

## Projekt IVIN

# Utveckling av internetbaserat stöd och behandling för personer med våld i relationer och risk för våld

Gerhard Andersson, Sandra Axelsson, Lise Bergman Nordgren, Victoria Bäcke,  
Jonna Engstrand, Tina Gustafsson, Hugo Hesser, Hanna Isaxon, Ulrika Jeppsson,  
Linda Malinen, Kjell Nordén, Maria Pollack, Dan Rosenqvist och George Vlaescu

Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings Universitet



Linköpings universitet



## Innehåll

IVIN-projektet .....	5
Sammanfattning.....	5
Bakgrund .....	5
METOD .....	6
Deltagare.....	6
<i>Rekrytering</i> .....	6
<i>Urval</i> .....	7
<i>Bortfall</i> .....	7
Mätinstrument.....	11
Internationell neuropsykiatrisk intervju för DSM-IV svensk version 6.0 .....	12
Patient Health Questionnaire-9 .....	12
Generalized Anxiety Disorder Screener .....	13
Revised Conflict Tactics Scales Short Form .....	13
Multidimensional Measure of Emotional Abuse .....	14
Dyadic Adjustment Scale.....	14
Aggression Questionnaire - revised swedish version .....	15
FREDA.....	16
Clinical Global Impression – Improvement .....	16
Om IVIN-behandlingen.....	16
Material.....	17
Design.....	17
Procedur.....	17
Samtycke .....	17
Randomisering .....	18
Behandlingsutförande.....	18
Behandlarstöd.....	18
Etiska aspekter .....	19
Risk för allvarligt fysiskt våld .....	19
Risk för suicidalitet.....	20
Risk för negativa reaktioner av exklusion .....	20
Risk för negativa reaktioner av att bli inkluderad i kontrollgrupp.....	20
Statistiska analyser.....	20
RESULTAT .....	21
Förmätning.....	21
Utfallsmått .....	21

Eftermätning .....	21
Clinical Global Impression – Improvement .....	23
Behandlingsföljsamhet.....	23
Behandlingstid .....	24
Diskussion .....	24
SAMMANFATTANDE DISKUSSION.....	25
Referenser.....	25

# IVIN-projektet

IVIN-behandlingen är en del av ett kliniskt forskningsprojekt som har tillhandahållit kognitiv beteendeterapi (KBT), i ett väglett självhjälpsformat, via internet. Målgruppen för aktuell studie utgjordes av personer med självupplevda svårigheter att reglera ilska och aggressioner eller utagerande beteenden i en eller flera nära relationer. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer bör våldsutövare erbjudas stöd och hjälp att förändra sitt beteende med syfte att upphöra med utövande av våld. Det råder idag konsensus kring att mer forskning krävs för att optimera rådande behandlingsformer för personer som utövar våld i nära relationer. Det framstår därför som särskilt angeläget att utarbeta effektiva interventioner för denna patientgrupp, då det kan innebära stora vinster för såväl den enskilda individen som för samhället i stort. Projektet är en del av Socialstyrelsens nationella satsning för att minska våld i nära relationer och aktuell uppsats redogör för genomförande och utfall av IVIN-behandlingen. I projektet har Gerhard Andersson, Hugo Hesser, Ulrika Jeppsson, Jonna Engstrand, Sandra Axelsson, Tina Gustafsson, Victoria Bäcke, Maria Pollack, George Vlaescu, Dan Rosenqvist och Kjell Nordén ingått. Projektet har också bidragit till tre magisteruppsatser vid psykologprogrammet i Linköping.

## Sammanfattning

Våld i nära relationer är ett omfattande samhällsproblem med förödande konsekvenser. Det är angeläget att utarbeta effektiva behandlingsinsatser för denna målgrupp då det saknas evidensbaserad behandling för våldsutövare. Syftet med aktuell RCT-studie var att undersöka effekten av en internetbaserad kognitiv beteendeterapi för personer som upplever svårigheter att reglera ilska, aggression och utagerande beteenden i nära relationer. Sextiofem personer inkluderades och randomiserades till de två betingelserna behandlingsgrupp (n=32) och kontrollgrupp (n=33). Behandlingen bestod i åtta veckovisa textmoduler innehållande psykoedukation, krisstrategier, känsloreglering, kognitiva interventioner, kommunikationsfärdigheter, beteendeaktivering och återfallsprevention. Deltagarna hade veckovis kontakt med behandlare via ett slutet kontakthanteringsystem. Huvudutfallsmått var MMEA och CTS-2S. Resultaten visade signifikant förbättring för behandlingsgruppen jämfört med kontrollgruppen på samtliga utfallsmått gällande psykiskt och fysiskt våld samt aggressioner. Effekter uppmättes även vad gäller relationstillfredsställelse, nedstämdhet och ångestsymtom. Sammanfattningsvis visar resultaten att internetadministrerad KBT i ett väglett självhjälpsformat är effektivt för att minska psykiskt och fysiskt våld samt aggressioner i nära relationer såväl som depressions- och ångestsymtom, samt för att öka relationstillfredsställelse.

## Bakgrund

Våld i nära relationer är idag ett vanligt och ytterst kostsamt samhällsproblem. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer bör våldsutövare erbjudas stöd och hjälp att förändra sitt beteende i syfte att upphöra med våldsutövande. Kognitiv beteendeterapi för våld i nära relationer har hittills prövats med blandade och inkonsekventa resultat. Det råder idag konsensus kring att mer forskning krävs för att

optimera rådande behandlingsformer för personer som utövar våld i nära relationer. Det framstår därför som särskilt angeläget att utarbeta effektiva behandlingsmetoder för denna patientgrupp, då det kan innebära stora vinster för såväl den enskilda individen som för samhället i stort. KBT är i dagsläget en behandlingsmetod som visat god evidens för många olika psykiska problem, däribland, depression och ångest. KBT-behandling via internet har utarbetats och prövats i syfte att öka tillgängligheten av KBT, höja kostnadseffektiviteten samt nå ut till personer som inte skulle söka traditionell psykoterapi (Andersson, 2009), vilket verkar särskilt aktuellt för denna population. Lovande resultat stödjer det fortsatta användandet och utvecklandet av metoden. Internetadministrerad KBT för aktuell målgrupp har aldrig tidigare testats. Man har dock kunnat se att datorbaserade utbildningsprogram med relationsfokus har kunnat minska och även förebygga fysiskt och psykiskt våld i nära relationer (Braithwaite & Fincham, 2009; 2011; 2014). Det aktuella forskningsprojektet omfattar därför KBT-behandling för personer som upplever svårigheter med att hantera ilska, aggressioner och utagerande beteenden i en nära relation. Det övergripande syftet med denna studie är således att undersöka om formatet Internetadministrerad KBT kan vara en lämplig behandlingsform för att minska aggressioner, fysiskt och psykiskt våld, förbättra relationstillfredsställelse samt minska psykiska symptom som tenderar att samvariera med våldsutövande. Studien syftar också till att undersöka om en behandlingsgrupp signifikant förbättrades med avseende på ovanstående aspekter, jämfört med en kontrollgrupp. Utgångspunkt tas ur KBT-interventioner som tidigare visat statistiskt signifikant och klinisk effekt i samband med olika typer av svårigheter eller psykisk ohälsa. Följande frågeställning ligger till grund för aktuell undersökning - Har IVIN-behandlingen effekt i att minska upplevelsen av svårigheter med att hantera ilska, aggression och utagerande beteenden i nära relationer, öka relationstillfredsställelse samt minska symptom på ångest och depression?

## METOD

### Deltagare

#### *Rekrytering*

Studiens deltagare rekryterades genom annonsering via flera olika mediekanaler. Förutom annonser i en nationell dagstidning (Dagens Nyheter), kvällspress (Aftonbladet) och nätupplaga (Expressen) erhöll studien publicitet genom reportage på lokala tv-sändningar och riksnyheter, på flera radiokanaler samt på Linköpings universitets hemsida. Flyers och informationsblad skickades ut via e-post till flera av landets mansmottagningar och kriscentrum vars patientgrupp utgörs av personer som utövat våld i hemmet. Även sociala medier såsom Facebook och Instagram användes för att sprida information om projektet. All annonsering hänvisade intressenter till projektets hemsida <http://ivin.iterapi.se> där mer detaljerad information om inklusions- och exklusionkriterier, våld i nära relationer, internetbaserad KBT, studiens tillvägagångssätt, ansvariga för projektet samt sekretess- och säkerhetsfrågor, kunde inhämtas. Via internetsidan studie.nu, som samlar pågående och kommande behandlingsstudier, kunde intresseanmälan till aktuell studie göras. Dessa personer hänvisades via e-post till IVIN-projektets egen hemsida.

