



LUNDS
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI

Självkänsla sedan?

En pilotstudie av en KBT-baserad vägledad självhjälsbehandling över internet för personer med låg självkänsla

Arvid Felix & Oscar Gunnarsson

Psykologexamensuppsats vt 2010

Handledare: Lars-Gunnar Lundh & Jonas Bjärehed

Tack!

Ett stort tack till våra handledare Lars-Gunnar Lundh och Jonas Bjärehed. Lars-Gunnar, tack för alla hjälpsamma kommentarer och din vägledning genom detta projekt. Jonas, tack för allt ditt stöd, din hjälp, din humor och dina snabba svar. Vi vill även tacka deltagarna i SKÖN-projektet för förtroendet vi fick och för att vi fick möjligheten att lära känna er. Ett särskilt tack går till Björn Paxling som höll en mycket givande kurs i internetterapi för SKBT. Tack även till Lena Philipson för ett mycket bra reportage och till Morrongänget på Mix Megapol i Malmö för att vi fick känna på hur det är att vara i radio.

Abstract

The purpose of this pilot study was to examine if a CBT-based guided self-help treatment administered online for people suffering from low self-esteem was associated with a change in self-esteem and life satisfaction. The study was quasi-experimental, without control groups or randomization. Participants were measured pre- and post-treatment. The study revealed a result that was statistically significant in the expected direction for all the scales that were used: Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES), Satisfaction With Life Scale (SWLS) and Hospital Anxiety and Depression Scale's subscales for anxiety (HADS-A) and depression (HADS-D). The conclusions drawn from the study were that it is likely that participation in a CBT-based guided self-help treatment online is associated with a change in self-esteem and life satisfaction for people with low self-esteem.

Keywords: Self-esteem, therapy, guided self-help, psychological treatment, cognitive behavioral therapy, internet.

Sammanfattning

Pilotstudien syftade till att undersöka om en KBT-baserad vägledad självhjälsbehandling för låg självkänsla administrerad över internet är associerad med förändring i självkänsla och livskvalitet för deltagarna. Studien har en kvasiexperimentell design med för- och eftermätning, utan randomisering eller kontrollgrupp. 35 personer deltog i SKÖN-projektet (självkänsla över nätet) som pågick under sex veckor våren 2010. Studiens resultat visar en statistiskt signifikant skillnad i förväntad riktning mellan för- och eftermätning på de utfallsmått som använts: Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES), Satisfaction With Life Scale (SWLS) och Hospital Anxiety and Depression Scale's underskalor för ångest (HADS-Å) och depression (HADS-D). Effektstorlekarna varierade från stora för RSES, till måttliga för SWLS, HADS-Å och HADS-D. Dragda slutsatser är att det är troligt att deltagande i en vägledad självhjälsbehandling över internet kan associeras med förändring i självkänsla och livskvalitet för personer med låg självkänsla.

Nyckelord: Självkänsla, internetbehandling, vägledad självhjälp, psykologisk behandling, kognitiv beteendeterapi, internet.

Abstract	3
Sammanfattning.....	4
<i>Vad är självkänsla?</i>	<i>8</i>
<i>Varför är självkänsla viktigt att studera?</i>	<i>10</i>
<i>Kognitiv beteendeterapi</i>	<i>12</i>
<i>Vilka faktorer påverkar självkänslan?</i>	<i>14</i>
<i>Behandlingar mot låg självkänsla</i>	<i>15</i>
<i>Konceptualisering av låg självkänsla</i>	<i>20</i>
<i>Biblioterapi och självhjälp.....</i>	<i>22</i>
<i>Vägledad självhjälp över internet.....</i>	<i>24</i>
<i>Syfte, frågeställningar och hypoteser.....</i>	<i>26</i>
<i>Syfte.....</i>	<i>26</i>
<i>Frågeställningar.....</i>	<i>26</i>
<i>Hypoteser.....</i>	<i>27</i>
Metod	27
<i>Deltagare.....</i>	<i>27</i>
<i>Instrument</i>	<i>28</i>
<i>Rosenberg's Self-Esteem Scale</i>	<i>28</i>
<i>Satisfaction With Life Scale</i>	<i>29</i>
<i>Hospital Anxiety and Depression Scale.....</i>	<i>29</i>
<i>Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale.....</i>	<i>29</i>
<i>Client Satisfaction Questionnaire</i>	<i>30</i>
<i>Procedur</i>	<i>30</i>
<i>Rekrytering</i>	<i>30</i>
<i>Urval.....</i>	<i>31</i>
<i>Behandling</i>	<i>32</i>
<i>Kapitel ett.....</i>	<i>35</i>
<i>Kapitel två.....</i>	<i>36</i>
<i>Kapitel tre.....</i>	<i>37</i>
<i>Kapitel fyra</i>	<i>38</i>
<i>Kapitel fem.....</i>	<i>39</i>
<i>Kapitel sex.....</i>	<i>40</i>
<i>Etik.....</i>	<i>41</i>
<i>Statistisk analys</i>	<i>44</i>

Resultat	45
<i>Finns det någon skillnad mellan för- och eftermätning på Rosenberg Self-Esteem Scale?.....</i>	<i>45</i>
<i>Finns det någon skillnad mellan för- och eftermätning på Satisfaction With Life Scale?.....</i>	<i>46</i>
<i>Finns det någon skillnad mellan för- och eftermätning för delskalan ångest i HADS?.....</i>	<i>47</i>
<i>Finns det någon skillnad mellan för- och eftermätning för delskalan depression i HADS?.....</i>	<i>48</i>
<i>Finns det någon skillnad mellan för- och eftermätning för livslustfrågan i MADRS?</i>	<i>49</i>
<i>Hur svarade deltagarna på Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)?.....</i>	<i>50</i>
Diskussion.....	51
<i>Resultatdiskussion</i>	<i>51</i>
<i>Hot mot validiteten</i>	<i>53</i>
<i>Metoddiskussion</i>	<i>55</i>
<i>Förslag för framtida forskning.....</i>	<i>57</i>
Referenser	59

Under de senaste hundra åren har det bedrivits forskning om självkänsla. Under vissa omständigheter kan självkänsla få människor att förverkliga sig själva, samtidigt som den under andra omständigheter kan fungera som ett hinder som begränsar dem. Människors syn på sig själva påverkar deras handlande. När vi lyckas med saker som är viktiga för oss eller når mål vi har satt upp för oss själva stiger vår självkänsla. På samma sätt kan personliga misslyckanden sänka självkänslan. Sådana förändringar får genomgripande konsekvenser för våra tankar, känslor och handlingar.

Det är ofta svårt att förhålla sig neutral när man får information som rör den egna självkänslan, som att få höra att man är misslyckad, vacker, opålitlig eller duktig. Men självkänsla har större påverkan än så. Självkänsla ingår som kriterium eller som associerat kännetecken för flera diagnoser i DSM-IV. Det finns bland annat kopplingar mellan låg självkänsla och högre nivåer av ångest, nedstämdhet och depression. Låg självkänsla har identifierats som en sårbarhetsfaktor och kan fungera som grogrund för nya problem (Brown, Andrews, Harris, Adler & Bridge, 1986).

Det finns många som anser sig lida av låg självkänsla och som skulle vilja arbeta med att förbättra den, men som inte vet hur de ska gå till väga. Många självutnämnda experter har upptäckt denna marknad och ger idag råd i media för hur man ska komma åt problemet med låg självkänsla. Det är dock sällan de har vetenskapligt stöd för de metoder de rekommenderar.

En KBT-baserad vägledad självhjälpsbehandling som ges över internet har potential att nå många. En fördel med en sådan behandling är att den vilar på en vetenskaplig grund och använder sig av metoder som är beprövade. Det är en behandlingsform som är mycket tillgänglig för många eftersom man kan arbeta när man vill och var man vill. Det är också en behandling som kan fånga grupper som annars skulle ha svårt att söka hjälp, till exempel handikappade, personer som har stora geografiska avstånd till behandlare och personer som finner det stigmatiserande att söka psykologisk hjälp.

För att kunna erbjuda en sådan behandling startade författarna till den här uppsatsen SKÖN-projektet (självkänsla över nätet). Intresserade kunde göra en nätbaserad intresseanmälan. 35 personer deltog i pilotstudien, varav 15 fullföljde behandlingen. Syftet med projektet var att utveckla, utpröva och utvärdera en KBT-baserad vägledad självhjälpsbehandling över internet för personer med låg självkänsla.

Vad är självkänsla?

Redan 1890 definierade William James självkänsla i *The principles of psychology* som en kvot mellan faktiska förhållanden och potentiella, där personens framgångar är täljare och personens anspråk dess nämnare (Mruk, 2006). James definition innebar att man var sin egen lyckas smed, eftersom självkänslan berodde på hur väl individen realiserade sina anspråk (som innefattar individens hopp, önskningsar och målsättningar). James såg således självkänsla som hur duktig, bra och/ eller kompetent man upplever sig själv.

Vidare klargjorde James att självkänsla inte är beroende av någon slags generell framgång utan snarare individens framgångar på de områden som den värdesätter. Det är alltså individuellt vilken inverkan framgångar eller misslyckanden har på självkänslan. Hur sedan framgångar värderas olika kan förstås utifrån skillnader i uppväxt, personlighet, värderingar och så vidare (Mruk, 2006).

Att upprätthålla självkänsla kan här kopplas till motivation och en strävan efter framgångar. Men eftersom framgång inte varar för evigt och misslyckanden alltid är möjliga så innebär denna definition att självkänslan ständigt kommer vara hotad. Dessa ständiga hot mot självkänslan kan leda personer till att söka framgång och undvika misslyckanden på sätt som är skadliga för dem själv eller andra (Crocker & Park, 2003). Exempel på potentiella problem är att man blev mindre benägen att ta risker på grund av rädslan att misslyckas, man förlorar sin autonomi genom att endast framgång räknas o.s.v. . Att sträva efter högre självkänsla utifrån denna definition kan därför göra mer skada än nytta.

Morris Rosenberg introducerade 1965 ett annat sätt att definiera självkänsla. Han såg självkänsla som den attityd som individen har till sig själv och sitt eget värde. Hög självkänsla har man om man känner att man själv är ”tillräckligt bra”. Rosenberg (1979) skriver ”Individen känner sig helt enkelt värdefull, han respekterar sig själv, men han hyser ingen speciell vördnad för sig själv eller förväntar sig att andra ska imponeras av honom. Han tycker inte nödvändigtvis att han är överlägsen andra” (ss. 30-31, egen översättning). Rosenberg skapade utifrån sin definition även ett självskattningsformulär (Rosenberg Self-esteem Scale - RSES) med tio frågor som blivit den gyllene standarden för forskning på självkänsla. RSES användes i cirka en fjärdedel av alla studier på självkänsla mellan 1967 och 1995 (Mruk, 2006).

Genom att definiera självkänsla som en attityd lyfter man den kognitiva aspekten och kan därmed studera fenomenet utifrån hur attityder och värden skapas. Därför började man studera hur och på vilka grunder som en individ bedömer vilket värde den har. Till exempel har man studerat om det finns några värden som är universella eller om det finns kulturella skillnader i vad människor värdesätter och därmed bygger sin självkänsla på.

Inom sin egen kultur har personer ofta förmågan att skilja mellan vilket beteende som värderas positivt och vilket som värderas negativt. Samtidigt verkar en del egenskaper värdesättas i många kulturer exempelvis mod, disciplin och osjälviskhet (Mruk, 2006). Olika värderingar ger dock utslag på gruppnivå och man har sett att i de kulturer som värderar individualism (exempelvis många västerländska) får kompetens större genomslag i självkänslan. Många asiatiska kulturer är dock mer grupporienterade vilket leder till att värde och värdighet får större påverkan (Mruk, 2006). Detta får konsekvenser för hur man definierar och mäter självkänsla.

På grund av antagandet att självkänsla är en universell egenskap och att en definition bör tillåta kulturella skillnader, har många på senare år övergett Rosenbergs definition av självkänsla som en persons känsla av egenvärde. Istället har man skapat en ny tvåfaktorsdefinition där självkänsla både är en känsla av kompetens och en känsla av egenvärde samtidigt, självförtroende och självrespekt. Nathaniel Branden (1969), som först definierade självkänsla på detta sätt, ansåg att människor har ett grundläggande behov av att känna sig värdefulla. Enligt honom kunde man endast tillgodose detta behov genom att agera på ett kompetent sätt, möta verkligheten och fatta ett rationellt beslut som leder till en realistisk problemlösning. Rationella mål för individen är de som har personlig betydelse, är livsbejakande och inte äventyrar den personliga integriteten (Mruk, 2006). Kompetens i detta fall är alltså inte generell kompetens utan något som reflekterar eller involverar individens egenvärde.

Tafarodi & Swann Jr. (1995) analyserade frågorna i RSES och kom fram till att de laddade i två olika faktorer. En grupp av frågor verkar mäta det instrumentet var avsett för att mäta, det vill säga egenvärde. Den andra gruppen frågor visar sig mäta kompetens vilket var ett lyckosamt sammanträffande som gjorde att man kunde fortsätta använda sig av RSES. Generellt sett kan man säga att individens kompetens, inflytande och efficacy speglar den ena faktorn och individens moralisk självacceptans den andra.

Fennell (1997), vars konceptualisering av självkänsla denna behandling bygger på, definierar inte självkänsla i termer av kompetens eller värde utan ser det istället som ett schema. Hon anser att det är en allmän kognitiv representation som är en produkt av individens

erfarenheter. Som inlärd struktur påverkar den hur ny information uppfattas. Det sätt som Fennell behandlar sina illustrerande fallbeskrivningar tyder på att hon använder sig av tvåfaktorsmodellen. Exempelvis kan fallens dysfunktionella antaganden vara knutna till kompetens som i "Om jag inte gör det andra förväntar sig av mig kommer jag att bli utstött och kritiserad" eller mer beroende på värde, som i "Jag är bara acceptabel om jag döljer mitt riktiga själv" (Fennell, 1997). För att utvärdera en behandling som bygger på hennes teorier behöver man därför ett instrument som mäter både personens känsla av värde och känsla av kompetens vilket gör RSES till ett lämpligt instrument.

Fennell (1997) menar att låg självkänsla innebär att schemat får några typiska egenskaper. Schemat är globalt, istället för att individen har en flexibel uppfattning om olika sidor eller aspekter av sig själv, så har individen en övergripande uppfattning som täcker alla aspekter. Per definition är denna uppfattning om personen negativ. Schemat är beständigt över tid och aktiveras ofta i många olika situationer. Schemat påverkar individens tankar, känslor och handlingar vilket får olika konsekvenser för individen.

Fennell antar också att schemat aktiveras automatiskt utanför individens medvetande. Generellt sett innebär schemat att individen underskattar sina styrkor, tillgångar och kvaliteter samtidigt som den överskattar sina svagheter, fel och brister. Symtom på låg självkänsla är allt möjligt från tillfälligt självtvivel i specifika situationer, som inte påverkar individen så mycket, till ett konstant självhat med förödande konsekvenser (Fennell, 1997).

Att betrakta låg självkänsla som ett resultat av dysfunktionella scheman gör även att man kan undvika att endast behandla självkänslan som ett normalfördelat kontinuum. Detta har sina fördelar teoretiskt eftersom hög självkänsla är kopplat till andra problem, exempelvis narcissism, antisocialitet och våldsamhet (Baumeister, Smart & Boden, 1996). Hög självkänsla och låg självkänsla kan alltså bero på helt olika kognitiva scheman. Genom att skilja dem åt kan man kanske få en mer nyanserad förståelse för fenomenet och dess positiva och negativa konsekvenser.

Varför är självkänsla viktigt att studera?

Personer med låg självkänsla tenderar att uppleva i princip alla negativa känslor mer frekvent än de som har högre självkänsla (Leary & McDonald, 2003). Grundläggande självkänsla korrelerar negativt med mått på ångest (Rawson, 1992), nedstämdhet och depression (Smart & Walsh, 1993), skam och skuld (Tangney & Dearing, 2002), social ångest (Sharp & Getz, 1996), ilska och fientlighet (Dreman, Spielberger & Darzi, 1997), pinsamhetskänslor (Maltby & Day,

2000) och ensamhet (Haines, Scalise & Ginter, 1993). Det samma gäller även för generell negativ affektivitet och neuroticism (Watson & Clark, 1984). Trots detta har en låg självkänsla av många bara setts som en konsekvens av eller ett tecken på andra patologiska processer. Dock har självkänsla visat sig vara moderator för en del problem exempelvis ätstörningar (Twamley & Davis, 1999) och mediator i andra exempelvis depression (Juvonen, Nishina & Graham, 2000). Låg självkänsla har visats vara en riskfaktor för självmordstankar (McGee & Williams, 2000) och självmordsförsök (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994). Lewinsohn et al. (1994) fann till och med att låg självkänsla predicerade självmordsförsök bland 1502 studenter.

Det är därför inte förvånande att det finns samband mellan låg självkänsla och 24 olika diagnoser i DSM-IV, antingen som kriterium på etablerade eller föreslagna diagnoser, eller som ett associerat kännetecken för andra (O'Brien, Bartoletti & Leitzel, 2006). En påverkad självkänsla kan vara en del i förstämningssyndrom där låg självkänsla är ett kriterium för bland annat dystymi och egentlig depressionsepisod. Förhöjd självkänsla eller grandiositet är kriterium för manisk episod. Detta är även diagnostiskt relevant för bipolära syndrom och cyklotymi vilket bland annat innefattar en instabil och varierande självkänsla.

Bland personlighetsstörningarna är låg självkänsla kriterium för osjälvständig och fobisk personlighetsstörning. En grandios hög självkänsla är ett kriterium för narcissistisk och antisocial personlighetsstörning, medan en instabil självbild är symtomatisk i emotionellt instabil personlighetsstörning. Låg självkänsla är inte ett diagnostiskt kriterium för någon ångestdiagnos men anses ha samband med flera, bland annat hos personer med posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) som kan klandra sig själv för den traumatiska händelsen, eller hos personer med social fobi som ofta är hypersensitiva för kritik, nedvärderar sig själva och har låg självkänsla (O'Brien, Bartoletti & Leitzel, 2006).

Påverkan på självkänsla är även ett diagnostiskt kriterium för schizoaffektivt syndrom samt är associerat med anorexi, bulimi, inlärningsstörningar, uppförandestörning, ADHD, enures och enkopres etc (O'Brien, Bartoletti & Leitzel, 2006). En anledning till att självkänslan associeras till så många störningar är det sociala stigma som många personer med dessa problem kan uppleva.

