så att ett lösenord krävs. Det är vanligt att diskussionsforum används som en del i behandlingen vid vägleda strukturerade självhjälpsprogram.

3.2.3. Strukturerade självhjälpsprogram utan behandlare

Strukturerade självhjälpsprogram utan behandlare finns att tillgå på nätet. Den sökandes symtomet eller problemet avgör vilket behandlingsprogram som man ska använda sig av. Det vanligaste självhjälpsprogrammet vilar på kognitiv beteende terapi (KBT), vilket är en psykologisk behandlingsform som riktar in sig på tankar, känslor och beteende från ett inlärningsperspektiv. Klienten erbjuds riktade behandlingsprogram utifrån sitt problem som de sedan kan följa i sin takt. Utan kontakt med någon behandlare sjunker dock effekten avsevärt (Lindgren, Folkesson & Almqvist, 2009).

3.2.4. Hemsidor

Hemsidor erbjuder vägledning kring aktuella ämnen och/eller vägledning hur man ska gå tillväga för att hjälpa sig själv. Hemsidor ingår ofta som ett komplement till annan form av kontakt. Här finns UMO (ungdomsmottagningen på nätet), som har en mycket välutvecklad sida med tips och information kring både psykisk- och fysiskt mående men de har även möjlighet till öppen mailkontakt.

3.2.5. Rådgivning via chatt eller e-mail

Rådgivning används av många terapeuter och andra som verkar psykosocialt. Det innebär att kontakten förs via e-post- och/eller chattkontakt. Kontakten är ofta konsultativ där en direkt fråga ställs eller man får vägledning hur man ska gå vidare för att få ytterligare kontakt. Kontakten kan vara vid ett tillfälle eller under en period. Den kan även vara både öppen att läsa för alla t ex genom frågelådor eller i direkt kontakt mellan behandlare och klient. Metoden bygger inte på något metodiskt behandlingsprogram. BRIS använder sig av både chatt och e-post. Även UMO använder sig av frågelådor. Faktorer som kan försvåra denna form av kommunikation är tidsfördröjningen mellan fråga och svar, samförstånd kan vara svårare att nå och viktiga affektiva signaler kan missa (Leigh & Charles, 2000).

3.2.6. *Strukturerade självhjälsprogram med behandlare*

Med begreppet Internet baserad terapi (E-terapi) syftar man ofta på strukturerade KBT-baserade självhjälsprogram med behandlare. Liksom självhjälsprogram utan behandlare riktar även denna behandlingsmetod in sig på en specifik typ av symtom eller problem. Klienten får stegvis följa ett behandlingsprogram, vilket innebär att de måste göra klart ett avsnitt innan de få tillgång till nästa. Till varje avsnitt ingår hemuppgifter som ska göras inom en viss tid och som sedan följs upp av behandlaren.

Gerhard Andersson, vid Linköpings universitet har genom sin forskning kunnat visa att vägledt KBT-baserat självhjälsprogram över Internet är effektivt vid behandling av lindrig till måttlig depression. Behandlaren roll ses som mycket viktig. De verkar som ett "vittne", någon som bryr sig om resultaten (Bergström, Andersson & Lindefors, 2009).

Vikten av behandlaren som "vittne" får stöd vid Internetpsykiatrienheten, Karolinska sjukhuset i Stockholm. Enheten har funnits ett år och erbjuder Internetbaserad vägledt självhjälsprogram. Vid enheten har man sett att behandlaren roll utöver "vittnets" funktion är att skapa en struktur. Genom kontakten följer även att sammanhanget struktureras med ett visst antal dagars behandling, datum för inlämnande av uppgifter och tider för mailkontakt. Utöver det så erbjuds patienten även ytterligare sammanhang genom forum där denna kan diskutera med andra patienter. Tillsammans blir ett tydligt sammanhang, något att hålla sig till ³

3.2.7. *Terapi över Internet med hjälp av videosamtal*

Med videosamtal över Internet menas att bägge parter använder digital videokamera med ljud- och bildöverföring i ett program. Det gör det möjligt att både se och höra varandra i realtid. Erbjudanden om denna behandlingsform finns endast i begränsad omfattning i Sverige. Det finns en del privata aktörer men inte alls i den omfattning som det erbjuds i andra delar av världen som t ex Australien, Skottland och USA. Det är länder vars storlek gör det svårt att nå ut till alla, varför videosamtal har blivit väl utvecklat. Men även mindre länder använder denna form av behandling.

De studier som gjorts i ämnet utgår framförallt utifrån kognitiv beteendeterapi (KBT) och de har visat på signifikanta förbättringar på psykiska symtom hos deltagarna. Få studier har dock gjorts med en jämförelsegrupp. En studie genomfördes 2004 av Bouchard et al på 21 deltagare som led av paniksyndrom och agrofobi. De fick antingen KBT-baserad behandling med videosamtal eller

³ Kaldo, Viktor. Leg. psyk. Internetpsykiatrienheten, muntlig kommunikation via telefon 2010-02-25

traditionellt öga mot öga i rummet. Resultatet visade att alla deltagarna förbättrats i sina symtom oavsett vilken form av samtal de fått (Simpson, 2009).

När det gäller specifika terapeutiska delar i behandlingsformen som t ex miljön och alliansen framkommer olika resultat. Avseende den terapeutiska alliansen bedömdes den inte vara annorlunda jämfört med traditionell terapi i rummet (Ghosh, McLaren & Watson, 1997). Det finns också rapporter om att formen erbjuder klienten en känsla av kontroll genom möjligheten att stänga av videon/datorn om de vill. Framförallt har många studier pekat på att formen inte helt går att jämföra med terapi i rummet eftersom teknikens följder, t ex tillfälliga störningar, mindre rumsuppfattning, mindre visuellt fokus etc. gör att interaktion ser annorlunda ut. Även om det går att se affektuttryck och andra subtila uttryck i ansiktet faller resten av kroppens signaler ut ur bilden som är liten. Det gör att fokus kommer att ligga mycket på ansiktsuttrycken. Ljudkvalitén kan också påverka kommunikation då det inte går att prata i munnen på varandra eftersom det är en liten fördröjning av ljudet. En annan sak som diskuteras är vad det innebär för terapin att kontakten enbart är audiovisuell och inte utgår ifrån lukt, smak och känsel. En teori är att det distanserar relationen. Några bedömer det som negativt men andra ser detta som positivt för den gruppen som inte vågar ha nära relation. De menar att distansen kan möjliggöra en fördjupad kontakt. En annan sak som uppmärksammas men inte studerats är det faktum att kontakten är tvådimensionell och inte tredimensionell, vilket påverkar upplevelsen av djup och storlek (Leigh & Charles, 2000).

Trots vissa skillnader mot det terapeutiska mötet öga mot öga i rummet, bedöms denna behandlingsform vara på frammarsch. Den undersöks och utvecklas aktivt världen över p.g.a. tillgänglighetsmöjligheter och dess kostnadseffektivitet. Detta har gjort att efterfrågan på specifik kunskap i denna form av samtal har börjat uttryckas. Man menar att denna form av behandling kräver viss typ av specialistkunskap, t ex hur man ska röra sig och tala för att inte störa interaktionen (Capner, 2000).

3.3. Verksamma faktorer vid traditionell terapi

3.3.1. *Ramen*

Antagandet om att det finns en del i vårt psyke som är omedvetet, är specifikt för psykodynamisk psykoterapi. Man tror att vårt omedvetna är minnen som vi antingen trängt bort p.g.a. att de är för obehagliga eller att de härstammar från så tidig ålder att vi inte kan minnas dem. Inom psykodynamisk terapi bedöms det omedvetna vara av vikt att se och förstå då det kan leda till omedvetna destruktiva processer. Genom alliansen till terapeuten kan processerna gestalta sig

och få en ny utformning. För att detta ska vara möjligt ser man inom traditionell psykodynamisk terapi att den terapeutiska ramen är viktig.

Först kommer rummet som en viktig del i ramen. Rummet blir det fasta, oföränderliga och skyddande som kan bära klientens berättelse. Därefter kommer överenskommelser om tider, kostnader och ledigheter. Det blir spelreglerna som bägge parter kommer överens om och behöver förhålla sig till. Överenskommelsen handlar om respekt och tillit för varandra. Om och när den bryts är det viktigt att fundera över om det står för någonting (Tallberg, 1998).