Nästa steg i rekryteringsprocessen bestod av att anmäla intresse till deltagande på hemsidan och därefter fylla i kontaktuppgifter och förmätning (se Instrument). Alla intresseanmälda deltagare som fullföljt förmätningen kontaktades kort därefter för en telefonintervju med syfte att göra en klinisk- och diagnostisk bedömning av aktuell problematik. Intervjun bestod dels av, på förhand formulerade, frågor med relevans för deltagarens lämplighet att ingå i studien samt det strukturerade bedömningsinstrumentet M.I.N.I. (Sheehan et al., 1998). Ytterligare avsikt med telefonintervjun var att bedöma risk för allvarligt våld under behandlingsförloppet samt säkerställa uppfyllandet av inklusionskriterier (se avsnittet Urval). Under efterföljande remisskonferens behandlades samtliga anmälningar och beslut kring behandlingens lämplighet för varje deltagare togs av psykologkandidater involverade i telefonintervjuerna samt huvudansvarig för projektet (legitimerad psykolog och leg. psykoterapeut med KBT-kompetens). Alla deltagare kontaktades per telefon och fick med utgångspunkt i de uppsatta inklusions- och exklusionskriterierna besked om huruvida de kommit med i studien eller inte.

### *Urval*

Studiens undersökningsgrupp bestod av personer som enligt självskattningsformulär och intervju beskrev svårigheter med att reglera ilska, aggressioner och/eller utagerande beteenden i en eller flera nära relationer. Ytterligare inklusions- och exklusionskriterier formulerades med syfte att säkerställa deltagarnas förmåga att tillgodogöra sig behandlingen.

Följande kriterier formulerades för inklusion:

- upplever svårigheter med att reglera ilska, aggression eller utagerande beteenden i en nära relation
- mår dåligt över beteendena
- är minst 18 år
- har tillgång till en dator med internetuppkoppling
- kan tala, läsa och skriva svenska

Följande kriterier formulerades för exklusion:

- idag lever i en relation där det förekommer mycket allvarligt fysiskt våld
- lider av någon form av substansberoende, djup depression eller självmordstankar
- deltar i pågående psykologisk behandling
- tidigare dömts för våldsbrott i en nära relation
- har utsatt barn för våld

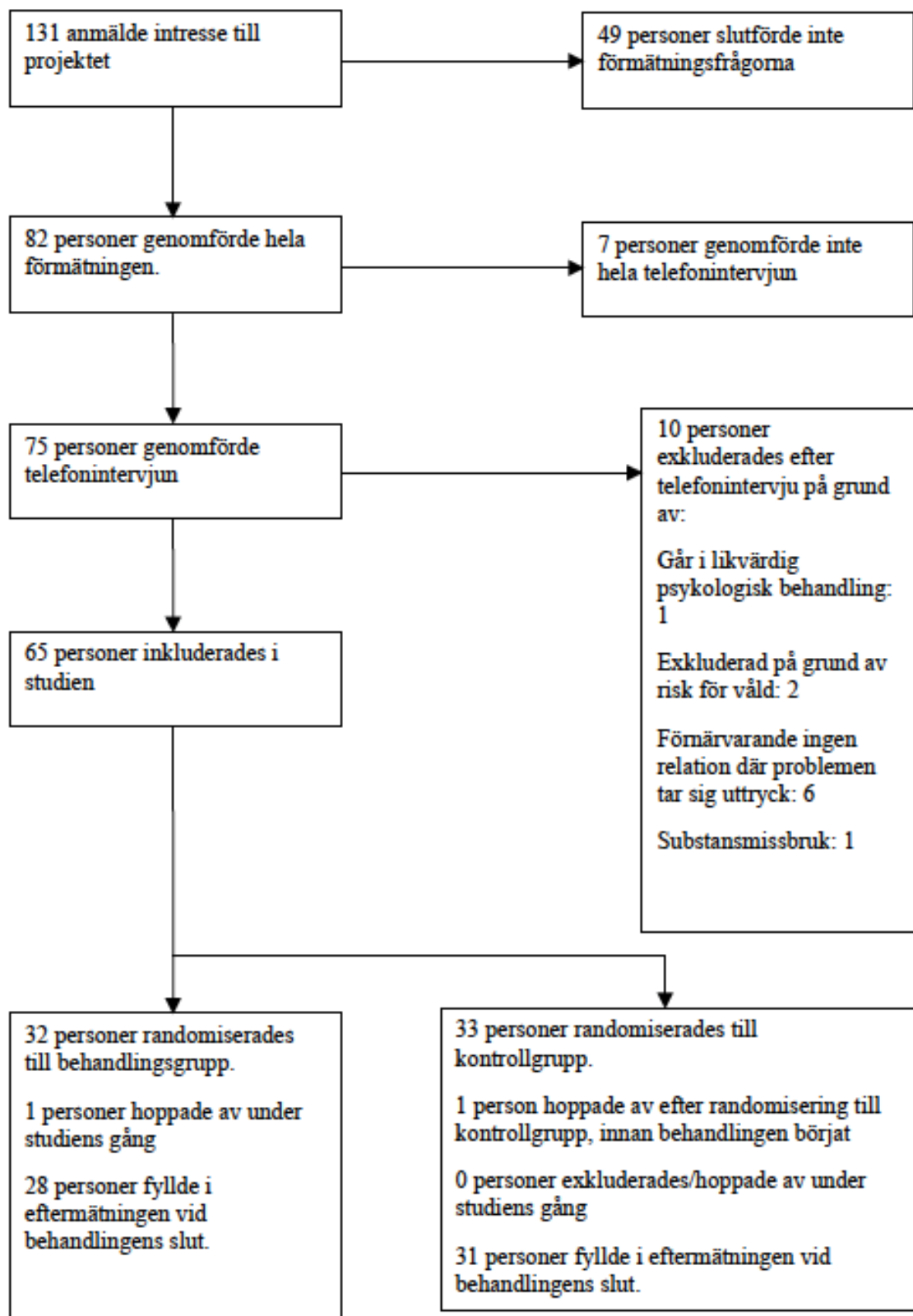
De var således ingen specifik diagnos som utgjorde beslutsunderlag för inklusion i studien utan snarare subjektivt självupplevda och självskattade svårigheter med att reglera ilska, aggression och utagerande beteenden i nära relationer. En klinisk bedömning över hur väl behandlingen ansågs kunna förändra aktuell problematik var i slutändan avgörande.

### *Bortfall*

Totalt var det 131 personer som registrerade sig på hemsidan, av dessa fullföljde 82 förmätningen. 75 personen genomförde hela telefonintervjun och under efterföljande remisskonferens togs beslut om att exkludera 10 av dessa. Det fanns flera orsaker till exklusion. Den vanligaste anledningen utgjordes av att det för tillfället inte fanns en

pågående relation som behandlingen kunde beröra och där problemen kunde mätas. Två personer exkluderades på grund av risk för utövande av allvarligt våld under behandlingsprocessen. En av de exkluderade gick i, eller skulle precis inleda annan psykologisk behandling och uteslöts därför. Ytterligare en person exkluderades på grund av allvarligt substansmissbruk. Såväl inkluderade som exkluderade personer kontaktades via telefon och informerades, om att de kommit med i studien eller inte, samt orsaken till detta. Av de 65 personer som återstod randomiserades deltagarna till antingen behandlingsgrupp eller kontrollgrupp (se Randomisering). 32 personer randomiserades till behandlingsgrupp och 33 till kontrollgrupp. För en detaljerad beskrivning av demografiska bakgrundsvariabler för deltagarna se Tabell 3: Demografisk beskrivning av deltagarna. 59 deltagare av de ursprungliga 65 svarade på eftermätningen, 31 i kontrollgrupp och 28 i behandlingsgrupp. Två personer meddelade avhopp. För grafisk presentation av urvalsprocessen och bortfall se Figur 5: Flödesschema.





Figur 5: Flödesschema.