Hur självkänslan hänger ihop med personens övriga eventuella problem bör ha en inverkan på prognosen för personens självkänsla vid behandling (Fennell, 1997). Om låg självkänsla är en aspekt av problemet, som vid exempelvis klinisk depression, borde behandling av problemet innebära att en balanserad och relativt positiv självkänsla återupprättas. Självkänslan

återupprättas även om den låga självkänslan är en konsekvens av det problem som individen söker behandling för, exempelvis om patienten haft en långvarig ångestproblematik som urholkat självkänslan. Självkänslan kan dock själv vara en sårbarhetsfaktor som funnits i det premorbida stadiet (Johnson, 2010). Om så är fallet är det troligt att en behandling mot låg självkänsla krävs så att inte den låga självkänslan fortsätter att vara en grogrund för nya problem.

Utifrån detta synsätt kan man tänka sig att det finns ett värde i att hitta en behandling som kan fungera preventivt för de som har låg självkänsla men inte än utvecklat någon psykisk störning. Samma behandling kanske också kan användas för de som behandlats för någon psykisk störning för att förhindra återfall eller för att mildra konsekvenserna av stigmatisering.

En ytterligare fördel är att låg självkänsla ingår i många diagnoser utan att vara en diagnos i sig. Forskning idag fokuserar mycket på specifika störningar då man försöker förstå hur deras etiologi ser ut och hur de vidmakthålls. Detta innebär att man studerar varje störning i relativ isolation från forskning på andra störningar och utan att man undersöker implikationer vid behandling av komorbiditet (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2006). Sådan forskning är viktig och har gett många viktiga resultat, men kanske behöver forskning även ske över diagnoser. Diagnostiska system som DSM behöver sådan forskning för att konstruktivt kunna ifrågasättas och utvecklas. Exempelvis har Fairburn, Cooper och Shafran (2003) visat att det är samma processer som vidmakthåller olika ätstörningar (anorexia nervosa, bulimia nervosa och atypisk ätstörning).

Man har även börjat undersöka transdiagnostiska kognitiva processer för att det finns likheter mellan olika diagnoser. Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford och Follette (1996) fann att upplevelsemässigt undvikande är en process som är ett vanligt inslag i olika psykiska störningar och deras vidmakthållande. Ingram (1990) kom fram till att självfokuserad uppmärksamhet var ett vanligt inslag i olika psykiska störningar. Det är inte omöjligt att låg självkänsla kan vara mer inblandad i psykopatologi och att en behandling av låg självkänsla kan passa flera tillstånd.

Att man fokuserar på att studera behandling för psykiska störningar innebär även att man inte fokuserar så mycket på dem som inte kommer över tröskeln för en diagnos. Personer med låg självkänsla kan leva ett relativt lyckligt liv utan att uppfylla kriterierna för en diagnos, men det är möjligt att de skulle kunna leva ett ännu lyckligare liv utan låg självkänsla. Kanske kan man alltså hjälpa personer som mår ”bra” att må ännu bättre. Självkänsla korrelerar högt med upplevd livskvalitet (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003) vilket gör detta antagande troligt.

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp över olika behandlingsformer som utvecklats när man integrerat beteendeterapi med kognitiv terapi (Kåver, 2006). Den traditionella beteendeterapin kan beskrivas som en direkt klinisk tillämpning av inlärningspsykologin, medan den kognitiva terapin grundas i informationsprocesspsykologi (Rannerö & Törneke, 2006). Beteendeterapin fokuserar generellt sett på hur klienten agerar i en situation och vad det får för konsekvenser för klienten. Den kognitiva terapin fokuserar mer på hur individen ser på sig själv och sin omvärld, det vill säga hur klienten behandlar den information som han/hon får från omvärlden och sig själv. Kognitiv terapi tillämpar logik och bevisföring för att förändra informationsbearbetningen i en självförbättrande riktning för klienten (Needleman, 1999), medan beteendeterapin går ut på att ett förändrat beteende leder till bättre konsekvenser för klienten (Rannerö & Törneke, 2006).

KBT baseras på inlärningspsykologi och utgår från att människan hela tiden lär sig att tänka och handla (Viborg, 2006). Detta eftersom de tankar och beteenden som klienten har problem med anses vara inlärd. Syftet med behandlingen är att underlätta nyinläring av mer funktionella tankar och beteenden. Klienten motiveras därför till att analysera sitt sätt att tänka, känna och agera och att därefter pröva nya beteenden för att få nya erfarenheter (Lundh, 2006).

KBT har ofta en tydlig struktur där innehåll och målsättning specificeras tidigt i behandlingen. Fokus ligger inte så mycket på varför ett problem har uppstått utan på vad som vidmakthåller problemet och hur man kan förändra det. KBT-interventioner syftar till att hjälpa klienten utmana negativa automatiska tankar, realitetstesta underliggande dysfunktionella antaganden och förändra gamla inlärd beteendemönster (Cuijpers, van Straten & Andersson, 2008). Dessa interventioner lärs ut så att klienten ska kunna fortsätta att arbeta med sig själv och lösa nya problem som den ställs inför på egen hand efter terapins slut.

Av denna anledning är terapiformen mycket pedagogisk och målfokuserad. Man vill att klienten ska kunna uppnå mätbara resultat för att det ska märkas att en förändring har skett och därigenom ge hopp och inspiration till fortsatt arbete. Med hjälp av hemuppgifter förstärks inläringen då klienten får testa nya beteenden i sin hemmiljö och integrera lärdomar från behandlingen med verkligheten utanför terapirummet. Behandlaren stöttar alltså klienten så att denne själv kan ta itu med sina egna problem genom att utnyttja sina egna resurser. Därmed får klienten ökad tilltro till sin egen kompetens (self-efficacy) och en känsla av kontroll (Freeman, 1999), samtidigt som man uppmuntrar ett självomhändertagande hos klienten.

KBT är en assimilativ integrativ psykoterapi som integrerar metoder från olika håll och anpassar dem till en KBT-teoretisk referensram (Westling, 2006). Exempelvis har ”den medvetna närvaron och den accepterande inställningen i årtusenden utgjort basen i zenmeditation” (Kåver, 2007. s. 17), men på senare år har de omarbetats till terapeutiska tekniker som ofta används inom ramen för KBT.

Vilka faktorer påverkar självkänslan?

O'Brien & Epstein (1988) gjorde en undersökning där de under 14 dagar lät 104 collegestudenter registrera händelser som de upplevde antingen höjde eller sänkte deras självkänsla. Det visade sig att åtta faktorer påverkade 96,3% av de händelser som studenterna registrerade. De faktorerna var, kompetens, älskvärdhet, omtäckthet, personligt inflytande, självdisciplin, moralisk självacceptans, kroppsligt utseende och kroppsligt fungerande. Utifrån ett KBT-perspektiv kan dessa faktorer ses som särskilt viktiga i arbetet med låg självkänsla då det är troligt att en låg självkänsla lärts in inom något av dessa områden för att sedan generaliseras till den globala självkänslan.

För att få en uppfattning om hur man bäst påverkar individens tankar och känslor gällande dessa faktorer behöver man skapa sig en bild av vad det är som bygger upp respektive bryter ner självkänslan. Epstein (1979, refererad i Mruk, 2006) beskriver fyra dynamiska förhållanden som påverkar självkänslan nämligen acceptans - avvisande, moralisk självacceptans - skuld, inflytande - maktlöshet och framgångar - misslyckanden.

Hur andra förhåller sig till en som person påverkar hur man ser på sig själv. Känner man sig populär, älskad, uppskattad, accepterad eller respekterad så bygger det upp självkänslan medan avvisanden, ensamhet eller utanförskap bryter ner självkänslan. Korrelationen mellan självacceptans, i det här fallet definierat som att ha en positiv bild av sig själv och kunna erkänna positiva och negativa aspekter hos sig själv, och självkänsla är 0,55 enligt Ryff (1989).

Moralisk självacceptans har betydelse för självkänslan per definition eftersom kompetensfaktorn bygger på att individens handlingar har personlig betydelse, är livsbejakande och inte äventyrar den personliga integriteten. Om individen däremot handlar på ett sätt som inte överensstämmer med dess personliga värderingar så kan personen få skuldkänslor och känna sig mindre värdefull. Hur man ser på sitt eget handlande utifrån de moraliska ställningstaganden man följer har därför betydelse.

Om personen inte känner att den klarar av vardagen eller av någon anledning känner att den inte duger kan det ge en känsla av maktlöshet som sänker självkänslan. Känslan av maktlöshet blir speciellt problematisk om man inte är kapabel att sätta upp realistiska mål. Personer med låg självkänsla har ofta orealistiska krav som blir omöjliga att uppnå (Shirk, Burwell & Harter, 2003). Eftersom misslyckanden sänker självkänslan blir det en svår kombination att orealistiska krav leder till misslyckanden som leder till maktlöshet.

Sammanfattningsvis kan självkänslan påverkas i många olika situationer. Varför och hur den påverkas beror på individens personliga värderingar. För att hjälpa personen att öka sin självkänsla så bör man se till att den kan lyckas med något så att den får känna sig duglig. Samtidigt bör man hjälpa personen att känna sig bra moraliskt och som någon som betyder något och respekteras (Epstein, 1979, refererad i Mruk, 2006).

Behandlingar mot låg självkänsla

Självkänsla används som utfallsmått i många behandlingsstudier men få av dem är direkt inriktade på att förändra självkänslan. Av 116 behandlingar som Haney och Durlak (1998) använde i sin metaanalys över interventioner mot låg självkänsla så var det endast 49 som primärt försökte förändra självkänsla. Denna metaanalys grundade sig på studier gjorda på barn och visade på en medeleffektstorlek på $d = 0,47$. De studier som primärt inriktade sig på låg självkänsla hade dock högre effektstorlekar och visade även högre resultat på associerade problem. För att ta reda på vilka kognitiva interventioner som har verkan för låg självkänsla gjorde Shirk, Burwell och Harter (2003) en analys av kognitiva behandlingar som ingick i Haney och Durlaks metaanalys. I denna studie fann de att depressionsbehandlingar som innehöll tekniker som att lära sig sätta upp mål, problemlösning, schemalägga njutningsfyllda aktiviteter och självförstärkning hade en positiv inverkan på självkänslan. Shirk, Burwell och Harter (2003), menar att de behandlingar som fokuserade på självutvärderande processer såsom att undersöka riktigheten i utvärderingarna och förvrängningar i självstandard, var särskilt bra mot låg självkänsla.

Shirk, Burwell & Harter (2003) ansåg att man först måste identifiera de patologiska mekanismer som är associerade med problemet. De identifierade fyra processer som är vanliga bland ungdomar med låg självkänsla nämligen att sätta upp en orealistisk standard för sig själv, att göra felaktiga bedömningar om sig själv, att ha en relativt odifferentierad självstruktur och att gömma sina riktiga tankar och känslor bakom ett falskt själv.

Uppfattningen att ”alla andra förväntar sig perfektion” är ett exempel på en orealistisk självstandard som är associerad med låg självkänsla. Det finns många andra rigida och extrema föreställningar som man kan ha om omvärlden och sig själv. När man inte lyckas leva upp till dessa kan man känna sig misslyckad eller värdelös. Orealistiska självstandarder kan tillsammans med en förvrängd informationshantering, ett selektivt minne av självrelevant information och en förvrängd förklaringsmodell ge upphov till att personen gör felaktiga bedömningar om sig själv.

En odifferentierad självstruktur innebär att personen inte uppfattar så många aspekter av sitt själv, utan att man exempelvis bara ser sig själv som fru, mamma, väninna och äktenskapsrådgivare. Dessa kan vara olika nära associerade med varandra och därmed påverka varandra i olika grad. Exempelvis skulle effekterna av en skilsmässa kunna spridas över flera aspekter om de är nära sammankopplade. Linville (1987) menar att övriga opåverkade aspekter agerar som en stödjande buffert för personen vid en sådan händelse. Personer med låg självkänsla tenderar till att ha få och nära sammankopplade aspekter av sin självbild vilket gör att en händelse kan få stora konsekvenser. Slutligen menar Shirk, Burwell och Harter (2003) att personer med låg självkänsla skyddar sig själv genom att agera på ett sätt som de egentligen inte vill och därmed upprätthåller en fasad eller ett icke-autentiskt, falskt själv.

Shirk, Burwell och Harter (2003) kommer dock inte med förslag på någon strukturerad behandling som passar alla med låg självkänsla utan menar att behandlingen helst ska vara speciellt anpassad för varje enskild individ. Författarna redogör också för hur sådana behandlingar kan se ut. I de beskrivningarna börjar de med att låta klienten registrera exempelvis de tillfällen som klienten känner sig dum eller värdelös och använder sig därefter av olika tekniker för att analysera vad det är som sker. Sedan försöker man att hitta alternativa strategier i något som liknar kognitiv omstrukturering och prova dem i verkligheten genom beteendexperiment. Författarna använder sig också av hemuppgifter för att hitta realistiska mål, bland annat lät de en perfektionistisk student undersöka vilka krav som verkligen ställdes från skolan och därefter jämföra dem med hans egna.

Pope, McHale och Craighead (1988, refererad i Mruk, 2006) skapade ett behandlingsprogram för barn och ungdomar med låg självkänsla. De ansåg att låg självkänsla var resultatet av en diskrepans mellan individens ideala självbild och den upplevda. För att minska skillnaden mellan dem kunde man försöka bearbeta en orealistiskt ideal självbild. För att förändra klientens orealistiska tankar om sig själv använde behandlarna sig till stor del av att ge beteendexperiment som hemuppgifter. Resultaten av dessa hemuppgifter användes sedan som positiv förstärkning till fler beteendexperiment. Om den ideala självbilden däremot var realistisk

men individen av någon anledning (exempelvis låg självkänsla) inte kunde leva upp till den, försökte man att hjälpa individen att nå sina mål exempelvis genom modellinlärning och genom att lära ut olika problemlösningstekniker. Författarna betonade även vikten av att visa värme och omtänksamhet som behandlare oavsett vilken teknik man använde sig av.

Bednar, Wells och Peterson (1989) baserade sin behandling på antagandet att låg självkänsla var resultatet av ett inlärt negativt feedbacksystem samt att personer med låg självkänsla ofta agerar undvikande när de ställs inför något hotfullt. Feedbacksystemet är uppbyggt på information om vårt beteende och oss själva som person. Denna information får vi från andra och omgivningen (interpersonell feedback) men också från oss själva (intern feedback). Den interna feedbacken beror på våra tidigare erfarenheter och är viktigare eftersom det är starkare, affektivt, mer direkt och därmed svårare att bortse ifrån. Feedbacksystemet är konstant aktivt och ger information om vad vi är för person. Trots att systemet är relativt stabilt och självreglerande menar Bednar et al. (1989) att man kan förändra det genom att skapa mer positiv feedback.

Den positiva feedbacken förhindras dock hos personer med låg självkänsla på grund av att de har en generell tendens att undvika en del hotande situationer. Undvikandet innebär mindre ångest och lidande på kort sikt men blir mer kostsamt på lång sikt, eftersom det förhindrar viktig information om oss själva och omvärlden. Mönstret av undvikande gör att individen dels måste upprätthålla en onödigt dålig bild av sig själv och dessutom undvika hotet som byggde upp den, vilket kostar mycket energi och lidande.

Bednar et al. (1989) beskriver coping som att möta sina problem på ett ärligt sätt, att tolerera den osäkerhet och det obehag som det kan medföra att ta de psykologiska risker som att vara öppen för sina brister innebär och att samtidigt ta ansvar för sina handlingar. För att höja självkänslan ska man enligt dem öka coping och minska undvikandebeteenden. Om då ny positiv information kommer in i feedbacksystemet tillräckligt starkt eller ofta så förändras hela systemet successivt och självkänslan ökar.

Behandlingen inleds med att man undersöker vilka undvikandebeteenden som klienten använder samt vilka tankar och känslor som de väcker. Därefter försöker man att motivera klienten att möta sina problem i verkligheten, på sätt som liknar exponering. Efter exponeringen analyserar man hur det kändes att möta sina problem. Behandlaren försöker även att öka klientens positiva tankar om det som hänt genom att få den att namnge och beskriva positiva upplevelser och konsekvenser. Bednar et al. (1989) tar förutom denna mer handlingsinriktade

behandling även upp ett annat alternativ som kanske inte innebär lika mycket ångest för klienten till en början. Detta alternativ går ut på att man försöker öka klientens tendens till att använda sig av coping fast utan att direkt konfrontera det problematiska i verkligheten. För att göra det använder man sig av psykoedukation om undvikande. Man förstärker även klientens förmåga till problemlösning och låter klienten inventera sina positiva sidor.

Hall och Tarrrier (2002) har skapat och utvärderat en metod för att höja självkänslan hos patienter som är svårare att behandla, som exempelvis psykotiska patienter. Deras behandling går i stort sett ut på att patienterna får i uppgift att undersöka vilka positiva egenskaper de har för att sedan hitta bevis för att de verkligen besitter de positiva egenskaperna. För en person med låg självkänsla är det en mycket svår uppgift att komma på saker som de är bra på vilket gör detta till en viktig och nyttig uppgift. Att sedan försöka övertyga patienten om att de verkligen har dessa positiva egenskaper gör att den informationen inte försvinner så lätt.

Fennell (1997) har utvecklat en KBT-baserad behandling mot låg självkänsla som behandlingen i SKÖN-projektet är inspirerad av. Behandlingen bygger på idéer och metoder som kommer från schemafokuserad kognitiv terapi och som används vid behandling av ångest och depression. Behandlingen utgår från Fennells konceptualisering av låg självkänsla (1997) och har två syften: att bryta ner och försvaga den gamla negativa föreställningen klienten har om sig själv, samt etablera och stärka alternativa, positiva föreställningar som genom ökad självacceptans tar hänsyn till klientens styrkor och svagheter.

För att kunna påbörja arbetet med att förbättra klientens självkänsla behöver man förändra klientens syn på de negativa föreställningarna den har om sig själv. Padesky (1990) menar att scheman som negativa föreställningar om sig själv kan liknas vid fördomar. Genom att låta klienten utforska hur fördomar fungerar och sedan jämföra detta med hur negativa föreställningar om sig själv fungerar menar Fennell (1997) att man kan få klienten att se de negativa föreställningarna om sig själv som åsikter istället för fakta. Perspektivskiftet ger klienten en ram för det fortsatta förändringsarbetet.

Personer med låg självkänsla har en tendens att överskatta de faror eller risker som uppstår i en känslig situation, samtidigt som de underskattar sina egna resurser. Genom att ge klienten en mer balanserad och realistisk syn på risker och resurser kan klientens oro minska, vilket gör det lättare för klienten att hantera känsliga situationer konstruktivt. För att minska oron ytterligare bör man arbeta med att förändra de tankar som föder oron, samt lära klienten avslappningstekniker (Fennell, 1997).

