



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Virtuell verklighet i analog praktik

En studie av professionella VR-utövares uppfattning om VR-terapi

Linda Larsson & Ludvig Simonsen

Examensarbete på kandidatnivå, 15 hp, SOPA 63

HT 2020

Handledare: Lotta Jägervi

Authors: Linda Larsson and Ludvig Simonsen

Title: Virtual reality in analogue practice. A study of professional practitioners' opinion on VR-therapy.

Supervisor: Lotta Jägervi

Assessor: Johan Cronehed

Abstract

An increasing number of people are suffering from mental illness. The lack of viable treatment options has left many without a proper opportunity to get help, henceforth there is a need for new ways for therapists to give treatment. This study aims to utilize the experience and expertise from professionals who use VR technology to provide information and ideas on how VR and specifically VR therapy can be used as a viable option for the treatment of phobias and other mental and physical ailments. Online therapy is also becoming an increasingly important factor in the treatment of mental illness in 2020, this study also aims to assess opinionated articles regarding the subject of online therapy. Also important are the future prospects VR therapy and online therapy has to become resources for new or improved types of treatment. To achieve this we conducted a qualitative study utilizing semi structured interviews. We used a convenience sample which allowed us to reach three professionals and a goal directed selection sample with which we found five articles all with different experiences and backgrounds in treatment in a therapeutic setting with virtual reality and online therapy.

We conclude that VR therapy can be a viable option for treatments and that it offers a good balance between flexibility and customizability as a complement to already established treatment methods. VR is also viewed positively across all interviews and article materials. We also conclude that online therapy has potential to be developed further, as results indicate promise in remote treatment, albeit with some drawbacks still.

Key words: VR therapy, virtual reality, CBT, phobias, exposure therapy.

Innehåll

1. Inledning.....	1
1.1 Syfte & Avgränsning.....	2
1.2 Frågeställningar.....	3
2. Bakgrund och tidigare forskning.....	3
2.1 Kognitiv beteendeterapi och exponering.....	3
2.2 Onlineterapi.....	4
2.3 Virtuellt verklighet.....	5
2.4 Virtuellt verklighet och terapi.....	6
2.5 VR i Sverige.....	8
3. Teori.....	9
3.1 Common Factors-teorin.....	9
3.2 Franks fyra faktorer.....	11
4. Metod.....	13
4.1 Metodologiska överväganden och tillförlitlighet.....	13
4.2 Arbetsfördelning.....	15
4.3 Urval.....	15
4.4 Bearbetning och tematisk analys.....	17
4.5 Etiska överväganden.....	19
5. Resultat och analys.....	20
5.1 Hur används VR och onlineterapi i praktiken?.....	20
5.2 Fördelar med VR och onlineterapi.....	22
5.3 Nackdelar och begränsningar.....	26
5.4 Behandling med terapeut.....	28
5.5 Självbehandling.....	30
5.6 Utkomst.....	32
5.7 Framtiden.....	34

6. Diskussion	37
6.1 Behandlingstid	37
6.2 Utkomst	38
6.3 Likheter och skillnader	38
6.4 Fördelar	39
6.5 Nackdelar	40
6.6 Framtiden	40
6.7 VR- och onlineterapi i förhållande till Franks modell	41
7. Källförteckning	44
8. Bilaga 1	51

1. Inledning

Virtual Reality har en stor mängd olika användningsområden inom socialt arbete, och fler upptäcks hela tiden. Det finns appar för att öva på konflikthantering och bemötande, som kan hjälpa socionomer att öva på deeskalering av hotfulla situationer (Granestrand 2019). Det finns VR-appar för att hjälpa fosterföräldrar och andra involverade, som lever eller arbetar med traumatiserade barn, att förstå barnens upplevelser bättre (Sullivan 2019). VR-terapi används bland annat i kuratorsverksamhet, och även inom behandling till exempel för drogberoende och ätstörningar (Lee et al 2009 s 393). VR används också inom utbildningar i socialt arbete för att öva studenter i bemötande (James 2019). Det finns också VR-appar som utvecklats för att distrahera sjuka och skadade människor från smärta, reducera stress, och som verktyg i fysioterapi, för att nämna bara några exempel (Hoffman et al 2000 s 305). I Sverige är utbredningen av VR ännu ganska liten, men användningen är ökande. Vårt fokus i just den här studien, är på hur VR används inom terapin. Vi har även tittat på det relaterade fältet onlineterapi, för att få med ytterligare en aspekt av hur teknik kan påverka terapi.

VR-terapi, eller Virtual Reality therapy, är enligt Karolinska institutets MeSH (Medical subject heading) databas en behandlingsform som tillåter patienten att vistas i en verklighetstrogen tredimensionell miljö, som kan minimera avvikelser och skraddarsys för att lättare kunna behandla och engagera patienten. VR som ett verktyg för terapi har studerats sedan 1995, främst i samband med kognitiv beteendeterapi, men även i mindre grad inom andra inriktningar. I verksamheter i Sverige är användningen ännu inte särskilt utbredd, men VR används i allt högre grad inom vården och psykiatin. Riva et al (1999 s 7-8) förklarar att mycket av utrustningen är specialgjord specifikt för syftet, eller omarbetad för att passa till terapiformen. Idag, år 2020 finns det stora möjligheter för kliniker, organisationer och även privatpersoner att ha tillgång till VR-utrustning, på ett sätt som inte varit möjligt tidigare. Genom Virtual Reality kan terapimiljöer skapas för den specifika patienten, och kan därför användas som ett mer ekonomiskt alternativ för till exempel exponeringsterapi (Geradi et al 2010 s 298). En annan aspekt är också att man som privatperson, genom sitt eget VR-set och olika appar, kan få tillgång

till terapiformer som kanske annars inte varit tillgängliga eller lättåtkomliga.

1.1 Syfte & Avgränsning

Syftet med denna undersökning är att genom intervjuer med professionella utövare inom VR-terapi, samt genom artiklar om VR-terapi och onlineterapi leta efter olika egenskaper och specifika utmärkande drag som gör att terapiformerna är relevanta jämfört med andra terapiformer.

Det finns mycket information om terapiformerna och arbetet med dem internationellt, men i en svensk kontext är VR-terapi fortfarande väldigt ovanligt. Ett av de primära målen för oss är att genom intervjuer med utövare och analys av artiklar kunna hitta fördelar och nackdelar, och möjligen reflektera hur Sverige skulle kunna utöka sitt arbete med terapi, på sätt som kan skräddarsys och skapa resurser där de kanske inte hade funnits annars. Vi intresserar oss främst för utövarns sida av terapibehandlingarna; vilka problem som är behandlingsbara, skillnader i utkomst gentemot andra former av terapi, metoderna i sig, hur behandlarna upplever metoderna, och vilka klienter behandlingarna kan vara lämpliga för. Vi är också intresserade av hur klienter upplever behandlingsformerna.

VR-behandling används främst inom KBT, genom exponeringsterapi, vilket gör att material och kunskap inom detta område är relativt stort i jämförelse med andra användningsområden. Detta har lett till att vi inriktat oss mer specifikt på att studera denna typ av behandlingsmetod. I det sekundära materialet är de primära begreppen som används för att avgränsa materialet onlineterapi och VR-terapi. Onlineterapi används som ett komplement till den ursprungliga avgränsningen med begreppet VR-terapi då material med detta innehåll är svårt att finna i svenska tidskriftsartiklar. Vi ämnar således också att använda oss av artiklar från internationella tidskrifter om dessa kan anses relevanta för den kontext och de frågeställningar vi har ställt upp.

1.2 Frågeställningar

1. Vilka likheter och skillnader uppfattar utövare av VR-terapi och onlineterapi gällande behandlingstid, klientnöjdhet och utkomst för klienten, jämfört med mer traditionella former av terapi? Vad tror utövarna att eventuella skillnader beror på?
2. Hur utmärker sig arbetet med VR-terapi och onlineterapi från traditionell terapi, för utövarna? Finns det några särskilda fördelar, nackdelar eller utmaningar?
3. Hur ser utövarna på framtiden när det gäller VR-terapi?

2. Bakgrund och tidigare forskning

Detta kapitel ämnar att belysa bakgrunden till vad VR är och hur dess användning format behandlingar. Den första delen tar upp kognitiv beteendeterapi och dess användning. Andra delen tar upp VR ur ett historiskt perspektiv och som behandling.

2.1 Kognitiv beteendeterapi och exponering

VR som terapi används i stor utsträckning i samband med kognitiv beteendeterapi. Andersson och Carlbring (2020) beskriver kognitiv beteendeterapi (KBT) som en psykologisk behandlingsform där behandlaren eftersträvar att lära individen att hantera sina känslor och beteenden i situationer och möten som kan verka besvärande och svårhanterliga. Den mest framträdande formen för behandling är genom exponering, en metod som försätter individen i en situation där de gradvis konfronterar sin rädsla eller fobi, oftast i en kontrollerad miljö med hjälp av behandlaren.

Andersson och Carlbring (2020) beskriver exponering som en utmanande situation eller möte som grundas på att individen klarar av att stanna kvar i den utmanande situationen tills obehaget minskar. För att undvika fortsatta problem så måste individen vänja sig via en lyckad exponering vilket kan assistera i att bryta ångesten som uppstått. Det finns två typer av

exponering: imaginär exponering, där individen ska visualisera och konkretisera sin fobi i fantasin, och in vivo-exponering, där individen med hjälp av terapeuten ställs inför verkliga situationer som kan aktivera fobin i en kontrollerad miljö, men utan möjlighet att fly från objektet som är grunden till flyktresponser (Öst 2018). Patienten får oftast hemuppgifter, som har som mål att förstärka de resultat som skett under mötet med terapeuten.

Boeldt et al (2019 s. 46-47) beskriver fem problem med KBT-behandling baserat på exponering. Det första har att göra med patientens rädsla för fobin, vilket kan göra det svårt att påbörja behandling då patienten kan vara ovillig, eller helt vägra att möta fobin en längre tid.

Det andra har att göra med möjligheter till behandling. De två olika typerna av klassisk behandling, in vivo och imaginär exponering, är svåra att genomföra och har varierande resultat. In vivo är svår att genomföra på plats, och kräver stor planering vilket oftast inte är möjligt, medan imaginär exponering är svårt att kontrollera från terapeutens sida, imaginär behandling blir samtidigt också svårare med åldern. Den tredje anledningen är att terapeuten inte alltid kan kontrollera de situationer som försätter patienten i en krisreaktion, vilket kan leda till oro, och svårighet att minimera exponeringen om något skulle gå snett.

Det fjärde har att göra med bristande kompetens inom området. I många fall finns inte expertisen för att kunna genomföra terapi hos behandlarna, även om den har visat sig vara en möjlig behandlingsväg. Boeldt et al (2019 s 46) kopplar denna brist i kunskap till en brist i utbildning, då utbildade på doktorsnivå, oftast var mindre tveksamma till behandlingen. Det femte problemet är tid och svårighetsaspekten. I många fall kan specifikt in vivo-terapi vara problematisk, då den kan vara otillåten, svår att organisera, ta för lång tid, eller vara en risk för sekretess. Dessa olika anledningar kan begränsa möjligheten att använda terapiformen, trots dess fördelar. Detta kan också påverka patientens inställning till terapin.

2.2 Onlineterapi

Onlineterapi är terapi som sker via dator och internet istället för på en terapimottagning. Det används främst inom KBT. Det kan handla om individuell terapi, parterapi, eller opersonlig terapi i form av självhjälp. Den största skillnaden gentemot traditionell terapi är att onlineterapi

även kan ske anonymt. Onlineterapi lämpar sig främst för mindre allvarliga tillstånd, som fobier, stressproblematik, depression, sömnsvårigheter eller ångestproblematik (Andersson 2010).

2.3 Virtuellt verklighet

Virtual reality (VR) i modern bemärkelse definieras genom användningen av en simulerad tredimensionell interaktiv värld, där användarens rörelse-input överförs till en digital kopia av denna, vilket försätter personen i en situation där hen kan interagera med objekt och strukturer direkt som de kan i den riktiga världen (Craig et al 2009; Slater et al 2010). VR som koncept började utvecklas i en grundläggande form under 1950-talet, och de första prototyperna utvecklades under denna tiden. Morton Heiligs *Sensorama* är en av pionjärerna inom virtuellt verklighet, som lanserades som koncept i mitten på 1950-talet för att sedan patenteras 1960. *Sensorama* var en stor multimediauppspelningsmaskin med olika funktioner såsom vind, ljud och doft, men utan det interaktiva elementet många moderna VR-simulatorer förknippas med (Craig et al 2009 s 4). Heiling fortsatte att utveckla konceptet och skapade också en av de första HMD-erna (head-mounted display). 1968 hade Ivan Sutherland skapat en prototyp med HMD som bas, där en hjälm med inbyggda skärmar kunde avläsa huvudrörelser i en digital miljö (Craig et al 2009 s 4). HMD är ett headset, eller glasögon som vilar på huvudet. Headsetet är försett med två skärmar för varsitt öga som visar samma bild. Detta skapar en unison bild för användaren vilket leder till digitalt djupseende i de tredimensionella programmen. Dessa headset är utrustade med gyroskop och sensorer för avläsning av huvudrörelser och plats lokalisering. Ofta finns det också externa kameror som läser av användarens exakta position och rörelser i rummet i realtid.

I dag används VR främst som nöje för privatpersoner, inom utbildning av till exempel piloter och kirurger, eller som en del av ett ökande professionellt användande av teknik inom till exempel terapi. Det finns ett fåtal internationella studier om effekten av VR på smärtlindring hos barn, men de studier som finns bekräftar att VR har en smärtlindrande effekt. Fler studier har gjorts på vuxna, där samma slutsats dragits (Iannicelli et al 2019; Tashjian 2017).

2.4 Virtuellt verklighet och terapi

VRET (Virtual reality exposure therapy) är en målinriktad bearbetning av den konsumentinriktade VR-teknologin som har utvecklats sedan tidigt 90-tal och har använts i terapisyfte sedan 1994 (Lamson 1994). VR-terapi inom kognitiv beteendeterapi fungerar främst genom att digitala visuella miljöer och fysisk stimuli används för att öka eller minska reaktioner i syftet att lättare skraddarsy exponeringsterapi (Glantz et al 1997; Riva et al 1999 s 228). En av de största fördelarna med VR är att det gör det möjligt för utövare och patient att inte lämna kliniken. Stora delar av arbetet kan ske på samma ställe vilket skapar mindre oro för alla parter (Riva et al 1999 s 2).