Tabell 3

## Demografisk beskrivning av deltagarna

		<b>Behandling</b> (n=32)	<b>Kontroll</b> (n=33)	<b>Totalt (n=65)</b>	
<b>Ålder</b>	<i>Medelålder (SD)</i>	35.7 (7.3)	38 (10.7)	36.9 (9.2)	
	<i>Min-Max</i>	21-50	19-66	19-66	
<b>Kön</b>	<i>Kvinna</i>	20 (62.5 %)	17 (51.5 %)	37 (56.9 %)	
	<i>Man</i>	12 (37.5 %)	16 (48.5 %)	28 (43.1 %)	
<b>Civilstånd</b>	<i>Gift</i>	10 (31.3 %)	11 (33.3 %)	21 (32.3 %)	
	<i>Partner/Sambo/Särbo</i>	22 (68.8 %)	20 (60.6 %)	42 (64.6 %)	
	<i>Ensamstående</i>		2 (6.1 %)	2 (3.1 %)	
<b>Antal barn</b>	<i>Inga</i>	11 (34.4 %)	11 (33.3 %)	22 (33.8 %)	
	<i>1</i>	8 (25 %)	8 (24.2 %)	16 (24.6 %)	
	<i>2</i>	8 (25 %)	11 (33.3 %)	19 (29.2 %)	
	<i>3</i>	2 (6.3 %)	3 (9.1 %)	5 (7.7 %)	
	<i>Fler än 3</i>	3 (9.4 %)		3 (4.6 %)	
<b>Utbildningsnivå</b>	<i>Gymnasium eller lägre</i>	12 (37.5 %)	11 (33.3 %)	23 (35.4 %)	
	<i>Universitet eller högre</i>	20 (62.5 %)	22 (66.7 %)	42 (64.6 %)	
	<b>Sysselsättning</b>	<i>Arbetar/egen företagare/studerar</i>	29 (90.6%)	28 (84.8 %)	57 (87.6 %)
		<i>Arbetsökande</i>	1 (3.1 %)	2 (6.1 %)	3 (4.6 %)
		<i>Föräldraledig</i>	2 (6.3 %)	2 (6.1 %)	4 (6.2)
		<i>Sjukskriven/ sjukpensionär</i>		1 (3 %)	1 (1.5 %)
		<b>Sysselsättningsgrad</b>	<i>100 %</i>	24 (75 %)	25 (75.8 %)
<i>75 %</i>	5 (15.6 %)	6 (18.2 %)	11 (16.9 %)		
<i>50 %</i>	2 (6.3 %)		2 (3.1 %)		
<i>25 %</i>	1 (3.1 %)	1 (3 %)	2 (3.1 %)		
<i>0 %</i>		1 (3 %)	1 (1.5 %)		
<b>Ekonomisk situation</b>	<i>Mycket bra</i>	5 (15.6 %)	1 (3 %)	6 (9.2 %)	
	<i>Bra</i>	17 (53.1 %)	20 (60.6 %)	37 (56.9 %)	
	<i>Varken bra eller dålig</i>	7 (21.9 %)	11(33.3 %)	18 (27.7 %)	
	<i>Dålig</i>	3 (9.4 %)	1 (3 %)	4 (6.2 %)	
<b>Egen bedömning av allmänt hälsotillstånd</b>	<i>Mycket bra</i>	3 (9.4 %)	4 (12.1 %)	7 (10.8 %)	
	<i>Bra</i>	14 (43.8 %)	14 (42.4 %)	28 (43.1 %)	
	<i>Varken bra eller dålig</i>	8 (25 %)	10 (30.3 %)	18 (27.7 %)	
	<i>Dåligt</i>	7 (21.9 %)	5 (15.2 %)	12 (18.5 %)	
<b>Psykologisk behandling</b>	<i>Ja den pågår nu</i>	3 (9.4 %)	2 (6.1 %)	5 (7.7 %)	
	<i>Ja men den är avslutad</i>	17 (53.1 %)	18 (54.5 %)	35 (53.8 %)	

	<i>Nej</i>	12 (37.5 %)	13 (39.4 %)	25 (38.5 %)
<b>Mediciner</b>	<i>Ja äter sådan just nu</i>	3 (9.4 %)	2 (6.1 %)	5 (7.7 %)
	<i>Ja men inte just nu</i>	6 (18.8 %)	4 (12.1 %)	10 (15.4 %)
	<i>Nej</i>	23 (71.9 %)	27 (81.8 %)	50 (76.9 %)
<b>Antal tidigare förhållande där du haft problem med att hantera ilska, aggressioner eller utagerande beteenden</b>	<i>0</i>	12 (37.5 %)	16 (48.5 %)	28 (43.1 %)
	<i>1</i>	6 (18.8 %)	6 (18.2 %)	12 (18.5 %)
	<i>2</i>	7 (21.9 %)	7 (21.2 %)	14 (21.5 %)
	<i>3</i>	4 (12.5 %)	2 (6.1 %)	6 (9.2 %)
	<i>4</i>		1 (3 %)	1 (1.5 %)
	<i>5</i>	1 (3.1 %)		1 (1.5 %)
	<i>6</i>	1 (3.1 %)		1 (1.5 %)
	<i>10</i>		1 (3 %)	1 (1.5 %)
<b>Behärskar du talad och skriven svenska</b>	<i>Ja</i>	32 (100 %)	33 (100 %)	65 (100 %)
<b>Tillgång till internet</b>	<i>Ja</i>	32 (100 %)	33 (100 %)	65 (100 %)
<b>Datorvana</b>	<i>Mycket stor</i>	23 (71.9 %)	12 (36.4 %)	35 (53.8 %)
	<i>Stor</i>	6 (18.8 %)	15 (45.5 %)	21 (32.3 %)
	<i>Medelstor</i>	3 (9.4 %)	5 (15.2 %)	8 (12.3 %)
	<i>Liten</i>		1 (3 %)	1 (1.5 %)
<b>Förekomst av psykiatrisk diagnos</b>	<i>Depression</i>	4 (12.5 %)	6 (18.2 %)	10 (15.4 %)
	<i>Generaliserat ångestsyndrom</i>	3 (9.4 %)		3 (4.6 %)
	<i>Social fobi</i>	1 (3.1 %)	1 (3 %)	2 (3.1 %)
	<i>Tvångssyndrom</i>	2 (6.3 %)		2 (3.1 %)
	<i>Borderline personlighetsstörning</i>	4 (12.5 %)		4 (6.2 %)
	<i>Antisocial personlighetsstörning</i>	2 (6.3 %)		2 (3.1 %)
	<i>Alkoholmissbruk</i>		1 (3 %)	1 (1.5 %)
	<i>Alkoholberoende</i>	1 (3.1 %)	1 (3 %)	2 (3.1 %)
	<i>Substansmissbruk</i>		1 (3 %)	1 (1.5 %)
	<i>Substansberoende</i>		1 (3 %)	1 (1.5 %)

## Mätinstrument

I syfte att studera behandlingens effekt på ilska, aggressioner och utagerande beteenden användes ett antal självadministrerade självskattningsformulär som samtliga deltagare fick

fylla i såväl före som efter behandling. Inledningsvis gjordes även en strukturerad intervju, M.I.N.I. vilken finns beskriven nedan. Denna administrerades endast före behandlingen i kliniskt bedömnings syfte. Även de formulär som ligger till grund för utfallet av IVIN-behandlingen redogörs i närmre detalj i kommande stycken. Varje instrument valdes noggrant ut med utgångspunkt i befintlig forskning vad gäller psykometriska egenskaper såsom intern konsistens, test-retestreliabilitet, sensitivitet och specificitet. Nedanstående mätinstrument valdes också ut med hänsyn till deras relevans för de aspekter som studien avsåg undersöka i form av ilska, aggressioner och olika former av våld med utgångspunkt i tidigare forskning som undersökt samma målgrupp (Prochazka & Ågren, 2001; Ro & Lawrence, 2007; Straus & Douglas, 2004). Då nedstämdhet och ångestrelaterade tillstånd i hög grad har visat sig samvariera med utövande av våld i nära relationer användes även två instrument som syftade till att mäta sådana symptom. Ytterligare självskattningsskalor administrerades vid förmätningen för att skapa en mer omfattande bild av varje deltagare och vidare motivera inklusion/exklusion samt för att ligga till grund för den prediktionsstudie och processtudie som genomfördes inom ramen för IVIN-projektet.

#### Internationell neuropsykiatrisk intervju för DSM-IV svensk version 6.0

Internationell neuropsykiatrisk intervju för DSM-IV (APA, 2000) svensk version 6.0 (M.I.N.I. 6.0) är en kortfattad strukturerad intervjuguide som utvecklades för att öka reliabiliteten vid bedömning av förekomst av psykiatriska diagnoser utifrån DSM-IV (Lecrubier et al., 1997). I M.I.N.I. delas frågorna in i avsnitt utifrån DSM-IVs Axial diagnoser, med två till fyra initiala frågor per diagnos. Om intervjupersonen svarar ja på dessa, följer ytterligare frågor kring den specifika diagnosen, annars fortsätter intervjun med nästa del. Eftersom frågorna i strukturerade diagnostiska intervjuer är kopplade till de diagnostiska kriterierna underlättar de bedömningen på ett reliabelt sätt till skillnad från öppna kliniska intervjuer. Studier har visat att M.I.N.I. har god validitet och reliabilitet samt kortare administreringstid jämfört med liknande instrument (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997). Man har även sett att patienter har varit positivt inställda till M.I.N.I. och dess förmåga att i tillräcklig omfattning fånga upp patientens symptom, utan att vara allt för långdragen (Pinninti, Madison, Musser & Rissmiller, 2003). M.I.N.I. användes därmed i aktuell studie med utgångspunkt i dess reliabilitet, korthet, att den är lättadministrerad och att patienter är positivt inställda till den. Intervjun administrerades via telefon. Syftet var att göra en klinisk bedömning av de personer som anmält sig till projektet för att klargöra förekomst av psykiatriska diagnoser, bedöma suicidrisk och vidare exkludera patienter med alltför omfattande problematik eller suicidrisk.