En tydlig ram är sålunda mer än en god förutsättning för resultatet, det är en viktig del i själva behandlingen enligt den psykodynamiska psykoterapeutiska traditionen. Ramen tillsammans med terapeutens närvaro erbjuder en hållande miljö där klienten tillsammans med terapeuten ska kunna utforska sitt inre, med visshet om att terapeuten kan stå ut med det. Begreppet "hållande miljö" myntades av D.W. Winnicott som menade att en hållande miljö är det som erbjuds när modern identifierar sig med sitt barn och anpassar sig till dess behov. Hon finns där oavsett vad barnet känner eller upplever. I och med kan det lilla barnet integrera delar i sig själv och utvecklas (Linderholm, 2002).

3.3.2. Alliansen

Alliansen mellan terapeut och klient, d v s den behandlingsrelation som finns mellan klient och terapeut har stor påverkan på resultatet för behandlingen. En god allians är inte bara det som gör att patienten vågar lita på relationen med terapeuten och berätta eller göra som denna säger. Den möjliggör också att relationen kan användas för att utveckla klientens strategier i livet (Holmqvist & Philips, 2008). Det är dock patientens upplevelse av alliansen som har betydelse för resultatet av behandlingen trots att kvalitén på alliansen till stor del vilar på terapeutens axlar (Johansson, 2006). För att få till stånd en god allians behöver terapeuten visa sig trovärdig, bekräftande, flexibel, intresserad, alert, avspänd, trygg respektfull och empatisk. Bidragande faktorer är terapeutens erfarenhet och kommunikationsförmåga. Förmågan att skapa en allians kan vara olika mellan terapeuter, vilket kan vara en större orsak till utfallet av terapi före metodval (Philips & Holmqvist, 2008).

3.3.3. Affekter som förändringsverktyg

Enligt Leigh McCullough (2003) bottnar vår psykiska ohälsa i ett undvikande av affekter som följs av en fantasi, ett minne eller ett icke önskvärt handlingsmönster. Våra affekter är medfödda men formas och regleras i den miljö vi växer upp i. Affekternas syfte är att vägleda oss individuellt och socialt. De ska dämpa oss eller aktivera oss till handling. Om vi t ex känner ilska ska det leda till att vi hävdar vår åsikt. McCullough kallar det en adaptiv affekt. Om vi däremot i vår historia möts av aggressivitet när vi visat ilska, finns risken att vi som vuxna har kvar det i

oss som en inre konflikt. Det kan då följas av vi blir rädda och drar oss undan när vi blir arga istället för att hävda vår rätt. Affekten blir då maladaptiv. Ilskan har inte längre en adekvat funktion som självhävdande utan blir obehaglig och dämpar oss. För att slippa känna det obehaget använder vi oss av försvar som minskar risken för att vi ska känna ilska.

Försvaren kan vara ett visst agerande eller en annan affektreaktion som gråt istället för ilska. Det här är oftast omedvetna processer. McCullough kallar det affektfobi och menar att på sikt leder detta till att vi inte kan leva enligt vår fulla potential. Istället utgår vårt emotionella liv utifrån maladaptiva affekter och de försvar som vi använder för att undvika känna. Hon menar att terapi av den anledningen bör fokuseras på affekterna. Genom att i terapirummet skapa en relation som kan jämföras med upplevelsen av en trygg anknytning ska patienten våga exponeras för sina känslor. Terapeuten ska uppmärksamma icke verbal implicit kommunikation d v s affekter som syns i kroppen, mimiken och som upplevs i rummet. Patienten ska bli hjälpt att känna igen affekterna och stegvis våga exponeras för dem. Genom det får patienten hjälp att våga känna dem och reglera dem så att det inte är så skrämmande (McCullough, 2003).

3.3.4. Spegelneuroner

Spegelneuronens upptäckt gav oss förståelse hur vi läser av människor vi möter och för att känna av deras inre tillstånd. Det är något som är nödvändigt för ett framgångsrikt affektarbete och ger möjlighet för att erbjuda en hållande miljö. Spegelneuroner är en nervcell i hjärnan som man idag har hittat i pannloben och under andra halvan av hjässloben. Den avger nervimpulser både när personen själv och andra utför en handling. På så sätt ”speglar” den andras handlingar och gör att vi känner av den andres inre känsla och intention i handling. När någon sträcker sig efter ett glas kan vi förutsäga att det är glaset som personen ska ta. Ett leende eller en tår från någon annan känns och registreras i oss. Processen är omedveten och för oss samman (Nilzén, 2008).

3.3.5. Tydligt sammanhang

Rolf Sandell (2004) lyfter sammanhangets betydelse när han ger sig in i debatten avseende vilken av olika terapimetoder som är bäst. Han menar att terapeutens egen tro på sin metod och utifrån det en förmåga att skapa ett tydligt sammanhang är det som leder till ett gott resultat. Metoden är en överenskommen ritual som ska leda till förändring. Sandell hänvisar till de studier som visar att det är större skillnader avseende behandlingsresultat bland terapeuter som använder samma metod än mellan terapeuter som använder olika metoder. Patienter har en föreställning om vad denna behöver för hjälp och att det kan se så olika och därför behöver vi många varianter av terapiformer istället för att debattera vilken som är bäst.

3.4. Stödterapi, samtalsmetod vid ungdomsmottagning

En kurator vid ungdomsmottagningen arbetar med intention att "vara till nytta" för de unga som kommer på besök. Det finns flera sätt att vara till nytta, men inom ramen för arbetet som kurator vilar samtalen på en stödjande, vägledande och förtydligande nivå, så att unga människor får hjälpa att ta steget in i vuxenlivet. En definition av samtalsmetoden är "stödterapi" (Winston, Rosenthal & Pinsker, 2004). Det är en behandlingsform som har utvecklats utifrån psykodynamisk metod men med skillnaden att man inte analyserar processer utan istället använder man direkta åtgärder för att dämpa obehagliga symtom som t ex ångest eller destruktiva beteenden. Terapin fokuserar på att stärka självkänsla, psykiska resurser och adaptiva förmågor. I självkänsla ingår förmågan att känna hopp, självförtroende och att ta hand om sig själv. Psykiska förmågor är förståelsen av verkligheten och utifrån det göra adaptiva bedömningar av det som händer samt en reglering av den känslan som följer.

Viktiga instrument är precis som i all behandling en god allians som ska erbjuda uppmuntran, gränssättning, hållande, konfrontation av destruktiv beteende och understödja utveckling och växande. De eventuella "överföringar" som kommer fram under terapin, d v s känslor som klienten har i sitt nuvarande liv eller historiskt mot betydande personer i sitt liv och som i en terapi förs över på terapeuten, ska till skillnad mot psykodynamisk terapi inte analyseras utan istället ska terapeuten förhålla sig till dem. Genom att terapeuten visar t ex omsorg, intresse, respekt, kommer ihåg det som sagts och tar ansvar över ramen tillsammans med tilltro till ungdomens förmåga, stärks dennes tro på sig själv och därmed självkänslan.

4. Syfte

En pilotstudie som syftar till att undersöka möjligheten att erbjuda stödterapi vid ungdomsmottagningen i Haninge över Internet med program som möjliggör att man både ser och hör varandra i realtid.

5. Frågeställningar

Frågeställningar utgår ifrån teknikens påverkan på viktiga terapeutiska delar, som en hållande miljö, allians och affektarbete vilka alla behövs vid stödterapi på en ungdomsmottagning.

- Hur påverkar teknikvalen kvalitén på bild och ljudöverföringen?
- Kan en terapeutisk kontakt över Internet med bild och ljud i realtid skapa en upplevd känslomässig förändring hos deltagarna?

- Påverkar samtalsformen möjligheten för terapeuten att erbjuda ett ”hållande” under samtalen
- Hur påverkas möjligheten för terapeuten att se affekter hos deltagarna
- Kan kontakt över Internet med bild och ljud i realtid erbjuda en god allians

6. Metod

Utgångspunkten för studien är explorativ i syfte att belysa ämnet mer allsidigt än fördjupat eftersom Internet som kommunikationsmedel behöver förstås utifrån flera delar. Dels utifrån teknikens påverkan på bild- och ljud kvalitet och dels utifrån hur terapeutiska processen ter sig över Internet som behandlingsrum. Förhållningssätt är hermeneutiskt då helheten belyses samt för att terapeuten både ingår som en del i studien men även gör analysen. Studien vilar på en induktiv design utifrån att resultaten härleds ur deltagarnas och terapeutens egna upplevelser av samtalen.

Studien består både av en kvantitativ del i form av enkäter och också en kvalitativ del med standardiserade öppna frågor samt terapeutens egna reflexioner (Patel & Tebelius, 1987). Databaser som använts för att söka information om terapi över Internet är PsycINFO och PubMed.