I många fall kan VR-terapi agera som en förlängning och förstärkning av den traditionella KBT-behandlingen (Riva et al 1999 s 222; Glantz et al 1997 s 92). VR-terapi används inom en mängd olika områden, men främst i behandlingen av fobier och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).

Exponeringsterapi är en effektiv intervention för att reducera rädsla och ångest, men in vivo-behandling associeras med stora begränsningar och logistiska utmaningar. Det vanligaste sättet att använda VR i terapeutiskt syfte är, enligt Riva et al, exponeringsterapi (2019 s 82). Patienten utsätts för det hen är rädd för i ökande grad på samma sätt som i in vivo eller genom imaginär exponering, med den skillnad att behandlingen sker i en virtuell miljö.

VR används även inom behandling för drogberoende och ätstörningar, genom exponeringsterapi (Lee et al 2009 s 393). Det finns mängder av olika sätt att använda VR inom KBT, vilket lett till att forskningen kring VR främst fokuserats på KBT-behandlingar. Forskning om och användning av VR inom andra psykologiska perspektiv existerar, men i mycket mindre utsträckning. Detta kan komma att förändras efterhand som VR används i allt högre grad inom vården och psykiatri, och efterhand som VR-systemen fortsätter att utvecklas.

En av fördelarna med VR enligt Boeldt et al (2019 s 46) är att det har ökat möjligheten för patienter att få behandling, och en högre diagnosticeringsfrekvens. I många fall kan det vara svårt för terapeuten att diagnosticera en specifik typ av fobi eller ångest. Vid brist på behandlingsmetoder så som in vivo-exponering, och personal som kan utföra det så kan det vara svårt för individer att få någon typ av behandling.

VR-terapi visar inte generellt bättre resultat än traditionella terapier (Gregg & Tarrier 2007 s 343-354). Däremot är det väldigt mångsidigt som verktyg, och kan användas inte minst inom lekterapi, dramaterapi, och konstterapi. Virtuella mötesplatser kan också användas i gruppterapi, inte minst för barn och ungdomar, som kan använda virtuella utrymmen för att genom lek och rollspel utveckla relationer med terapeuten, sig själva, och varandra. Barn med ångestproblematik kan också finna en lättnad i att använda VR i vanlig samtalsterapi. Att representeras av en avatar man själv valt i en miljö man kan utforma som man vill, kan ha en trygghetsingivande effekt på barn, och kan hjälpa dem att uttrycka saker som inte alltid går att sätta ord på (Falconer et al 2019). En virtuell mötesplats kan dessutom skraddarsys efter klientens önskemål och behov, och kan sparas i sin helhet till nästa möte. Virtuella rollspel har använts för att öva schizofrena patienter i sociala färdigheter, med delvis bättre resultat än traditionella metoder (Park et al 2011 s 166 – 172). Området där patienterna gjorde bättre ifrån sig med traditionella terapimetoder var inom icke-verbal kommunikation, där kroppsspråk var en viktig faktor. Terapeutens roll innan och under behandlingen består enligt Frank (1991 s 151) av att kontinuerligt kommunicera och tydliggöra roller mellan terapeut och patient samt tydliggöra målsättningar och förväntningar för behandlingen. Relationen med terapeuten är en viktig del av behandlingen, vilket kan göra det rimligt att även terapeuten är med i den virtuella miljön i en realistisk representation av sig själv. Detta styrks av Pedram et al (2020) som beskriver att patienter som fått använda VR istället för telefon eller videobaserade terapisamtal upplevt att närvaron och känslan av att vara i en terapisituation med terapeuten närvarande. Detta öppnar också upp för möjligheten att utöva terapi över fysiska avstånd, men ändå få intrycket av att befinna sig i samma rum.

Parsons och Rizzo (2007s 251) beskriver att de senaste tio åren har påvisat en ökning av empiriskt material och data relaterat till resultaten av VR-terapi (VRET). Ökad tillgänglighet av VR-teknologi, billigare hårdvara, och mer användarvänlig mjukvara, har möjliggjort bredare studier än tidigare. Deras metastudie såg positiva indikationer för VR-terapi vid behandling av till exempel höjdskräck, klaustrofobi och araknofobi, samt PTSD och social ångest. Studien visade även att VR presterade bättre än imaginär exponering, och likartade resultat och utkomst i jämförelse med klassisk in vivo exponering (ibid).

Riva et al (2019 s 83) påvisar liknande resultat, med indikationer på att VR kan minska ångestsymptom till en stor grad i olika typer av fobier, posttraumatisk stress och panikångest.

Enligt Riva et al (2019 s 83) så ser resultaten generellt bättre ut i jämfört med en obehandlad kontroll, och likartade i jämförelse med in vivo-exponering. De påvisar även indikationer på att behandling med VR-terapi kan ge positiva, eller bättre resultat än generell KBT-behandling för personer med grav fetma, överätning och bulimi. VR som behandlingsform har potential inom många typer av terapi. VR-terapi har sett goda resultat i behandling av ångest, ätstörningar och smärtlindring, med resultat som verkar vara långsiktiga och hållbara i verklig applikation. Några av de återkommande problemen med exponeringsterapi är hög behandlingskostnad, och brist på licenserade terapeuter. VR-terapi är en metod som visat sig lika effektiv som mer konventionell exponeringsterapi, med liknande siffror inom både effekt och avhopp. Dock så kräver fortfarande behandlingarna dyr professionell utrustning, samt involvering från terapeut (Donker et.al 2019 s. 683). En studie angående möjligheterna för kostnadseffektiv självterapi för höjdskräck visar positiva indikationer för möjligheterna med VR-terapi. Donker et al fann att genom användandet av ett enkelt VR-headset och individens egen telefon, kunde man få likartade resultat som behandling med terapeut (2019 s. 688).

Riva et al (2019 s 88) påvisar också att VR kan ha en roll i smärtsamma ingrepp eller vid kroniska smärtor, för att distrahera från och reglera smärta. VR-terapi i praktiken har möjlighet att vara lika god som andra metoder för behandling av ångestrelaterade problem, ätstörningar och smärtreglering. VR impliceras också kunna användas inom barnsjukvård, men mer forskning behövs för att styrka detta (ibid).

Studier av Donker et al (2019 s 687) uppvisade resultat som tydde på att effekten av behandlingarna blev kraftigare ju mer realistisk den virtuella miljön var, samt ju enklare applikationerna var att använda. Några studiedeltagare påpekade att trots att de kände att miljön var verklighetstrogen så var det som att spela ett spel snarare än att vara på platsen. Obehaget av att befinna sig i miljön fanns hos patienten men de kände att de fortfarande kunde fortfarande ta sig därifrån, vilket minskade oros känslan och effekten av terapin.

2.5 VR i Sverige

Det görs fortfarande väldigt lite forskning om hur VR implementeras inom vården i Sverige, och om hur terapeuter själva uppfattar användning av VR. En attitydundersökning från 2016 av Lindner et al (2018 s 2) visar att svenska terapeuter generellt har en positiv bild av VR-terapi,

men att det finns tveksamheter kring hur mycket utbildning som krävs, tekniska problem, ekonomiska kostnader för införskaffning av utrustning och program, och även tvivel gällande immersion och effektivitet. Den stora majoriteten av deltagarna i Lindner et als studie, 85% av 158 deltagare, hade ingen erfarenhet av VR i kliniskt syfte alls, och bara 3,3% hade erfarenhet av att frekvent användning i klinisk verksamhet. Ytterligare 10% hade använt VR i verksamheten ibland.

Två av de största tvivlen från terapeuternas sida, enligt Lindner et al, rör just huruvida förbättringar hos patienten kan appliceras i verkligheten, och patienternas upplevelse av den virtuella miljön som för överklig (Lindner et al 2018 s 8).

3. Teori

VR används främst inom KBT, men har potential att användas inom olika behandlingsformer som använder sig av olika teoretiska perspektiv. För att kunna utforska hur versatilt VR är som verktyg för terapeuter, vill vi använda oss av en teori som kan förklara hur VR kan användas för att påverka de egenskaper de olika teoretiska disciplinerna har gemensamt.

3.1 Common Factors-teorin

Enligt common factors-teorin finns det, mellan olika psykoterapeutiska praktiker, vissa gemensamma nämnare som tillsammans utgör en stor del av anledningen till varför psykoterapi är effektivt. Principer och strategier som används av terapeuter inom olika teoribildningar har mycket gemensamt, även när terapeuterna i fråga tillskriver dem olika förklaringar, har olika jargong, och använder olika teorier. Inom olika terapeutiska förhållningssätt vill man gärna påtala skillnaderna mellan approacher för att visa varför ens egen approach är unik eller särskilt effektiv för olika problem. Med common factors-teorin vill man istället försöka integrera olika psykoterapier. Teorin utvecklades av S Rosenzweig 1936, och har fortsatt att utvecklas inte

minst av Jerome Frank, som 1961 skrev första upplagan av sin bok *Persuasion and Healing*, som i sin helhet behandlar gemensamma faktorer mellan psykoterapiformer (Rosenzweig 1936 s 412–415; Frank & Frank 1991).

En mängd olika modeller för gemensamma faktorer har introducerats sedan teorins inträde. Fyra faktorer som, enligt Franks modell, är vanliga inom alla former av terapi är ett emotionellt laddat och förtroendefullt förhållande med terapeuten; en miljö som bidrar till klientens förståelse av terapeuten som hjälpare; en teoretisk bakgrund eller ett koncept som förklarar klientens problem och hur man kan ta sig framåt; och en procedur som kräver aktivt deltagande från både terapeutens och klientens sida (Frank & Frank 1991 s 40). Frank menar inte att de olika teorierna inom psykologin skulle vara ovidkommande, utan snarare att de skulle kunna användas mer optimalt om man anpassar teorivalet efter klientens förutsättningar snarare än efter terapeutens utbildning. Eftersom den främsta faktorn för framgångsrik terapi är alliansen mellan klient och terapeut, är det där krutet bör läggas främst (Frank & Frank 1991 s xv).

Metaanalyser har visat att effekter som tillskrivs specifika psykologiska behandlingsmetoder är små i jämförelse med de effekter som kan tillskrivas gemensamma faktorer (Tracey 2003 s 402). Kvaliteten i förhållandet mellan terapeut och klient är den överlägset viktigaste faktorn som styr utkomsten (Tracey 2003 s 410). En annan faktor som har stor inverkan är förklaringar eller information. En vanlig önskan hos klienter är att hitta förklaringar till eller information om diagnoser och problem de har att hantera. Hur väl de tar till sig och accepterar de förklaringar de får har stor betydelse för terapins utkomst. Att kunna framföra information på ett sätt som kan införlivas i klientens världsbild är således av stor vikt för ett effektivt samarbete. Terapin bör också struktureras på ett logiskt sätt som möjliggör för klienten att förstå den terapeutiska processen. Den konkreta strukturen som ofta används inom till exempel KBT, har associerats med dess framgångar (ibid).

Laska, Gurman & Wampold (2014 s 469) påpekar att common factors-teorin inte handlar om att ogiltigförklara andra teorier eller om att alla problem kan lösas med ett bra terapeutiskt förhållande. Istället kan man se common factors-modellen som ett sätt för terapeuter att öka sin kompetens och förbättra utkomsten för klienterna. Terapeuter bör bredda sin (evidensbaserade) repertoar för att på specifika och individanpassade sätt kunna hjälpa sina klienter (ibid). Common factors fungerar som grund för praktiska kvalitetsförbättringar som kompletterar andra approacher – inte ersätter dem (Laska, Gurman & Wampold 2014 s 475).

3.2 Franks fyra faktorer

Frank menar att alla psykoterapier delar minst fyra gemensamma drag. Förhållandet till den hjälpare personen, alltså terapeuten, anser Frank vara det viktigaste. Den terapeutiska alliansen är nödvändig eftersom den tillåter klienten att luta sig mot terapeuten för att få hjälp, vilket klienten bara kan göra när hen uppfattar terapeuten som kompetent och emotionellt engagerad i klientens välbefinnande (Frank & Frank 1991 s 40). Terapeutens emotionella engagemang behöver inte innebära att man alltid håller med varandra, utan snarare att terapeuten visar att hen är beredd att stå kvar vid klientens sida och hjälpa denne även när det är kämpigt. Klientens vilja att förlita sig på terapeuten står i relation till hur terapeuten hanterar klientens förväntningar, klientens tillit till terapeutens expertis (och till metoden terapeuten använder), och även klientens syn på terapi sedan tidigare (ibid). En annan viktig faktor är miljön som terapin utspelar sig i. Terapeutens rum förstärker den symboliska bilden av terapeuten i sin roll, och påverkar även klientens förväntningar. Miljön bidrar också med en känsla av trygghet, där klienten fritt kan uttrycka sig. Rummet fungerar som en bubbla, där vanliga, sociala regler inte gäller på samma sätt som ute i vardagsvärlden, och klienten kan vara öppen och sårbar i vetskap om att det hen säger inte sprids till någon annan (Frank & Frank 1991 s 42).