#### Patient Health Questionnaire-9

PHQ-9 är ett kortfattat och därmed lättillgängligt självskattningsformulär med utgångspunkt i de nio kriterier för egentlig depression som finns uppställda i DSM-IV (Kroenke et al., 2001). Med instruktionen "Under de senaste 2 veckorna, hur ofta har du besvärats av något av följande problem" besvaras varje fråga på en fyrgradig skala från "Inte alls" eller "Inga svårigheter" till "Nästan varje dag" eller "Stora svårigheter". En klinisk bedömning bör alltid

komplettera resultatet på PHQ-9, men poängen kan ge en indikation på symptomnivå av depression. Totalt kan man få 27 poäng varav 10-14 indikerar måttlig depression, 15-19 medelsvår depression och 20-27 poäng, svår depression och anger även subkliniska tröskelvärden under 10 poäng (Kroenke et al., 2001). De flesta patienter, närmre bestämt 88 %, med egentlig depression hade, i en undersökning, 10 poäng eller högre på PHQ-9 (Kroenke et al., 2001). Instrumentet har visat sig ha goda psykometriska egenskaper med hög intern reliabilitet ( $\alpha = 0.86-0.89$ ) och test-retestreliabilitet ( $r = 0.84$ ) med hänsyn till symptomnivå av depression (Kroenke et al., 2001) och kan därmed antas besitta en hög sensitivitet för förändring över tid (Löwe et al., 2004). Dessa karakteristiska, samt dess korthet, gör PHQ-9 till ett lämpligt kliniskt diagnosinstrument men också ett praktiskt alternativ för att bedöma depression i forskning (Löwe et al., 2004). I aktuell studie har PHQ-9 använts som ett utfallsmått för att undersöka behandlingens effekt på depressionssymptom.

#### Generalized Anxiety Disorder Screener

Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) är en självskattningsskala som kan indikera förekomst av Generaliserat ångestsyndrom (GAD) och ger ett mått på ångestsymtom i kombination med en klinisk bedömning. Instrumentet innehåller 7 items som skattas på en fyrgradig likertskala, gällande de senaste två veckorna, från "inte alls" som ger noll poäng till "så gott som dagligen" vilket ger tre poäng. Maximal poäng är 21, där cutoff för mild GAD är 5 poäng, moderat är 10 och svår är 15 poäng. Vid screening för ångeststörningar rekommenderas ett cutoff-värde på 10 (Kertz, Bigda-Peyton & Bjorgvinsson, 2013). Instrumentet har visat god klinisk användbarhet och starka psykometriska egenskaper (Löwe et al., 2008). Det är lätt att fylla i, har hög intern konsistens ( $\alpha = 0.92$ ) och konvergent validitet med depression, ångest, stress och oro samt god känslighet för förändring ( $r = 0.83$ ) (Spitzer et al., 2006). På grundval av den evidens och de karakteristiska måttet visat, användes GAD-7 som utfallsmått i den aktuella studien med syfte att undersöka generaliserat ångestsyndrom och ångestsymtom samt behandlingens effekt på detta.

#### Revised Conflict Tactics Scales Short Form

Revised Conflict Tactics Scales Short Form (CTS-2S) är en skattningsskala som mäter våldsamma handlingar inom parförhållanden. CTS-2 består i originalversion av 78 frågor (Straus, Hamby, Boney-McCoy & Sugarman, 1996), men förekommer i en kortversion med 20 frågor (CTS-2S) som användes i den aktuella studien (Straus & Douglas, 2004). Skalan tar hänsyn både till testpersonen och dennes partners våldsutövande och ger därmed en helhetsbild av det våld som förekommer i relationen. Instrumentet delas in i fem delskalor, a) resonerande, b) psykisk aggression, c) fysiskt våld, d) sexuellt tvång och e) skador (Straus et al., 1996). Frågorna skattas på en sjugradigskala från "har aldrig hänt" till "mer än 20 gånger det senaste året". Skattningen ger en indikation på allvarlighetsgrad av våld i nära relationer enligt kategorierna "inget våld", "lindrigt våld" och "allvarligt våld". Skattningarna klassificeras som 0 om inget våld förekommit, 1 om lindrigt våld existerat, och 2 vid allvarligt våld. Grad av ömsesidighet vad gäller parterna i relationen ger en ömsesidighets-typologi där

paret klassificeras i tre (heteronormt benämnda) kategorier, endast mannen, endast kvinnan och gemensam aggressivitet. CTS-2 tar cirka 10-15 minuter att fylla i och kortversionen tar cirka 3 minuter (Straus & Douglas, 2004). Den interna reliabiliteten för CTS-2 har i studier varit hög ( $\alpha = 0.79-0.95$ ) och test-retestreliabiliteten var hög för större delen av formuläret, med undantag för delen sexuellt tvång (Straus et al., 1996). CTS-skalan är den mest utbredda skalan vad gäller våld i familjen och fler än 200 artiklar har publicerats med resultat som baserats på CTS2. I och med skalans utbredning och etablerade ställning i forskning, samt dess förmåga att mäta olika typer av våld, användes CTS2-s som huvudutfallsmått i aktuell studie, dock ändrades tidsangivelsen från "det senaste året" till "de senaste sex veckorna" för att passa studiens format.

#### Multidimensional Measure of Emotional Abuse

Multidimensional measure of emotional abuse (MMEA) är ett flerdimensionellt självskattningsformulär med fokus på emotionellt våld (Murphy & Hoover, 1999). Det består av 28 items uppdelat i fyra kategorier; "begränsande kontroll", "förminskning", "hotfull ignorans" samt kategorin "dominans/hot". Varje subskala har tagits fram genom en omfattande litteratursammanställning av de vanligaste formerna av emotionellt våld, baserat på beteenden och antaganden om dess emotionella konsekvenser (Murphy & Hoover, 1999).

I formuläret besvaras hur ofta en angiven företeelse har förekommit under de senaste 6 månaderna på en sjugradig frekvensskala (från 0 = aldrig till 6 = 20 gånger eller mer). Ett svarsalternativ ringas in med utgångspunkt i respondentens egna handlingar och ett alternativ ringas in med dennes partner i åtanke. Det finns två olika sätt att räkna samman poängen på MMEA. Den ena metoden innebär att tilldela 0 poäng om en företeelse aldrig har hänt och 1 poäng om det har hänt. Alternativet är att summera alla svar, som då kan sträcka sig från 0-168 poäng, där högre poäng indikerar högre nivåer av känslomässiga våldshandlingar. Formulärets psykometriska egenskaper har uppnått god kvalitet med en intern konsistens mellan  $\alpha = .77-.95$  (Gormley & Lopez, 2010; Murphy & Hoover 1999; Taft, Murphy, King, Musser & DeDeyn., 2003; Ro & Lawrence, 2007). Detta är dock endast med hänsyn till hela skalan då subskalorna har visat sig variera kraftigt med vissa korrelationer under .70 (Ro & Lawrence, 2007). MMEA utgjorde huvudutfallsmått i aktuell studie då förekomsten av emotionellt våld var mer frekvent än fysiskt våld. Formuläret översattes av forskargruppen, då svensk översättning och standardisering saknades. I såväl för- och eftermätning användes formuläret i sin helhet medan en förkortad version skapades för veckovisa mätningar. I den förkortade versionen valdes tio itempar ut med utgångspunkt i de mest frekventa emotionella våldshandlingarna enligt förmätningen med minst två item från varje subskala. Instruktionen ändrades också till att avse den senaste veckan istället för de senaste sex månaderna.

#### Dyadic Adjustment Scale

Dyadic Adjustment Scale (DAS) är ett av de mest använda självskattningsformulären och sägs mäta relationstillfredsställelse (Graham et al., 2006). Skalan består av 32 items och

delas in i fyra subskalor, a) dyadisk konsensus, i den mån den svarande håller med sin partner, b) dyadisk tillfredsställelse, den grad av tillfredsställelse den svarande känner inför sin partner, c) dyadisk samstämmighet, graden som den svarande och partnern deltar i gemensamma aktiviteter d) känslouttryck - den grad som den svarande håller med sin partner vad gäller känslouttryck. De olika frågorna i skalan skattas på varierande sätt (två-gradig skala, fyrgradig, femgradig, sexgradig och sjugradig likertskala) som räknas ihop för att ge en totalpoäng på mellan 0-151. Högre poäng innebär mer positiv relation (Graham et al., 2006). DAS har i en stor metaanalys visats ha god reliabilitet (Cronbachs  $\alpha = .58-.96$ ). Resultaten påverkades inte av urvalets civilstånd, etnicitet, sexuella läggning eller kön (Graham et al., 2006). 30 år efter att DAS skapades, fortsätter skalan att vara ett populärt och ofta använt redskap i forskning kring relationer (Graham et al., 2006). På grundval av detta användes DAS i den aktuella studien som utfallsmått.