Beteendeeperiment är enligt Fennell mycket viktiga för att kunna uppnå en kognitiv förändring. Det är viktigt att klienten inte enbart lär sig att omvärdera sina negativa förväntningar och föreställningar, klienten måste även våga släppa på sina säkerhetsbeteende och utmana sig själv. Utmanande beteendeeperiment kan exempelvis vara att medvetet göra fel för att se om ens negativa förväntningar slår in eller att prova att göra saker som man tror man inte kommer att klara av för att se vad som faktiskt händer (Fennell, 2007).

Ett vanligt problem för personer med låg självkänsla är att de feltolkar information som rör dem själva. Fördomsmodellen som tidigare beskrivits (Padesky, 1990) ligger till grund för feltolkningen. Klienten har fördomar om hur den är och tolkar information om sig själv utifrån ett fördomsfullt perspektiv. Klientens bild av sig själv kan nyanseras genom att öka medvetenheten om styrkor som vanligtvis sorteras bort. Detta kan enligt Fennell göras genom att låta klienten lista sina positiva egenskaper. Listan kan användas för att öka klientens medvetenhet om positiva egenskaper som vanligtvis ignoreras och kan tillsammans med en positiv loggbok, där klienten måste skriva ner positiva saker den gjort under dagen, ge klienten en mer realistisk och nyanserad bild av sig själv (Padesky, 1994).

Det räcker inte att bli mer medveten om sina positiva sidor, klienten måste även lära sig identifiera och hantera dysfunktionella tankar. För att få en mer balanserad bild av sig själv behöver klienten lära sig identifiera självkritiska tankar, göra bedömningar av tankarnas sanningshalt genom bevisföring för och emot, identifiera tankefällor och hitta alternativa perspektiv som är mer realistiska och funktionella (Fennell, 1997). De nyfunna perspektiven bör testas med beteendeeperiment för att få bättre fäste.

Om klienten är deprimerad kan det påverka självkänslan negativt. Om depressionen behandlas med kognitiv beteendeterapi minskar depressiviteten, vilket kan leda till att självkänslan ökar (Fennell, 1997). Även om självkänslan inte blir bättre så menar Fennell att förbättringen i mående och de nyinlärda kognitiva teknikerna ger en god grund för fortsatt behandling av låg självkänsla.

Klientens negativa föreställningar om sig själv ger ofta upphov till livsregler. Livsreglerna hjälper klienten att hantera sina negativa föreställningar om sig själv, utan att på något sätt lösa problemet. Fennell (1997) menar att klienten måste få hjälp att se att livsreglerna är orimliga, samt få hjälp med att hitta alternativa, realistiska regler som den kan följa. De nya reglerna bör testas med beteendeeperiment för att stärka dem.

De negativa föreställningarna om sig själv som ligger till grund för den låga självkänslan måste förändras för att klienten ska kunna få en bättre självkänsla. Detta bör ske ganska sent i behandlingen, då de ovan nämnda metoderna ger bevis emot den negativa föreställningen om sig själv, vilket underlättar förändringsarbetet (Fennell, 2000). Arbetet med negativa automatiska tankar och beteendexperiment visar klienten att bara för att man tror något så innebär det inte att det faktiskt är så. Klienten har också fått uppleva att det är möjligt att förändra sig och sitt beteende. Genom att bryta ner den negativa föreställningen om sig själv och ersätta den med en nyanserad positiv föreställning som på ett accepterande sätt tar hänsyn till både styrkor och svagheter stärker man klientens självkänsla. En sådan förändring medför också en förändring i informationstolkning och automatiska tankar (Fennell, 1997).

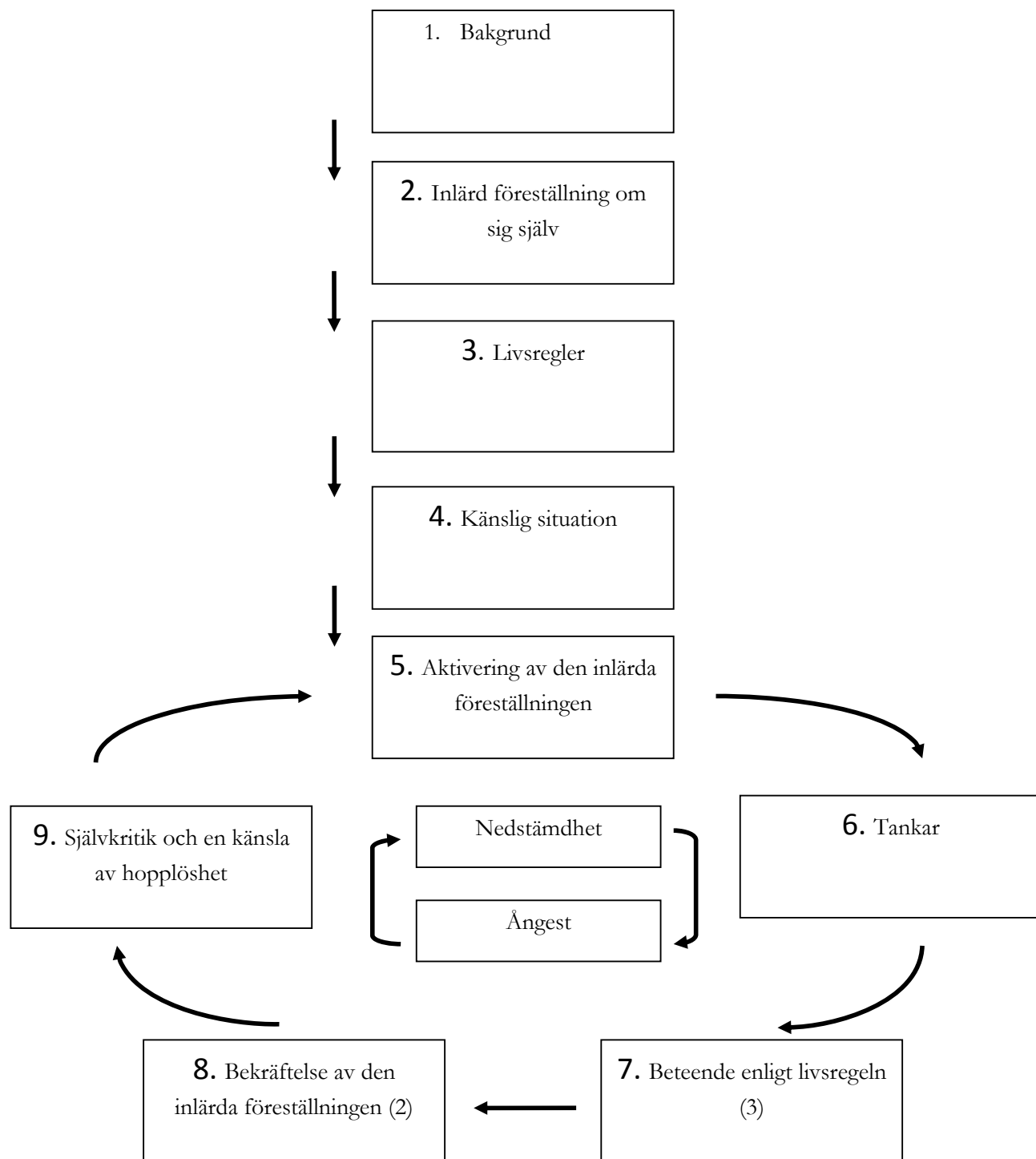
För att bryta ner klientens svart-vita tänkande kring sig själv menar Fennell att man kan arbeta med nyansering. Genom nyansering kan man bland annat få klienten att skilja sitt självvärde från specifika attribut, som exempelvis utseende, framgång eller rikedom (Padesky, 1994). Klienten kan se förbi det hon upplever som sina ”misslyckanden” och finna andra positiva sidor hos sig själv som vanligtvis kommer i skymundan. Nyansering kan även användas för att ge klienten en mer rättvis och realistisk bild av sig själv genom att förändra negativa föreställningar från absoluta extremer till balanserade och förändringsbara.

För att hålla arbetet med självkänslan levande menar Fennell (2007) att det är viktigt att sätta upp specificerade, mätbara och realistiska mål. Klienten kan se att det sker en förbättring när den når ett uppsatt mål och genom att ständigt uppdatera avklarade mål fortsätter klientens arbete framåt.

Konceptualisering av låg självkänsla

Behandlingen i SKÖN-projektet utgår från Fennells (2007) konceptualisering av låg självkänsla, som förenklats något för att göra den mer tillgänglig och överskådlig för deltagarna, se figur 1. Enligt konceptualiseringen utvecklas låg självkänsla ur erfarenheter som lett till negativa föreställningar om sig själv (1). Det kan handla om vitt skilda upplevelser som exempelvis brist på beröm eller uppmuntran, utanförskap, att ha blivit utsatt för kritik eller förluster. Erfarenheterna leder i sin tur till negativa grundantaganden om sig själv som i konceptualiseringen kallas för negativa föreställningar om sig själv (2). Föreställningarna formuleras som antaganden om hur personen ser på sig själv, exempelvis ”jag är dum”, ”jag är oduglig” eller ”jag är inte värd att älskas”. För att kompensera för de negativa föreställningarna skapas livsregler (3). Livsreglerna består av regler, strategier och principer som svarar mot de

negativa föreställningarna om sig själv, exempelvis ”om jag alltid ställer upp så tycker andra om mig” eller ”om jag alltid gör allting perfekt så märker ingen att jag är oduglig”. Känsliga situationer (4) är situationer där livsregeln sätts på prov med risk för att brytas. Det kan handla



Figur 1: Anpassad konceptualisering av låg självkänsla utifrån Fennell (2007)

om en upplevd risk av att misslyckas, bli avvisad eller tappa kontrollen. I den känsliga situationen sker en aktivering av den inlärd föreställningen (5), vilket leder till en konfrontation med ens låga tankar om sig själv, exempelvis ”jag är dum”. När de negativa inlärd föreställningarna aktiverats påbörjas en negativ cykel. Cykeln börjar med negativa tankar (6), förutsägelser och grubblerier som bygger upp en negativ förväntan på vad som kommer att hända. Den negativa förväntan är baserad på tidigare erfarenheter, som exempelvis kan vara ”nu kommer jag att misslyckas igen” eller ”om jag inte ställer upp kommer mina vänner att tycka illa om mig”. De negativa förutsägelseerna och tankarna följs av beteenden utifrån livsregeln (7), beteenden som inte är gynnsamma för individen, men som upprätthåller livsregeln. Det kan exempelvis handla om undvikande, överdriven försiktighet eller att inte tro på sig själv. Beteendet leder till en bekräftelse av föreställningen om sig själv (8), då beteendet följer livsregeln som skapats för att hantera negativa föreställningar om sig själv. Om någon exempelvis har föreställningen ”jag duger inte” och hanterar det med livsregeln ”om jag gör allt perfekt så duger jag” så kan ett perfektionistiskt beteende bekräfta föreställningen – personen upplever fortfarande att denne egentligen inte duger som den är, eftersom denne måste kompensera genom att vara perfekt. Det leder i sin tur till självkritik och en känsla av hopplöshet (9), vilket i sin tur kan aktivera den negativa föreställningen (5) och starta om cykeln. Under hela cykeln kan känslor av ångest och nedstämdhet förekomma.

Konceptualiseringen av låg självkänsla ger deltagarna en förståelse för hur låg självkänsla uppstår och vidmakthålls. Konceptualiseringen blir en ram för behandlingen i SKÖN-projektet, som kan förklara hur olika moment hör samman och kan användas för att förklara varför man gör de olika övningarna.

Biblioterapi och självhjälp

Biblioterapi är en metod som funnits sedan 1920-talet som använder sig av text för att förbättra fysiskt eller psykiskt mående genom läsning, diskussion och fördjupad förståelse (Brewster, 2009). Det finns två former av biblioterapi: kreativ biblioterapi som använder sig av lyrik och skönlitteratur; samt självhjälpsbiblioterapi som ger mer handfast, praktisk hjälp (Brewster, 2009).

Biblioterapi har använts för att behandla en mängd olika former av problem. Bland annat har man funnit viss evidens för biblioterapi vid behandling av depression, ångest, paniksyndrom, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), hypokondri, sexuell dysfunktion, fobier, självskadebeteende, sömnsvarigheter och olika former av beroende (Chamberlain, Heaps &

Robert, 2008). Självhjälp grundat på kognitiv beteendeterapi har visat sig vara effektivt för behandling av bland annat depression. I sin metaanalys av studier som undersökt effekten av KBT-baserad självhjälp för depression fann Gregory, Canning, Lee och Wise (2004) en måttlig effektstorlek. Det finns självhjälpböcker även för behandling av låg självkänsla, exempelvis *Höj din självkänsla med kognitiv beteendeterapi* (Fennell, 2007). Dock finns det ännu ingen forskning kring hur biblioterapi/självhjälp fungerar vid behandling av låg självkänsla.

En sammanställning av de viktigaste målen med biblioterapi presenterade Brewster i artikeln *Books on prescription: Bibliotherapy in the United Kingdom* (2009). I biblioterapi ska läsaren bli medveten om att den inte är den första som lider av sitt problem. Den ska också se att det finns fler sätt än ett att lösa problemet på. Läsaren ska se hur människor som befinner sig i en liknande situation eller har liknande problem tänker kring problemet och vad deras motivation till förändring är. Dessutom ska läsaren få hjälp att se vilka förtjänster det kan finnas i att göra något åt problemet den lider av. Läsaren ska utöver det få den information som krävs för att lösa problemet och ska slutligen uppmuntras till att möta situationen/problemet på en realistisk nivå.

Richardson, Richards och Barkham (2010) har identifierat faktorer som är viktiga vid KBT-baserade självhjälpböcker. Självhjälpen ska vara tillgänglig, både genom att vara lättläst, men också genom att inte vara svår att få tag på. Det är viktigt att förmedla en tro på förbättring för läsaren, samt att självhjälpen kan vara till nytta för läsaren. Läsaren bör uppleva att författarna förstår vad det innebär att ha problemet och att de kan ge användbara råd. Författarna bör förmedla en känsla av värme, empati och genuinitet. Självhjälpstexten ska göra att läsaren känner sig motiverad att arbeta med problemet.

Richardson, Richards och Barkham (2010) menar att det är viktigt att läsaren får sätta sina egna mål (inom vissa ramar) och arbeta med det som upplevs som viktigt för dem. Författarna ska ge läsaren en upplevelse av att det går att lita på författarna och de metoder de presenterar. Läsaren bör få feedback på sina tankar och sitt beteende. Det är viktigt att författarna förutser problem som kan uppstå och förhindrar läsaren från att sluta läsa självhjälpboken i ett för tidigt skede. Skulle ett för tidigt avslut ske är det bra om författarna kan hjälpa läsaren att komma igång igen efter ett uppehåll. Slutligen är flexibilitet en viktig faktor inom självhjälp, att olika läsare kan använda texterna på sätt som passar just dem.

Gellatly et al. (2007) har undersökt hur man bäst förmedlar KBT-baserad självhjälp för behandling av depressioner. De fann i sin metaanalys att det inte fanns någon statistiskt

signifikant skillnad i effekt mellan bokbaserad självhjälp och internetbaserad självhjälp, dock var KBT-baserad självhjälp mer effektiv än ren psykoedukation.

För att självhjälp ska vara effektivt fann Gellatly et al. (2007) att det måste finnas någon form av stöd eller support. Så kallad ”ren” självhjälp, där deltagarna genomgår behandlingen ensamma, visade sig vid metaanalys ha en mycket liten effektstorlek. Deltagare som istället fick vägledad självhjälp, där en annan människa gav dem stöd, visade sig vid metaanalys ha en stor effektstorlek. Formen av vägledning visade sig dock inte ha någon betydelse. Stödjande vägledning där deltagarna fick mer direkt hjälp visade sig inte ha en signifikant större effekt än vägledning som främst gick ut på att uppmuntra och kontrollera att deltagarna gjort sina uppgifter.

Vägledad självhjälp över internet

Det finns många olika namn på de behandlingar och behandlingsformer som sker över internet exempelvis webbaserad terapi, e-terapi, cyberterapi, internetterapi, online-terapi, datormedierade interventioner etc. (Barak, Klein & Proudfoot, 2009). Oklara benämningar gör att det är svårt att veta vilka studier som är jämförbara och vilka resultat därifrån som är tillämpbara på vägledad självhjälp.

Barak et al., (2009) har försökt att systematisera terminologin över de behandlingar som ges över internet, och delat in fältet i fyra grupper: webbaserade interventioner, onlinevägledning och terapi, internetopererad terapeutisk mjukvara och övriga aktiviteter online. Indelningen i dessa grupper är gjord efter hur interventionen använder multimedia, interventionens innehåll, dess interaktiva aktiviteter och den feedback som ges.

Webbaserade interventioner har lägre användning av multimedia och interaktiva aktiviteter. Onlinevägledning och terapi har ett relativt ostrukturerat innehåll kombinerat med en hög grad av mänsklig feedback och stöd. Internetopererad terapeutisk mjukvara är automatiserad och saknar därmed mänsklig feedback. Till övriga aktiviteter online räknas bloggar, podcasts, stödgrupper online och bedömningar online som alla är relativt ostrukturerade till sitt innehåll.

Utifrån Barak, Klein och Proudfoots modell (2009) tillhör vägledad självhjälp en undergrupp till webbaserade interventioner kallad människostödda terapeutiska webbaserade interventioner (Human-Supported Therapeutic Web-Based Interventions). I denna grupp kombineras ett material på nätet med extra hjälp av en behandlare.

I en väggledd självhjälpsbehandling får klienten tillgång till ett strukturerat och genomarbetat självhjälpsmaterial över internet, ofta mycket likt en självhjälpsbok, som klienten kan läsa på sin egen tid och göra de medföljande övningarna (Andersson, 2009). Därtill kommer en behandlarkontakt som ger individuellt stöd, uppmuntran och feedback via exempelvis e-mail (Barak et al., 2009). Metaanalyser tyder på att behandlingar med behandlare får högre effektstorlekar än behandlingar som bara bygger på självhjälp (Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira, 2008; Spek et al., 2006). Hur mycket, hur ofta och hur snabbt behandlarkontakten ges varierar också mellan dessa behandlingar.

Hur snabb kommunikationen mellan behandlare och klient är beror på vilken kommunikationssätt man använder, där e-mail och forumsinlägg är långsammare än chatttrum, webbkameror eller telefonsamtal. Klein et al. (2009) har i en artikel undersökt om behandlingsresultatet påverkas av hur ofta behandlaren och klienten kommunicerar och kommit fram till att frekvensen inte hade någon inverkan på resultatet. Palmqvist, Carlbring och Andersson (2007) visade i en studie att den tid som behandlaren ägnade klienten vid behandling över internet var starkt korrelerad till effektstorleken på utfallet. Det viktiga tycks alltså vara hur mycket tid som behandlaren ägnar klienten, inte hur ofta de kommunicerar med varandra.