En tredje faktor är det konceptuella schema som ger bakomliggande förklaringar till klientens symptom, och som bidrar med procedurer för att lösa problem. Frank använder ordet 'myt' för att karaktärisera teorier inom psykoterapin, eftersom de liknar myter på två olika sätt: de innehåller förklaringar till viktiga mänskliga upplevelser, och de kan inte bevisas empiriskt (Frank & Frank 1991 s 42). En procedur som kräver aktivt deltagande från både klient och terapeut, i syfte att förbättra klientens psykiska hälsa, fungerar som verktyg för att skapa och bibehålla den terapeutiska alliansen och påvisa terapeutens inflytande. Terapeutens bemästrande av särskilda kunskaper förstärker både terapeutens självförtroende och klientens tilltro till terapeuten (Frank & Frank 1991 s 43). Även om teorier inom psykoterapin skiljer sig från varandra gällande innehåll och förklaringsmodeller, har ritualerna mycket gemensamt. Det terapeutiska förhållandets betydelse, förväntningarna på klienten, inläring av nya tankesätt eller copingstrategier och betydelsen av självkänedom, är några saker som Frank tar upp (Frank & Frank 1991 s 44). Ett gemensamt teoretiskt system att bygga terapin på är nödvändigt för att

bygga tilltro och band mellan klient och terapeut. Teoretisk tillhörighet indikerar att terapeuten tillhör en grupp av experter, vars expertis klienten kan förlita sig på. Detta kan vara särskilt betydelsefullt för att se till att klienten inte tappar hoppet vid svåra passager i terapin. Det gemensamma systemet ger också terapeuten och klienten uppgifter att göra tillsammans; ritualer som uppfylls i gemensamt intresse. Klientens förväntan på att få rätt typ av hjälp genom detta system bidrar till att klienten återkommer till terapin. Teorikopplingen i sig kan alltså bidra till att bygga hopp och lätta symptom. För att terapi ska vara effektivt, måste klienten sammankoppla hoppet om förbättring med specifika terapiprocesser, likväl som till utkomsten av terapin. Klientens förväntningar på att må bättre, bidrar för många till stor lättnad redan tidigt i terapin (ibid).

Den fjärde och sista faktorn enligt Franks modell, är en procedur som kräver aktivt deltagande från både terapeutens och klientens sida. Inom alla typer av psykoterapi ämnar man öka klientens självförmåga på minst två olika sätt: genom att bistå klienten med ett konceptuellt schema som förklarar symptom och som ger metoder för att komma över dem, och genom att ge tillfällen för klienten att uppleva framgång. Genom att ge namn och kontext åt upplevelser som av klienten kanske upplevts förvirrande och slumpmässiga, kan man börja analysera och organisera upplevelserna. Tolkningarna av händelserna behöver inte vara korrekta, bara sannolika i klientens ögon (Frank & Frank 1991 s 49). Att klienten får uppleva framsteg är en stor källa till ökad självförmåga. Framstegen behöver kopplas till klientens egen ansträngning för att öka självförtroendet maximalt. Terapeuter försöker således, inom alla teoretiska inriktningar, att övertyga klienten om att deras framsteg beror på deras egna ansträngningar (ibid). Terapeuter inom alla inriktningar ger också klienterna möjlighet och incitament att internalisera och förstärka sina nya verktyg genom att öva, både inom och utanför terapin. Ju mer emotionellt engagerande sessionerna är, desto mer ökar klientens chanser att uppleva en känsla av bemästrande (Frank & Frank 1991 s 50).

Brahnam (2013 s 14) menar att Franks modell kan förstärkas med hjälp av VR, och att nya typer av terapi kan uppstå tack vare dess unika karaktäristika och förmågan att bygga virtuella världar. Tack vare människors förmåga att symbolisera, behöver klient och terapeut inte vara i direkt kontakt med varandra för att skapa och bibehålla ett terapeutiskt förhållande, menade även redan Frank (Frank & Frank 1991 s 40).

4. Metod

I detta kapitel presenteras metodval, urval, bearbetningsstrategi, etiska överväganden samt bearbetning av sekundäremperi.

4.1 Metodologiska överväganden och tillförlitlighet

Vi har valt att använda oss av kvalitativ ansats för vår studie. Kvalitativ forskning förankras i ett tolkande vetenskapsideal, där kunskapen utvecklas genom teoretiska tolkningar av de fenomen som studeras. Detta ofta sker induktivt, baserat på ingående beskrivningar av empiriska fenomen (Lind 2014 s 117-118). Abstrakta fenomen kan på så sätt förstås genom att specifika kontexter studeras (a.a s 123). Eftersom vår frågeställning behandlar människors subjektiva upplevelser av VR-terapi, kan en kvalitativ ansats anses tillåta en mer fördjupad analys än dess kvantitativa motsvarighet. Kvalitativa data ger, till skillnad från kvantitativa, ofta en flerdimensionell beskrivning av de studerade fenomenen (Lind 2014 s 125). Vilken slags data som används, och hur många undersökningenheter som studeras, får flera viktiga konsekvenser (a.a s 126). Då en terapisisituation är etiskt snårigt att motivera en observationsstudie av, och det även kan vara svårt att hitta klienter att intervjua på grund av sekretessregler, ter sig intervjuer med terapeuter som det bästa alternativet (a.a 121).

Vår primärdata består av semistrukturerade intervjuer, som tillåter viss flexibilitet i förhållande till innehållet. Sekundärinformation, som bakgrundsinformation och kunskap från tidningsartiklar och debattinlägg kommer också att användas (Lind 2014 s 121). Med kvalitativa data är det vanligt att endast ett fåtal enheter studeras (a.a s 126), och så är även fallet här. För att uppnå mättnad rekommenderar Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2011 s 44) att man intervjuar minst tio till femton personer. Av över tjugotalet kontaktade utövare av VR-terapi, fick vi dock bara svar från tre, varav två är terapeuter och en är aktiv som VR-pedagog. Vi kommer således inte att kunna garantera att urvalet är representativt. På grund av bristande antal intervjuer och

svag representation kommer således en kvalitativ analys av tidskriftsartiklar också att genomföras. För att genomföra detta kommer 5 artiklar från olika psykologi-tidskrifter att användas som sekundärt datamaterial. För att uppnå kraven på mättnad enligt Eriksson-Zetterquist & Ahrne (2011 s 44) kommer studien således baseras på tre intervjuer och fem tidningsartiklar.

Kvalitativa intervjuer kännetecknas, menar Lind (2014 s 127) av flexibilitet. De tillåter uppföljningar och fördjupande följdfrågor, och kan göras både muntligt och skriftligt. En intervju är en förmedling av både fakta och av erfarenheter, vilket gör metoden till det lämpligaste valet för våra syften (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011 s 57). I vårt fall utförs intervjuerna via telefon eller Zoom, eftersom våra intervjupersoner befinner sig på ett stort geografiskt avstånd från oss. Här är en intervjuguide och dokumentation av intervjuerna betydelsefulla (ibid).

Nackdelar med metodvalet är att den population som väljs för vår studie har en avgörande betydelse för vilka resultatet kan appliceras på. Resultatet blir inte nödvändigtvis generaliserbart, och inte heller med säkerhet reproducerbart, vilket försvårar mätning av validitet och reliabilitet. Kvalitativa undersökningar måste således skapa trovärdighet på andra sätt (Svensson & Ahrne 2011 s 27). Tre intervjuer är inte tillräckligt för att generalisera, och våra intervjupersoner har väldigt skilda kvalifikationer, erfarenheter och arbetsuppgifter, vilket också gör resultatet svårt att reproducera. För att stärka studien kommer därför artiklar att användas som komplementär material.

I kvalitativa studier är begreppen autenticitet, pålitlighet och träffsäkerhet mer användbara än generaliserbarhet (Lind 2014 s 132). Autenticitet avser äktheten i dataunderlaget, pålitlighet ett konsekvent och transparent genomförande, och träffsäkerhet att underlaget belyser de fenomen det är menat att belysa (Lind 2014 s 126). Autenticitet gällande empirin påvisar vi genom att direkt citera våra intervjupersoner och artiklar i hög grad, och att i de fall vi diskuterar intervjupersonernas uttalanden låta dem bekräfta att vi förstått dem rätt innan vi publicerar uppsatsen. Eftersom intervjuerna spelas in kan vi också säkerställa att transkriberingen sker ordagrant och att tonlägen och kontext kan förstås i sina sammanhang. Då artiklarna finns allmänt tillgängliga på internet så är det möjligt att undersöka och bekräfta empirin som insamlats från dessa.

Transparens avgörs genom att man tydligt redogör för forskningsprocessen för att möjliggöra en kritisk granskning av den. Svagheter och tvivel som identifierats ska diskuteras (Svensson & Ahrne 2011 s 27). Svagheten i vårt bristande empiriska underlag kompenseras med sekundärinformation. Det kan i sig vara både en svaghet, eftersom vi inte har direkt tillgång till de personer som intervjuats eller skrivit dessa artiklar och därför inte kan ställa samma frågor till dem, men också en styrka, eftersom det finns en stor variation i data som kan fås av sekundära källor och tidigare studier.

Teoretisk generalisering ämnar relatera studiens resultat till teoretiska ramverk, för att öka generaliserbarheten (Svensson & Ahrne 2011 s 29). Information från vetenskapliga källor kommer därför att jämföras med intervjuerna och artiklarna, för att kunna sätta dem i ett bredare och djupare sammanhang. De studier som utförts om VR inom vården är hittills ganska få, särskilt i en svensk kontext. Många av de studier som finns bör också läsas med försiktighet, eftersom de i hög grad är ganska småskaliga, och har få deltagare. En del studier har inga kontrollgrupper, vilket gör det svårt att avgöra om de förbättringar man noterat kan tillskrivas VR, eller om de kan ha andra orsaker (Parsons & Rizzo 2007 s 257). För att öka reliabiliteten använder vi därför i så stor utsträckning som möjligt metastudier, och källor där vi kan bekräfta påståenden även från andra källor. Vi har prioriterat studier som citerats i hög grad av andra forskare, för att säkerställa att de är relevanta inom forskningen, studier gjorda sedan 2016, och studier med högt antal deltagare.

4.2 Arbetsfördelning

Ludvig har ensam skött intervjuerna och transkriberingen därav. Linda skrev intervjufrågorna och teorikapitlet ensam. I övrigt är uppsatsen skriven gemensamt av båda författarna.

4.3 Urval

Ett bekvämlighetsurval baserat på hur många som svarade på vår förfrågan om intervjuer används. Ett bekvämlighetsurval består av de personer som finns tillgängliga för forskaren (Bryman 2018 s 244). Förfrågningar sker till mottagningar som använder VR-terapi, både privata

och offentliga. Valet av intervjupersoner är avgörande för studien eftersom vi har ett väldigt begränsat antal intervjuer; vi vill ha så mycket empirisk information om erfarenhet och kunskap som möjligt. Samtidigt är antalet utövare av VR-terapi i landet få, och det kan vara svårt att få tag på personer att intervjua. Så är, som tidigare nämnts, fallet för oss - bara tre av de över tjugo utövare vi kontaktat var tillgängliga för intervjuer.

Av våra tre intervjupersoner arbetar två exklusivt med VR, och den tredje har, tills nyligen, använt VR som komplement till traditionella former av terapi. Informant 1 driver eget företag och arbetar med VR inom LSS, äldrevården, och med barn. Hen arbetar främst med lekterapi, men är inte själv utbildad terapeut. Informant 2 är allmänspecialist inom medicin med specialkompetens inom psykiatri, och arbetar med VR på vårdcentral och på eget företag. Hen bedriver även forskning på området. Informant 3 arbetar som psykolog, främst med KBT men även med andra terapiformer, och har, tills nyligen, använt VR som komplement till dessa. Hen har använt VR i ungefär ett år, och var inte bekant med tekniken sedan tidigare. Hen har precis upphört med användandet. Eftersom intervjupersonerna hade vitt skilda bakgrunder och erfarenheter av VR och använder VR på olika sätt, fick vi, trots bristen på fler informanter, ta del av en bredd av erfarenheter och flera olika synvinklar. Informant 1 har stor erfarenhet av VR och av att arbeta med barn och äldre - demografier som kanske inte annars skulle ha representerats i uppsatsen. Informant 2 har erfarenhet både som utövare av VR-terapi och som forskare inom området, och informant 3 har stor erfarenhet av olika inriktningar inom terapi, och mindre erfarenhet av VR-teknologin.

För att öka träffsäkerheten kommer förutom tre intervjuer, fem artiklar med koppling till utövare av onlineterapi och VR-terapi att användas som empiri. Vi utgick här från ett målstyrt urval, som enligt Bryman (2018 s 496) består av data som strategiskt inhämtas utifrån fastställda kriterier, för att besvara syfte och frågeställningar. Vi utgick från artiklar som tog upp samma teman som vi identifierat under kodningen av intervjuerna, exempelvis utkomst av VR- och onlineterapi, och självbehandling med VR. Artiklarnas längd jämfördes med längden på de intervjuer som genomförts. Deras innehåll bedömdes vara relevant för våra frågeställningar och de var skrivna av författare som arbetade med terapi, och diskuterade onlineterapi och VR från ett terapeutperspektiv. Artiklarna hittades genom sökningar på Google, med sökord som "VR-terapeuters syn på VR-terapi" och "för- och nackdelar onlineterapi".

Vi valde fyra artiklar från svenska onlinetidskrifter, samt en artikel från en internationell onlinetidskrift. Av dessa artiklar så är två debattartiklar från tidskriften Psykologtidningen. Artikel 1 ställer sig negativ till onlineterapi. Artikel 3, som är positiv till onlineterapi, skrevs i respons till artikel 1. Vi valde denna typ av spridning för att nyansera de varierande åsikter som finns om behandling på distans över internet. Artikel 5 tar upp VR-terapi i en svensk kontext. Det finns väldigt lite material angående VR-terapi i svenska tidskrifter, därför använder vi oss även av en internationell artikel, artikel 4, som också specifikt talar om VR-terapi. Utöver dessa använder vi oss också av en svensk artikel som generellt diskuterar information angående onlineterapi: artikel 2.

Artikel 1 (ur Psykologtidningen) är skriven av en legitimerad psykolog samt psykoterapeut och specialist i klinisk psykologi med diplom som symboldramaterapeut. Artikel 2 är utgiven av Sveriges psykologförbund som är den fackliga yrkesorganisationen för psykologer, skriven av deras personal. Artikel 3 är skriven av redaktionen för Psykologtidningen. Artikelns skribenter består av en doktor i psykologi, en legitimerad doktor i psykologi, en legitimerad psykolog och specialist i arbets- och organisationspsykologi, en legitimerad psykolog med filosofie licentiat och som är specialist i klinisk psykologi samt två legitimerade psykologer. Artikel 4 är skriven av American psychology associations' "Monitor staff". Artikel 5 är en intervju i Psykologtidningen med en psykologiprofessor som inriktar sig på VR-terapi.