#### Aggression Questionnaire - revised swedish version

AQ-RSV är den svenska standardiserade versionen av det amerikanska originalinstrumentet Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992). Genom 29 frågor syftar detta självskattningsformulär till att fånga övergripande karaktärsdrag av, samt mer tillfälliga tillstånd eller symptomatiska uttryck av aggression. Varje item tillhör en av fyra subskalor; fysisk aggression, verbal aggression, ilska och fientlighet (Buss & Perry, 1992). I den svenska versionen har den fem-gradiga likertskalan reducerats till fyra skalsteg från "stämmer inte alls" till "stämmer precis" (Prochazka & Ågren, 2001). På varje skala erhålls en summapoäng genom att lägga ihop svaren och tillsammans utgör summan för varje delskala en totalpoäng för hela formuläret. För hela skalan finns cut-off värden som klassificerar poängen i tre kategorier. "Normal aggression" ligger mellan 0-39 poäng, 40-68 poäng indikerar "förhöjd aggression" och ett antagande om "uttalad aggression" erhålls vid 69-87 poäng. Værøy (2013) menar dock att dessa gränsvärden är något för höga. I en studie erhöll nio av 16 fängelseintagna poäng inom normalspannet för aggression. Genom att sänka gränsen för normal aggression till 26 hade hela gruppen fängelseintagna fått poäng som indikerar "förhöjd aggression" och föreslås därmed vara ett bättre gränsvärde (Værøy, 2013). AQ-RSV når upp till samma psykometriska standard som originalversionen och har visat på betydande intern konsistens ( $\alpha = 0.85-0.89$ ) i linje med det amerikanska AQ (Prochazka & Ågren, 2001). Test-retestreliabiliteten har ännu inte undersökts i Sverige men för originalversionen fann man en korrelation på .80 vilket indikerar en adekvat stabilitet över tid för hela skalan (Buss & Perry, 1992). I såväl USA som i Sverige har man funnit signifikanta könsskillnader i normalpopulationen med hänsyn till aggression. I Sverige tenderar män få högre poäng på verbal och fysisk aggression samt total aggression medan kvinnor visar signifikant högre poäng på delskalan ilska (Prochazka & Ågren, 2001). Prochazka och Ågren (2001) menar att AQ-RSV med fördel kan användas i klinisk forskning kring aggression. I föreliggande studie har därmed AQ-RSV använts som utfallsmått med syfte att klargöra behandlingens effekt på övergripande karaktärsdrag samt uttryck av aggression.

## FREDA

FREDA är ett svenskt bedömningsinstrument för våld i nära relationer och innefattar flera självskattningsformulär för såväl utsatthet som utövande av våld. Materialet är utarbetat och framtaget av socialstyrelsen med syfte att identifiera och beskriva samt bedöma risk för utövande av våld (Socialstyrelsen, 2012). Formuläret "Freda beskrivning för våldsutövande" består av två skalor, en inledande skala för psykiskt våld och hot (41 item) samt en för fysiskt och sexuellt våld (25 item). På slutet tillkommer tre frågor som rör bland annat våld mot barn och husdjur. Frågorna är hämtade från en sammanställning av vetenskapligt beprövade internationella instrument såsom CTS-2, men med vissa tillägg. Formuläret besvaras med utgångspunkt i om personen utsatt en partner eller annan nära anhörig för en viss företeelse, under de senaste tre månaderna. Svarsskalan är tregradig med alternativen; aldrig, någon gång och upprepade gånger. Vid undersökning av test-retestreliabilitet fann man en korrelation på  $r=0.79$  (fysiskt och sexuellt våld) och  $r=0.69$  (psykiskt våld och hot). Socialstyrelsen (2012) redogör även för en intern konsistens på  $\alpha = 0.92-0.93$ . Samtliga psykometriska egenskaper har dock sin utgångspunkt i formuläret "Freda-beskrivning för våldsutsatta", med samma frågor som för förövare men med olika instruktioner och kan därmed endast med försiktighet även antas gälla formuläret för våldsförövare.

## Clinical Global Impression – Improvement

Clinical Global Impression – Improvement (CGI-I) är ett klinikeradministrerat bedömningsinstrument som används för att bedöma omfattningen av klinisk förändring efter en intervention jämfört med basline (utgångsvärdet). Klinikern uppskattar patientens förändring på en sju-gradig skala från "väldigt mycket försämrad" till "väldigt mycket förbättrad" (Guy, 1976). Instrumentets psykometriska egenskaper beskrivs enligt Berk et al (2008) som goda men med utgångspunkt i att det är en erfaren kliniker som administrerar instrumentet. Andra studier har dock inte kunnat bekräfta instrumentets validitet och reliabilitet (Forkmann et al., 2011). I aktuell studie gjordes denna bedömning vid avslutande telefonuppföljning. För att undvika en partisk uppskattning av förbättring var det inte patientens egen behandlare som gjorde bedömningen. Då CGI-I inte är diagnosberoende och då aktuell studie inte har sin utgångspunkt i diagnosförekomst, samt utifrån dess användning i liknande utfallsstudier ansågs CGI-I som ett lämpligt kompletterande utfallsmått.

## Om IVIN-behandlingen

IVIN är en internetadministrerad KBT-behandling som pågår under åtta veckor. Varje vecka innebär en ny textbaserad modul med inslag av psykoedukativa filmer. I behandlingen ingår även övningsuppgifter, hemuppgifter och kontakt samt uppföljning av hemuppgifter med en behandlare via ett slutet kontakthanteringssystem. Behandlingen riktar sig till personer som har svårigheter med ilska, aggressioner och utagerande beteenden. Utifrån det forskningsunderlag som presenterats ovan baseras alla moduler på KBT, där vissa är mer inspirerade av MI, ATV eller DBT. Modul 1 och 2 utgörs främst av MI-inspirerade och psykoedukativa inslag kring våld samt olika krisstrategier med syfte att bryta den omedelbara risken för våld. Successivt introduceras därefter känsloreglering och medveten närvaro i modul 3 och 4, hantering av tankar i modul 5 och kommunikationsfärdigheter i modul 6. Modul 7 och 8 rundar av behandlingen med repetition av de strategier som



introducerats genom behandlingen, beteendeaktivering och planering av vidmakthållande av det patienterna lärt sig under behandlingen samt planering av återfallsprevention.

### Material

IVIN-behandlingen använde sig av ett slutet kontakthanteringssystem där de textbaserade modulerna distribuerades. Via systemet sköttes även all rekrytering, för- och eftermätning, veckoskattning samt kontakt mellan patient och behandlare. För att kunna ta del av behandlingsinnehållet var deltagarna tvungna att ha tillgång till en dator med internetuppkoppling och en mobiltelefon som kunde ta emot sms. Behandlingen bestod av 8 moduler, och deltagarna arbetade med en modul med två-fyra tillhörande hemuppgifter, per vecka. Varje modul innehöll även övningsuppgifter som deltagarna kunde göra efter intresse och behov, men som inte var obligatoriska. Längden på modultexterna varierade mellan 15-23 A4-sidor.

### Design

Studien designades som en randomiserad kontrollerad studie, med en aktiv behandlingsgrupp och en kontrollgrupp. Behandlingsgruppen tilldelades internet-administrerad KBT-behandling, medan kontrollgruppen initialt stod på väntelista med tillgång till behandlarstöd, dock med avsaknad av de terapeutiska element KBT-behandlingen innebar. Båda grupperna fyllde i veckovisa självskattningsformulär. Kontrollgruppen fick tillgång till behandling efter det att behandlingsgruppens behandling avslutats. Rapporten avhandlar utfall kring förändring över tid, utifrån för- och eftermätningar, samt skillnader mellan den grupp som fick aktiv behandling och den grupp som stod på väntelista. Utfallsmåtten baserades dels på självskattningsformulär kring psykisk ohälsa, som mättes med PHQ-9, och GAD 7, och dels på självskattningsformulär kring våld och utagerande beteenden i nära relationer som mättes med Conflict tactics scale short form (CTS-2S), Multidimensional Measure of Emotional Abuse (MMEA) och FREDA samt Aggression questionnaire- revised Swedish version (AQ-RSV). För mått på relationens kvalitet och förändring över tid användes Dyadic adjustment scale (DAS). Oberoende variabel var grupptillhörighet (behandlingsgrupp/kontrollgrupp). Beroende variabel var deltagarnas skattningar på ovanstående utfallsmått vid eftermätning. Förmätning användes som kovariat.

### Procedur

Under rubriken *Rekrytering* beskrivs den initiala processen kring rekrytering, förmätning och inklusion/exklusions-process.

### Samtycke

De inkluderade deltagarna fick ge samtycke till behandlingen. Detta gjorde de genom att fylla i sitt namn och personnummer på hemskickade samtyckesblanketter och posta tillbaka dessa till institutionen för beteendevetenskap och lärande. Deltagarna fick ta del av

information kring att behandlingen var frivillig och att de kunde avbryta behandlingen när helst de så önskade.

### Randomisering

Behandlingsdeltagarna randomiserades till de två betingelserna, behandlingsgrupp och kontrollgrupp. Vid randomisering användes både hemsidan Random.org och randomization.com, då antalet inkluderade personer var ojämnt och randomisering behövdes göras i två steg. En utomstående oberoende person ombads att sköta randomiseringen. Därefter gjordes ett t-test för att säkerställa att de båda grupperna (behandlingsgrupp/kontrollgrupp) inte skiljde sig åt med avseende på den förmätning deltagarna fyllt i och därmed var likvärdiga. Efter randomiseringen gjordes ingen korrektion.