6.1. Studiedeltagare

Mellan oktober och november 2009 erbjöds unga vuxna i Haninge, mellan 18-25 att få delta i studien. Information om studien presenterades till ungdomar på tre sätt.

1. Direkt till 4 ungdomar som av handläggare i kommunen bedömdes ha nytta av stödterapeutiska samtal.
2. Generellt via lappar som sattes upp på tre gymnasier i kommunen och vid ungdomsmottagningen (bil 1).
3. Genom bekanta till anställda vid ungdomsmottagningen

Sex ungdomar hörde av sig för att höra mer om studien. Ett första bedömningsamtal gjordes per telefon med ungdomarna i syfte att diskutera förväntningar och möjlighet att genomföra samtalen. Därefter följde ytterligare ett bedömningsamtal vid ungdomsmottagningens lokaler. I samtalet tydliggjordes exakt vad ungdomen förväntade sig och önskade ha stöd med. Behandlingsmetoden som erbjöds var stödterapi. De fick också en mer ingående presentation av studien. Slutligen presenterades möjliga deltagare av terapeut för ansvarig handledare över terapisaamtalen.

Bedömningskriterier var att deltagarna skulle ha förutsättningar att praktiskt genomföra samtalen tekniskt men också tidsmässigt. Vilket innebar att de skulle ha dator med Internetuppkoppling och webbkamera, mikrofon, hörlurar och vara tillgängliga för samtalen. Utöver det skulle de vara motiverade och ha ett tydligt mål med sin delaktighet. Det fick inte finnas risk för självska debeteende eller svårare problematik i form av suicidala tankar, stark ångest eller risk för psykos och inte heller missbruksproblematik. Det bedömdes också vara av vikt att deras förväntningar och mål med samtalen överensstämde med tiden som studien skulle pågå.

Av de sex, hade två hört om studien från en barnmorska vid mottagningen, en genom sin familjehemssekreterare och tre genom bekanta till anställda vid ungdomsmottagningen. En av de sex ångrade sig och gick inte vidare. En hade haft som plan att studera utomlands men valde att inte åka och fördrog istället att komma på samtal personligen. En bedömdes ha för svåra problem för studien och erbjöds istället personlig kontakt. De återstående tre var de tre som hört om erbjudandet genom bekanta. Det var tre kvinnor mellan 20-25 år. Vilka bedömdes alla uppfylla kraven för att få ingå i studien.

6.2. Kontrakt och ramar

Inledningsvis upprättades behandlingsmål för var och en av deltagarna.

Deltagare 1: Sökte finna ett annat förhållningssätt i relationer mot män. Hon beskrev sig vara allt för omhändertagande mot dem.

Deltagare 2: Sökte för att få mer förståelse för och insikt kring en sida hos sig själv som hon upplevde som destruktiv och hur hon skulle kunna hantera situationen bättre.

Deltagare 3: Befann sig i livskris p.g.a. av separation från långvarig relation samt bostadslös p.g.a. det och ville ha stöd att hantera denna kris på ett bra sätt.

6.3. Instrument vid datainsamling

Vid studien användes 4 mätinstrument. Deltagarna använde 3 av dem och terapeut 2.

Instrument 1 och 2 besvarades på förskrivna blad och lämnades med föradresserad kuvert och porto till deltagarna vid sista bedömingssamtalet på ungdomsmottagningen.

Instrument 3 fick deltagarna fick de och svarade på över mail.

Instrument 1) Formulär med graderad inställning som besvaras av deltagarna

I syfte att undersöka om Internet, trots distansen och kvalitén, kunde påverka deltagarnas känsloupplevelse och inte enbart blev en intellektuell kontakt utan känslomässig närvaro, användes ett frågeformulär med graderad inställning. Deltagarna fick gradera sin upplevda

psykiska hälsa från 0-100 före och efter varje samtal, där 0 var som sämst och 100 som bäst. Frågeformuläret utvecklades av terapeuten (bil 2).

Instrument 2) Enkät med svarsalternativ som rangordnas och besvaras av både deltagare och terapeut

Enkäten som användes ”upplevelsen av terapi” är en tänkt kortversion av alliansformuläret HAQ-II (The Revised Helping Alliance Questionnaire). Upphovsman är Bengt-Åke Armelius. Den enkäten ingår ofta som ett komplement till SCL-90 vilket är ett vanligt instrument vid kvantitativ kvalitetssäkring. Enkäten hade 16 graderade svarsalternativ och besvarades efter avslutad kontakt av både deltagare och terapeut (bil 3 & 4).

Instrument 3) Svar på standardiserade öppna frågor

Efter avslutad kontakt fick varje deltagare över e- mail, svara på vad de tyckt varit bäst respektive sämst med denna form av samtal.

Instrument 4) Löpande anteckningar av terapeut

Terapeuten skrev löpande anteckningar avseende hur teknikens kvalitet, möjlighet till hållande och upplevelsen av alliansen samt deltagarnas affekter och möjligheten att arbeta med dem. Slutligen beskrev hur den klinisk-terapeutiska situationen utspelade sig.

Tabell 2 Grafisk översikt gällande terapisesionerna och svarstid på mätinstrument.

	Terapiperiod	Antal sessioner	Inkommen Svar på Mätinstr 1	Delt. Svarade på Mätinstr.2	Terapeut Svarade på mätinstr 2	Inkommen Svar på Mätinstr 3
Delt. 1	2009-11-24 till 2010-02-04	10 x 45 min	2010-02-08	2010-02-07	2010-02-05	2010-02-23
Delt. 2	2009-11-24 till 2010-02-05	10 x 45 min	2010-02-24	2010-02-18	2010-01-29	2010-02-07
Delt. 3	2009-12-08 till 2010-03-05	10 x 45 min	2010-03-29	2010-03-24	2010-03-06	2010-03-24

Teknikval

Internetprogrammet som valdes att användas för samtalen var ”Skype” vilket är det vanligaste i terapeutiska sammanhang. Internetanslutning och val av kamera samt mikrofon/hörlur såg olika ut för varje deltagare och terapeut.

Tabell 3 Sammanställning av teknikval för varje deltagare och terapeut

	Internetanslutning	Kamera	Mikrofon/hörlur	Processor	RAM minne
Terapeut	Fast bredband 100 mbt/sek	Extern kamera, 1,9 megapixel (1600x1200 pixlar)	Extern headset	2,99 Ghz	504 MB
Delt. 1	Mobilt 3G Bredband	Inbyggd kamera	Inbyggd	2.00 Ghz	1983 MB
Delt. 2	Fast bredband 25 mbt/sek	Inbyggd kamera, 1,3 megapixel (1280x1024 pixel)	Inbyggd	2.40 Ghz	2 GB
Delt. 3	Fast bredband 25 mbt/sek	Extern kamera 1,2 megapixel (1280x960 pixel)	Inbyggd	1600 mhz	512 MB

6.4. Etiska överväganden

Som en följd av att videosamtal med Skype över Internet inte är en beprövad metod i Haninge kommun, påbörjades studien först när den var förankrad och godkänd av ledningsansvariga för ungdomsmottagningen som ett pilotprojekt.

Deltagarna fick muntlig information om undersökningens syfte och hur resultaten skulle presenteras. De fick information om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avsluta behandlingen, samt att deras personliga data skulle anonymiseras vilket gjorde att deras identitet var skyddad. Alla deltagarna erbjöds att få ta del av studien och även fortsatt kontakt eller hjälp till annan kontakt om det framkom sådant behov. Då det inte finns några speciella riktlinjer eller lagar avseende samtal över Internet med webbkamera och mikrofon,⁴ vilade samtalen på samma lagar som gäller vid samtal i rummet. Utifrån det togs hänsyn till Socialtjänstlagen (2001:453), Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) och Personuppgiftslagen (1998:204). Extra hänsyn togs till den sistnämnde då denna tillåter att en part spelar in samtalen utan att informera den andre. Utifrån det slöts ett muntligt avtal mellan deltagare och terapeut om att samtalen inte skulle spelas in