Gällande den vetenskapliga litteraturen inledde vi med en bred sökning genom Google Scholar och LubSearch på termer som till exempel "VR-therapy", "online therapy", och "practitioner views on VR-therapy". Efterhand som vi avgränsade materialet så specificerades sökningarna ytterligare till att fokusera på terapeuternas synvinkel och jämförelser med traditionell terapi. Inläsningen skedde främst öppet i det inledande skedet av skrivandet av uppsatsen, och mer fokuserat efterhand som arbetet med den framskred.

4.4 Bearbetning och tematisk analys

Två av intervjuerna görs via Zoom, den tredje intervjun sker via telefon. Samtalen spelas in och transkriberas manuellt. Fem tidskriftsartiklar samlas in från internet. Här är tekniken en stor

fördel; den möjliggör mycket stor flexibilitet och vi kan genomföra intervjuerna på informanternas villkor, på de tider som passar dem, utan logistiska problem. Tekniken möjliggör också inspelning av intervjuerna på ett väldigt enkelt sätt, med bra ljudkvalitet som underlättar transkribering. Efter noggrann transkribering av intervjuerna, och insamling av tidskriftsartiklar är det första problemet som ska lösas sorteringen av empirin. Man bör försöka börja skapa ordning redan under insamlingsfasen (Rennstam & Wästerfors 2011 s 196). Det gäller också att sälla i materialet. Syftet med reduceringen är att skapa en god representation av materialet (a.a s 202). Vi använder oss inledningsvis av olika färger på texten för att grovt dela in materialet i likheter och skillnader mellan informanternas uttalanden och använder samma färger för artiklarnas innehåll. Kodningen görs sedan i flera omgångar, först öppet, sedan mer fokuserat (a.a s 198).

Hänsyn tas främst till likheter och skillnader, teorirelaterat material, och kausala samband (Bryman 2018 s 580). Det finns inga tydligt specificerade tillvägagångssätt inom tematisk analys; materialet avgör vilka teman vi kommer att skapa och arbeta med. Dessa jämförs kontinuerligt med de teoretiskt förklarade utgångspunkter vi hittar i vår genomgång av tidigare forskning på området, både för att öka generaliserbarheten, och för att stärka kopplingen mellan de teman vi identifierar. Vi använder oss av en abduktiv strategi, vilken beskrivs som en kombination av induktiv och deduktiv strategi (Bryman 2018 s 401). Vid en induktiv strategi undersöks en företeelse utan förutfattad hypotes, varpå begreppsformuleringen sker efter datainsamlingen. Vid deduktiv strategi utgår forskaren från teorin, och utformar frågeställningar därefter. Abduktiv strategi tillämpar båda angreppssätten. Vi utgår således från tidigare forskning och de begrepp och teman vi kan identifiera där, inte minst i skapandet av vår intervjuguide, och sedan konstruerar vi nya teman baserat på vad vi hittar i vår empiri, efter intervjuerna och analys av tidskrifter. Materialet förvaras på en lösenordsskyddad molntjänst för att hållas säkert, till vilken enbart uppsatsförfattarna har tillgång. Intervjumaterialet behandlades och analyserades först, därefter tillkom artikelmaterialet, som analyserades efteråt. Vid tillägget av artikelmaterialet ändrades inte något av de teman som fastställdes tidigare och analys genomfördes med samma kriterier som användes till intervjumaterialet.

4.5 Etiska överväganden

Att vi valt att fokusera på utövarperspektivet och inte klientperspektivet är ett resultat av etiska överväganden. Skulle vi ha valt att intervjua klienter skulle vi enbart ha fått tillgång till de personer som självmant kontaktat oss, istället för att vi hittar personer att kontakta. Dessa personer skulle inte tvunget ha varit representativa för gruppen, och vi skulle inte på samma sätt kunna göra jämförelser med andra intervjuer och tidigare studier på området. Materialet som framkommit skulle också vara känsligare, eftersom det i högre utsträckning skulle handla om människors personliga problem och subjektiva upplevelser av terapiformen. Genom att intervjua utövare får vi istället en bredare bild, eftersom de kan diskutera både terapiformen i sig, sina upplevelser och klienters upplevelser (vilka visserligen blir andrahandsinformation för oss, men som också på det här sättet kan anonymiseras ytterligare). Vi kan också i högre grad använda oss av samma frågor i olika intervjuer, vilket underlättar kodning och analys.

Forskningsetiska principer kräver att uppgifterna som redovisas i uppsatsen ska vara sanningsenliga, och att metoder, resultat och annat ska redovisas öppet. Att våra intervjupersoner inte påverkas negativt av undersökningen är av allra högsta relevans (Lind 2014 s 133). Etiska frågor kring anonymitet, frivillighet, konfidentialitet och integritet är viktiga. Intervjupersonerna ska informeras om syftet med undersökningen, de ska ge samtycke till att medverka, och även vara medvetna om att samtycket kan dras tillbaka när som helst. Konfidentialitet är viktigt för att värna deltagarnas integritet. Personuppgifter och empiriskt material ska behandlas respektfullt, och förvaras utom åtkomst för obehöriga (ibid). Systematik och transparens i arbetet med studien har avgörande betydelse för tilltron till dess resultat; det är genom granskning av dess genomförande som läsaren sedan kan ta ställning till dess trovärdighet (Lind 2014 s 135). Som nämnts tidigare i texten kommer vi att tydligt redogöra för hela processen för att möjliggöra granskning av den, och vara öppna med de tvivel och svagheter vi kan identifiera (Svensson & Ahrne 2011 s 27).

Namn och arbetsplats kan utan svårighet anonymiseras, och beskrivningar av händelser kan göras allmänna för att inte identifiera enskilda individer (Svensson & Ahrne 2011 s 30). Frågor som involverar personliga reflektioner och känslor kräver särskilda etiska ställningstaganden; man måste hantera de personliga aspekterna som framkommer, likväl som man måste skydda den intervjuade och dennes position. Ett sätt att göra det är att, som vi också

tidigare nämnt, låta den intervjuade läsa de delar av texten som berör denne (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2011 s 41).

Då tidningsartiklarna är öppet tillgängliga på internet, och dess innehåll inte påvisar några känsliga personliga uppgifter eller personliga utsagor, så anser vi att det var etiskt rimligt att välja som empiri och behöver således inte anonymiseras.

5. Resultat och analys

Här presenteras de teman vi identifierat i intervjuerna, med tillhörande analys.

5.1 Hur används VR och onlineterapi i praktiken?

Informant 2 och 3 använder personligen VR främst vid exponering, men även i andra syften. Enligt informant 2 gör man inte mycket traditionell exponeringsterapi idag, eftersom det är dyrt, tar för lång tid, och tar mycket resurser. Dessutom kan det vara väldigt svårt att få tillgång till de situationer som krävs för exponeringen, vid till exempel flygfobi, höjdskräck, spindelfobi, åskfobi, och liknande problem som kräver speciella omständigheter och stora förberedelser. Istället, förklarar informant 2, att ångestbehandling i de flesta fall görs genom att patienten får föreställa sig att de befinner sig i en ångestframkallande situation, i så kallad imaginär exponering. Imaginär exponering kan dock sakna både realism och intensitet, och förutsätter att klienten har stark fantasi för att fungera. VR kan således ge bättre förutsättningar för att jobba med problem som svarar på exponeringsterapi, särskilt fobier.

VR används även av informant 2 och informant 3 i kompletterande syfte, vid depression, ångest och stresshantering, för att öva på avslappningstekniker, andningsteknik, meditation och mindfulness. VR används också vid missbruksproblem, för stress- och smärthantering, och PTSD. Informant 2 arbetar just nu mest med VR för att behandla klaustrofobi, flyg- och höjdfobi, och jobbar även med barn som är rädda för skolan. Genom VR övar barnen på

säkerhetsbeteende och tekniker för att avdramatisera jobbiga situationer. Här har användningen av VR en unik egenskap; det skapar ett mellanting mellan teoretiska förberedelser och praktiskt utförande, som tidigare inte varit möjligt (Iannicelli et al 2019).

Informant 2 arbetar även med VR mot stickfobi, med klienter som annars behöver terapeutstöd vid nålstick. Informant 3 använde VR främst vid ångestproblematik. Många lider av olika former av social ångest, och det finns mycket som ryms inom det spektrat där VR kan vara behjälpligt, som till exempel vid talfobi. Informant 3 har även använt VR i behandling av matproblematik och problematiska kroppsbilder.

Informant 1 arbetar främst med barn, i den öppna verksamheten på lekterapi på sjukhus. Hen arbetar med allt från patienter som kanske tittar in spontant efter en provtagning, till barn som genomgår cancerbehandling eller stamcellsterapi och är i sjukhusmiljön under flera veckor, eller till och med år. Hen arbetar inte i behandlande syfte eller målstyrt, utan den huvudsakliga behållningen är lek och välmående. Informant 1 arbetar mycket med smärtlindring för barn med hjälp av VR, och även mycket mobilitetsfrämjande. Hen arbetar även med VR inom LSS och äldrevård, och hjälper kommuner runt om i landet att börja med VR inom dessa verksamheter. Hen håller också i utbildningar om VR inom både barnsjukvården, äldrevården, och vården överlag.

Efter ett tag så började jag fundera, vad är de bästa användningsområdena - vad är de bästa tillämpningarna för den här teknologin? Då var det för mig helt självklart barn på barnsjukhus, och äldre inom äldrevården, alltså egentligen två kategorier av människor som är begränsade på olika sätt - antingen av fysiska skäl eller för att de sitter inlåsta i ett rum under behandling, eller är gamla och skröpliga och inte kan ta sig ut på fisketur eller vad det kan vara. Det finns självklart många fler kategorier av människor men det var dom två som för mig kändes självklara.

- Informant 1.

Gällande onlineterapi beskriver Artikel 2 att det i stor utsträckning handlar om att överföra det arbete som vanligtvis sker i en terapisituation till en onlinemiljö, som ofta är likt det arbetet som redan utförs av terapeuten.

5.2 Fördelar med VR och onlineterapi

Det är inte ovanligt att människor mår dåligt i årtal innan de söker hjälp för sina besvär, och när man väl söker hjälp, är det heller inte ovanligt att klienten hoppar av behandlingen (Lindner et al 2018 s 2). Tillgång till behandling är alltså ett problem. Att de personer som lider av problematiken inte alltid söker hjälp eller fullföljer behandling - på grund av verkliga och uppfattade barriärer - är ett annat. Många människor är ovilliga att utsätta sig själva för verkliga situationer där de måste konfrontera sina rädslor, och när det gäller social problematik finns även en rädsla för att stöta på personer man känner under exponeringsterapin. Artikel 5 beskriver också liknande tankar, de nämner främst att "det kan också vara en möjlighet för den som tycker att det som triggar ångesten upplevs som allt för svår för att ens våga närma sig det i en traditionell behandling".

Vid exponering i VR vet patienten att situationen inte är verklig, vilket gör det lättare att utsätta sig för svåra situationer än i verkliga livet. Det underlättar för patienten att bygga upp nya sätt att anpassa sitt tankesätt och sitt beteende (Freeman et al 2017). Det är också möjligt att justera hur emotionellt engagerande sessionerna är, vilket kan påverka klientens chanser att uppleva att hen bemästrar situationen (Frank & Frank 1991 s 50).

Informant 3, som arbetat med VR i ungefär ett år som komplement till traditionella former av terapi, menar att det mest positiva med VR i exponeringsterapi är att få tillgång till miljöer som är svåra att skapa i verkliga livet. Som behandlare får man också en annan inblick i patientens reaktioner, och kan se själva processen på ett närmare sätt. Det innebär en lite annorlunda roll för behandlaren; informant 3 berättar att hen fick förändra sitt sätt för att inte vara för delaktig i processen utan mer hålla sig i bakgrunden. Förhållandet till terapeuten beskrivs som det viktigaste i terapin (Frank & Frank 1991 s 40). Att klienten litar på terapeuten och förlitar sig på dennes expertis och välvilja är essentiellt även vid VR-terapi. Terapeutens roll kan se lite annorlunda ut, men är icke desto mindre viktig i sammanhanget. Informant 3 tar också upp fördelen med tillgången till miljöer som är svåra att få tillgång till i verkligheten. Genom VR kan klienten få möjlighet att utsätta sig för situationer och miljöer som kan upplevas som obehagliga, men samtidigt vara medveten om att hen i verkligheten befinner sig i trygghet i terapeutens rum.

Artikel 3 menar att några av de viktigaste positiva punkterna med behandling online är att de har en mycket större möjlighet att nå ut till personer, och samtidigt skapa transparens.

Artikel 1 beskriver möjligheten att behandla var som helst och nå ut till personer som några av de primära fördelarna med onlineterapi. De beskriver att de krav och förväntningar som ställs har sänkts vilket ökar tillgången till behandling även där den ej funnits tillgänglig tidigare.

De fördelar som ofta förs fram när det gäller onlineterapi är att det blir geografiskt jämlikt, att man kan nå fler patienter och att det underlättar för patienten att kunna bedriva "sin" behandling var och när han/hon vill. Man menar att tröskeln för att söka hjälp har sänkts. Med en knapptryckning kan patienten vara inne i terapirummet.

- Artikel 1.

Informant 2, som har lång erfarenhet av VR och både använder det i arbetet och som forskar på området, menar att VR har stora fördelar vad gäller tidsåtgång och kostnader. Hen tar upp exempel från vårdcentralen där hen arbetar, bland annat om patienter med stickfobi. Varje gång de svårast drabbade patienterna behöver stickas, får en kurator följa med till provtagningen. Det är svårt resursmässigt och tar upp mycket av kuratorns tid. VR kan i de fallen användas både till exponeringsterapi, och som medel för distraktion under själva provtagningen. Den största fördelen med VR i exponeringsterapi, anser informant 2, är kontrollen som terapeuten har över situationen. I en in vivo-situation finns alltid många osäkra faktorer; man kan inte alltid anpassa graden av exponering till klientens behov och man vet aldrig hur denne kommer att reagera. I ett VR-scenario kan man skala upplevelsen efter behov och se till att exponeringen hamnar på rätt nivå för klienten. Man kan också upprepa scenarion och behöver inte lägga tid på att kontrollera miljöer i förväg för att använda dem. Behandlingstiden blir därmed också, menar informant 2, mycket snabbare och terapin effektivare jämfört med traditionell exponeringsterapi.