### Behandlingsutförande

De inkluderade deltagarna fick besked om behandlingsstart via telefon och tilldelades åtkomst till kontakthanteringssystemet. Majoriteten av kommunikationen mellan deltagare och behandlare sköttes via det krypterade internetbaserade kontakthanteringssystemet, där deltagarna loggade in med personliga inloggningskoder och sms-koder, en ny kod för varje inloggning. Detta för att hålla en hög nivå av säkerhet kring sekretessbelagt material. Via detta system skickades ett välkomstmail ut till samtliga deltagare, och behandlingsgruppen tilldelades den första modulen.

Efter det att deltagarna fått tillgång till den första modulen pågick behandlingen under åtta veckor och deltagarna arbetade med en modul per vecka. De deltagare som inte hade hållit det angivna arbetstempot vid behandlingens slut fick då tillgång till de resterande modulerna, vilket möjliggjorde vidare självständigt arbete. Under behandlingsperioden om åtta veckor uppmanades kontrollgruppen att logga in i kontakthanteringssystemet en gång per vecka för att svara på veckoskattningar. Kontakt med alla deltagare sköttes i det krypterade kontakthanteringssystemet, dock uppstod några tekniska problem med inloggning för vissa deltagare, som då kontaktades via en extern mailadress som skapats för projektet och även via telefon. Efter behandlingen avslutats kontaktades alla behandlingsdeltagare av en behandlare för att göra en avslutande intervju med frågor kring kvalitativa aspekter kring behandlingen. Denna behandlare hade deltagaren haft kontakt med tidigare. Alla deltagare fick även fylla i en eftermätning, samma självskattningsformulär som används vid förmätning. Kontrollgrupp kontaktades för en telefonintervju för att introducera behandlingsstart. Efter detta tilldelades kontrollgruppen samma behandling som behandlingsgruppen tagit del av.

### Behandlarstöd

Sex psykologstudenter, som genomgått grundläggande psykoterapiutbildning med KBT-inriktning var behandlare i studien. Under behandlingens gång fick behandlarna klinisk handledning vid behov, av en psykolog och en psykoterapeut med speciell kompetens inom området våld i nära relationer. Deltagarnas kontakt med behandlarna rörde främst veckovis återkoppling på hemuppgifter. Hemuppgifter handlade dels om frågor kring modultexterna, för att kontrollera att deltagarna kunde tillgodogöra sig materialet och dels av att registrera

praktiska uppgifter och färdigheter som de övat på under veckan, i syfte att generalisera den teoretiska kunskap de förvärvade. Kontakten mellan behandlare och deltagare bestod av att förstärka de framsteg som deltagarna gjorde och uppmana till ytterligare övning på färdigheter och strategier. Behandlarkontakten var individuellt anpassad efter deltagarnas önsknings och behov. Deltagarna var välkomna att höra av sig så ofta de önskade och fick svar inom 24 timmar under veckodagar och vid möjlighet under helgdagar. Regelbundet skickades påminnelser ut till de deltagare som ännu inte slutfört hemuppgifter eller skattningar i tid. Det var vanligt att deltagarna halkade efter i behandlingen och inte färdigställde sina hemuppgifter i tid. Detta bemöttes med validering kring de svårigheter det kan innebära att göra förändringar i sitt liv och att det tar tid och mycket träning att behärska nya färdigheter. Därutöver besvarades frågor och funderingar kring behandlingen. Löpande under behandlingsarbetet registrerades behandlarnas tidsåtgång fördelad på varje deltagare.

### Etiska aspekter

I linje med Lagen om etikprövning av forskning som avser människor (SFS, 2003:460) inleddes aktuellt projekt med att författa en etikansökan som skickades in till Regionala etikprövningsnämnden i Linköping för formell etikgranskning och godkännande. Ansökan utgjordes av forskningsetiska överväganden kring möjliga risker och komplikationer eventuellt deltagande skulle kunna innebära samt vidtagna åtgärder inför sådana eventuella risker. Potentiella vinster på såväl ett individplan som på samhällsnivå, utvärderades i relation till befintliga risker, med slutsatsen att nyttan med aktuell studie ansågs större än riskerna. Den information som deltagarna fick ta del av var också centralt för ansökan, med betoning på anonymitet, sekretess, frivillighet och möjlighet att när som helst avbryta deltagandet i studien. IVIN-projektet godkändes i februari 2014 och bedömdes därmed uppfylla rådande krav och etiska riktlinjer. Nedan redogörs för och diskuteras de risker som identifierades i etikansökan.

### Risk för allvarligt fysiskt våld

Eftersom upplevda svårigheter med att reglera ilska, aggression och utagerande beteenden utgjorde ett inklusionkriterium fanns risker för fortsatt använde av våld under studiens gång. Även om alla former av allvarligt fysiskt våld, föranledde exklusion kvarstod viss risk. En noggrann bedömning av aktuell risk gjordes därmed, med utgångspunkt i självskattningsformulär och telefonadministrerad intervju. Varje deltagare fick även ge ett muntligt löfte om att inte utöva allvarligt våld under de åtta veckorna som behandlingen varade. Anledningen till detta upplägg var att forskningsgruppen ej bedömdes kunna bära ansvar för, eller garantera deltagarnas och deras anhörigas säkerhet, då behandlingen genomfördes på distans. Ytterligare riskbedömning gjordes löpande av varje behandlare, som vid misstanke om utövande av allvarligt fysiskt våld, rådgjorde om fallet inom ramen för projektets kliniska handledning där beslut om åtgärder i så fall diskuterades. Inga sådana incidenter framkom dock under behandlingen.

### Risk för suicidalitet

Ytterligare en risk som identifierades var att deltagare med behov av specialiserad psykiatrisk vård kom att inkluderas. Genom en noggrann och detaljerad bedömning av psykiatriska diagnoser och suicidrisk samt allvarlighetsgrad av föreliggande sådana, ansågs denna risk minimeras. Beslutsunderlag för suicidrisk utgjordes av relevanta items på självskattningsformuläret PHQ-9 samt den strukturerade intervjun M.I.N.I. (Se mätinstrument). Vid misstanke om oklar etiologi eller suicidrisk uppmanades deltagaren söka annan och mer akut hjälp på hemorten. Om suicidrisk framkom under behandlingen kontaktades behandlingens huvudansvarige som då ingrep för åtgärder. Ingen deltagare exkluderades på grund av för hög suicidalitet, varken initialt eller under behandling.

### Risk för negativa reaktioner av exklusion

Negativa reaktioner hos deltagare som exkluderades hanterades genom att noggrant motivera utslutandet utifrån uppsatta inklusions- och exklusionskriterier. Dessa kriterier fanns beskrivna på projektets hemsida. Under telefonintervjun informerades deltagarna om beslutsprocessen, att intervjun inte garanterade en plats i studien och att det under kommande remisskonferens skulle göras en bedömning kring huruvida behandlingen ansågs kunna hjälpa aktuell problematik. Alla exkluderade deltagare kontaktades per telefon där det fanns utrymme för frågor om exklusionen. Deltagarna gavs också tydliga rekommendationer om vidare hjälp som bedömdes lämplig samt var och hur denna skulle kunna sökas och erhållas.

### Risk för negativa reaktioner av att bli inkluderad i kontrollgrupp

Samtliga deltagare fick information om studiens upplägg med randomisering till kontroll- respektive behandlingsgrupp på både hemsidan och under telefonintervjun. För att ytterligare minska negativa reaktioner vid inklusion i kontrollgrupp betonades deltagarens möjlighet att hålla kontinuerlig kontakt med projektet och en behandlare via hemsidans kontakthanteringssystem samt det faktum att behandlingen fortfarande var aktuell men med ett senare startdatum. Varje vecka skickades mail ut till samtliga deltagare i kontrollgrupp för att ge eventuell information samt påminna om återstående tid till start av behandling.

### Statistiska analyser

I aktuell studie har statistiska analyser av insamlade data utförts med hjälp av statistikprogrammet SPSS version 21. Inledningsvis undersöktes eventuella skillnader mellan kontroll och behandlingsgrupp vid förmätningen, med avseende på demografiska variabler, diagnoser och utfallsmått. Oberoende t-test och  $\chi^2$ -test användes för detta ändamål. Effekten av IVIN-behandlingen, det vill säga skillnader mellan grupperna vid utfallet, undersöktes med hjälp av kovariansanalys (ANCOVA) med gruppernas förmätning som kovariat. Vid randomiserade studier föreslås ANCOVA som en fördelaktig analysmetod med

hänsyn till bland annat power och förmåga att upptäcka skillnader (van Breukelen, 2006). Effektstorlekar beräknades med Cohens  $d$ , alltså den standardiserade medelvärdeskillnaden vid eftermätningen, där den poolade standardavvikelsen användes. För att vidare undersöka skillnader mellan grupperna på det klinikeradministrerade bedömningsinstrumentet CGI-I användes  $\chi^2$  test. Med syfte att undersöka om det fanns ett samband mellan behandlingsföljsamhet och utfall gjordes även en hierarkisk multipel regression med kontroll för förmätningen. Sex personer gjorde inte eftermätningarna och behandlades med complete cases analysis och exkluderades från de statistiska beräkningarna. Eftersom bortfallet var så pass litet förväntades detta inte påverka resultatet.