KBT lämpar sig bra för att översättas till ett dataformat då det är en behandlingsmetod som syftar till att utveckla nya sätt att tänka och handla hos klienten (Spek et al., 2006). KBT-interventioner över internet betonar den pedagogik som finns i all KBT-behandling. Behandlingarna går ut på att lära klienten tekniker som den kan tillämpa på sitt eget liv. Därmed stärker man klienternas självständighet och uppmuntrar dem till att ta hand om sig själva.

Behandlingar över internet kan utformas på ett sätt som gör dem pedagogiska på andra sätt än traditionella terapier. Man kan ge långt fler illustrerande exempel eller använda sig av fler övningar som kan underlätta inlärningen än man har tid med under en vanlig session. I väggledd självhjälpsbehandling är också kommunikationen med behandlaren asynkron vilket ger behandlaren tid att tänka igenom sitt svar och uttrycka sig på ett så pedagogiskt sätt som möjligt. Dessutom är behandlingen alltid tillgänglig på internet så att klienten kan läsa igenom saker som den glömt eller ta reda på vad veckans hemuppgift innefattade.

Grundtanken med att behandla människor över internet är att göra behandlingar mer tillgängliga och att göra det möjligt att behandla fler människor och kanske nå grupper som andra behandlingsmetoder inte gör. Internet är ett verktyg som kan användas för att förmedla behandlingen. Detta verktyg påverkar dock behandlingen på olika sätt. Det kan finnas många

svårigheter såsom att man tolkar den information som skickas på ett felaktigt sätt eller att man inte får den ickeverbala information som man fått om man träffar en människa i verkligheten (Rochlen, Zack & Speyer, 2004). Suler (2004) menar dock att det finns en del fördelar med behandling över internet. Exempelvis disinhibitionseffekten som kan underlätta för klienten att komma fram till deras kärnproblem eftersom de inte har samma behov av att upprätthålla samma sociala fasad. Detta kan vara värdefullt för personer med låg självkänsla som ofta upprätthåller just en sådan social fasad eller ett icke-autentiskt, falskt själv (Shirk et al., 2003).

Syfte, frågeställningar och hypoteser

I nuläget finns det inga tidigare publicerade studier där man försökt förbättra personers självkänsla genom internetbaserad vägledad självhjälp. Självhjälpsböcker för behandling av låg självkänsla rekommenderas av National Health Service (NHS) och har skrivits ut på recept till personer som söker psykologisk hjälp i Storbritannien (Fennell, 2007), men det finns inga publicerade studier som dokumenterar dess effekt.

Låg självkänsla kan som tidigare nämnts vara en sårbarhetsfaktor för flera olika psykologiska åkommor. En behandling för låg självkänsla kan därför tänkas fungera preventivt mot olika psykologiska besvär. Låg självkänsla är även starkt korrelerat med låg livskvalitet, en förbättrad självkänsla skulle kunna leda till högre livskvalitet. En behandling för låg självkänsla kan därför tänkas ha fler positiva effekter än enbart bättre självkänsla.

Utöver att undersöka om en behandling för låg självkänsla är associerad med förändring i självkänsla och livskvalitet, så har studien en utvärderande ansats, där deltagarnas upplevelse av behandlingen undersöks.

Syfte. Denna studie syftar till att undersöka om en internetbaserad vägledad självhjälpsbehandling för låg självkänsla är associerad med förändring i självkänsla och livskvalitet för personer som lider av låg självkänsla.

Frågeställningar. Uppsatsens frågeställningar lyder:

1. Är KBT som vägledad självhjälpsbehandling administrerad via internet associerad med förändring i självkänsla?
2. Är behandlingen för låg självkänsla associerad med förändring i ångest, nedstämdhet, livstillfredsställelse och livslust?
3. Är deltagarna nöjda med behandlingen?

Hypoteser

1. Deltagare som genomgår internetbehandlingen kommer att öka sin självkänsla.
2. Deltagare som genomgår internetbehandlingen kommer att öka sin upplevda grad av livstillfredsställelse.
3. Deltagare som genomgår internetbehandlingen kommer att minska sin grad av ångest.
4. Deltagare som genomgår internetbehandlingen kommer att minska sin grad av nedstämdhet.
5. Deltagare som genomgår internetbehandlingen kommer att öka sin upplevda livslust.

Metod

Deltagare

Deltagarna bestod av personer som hade gjort en intresseanmälan på SKÖN-projektets hemsida, kvalificerats för deltagande i studien och som skickat in en medgivandeblankett för deltagande. Efter exkluderingen fanns 55 personer kvar som kvalificerade sig för att delta i studien. Av dessa skickade 35 personer in blanketten om deltagande och av dessa fullföljde 15 deltagare behandlingen. Av de som kvalificerat sig till studien var 43 stycken kvinnor (78,2 %) och 12 stycken män (21,8 %). Två av de som kvalificerats till behandlingen exkluderades ur analysen då de hade ett värde på RSES som översteg det globala genomsnittet och utgjorde outliers. Av de två skickade en in medgivandeblanketten, men fullföljde inte behandlingen.

Den data som samlades in vid intresseanmälan presenteras i tabell 1, uppdelat i tre grupper: deltagare som fullföljt behandlingen ($n = 15$); deltagare som ej fullföljt behandlingen ($n = 19$); och kvalificerade som ej deltagit i studien ($n = 19$). För att undersöka om det fanns signifikanta skillnader mellan grupperna gjordes en envägs ANOVA där grupperna jämfördes på de variabler som mättes i intresseanmälan. Inga signifikanta skillnader fanns mellan grupperna på någon av de undersökta variablerna.

Tabell 1. *Beskrivning av deltagarna (förmätning) **

Mätt variabel	Deltagare som fullföljt behandlingen (n = 15) <i>M (SD)</i>	Deltagare som ej fullföljt behandlingen (n = 19) <i>M (SD)</i>	Kvalificerade som ej deltagit i studien. (n = 19) <i>M (SD)</i>
Ålder	33,40 (11,01)	34,79 (10,54)	34,95 (14,78)
RSES	21,73 (3,08)	23,16 (3,58)	23,58 (4,06)
SWLS	14,13 (5,03)	17,05 (6,82)	16,37 (6,12)
HADS-Å	11,73 (3,47)	12,21 (3,28)	12,00 (3,16)
HADS-D	6,47 (2,77)	7,89 (3,48)	7,42 (2,91)
MADRS	1,07 (1,16)	1,16 (1,12)	1,00 (1,00)

* *Inga signifikanta skillnader mellan grupperna.*

Instrument

Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES; Rosenberg, 1965) är en skala som utvecklades för att mäta global självkänsla. RSES är en av de skalor som används mest för att mäta självkänsla och anses ha hög intuitiv validitet (face validity) (Baranik et al., 2008). Instrumentet är välanvänt inom självkänseforskningen och har enligt Schmitt och Allik (2005) en hög mellankulturell validitet. Vissa forskare menar att testet inte mäter självkänsla som en dimension, utan egentligen mäter två dimensioner: kompetens och självvärde (Tafarodi & Milne, 2002).

Skalan består av 10 frågor med fyra svarsalternativ (stämmer mycket bra; stämmer; stämmer inte; stämmer mycket dåligt), lägsta poängen man kan få är 10 och högsta 40. Exempel på frågor kan vara ”Jag klarar av saker och ting lika väl som andra människor” eller ”Då och då tycker jag att jag är rätt värdelös”. Det teoretiska medelvärdet för RSES ligger på 25 poäng, men vid internationella mätningar ser man ett faktiskt medelvärde på 30,85 (Schmitt & Allik, 2005).

Mätinstrumentet visade sig vid intresseanmälan till SKÖN-projektet ha god intern reliabilitet med $\alpha = .87$.

Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) är ett självskattningsformulär bestående av fem frågor som syftar till att mäta livstillfredsställelse. Varje fråga besvaras med ett värde från 1 till 7 där 1 är ”instämmer absolut inte” och 7 är ”instämmer helt”. Det går som högst att få 35 poäng (”extremt nöjd”) och som lägst 5 poäng (”extremt missnöjd”), där 20 poäng innebär att man varken är nöjd eller missnöjd med livet. SWLS mäter en kognitiv uppskattning av livstillfredsställelsen med syftet att inte påverkas av skattarens tillfälliga affekt (Pavot & Diener, 2007). Frågorna lämnar det öppet för skattaren själv att definiera vad som är viktigt i dennes liv. Fyra av frågorna fokuserar på nuet, den sista frågan skiljer sig genom att vara hypotetisk och blicka bakåt: ”Om jag skulle leva om mitt liv så skulle jag knappt ändra på någonting”. Den sista frågan kan utelämnas ur analysen om man främst är intresserad av hur skattaren uppfattar sin nuvarande livssituation (Pavot & Diener, 2007). Vid intresseanmälan till SKÖN-projektet visade sig mätinstrumentet ha god intern reliabilitet med $\alpha = .87$.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983) är en skala som utvecklats för att mäta förekomsten av depression och ångest hos icke-psykiatriska grupper inom vården. Den har senare visat sig vara användbar för patienter inom psykiatri, somatiska vården och primärvården, samt för normalbefolkningen (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). HADS består av 14 frågor uppdelade på två underskalor, en som mäter ångest (HADS-Å) och en som mäter depressivitet (HADS-D). Underskalorna består av sju frågor vardera, vilka besvaras på en fyrgradig skala som mäter 0-3, där 3 är högt och 0 lågt. Man kan få 0-21 poäng på varje delskala. Man kan ofta identifiera kliniskt signifikanta problem med ångest/depression när poängen ≥ 8 på någon av delskalorna (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002). Frågor kan exempelvis vara ”Jag bekymrar mig över saker” för delskalan ångest och ”Jag kan skratta och se det roliga i saker och ting” för delskalan depression. Den interna reliabiliteten som uppmättes vid intresseanmälan var $\alpha = .76$ för HADS-Å och $\alpha = .82$ för HADS-D.

Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS; Montgomery & Åsberg, 1979) är en skala som utvecklats för att mäta depression. Skalan består av 10 frågor som var och en besvaras på en sjugradig skala som mäter 0-6. Enbart frågan som rör livslust och suicidalitet användes vid intresseanmälan. Detta för att kunna exkludera suicidnära sökande, då HADS saknar frågor som behandlar livslust/suicidalitet.

Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8; Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) är ett frågeformulär som används för utvärdering av behandlingar. Frågeformuläret ges efter behandlingens slut och frågorna rör upplevelsen av behandlingen och hur givande klienterna tycker den har varit. Frågeformuläret består av åtta frågor med fyra svarsalternativ var. Två av frågorna har anpassats för att bättre passa utvärdering av en internetbehandling, genom att ordet ”mottagning” bytts ut mot ”behandling”. Frågor kan exempelvis vara ”Om en vän var i behov av liknande hjälp skulle du då rekommendera vår behandling till honom eller henne?”. Mätinstrumentet uppvisade en hög intern reliabilitet då det administrerades med $\alpha = .92$.

Procedur

Rekrytering. Rekrytering skedde via intresseanmälan på SKÖN-projektets hemsida. De ansökande fick ange ålder, kön och mailadress, samt fylla i ett frågeformulär. Frågeformuläret bestod av RSES, SWLS, HADS, livslustfrågan ur MADRS samt en öppen fråga om varför man ville delta i projektet. För att rekrytera deltagare till projektet medverkade författarna i tidningar och radio, där information om självkänsla och SKÖN-projektet behandlades. Författarna valde detta angreppssätt för att nå ut till så många som möjligt och för att minska selektionsbias.

Tidningarna City Malmö/Lund och City Landskrona publicerade 2010-02-08 en halvsidesartikel med titeln ”Få bättre självkänsla – över nätet” (Philipson, 2010). Artikeln beskrev olika former av låg självkänsla, exempel på hur behandlingen kan se ut och gav länkar till intresseanmälan på projektets hemsida. Tidningen City Malmö/Lund har 119 000 dagliga läsare och City Landskrona har 14 000 dagliga läsare (City, 2010).

En av författarna deltog i en tio minuter lång radiointervju i Mix Megapol den 17 februari 2010. Intervjun handlade om olika former av självkänsla, vem som har låg självkänsla, hur man arbetar med det och hur internetbehandling fungerar. Möjligheten att göra intresseanmälan togs upp och länk till projektets hemsida fanns på Mix Megapols hemsida. Enligt Susanna Dzamic på Mix Megapol har radiostationen cirka 15 000 unika lyssnare varje kvart.

Intresseanmälan öppnades 2010-02-08 och stängdes 2010-02-23. Den bestod av tre självskattningsformulär (RSES, SWLS och HADS), en fråga ur MADRS och en fritextfråga om varför de sökande ville delta. Sammanlagt togs 62 intresseanmälningar emot, varav 42 kom in innan radiointervjun sänts. Av de 62 personer som anmälde sitt intresserade av att delta i SKÖN-projektet var 49 kvinnor och 13 män. De sökandes åldrar sträckte sig från 17 till 62, med en medelålder på 33,7 år och en medianålder på 32 år.

Urval. Inklusionskriteriet för att delta i projektet var att den sökande var myndig och ville arbeta med att förbättra sin självkänsla. Författarna valde att främst gå på de sökandes fritextsvar där de fick motivera varför de ville delta i projektet. Detta då RSES mäter global självkänsla och det är möjligt att ha låg självkänsla inom ett specifikt område utan att det behöver ge något större utslag på RSES. Dock valde författarna att exkludera deltagare med poäng på RSES som översteg det globala medelvärdet ur analysen av resultaten, eftersom de är outliers och hotar den statistiska validiteten. Enbart två av de sökande hade poäng på RSES som översteg det globala medelvärdet 30,85 (Schmitt & Allik, 2005).

Det fanns även två exklusionskriterier. Om den sökande uppfyllde något av dessa kriterier exkluderades denne ur studien. Det första exklusionskriteriet var om den sökande hade svarat på livslustsfrågan ur MADRS med fyra eller fler poäng ("4 - Jag tycker ofta det vore bättre att vara död, och trots att jag egentligen inte önskar det, kan självmord ibland kännas som en möjlig utväg."). Det andra exklusionskriteriet uppfylldes om den sökande sammanlagt hade 35 eller fler poäng på HADS. För att undvika att personer med misstänkt svårare psykiatrisk problematik skulle få en behandling som inte var anpassad för dem eller deras problem valde författarna att exkludera dessa från studien. Detta dels för att författarna inte kunde veta om den behandling som bedrevs i projektet skulle kunna vara olämplig för personer med svårare psykiatrisk problematik, men också då författarna ej ville riskera att sökande avstod från att söka sådan vård de behövde genom sitt deltagande. För en grafisk genomgång av urvalet, se figur 2.

För att säkerställa att de som sökte till projektet ville ha hjälp med självkänsla och inte ångest/depression valde författarna att ge tydlig information om projektet till de sökande som hade ≥ 15 poäng på någon av delskalorna HADS-D eller HADS-Å, alternativt uttryckte funderingar kring ångest eller depression i fritextfrågan.

Av de 62 sökande exkluderades en sökande då denne ej var myndig, en annan sökande exkluderades då denne inte var intresserad av att arbeta med sin självkänsla, utan ville utbyta kunskap om psykologi. Båda kontaktades via e-mail om varför de exkluderats ur studien och fick möjlighet att svara och ställa frågor om de undrade över något. Fyra sökande exkluderades på grund av för höga värden på livslustfrågan från MADRS (≥ 4) och en exkluderades då denne hade för högt värde på HADS (≥ 35). Dessa fem fick e-mail om att de i intresseanmälan svarat på ett sätt som personer som lider av stor nedstämdhet och ångest gör, samt en rekommendation att söka professionell hjälp via exempelvis vårdcentral om de upplevde ångest/nedstämdhet som ett problem. De fick även möjligheten att svara på mailet och ställa frågor.

Av de 55 som fanns kvar efter exkluderingen hade 19 stycken fått ≥ 15 poäng på HADS-Å eller HADS-D, alternativt på något sätt uttryckt funderingar om ångest eller depression i fritextfrågan. Dessa fick e-mail där de upplystes att de svarat högre än vad som är vanligt på frågor som rör ångest och/eller nedstämdhet och att behandlingen i SKÖN-projektet inte syftade till att behandla ångest/depression. Om de upplevde att deras huvudsakliga bekymmer var ångest/nedstämdhet så rekommenderade författarna dem att söka professionell hjälp via exempelvis vårdcentral. Om de däremot redan behandlades eller tidigare hade behandlats för sådan problematik, alternativt upplevde att självkänslan var deras huvudsakliga bekymmer var de välkomna att delta i projektet. De fick tillsammans med de övriga 36 sökande informationsmail om projektet och möjlighet att ställa frågor.

För att få inloggningsuppgifter till hemsidan där projektet bedrevs behövde de sökande skicka in en blankett brevlades där de godkände att de medverkade i en psykologisk studie och att författarna fick hantera deras personuppgifter. Av de 55 kvarvarande sökande skickade 35 stycken in blanketten och deltog i studien.

Behandlingskonstruktion. Författarna började processen att konstruera behandlingen med att söka befintliga behandlingar för personer med låg självkänsla. De behandlingar som studerades var behandlingar som utgick ifrån kognitiva synsätt, behaviouristiska synsätt, existentiella synsätt och psykodynamiska synsätt. Även behandlingar utifrån andra perspektiv undersöktes. Författarna letade efter komponenter som tycktes vara effektiva vid behandling av låg självkänsla och som hade vetenskapligt stöd.

Författarna studerade även begreppet självkänsla och vilka faktorer och situationer som ansågs påverka självkänslan för olika personer. Utifrån det insamlade materialet skapade författarna hypoteser om vilka behandlingar eller kombinationer av metoder som hade tillämpats tidigare i andra behandlingar och som även var begreppsmässigt kompatibla med behandling av låg självkänsla. Materialet sammanställdes och en logisk struktur utarbetades som låg till grund för hur behandlingen skulle genomföras.