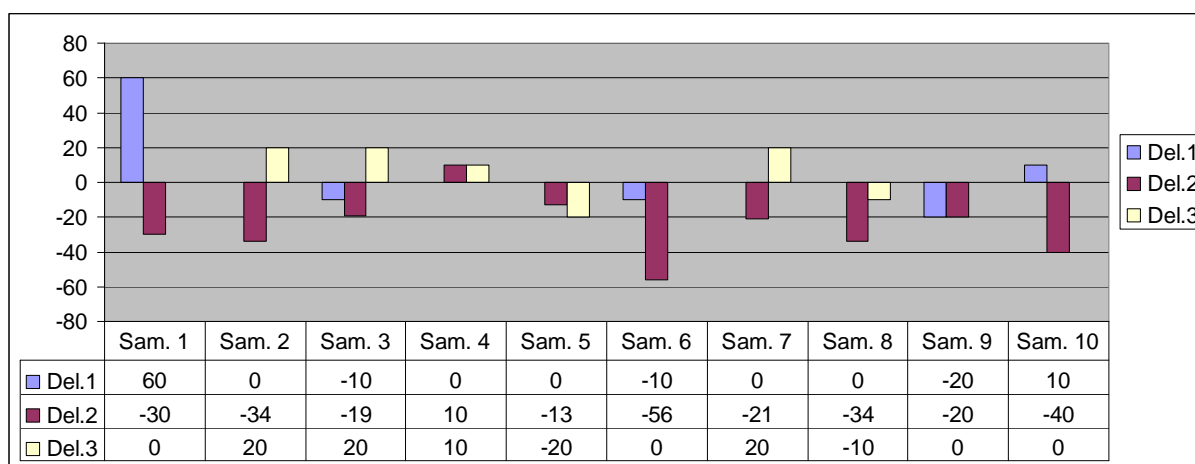
⁴ Näverfelt, C. chefsjurist vid Haninge kommun, muntlig kommunikation över telefon 2009-10-02.
Handläggare vid Socialstyrelsen. Muntlig kommunikation över telefon 2010-01-20.

7. Resultat

Resultatet presenterar utvärderingarna i två figurer. Den ena visar differensen på deltagarnas upplevda känslotillstånd före- och efter varje samtal. Den andre visar deltagarnas och terapeutens upplevelse av samtalsterapin på en graderad skala. Resultatet visas i sin helhet med tillägg av ett medelvärde. Utöver det presenteras deltagarnas skriftliga respons via e-mail på ”vad som varit bäst” och ”vad som varit sämst” med denna form av samtal. Svaren presenteras fullt ut, men har fördelats under olika teman som bedömdes vara lika av terapeut och framkom i svaren. Slutligen presenteras terapeutens egna reflektioner avseende tekniken och den terapeutiska interaktionen.

7.1. Deltagarnas känsloupplevelser före och efter samtal

Deltagarnas formulärsvår visar att den känslomässig förändring såg olika ut för alla deltagare.



Figur 1, Visar differensen mellan hur deltagarna skattade sitt upplevda psykiska mående positiv förändring eller negativ förändring, före och efter varje samtal på en skattningsskala från 0-100. Exempelvis hade deltagare nr 1 en skillnad på 60 i positivt mående i skattningssteg före och efter sitt första samtal. deltagare nr 3 glömde att fylla i formuläret vid samtal 1.

Deltagare 1: upplevda känslomässiga förändring var mindre än de övrigas men vid hälften av gångerna mättes hennes förändring med minst 10 graderingssteg och det första samtalet visade hela 60 stegs förändring.

Deltagare 2: var den som upplevde sitt känslotillstånd mest påverkat av alla deltagare. Hennes känslomässiga förändring följde med i stort sett under hela samtalsserien.

Deltagare 3: var under samtalstiden mycket påverkad av sin livssituation och uttryckte flera gånger att hon hade svårt att överhuvudtaget känna någonting. Detta märktes även i hennes känslogradering som visade på en mycket liten förändring, speciellt i slutet av perioden.

7.2. Deltagarnas och terapeutens upplevelse av samtalsterapi

Deltagarna och terapeut markerade upplevelsen av samtalen efter avslutad kontakt utifrån sex påstående med tillhörande siffra.

-3	Nej, jag känner starkt att det inte stämmer
-2	Nej, jag känner att det inte stämmer
-1	Nej, jag känner att det antagligen inte stämmer eller att det är mer osant än sant
+1	Ja, jag känner att det antagligen stämmer eller är mer sant än osant
+2	Ja, jag känner att det stämmer
+3	Ja, jag känner starkt att det stämmer

Svarsresultat

	D1	T	D2	T	D3	T	MD	MT	
F1	3	2	2	1	3	3	2,7	2,0	Jag tycker att terapin har hjälpt mig.
F2	3	2	2	1	3	3	2,7	2,0	Jag tycker att terapeuten har kunnat hjälpa mig.
F3	3	2	3	2	3	3	3,0	2,3	Jag tycker jag ha fått lite ny förståelse.
F4	3	1	1	2	1	2	1,7	1,7	Jag känner mig bättre efter terapin.
F5	2	1	-1	1	-2	1	-0,3	1,0	Jag tycker att jag har kunnat reda ut mina problem.
F6	3	2	3	2	3	3	3,0	2,3	Jag känner att jag har kunnat lita på terapeuten.
F7	3	2	2	2	3	3	2,7	2,3	Jag har känt att terapeuten har förstått mig.
F8	3	2	2	2	3	2	2,7	2,0	Jag har känt att terapeuten velat att jag skulle få ut något av diskussionen.
F9	3	1	1	1	3	3	2,3	1,7	Jag har känt att jag arbetat tillsammans med terapeuten mot samma mål.
F10	3	2	1	2	2	2	2,0	2,0	Jag tycker att terapeuten och jag har haft likartade idéer om hur problemen såg ut.
F11	2	1	1	1	-3	3	0,0	1,7	Jag känner nu att jag kan klara mig bättre på egen hand.
F12	-2	-2	-2	-2	-3	-3	-2,3	-2,3	Jag tycker inte att denna form av behandling passat helt för mina behov.
F13	3	1	2	-1	2	-1	2,3	-0,3	Jag anser att de problem som jag sökte för har förbättrats med hjälp av terapin.
F14	3	2	2	-1	2	1	2,3	0,7	Jag anser att mina besvär har förbättrats på grund av terapeutens önskan att hjälpa mig.
F15	3	1	2	1	3	3	2,7	1,7	Jag tycker att vi under terapin har hittat ett sätt att samarbeta.
F16	-2	-2	-3	-2	-2	-2	-2,3	-2,0	Jag tycker att terapeuten har haft vissa sätt att förhålla mig till mig som försvårat diskussionen.
M	2,8	1,6	1,8	1,3	1,9	2,3	2,1	1,7	

Figur 2 visar en sammanställning av deltagarens (D) upplevelse av samtalen och terapeutens (T) uppfattning om hur deltagaren upplevt samtalen och ett medelvärde på alla deltagares (MD) svar samt terapeutens (MT) svar på en och samma fråga. (+) tecknet är inte utskrivet i presentationen, bara (-) tecknet, för medelvärdet (M) har fråga F12 och F16 värden omvandlats till positiva svar då frågan är ställd som en negation.

Enkätsvaren visar på övervägande positiv erfarenhet av samtal i denna form. Alla tre deltagare låg i genomsnitt högt i sin gradering av hur de upplevt samtalen.

Överlag ligger terapeuten lägst i sin bedömning av hur deltagarna upplevt samtalen i jämförelse med deltagarna själva. Det gäller framförallt i frågor som rör resultatet och vilken hjälp deltagarna har fått. Dock ligger även hon övervägande på den positiva sidan, framförallt rörande alliansen.

- De tre deltagare bedömde att formen för samtalen passade deras behov bra (fråga 12).
- Alla deltagare skattade högt på frågor kring tillit terapeut (fråga 2, 6,7,8,9,10, 14,15 och 16) förutom deltagare 2 som legat högt på många frågor men och inte lika högt som de andra två deltagarna. Något som även speglas i terapeutens uppfattning av hur deltagare 2 upplevt samtalen.
- Deltagarna och terapeut kände inte att påståendet; ” att denna form av samtal inte passade deras behov” stämde. En av deltagarna kände även att det inte stämde alls.
- Deltagarna bedömer att deras besvär förbättras vilket terapeut inte instämmer i (fråga 13).
- Det som deltagarna skattade som lite lägre var om de kunnat reda ut sina problem (fråga 5). Det var något som deltagare 3 skrev en extra kommentar om ”Tiden var för knapp men det kommer bli bra tack vare detta”

Hon skrev även kommentarer vid fråga 3 där hon skrev till insikt, fråga 4

”När jag har tagit tag i de jobbiga kommer det kännas bra +3”,

Fråga 9 ”hon har fått mig att göra mål vi strävar efter”,

fråga 11 ”kommer göra sen. Vara mer självsäker/självständig+3”

och slutligen fråga 13 ”hittat problemet”.