En procedur som kräver aktivt deltagande från både klient och terapeuts sida, och terapeutens bemästrande av särskilda kunskaper, stärker både klient och terapeut (Frank & Frank 1991 s 43). Alla typer av psykoterapi är ämnade att öka klientens självförmåga genom att ge tillfällen för klienten att uppleva framgång (a.a s 49). Genom att använda VR kan man i princip garantera att klienten får uppleva framgång, oavsett vilken nivå de utgår från. Det finns också, fortsätter informant 2, studier där man kombinerat VR med biofeedbacksensorer som mäter perspiration, pupillstorlek och ögonrörelser, hjärtrytm, och andra indikatorer på stress, för att

kunna se effekterna av stress och responsen på terapin på en väldigt grundläggande nivå. Man kan på så sätt ha objektiva mått för att bedöma ångest och stressreaktioner. Förutom att man kan eliminera många av problemen med traditionell exponeringsterapi, innebär det också att man kan bidra med nya sätt att forska kring bland annat stress och exponering, menar informant 2.

Klientens förväntan på att få rätt typ av hjälp bidrar till klientens tilltro till metoden, och hans vilja att återkomma till terapin. Teorikoppling i sig kan bidra till att lindra symptom och inge hopp. För att terapi ska vara effektivt behöver klienten sammankoppla hoppet med terapiprocesserna, och med utkomsten av terapin (Frank & Frank 1991 s 44).

Med VR kan man finjustera behandlingen efter klientens biologiska reaktioner, vilket skulle kunna leda till högre tilltro till metoden på grund av dess möjligheter till flexibilitet i behandlingen, och ökad evidensbaserings. Det finns ännu ingen färdig forskning kring vilken effekt som VR-terapi kan ha till exempel i förhållande till sjukskrivningar, eller om det kan bidra till en förkortad tidslinje för återgång till arbete, men informant 2 arbetar med just den typen av forskning just nu och anser det vara rimligt.

Att VR tillåter optimering av stimuli i exponeringsterapi är något alla våra informanter anser, vilket även stöds av litteraturen. Terapeuten har total kontroll över innehållet i situationen, och begränsas enbart av mjukvarans egenskaper. Det innebär också att exponeringen, som informant 3 diskuterade tidigare i kapitlet, kan ske på en för klienten trygg och privat plats istället för offentligt. Frank & Frank (1991 s 42) beskriver rummet som en bubbla, som ger en känsla av trygghet och där vanliga sociala regler inte gäller på samma sätt. Det är möjligt att den vetenskapen gör exponering för den virtuella upplevelsen mindre effektiv än in vitro-exponering, men kanske kan det också vara så att tryggheten gör det lättare för klienten att 'släppa taget' om självkontrollen, och låta sig uppleva känslan av obehag på ett djupare plan. VR erbjuder en digital plats för individen där hen kan uppleva en syntetisk men realistisk upplevelse. Metaanalyser visar att graden av närvaro och ångest i den virtuella upplevelsen är associerade med varandra. Ju mer närvarande klienten är i upplevelsen, desto mer realistisk upplevs den. Detta ger mer kontrollerbara möjligheter till självreflektion än in vivo-exponering, och även mer immersion än imaginär exponering (Riva et al 2019 s 88). Att VR skapar större möjligheter för behandlaren att styra stimuli beskrivs även av Artikel 4 som beskriver att de kan arbeta med varje steg flera gånger över flera behandlingssessioner.

Artikel 3 beskriver att psykologin idag generellt inte utvecklats och följt med i den utveckling som skett på andra fronter, såsom med teknologi. Metaanalyser visar att VR-baserad exponering har bättre effekt än imaginär exponering, och är på jämförbar nivå med in vivo-exponering (Clemmensen et al 2020). Effekterna av behandlingen har visat sig bibehållas över tid, i samma grad som traditionell ‘face to face’-terapi. Studier visar också att VR-baserad exponering för med sig fördelar som är överförbara på verkliga livet, och leder till beteendeförändringar även i verkligheten. VR-sessioner tar ofta kortare tid än in vivo-sessioner, och kan planeras med större flexibilitet, till lägre kostnad (ibid).

Jag kommer in till barn ibland där man ser att de har ont. Det tar bara några sekunder från att VR-headsetet går på, så ser jag hur deras kropp slappnar av och att det går från krampaktigt till öppenhet och nyfikenhet. Och det är den effekten som man ser i kroppen, eller det som jag ser bara på hållningen - en halvtimme eller timme senare när man tar bort dom här glasögonen så finns det kvar. Det är det jag ser som ett fantastiskt medium för VR som verktyg. - Informant 1.

Många barn har svårt för att komma igång med kroppsrörelser efter sjukdom, skador eller operationer. Många barn tycker också att traditionell sjukgymnastik är väldigt tråkigt, och vill inte göra de rörelser de behöver göra. Genom VR, förklarar informant 1, kan man inkorporera rörelserna i spel och lek, vilket både distraherar från smärta och gör rörelserna roliga att utföra. Andra fördelar med VR i de sammanhangen är hur det bidrar till avslappning och generellt välmående. Eftersom informant 1 arbetar med lek, finns det ingen press på barnet att utföra vissa saker, utan barnets egen dagsform får avgöra vilken och hur mycket aktivitet de vill ha.

Studier om VR:s eventuella smärtlindrande egenskaper för barn är bristfälliga. Den forskning som finns och studier på vuxna indikerar dock att så är fallet (Riva et. al 2019 s 88; Iannicelli et al 2019; Tashjian 2017). Tidigare forskning beskriver också att VR kan underlätta för barn med ångest i samtalsterapi (Falconer et al 2019).

Även här kan paralleller dras till Franks tankar om miljöns betydelse för en positiv utkomst av terapi. Det virtuella rummet ‘inreds’ av barnet, och blir således en trygg plats som terapeuten bjuds in i. Det ger barnet möjlighet att uttrycka sig visuellt och symboliskt likväl som verbalt, och lägger mer makt hos barnet. Det ger också terapeuten fler dimensioner att arbeta med, och andra möjligheter att bygga förtroende. Det virtuella rummet i sig kan också sparas till nästa session, och omarbetas efter önskemål och behov. Tankar angående den positiva effekten

av onlineterapi ges av artikel 3, som exemplifierar genom att beskriva att arbetssituationen blir mer varierad för utövarna, samtidigt som psykoterapi avdramatiseras.

5.3 Nackdelar och begränsningar

Informant 1 har själv satt en åldersgräns vid sju år för att barnen ska få använda VR. Detta delvis för att headseten inte alltid passar de mindre barnen rent ergonomiskt, men också för att hen upplever att yngre barn har svårare för att hantera den annorlunda rumsuppfattningen i VR. Barn har också lättare för att leva sig in i den virtuella världen, på gott och ont. En annan begränsning som informant 1 tar upp, är bristen på utbud för till exempel vårdboenden, skolor och bibliotek. Vissa segment av befolkningen finns det, än så länge, mycket litet intresse för bland apputvecklarna.

Informant 2 beskriver att en del klienter kan drabbas av kraftig yrsel och åksjuka av virtuella miljöer. Personer som har epilepsi kan inte alltid använda tekniken. VR är således inte tillgängligt för alla patientgrupper. En del människor är heller inte mottagliga för VR på så sätt att de fastnar i tanken att det inte är verkligt. Att miljön i exponeringsterapin är kontrollerbar och upprepningsbar är också bara positivt till en viss gräns menar informant 2; det finns en risk att klienten kan gissa sig till vad som kommer att hända närmast. Det ger klienten en känsla av säkerhet och förutsägbarhet som gör det svårare att anpassa den virtuella verkligheten för att lösa problemet i den faktiska verkligheten. Klienten slutar så anstränga sig för att lösa sitt problem. Detta kan dock lösas med nya mjukvaror och vidareutveckling av tekniken, anser informant 2.

Informant 3 anser att tekniska problem är den största nackdelen. Hen har vid upprepade tillfällen råkat ut för att VR-headsetet inte kunnat ansluta till datorn, samtidigt som patienten sitter och väntar i rummet, vilket skapar mycket frustration. Att behöva pausa behandlingen för att mjukvaran behöver uppdateras ger samma problem. De tekniska problemen beskrivs av informant 3 som svåra att påverka, samtidigt som de har negativ inverkan på behandlingen. Tekniken används inte heller i särskilt stor utsträckning av informant 3, på grund av svårigheter att matcha rätt patient med metoden, vilket lett till att informant 3 nu väljer att inte längre erbjuda VR-behandling. Informant 3 nämner också att vissa av klienterna reagerade på att en del av de virtuella miljöerna inte var särskilt grafiskt avancerade. Vissa miljöer upplevde hen som väldigt

bra, men andra kändes för animerade, vilket upplevs för orealistiskt för att ha riktig effekt. Här, menar informant 3, att det behövs mer utveckling av mjukvaran.

Jag tror det verkligen kan få fäste och så, sen så tänker jag att det behöver funka bättre tekniskt. Det behöver vara mer lättillgängligt [...] Sen så behövs det ju människor som är drivna då till att jobba med själva uppbyggnaden. För det är väldigt många av oss behandlare som inte har så mycket kompetens inom det [...] Det behövs ju att vi är psykologer och andra behandlare som är med och bygger upp det, som kan guida i vad det finns för behov i behandlingsmiljöer också.

- Informant 3

Det finns mycket lite tidigare forskning angående VR i vården. Tidigare forskning, till exempel av Donker et al (2019 s 687), lyfter problemet med realism i VR mjukvaran. Dessa resultat upplevs också av våra informanter.

Det är också vanligt att terapeuterna, som även informant 3 diskuterar, är obekanta med teknologin. Optimalt vore om - som informant 3 nämner - praktiserande terapeuter kunde involveras i själva apputvecklingen, för att även terapeuter som inte har så stort teknikintresse ska kunna använda sig av VR till dess fulla potential. Relaterat till Frank kan tekniska problem och bristande immersion minska tilltron till VR som verktyg, eftersom det underminerar den konkreta struktur som krävs för tilltro till den terapeutiska processen (Tracey 2003 s 410). Artikel 5 beskriver liknande problematik vid behandling av spindelfobi, då det inte finns samma möjligheter att sammanföra visuella bilder med fysisk beröring av det problematiska elementet. Klientens vilja att förlita sig på terapin hänger ihop med klientens tilltro till terapeutens metodval och expertis (Frank & Frank 1991 s 40). Brister i tekniken kan så ledes undergräva tilltron till metoden, vilket i sin tur kan leda till bristande vilja hos klienten att återkomma till terapin. Även bristande tilltro till tekniken från terapeuternas sida blir en konsekvens, vilket kan leda till att man slutar - eller aldrig ens börjar - att använda den.

Den snabba utvecklingen av VR-teknologi i underhållningssyfte under senare år, särskilt sedan 2016 när konsumentmarknaden verkligen tog fart, visar dock att bekantskapen med teknologin ökar och att det även finns en ökande efterfrågan från klienter. Teknologin sjunker i pris och det finns nu väletablerade apputvecklare och distributionskanaler, som kan leda till ökad tillgänglighet och kvalitet på appar. Många av de barriärer som identifierats - som höga kostnader och låg grafisk kvalitet på apparna - är på väg att arbetas bort (Lindner et al 2018 s 2).

Ett av de kvarstående problemen är att VR-terapi inte fungerar för alla. Enligt artikel 4 så krävs det en viss personlighet för att behandlingen ska vara effektiv, att patienter som är svåra att distrahera och lättare kan uppslukas av till exempel filmer lättare kan behandlas med virtuell exponering.

Artikel 1 talar om onlineterapi som ett av de största skiftena i behandling på länge: “kanske är övergången till onlineterapi det största paradigmskifte som ägt rum inom psykoterapi”. Artikel 1 tar också upp att det interpersonella mötet är en av de viktiga beståndsdelarna i en fungerande behandling, och att behandling online minskar möjligheten till detta. Artikel 1 beskriver att problematik uppstår när patienten inte får möta terapeuten i person, det tvåpersonförhållande som Frank & Frank (1991 s. 163) också beskriver fullföljs inte; patienten själv står för en stor del av terapin vilket enligt artikel 1 minimerar de positiva behandlande egenskaper förhållandet mellan patient och terapeut har.

Med andra ord har man i denna terapi brutit upp tvåpersonsförhållandet och minskat det till en person, patienten, som får tillgång till stöd och kommentarer från terapeuten. Terapeuten är i praktiken bortplockad och patienten blir ensam kvar.

- Artikel 1

Artikel 5 beskriver också att de som personligen anser att det interpersonella mötet är centralt för dem och deras arbetssätt och primärt använder sig av kontakt i verkligheten för att nå ut med behandlingen, kan ha problem att vänja sig vid VR-behandlingar. Artikel 2 beskriver liknande tankegångar, och betonar att psykologer blir utmanade att ställa om sig till att kommunicera annorlunda och göra insatser mer vid behov snarare än preventivt vid behandling online.

5.4 Behandling med terapeut

Informant 2 beskriver att de flesta patienterna ställer sig positivt till VR, och att några efterfrågat VR-behandling specifikt. Informant 2 beskriver att de finns en liten grupp som ifrågasatt teknologin, och en liten grupp som feldiagnosticeras med fobier, när de hade andra besvär, vilket gjorde behandlingen ineffektiv.

Informant 3 beskriver att det har varit blandade åsikter om VR-terapin, men att många

ställt sig positiva till att prova, som ett nytt alternativ till traditionella metoder. Hen beskriver en av de viktigaste procedurerna innan behandling varit att låta patienterna prova VR-utrustningen i en annan kontext, med hjälp av avslappning och naturmiljöer.

För att om man inte har någon erfarenhet av det och bara kastas in i en behandling och exponerar sig för det man är mest rädd för så är det ganska pang på, så vi har gjort det lite försiktigt så så att de fått vänja sig vid miljön.