Författarna fann Fennells (1997) konceptualisering av låg självkänsla tilltalande, då den gav en tydlig modell att arbeta ifrån och tycktes fånga teman som är genomgående i andra behandlingar. Då Fennells modell bygger på kognitiv beteendeterapi var detta en lämplig ansats att bygga behandlingen på. Kognitiv beteendeterapi är en assimilativ, integrativ psykoterapiform (Westling, 2006), vilket tillåter behandlaren att hämta metoder från andra terapiformer, förutsatt att de kan anpassas för en kognitiv-behaviouristisk referensram. Detta gjorde det möjligt för

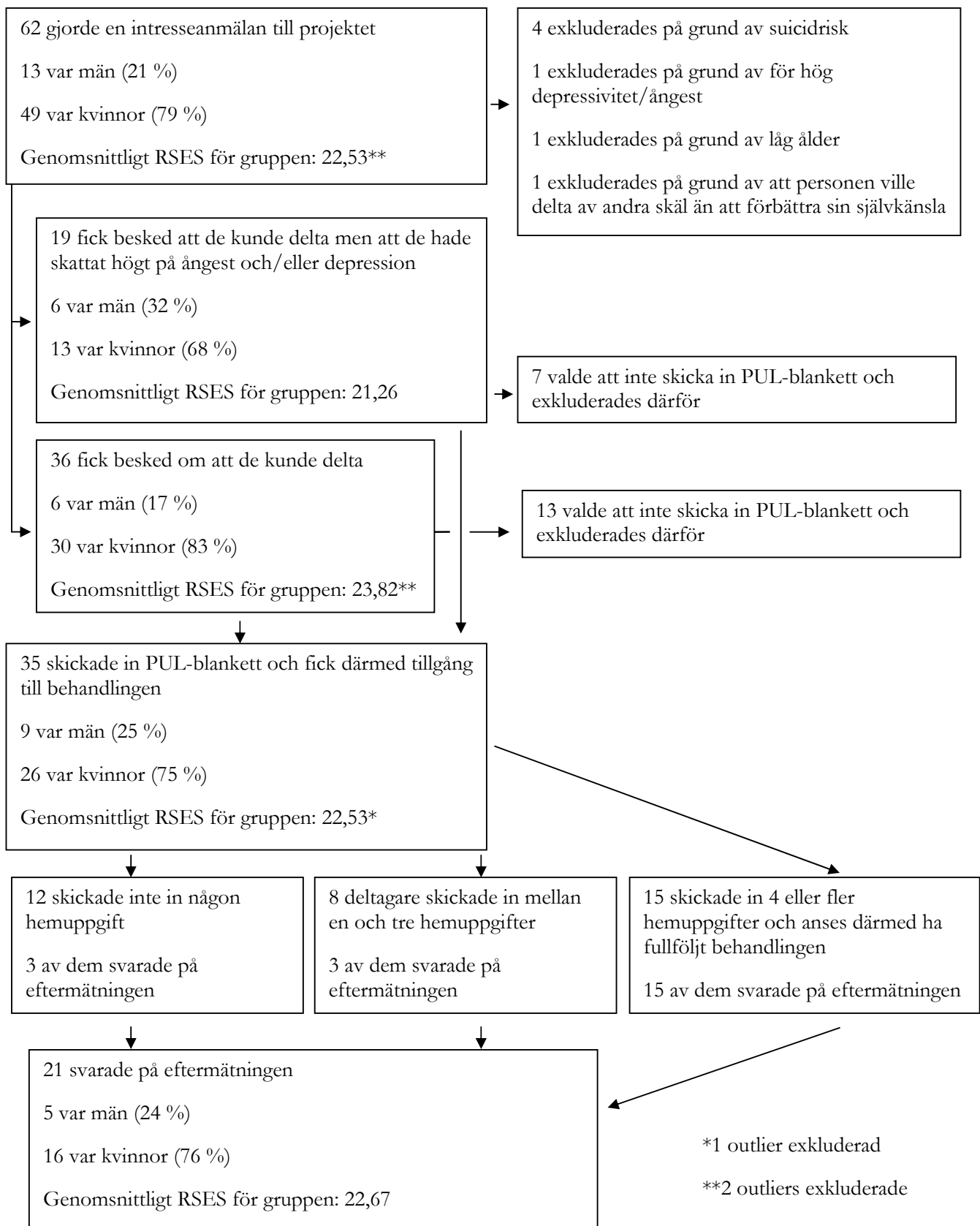
författarna att använda sig av metoder från andra behandlingar som inte nödvändigtvis är grundade i kognitiv beteendeterapi.

Efter att behandlingens innehåll hade börjat ta form påbörjades arbetet med att anpassa behandlingen till ett internetbaserat självhjälsformat. Särskild vikt lades vid att öka inläringen genom att göra behandlingen så pedagogisk som möjligt. Av den anledningen arbetade författarna med att göra behandlingen så lätt att förstå som möjligt, med en mycket tydlig struktur, samt att arbeta in exempel och tillfälle för repetition och reflektion.

Slutligen byggde författarna en hemsida där behandlingen skulle bedrivas. Formulär anpassades så att deltagarna skulle kunna fylla i dem på datorn. Hemsidan lösenordsskyddades och anpassades så att det skulle vara lätt att hitta mellan olika texter, så kallad hypertextualitet, samt utformades på ett sätt som ökade användarvänligheten och översikten.

Behandling. Behandlingen bestod av en internetbaserad vägledad självhjälskurs uppdelad i sex kapitel. Varje vecka öppnades ett nytt kapitel upp för deltagarna på hemsidan. Varje kapitel innehöll psykoedukation, uppgifter och exempel med fiktiva karaktärer. Det fanns två sorters uppgifter –sådana som klienterna skulle lämna in till behandlarna och sådana som de gjorde på egen hand. Uppgifterna som gjordes på egen hand låg ofta till grund för inlämningsuppgifterna.

Varje vecka skickade deltagarna in inlämningsuppgifter som behandlarna läste och svarade på (se appendix 1). Behandlarnas svar utgick från en mall som skrevs specifikt för varje enskild uppgift, där individuella reflektioner kring deltagarens uppgift varvades med mer generell information som rörde föregående veckas kapitel och knöt ihop det med kommande veckas kapitel. Svaren var runt en A4-sida långa. De bestod ungefär till 70% av färdigskrivna mallar med generell information och till 30% av individuell feedback. Svaren var utformade på ett sätt som skulle få deltagarna att känna sig sedda och validerade. Detta för att deltagaren ska känna sig respekterad utan att bli dömd, samtidigt är i linje med bra självhjälsbehandling enligt Richardson et al. (2010). Deltagarna fick stöd av behandlarna, beröm när de gjort framsteg, de blev peppade när de hade det svårt och fick förslag till möjliga sätt att gå vidare. Att visa värme och omtanke är viktigt i behandlingen av låg självkänsla och att positivt förstärka de framsteg som görs (Pope et al., 1988, refererad i Mruk, 2006).



Figur 2: Flödesschema över rekrytering, bortfall och genomförande.

För att göra behandlingen lättare för deltagarna att ta till sig användes flera olika pedagogiska grepp och metoder. Språket som användes i behandlingen anpassades till att vara lättillgängligt utan att för den sakens skull förminska innehållet genom översimplifiering, vilket Richardson, et al. (2010) menar är viktigt i självhjälpsbehandlingar. För att underlätta inläringen innehöll de första tre kapitlen frågesporter där deltagarna kunde testa sina kunskaper och sin förståelse.

För att få kontinuitet skapade författarna fyra fiktiva deltagare som på olika sätt led av låg självkänsla. De fiktiva deltagarna konstruerades för att vara så realistiska som möjligt. Författarna ville även undvika att skapa en glättig, överdrivet positiv atmosfär som ibland kan återfinnas i självhjälpstlitteratur och valde istället att använda realistiska, nyanserade och hoppfulla karaktärer. Alla exempel som gavs i de olika kapitlen använde sig av de fiktiva deltagarna. Richardson, et al. (2010) menar att en viktig faktor i självhjälp är att förmedla att man som författare förstår hur det är att lida av (i det här fallet) låg självkänsla. Denna förståelse förmedlas dels genom teorier, men även en praktisk förståelse av vad låg självkänsla kan innebära genom exempelkaraktärerna. Karaktärerna fyller också en modellinlärande funktion, där deltagaren kan identifiera sig med en eller flera (Pope, et al., 1988, refererad i Mruk, 2006). Deltagarna kan följa karaktärernas framsteg och därmed få känna hopp om att en förändring är möjlig. Till varje inlämningsuppgift fanns åtminstone ett, men ibland upp till fyra formulär ifyllda av dem. Detta för att göra det lättare för deltagarna att identifiera sig med de fiktiva deltagarna och se olika sätt att fylla i formulären på. Genom att ge exempel på hur svar på uppgifterna kan se ut gör man det tydligt vad som förväntas av deltagarna. Detta kan vara särskilt fördelaktigt vid behandling av personer som har en orealistisk syn på vad de måste prestera (Shirk, Burwell & Harter, 2003). För att göra texterna lättare att läsa och komma ihåg försökte författarna använda sig av humor om det var lämpligt.

Kapitel ett. Första kapitlet syftade till att förbereda deltagarna inför de följande kapitlen genom att lära ut grundläggande kunskaper om KBT och självkänsla, samt att göra deltagarna mer uppmärksamma på processer de vanligtvis inte lägger märke till. Inlämningsuppgiften syftade till att få deltagarna att bli mer uppmärksamma på vad som aktiverade deras självkänsla, samt hur deras självkänsla påverkade dem. Att börja med att kartlägga hur den låga självkänslan påverkar livet är en vanlig teknik i behandling av låg självkänsla (Fennell, 1997; Shirk, Burwell & Harter, 2003).

Behandlingens första kapitel innehöll bland annat en kort introduktion till KBT, hur KBT fungerar och på vilken teoretisk grund det vilar. Kapitlet innehöll också en psykoedukationstext om självkänsla där deltagarna presenterades för olika definitioner av

självkänsla. Deltagarna kunde själva välja en definition som passade dem och deras självkänsla, att kunna reflektera om vad de lägger in i begreppet gör att deltagarna får tänka extra.

En text introducerade deltagarna för kopplingen mellan situation, beteende och konsekvens, samt vilka konsekvenser som ökar eller minskar ett beteende. Kopplingen mellan tanke, känsla och beteende presenterades i en annan text, där även möjligheten till förändring togs upp. En tidig, grundläggande introduktion till KBT och viktiga begrepp inom området gör det tydligt för deltagarna hur behandlingen bedrivs och underlättar förståelsen för kommande kapitel. Kapitlet innehöll även en frågesport där deltagarna kunde testa sin kunskap och förståelse om texterna, och därmed öka sin inläring.

I det första kapitlet presenterades också de fiktiva exempeldeltagarna med genomgående beskrivningar. Dessa hade olika problematik och anledningar till att ”delta” i behandlingen; en hade prestationsångest och kände sig värdelös om han inte levde upp till sina högt ställda krav; en var orolig för vad hennes vänner egentligen tyckte om henne och kände sig oviktig; en kände sig oattraktiv och funderade kring varför han saknade en partner; en var osäker på om hon dög som hon var, eller om hon borde förändra sig för att tillfredsställa andra i hennes omgivning. Varje deltagare hade även ”fyllt i” veckans inlämningsuppgift.

Första kapitlets inlämningsuppgift gick ut på att deltagarna skulle identifiera och registrera situationer då de påverkades av sin självkänsla. Deltagarna skulle anteckna tid/datum det inträffade, vilken situation som föranledde aktiveringen av självkänslan, hur de reagerade samt hur de påverkades av det som hände.

Kapitel två. Andra kapitlet syftade till att ge deltagarna en ännu bättre förståelse för hur självkänsla fungerar, som grund för resten av behandlingen. Psykoedukation om hur låg självkänsla kan uppstå beskrevs i en text, självkänslans olika domäner behandlades i en annan, där deltagarna fick en vidare beskrivning av hur låg självkänsla kan ta sig uttryck. Den kognitiva konceptualiseringen av låg självkänsla som behandlingen utgår ifrån presenterades för deltagarna.

Kapitlet syftade även till att lära deltagarna om vikten av att sätta upp smarta mål (Fennell, 2007). SMART:a mål (SMART står för Specificerat, Mätbart, Avtalat, Realistiskt och Tidsmässigt möjligt) är i detta fallet ett viktigt steg för att bearbeta orealistiska föreställningar om vad ska/kan prestera. Dessutom gör detta att deltagarna får reflektera kring vad de vill uppnå med behandlingen. De fick lära sig att hitta balanserade mål som varken är för stora eller för små. Deltagarna introducerades för hur man kan formulera delmål och långsiktiga mål. Att sätta upp smarta mål gör att deltagaren upplever att den klarar av delmål och inte misslyckas så ofta, vilket

i sin tur kan tänkas höja deltagarens känsla av kompetens som är viktig för självkänslan (Epstein, 1979, refererad till i Mruk, 2006).

I det andra kapitlet behandlades KBT och självkänsla på en något djupare nivå än i det första. Inlämningsuppgiften syftade till att öka deltagarnas medvetenhet kring hur de ser på de händelseförlopp där självkänslan är inblandad och träna dem i att bli bättre på att analysera situationer utifrån flera olika perspektiv. Andra veckans inlämningsuppgift fortsatte på samma spår som första veckans. Istället för att enbart identifiera och registrera situationer där de påverkades av sin självkänsla skulle deltagarna nu analysera situationer i detalj. Deltagarna skulle beskriva situationen de befann sig i då självkänslan aktiverades, vilka automatiska tankar som dök upp, vilka känslor som uppkom, hur de agerade/betedde sig och vilka konsekvenser det fick. Enligt konceptualiseringen agerar ofta en person med låg självkänsla på ett sätt som får den att undvika att ifrågasätta den negativa föreställningen om sig själv (Fennell, 1997). Att undersöka vilka konsekvenser som ett handlande får gör att man kan upptäcka undvikandebeteenden som hindrar personen från att utvecklas (Bednar et al., 1989). För att hjälpa deltagarna fanns även exempelformulär ifyllda av två av de fiktiva deltagarna. Kapitlet innehöll även en frågesport där deltagarna kunde testa sin nyfunna kunskap och förståelse.

Kapitel tre. Det tredje kapitlet innefattade flera olika teman som kretsade kring hur deltagarna bedömde sig själva. Självkritiska tankar ("den inre kritikern") behandlades i en psykoedukativ text som beskrev hur dessa fungerar och vad de kan få för konsekvenser. För att öka medvetenheten om de egna självkritiska tankarna skulle deltagarna skriva ner vad "den inre kritikern" brukade säga till dem. Självkritiska tankar bygger på en intern feedbackmekanism som Bednar et al. (1989) menar är central för personer med låg självkänsla.

För att bemöta den inre kritikern fanns två uppgifter deltagarna kunde göra på egen hand som syftade till att hjälpa deltagarna bli bättre på att identifiera sina positiva sidor. Den ena uppgiften, inventering av dina goda sidor, bestod av en lång lista med frågor som hjälper deltagarna att identifiera sina positiva sidor (ex: "Vad har du uppnått i livet, hur obetydligt det än är?"). Den andra uppgiften, den goda loggboken, är en övning där deltagarna dagligen för in saker som de gjort bra under den gångna dagen, oavsett hur små och obetydliga de kan tyckas vara. Båda uppgifterna syftade till att ge deltagarna en mer nyanserad bild av sig själva och göra dem mer uppmärksamma på sina goda sidor. Tekniker för att försöka hitta positiva egenskaper och aspekter är ett vanligt inslag i behandlingar för låg självkänsla (Fennell, 1997; Hall & Tarrier, 2002; Padesky, 1994).

För att visa på att tankar inte behöver vara sanningar eller ens logiska introducerades en text om tankefallor. Tankefallor beskrevs med exempel för att visa hur de kan påverka hur man tolkar information och ge deltagarna en bättre förståelse för sitt eget informationsprocessande. Texten om tankefallor skrevs på ett sådant sätt att deltagarna kunde känna igen sig i exemplet och visade att det är vanligt och naturligt att göra tankemässiga misstag, så att deltagarna inte behöver känna sig misslyckade eller att det är något fel på dem.

Livsregler beskrevs i en psykoedukativ text som låg till grund för tredje kapitlets inlämningsuppgift. I den tredje veckans inlämningsuppgift skulle deltagarna genom att använda sig av mullvadsmetoden komma fram till en livsregel som de skapat för att hantera sin låga självkänsla. När de identifierat regeln skulle de beskriva hur den har påverkat deras liv, hur de vet att regeln är aktiv, hur det är förståeligt att de skapat regeln och varför den är orimlig. Därefter skulle deltagarna identifiera fördelar och nackdelar med att följa regeln, komma på en bättre och mer realistisk regel samt komma på hur man skulle kunna övningsköra den nya regeln i verkligheten. Syftet med uppgiften var att ge deltagarna ytterligare insikt i hur den låga självkänslan påverkar dem och hur orimliga dessa livsregler egentligen är. Personer med låg självkänsla har en tendens att skapa livsregler för att undvika känsliga situationer. Undvikandet innebär mindre ångest och lidande på kort sikt men blir mer kostsamt på lång sikt eftersom det förhindrar viktig information om dem själva och omvärlden (Bednar, et al., 1989). Att identifiera livsregler innebär att man identifierar undvikandet, vilket underlättar det fortsatta förändringsarbetet. Genom att fundera på alternativa regler öppnas det också upp för framtida förändring. Kapitlet avslutades med en frågesport där deltagarna kunde kontrollera sin nya kunskap och förståelse.

Kapitel fyra. Det fjärde kapitlet fokuserade på negativa grundantagande om sig själv, även kallat inlärd negativa föreställningar om sig själv, samt alternativ till dessa. De negativa föreställningarna om sig själv är centrala i låg självkänsla, därför är det viktigt att deltagarna kan identifiera och utmana dem. En psykoedukationstext beskrev negativa föreställningar om sig själv, hur de uppstår, fungerar och vad som bibehåller dem.

Deltagarna fick själva identifiera sina negativa föreställningar om sig själva med hjälp av en uppgift där deltagarna samlade ihop de negativa tankar som dykt upp under behandlingens gång. Genom att använda sig av mullvadsmetoden som presenterades i kapitel tre skulle deltagarna komma fram till en grundläggande negativ föreställning om sig själv, en så kallad kärnövertygelse.

Den identifierade kärnövertygelsen användes därefter i en andra uppgift, där deltagarna skulle identifiera alternativa, positiva föreställningar om sig själva som var rättvisa och nyanserade, till skillnad från de tidigare negativa föreställningarna. Personer med låg självkänsla har ofta rigida och extrema föreställningar om omvärlden och sig själv (Shirk, Burwell & Harter, 2003). Dessa föreställningar är väldigt stabila, för att kunna förändra dem krävs dels att man hittar svagheterna i det synsätt man haft och dels erbjuder ett alternativt, trovärdigt sätt att se på sig själv och världen. Padesky (1994) menar att ett sätt att göra detta på är att arbeta med nyanser, så att världen inte enbart ses som svart eller vit.

Identifieringen av negativa föreställningar om sig själv och positiva alternativ till dessa låg till grund för kapitlets två inlämningsuppgifter. I den första inlämningsuppgiften, bevisföring för och emot, skulle deltagarna undersöka hur väl den negativa föreställningen om sig själv överensstämde med verkligheten genom att söka efter bevis som talade för eller emot den. För att underlätta utförandet av uppgiften fanns två exempelformulär ifyllda av fiktiva deltagare. Syftet med uppgiften var att urholka de negativa föreställningarna och nyansera deltagarnas bild av sig själva.