## RESULTAT

Resultatet i föreliggande studie tar sin utgångspunkt i förändringar på huvudutfallsmåtten CTS-2S, MMEA och utfallsmåtten PHQ-9, GAD-7, FREDA, DAS och AQ-RSV. Vid avslutad behandling gjordes en bedömning på samtliga deltagare utifrån CGI-I. I nedanstående stycken kommer resultatet på varje utfallsmått presenteras med medelvärden, standardavvikelser, resultat från ANCOVA och effektstorlekar, där det sistnämnda kommer redogöras för med Cohens  $d$ . För vald effektstorlek finns föreslagna riktlinjer vilka indikerar magnituden av den observerade effekten där  $d=0.20$  antas utgöra en liten effekt,  $d=0.50$  bedöms som medelstor och  $d=0.80$  motsvarar en stor effektstorlek (Cohen, 1988).

### Förmätning

För att undersöka eventuella skillnader mellan behandling och kontrollgrupp vid förmätningen genomfördes ett antal oberoende t-test och  $\chi^2$  test. Vad gäller demografiska variabler som ansågs relevanta för utfallet såsom kön, ålder och utbildningsnivå fanns inga signifikanta skillnader. Det fanns inte heller några signifikanta skillnader i diagnosförekomst mellan grupperna med undantag av borderline personlighetsstörning  $\chi^2(1) = 4.395$ ,  $p = .036$ . Oberoende t-test gjordes även för studera om det totala antalet diagnoser mellan grupperna skilde sig. Ingen signifikant skillnad med avseende på total diagnosförekomst förelåg. För en mer detaljerad bild av föreliggande diagnoser inom varje grupp se Tabell 4. Slutligen undersöktes eventuella skillnader mellan grupperna med utgångspunkt i samtliga utfallsmått (CTS-2S, MMEA, PHQ-9, GAD-7, DAS, FREDA och AQ-RSV). De oberoende t-testen indikerade ingen statistisk signifikant skillnad vid förmätningen mellan grupperna ( $p > .05$ ).

### Utfallsmått

Resultat beräknade på utfallsmått följer nedan. För detaljerad information kring medelvärden, standardavvikelser, resultat från ANCOVA-analyser och effektstorlekar se Tabell 4.

### Eftermätning

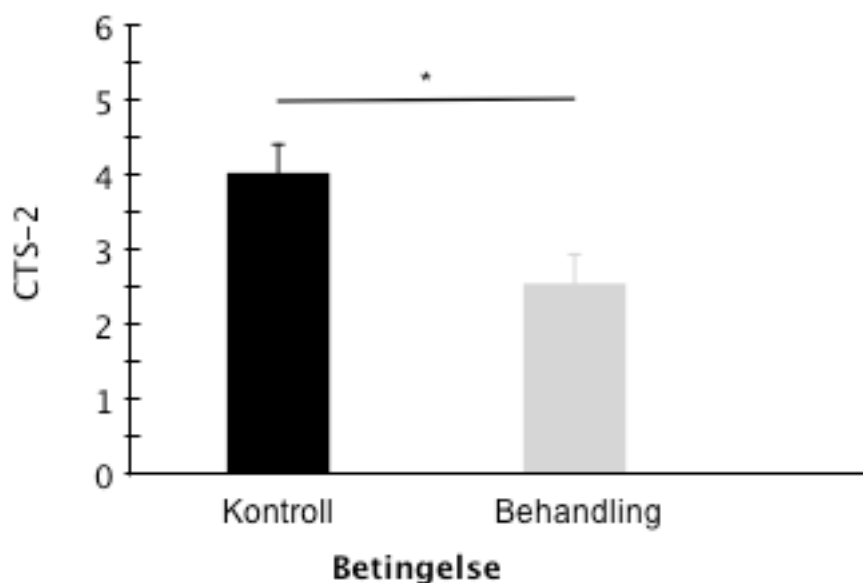
Samtliga utfallsmått gav signifikant effekt av grupp med kontroll för kovariatet förmätning genom beräkningar med ANCOVA där effektstorlekarna låg mellan  $d = 0.54$  och  $d = 0.77$ , för mer detaljerade resultat se Tabell 4.

Tabell 4

Medelvärde (standardavvikelse), effekt och effektstorlek för utfallsmått

Variabel	Behandling M (SD)	Kontroll M (SD)	ANCOVA $F(1,56)$	Effektstorlek ( $d$ )
MMEA	12.39 (11.7)	20.81 (14.18)	4.73*	0.64
CTS-2S	2.18 (1.8)	4.39 (3.55)	7.10*	0.77
PHQ-9	3.43 (3.11)	6.71 (5.43)	12.99**	0.73
GAD-7	3.64 (3.19)	5.71 (4.33)	9.54**	0.54
DAS	105 (18.26)	95.03 (18.64)	6.17*	0.54
FREDA	8.29 (5.66)	13.61 (8.81)	16.46***	0.71
AQ-RSV	25.93 (13.04)	32.54 (12.1)	8.46**	0.53

Anmärkning, analysen baserades på complete cases analysis ( $N = 59$ ) med analyser av variansen med förmättningsvärden som kovariat (ANCOVA).  $d$  = den standardiserade medelvärdeskillnaden vid eftermätning där den poolade standardavvikelsen användes. MMEA = Multidimensional Measure of Emotional Abuse; CTS-2S = Revised Conflict Tactics Scales Short Form; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder Screener; DAS = Dyadic Adjustment Scale; AQ-RSV = Aggression Questionnaire – revised Swedish version. \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$  | Figur 6 redovisas huvudutfallsmåttet CTS-2S, som redogör för skillnaden mellan kontrollgrupp och behandlingsgrupp med avseende på psykiskt och fysiskt våld.



Figur 6. Förmättningsjusterade medelvärden vid eftermätningen med standardfel för huvudutfallsmåttet CTS-2S som funktion av betingelse. \*  $p < .05$ .

### Clinical Global Impression – Improvement

De klinikeradministrerade skattningarna användes för att göra en jämförelse mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp i symptomförändring vid behandlingsslut. För att beräkna en eventuell skillnad mellan grupperna på CGI-I skapades två kategorier utifrån de ursprungliga sju, bestående av "mycket förbättrad" och "våldigt mycket förbättrad" sammanvägd till en kategori och resterande mått i ett kluster som betecknar "ej mycket förbättrad". Därefter beräknades skillnaden med hjälp av  $\chi^2$ -test vilket visade en signifikant skillnad ( $\chi^2(1) = 35.27$   $p < .001$ ) mellan grupperna. För en mer detaljerad bild av frekvensfördelningen på CGI-I se Tabell 5.

Tabell 5

#### CGI-I frekvenssammanställning

	<b>Behandling</b> (n=28)	<b>Kontroll</b> (n=30)	<b>Totalt</b> (n=58)
<b>Våldigt mycket försämrad</b>	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>Mycket försämrad</b>	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
<b>Lite försämrad</b>	0 (0 %)	1 (3.3 %)	1 (1.7 %)
<b>Oförändrad</b>	1 (3.6 %)	14 (46.7 %)	15 (25.9%)
<b>Lite förbättrad</b>	5 (17.9 %)	15 (50 %)	21 (36.2)
<b>Mycket förbättrad</b>	13 (46.4)	0 (0 %)	13 (22.4 %)
<b>Våldigt mycket förbättrad</b>	9 (32.1 %)	0 (0 %)	9 (15.5)

### Behandlingsföljsamhet

Med syfte att undersöka följsamhet till behandlingen, där följsamhet betecknas som personer som avslutat behandlingen (Hilvert-Bruce, Rossouw, Wong, Sunderland & Andrews, 2012), beräknades antal genomförda moduler i behandlingsgruppen under de åtta veckor som behandlingen avsåg. I genomsnitt fullföljde varje deltagare 5.5 moduler. Det var totalt 14 personer (43.7 %) som slutförde hela behandlingen, det vill säga samtliga åtta moduler med tillhörande hemuppgifter. 24 personer (75 %) gick igenom halva behandlingen eller mer. Fyra personer tog sig aldrig igenom första modulen och en av dessa meddelade aktivt avhopp. En analys som undersökte ett eventuellt samband mellan behandlingsföljsamhet och utfall, med kontroll för förmätningen visade att följsamhet inte bidrog signifikant till utfallet ( $p > .05$ ). För en detaljerad redogörelse av behandlingsföljsamhet, se Tabell 6.