- Informant 3

Informant 3 beskriver att upplevelsen mest varit positiv, utan mycket skepsis och med nyfikenhet från patienter. Hen beskriver att det funnits en viss rädsla för yrsel och illamående bland patienterna, men att färre än väntat mådde dåligt efter behandlingen. Hen beskriver att det som skapade nervositet var att behandlingen var ny, och att patienterna inte var vana och inte visste vad som skulle hända eller hur det skulle upplevas.

Informant 2 beskriver att terapeutens roll vid behandlingen i stor grad innefattar att agera stödjande och att hjälpa patienten vid problem och vid säkerhetsbeteende. Artikel 1 tar också upp vikten av förhållandet mellan terapeut och patient. Vilket liknar den relation Frank & Frank (1991 s. 163) beskriver, där vikten läggs på en god relation och kommunikation mellan terapeut och patient.

Kärnan i en psykoterapi är tvåpersonsförhållandet mellan terapeut och patient. Patienten kommer till terapin med sina behov, sin längtan men också sin rädsla. Terapeuten finns där för att med inlevelse lyssna till patientens berättelse och hans eller hennes lidande, se och beröras av detta och upprätta ett mentalt rum för dem bägge.

- Artikel 1

Frank & Frank (1991 s. 163) beskriver att den mest ideala terapeutiska relationen har i stora drag att göra med behandlarens engagemang i patienten, deras kommunikation och behandlarens förståelse av patientens känslor. Darnall et. al (2020 s 2) lyfter likt Donker et al (2019) att de brister som i många fall kan påverka tillgången till terapi kan vara till exempel bristande resurser och för lite utbildad personal. Artikel 3 beskriver att terapi oftast underbyggs

av en bedömning som står till grund för de beslut som förs angående hur behandlingen ska utformas.

I princip alla internetbaserade behandlingar i reguljärvård föregås av en bedömning på plats av en behandlare med grundläggande psykoterapeutisk kompetens i KBT (och därmed diagnostik), samt utbildning i metoden i sig, det vill säga IKBT. Dessutom går det under behandlingens gång att göra justeringar i upplägget, exempelvis träffa sin patient, om behandlaren bedömer att detta är vad som är bäst för behandlingen.

- Artikel 3

5.5 Självbehandling

Tidigare forskning av Donker et al (2019 s. 683) visar indikationer på att behandling med VR i självbehandlingssyfte visat potential för behandling av fobier. Att VR används vid självbehandling kan vara ett användbart och rimligt alternativ i vissa fall, var en genomgående åsikt även hos informanterna. Informant 2 belyser dock att problematik kan uppstå med självbehandling och angav detta som anledningen till att arbetet främst sker med terapeut. Hen pekar specifikt på farorna med att utföra behandlingen helt själv:

Det beror på. Tänker man på fobier, har de tillräcklig insikt om sitt problem, tillräcklig kunskap om sitt problem och psykiska resurser, kan man klara sina känslor - då kan man göra det. Men det finns tekniska begränsningar och man ska inte göra det ensam. Det måste hela tiden finnas någon i rummet som kan hjälpa en.

- Informant 2

Informant 2 nämnde vidare att självbehandling kan vara svårt att utföra korrekt på grund av risken för säkerhetsbeteende, och svårigheterna med att se behandlingen som konkret snarare än abstrakt och att det då krävs stor insikt om ens problematik, känslor och psykiska resurser för att kunna arbeta med egenterapi på ett bra sätt.

Istället för att skydda sig med säkerhetsbeteenden måste man jobba med sina känslor. Risken med självbehandling är att man inte inser sina säkerhetsbeteenden och att man inte jobbar med känslorna på ett djupare plan. Risken är också att man ser det som en skräckfilm eller ett tv-spel, rädslan blir abstrakt istället för konkret.

- Informant 2

Informant 3 beskriver att självbehandling online eller med VR kan vara bra för personer med sociala svårigheter. Hen påpekar dock att det inte fullt ut blir samma övning som om det var i verkliga livet. Informant 3 förklarar att självbehandlingen kan vara positivt för personer som ej kunnat få tillgång till en specifik typ av behandling, eller där behandling inte annars skulle nått ut.

Informant 3 beskriver att hen inte ser några direkta risker i självbehandling som koncept, men hen påpekar också att det krävs att det görs en professionell bedömning på individuell nivå för att fastställa att så är fallet. Behandlarens roll i många fall är att guida, stötta och introducera VR. Informant 3 beskriver att försiktighetsåtgärder är rimliga, då behandlingsformen kanske inte är bra för alla. Hen beskriver att terapeutens arbete i många fall handlar om att välja ut VR-material som terapeuten tror passar till de specifika behov patienten har. Frank beskriver en likartad situation där den psykoterapeutiska behandlingen beskrivs som att ge klienterna en relation där ny information, verktyg och motivation till att fortsätta utvecklas bildas (Frank & Frank 1991 s. 227).

Informant 1 beskriver att hen har bevittnat en stor del positiva aspekter av VR som självterapi. Självbehandling med VR genom träning och som rehabiliteringsform ger stora fördelar som hen ser som en tydlig positiv aspekt. Informant 1 beskriver att VR kan vara en möjlighet för motivationsarbete, som grundar sig i individens egen vilja att utforska aktiviteter som kan vara hälsosamma för denne.

Jag har ganska många exempel på folk som har haft väldigt svårt att motivera sig själva till att träna, men verkligen behövt träna [...] Så skaffar de ett VR-headset och tycker det är så roligt, så helt plötsligt kan de hitta motivation till att faktiskt röra på sig.

-informant 1

Självbehandling med VR är ett område som är under utveckling och har sett en ökning av forskning under de senaste åren. Darnall et al (2020 s 8) beskriver att självbehandling med VR i syfte att minska kronisk smärta har sett lyckade resultat, och kan vara ett effektivt sätt för individer att praktisera självterapi i hemmet. Artikel 1 beskriver att behandlingar går mot mer onlinebaserade metoder, där rummet omdefinieras av patienten. Artikeln beskriver liknande tankegångar kring den mer individualiserade terapin, likt egenterapi faller mycket av behandlingen på patienten snarare än terapeuten.

Bortfallet av det traditionella rummet är nästa paradigmskifte inom onlineterapi. Tidigare har du fått gå till en behandlare, in i behandlarens rum och bli mottagen där. Patienten definierade inte rummet utan det var givet av den andre, terapeuten. I informationstexten är man tydlig med patientens autonomi ("du bestämmer själv") och med att det är patienten själv som definierar vad ett terapirum är ("du bestämmer själv var och när").

- Artikel 1

5.6 Utkomst

Informant 1 beskriver att hen har sett en övervägande positiv effekt på barn som fått använda VR, att deras generella mående och motivation till att till exempel att röra sig mer ökat till följd av VR användningen, som agerar som en aktiverande fast sekundär faktor.

Vi ser jättemycket mobiliseringsfrämjande egenskaper, så att barn som har jättesvårt att sättas igång och röra på sig, eller som tycker det är supertråkigt att vara hos sjukgymnasten och röra sig. Helt plötsligt är dom hos mig och spelar Beat Saber i en timme, och rör sig jättemycket.

-informant 1

Likt vad informant 1 beskriver så talar Frank om emotionellt engagerande, och en terapeutisk allians, där klienten kan få stöd och hjälp av den som utför det terapeutiska arbetet (Frank & Frank 1991 s. 40). Det är någonting som enligt Frank endast är möjligt om klienten uppfattar ett emotionellt engagemang och kompetens hos den behandlande parten. Den terapeutiska alliansen är nödvändig eftersom den tillåter klienten att luta sig mot terapeuten för

att få hjälp, vilket klienten bara kan göra när hen uppfattar terapeuten som kompetent och emotionellt engagerad i klientens välbefinnande (Frank & Frank 1991 s 40).

Informant 1 beskriver även en smärtdämpande och lugnande effekt på de barn som använt VR och hur detta hållit sig även efter sessionen. Hen beskriver vidare att VR som distraktion även kan ha en effekt på patientens välmående på kort sikt.

Informant 3 beskriver att hen inte specifikt utrett resultaten av behandlingarna, och att exponeringsarbetet med VR fungerat som en del i ett större behandlingsupplägg. Hen nämner samtidigt att många av behandlingarna inte bara har med en typ av fobi eller problematik att göra, utan kan vara en blandning av fobi och annan problematik och att det är svårt att avgöra om VR har påverkat utfallet.

Informant 3 nämner dock att VR-terapi kan agera effektiviserande i vissa avseenden, specifikt vid behandling av fobier eller åkommor som kräver miljöer som är för komplexa eller svåra att få tillgång till för att genomföra inom ramen för en behandling. Hen menar att denna aspekt kunde vara positiv för utförandet och resultatet av behandlingen.

Informant 2 beskriver att behandlingstid med VR terapi är snabbare och effektivare. Det hen främst sett är en förkortad behandlingstid jämfört med in vivo-terapi.

I många fall fanns det mycket lite information angående hur patienterna upplevt terapin, och hur bra terapin fungerat för dem. Enligt informant 2 så har åsikterna angående behandlingen med VR varit främst positiva, med ett mindre antal som ifrågasatt teknologin. Tidigare forskning beskriver likt vår studie att VR påvisar potential att användas för många olika typer av behandlingar, från olika kognitiva problem som fobier till olika kliniska implementationer inom vården, som VR för smärtlindring (Parsons & Rizzo 2008 s 251; Riva et al 2019 s 83). De påvisar resultat som liknar de som traditionella metoder fått.

Artikel 2 drar en liknande slutsats angående onlineterapi generellt och konstaterar att KBT online visat generellt positiva resultat på samma problemområden som KBT genom VR och vanlig KBT behandling, dock görs ingen direkt jämförelse.

IKBT har visat sig effektivt vid en mängd olika sorters problematik, exempelvis flera olika sorters ångestproblematik och depression[...]

- Artikel 2

Detta styrks också av Artikel 3 som drar liknande slutsatser kring användningsområdena hos

onlinebaserad terapi.

[...]effekterna är goda vid flertalet sorters problematik som exempelvis depression, ångest och tinnitus, samt att det finns studier som visar på att effekterna håller i sig över tid. Dessutom verkar metoden ha samma effekter i reguljär vård, samt att de studier som hittills jämfört internetbaserad KBT med "face-to-face" KBT har visat på likvärdiga resultat.

- Artikel 3

Artikel 5 påvisar likt vad informanterna nämnt att VR-sessioner verkar ha potential att fungera som behandlingsform. Och nämner att de sett goda resultat överlag med VR som hjälpmedel.

– Resultaten i VIMSE-projektet, där patienten får en enda 3-timmars VR-session, visar hittills att 61 procent är diagnosfria efter tre månader. Det är resultat som fortfarande står sig efter ett år.

- Artikel 5

5.7 Framtiden

Alla tre intervjupersoner menar att teknikutvecklingen går framåt med stora kliv. Informant 3 är, trots att hen slutat använda VR i yrket, positiv till tekniken och ser fram emot framtida utveckling:

Jag tycker att det är väldigt häftigt, att hjärnan upplever det som en verklig miljö och att det sker en verklig exponering och det då skapas nya neurologiska nätverk, och nyinläring sker och en tillvänjning av minskad ångest som följd. Jag bara fascineras av att vi kan skapa det med teknik. Jag tror att, utvecklar man det ännu mer, just miljöerna, så att det blir mer verkligt tror jag att man kan få ännu mer av det.

-Informant 3

Informant 3 menar att det finns många behandlare som är öppna för att använda VR, och tror att teknologin kan få fäste även bland terapeuter som inte är tekniskt intresserade, bara mjukvaran förbättras och blir mer användarvänlig. Det behöver också vara mer lättillgängligt och det behövs människor som kan arbeta med att bygga upp verksamheten, där många behandlare

inte har kompetens till det. Terapeuter behöver både guidas i användningen, och vara med och guida utvecklare för att få appar som täcker rätt behov. Mjukvara är någonting som Artikel 5 också pekar på och de lyfter särskilt utvecklingen av program som kan anpassas efter det specifika behov på stimuli som patienten har.

Vi skulle behöva program som gör att publiken reagerar på om du exempelvis stakar dig, som att den börjar skruva på sig. -Kanske vi når dit i framtiden, VR-tekniken är i dessa avseenden fortfarande ganska rudimentär.

- artikel 5

Artikel 5 menar också att det centrala målet för dem är att integrera VR-terapi med verkligheten, för att ytterligare anpassa appar och mjukvara för att enklare skapa en skraddarsydd upplevelse.

Det handlar bland annat om att i större utsträckning integrera VR med verkligheten, som det fungerar i spelet Pokemon Go, eller att VRET kombineras med en teknik för att mäta puls, hudkonduktans och andra fysiologiska mått på psykiska reaktioner, kanske genom »smarta klockor«. Då skulle exponeringen kunna anpassas mer exakt till patientens reaktioner.

- artikel 5

Exponeringsterapi med hjälp av VR har potential att lösa logistiska problem för terapeuter, och kan även användas för självhjälp för de klienter som är mottagliga för det. Det har dock inte ännu implementerats i någon större utsträckning, delvis på grund av att tekniken upplevs som svåränvänd (Lindner et al 2018 s 1). Sedan 2016 finns flera olika varianter av VR ute på konsumentmarknaden, vilket gör tekniken till en stapelvara inom elektronisk underhållning. Nästa generations VR-headset torde ytterligare öka användarvänligheten, sänka kostnaderna för inköp, och öka gemene mans bekantskap med VR. Större användarerfarenhet hos konsumenterna, bättre utvecklade appar, och mer forskning och utveckling, torde således även öka efterfrågan på VR inom kliniska områden (ibid).

Artikel 4 beskriver att framsteg inte bara har att göra med bättre hårdvara. Även externa faktorer kan spela roll för utvecklingen av bättre terapi:

The improvements don't have to be high-tech: "Some studies have shown that thousands of dollars worth

of better graphics don't help, but things like a \$10 fan blowing on your face do."

- Artikel 4

Informant 2, som arbetat länge med VR och som forskar på området, ser stora möjligheter inom många olika områden:

Följer man utvecklingen de senaste åren har det hänt jättemycket. De första behandlingarna var väldigt basic, idag är de komplicerade. Man har börjat implementera AI och miljöer man kan interagera med. Det kommer mer och mer. Jag var på en workshop för några år sen i Holland där man skapade avatarer som reagerar på patientens ögonrörelser och ansiktsuttryck, de kan läsa patientens känslor väldigt korrekt. Sensorer som gör att man kan använda andra sinnen än synen. Det blir verkligare och verkligare. Jag tror att det kommer att utvecklas drastiskt inom de närmaste tio åren. Det här kommer att bli allmän praxis.