Den andra inlämningsuppgiften, att förändra sitt sätt att agera (kognitiv omstrukturering), handlade om att hitta alternativ till hur man vanligtvis agerar. Uppgiften delade vissa likheter med inlämningsuppgiften i kapitel två, deltagarna skulle identifiera en känslig situation, vilka automatiska tankar som uppstod, hur deltagaren kände och agerade, samt vad det fick för konsekvenser på kort och lång sikt. Efter att deltagarna fyllt i den första delen av formuläret skulle de beskriva hur de i samma situation skulle kunna tänka, känna och agera, samt vad det fick för kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser om de utgick från alternativa, positiva föreställningar om sig själv. Kognitiv omstrukturering är mer eller mindre ett permanent inslag i KBT-behandlingar för låg självkänsla (Fennell, 1997; Shirk, Burwell & Harter, 2003). Syftet med uppgiften var att få deltagarna att se fördelarna med ett förändrat tankesätt och beteende, samt försöka få dem att testa nya tankesätt och beteenden. Som hjälp fanns ett exempelformulär ifyllt av en fiktiv deltagare.

Kapitel fem. Behandlingens femte kapitel syftade till att få deltagarna att genom beteendexperiment utmana och testa föreställningar och beteenden som de upptäckt under de första fyra kapitlen. För att begripliggöra behandlingen ytterligare fick deltagarna åter läsa konceptualiseringen av låg självkänsla med tillägg som tydliggjorde hur de tidigare texterna och uppgifterna var tänkta att påverka självkänslan. Att få en överblick över behandlingen och återkoppla vad man gjort befäster det man lärt sig och skapar en möjlighet till reflektion.

Kapitlets inlämningsuppgift gick ut på att genomföra ett beteendeeperiment. Deltagarna kunde själva välja om de ville testa befintliga hypoteser och förutsägelser, eller om de ville i detalj aktivt observera ett händelseförlopp i en känslig situation. Beteendeeperiment är en central teknik inom KBT och används ofta inom behandling av låg självkänsla. Beteendeeperimentet är viktigt för att få testa nya beteenden i verkligheten och få nya intryck som kan påverka hur man ser på sig själv och omvärlden (Fennell, 2007).

I inlämningsuppgiften skulle deltagarna beskriva vilken situation de skulle vilja bli bättre på att hantera och hur de vanligtvis beter sig i en sådan situation. Deltagarna skulle därefter beskriva vad de hade för förutsägelse om vad som skulle hända i situationen och vad de grundade sin förutsägelse på. Därefter skulle deltagarna beskriva hur de ville testa sin förutsägelse (och därmed sin inlärd föreställning), samt vad de skulle göra annorlunda mot vad de brukade göra i liknande situationer. Efter att deltagarna genomfört beteendeeperimentet skulle de, så objektivt och noggrant som möjligt, skriva ner vad som faktiskt hände. Slutligen skulle deltagarna göra en bedömning av vad utfallet sade om förutsägelsen, samt skriva ner hur de kan gå vidare med att utmana föreställningarna. För att underlätta genomförandet av uppgiften kunde deltagarna ladda ner ett exempelformulär ifyllt av en fiktiv deltagare. Syftet med inlämningsuppgiften var att få deltagarna att bryta sina gamla mönster, testa nya beteenden och se att föreställningarna om vad som skulle hända var värre än vad som faktiskt hände.

En svårighet när det gäller internetbehandlingar är att deltagarna själva måste klara av allting på egen hand, det finns ingen terapeut som kan vara med dem. För att göra det mer sannolikt att deltagarna skulle klara av att genomföra beteendeeperimentet fick deltagarna läsa en psykoedukationstext med tips om vad de kunde göra i jobbiga situationer. Hur ångest varierar i en känslig situation illustrerades med en ångestkurva. Grafen visade upplevd ångest när man utmanar något obehagligt, samt upplevd ångest när man undviker det obehagliga med en text som förklarade fördelen med att utmana istället för att undvika obehag. Deltagarna påmindes också av vikten av att vara uppmärksam på negativa tankar och påminna sig själv om vad de lärt sig under de tidigare kapitlen. Slutligen innehöll texten olika tips på vad deltagarna kunde göra för att hantera situationer som de upplevde som obehagliga, med beskrivningar om hur man andas rätt, hur spända muskler påverkar obehagskänslor samt en andningsövning (andas i fyrkant). Fennell (1997) menar att en förbättrad förmåga att reglera sin egen ångest kan ge klienten en känsla av kompetens.

Kapitel sex. Det sjätte och sista kapitlet handlade om hur deltagarna kunde gå vidare med arbetet för bättre självkänsla efter att behandlingen tagit slut. Kapitlet behandlade även medveten

närvaro och acceptans, begrepp som kan förbättra användandet av de andra teknikerna som presenterats i tidigare kapitel. Syftet med kapitlet var att rusta deltagarna för ett fortsatt arbete på egen hand.

Kapitel sex började med en text om hur man håller lärdomarna från behandlingen levande, samt vad man kan göra om man faller tillbaka i gamla mönster. Texten beskrev tre enkla stödpunkter (identifiera det som stör, hitta bättre alternativ, testa alternativen) och vilka texter och uppgifter som kunde vara användbara i de olika fallen.

En av texterna introducerade deltagarna till begreppet medveten närvaro, vad det är och hur man kan göra för att använda sig av det. Syftet med texten var att öka deltagarnas uppmärksamhet på vad som sker i stunden, både inom sig själva och utanför. Medveten närvaro ger deltagarna redskap att bättre identifiera tankar och känslor. För att underlätta lärandet fanns det en övning som deltagarna kunde göra på egen hand, där deltagarna skulle äta ett russin samtidigt som de använde sig av medveten närvaro.

En annan text introducerade deltagarna till begreppet acceptans och ett accepterande förhållningssätt. Det fanns även en övning deltagarna kunde göra på egen hand för att underlätta inläringen, ”lov i en ström”. Syftet med att öva på att ta ett accepterande förhållningssätt var att få deltagarna att bättre klara av situationer som de inte kunde påverka. Självacceptans är högt korrelerat med självkänsla (Ryff, 1989) och acceptans anses allmänt höja självkänsla (Epstein, 1979, refererad i Mruk, 2006).

Sjätte kapitlets inlämningsuppgift gick ut på att upprätta en handlingsplan för framtiden. Handlingsplanen skulle användas efter behandlingens slut och uppdateras efter behov. I handlingsplanen skulle deltagarna skriva ner hur deras låga självkänsla uppstått och vad som upprätthåller den, vad de lärt sig under behandlingens gång, vilka de viktigaste negativa tankarna, reglerna och åsikterna var. Därefter skulle deltagarna skriva ner hur de kan använda sig av det de lärt sig under behandlingen, vad de uppnått med behandlingen (så här långt), vad som potentiellt skulle kunna leda till ett bakslag och vad de skulle göra om de drabbades av ett. Handlingsplanen gör att deltagaren inte lämnas ensam när behandlingen är avslutad och kan därmed förhindra att teknikerna inte används och deltagarna återfår en låg självkänsla.

Etik

Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor undantar sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå (§2)

vilket ett examensarbete vid psykologprogrammet är. Man bör dock beakta de etiska principer som lagen eftersträvar att upprätthålla. För att säkerställa att studien är genomförd på ett så etiskt sätt som möjligt har en kontinuerlig diskussion kring etiska frågor förts.

Øvreeide (2003) tar upp tre generella forskningsetiska krav som utgör essensen av Nürnberg-koden från 1947, nämligen att deltagarna får så bra information att de kan avgöra om de bör delta, att deltagarna har kompetens nog för att fatta ett sådant beslut och att deltagarna fattar beslutet frivilligt utan påtryckning eller manipulation.

Ett riktmärke för vilken information som deltagarna behöver få finns i §16. Där står det att forskningspersonen skall informeras om; den övergripande planen för forskningen, syftet med forskningen, de metoder som kommer att användas, vem som är forskningshuvudman, de följder och risker som forskningen kan medföra, att deltagande i forskningen är frivilligt, och forskningspersonens rätt att när som helst avbryta sin medverkan. Information om allt detta gavs explicit förutom när det gäller eventuella risker och frivilligheten i deltagandet. Att deltagandet i studien är frivilligt framgår implicit genom att deltagarna rekryterades via media.

När det gäller information om riskerna med att delta i denna studie, är det svårt att avgöra hur en sådan information skulle se ut och hur informationen skulle påverka klienterna. Resultat från flera studier av psykoterapi tyder på att psykoterapeutisk behandling kan leda till en försämring för ca 5-10% av klienterna (Hansen & Lambert, 2003; Lambert, 2007; Mohr, 1995). Dock behöver det nödvändigtvis inte vara så att denna behandlingen skulle leda till försämring i samma utsträckning även om det är mycket möjligt att det är på det viset. Frågan är dock fortfarande om man bör informera klienten om detta, då det kanske kan ha en negativ inverkan på behandlingen eller klientens beslut om medverkan.

Øvreeide tar upp problematiken att man som psykolog besitter en privilegerad kunskap d.v.s. att man skaffat sig kunskap och färdigheter som man inte kan kräva att patienten ska förstå. Detta innebär att patienten har svårt att bedöma psykologens handlande och att detta handlande därför förutsätter autonomi för psykologen samt ett ökat ansvar. Denna autonomi innebär alltså att psykologen har ett klart tolkningsföreträde men att han måste vara noga så att han håller sig inom de yrkesetiska principerna (Øvreeide, 2002).

Det finns alltså en risk för upplevelse av ökade besvär i samband med behandling. Men riskerna minskas troligtvis genom att information ges om behandlingens begränsningar, deltagare med låg livslust exkluderas samt att behandlingen grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Informationen bedömdes därför som tillräcklig för att ta ett beslut i frågan och deltagarna antogs vara kompetenta nog att fatta detta beslut.

§10 slår fast att studierna ska utformas på ett sådant sätt att deltagarna utsätts för så lite risk som möjligt. Av denna anledning exkluderades personer med låg livslust då deras deltagande inte ansågs nödvändigt för studiens giltighet och eftersom de antogs vara i behov av för dem mer anpassad vård. Det finns även en risk att studien inkluderar personer som skulle kunna behöva annan beprövad behandling. Av denna anledning skickades olika svar ut till ansökande beroende på deras svar på HADS. Ansökande som svarade högt (≥ 15) på HADS ångestskala och/eller depressionsskala, fick ett särskilt meddelande som upplyste ansökanden om att behandlingen inte riktade sig mot depression eller ångest, men att ansökanden var fortsatt välkommen att delta om de inte upplevde att ångest eller depression var deras huvudproblem.

Därmed kunde de ansökande själv få välja vad de ville få hjälp med. Ansökande ansågs som en följd av detta vara kompetent nog att veta själv vad han eller hon behövde för hjälp. Studiens värde ligger bland annat i att behandla personer för subkliniska problem utan att psykiatisera dem och istället värna om klientens självomhändertagande. Därför var det viktigt att ansökanden själv skulle få friheten att välja och känna sig kompetent nog att göra det valet.

För att få lagra information, exempelvis svar på HADS eller SWLS, som eventuellt kan vara känsliga personuppgifter ombads de ansökande att fylla i en blankett och skicka in den brevlades till Institutionen för psykologi vid Lunds universitet. Blanketten innehöll information om personuppgiftslagen PUL (1998-2004) och ansökanden gav genom ifylld inskickad blankett sitt godkännande till att deras uppgifter fick lagras enligt PUL. Øvreeides krav på ett aktivt samtycke tillgodoses genom detta förfarande (Øvreeide, 2002). De som skickade in sin blankett fick därefter ett användarnamn och lösenord skickat till sin e-postadress. Detta för att undvika att fullständigt namn, personnummer etc. skickades över internet så att informationen inte enkelt skulle kunna kopplas till någon person.

En vägledad självhjälpsbehandling över internet innebär att en hel del personlig information skickas över relativt osäkra servrar och att information om klienterna lagras elektroniskt. Det innebär att man ställs inför frågor om vilken sekretess en internetbehandling kan tänkas ha. Vad som säkerställer att behandlingen över internet anses säker har diskuterats mycket i olika artiklar. Alltifrån enkla förbättringar av säkerheten såsom uppdaterat antivirusprogram, borttagning av spyware och lösenordsskydd etc. till mer avancerade lösningar som kryptering föreslås (Abbott et al., 2008; Midkiff & Wyatt, 2008). Man kan dock inte uppnå

någon absolut säkerhet utan hela frågan handlar egentligen om vad som är en acceptabel osäkerhet.

För att göra informationshanteringen tillräckligt säker i denna behandling har användarens namn och personnummer inte skickats över nätet, uppdaterade antivirusprogram och spywareborttagare har använts, och tillgången till behandlingen lösenordsskyddats. Kryptering hade varit bra men ansågs vara olämpligt då den praktiska implementeringen av kryptering skulle innebära ett merarbete för behandlare och deltagare som inte stod i proportion till den nytta med krypteringen vara. Skillnaden mellan ett krypterat meddelande och ett okrypterat beskrivs av Hushmail (en leverantör av krypteringstjänster) som skillnaden mellan att skicka ett vykort och ett förseglat kuvert (Hushmail, 2010), det vill säga inte särskilt säkert det heller.

Sammanfattningsvis har ansträngningar gjorts för att ge deltagarna tillräcklig information för att de skulle kunna ta ett aktivt beslut om deltagande. Konfidentialitet har eftersträvat och de insamlade uppgifterna behandlas enligt PUL och används endast för denna examensuppsats och destrueras därefter. Det vetenskapliga värdet av denna uppsats har ansetts uppväga eventuella risker för deltagarna då resultaten kan vara mycket användbara för allmänheten och riskerna för deltagarna bedömts vara låga.

Statistisk analys

Studien har en kvasiexperimentell design. Insamlad data analyserades med såväl beskrivande som inferentiell statistik. Dataanalysen gjordes främst med statistikprogrammet SPSS,

effektstorlekarna beräknades för hand. Effektstorlekarna beräknades med formeln $d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma_{pooled}}$,

där effektstorleken är skillnaden i medelvärde mellan för- och eftermätning delat med den sammanvägda standardavvikelsen från för- och eftermätningen (Andersson, 2003).

Effektstorlekar värderas enligt Cohen (1988) som liten vid .20, måttlig vid .50 och stor vid .80.

Data samlades in när deltagarna gjorde intresseanmälan till projektet (förmätning), samt i samband med behandlingens slut (eftermätning). Av de 35 som deltog i projektet svarade 21 stycken på eftermätningen (15 av de svarande hade fullföljt behandlingen). Analysen gjordes på 34 deltagare då en exkluderats ur analysen på grund av outliervärde på RSES. För att korrigera för de 13 deltagare som inte svarade på eftermätningen gjordes en intent-to-treat-analys, där deltagarna som inte svarat fick samma värde på eftermätningen som de hade på förmätningen, så kallad "last value carried forward" (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Denna form av analys är

konservativ och minskar risken för fel av typ I (att felaktigt förkasta en nollhypotes). Fördelen med att använda sig av en intent-to-treat-analys istället för att enbart titta på deltagare som fullföljt behandlingen och/eller svarat på eftermätningen är att man inte överskattar behandlingens effekt. Det är svårt att rekommendera en behandling där hälften av deltagarna hoppar av innan behandlingen är över om inte resultaten för de som fullföljer behandlingen väger upp för de som hoppat av.

Insamlad data (RSES, SWLS, HADS-Å, HADS-D och livslustfrågan ur MADRS) analyserades i SPSS med t-test för beroende variabel, där det undersöktes om det fanns en statistiskt signifikant skillnad mellan för- och eftermätning. För de värden som det fanns en statistiskt signifikant skillnad mellan för- och eftermätning räknades effektstorlek ut. För att se om det fanns någon statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna (de som skickat in blankett och fullföljt behandlingen, de som skickat in blankett men ej fullföljt behandlingen och de som kvalificerats för behandlingen men ej skickat in blankett), gjordes envägs ANOVA där de olika grupperna jämfördes.

Resultat

Resultat presenteras för de som fullföljde behandlingen, men också med en mer konservativ intent-to-treat-analys där även deltagare som inte fullföljt behandlingen inkluderas i analysen. Två deltagare har exkluderats ur analysen, då dessa på förmätningen hade en självkänsla mätt med RSES som översteg det globala genomsnittet 30,85 (Schmitt & Allik, 2005) och var därmed outliers. Författarna hade redan innan behandlingens start valt att låta sökande med RSES över genomsnittet delta i behandlingen, men ej i analysen.

Studiens resultat presenteras med medelvärde och standardavvikelse för både för- och eftermätningen, samt med effektstorlekar (Cohen's d) inom gruppen.

Finns det någon skillnad mellan för- och eftermätning på Rosenberg Self-Esteem Scale?

Det fanns en statistiskt signifikant förbättring i förväntad riktning i RSES mellan för- och eftermätning, både hos de som fullföljde behandlingen $t(14) = 8,16$ och med mer konservativt räknad intent-to-treat-analys $t(33) = 4,49$, se tabell 2. Effektstorlekar beräknades för både fullföljare och med intent-to-treat-analys. Effektstorleken fanns vara mycket stor hos fullföljarna, men även med intent-to-treat-analysen fanns effektstorleken vara stor.

Tabell 2. Deltagarnas medelvärden och standardavvikelser för Rosenberg's Self-Esteem Scale, före och efter behandling, samt jämförande analysresultat.

Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSES)	Deltagare som fullföljt behandlingen (n = 15)	Alla som deltagit i behandlingen (intent-to-treat) (n = 34)
$M (SD)_{före}$	21,73 (3,08)	22,53 (3,40)
$M (SD)_{efter}$	30,27 (3,90)	26,56 (5,15)
$t (df)$	$t(14) = 8,16^{**}$	$t(33) = 4,49^{**}$
d	2,44	0,94

** p < .01

Finns det någon skillnad mellan för- och eftermätning på Satisfaction With Life Scale?

När det gällde SWLS fanns en statistiskt signifikant förbättring i förväntad riktning mellan för- och eftermätning hos såväl fullföljarna $t(14) = 7,93$) som med intent-to-treat-analysen $t(33) = 4,49$ se tabell 3. Effektstorlekar beräknades både för fullföljare och med intent-to-treat-analys. Effektstorleken för fullföljarna fanns vara mycket stor. Med intent-to-treat-analys fanns effektstorleken vara mellan måttlig och stor.

Tabell 3. Deltagarnas medelvärden och standardavvikelser för *Satisfaction With Life Scale*, före och efter behandling, samt jämförande analysresultat.