7.3. Bäst och sämst med samtalen enligt deltagarna

De tre deltagarna fick efter avslutad kontakt svara på två standardiserade öppna frågor via e-mail angående vad som var bäst respektive sämst med den här formen av samtal. Allt som skrevs i svaren presenteras men klippts in som citat under sammanfattande teman.

Bäst med samtalen;

Hemmiljön skapade trygghet

Deltagare 1: ”Jag tycker det var positivt att man kunde vara hemma, men ändå prata med, i det här fallet, dig”

Deltagare 2: ”Det är mycket smidigt att ta allt via webcam. På vissa sätt kan man säkert vara tryggare i sin hemmiljö och på så vis mer öppen och villig att prata.”

Deltagare 3: ”Sen så tycker även ja att de va skönt för de va inte en helt främmande miljö man satt i utan de va en slags trygghet med eftersom man va hemma.”

Hemmiljön skapade möjlighet för fortsatt processande

Deltagare 3: ”Det som ja tyckte va toppen av berget va att man efteråt kunde behålla sina känslor och inte behöva lägga de åt sidan för att man måste ta sig hem. Man kunde börja bearbeta det man gått igenom på en gång och de gjorde att man inte missade något.”

Distansen gav modet att öppna upp

Deltagare 1: ”Och personligen så tycker jag att det är enklare att prata över webbcam än i ett rum öga mot öga!”

Deltagare 2: ”Avståndet gör att man känner sig lite mindre sårbar och på så vis kanske många människor öppnar upp sig mer”

Deltagare 3: ”Trots att man va på olika platser så kändes de inte under samtalet. Men samtidigt så var de lättare att öppna sig då man kunde ta på personen. Den va bara närvarande som ett slags stöd. Som en hjälpande hand som kom in”

Sämst med samtalen;

Kvalitén på ljud och bild kunde störa

Deltagare 1: ”Något negativt... det enda är att ljudet hackade och att man måste vara mer uppmärksam så man inte missar något, men som sagt, jag har segt Internet. Och bilden var ju inte heller så bra, men jag tyckte att det också gjorde att man kunde öppna upp sig lättare, men jag vet inte jag!”

Deltagare 2: ”Känslomässigt "finlir" såsom små ansiktsuttryck och rörelser kan lätt missas eller rentav döljas eftersom webcbilden är lite suddig och fördröjd. En stor del av den sociala interaktionen går förlorad. Patienten eller vad man nu ska säga, kan alltså undanhålla känslor om han eller hon så vill.”

Hemmiljön gav inget miljöombyte

Deltagare 2: ”Dessutom skulle det nog i mitt fall ha varit skönt att få komma iväg ibland! Vid tillfällen då jag har varit sur, arg och/eller irriterad skulle kanske min sinnesstämning avhjälpas vid ett miljöombyte. Det får vi aldrig veta eftersom jag suttit hemma i samma miljö hela tiden.”

En av deltagarna upplevde inget negativt.

Deltagare 3: ”Jag har inte kommit på något som va negativt...Verkligen inte”

7.4. Terapeutens reflektioner

Anteckningar skrevs under alla sessioner men då anteckningarna går att knyta till relationen mellan terapeuten och varje deltagare, presenteras terapeutens reflektioner under teman. Detta för att minimera risken för att de ska väcka obehag hos deltagarna efter avslutad kontakt, förutom ljud- och bildkvalitén som redovisas i anknytning till deltagare.

Terapeuts upplevelse av kvalitén på ljud - och bildkvalitén

Kvalité på bild och ljud med deltagarna;

Deltagare 1: Bilden kunde under samtalet frysa vid ett par tillfällen och under den tiden varken såg eller hörde man något. Utöver det var bilden inte så skarp utan hade en kornighet över sig.

Deltagare 2: Bild och ljud var tydligt. Det förekom några avbrott i bild och ljud men väldigt sällan.

Deltagare 3: Bilden var överlag bra men kunde vid några tillfällen vara otydlig och något gång frysa tillsammans med ljudet.

Sammanfattningsvis framkommer att teknikvalen är av vikt för att få bästa bild- och ljud överföring. När teknikvalen var sämre så förekom vissa störningar som hack i ljudet och en viss kornighet i bild. Bilden kunde även frysas någon sekund. Framförallt hos deltagare 1 som hade bärbart bredband. Även deltagares 3 bild var sämre, vilket kan förklaras med kvalitén på Internetanslutningen. Deltagare 2 som hade bäst teknikval följdes av minst störningar i bild- och ljudöverföringen. Oavsett teknikval så försvann skärpan ett tag om vid för hastiga rörelser. Vid första samtalet använde terapeut inbyggd mikrofon och hörlur därefter byttes de ut mot extern hörlur och mikrofon vilket följdes av en kvalitetshöjning i ljudupptagningen. Utöver Internetanslutningens kvalitet var belysningen viktig för att tydligt se mer finmotoriska fysiska ansiktsreaktioner under samtalet. Normal rumsbelysning utan bakgrundsbelysning var det bästa. Med bakgrundsbelysning kom ansiktet i skugga.

Terapeutens upplevelse av teknikens påverkan på samtalet och möjlighet till hållande miljö

Terapeuten upplevde att det var svårare att förmedla och känna ett hållande över Internet i den form som denna är van vid. Avsaknaden av sin egen fysiska gestalt och det man genom sin kroppsliga närvaro kan förmedla blev ganska kännbart. Istället blev det av viktigt att verbalt gestalta närvaron genom ord och tonfall t ex ”*Jag blir alldeles stel när du berättar de där*” och ”*Jag sitter här och funderar över vad det innebär*”. När terapeuten uttryckte detta blev även upplevelsen av hållande starkare när deltagaren berättade något känsloladdat. Likaså blev

känslan av hållande bättre desto säkrare terapeut blev avseende teknik och samtalsformen. Vilket märktes genom att terapeuten blev lite modigare i att våga lyfta ämnen som krävde mer hållande. När två av deltagarna grät och tyckte det var svårt fann terapeuten att ramen som erbjuds över Internet var tillräcklig för att förmedla närhet.

Terapeutens upplevelse av teknikens påverkan på alliansen

Trots den korta tid som behandlingstiden pågick upplevde terapeuten att en allians kom till stånd. Relationen kunde bära både ett missnöje vid ett tillfälle och tillit nog för att deltagarna vågade berätta sin historia och följa terapeutens vägledning. En berättade något som hon aldrig tidigare vågat prata om men i denna form vågade hon. Alla tre gjorde även de uppgifter som kom överens om i samtalen.

Terapeutens upplevelse av hur tekniken påverkar möjligheten att se affekterna hos deltagarna

Terapeutens upplevelse var att det gick att uppfatta affektuttrycken visuellt men med anledning av bildkvalitén och storlek på bild blev det svårare. Bilden kan inte förmedla samma små skiftningar i ansiktet som det går att uppfatta i rummet. Man ser inte heller hela kroppen och missar då affektuttryck som kan synas i fotrörelser etc. När terapeuten blivit mer van med samtalsformen flyttades dock uppmärksamheten från den informationskälla som hon var van vid att uppmärksamma affekter på, d v s ansiktsmimik och kroppsspråk och lyssnade mer till ton och val av ord. Efter hand blev det lättare att uppfatta affekter som signalerades i ansiktet då terapeuten blev mer van vid bilden som kommunikationsrum. Även det att terapeuten slutade intellektuellt leta affekter och istället känna av inuti sig själv underlättade kommunikationen.

Terapeutens upplevelse av den klinisk-terapeutiska situationen

Upplevelsen av den klinisk-terapeutiska situationen var att den var annorlunda, inte sämre men annorlunda. Det var ganska uppenbart att alla deltagare kände sig trygga i sina hem vilket följdes av ett avslappnat möte. Det var snarare terapeuten som kunde känna sig vilsen emellanåt när något störde utanför ramen och som terapeuten inte kunde se, t ex när en katt hoppade förbi eller telefoner ringde. Det blev störningar som gjorde att terapeuten för ögonblicket fick en känsla av att tappa närvaron och behövde tid för att återigen fokusera. Samtidigt kunde dessa avbrott följas av en lättnad hos deltagaren. Upplevelsen hos terapeuten var att lättnaden berodde dels på att fokus från det svåra släpptes ett tag samt att terapeuten förlorade kontrollen. Terapeuten uppfattade även att affektarbetet blev lite annorlunda. I rummet är det lättare att känna av vad en klient känner och då följa med i känslprocessen. Över Internet var det svårare att vägleda

klienten utifrån en inre känsla, utan vägledningen blev mer intellektuell, framförallt i början. Det var både positivt och negativt. Positivt då deltagaren fick mer kontroll att söka efter och känna av själv. Negativt då deltagarna ibland inte gick så långt som terapeuten upplevde skulle vara bra. Motståndet till att gå vidare i en fråga, eller i utforskandet av en affekt var svårare för terapeuten att hantera eftersom deltagarna i sin trygga miljö och i detta forum, enkelt kunde röra sig lite extra så blev bilden suddigare. Samtidigt innebar det att de hela tiden hade egen påverkan vilken också skapade en trygghet ett mod. Atmosfären upplevde terapeuten som varm och genuin. Upplevelsen för terapeuten var att alla deltagare kände av en omsorg från terapeuten.