- Informant 2

Informant 1 beskriver att hen på senare år jobbat mycket med VR inom både äldreården, människor med speciella behov, och med vården överlag. Hen diskuterar bredden av användningsområden inom hela vårdapparaten, både existerande och framtida, och menar att fler och fler intresserar sig för VR som verktyg:

Sjukgymnaster är intresserade för att helt plötsligt så kan du göra övningar i virtual reality, du kan få igång barn som är svåra att motivera på annat sätt. Du kan också få väldigt specifika mätdata. Hur den här personen rört sig från ena veckan till den andra, om det blir en progression. Du kan också skapa upplevelser som då anpassar sig efter den här datan. Säg att du behöver böja dig ner och plocka upp en blomma, så kan den vara på olika nivåer, beroende på vad den förra datapunkten sa. Du kanske behöver få den lite högre upp, eller lite längre bort. Det tror jag, den utvecklingen kommer att fortsätta [...] Det finns så mycket intresse, allt från då medicin, psykologi, till smärtcentrum, till sjukgymnaster, det är många som är intresserade av virtual reality som verktyg. Jag tror ju att det bara kommer fortsätta växa, också som utbildningsverktyg för kirurger eller läkare; du kan lära dig intubering, du kan lära dig göra höftledsoperationer, du kan göra det hundra gånger innan du behöver göra den på riktigt och då har du gått igenom stegen. Inte bara själv - du kan göra det med ett helt team, i VR.

- Informant 1

Terapeuter som är specialiserade på en specifik metod eller en viss typ av diagnos, tenderar att ha lättare att se kliniska appliceringar av VR-teknologin utöver exponeringsterapi, enligt Lindner (2018 s 8). Ätstörningar, neuropsykiatriska störningar, personlighetsstörningar och psykotiska störningar är några av exemplen specialister ser möjligheter att behandla inom VR. Applicerbarheten upplevs också hög gällande psykosomatiska störningar, spelmissbruk och drogmissbruk, där man också ofta använder exponeringsterapi i någon form. VR visar sig, som informant 1 nämner, också vara lovande inom stress- och smärtlindring. VR kan också vara till hjälp med andra aspekter inom terapeutisk verksamhet, genom till exempel interaktiv psykoedukation och färdighetsövningar. Det finns många områden där VR kan gagna vården, inte minst psykiatrin, om forskning kan ske i samarbete mellan kliniker och apputvecklare (ibid).

6. Diskussion

I uppsatsens inledning ställde vi oss frågan om vilka likheter och skillnader utövare av VR-terapi uppfattar, gällande behandlingstid, klientnöjdhet och utkomst för klienten, i förhållande till mer traditionella former av terapi. Vi frågade oss också vad dessa skillnader beror på.

6.1 Behandlingstid

Informanterna och artiklarna är generellt samstämmiga i uppfattningen att VR kan påverka behandlingstiden till det bättre, gällande exponeringsterapi. Denna uppfattning bekräftas av den litteratur vi tagit del av. VR-sessioner tar ofta kortare tid än in vivo-sessioner, och kan planeras med större flexibilitet till lägre kostnad. Den största fördelen är kontrollen terapeuten får över situationen. I en VR-situation kan man anpassa graden av exponering till klientens behov, och man vet att miljön inte kommer att föra några överraskningar med sig. Behandling med VR assisterar också med miljöer som annars hade varit svåra, eller omöjliga att genomföra in vivo. En av de faktorer som fått många att välja onlineterapi är möjligheten till snabbare behandlingar, och möjligheten att nå fler patienter på kortare tid.

6.2 Utkomst

Gällande utkomst visar VR-terapi generellt inte bättre resultat än traditionella terapier (Gregg et al 2007 s 343-354). VR-baserad exponering har dock bättre effekt än imaginär exponering, och är på jämförbar nivå med in vivo-exponering (Clemmensen et al 2020). Effekterna bibehålls över tid i samma utsträckning som i andra former av terapi, och leder till beteendeförändringar även i verkligheten (ibid). Empirin visar också på goda resultat av onlineterapi, och att de som använt sig av metoden har sett en lika god terapeutisk allians som med terapi på plats. Allianser byggs lika lätt och skattades lika högt som vid möte med terapeut i person.

Informanterna menar att de flesta av deras klienter är positiva till behandling med VR, och att en del har efterfrågat VR specifikt. Många har också funnit nytta i att, innan de går in för behandling, få sitta med VR-headset på och ha avslappning en stund i en virtuell naturmiljö. Terapeuternas kunskap om tekniken påverkar dock utfallet. Även här kan paralleller dras till Frank. Klientens vilja att förlita sig på terapeuten är beroende av hur terapeuten hanterar klientens förväntningar, ett konceptuellt schema som bidrar med procedurer för att lösa problem, och tillit till terapeutens expertis och metodval (Frank & Frank 1991 s 40). En terapeut som är väl bekant med VR-teknologin, kan förklara hur den fungerar och använda den med större precision och färre tekniska problem, torde också kunna ge klienterna större förtroende för tekniken i sin tur. De skillnader i klientnöjdhet som kan uppfattas mellan de olika behandlarna, skulle alltså kunna bero på en mängd olika faktorer, från skillnader i kötider till behandlingstid, klientelet förväntningar, eller terapeuternas bekantskap med tekniken. Både våra informanter och litteraturen talar dock för att ytterligare utveckling behövs inom VR-apparna, för att säkerställa att användarvänligheten ökar.

6.3 Likheter och skillnader

VR är ett verktyg med en mängd olika funktioner, och användarna sätter gränserna för hur det brukas. En del använder det för att kunna utföra precis samma terapi som vanligt, fast på fysiskt

avstånd. En del använder det som hjälp vid exponeringsterapi, och en del på helt andra sätt. Det finns utrymme för både fysisk och psykisk lindring med hjälp av VR, genom till exempel mindfulness, avslappningsövningar, och meditation. Det används inom fysioterapi, och som utbildningsverktyg. En unik egenskap som VR besitter är att det kan skapa ett mellanting mellan teoretiska förberedelser och praktiskt utförande, som tidigare inte varit möjligt; genom VR kan man öva på olika specifika scenarion innan man utsätter sig för situationen i verkligheten.

Onlineterapi beskrivs generellt i empirin som ett likvärdigt alternativ till vanlig terapi. Alliansbyggnaden mellan terapeut och patient anses av majoriteten vara likvärdig den som skapas i fysiska möten. Den empiri som motsäger sig detta menar istället att onlineterapi alierar patienten, och skapar mindre möjlighet för kontakt och alliansskapande, då stor del av terapin måste skötas av patienten själv.

6.4 Fördelar

VR är ett väldigt mångsidigt verktyg som kan användas på en mängd olika sätt, inte minst inom lekterapi, dramaterapi, och konstterapi. Det kan också användas för gruppterapi, och ger möjlighet att utöva terapi över fysiska avstånd, utan att ge avkall på känslan av att befinna sig i samma rum. Exponeringsterapi i VR beskrivs överlag som tryggare, billigare, och mindre resurskrävande, än in vivo-terapi. Det gör behandlingen mer kontrollerbar och förutsägbar för terapeuten, vilket också gör behandlingen snabbare. Tillgång till virtuella miljöer beskrivs som en fördel, samt möjligheten att få en annan inblick i patientens reaktioner. VR kan också ge objektiva mått för att bedöma ångest och stressreaktioner, vilket kan leda både till bättre behandlingsmetoder, och nya sätt att forska. VR-terapi kan också göra att personer som annars inte skulle sökt hjälp, till exempel på grund av svår ångest inför mötet med det som orsakar ångesten, har givits mer möjlighet att konstruera behandlingen i så små steg som krävs för att patienten ska våga att prova.

Gällande onlineterapi finns också fördelen med att kunna nå ut till patienterna utan geografiska hinder, vilket gör det lättare för patienten att söka hjälp, oberoende av deras situation

eller tillgänglighet. Terapi online kan också skapa en mer varierad arbetsmiljö för terapeuterna, och ger nya möjligheter för den vidare utvecklingen av terapin.

6.5 Nackdelar

Bland nackdelarna kan nämnas tekniska problem vilket nämns som en anledning till varför tekniken inte implementeras i högre utsträckning. Även dålig grafik och potential för klienter att förutsäga vad som ska ske i exponeringen nämns. En annan nackdel är att vissa patientgrupper, i alla fall i nuläget, inte kan använda VR på grund av till exempel epilepsi eller åksjuka. Ytterligare ett problem med VR upplevs vara att terapeuten inte kan demonstrera ett korrekt beteende genom modellinläring. Detta blir problematiskt då patient och behandlare inte har samma kontakt med varandra som om behandlingen skett i verkligheten.

De primära negativa aspekterna som lyfts upp handlar om att VR-miljöerna inte upplevs verkliga nog. Bristande möjlighet att bygga upp det terapeutiska förhållandet benämns också vara en potentiell nackdel med onlineterapi.

6.6 Framtiden

Hur ser så utövarna på framtiden, när det gäller VR-terapi? VR är här för att stanna, och användningen av VR inom terapi – anser de unisont - kommer att öka. Det har hänt mycket inom utvecklingen bara de senaste fyra åren, och det forskas på en mängd olika områden där VR kan implementeras, inte minst inom vård och utbildning. Biofeedbacksensorer och artificiell intelligens kan också komma att integreras med VR i framtiden, såväl som andra medel för att integrera VR bättre med verkligheten och annan teknologi. Ett viktigt område som är under utveckling är teknik för att öka närvarokänslan, och även medel för att ge fysiska känningar av det som upplevs i den virtuella miljön.

Teknologin kan få fäste även hos icke teknikintresserade, men användarvänligheten måste öka och terapeuternas tvivel måste adresseras. Det behövs människor som kan bygga upp

verksamheten och lära ut, och det behövs samarbete mellan terapeuter och apputvecklare för att optimera användningsområdena efter terapeuternas behov. Det finns också potentiella användningsområden inom hela vårdapparaten, både existerande och framtida. Fler och fler visar intresse för VR som verktyg. Äldrevården och LSS är två verksamhetsområden som skulle kunna gagnas av virtuella miljöer som kan vara lugnande, stimulerande, smärtstillande eller fysiskt aktiverande, efter behov. Flera andra yrkeskategorier, bland annat sjukgymnaster, är också intresserade. VR används redan också för att träna läkares och kirurgers praktiska färdigheter. VR är bara ett verktyg, men det har stor potential, och vad man gör med det kan komma att spela stor roll.

6.7 VR- och onlineterapi i förhållande till Franks modell

Förhållandet mellan klient och terapeut har störst betydelse för utkomsten av terapin, menar Frank (1991 s xv). Hur påverkas då detta av VR och onlineterapi? VR ger bättre möjligheter att observera och mäta kroppsliga reaktioner hos patienten än traditionella former av terapi, och annorlunda möjligheter att interagera. Det finns flera olika sätt att utöva terapi med hjälp av VR; de sätt vi beskrivit i den här uppsatsen är bara några av dem. Bara fantasin och mjukvaran sätter gränserna och möjligheterna har bara börjat utforskas. Frågan om hur VR kan påverka förhållandet mellan klient och terapeut går utanför den här uppsatsens räckvidd, men det vore intressant att ta reda på mer om i ett framtida arbete.

De andra faktorerna Frank tar upp är miljön terapin utövas i, den teoretiska bakgrunden eller konceptet som förklarar klientens problem och hur man tar sig framåt, och en procedur som kräver aktivt deltagande från både klient och terapeut (Frank & Frank 1991 s 40). VR kan innebära stora skillnader i både miljön och proceduren, eftersom - återigen - bara fantasin och mjukvaran sätter gränserna för hur en virtuell miljö kan se ut och interageras med. Andra skillnader VR för med sig gällande miljön är att unika, egenproducerade miljöer man kan manipulera på olika sätt kan sparas för varje klient, och att det går att utöva terapi på stort avstånd medan man sitter i samma virtuella rum. Man kan specialanpassa det virtuella rummet efter varje individ. Detta kan innebära stora skillnader i hur patienter kan uttrycka sig med mer än bara ord. Det kan också innebära att patienter som annars inte skulle kunna eller våga söka sig

till terapi, har möjlighet till det med ett eget VR-headset hemifrån. Man kan ha gruppterapi med klienter från olika delar av landet, som delar samma typ av problem. Det kan även innebära att nya former av terapi kan utvecklas, och att existerande former kan vidareutvecklas.

Den teoretiska bakgrunden eller konceptet som terapin bygger på, kan utvecklas med hjälp av till exempel de biofeedbacksensorer som diskuteras i en del av empirin. Genom att mer precist kunna mäta klienters stressnivåer och andra faktorer, torde man också kunna vidareutveckla den teoretiska kunskapen om hur exempelvis stress eller smärta uppstår och påverkar människor. Det finns också stora möjligheter att använda VR för smärtlindring och mobilitetsträning, för att nämna bara två områden. Stora delar av världen har en åldrande befolkning, som lever längre än de flesta generationer som föregått dem. Kan dessa individer ha nytta av VR för att hålla sig fysiskt friskare och mentalt piggare, är mycket vunnet både för individen och samhället.

No form of therapy has ever been initiated without a claim that it had unique therapeutic advantages. And no form of therapy has ever been abandoned because of its failure to live up to these claims.

Frank & Frank 1991 s 42

VR har förutsättningar för att kunna användas på en mängd olika fördelaktiga sätt - men det är ett verktyg, inte ett trollspö. Mer forskning behövs för att kunna fastställa evidensbaserad utbildning på VR för terapeuter, så att de kan använda teknologin på bästa sätt. Terapi är också redan idag på sätt och vis en klassfråga. Har man råd kan man anlita en privattherapeut. Har man inte råd får man sitta i vårdkö länge innan man får ett mycket begränsat antal samtal med en terapeut man inte själv får välja - eller också får man bara medicin utan samtalsstöd. VR kan underlätta självbehandling för dem som är mottagliga för det, och även framöver göra det lättare att få virtuell tillgång till en terapeut eftersom ett virtuellt möte inte begränsas av geografiska avstånd - men det kräver också att man har tillgång till tekniken från

första början. Teknologin behöver bli mer tillgänglig för alla för att kunna användas till dess fulla potential.