Satisfaction With Life Scale (SWLS)	Deltagare som fullföljt behandlingen (n = 15)	Alla som deltagit i behandlingen (intent-to-treat) (n = 34)
$M (SD)_{före}$	14,13 (5,03)	15,76 (6,18)
$M (SD)_{efter}$	23,40 (3,79)	20,15 (5,91)
$t (df)$	$t(14) = 7,93^{**}$	$t(33) = 4,49^{**}$
d	2,10	0,73

** $p < .01$

Finns det någon skillnad mellan för- och eftermätning för delskalan ångest i HADS?

Separata analyser gjordes för delskalorna HADS-Å och HADS-D, se tabell 4 och 5. För HADS-Å fanns en statistiskt signifikant förbättring i förväntad riktning mellan för- och eftermätningen för fullföljare $t(14) = 4,01$ och intent-to-treat-analys $t(33) = 3,77$. Effektstorleken för HADS-Å för de som fullföljde behandlingen fanns vara mycket stor. Effektstorleken som räknades ut för HADS-Å med intent-to-treat-analys fanns vara mellan måttlig och stor.

Tabell 4. Deltagarnas medelvärden och standardavvikelser för delskalan för ångest ur Hospital Anxiety and Depression Scale, före och efter behandling, samt jämförande analysresultat.

Hospital Anxiety and Depression Scale, delskala ångest (HADS-Å)	Deltagare som fullföljt behandlingen (n = 15)	Alla som deltagit i behandlingen (intent-to-treat) (n = 34)
$M (SD)_{före}$	11,73 (3,47)	12,00 (3,32)
$M (SD)_{efter}$	7,40 (2,77)	9,59 (3,53)
$t (df)$	$t(14) = 4,01^{**}$	$t(33) = 3,77^{**}$
d	1,39	0,70

** $p < .01$

Finns det någon skillnad mellan för- och eftermätning för delskalan depression i HADS?

Även för HADS-D fanns en statistiskt signifikant förbättring i förväntad riktning mellan för- och eftermätning. Detta gällde såväl när man räknade enbart med de som fullföljde behandlingen $t(14) = 5,83$ som när man räknade med intent-to-treat-analys $t(33) = 5,05$, se tabell 5. Också för HADS-D fanns effektstorleken för de som fullföljt behandlingen vara mycket stor. Vid intent-to-treat-analys fanns effektstorleken vara mellan måttlig och stor.

Tabell 5. Deltagarnas medelvärden och standardavvikelser för delskalan för depression ur Hospital Anxiety and Depression Scale, före och efter behandling, samt jämförande analysresultat.

Hospital Anxiety and Depression Scale, delskala depression (HADS-D)	Deltagare som fullföljt behandlingen (n = 15)	Alla som deltagit i behandlingen (intent-to-treat) (n = 34)
$M (SD)_{före}$	6,47 (2,77)	7,26 (3,22)
$M (SD)_{efter}$	2,07 (1,79)	4,71 (3,94)
$t (df)$	$t(14) = 5,83^{**}$	$t(33) = 5,05^{**}$
d	1,93	0,71

** p < .01

Finns det någon skillnad mellan för- och eftermätning för livslustfrågan i MADRS?

Det fanns för livslustfrågan ur MADRS en statistiskt signifikant skillnad i önskvärd riktning mellan för- och eftermätning, både vid analys av de som fullföljt behandlingen $t(14) = 3,16$ och vid intent-to-treat-analys $t(33) = 2,60$, se tabell 6. Effektstorleken för de som fullföljt behandlingen fanns vara mycket stor, men enbart mellan måttlig och liten med intent-to-treat-analys.

Tabell 6. Deltagarnas medelvärden och standardavvikelser för livslustfrågan ur Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, före och efter behandling, samt jämförande analysresultat.

Livslustfrågan ur Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)	Deltagare som fullföljt behandlingen (n = 15)	Alla som deltagit i behandlingen (intent-to-treat) (n = 34)
$M (SD)_{före}$	1,07 (1,16)	1,12 (1,12)
$M (SD)_{efter}$	0,20 (0,414)	0,706 (0,970)
$t (df)$	$t(14) = 3,16^{**}$	$t(33) = 2,596^*$
d	1,10	0,39
*p < .05		
** p < .01		

Hur svarade deltagarna på Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8)?

Av de 21 som svarat på eftermätningen hade 15 fullföljt behandlingen, 3 av de övriga hade skickat in någon hemuppgift och 3 hade inte skickat in någon hemuppgift alls. För de som fullföljt behandlingen låg medelvärdet för CSQ-8 på 27 poäng. Fullföljarna hade i genomsnitt arbetat med behandlingen i 12,57 timmar. För de 6 som ej fullföljt behandlingen låg medelvärdet för CSQ-8 på 21,5 poäng. De som ej fullföljt behandlingen hade i genomsnitt arbetat 6,00 timmar med behandlingen.

Diskussion

I diskussionsdelen kommer en diskussion föras kring resultatet, hur det kan tolkas och vilka slutsatser (om några) som kan dras utifrån pilotstudien. Hot mot validiteten kommer att diskuteras, samt vad man skulle kunna göra för att minska sådana hot. Förslag på hur man skulle kunna förbättra behandlingen kommer att ges i metoddiskussionen. Hur man kan tänkas gå vidare med framtida forskning på området kommer slutligen att behandlas i ett eget stycke.

Resultatdiskussion

Resultatet på huvudutfallsmåttet i denna studie (RSES) var att det fanns en signifikant skillnad mellan deltagarnas värde på förmätningen och eftermätningen. Effektstorleken var stor för fullföljarna och även stor för helgruppen efter en intent-to-treat-analys. Resultaten är lovande vad gäller att påverka självkänsla i positiv riktning med en internetbaserad KBT-behandling.

Många andra studier tyder också på att det går att höja självkänslan med KBT men det skulle behövas fler studier för att fastslå det. Det är också möjligt att en sådan behandling kan ske över internet och därmed nå fler människor. Värdet av att studera självkänsla går bara att spekulera i, men eftersom låg självkänsla är associerat med en rad psykiska sjukdomar är det troligt att sådan forskning kan gagna många. I synnerhet är det intressant ur ett preventionsperspektiv, eftersom låg självkänsla kan vara en sårbarhetsfaktor som kan leda till psykisk sjukdom (Brown et al., 1986; Johnson, 2010). Det är även intressant för de personer som blivit stigmatiserade på grund av psykisk sjukdom och efter behandling vill komma tillbaka till livet före sjukdomen.

I studien mättes också livskvalitet som korrelerar med självkänsla och är ett vanligt utfallsmått i denna typen av studier. För livskvalitet mätt med SWLS fanns en signifikant skillnad mellan förmätning och eftermätning. Effektstorleken var stor för fullföljarna och måttlig för helgruppen efter en intent-to-treat-analys. Detta resultat var väntat utifrån resultatet på RSES och ligger i linje med tidigare forskning. Förändringen i livskvalitet understryker vikten av fortsatt forskning på området. Samtidigt väcks frågan om det är en ökad självkänsla eller en minskning av ångest och depressionssymtom som orsakat höjningen av livskvaliteten eller om det finns en annan faktor som är mer betydelsefull. Detta eftersom det är troligt att livskvaliteten ökar om ångest och nedstämdhet minskar.

Deltagarnas skattningar av ångestsymtom på HADS-Å och depressionssymtom på HADS-D jämfördes också även om en förändring på dessa skalor inte var studiens primära mål.

På båda skalorna fanns det en signifikant skillnad mellan deltagarnas värde på förmätningen och eftermätningen. För båda skalorna var effektstorlekarna stora för fullföljarna och måttliga för helgruppen efter en intent-to-treat-analys.

Deltagarnas minskning i depressiva och ångestrelaterade symtom kan ses som ett indirekt stöd för Fennells konceptualisering av låg självkänsla (1997). En minskad aktivering av de dysfunktionella scheman som ger upphov till låg självkänsla, enligt henne, borde teoretiskt få dessa konsekvenser. Det här kan förstås också vara resultatet av att många av de tekniker som använts i behandlingen också används för behandling av ångest- och depressionsproblematik. Eftersom Fennells konceptualisering bygger på Becks allmänna modell för känslomässiga störningar (1976) är det naturligt att många tekniker är lika. Man kan därför fråga sig om detta har varit en behandling för låg självkänsla som påverkat ångest och depressionssymtom eller om det varit en ångest och depressionsbehandling som påverkat en låg självkänsla. Även om frågan kan tyckas vara av underordnad betydelse så är frågan om hur en korrekt konceptualisering av låg självkänsla ser ut viktig för vilka tekniker som kan tänkas vara effektiva att använda i framtiden.

Att behandla det ena utan att behandla det andra är samtidigt svårt då låg självkänsla är ett symtom på depression och associerat med flera ångestproblem. Här får man kanske acceptera konsekvensen att man inte kan förändra det ena utan att också få förändringar på det andra. Ett alternativ är att göra en mer grundlig analys av deltagarna och deras problem för att hitta undergrupper som kanske kan förklara vad det egentligen är man påverkar och vad det är deltagarna vill ha hjälp med.

Ett något förvånande resultat var minskningen på livslustfrågan i MADRS som uppvisade en signifikant skillnad mellan förmätning och eftermätning. Effektstorleken var stor för fullföljarna och liten för helgruppen efter en intent-to-treat-analys. Frågan var egentligen bara med i studien för att kunna exkludera sökanden med låg livslust då de skulle vara i behov av en mer beprövad behandling. Den var inte tänkt som en utfallsvariabel. Att den även gav en statistiskt signifikant förändring är särskilt förvånande eftersom det finns en inbyggd golveffekt i frågan. Det var många av deltagarna som började med det maximala resultatet på frågan (0 = Jag har normal aptit på livet.) och därför inte kan göra någon mätbar förbättring.

Låg självkänsla har visats vara en riskfaktor för självmordstankar (McGee & Williams, 2000) och självmordsförsök (Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994). Lewinsohn et al. (1994) fann till och med att låg självkänsla predicerade självmordsförsök bland 1502 studenter. Ett samband finns alltså mellan faktorerna men frågan är om det är detta samband som mätningarna avspeglar.

Mäter verkligen MADRS hur suicidnära en person är, särskilt när det gäller de lägre skattningarna på skalan. Om man skattar en 2a (= Livet känns inte särskilt meningsfullt men jag önskar ändå inte att jag vore död) så kanske detta fortfarande bara är relaterat till nedstämdhet och depression. En möjlig tolkning av resultatet är att man har minskat deltagarens depressivitet och höjt livskvaliteten vilket ger utslag på MADRS. Det finns därför goda skäl att inte dra några långtgående slutsatser utifrån detta resultat. Det är inte på något sätt fastslaget att denna behandling skulle kunna vara bra för suicidnära patienter. Istället kanske den höjer livskvaliteten för de som är långt ifrån självmord.

I eftermätningen användes även CSQ-8 för att mäta hur nöjda deltagarna var med behandlingen. Genomsnittet hos fullföljarna låg på 27 poäng. Medelvärde på behandling brukar ligga kring 27 poäng (Attkinsson & Greenfield, 1998) så fullföljarna i denna behandling är lika nöjda som personer som genomgått psykoterapi är överlag. På grund av att man brukar skatta högt på detta instrument är det svårt att jämföra olika behandlingar med varandra med detta mått. Måttet blir egentligen bara riktigt intressant om resultatet är mycket lågt.

Sammanfattningsvis är det troligt att man med en vägledad självhjälpsbehandling över internet kan öka självkänslan. I samband med en ökad självkänsla såg man i den här studien en minskning i ångest- och depressionssymtom, samt att deltagarna skattade en ökad livskvalitet. Resultaten var robusta även efter en mycket konservativ IIT-analys, men det är svårt att dra några säkra slutsatser på grund av de osäkerhetsfaktorer som spelar in. Som pilotstudie så är resultaten intressanta för framtida studier på området. Möjligheten att kunna påverka självkänsla, livskvalitet, depressiva symtom och ångestsymtom med en KBT-baserad vägledad självhjälpsbehandling administrerad över internet är lockande och värd att utforska vidare.

Hot mot validiteten

Eftersom projektet har en kvasiexperimentell design, där deltagarna själva har ansökt om att få delta och varken randomisering eller kontrollgrupper förekommit måste man ta hänsyn till vissa hot mot validiteten.

Ett hot mot validiteten som vanligtvis framträder i kvasiexperimentella designar är selektion, risken att det finns en systematisk skillnad mellan de som valt att delta i studien och de som valt att avstå. Rekryteringen via tidningar och radio exponerade upp till 148 000 läsare/lyssnare för information om projektet vilket till viss del kan ha minskat selektionsbias, då många människor har haft möjligheten att anmäla sig. Eftersom deltagarna själva valt att skicka in ansökan kan det dock vara så att det fortfarande finns selektionsbias, att de som valt att ansöka

om att delta i projektet uppvisar en systematisk skillnad från personer med låg självkänsla som avstått från att ansöka.

Bortfall är ett annat hot mot validiteten som är vanligt förekommande vid internetbehandlingar, där det inte är ovanligt med stora bortfall (Eysenbach, 2005). Av de 35 personer som deltog skickade 23 deltagare (65,7 %) in minst en inlämningsuppgift och 15 deltagare (42,9 %) fullföljde behandlingen (skickade in ≥ 4 uppgifter). 20 deltagarna (57,1 %) valde att inte fullfölja behandlingen.. Det fanns ingen statistiskt signifikant skillnad mellan deltagarna som fullföljde behandlingen och de som inte fullföljde behandlingen på någon av de variabler som mättes. Det kan dock fortfarande finnas andra systematiska skillnader mellan grupperna som ej syns på testpoängen.

Behandlingen pågick mellan början på mars och fram till mitten av april. Under den perioden är det möjligt att det funnits andra händelser som påverkat deltagarna på olika sätt som kan ha påverkat något av de mätta variablerna. Eftersom studien saknade en jämförelsegrupp går det ej att utsluta att det kan ha funnits historieeffekter som påverkat alla deltagarnas värden i någon riktning (exempelvis våren), vilket är ett hot mot validiteten.

Vid ansökan om deltagande i projektet fyllde de sökande i självskattningsformulär som användes både till urval och som förmätning. Det är inte ovanligt att personer söker hjälp när de känner sig sämre än vad de brukar, vilket kan ge mer extrema resultat på självskattningsformulär (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Det är heller inte ovanligt att sökande framställer sig själva som mer behövande och anger mer extrema svar på självskattning om de tror att det ökar deras chanser för deltagande i studien/behandlingen (Shadish, Cook & Campbell, 2002). Deltagare som ger mer extrema svar på förmätningar tenderar att ge mindre extrema svar på följande test, så kallad regression mot medelvärdet. Regression mot medelvärdet kan misstas för behandlingseffekt, vilket hotar validiteten.

Begreppsvaliditeten är ett problem när man gör studier på självkänsla. Eftersom det inte finns någon allmänt vedertagen definition på vad självkänsla är finns risken att olika forskare har studerat olika saker, men kallat det samma sak. Fennell (1997) liknar låg självkänsla vid ett schema, något som kan skilja sig från schemat som ligger till grund för hög självkänsla. Rosenberg (1965) ser däremot självkänsla som något som kan placeras på ett kontinuum, vilket inte nödvändigtvis speglar olika schemata.

Trots skillnaden finns det troligtvis en kompatibilitet mellan Fennells conceptualisering av låg självkänsla (1997) som behandlingen utgår från och tvåfaktormodellen som definierar

självkänsla (Branden, 1969), som i den här pilotstudien använts vid mätningen av självkänsla. Hur kompatibla de två definitionerna egentligen är kan vi inte veta. Fennell (1997) ger ingen begreppsmässig definition av självkänsla, samtidigt som tvåfaktormodellen (Branden, 1969) inte förutsätter en specifik struktur för självkänsla. Det finns antydningar i Fennells material som pekar på att hon behandlar självkänsla som både egenvärde och en känsla av kompetens. Självkänsla är ett mångfacetterat begrepp som har använts av många forskare på lite olika sätt. Begreppsvaliditeten är därför generellt sett problematisk vid forskning på området. Dock bör det sägas att RSES anses ha hög intuitiv validitet (Baranik et al., 2008), vilket talar för att det är användbart för skattning av självkänsla.

Behandlarnas förförståelse att självkänsla borde kunna påverkas genom denna behandlingen kan också ha påverkat resultatet. Deltagarna kan påverkas av behandlarnas förväntningar på att behandlingen fungerar och därför svara mer positivt på eftermätningen än vad de egentligen upplever (Shadish et al., 2002). Författarnas förförståelse av låg självkänsla kan också ha gjort att man missat eller marginaliserat deltagare vars självkänslaproblematik skiljt sig från det vi beskrivit. Som författare och behandlare kan man lätt bli hemmablind då man själv utvecklat behandlingen, vilket kan leda till att man missar problem i behandlingen. Som behandlare och författare vill man naturligtvis se positiva resultat med behandlingen, men det går inte att utesluta att man missar oönskade resultat.

Metoddiskussion

Flera designelement i studien påverkades av att det var färre ansökanden till studien än väntat. Hur många ansökanden en tidningsartikel kan ge är ju svårt att uppskatta på förhand. En ytterligare svårighet är att gissa hur många av dem som skulle vilja skicka in en PUL-blankett. Studien designades med avsikten att få tillräckligt många deltagare för en experimentell design med kontrollgrupp, men fick på grund av det låga deltagarantalet bli en kvasiexperimentell studie. Den ursprungliga designen hade dock inverkan på planen för hur lång tid behandlingen fick ta, 6 veckor. Denna gräns sattes för att man då även skulle kunna hinna behandla en kontrollgrupp. I efterhand skulle man nog kunna dela upp ett par kapitel och utöka behandlingstiden till exempelvis 8 veckor och därmed dra ner på tempot i behandlingen. Behandlingen saknar också, på grund av tidsaspekten, uppföljningsmätningar vilket hade kunnat vara bra för att undersöka huruvida förändringarna i självkänslan är beständiga över tid. Generellt sett hade fler före och eftermätningar hade också kunnat ge en uppfattning om hur självkänslan fluktuerar över tid.

Alla uppmätta resultat är i positiv riktning vilket man skulle kunna tänka sig stärker validiteten i att resultaten inte uppkom av slumpen. Dock skulle man kunna stärka designen ytterligare genom att inkludera ett mätinstrument som mäter en variabel som inte borde påverkas av denna behandling. Om ingen förändring sker på det instrumentet skulle man kanske kunna försiktigt uttala sig om social önskvärdhet och samtidigt stärka validiteten i övriga resultat.