Övriga praktiska faktorer som påverkades av tekniken

Ögonkontakten var svår att uppnå då kameran inte kunde vara i synfältet eftersom det då skymde bilden.

Vid mötet över Internet fanns en osäkerhet om hur man skulle göra om den ena partner inte var inloggad på "Skype". Detta löstes genom överenskommelse kring rutiner avseende telefonkontakt innan eller om man blev försenad, alternativt att efter en viss tid så loggade även den andre partner ut sig.

Att samtalen utgick ifrån deltagarnas hem upplevdes som övervägande positivt. Dels utifrån trygghetsaspekten något som kom upp i samtalen men också tidsmässigt då de inte behövde ta sig någonstans eller passa busstider. En period då SL:s lokaltrafik nästan låg nere kunde samtalen fortsätta ändå. Emellanåt kunde dock hemmiljön vara störande om det ringde på dörren. Någon kom hem som inte väntades hem eller en katt fladdrade förbi och drog ner en kopp.

Andra faktorer som kunde störa var om deltagaren var uppkopplad på "MSN" under samtalen. Det är ett liknande kommunikationsprogram som "Skype". Med det programmet uppkopplat pågick ständigt en "chattkontakt" med andra under tiden, även om de inte svarade så kontaktade vänner dem med frågor.

8. Diskussion

Förekommnen studie syftar till att undersöka möjligheten att över Internet med videosamtal via Skype, erbjuda stödterapi vid Haninge ungdomsmottagning, En behandlingsform som ännu är i sin linda i Sverige men ganska omfattande i andra delar av världen. Då terapiformen är en hybrid mellan traditionell behandling ansikte och ansikte och Internets tvådimensionella värld med egna villkor, bedömde jag att det var viktigt att utgå ifrån flera parametrar. Dels teknisk påverkan på kommunikation över Internet och dels utifrån den kunskap vi har om några av de faktorer vi vet påverkar vid traditionell terapi utifrån psykodynamisk grund. De faktorer jag bedömde vara intressanta utifrån Internet som behandlingsarena var ramen och dess påverkan på en hållande miljö, alliansen och möjlighet till affektarbete. Dessa tre faktorer kom sedan att undersökas i skenet av det kommunikationsrum som Internet kan erbjuda.

8.1. Resultatdiskussion

Vikten av rummet och terapeutens fysiska närvaro är delar av ramen som bedöms som viktigt för att erbjuda en hållande miljö enligt traditionell psykodynamisk psykoterapi. Men kan ett terapeutiskt möte över Internet ge samma grund för en hållande miljö när varken rummet eller terapeutens närvaro är densamma?

Internet har tjänster som kan nyttjas som virtuella mötesrum i olika skepnader. De kan användas var för sig eller tillsammans vilket gör att mötesrummet blir flexibelt utan att egentligen finnas fysiskt. Vi väljer formen och hur vi ska uttrycka oss genom det, men vi kommer inte ifrån teknikens påverkan på kommunikationen. Antingen i tiden eller i dimensionen, något jag och deltagarna fick lära oss och förhålla oss till. Tekniken, Internets ljud och bild visade sig vara transparent för rummet. Rummet blev istället det som deltagarna satt i, deras hem. Det var det som gav dem trygghet. Jag som terapeut fick genom mina ord och tonfall försöka kliva in i det. Den befarade upplevelsen av att distansen skulle försvåra, verkade mest bekymra mig, vilket syns i mina enkätsvar och reflektioner. Deltagarna däremot beskriver hur distansen var det som gjorde det möjligt att våga öppna upp och komma nära. Det är också ett resultat som har rapporterats i tidigare studier.

Det var jag som blev vilsen när jag inte kunde använda en del av mina vanliga arbetsredskap som t ex att genom min fysiska närvaro förmedla en hållande miljö. Istället fick jag med ord uttrycka min fysiska närvaro och beskriva mina uttryck. ”*Jag blir alldeles stel när du berättar det där*”, ”*Jag sitter här och funderar över vad det innebär*” etc. Vilket visade sig fungera och min fysiska gestalt kunde befinna sig i deltagarnas rum.

När ramen finns i terapin kan affekterna få utrymme. McCullough beskriver att en terapi bör utgå ifrån känslorna och dess påverkan på våra liv. Så förutom ramens gestalt ville jag även utforska om kontakten över Internet kunde följas av att deltagarna upplevde en känslomässig påverkan. Varje deltagare fick därför gradera sitt känslotillstånd före och efter varje session. Deltagare 2 visade på större skillnad i sin affektupplevelse före och efter samtalen, än deltagare 1 som också hade en högre känslöförändring i början och därefter mattades effekten av. Ändå var deltagare 1 mycket mer nöjd med samtalsformen som helhet än deltagare 2. Den som var mest nöjd var deltagare 3 och hon hade minst känslomässig förändring. En tolkning av detta kan antingen utgå ifrån att det handlar om en individuell skillnad i hur personerna till vardags responderar på intryck eller att forumet inte erbjuder så stor känslöförändring. En annan tolkning kan vara att deras affekter var på ytan hela tiden och en förändring inte var att rekommendera då svallet kunde bli för stort. Resultatet är svårtolkat och svarar egentligen inte på frågan. Däremot var min upplevelse att alla deltagare var känslomässigt närvarande och deltagarna både grät och var arga under sessionerna. Jag som terapeut kände dock att min möjlighet att se och notera affekterna hos deltagarna inte var av lika god kvalitet som det som går att uppnå i ett traditionellt samtalsrum. Det var svårare att uppfatta affektskiftningarna över bild än i rummet. Framförallt när deltagare hade sämre Internetanslutning och webbkamera, varför teknikvalen kom att påverka.

Svårigheten gjorde att jag försökte intellektuellt notera affekter istället för att också känna av inåt och använda mig av mina spegelneuroner. Det gjorde att jag till en början kunde vara lite känslomässigt frånvarande, tills jag blev mer van med videosamtalen och inte bara försökte förlita mig på det jag såg utan också vad jag kände inuti. Även om affektarbetet var svårare att uppnå påverkades inte alliansen av Internet som mötesplats. Alliansen, den behandlingsrelation som finns mellan terapeut och klient har i flera studier visat sig vara av vikt för utfallet av terapin. En allians ska inte bara erbjuda en tillitsfull relation utan också vara det instrument som man kan träna relationer på. En bra allians ska klara avbrott för att sedan kunna repareras igen. Frågorna i enkätsvaren och mina egna reflektioner visar generellt på mycket goda resultat avseende alliansen. Alla deltagare har hög gradering av upplevelsen av att terapeuten vill dem väl och förstår dem.

Sammanfattningsvis visar studien på mycket goda resultat även om samtalsformen har andra villkor än traditionell terapi där man sitter fysiskt i samma rum, villkor som har sina för- och nackdelar. Behandlingsresultatet kan försämrats då parterna inte möts fysiskt i samma rum och av störningar i kommunikationen på grund av teknikens begränsningar men det kan också vara till

godo, vilket visade sig i den här studien då deltagarna upplevde att de vågade tala mer än om de varit i samma rum som terapeuten. Av den anledningen är det av vikt att man ser detta forum både utifrån begränsningar men också möjligheter och använder sig av dessa istället för att se dem som hinder. Det som upplevs som hinder får man istället skapa andra verktyg för att komma förbi.

Jag bedömer att studiens resultat öppnar upp för ytterligare en arena för ungdomsmottagningen att vara tillgänglig på. Speciellt då vår målgrupp är ungdomar, en grupp som redan är hemtam i Internets virtuella värld. Så länge alla är överens om kontexten så kan man överbrygga de hinder som teknikens begränsningar kan följas av, eftersom vinsten är tillgänglighet och för några, att ens våga öppna upp.