7. Källförteckning

Andersson, Gerhard., Carlbring, Per. (2020). Kognitiv beteendeterapi. *Nationalencyklopedin*.
[<http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/kognitiv-beteendeterapi>] Hämtad 20210102

Andersson, Gerhard (2010) The promise and pitfalls of the internet for cognitive behavioral therapy. *BMC Medicine* 8:82 2010.
[<https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-8-82>] Hämtad 20210102

Boeldt, D., McMahon, E., McFaul, M., Greenleaf, W. (2019). Using Virtual Reality Exposure Therapy to Enhance Treatment of Anxiety Disorders: Identifying Areas of Clinical Adoption and Potential Obstacles. *Frontiers in psychiatry*,10:773.
[<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2019.00773/full>] Hämtad 20210102

Brahnam, Sheryl (2013) *Theory-Guided Virtual Reality Psychotherapies: Going beyond CBT-Based Approaches*. [https://www.researchgate.net/publication/299709266_Theory-Guided_Virtual_Reality_Psychotherapies_Going_beyond_CBT-Based_Approaches] Hämtad 20201123

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber

Clemmensen, Lars., Bouchard, Stéphanie., Rasmussen, Johan., Holmberg, Trine Theresa., Hyldig Nielsen, Jakob., Møllegaard Jepsen, Jens Richardt., Beck Lichtenstein, Mia (2020) Exposure in Virtual Reality for Social Anxiety Disorder - a randomized controlled superiority trial comparing cognitive behavioral therapy with virtual reality based exposure to cognitive behavioral therapy with in vivo exposure. *BMC Psychiatry*.
[<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-020-2453-4>] Hämtad 20201207

Craig, B, Allan., R. Sherman, William., D. Will, Jeffery. (2009)
Developing Virtual Reality Applications: Foundations of Effective Design.
Morgan Kaufmann, USA.

Darnall, D Beth., Krishnamurthy, Parthasarathy., Tsuei, Jeannette., Minor, D Jorge. (2020) Self-Administered Skills-Based Virtual Reality Intervention for Chronic Pain: Randomized Controlled Pilot Study. *JMIR formative research*. 4(7).

[https://formative.jmir.org/2020/7/e17293/?fbclid=IwAR1_dfkUsvaVe0Zs-9zEiXR9jX8ad7XHnUXi5HvIfNFwKdYrh35vXAn9hr8&utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=JMIR_Formative_Research_TrendMD_1] Hämtad 20210102

Donker, Tara., Cornelisz, Ilja., van Klaveren, Chris., van Straten, Annemieke., Carlbring, Per., Cuijpers, Pim., van Gelder, Jean-Louis. (2019) Effectiveness of Self-guided App-Based Virtual Reality Cognitive Behavior Therapy for Acrophobia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 76 (7): 682-690. [<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2728184>] Hämtad 20210102

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran (2011) Intervjuer. I G. Ahrne & P. Svensson (red) *Handbok i Kvalitativa Metoder*. Malmö: Liber

Falconer, Caroline., Davies, Bethan., Grist, Rebecca., Stallard, Paul (2019) Avatar-based virtual reality in CAMHS talking therapy: two exploratory case studies. *Child and Adolescent Mental Health* 24(3). [<https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/camh.12326>] Hämtad 20201208

Folkhälsomyndigheten (2020) *Vad är psykisk ohälsa*.

[<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>] Hämtad 20201217

Frank, J.D & Frank, J.B (1991) *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy*, 2nd edn. Baltimore: Johns Hopkins University

Freeman D., Reeve S., Robinson A., Ehlers A., Clark D., Spanlang B., Slater M (2017) Virtual reality in the assessment, understanding, and treatment of mental health disorders. *Psychological Medicine* 47(14). [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5964457/>] Hämtad 20201207

Gerardi, Maryrose., Cukor, Judith., Difede, JoAnn., Rizzo, Albert., Olasov Rothbaum, Barbara. (2010) Virtual Reality Exposure Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder and Other Anxiety Disorders. *Curr Psychiatry Report*. Vol 2, S. 298–305

[<https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-010-0128-4>] Hämtad 20210102

Glantz, K., Durlach, N. I., Barnett, R. C., & Aviles, W. A. (1997) ‘Virtual reality (VR) and psychotherapy: Opportunities and challenges’. *PRESENCE: Teleoperators & Virtual Environments*, 6(1), s. 87. [<https://www.mitpressjournals.org/doi/abs/10.1162/pres.1997.6.1.87>] Hämtad 20210102

Granstrand, Cecilia (2019) Övar bemötande i virtuell verklighet. *Dagens Samhälle*. 20 maj 2019. [<https://www.dagenssamhalle.se/nyhet/ovar-bemotande-i-virtuell-verklighet-27548>] Hämtad 201123.

Gregg, L., Tarrrier, N (2007) Virtual Reality in Mental Health: A Review of the Literature. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42(5), 343–354

[<https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-007-0173-4>] Hämtad 20210102

Herz, M, P.A. Rauschnabel (2019) Understanding the diffusion of virtual reality glasses: the role of media, fashion and technology. *Technological Forecasting and Social Change*. 138 (2019), s. 228-242. [<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0040162517315019>] Hämtad 20210102

Hoffman, Hunter G., Doctor, Jason N., Patterson, David R., Carrougher, Gretchen J., Furness, Thomas A (2000) Virtual Reality as an Adjunctive Pain Control During Burn Wound Care in Adolescent Patients. *Pain* 85, 305–309 [<https://mnclhd.health.nsw.gov.au/wp-content/uploads/virtual-reality.pdf>] Hämtad 20201123

Iannicelli, Anna Maria., Vito, Daniele., Dodaro, Concetta Anna., De Matteo, Pasquale., Nocerino, Rita., Sepe, Angela., Raia, Valeria (2019) Does virtual reality reduce pain in pediatric

patients? A systematic review. *Italian Journal of Pediatrics* 85.

[<https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-019-0757-0>] Hämtad 20201208

James, Drexler B (2019) A Different Touch: Virtual Reality Improves Social Work Education.

[<https://healthprofessions.ucf.edu/news/a-different-touch-virtual-reality-improves-social-work-education/>] Hämtad 20201123

Karolinska institutet MeSH (iå) *Virtual reality exposure therapy*

[<https://mesh.kib.ki.se/term/D063367/virtual-reality-exposure-therapy>] Hämtad 20201023

Lamson, R. (1994). Virtual therapy of anxiety disorders. *CyberEdge Journal*, 4(2), 6-8.

Laska, Kevin M., Gurman, Alan S., Wampold, Bruce (2014) Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy* 51(4)

[https://www.researchgate.net/publication/259497860_Expanding_the_Lens_of_Evidence-Based_Practice_in_Psychotherapy_A_Common_Factors_Perspective] Hämtad 20201123.

Lee, Sang Hoon., Han, Doug Hyun., Oh, Seman., Lyoo, In Kyoon., Lee, Young Sik., Renshaw, Perry., Lukas, Scott (2009) Quantitative Electroencephalographic (Qeeg) Correlates of Craving During Virtual Reality Therapy in Alcohol-Dependent Patients. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 91 [<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091305708002876>]

Hämtad 20201123

Lind, Rolf (2014) *Vidga Vetandet*. Lund: Studentlitteratur

Lindner, Philip., Miloff, Alexander., Zetterlund, Elin., Reuterskiöld, Lena., Andersson, Gerhard., Carlbring, Per (2018) Attitudes Toward and Familiarity With Virtual Reality Therapy Among Practicing Cognitive Behavior Therapists: A Cross-Sectional Survey Study in the Era of Consumer VR Platforms. *Frontiers in Psychology*.

[<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00176/full>] Hämtad 20201207

Park, K.-M., Ku, J., Choi, S.-H., et al (2011) A Virtual Reality Application in Role-Plays of Social Skills Training for Schizophrenia: A Randomized, Controlled Trial. *Psychiatry Research*

18, 166–172 [<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178111002848>]
Hämtad 20210102

Parsons, Thomas D., Rizzo, Albert A (2007) Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 39
[<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.003>] Hämtad 20210102

Pedram, Shiva., Palmisano, Stephen., Perez, Pascal., Murisc, Rebecca., Farrelly, Matthew (2020) Examining the potential of virtual reality to deliver remote rehabilitation. *Computers in Human Behavior* 105 [<https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106223>] Hämtad 20210118

Rennstam, Jens & Wästerfors, David (2011) Att analysera kvalitativt material. I G. Ahrne & P. Svensson (red) *Handbok i Kvalitativa Metoder*. Malmö: Liber

Riva, Giuseppe., Bacchetta, Monica., Baru, Margherita., Rinaldi, Silvia., Molinari, Enrico (1999) Virtual reality based experiential cognitive treatment of anorexia nervosa. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30 s. 221-230.
[<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000579169900018X>] Hämtad 20210102

Riva, Giuseppe., Wiederhold, Brenda K., Mantovani, Fabrizia. (2019) Neuroscience of Virtual Reality: From Virtual Exposure to Embodied Medicine. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 22(1). [<https://www.liebertpub.com/doi/pdfplus/10.1089/cyber.2017.29099.gri>]
Hämtad 20201207

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3) [<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>]
Hämtad 20201123

Rothbaum Olasov, Barbara., Hodges F., Larry., Kooper, Rob., Opdyke, Dan., Williford S, James., North, Max. (1995) Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia: A case report. *Behaviour therapy*, 26 (3), s 547-554.
[<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789405801005?via%3Dihub#>] Hämtad

20201207

Slater, Mel., Spanlang, Bernhard., V. Sanchez-Vives, Maria., Blanke, Olaf. (2010) First Person Experience of Body Transfer in Virtual Reality. *PLoS One*, 5 (5)

[<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0010564>] Hämtad 20210102

Sullivan, Ben (2019) Social workers are using VR to experience the lives of children in care. *The Big Issue*. [<https://www.bigissue.com/latest/social-workers-are-using-vr-to-experience-the-lives-of-children-in-care/>] Hämtad 20201123

Svensson, Peter & Ahrne Göran (2011) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I G. Ahrne & P. Svensson (red) *Handbok i Kvalitativa Metoder*. Malmö: Liber

Tashjian, VC., Mosadeghi, S., Howard, AR., Lopez, M., Dupuy, T., Reid, M., Martinez, B., Ahmed, S., Dailey, F., Robbins, K., Rosen, B., Fuller, G., Danovitch, I., IsHak, W., Spiegel, B (2017) Virtual Reality for Management of Pain in Hospitalized Patients: Results of a Controlled Trial. *JMIR Mental Health* 4(1). [<https://mental.jmir.org/2017/1/e9/>] Hämtad 20201208

Tracey, Terence (2003) Concept Mapping of Therapeutic Common Factors. *Psychotherapy Research* 13(4).

[https://www.researchgate.net/publication/245536619_Concept_Mapping_of_Therapeutic_Common_Factors] hämtad 20201123

Öst, Lars-Göran (2018) *KBT inom psykiatrin*. Natur och Kultur.

7.1 Empiriskt material

1. Lindqvist, Britt Skeppstedt (2019) Onlineterapi måste granskas. *Psykologtidningen*. 28 juni.

[<http://psykologtidningen.se/2019/06/28/onlineterapi-maste-granskas/>] Hämtad 20201218

2. Psykologförbundet (2020) Råd till dig som vill börja med online behandling.

Psykologförbundet. 4 April.

[<https://www.psykologforbundet.se/aktuella-fragor/covid-19/nyheter-covid-19/nyheter-covid-19/rad-till-dig-som-vill-borja-med-online-behandling/>] Hämtad 20201218

3. Vernmark, Kristofer., Kvarnlöf, Gref Ria., Eék, Niels., Djusberg, Sofia., Enander, Jesper., Sjöström, Emma. (2019) Onlineterapi här för att stanna. *Psykologtidningen*. 19 augusti

[<http://psykologtidningen.se/2019/08/19/onlineterapi-har-for-att-stanna/>] Hämtad 20201218

4. Winerman, Lea (2005) A virtual cure. *Monitor on Psychology*. American Psychological Association. Juli/Augusti. 36 (7). [<https://www.apa.org/monitor/julaug05/cure>] Hämtad 20201220

5. Örn, Peter (2017) Virtuellt verklighet i psykologins tjänst. *Psykologtidningen*.

[psykologtidningen.se/2017/11/08/virtuell-verklighet-i-psykologins-tjanst/] Hämtad 20201218

8. Bilaga 1

Intervjuguide.

Eftersom intervjuerna är semistrukturerade har olika intervjupersoner även fått lite olika följdfrågor utanför denna struktur.

- Utbildnings- och yrkesbakgrund?
- Vad har du för roll där du arbetar nu?
- Vilka behandlingsmetoder har du erfarenhet inom?
- Vad var det som gjorde dig intresserad av att jobba med VR-terapi?
- Vilken erfarenhet har du av VR?
- Hur många VR-behandlingar gör ni i förhållande till traditionella metoder?
- För vilka problem använder ni VR? Varför?
- Hur utmärker sig arbetet med VR-terapi från traditionell terapi, för utövarna? Finns det några särskilda fördelar, nackdelar eller utmaningar?
- Vilka möjligheter och begränsningar upplever du inom VR?
- Hur ser du på den ökande användningen av VR inom vården?
- Hur tror du att framtiden ser ut för VR-terapi i Sverige?
- Hur tror du att VR-behandlingar kan komma att utvecklas?
- Hur ser du på självbehandling med VR? Möjligheter/begränsningar, för- och nackdelar.
- Hur upplever du att patienterna/klienterna ställer sig till VR-terapi?
- Ser ni några skillnader i utkomst, klientnöjdhet eller behandlingstid i förhållande till traditionella metoder?
- Hur fungerar det med sekretess (till exempel i förhållande till företagen som tillverkar och äger VR-tekniken)?
- Har du något du vill tillägga?