Rekrytering genom självdiagnosticering kan fungera i ett pilotprojekt som detta men i takt med att man vill veta mer om deltagarna kan det vara bra att träffa dem i verkligheten. Detta för att få en annan bild än deras egen subjektiva uppfattning om dem själva som de annars presenterar i textform. Samtidigt är det mycket lockande att låta människor välja vilken behandling de vill ha utifrån de problem de själva anser sig ha, istället för att någon annan diagnosticerar. Man kan tänka sig att detta förstärker deras självomhändertagande och deras känsla av att kunna ta hand om sig själva. Om man får huvudvärk, feber eller ett skavsår behöver man ju inte alltid uppsöka läkare utan kan behandla sig själv. Självklart kan en självdiagnosticering leda till att personer kanske inte väljer den behandling som hade varit mest gynnsam eller vill behandla samma problem som en professionell hade rekommenderat. Om en situation skulle uppstå där man som behandlare upptäcker att en person har ett annat problem än det som behandlingen syftar till att behandla finns ju alltid möjligheten att vägleda personen till rätt organisation och behandling.

Det fanns ingen signifikant skillnad statistiskt mellan dem som sökte men inte skickade in PUL-blankett, deltagarna och fullföljarna. Detta kan förleda en till att tro att resultaten för fullföljarna kan generaliseras till alla de som hade möjligheten att skicka in en PUL-blankett. Så är dock inte fallet eftersom det kan finnas stora skillnader mellan grupperna när det gäller faktorer som inte undersöktes, exempelvis personlighet. Genom att använda gratismedia, som potentiellt sett kan nå alla i området, vid rekryteringen försökte vi minska selektionsbias och därmed öka generaliserbarheten i resultaten. Så trots ansatser till att öka en extern validitet och att statistiska jämförelser tyder på att grupperna är lika, så går det inte att med säkerhet generalisera resultaten ens till de som ansökte till behandlingen.

Ett stort problem i studien är det stora bortfallet bland deltagarna, även om bortfallet inte är större än vad som är brukligt inom studier på vägledad självhjälpsbehandling över internet. Hade man kunnat skapa förhållanden som fått fler deltagare att stanna kvar i behandlingen så hade studien kunnat få en högre reliabilitet och generaliserbarhet. Även effektstorlekarna kan förändras, förutsatt att de som hoppade av skulle få samma utbyte av behandlingen som de som fullföljde denna behandling. Eftersom alla som hoppat av i denna studie räknats som ett

nollresultat har deras uteblivna eftermätningar fått vägas upp av allt större framsteg hos dem som svarade på eftermätningen. Dock kan vi inte veta om det finns någon underliggande anledning som gör att vissa deltagare hoppar av i förtid eller hur de som hoppat av skulle påverkats av fortsatt behandling.

Den enkla formen av hemsida som användes i denna studie var förvånansvärt välfungerande. Det var dock inte helt problemfritt då det visade sig att en deltagare som använde webbläsaren "Safari" som av någon okänd anledning inte var kompatibel med hemsidan. Problem som detta och andra oförutsedda datorrelaterade händelser är svåra att förutse och gardera sig mot. Många av de riktlinjer för psykoterapi på internet som skrivits, kräver mer eller mindre en fullständig kontroll över vad som datatekniskt kan inträffa under behandlingen. Detta är ett bra mål att sträva efter men nära omöjligt att uppnå. Att sträva efter tillräckligt bra programvara och tillräckligt bra internetsäkerhet är ett mer realistiskt och praktiskt genomförbart krav.

Förslag för framtida forskning

Forskningen på självkänsla är ett svåröverskådligt fält som rör allt från vad ett själv är, vad som är autentiskt till frågor om vilja och moral. De definitioner och begrepp som används är ofta oklara och svåra att hantera. O'Brien, Bartoletti och Leitzel (2006) hittade exempelvis över 70 olika användningar av ordet "själv" i DSM-IV. Trots att det finns många problem på området så finns det en stor styrka i att så många studier gjorts vilket innebär att man kan få mycket inspiration till framtida studier.

Forskningen verkar fokusera på behandlingar av personer med diagnoser och inte på transdiagnostiska fenomen som självkänsla. Det är synd eftersom låg självkänsla är något som drabbar många människor, inte minst de som fått en psykiatrisk diagnos. När det görs studier på behandlingar för låg självkänsla är dessa nästan uteslutande för barn och ungdomar. Det finns således ett behov av att utforma och undersöka behandlingar mot låg självkänsla för vuxna.

Utifrån resultatdiskussionen kan det finnas ett värde i att replikera denna studien. Vid en replikering av studien skulle dock en del metodologiska förändringar behöva göras så att man skulle kunna dra slutsatser om kausalitet. Några av dessa förändringar diskuteras i metoddiskussionen och utvecklas därför inte här. För att göra studien bättre skulle man behöva rekrytera många fler deltagare så att man skulle kunna göra det till en randomiserad studie med kontrollgrupp. Fler förmätningar skulle kontrollera för hur beständig självkänslan är före behandling. Fler eftermätningar skulle undersöka hur självkänslan förändras efter behandlingen.

Dessutom skulle man på något sätt vilja få deltagarna att genomgå hela behandlingen för att undvika bortfall. Förbättringar för att minska bortfallet bör också göras. Exempelvis skulle man kunna utöka behandlingstiden med två veckor och därmed dra ner på tempot, man skulle kunna göra behandlingen lite roligare med fler interaktiva effekter och man skulle kunna exempelvis låta deltagarna betala för behandlingen så att de själva har mer investerat i den.

Troligtvis är personer med låg självkänsla inte en homogen grupp. Det kan vara så att denna behandling är mer lämplig för vissa personer med låg självkänsla än för andra. Det hade därför varit intressant om man hade kunnat undersöka detta närmare exempelvis utifrån personlighet, kärnövertygelser eller problemsituationer. Det hade också varit intressant att studera den snedfördelning mellan män och kvinnor som fanns i studien. Det kan finnas många orsaker till denna snedfördelning, exempelvis att fler kvinnor upplever låg självkänsla, att fler kvinnor är beredda att arbeta med sin låga självkänsla, eller att behandlingsformen tilltalar kvinnor mer än män.

Slutligen är detta en väldigt rolig metod att arbeta med, där man som behandlare känner en närhet till deltagarna och att man kan dela deras framsteg. Även om vi inte kan dra några slutsatser om en positiv förändring för deltagarna så finns det mycket som tyder på att denna behandling har hjälpt människor. Inte minst hittar vi stöd för detta i de positiva meddelanden vi har fått från deltagare som berättat vad behandlingen betytt för dem och hur deras liv förändrats efter den.

Referenser

- Abbott, J.-A., Klein, B., & Chiechowski, L. (2008). Best practices in online therapy. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2-4), 360-375.
- Andersson, G. (2003). *Metaanalys: metoder, tillämpningar och kontroverser*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 175-180.
- Attkinsson, C. C. & Greenfield, T. K. (1998). Client Satisfaction Questionnaire-8 and Service Satisfaction Scale-30. In M. E. Maruish (2nd Ed.). *The use of psychological testing for treatment, planning and outcome assessments*. (pp. 1333-1346). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services, 26*(2/4), 109-160.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine, 38*, 4-17.
- Baranik, L. E., Meade A. W., Lakey, C. H., Lance, C. E., Hu, C., Hua, W., & Michalos, A. (2008). Examining the differential item functioning of the Rosenberg Self-Esteem Scale across eight countries. *Journal of Applied Social Psychology, 38*(7), 1867-1905.
- Baumeister, R., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest, 4*, 1-44.
- Baumeister, R., Smart, L., & Boden, J. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of self-esteem. *Psychological Review, 103*, 5-33.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bednar, R., Wells, G., & Peterson, S. (1989). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the hospital anxiety and depression scale, an updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 52*, 69-77.
- Branden, N. (1969). *The psychology of self-esteem*. New York: Bantam.

- Brewster, L. (2009). Books on prescription: Bibliotherapy in the United Kingdom. *Journal of Hospital Librarianship*, 9(4), 399-408.
- Brown, G. W., Andrews, R., Harris, T. O., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16, 813-831.
- Chamberlain, D., Heaps, D., & Robert, I. (2008). Bibliotherapy and information prescriptions: a summary of the published evidence-base and recommendations from past and ongoing Books on Prescription projects. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(1), 24-37.
- City. (2010). *City - för den yngre målgruppen*. Hämtat 11 maj 2010 från City: <http://webnews.textalk.com/se/article.php?id=239438>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crocker, J., & Park, L. E. (2003) Seeking self-esteem: Construction, maintenance, and protection of self-worth. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 291-313). New York: Guilford.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(2), 169-177.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dreman, S., Spielberger, C., & Darzi, O. (1997). The relation of state-anger to self-esteem, perceptions of family structure and attributions of responsibility for divorce of custodial mothers in the stabilization phase of the divorce process. *Journal of Divorce and Remarriage*, 28, 157-170.
- Eysenbach, G. (2005). The law of attrition. *Journal of Medical Internet Research*, 7(1), e11.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a 'transdiagnostic' theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fennell, M. J. V. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 1-25.
- Fennell, M. J. V. (2000). Low Self-esteem. In N. Tarrrier, A. Wells, & G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases: The cognitive behavioural approach* (pp. 217-240). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

- Fennell, M. J. V. (2007). *Höj din självkänsla med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Viva.
- Freeman, A. (1999). Foreword. In L. D. Needleman, *Cognitive case conceptualization: A guidebook for practitioners* (pp. xi-xv). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S., & Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, *37*, 1217-1228.
- Gregory, R. J., Schwer Canning, S., Lee, T. W., & Wise, J. C. (2004). Cognitive Bibliotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *Professional Psychology: Research and practice*, *35*(3), 275-280.
- Haines, D. A., Scalise, J. J., & Ginter, E. J. (1993). Relationship of loneliness and its affective elements to self-esteem. *Psychological Reports*, *73*, 479-482.
- Hall, P. L., & TARRIER, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(3), 317-332.
- Haney, P., & Durlak, J. A. (1998). Changing self-esteem in children and adolescents: A meta-analytical review. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*(4), 423-434.
- Hansen, N. B., & Lambert, M. J. (2003). An evaluation of the dose-response relationship in naturalistic treatment settings using survival analysis. *Mental Health Services Research*, *5*(1), 1-12.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2006). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Strosahl, K., Gifford, E. V., & Follette, V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioural disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, *64*, 1152-1168.
- Hushmail. (n.d.). *About*. Hämtat 5 maj 2010 från Hushmail: <http://www.hushmail.com/about/>
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: review and conceptual model. *Psychological Bulletin*, *109*, 156-176.
- Johnson, M. (2010). Depressive styles, self-esteem structure, and health: A dynamic approach to differential vulnerability in self-criticism and dependency. *Individual Differences Research*, *8*(1), 45-66.

- Juvonen, J., Nishina, A., & Graham, S. (2000). Peer harassment, psychological adjustment, and school functioning in early adolescence. *Journal of Educational Psychology, 92*(2), 349-359.
- Klein, B., Austin, D., Pier, C., Kiropoulos, L., Shandley, K., Mitchell, J. et al. (2009). Internet-based treatment for panic disorder: Does frequency of therapist contact make a difference? *Cognitive Behaviour Therapy, 38*(2), 100-114.
- Kåver, A. (2006). *KBT i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kåver, A. (2007). *Att leva ett liv, inte vinna ett krig: Om acceptans*. Stockholm: Natur och Kultur
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979) Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*(3), 197-207.
- Lambert, M. J. (2007). Presidential address: What have we learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research, 17*(1), 1-14.
- Leary, M. R., & MacDonald, G. (2003). Individual differences in self-esteem: A review and theoretical integration. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 401-418). New York: Guilford.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 297-305.
- Linville, P. W. (1987). Self-complexity as a cognitive buffer against stress-related illness and depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(4), 663-676.
- Lundh, L.-G. (2006). Förord. In A. Kåver, *KBT i utveckling: En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. (pp. 9-13). Stockholm: Natur och Kultur.
- Maltby, J., & Day, L. (2000). The reliability and validity of a susceptibility to embarrassment scale among adults. *Personality and Individual Differences, 29*, 749-756.
- McGee, R., & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents? *Journal of Adolescence, 23*, 569-582.
- Midkiff, D., & Wyatt, J. W. (2008). Ethical issues in the provision of online mental health services (etherapy). *Journal of Technology in Human Services, 26*(2-4), 310-322.

- Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2(1), 1–27.
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134, 382-389.
- Mruk, C. J. (2006). *Self-esteem research, theory, and practice: toward a positive psychology of self-esteem* (3rd rev. ed.). New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.
- Needleman, L. D. (1999). *Cognitive case conceptualization: A guidebook for practitioners*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- O'Brien, E. J., Bartoletti, M., & Leitzel, J. D. (2006). Self-esteem, psychopathology and psychotherapy. In M. H. Kernis (Ed.), *Self-esteem issues and answers: A sourcebook of current perspectives* (pp. 306-315). Oxford: Psychology Press.
- O'Brien, E. J., & Epstein, S. (1988). *The Multidimensional Self-esteem Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Padesky, C. A. (1990). Schema as self-prejudice. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 6, 6-7.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical psychology and psychotherapy*, 1(5), 267-278.
- Palmqvist, B., Carlbring, P. & Andersson, G. (2007). Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 7, 291-297.
- Pavot, W., & Diener E. (2007). The satisfaction with life scale and the emergent construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152.
- Philipson, L. (2010, 8 februari). Få bättre självkänsla – över nätet. *City Landskrona*, s. 9.
- Philipson, L. (2010, 8 februari). Få bättre självkänsla – över nätet. *City Malmö/Lund*, s. 7.
- Ramnerö, J., & Törneke, N. (2006). *Beteendets ABC: En introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Rawson, H. E. (1992). The interrelationship of measures of manifest anxiety, self-esteem, locus of control, and depression in children with behavior problems. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 10, 319-329.

- Richardson, R., Richards D. A., & Barkham, M. (2010). Self-help books for people with depression: the role of the therapeutic relationship. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 67-81.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of Clinical psychology*, 60(3), 269-283.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent child*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623–642.
- SFS 2008:192. *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized casual inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Sharp, M. J., & Getz, G. J. (1996). Substance use as impression management. *Personality and Social psychology Bulletin*, 22, 60-67.
- Shirk, S., Burwell, R., & Harter, S. (2003). Strategies to modify low self-esteem in adolescents. In M. A. Reinecke, F. M. Dattilio, & A. Freeman (Eds.), *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice* (2nd ed.)(pp. 192-212). New York: The Guilford Press.
- Smart, R. G., & Walsh, G. W. (1993). Predictors of depression in street youth. *Adolescence*, 28, 41-53.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2006) Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37, 319-328.
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7(3), 321-326.
- Tafarodi, R. W., & Milne, A. B. (2002). Decomposing global self-esteem. *Journal of Personality*, 70(4), 443-485.

- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B., Jr. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 65(2), 322-342.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Twamley, E. W., & Davis, M. C. (1999). The sociocultural model of eating disturbance in young women: The effects of personal attributes and family environment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18(4), 467-489.
- Viborg, G. (2006). Förord till den svenska upplagan. In M. M. Mørch & N. K. Rosenberg (Red.), *Kognitiv terapi: Modeller och metoder* (pp. 14-16). Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1994). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Westling, B. E. (2006). Förord till den svenska utgåvan. In D. Roth Ledley, B. P. Marx & R. G. Heimberg, *Att lyckas med kognitiv beteendeterapi* (pp. 11-14). Stockholm: Liber.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Øvreeide, H. (2003). *Yrkesetik i psykologiskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Appendix 1

Inlämningsuppgift kapitel 1

<u>Tid/datum</u> När kände du dig påverkad av din självkänsla?	<u>Situation</u> Vad var det som aktiverade din självkänsla? Hände något särskilt?	<u>Reaktion</u> Hur reagerade du? Tänkte/kände du något särskilt?	<u>Konsekvens</u> Hur påverkades du av det som hände?

Appendix 1

Inlämningsuppgift kapitel 2

Situation	Automatiska tankar	Känslor	Beteende	Konsekvens/utfall

Appendix 1

Inlämningsuppgift kapitel 3

Min gamla regel är:	
Regeln har haft följande inverkan på mitt liv:	
Jag vet att regeln är igång därför att:	
Det är förståeligt att jag har den här regeln därför att:	
Men regeln är orimlig, därför att:	
Vad vinner jag på att rätta sig efter regeln:	
Men nackdelarna är:	
En bättre och mer realistisk regel skulle vara:	
För att testa den nya reglen måste jag:	

Appendix 1

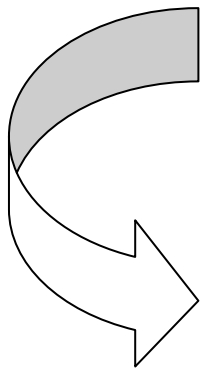
Inlämningsuppgift kapitel 4a

<u>Den gamla inlärd föreställningen om mig själv är:</u>		<u>Den nya alternativa föreställningen om mig själv är:</u>	
Bevis som talar för att föreställningen stämmer	Bevis som talar emot att föreställningen stämmer	Bevis som talar för att föreställningen stämmer	Bevis som talar emot att föreställningen stämmer

Appendix 1

Inlämningsuppgift kapitel 4b

Situation	Automatisk tanke	Känslor	Beteende	Konsekvens för stunden	Konsekvens på sikt



Alternativ tanke	Känslor	Beteende	Konsekvens för stunden	Konsekvens på sikt

Appendix 1

Inlämningsuppgift kapitel 5

Situation som du gärna vill bli bättre på att hantera.	Förutsägelse om vad det är du tror kommer att hända.	Beteendeeexperimentet. Hur skulle du vilja testa din förutsägelse (och därmed också din inlärd föreställning)? Vad kan du göra annorlunda än du brukar?	Vad händer? Tänk på att försöka vara så objektiv som möjligt och håll dig till fakta.	Bedömning. Vad säger utfallet om din förutsägelse?
Beskriv situationen och vad du brukar göra.	Vad grundar du din förutsägelse på? Din inlärd föreställning.			Hur vill du fortsätta att utmana din föreställning?

Appendix 1

Inlämningsuppgift kapitel 6

<p>1. Hur utvecklades min låga självkänsla?</p>		
<p>2. Vad håller igång den?</p>		
<p>3. Vad har jag lärt mig under behandlingens gång?</p>		
<p>4. Vilka var de viktigaste negativa tankarna, reglerna och åsikterna?</p>	<p>Negativ tanke/regel/åsikt</p>	<p>Alternativ</p>
<p>5. Hur kan jag använda mig av det jag lärt mig?</p>		
<p>6. Vad har jag (så här långt) uppnått genom behandlingen?</p>		
<p>7. Vad skulle kunna leda till ett bakslag för mig?</p>		
<p>8. Om det kommer ett bakslag, vad gör jag åt det?</p>		