8.2. Metoddiskussion

Giltighet/Validitet

Studien är mycket liten i sin omfattning vilket försämrar giltigheten i resultatet och en försiktighet bör noteras vid resultatanalysen. De som anmälde sig till studien var alla motiverade och en ganska homogen grupp. Alla var unga kvinnor i ungefär samma ålder med god verbal och analytisk förmåga. Detta till trots bedömer jag att det går att ana en tendens utifrån resultaten om en god prognos för stödterapi i denna form.

Genom att redovisa de kvalitativa öppna frågorna tillsammans med citat och visa alla svar på den kvantitativa enkätsvar och graderingssvar hoppas jag kunna öka läsarens möjlighet att bedöma giltigheten i analysen. Andra val som gjordes för att öka giltigheten var att främst välja en kvantitativ ansats för att minska interaktion och påverka resultaten mindre då jag förutom att vara terapeut, även var den som tolkade resultaten. För att öka giltigheten ytterligare fick deltagarna svara på de öppna frågorna via e-mail för att de skulle vara friare att svara på frågan.

Tillförlitlighet/Reliabilitet

Mätinstrument som användes för att se om det deltagarna upplevde en känslomässig förändring var ett frågeformulär med graderad inställning från 0-100. En känsla är i stunden och kan i efterhand vara svår att komma ihåg. Av den anledningen ville jag använda mig av ett mätinstrument som kunde nyttjas direkt. Det fick inte heller vara för svårt utan skulle vara enkelt för deltagarna att använda. Det finns dock flera saker som gör att man bör fundera över tillförligheten i detta mätinstrument eftersom en affekt är svår att tolka om man inte samtidigt intervjuar deltagaren om vad svaret innebär.

Att mäta ett känslotillstånd är mycket individuellt och en liten gradskillnad hos en person kan betyda mer än ett stort kliv för en någon annan. T ex så kan stabiliseringen av känsloupplevelsen som deltagare 1 visade, innebära att hon som person har mindre känslöförändringar till vardags och att första gångens mätning, med hög skillnad före och efter samtalet, visade en extrem nervositet som följdes av en naturlig stabilisering. Eller så kan det visa att hon alltid har kraftiga känslomässiga förändringar men samtalsformen dämpade dem. Av den anledningen bör nog tillförlitligheten utifrån detta mätinstrument bedömas som lågt.

Det andra mätinstrumentet, enkät med 16 graderade frågor avseende upplevelsen av samtalen, är en kortversion av alliansformuläret HAQ-II. Ett instrument som är vanligt att använda som komplement till SCL-90, ett vanligt förekommande instrument vid kvantitativ kvalitetssäkring. Det används dock i sammanhang när man möts i samma rum vilket gör att reliabiliteten kan hotas när den nyttjas i denna form. Trots det anser jag att tillförlitligheten ska anses vara god då jag bedömer att frågorna går att överföra till detta forum. Efter avslutad kontakt fick varje deltagare över e- mail, svara på vad de tyckt varit bäst respektive sämst med denna form av samtal. Slutligen kom mina egna reflektioner bli viktiga för bedömning av hållande och möjlighet att se affekter hos deltagarna. För att se en eventuell utveckling fördes anteckningar under alla samtal. Det blir naturligtvis en konflikt när den som analyserar ett resultat även skriver det. Men då det inte fanns förutsättningar för att en tredje person kunde intervjua deltagaren eller verka som terapeut gick det inte att komma ifrån denna form av resultatbeskrivning. Jag har dock försökt vara så direkt som möjligt i mina anteckningar och utifrån det noggrant redovisa, om än i en annan form för att inte deltagarna skulle känna igen sig, varför jag skattar tillförlitligheten som god.

Överförbarhet/generaliserbarhet

Avseende generaliserbarheten i tid och rum behövs det mer kontrollerade större studier. Jämförelsematerialet behöver bli mer omfattande både avseende deltagare och terapeuter.

Förslag på vidare studier

För att inte bli kvar utanför den värld som för den yngre generationen är en del av verkligheten bör även vi behandlare träda in och bli en faktor att räkna med i den virtuella världen. Men det är en annan värld med andra kommunikationsvägar varför ny kunskap är viktig. Studier som jag ser i en framtid kan vara viktiga att titta på olika är målgrupper och åldrar. Från vilken ålder kan denna form av samtal vara till nytta? Vilka är de speciella faktorer man bör ta hänsyn till vid denna form av samtal?

9. Referenser

- Abbott, J-A., Klein, B., Ciechomski, Lisa.** (2008). *Best Practices in Online Therapy*. Journal of Technology in Human Services, 26:(2/4)
- Barnett, J. E., S, K.** (2003). *Tecnological advances and telehealth: Ethics, law, and the practice of psychotherapy*. Theory, Theory, Research, Practice, Training, 40:86-93
- Capner, M.** (2000). *Videoconferencing in the provision psychological services at a distanse*. Journal of Telemedicine and Telecare, 6:311-319
- Crafoord, C.** (2002). *Det överraskande mellanområdet*. Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie 5:13-27
- Fosha, D.** (2000). *The transforming power of affect. A model for accelerated change*. Basic Book, New York.
- Jerome, L. W., Zaylor, C.** (2000). *Cyberspace: Creating a therapeutic environment for telehealth applications*. Professional Psychology: Research and Practice. 31:478-483.
- Johansson, H.** (2006). *Therapeutic Alliance in General Psychiatric Care*. Lunds universitets publikationer.
- Kourosch, D.** (2009). *Internet Interaction: the Effects on Patient´s Lives and Analytic Process*. J Am Psychoanal Assoc 57:979
- Lindgren, O., Folkesson, P., Almqvist, K.** (2009). *Psykoterapins g-faktor*. Läkartidningen, 37: 2285–2288
- McCullough, L. et al** (2003). *Treating affect phobia. A manual for short-term Dynamic psychoterapy*. The Guilford press
- Nilzén, R.** (2008). *Teorin om spegelneuron förklarar förmågan till empati*. Läkartidningen 32:2193-2195
- Olsson, Silas.**(2006). *E-hälsa inom EU. Från forskning till policy*. Läkartidningen 15:1197-1201
- Patel, R. & Davidson, B.** (1991). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Studentlitteratur.
- Patel, R., och Tebelius, U.** (1987). *Grundbok i forskningsmetodik. Kvalitativ och kvantitativt*. Studentlitteratur
- Philips, B., och Homqvist, R.** (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi ?* Liber
- Sandell, R.** (2004). *Teknik eller relation? Kritiska faktorer i psykoterapi*. Läkartidningen 101:1418:22
- Simpson, S.** (2009). *Psychotherapy via videoconferencing: a review*. British Journal of Guidance & Counselling. 37:3, 271-286
- Tallberg, T.** (1998). *Innanför ramen: affekter och känslominnen*. Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie 2:1-27

Winston, A. Rosenthal, R. Pinsker, H. (2004). *Introduktion to Supportive Psychotherapy*. New York: American Psychiatric Publishing, Inc.

Ylander, F. (2002). *Donald Woods Winnicott en biografisk introduktion*. Svenska psykoanalytiska föreningens skriftserie 5:1-12

9.1. Muntliga källor

Granberg, Richard IT-entreprenör 1992-2006, muntlig kommunikation 2009-12-01

Kaldo, Viktor. leg. Psykolog, Internetpsykiatrienheten, muntlig kommunikation via telefon, 2010-02-25

Lundborg, Wilhem. Produktchef vid Skype, muntlig kommunikation via Skype, 2009-01-23

Näverfelt, Christer. Chefjurist vid Haninge kommun, muntlig kommunikation via telefon, 2009-10-02.

Handläggare vid Socialstyrelsen, muntlig kommunikation via telefon 2010-01-20

10. Bilagor

10.1. Samtal via webbkamera



Att vara ”ung vuxen” innebär för många att ta ett steg i vuxenvärlden och som inte alltid är så lätt att ta. Kraven är höga och mycket ställs på sin spets under denna tid.

En del av det som händer under den här tiden kan vi behöva prata med andra om.

Många gånger så vänder vi oss till vänner eller familj. Men några gånger räcker det inte riktigt till och då är det kan vara en ide att prata med någon utifrån.

I Haninge kommun finns ungdomsmottagningen som många vänder sig till då, men för en del är det steget för svårt då man inte känner sig riktigt bekväm i att gå till en kurator.

Som bakgrund till finns nu erbjudandet om att få möjligheten att ha coachning/stödsamtal via webbkamera. Samtalen är naturligtvis gratis och är en serie på 10 ggr.

Jag ska under hösten undersöka om det går att ha samtal via webbkamera och om det är något som går att utveckla mer.

Om du är över 18 år, har tillgång till webbkamera och tror att du skulle kunna ha nytta av det, så hör av dig till mig.



Maria Granberg

Kurator, ungdomsmottagningen

maria.granberg@haninge.se

08-606 79 06

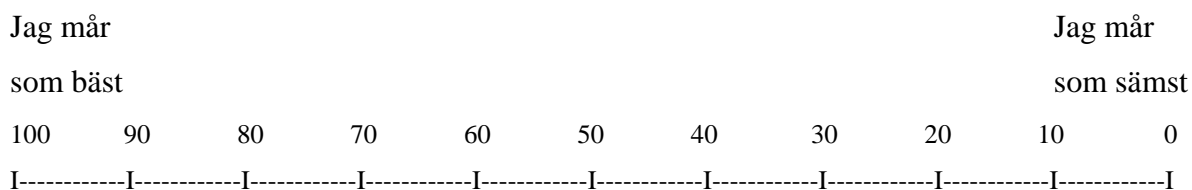
10.2. Frågeformulär Deltagares känsloupplevelse

Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt du mår, finns den här termometer liknande skala längst ner på sidan. Längst till vänster markeras det bästa man kan må med 100 och till vänster det sämsta man kan må med 0.

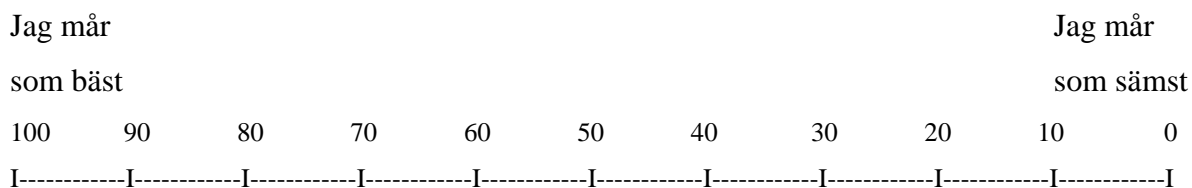
Jag vill att du på den här skalan markerar hur du mår just i stunden, före och efter samtalen. Gör det genom att sätta ett kryss någonstans på skalan som visar hur du mår.

Samtal 1

Före:

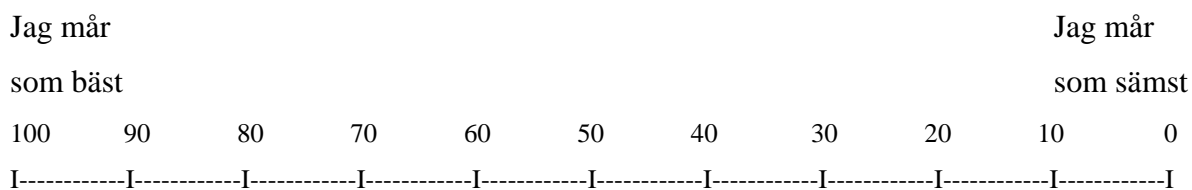


Efter:

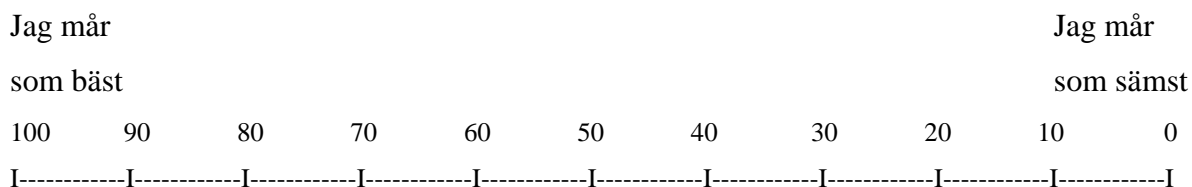


Samtal 2

Före:



Efter:



10.3. Frågeformulär 2 Deltagares upplevelse av samtal

Datum:.....

kod

nr:.....

FRÅGEFORMULÄR FÖR UPPLEVELSEN AV SAMTALSTERAPIN [i slutet]

Patienten ska svara på frågorna

Nedan finns ett antal frågor om hur du som patient har upplevt terapin och terapeuten.

Markera varje påstående utifrån hur starkt Du känner att det stämmer i denna relation. Se till att markera varje påstående! Skriv -3, -2, -1 eller +3, +2, +1, som står för följande svar:

-3	Nej, jag känner starkt att det inte stämmer
-2	Nej, jag känner att det inte stämmer
-1	Nej, jag känner att det antagligen inte stämmer eller att det är mer osant än sant

+3	Ja, jag känner starkt att det stämmer
+2	Ja, jag känner att det stämmer
+1	Ja, jag känner att det antagligen stämmer eller är mer sant än osant

- ___1. Jag tycker att terapin har hjälpt mig.
- ___2. Jag tycker att terapeuten har kunnat hjälpa mig.
- ___3. Jag tycker sig ha fått lite ny förståelse.
- ___4. Jag känner sig bättre efter terapin.
- ___5. Jag tycker att jag har kunnat reda ut sina problem.
- ___6. Jag känner att jag har kunnat lita på terapeuten.
- ___7. Jag har känt att terapeuten har förstått mig.
- ___8. Jag har känt att terapeuten velat att jag skulle få ut något av diskussionen.
- ___9. Jag har känt att jag arbetat tillsammans med terapeuten mot samma mål.
- ___10. Jag tycker att terapeuten och jag har haft likartade idéer om hur problemen såg ut.
- ___11. Jag känner nu att jag kan klara mig bättre på egen hand.
- ___12. Jag tycker inte att denna form av behandling passat helt för mina behov.
- ___13. Jag anser att de problem som jag sökte för har förbättrats med hjälp av terapin.
- ___14. Jag anser att mina besvär har förbättrats på grund av terapeutens önskan att hjälpa mig.
- ___15. Jag tycker att vi under terapin har hittat ett sätt att samarbeta.
- ___16. Jag tycker att terapeuten har haft vissa sätt att förhålla mig till mig som försvårat diskussionen.

10.4. Frågeformulär Terapeuts upplevelse av samtal

Datum:.....

kod

nr:.....

FRÅGEFORMULÄR FÖR UPPLEVELSEN AV SAMTALSTERAPIN [i slutet]

Terapeuten ska svara på frågorna

Nedan finns ett antal frågor om hur du tror att patienten har upplevt terapin och dig som terapeut. Markera varje påstående utifrån hur starkt Du känner att det stämmer i denna relation. Se till att markera varje påstående! Skriv -3, -2, -1 eller +3, +2, +1, som står för följande svar:

- 3	Nej, jag känner starkt att det inte stämmer
-2	Nej, jag känner att det inte stämmer
-1	Nej, jag känner att det antagligen inte stämmer eller att det är mer osant än sant

+3	Ja, jag känner starkt att det stämmer
+2	Ja, jag känner att det stämmer
+1	Ja, jag känner att det antagligen stämmer eller är mer sant än osant

- ___1. Patienten tycker att terapin har hjälp honom/henne.
- ___2. Patienten tycker att jag har kunnat hjälpa honom/henne.
- ___3. Patienten tycker sig ha fått lite ny förståelse.
- ___4. Patienten känner sig bättre efter terapin.
- ___5. Patienten tycker att han/hon har kunnat reda ut sina problem.
- ___6. Patienten känner att han/hon har kunnat lita på mig.
- ___7. Patienten har känt att jag har förstått honom/henne.
- ___8. Patienten har känt att jag velat att han/hon skulle få ut något av diskussionen.
- ___9. Patienten har känt att han/hon arbetat tillsammans med mig mot samma mål.
- ___11. Patienten har känt att jag velat att han/hon skulle få ut något av diskussionen.
- ___12. Patienten tycker att han/hon arbetat tillsammans med mig mot samma mål.
- ___13. Patienten tycker inte att denna form av behandling passat helt för hans/hennes behov.
- ___14. Patienten anser att de problem som han/hon sökte för har förbättrats med hjälp av terapin.
- ___15. Patienten anser att hans/hennes besvär har förbättrats på grund av min önskan att hjälpa honom/henne.
- ___16. Patienten tycker att vi under terapin har hittat ett sätt att samarbeta.
- ___17. Patienten tycker att jag har haft vissa sätt att förhålla mig till honom/henne som försvårat diskussionen.