Tabell 6

Redovisning av följsamhet i IVIN-behandlingen genom andel fullföljda moduler samt meddelade avhopp

	Antal moduler	(n=32)	Andel i %
<b>Behandlings- följsamhet</b>	<i>Ingen modul</i>	3	9.36
	<i>En modul</i>	3	9.36
	<i>Två moduler</i>	1	3.13
	<i>Tre moduler</i>	1	3.13
	<i>Fyra moduler</i>	2	6.25
	<i>Fem moduler</i>	2	6.25
	<i>Sex moduler</i>	4	12.5
	<i>Sju moduler</i>	2	6.25
	<i>Samtliga moduler</i>	14	43.75
	<i>Minst 50 %</i>	24	75
<i>Minst 75 %</i>	20	62.5	
<b>Avhopp</b>	<i>Meddelade avhopp</i>	1	3.1

### Behandlingstid

Den totala behandlingstiden för de åtta veckorna låg i genomsnitt på 225,5 minut per deltagare. Detta innebar vidare en genomsnittlig tid på cirka 28 minuter i veckan för varje deltagare. Ytterligare beräkningar visade att de sex behandlarna lade ner i genomsnitt 221 minuter totalt på var och en av sina patienter med en standardavvikelse på 116. Den behandlare som la ner minst tid hade en genomsnittlig behandlingstid på 13 minuter per patient och vecka och den som la ner mest tid hade en genomsnittlig behandlingstid på 34 minuter per patient och vecka.

### Diskussion

Aktuell studie undersökte effekten av en internetadministrerad kognitiv beteendeterapi i ett väglett självhjälpformat för personer med självupplevda svårigheter att reglera ilska, aggressioner och utagerande beteenden. Sammanfattningsvis pekar resultaten på signifikanta skillnader mellan behandlingsgrupp och kontrollgrupp på samtliga utfallsmått med avseende på psykiskt och fysiskt våld, aggressioner, relationstillfredsställelse, depressiva symtom samt ångestsymtom. Behandlingsgruppen hade alltså förbättrats signifikant i relation till kontrollgrupp efter interventionen med genomgående medelstora effektstorlekar ( $d = 0.53 - 0.77$ ). Den observerade signifikanta skillnaden på det klinikeradministrerade bedömningsinstrumentet CGI-I går i linje med ovanstående indikation på förbättring till behandlingsgruppens fördel.



## SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Det projekt som redovisas här har krävt mycket resurser men gav mycket goda resultat. Undersökningen följs upp och en implementering vid ATV (alternativ till våld) i Jönköping är på gång. Internetförmiddad KBT kan utgöra ett komplement till andra insatser för våldsutövare och uppdraget från Socialstyrelsen har inneburit att en helt unik ny behandling tagits fram.

### Referenser

- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 175–80.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT: Guidelines for use in primary care, 2nd edn. Geneva. Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_msd\\_msb\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf)
- Barazzone, N., Cavanagh, K., & Richards, D. A. (2012). Computerized cognitive behavioural therapy and the therapeutic alliance: A qualitative enquiry. *The British Journal of Clinical Psychology*, 51(4), 396–417.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, 11(1), 22–31.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2007). DUDIT manual svenska (Version 1.). Stockholm: Karolinska institutet, Institutionen för klinisk neurovetenskap. Sektionen för beroendeforskning.
- Berman, A.H., Wennberg, P. & Källmén, H. (2012). AUDIT & DUDIT: Identifiera problem med alkohol och droger. (1. uppl.) Stockholm: Gothia.
- Berk, M., Ng, F., Dodd, S., Callaly, T., Campbell, S., Bernardo, M., & Trauer, T. (2008). The validity of the CGI severity and improvement scales as measures of clinical effectiveness suitable for routine clinical use. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 979-983.
- Braithwaite, S. R., & Fincham, F. D. (2009). A randomized clinical trial of a computer based preventive intervention : Replication and extension of ePREP. *Journal of Family Psychology*, 23, 32–38.
- Braithwaite, S. R., & Fincham, F. D. (2011). Computer-based dissemination: A randomized clinical trial of ePREP using the actor partner interdependence model. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 126–31.
- Braithwaite, S. R., & Fincham, (2014). Computer-based prevention of intimate partner violence in marriage. *Behaviour Research and Therapy*, 54, 12-21.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452–459.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1997). Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory. Unpublished measure, University of California, Los Angeles.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Connors, A. D., Mills, J. F., & Gray, A. L. (2013). Intimate partner violence intervention for high-risk offenders. *Psychological Services, 10*, 12–23.
- Davis, S. M., Whitworth, J. D., & Rickett, K. (2009). What are the most practical primary care screens for post-traumatic stress disorder? *Clinical Inquiries, 58*, 100–1.
- Delgadoillo, J., Payne, S., Gilbody, S., Godfrey, C., Gore, S., Jessop, D., & Dale, V. (2012). Brief case finding tools for anxiety disorders: Validation of GAD-7 and GAD-2 in addictions treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 125*(1-2), 37–42.
- De Meneses-Gaya, C., Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. S. (2009). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology and Neuroscience, 2*(1), 83–97.
- Doss, B. D., & Christensen, A. (2006). Acceptance in romantic relationships: The frequency and acceptability of partner behavior inventory. *Psychological Assessment, 18*(3), 289–302.
- Forkmann, T., Scherer, A., Boecker, M., Pawelzik, M., Jostes, R., & Gauggel, S. (2011). The Clinical Global Impression Scale and the influence of patient or staff perspective on outcome. *BMC Psychiatry, 11*, 83-89.
- Freedy, J. R., Steenkamp, M. M., Magruder, K. M., Yeager, D. E., Zoller, J. S., Hueston, W. J., & Carek, P. J. (2010). Post-traumatic stress disorder screening test performance in civilian primary care. *Family Practice, 27*(6), 615–24.
- Gormley, B., & Lopez, F. G. (2010). Psychological abuse perpetration in college dating relationships: contributions of gender, stress, and adult attachment orientations. *Journal of Interpersonal Violence, 25*, 204–18.
- Graham, J.M., Liu, Y.J., & Jeziorski, J.L. (2006). The dyadic adjustment scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family, 68*, 701-717.
- Guy, W. (1976). Clinical Global Impressions. In W. Guy (Ed.), *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (s. 217-222). Rockville: NIMH.
- Hilvert-Bruce, Z., Rossouw, P. J., Wong, N., Sunderland, M., & Andrews, G. (2012). Adherence as a determinant of effectiveness of internet cognitive behavioural therapy for anxiety and depressive disorders. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 463–8.
- Kertz, S., Bigda-Peyton, J., & Bjorgvinsson, T. (2013). Validity of the generalized anxiety disorder scale in an acute psychiatric sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 20*, 456-464.
- Kriston, L., Hölzel, L., Weiser, A.-K., Berner, M. M, & Härter, M. (2008). Meta-analysis : Are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? *Annals of Internal Medicine, 149*, 879–88.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 606–613.
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals, 32*, 1–7.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care, 41*(11), 1284–92.
- Leclercq, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K., ... Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). A short

- diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224-231.
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46, 266–274.
- Löwe, B., Kroenke, K. Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: Sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders* 81, 61-66.
- Miller, W. R., & Johnson, R. J. (2008). A natural language screening measure for motivation to change. *Addictive Behaviours*, 33, 1177-1182.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motiverande samtal: Att hjälpa människor till förändring*. (3., rev. och utök. utg. [dvs 4 svenska utg.]). (C. -Å. Fabring, övers.) Stockholm: Natur & kultur. (originalarbete publicerat 2013).
- Musser, P, H. & Murphy, C, M. (2009). Motivational interviewing with perpetrators of intimate partner abuse. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 65, 1218-1231.
- Murphy, C. M., & Hoover, S. A. (1999). Measuring emotional abuse in dating relationships as a multifactorial construct. *Violence and Victims*, 14, 39–53.
- Pinninti, N.R., Madison, H., Musser, E., & Rissmiller, D. (2003). MINI International Neuropsychiatric Schedule: Clinical utility and patient acceptance. *European psychiatry*, 18, 361-364.
- Prochazka, H., & Ågren, H. (2001). Aggression in the general Swedish population, measured with a new self-rating inventory: The Aggression Questionnaire--revised Swedish version (AQ-RSV). *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 17–23.
- Ro, E., & Lawrence, E. (2007). Comparing three measures of psychological aggression: Psychometric properties and differentiation from negative communication. *Journal of Family Violence*, 22, 575–586.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption- II. *Addiction*, 88(6), 791–804.
- Sheehan, V. D., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Sinadinovic, K., Berman, A. H., Hasson, D., & Wennberg, P. (2010). Internet-based assessment and self-monitoring of problematic alcohol and drug use. *Addictive Behaviors*, 35(5), 464–70.
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård: Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). *Manual för FREDÅ: standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer (preliminär version)*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–7.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, ... & Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, 12, 232-241.
- Straus, M. A., & Douglas, E. M. (2004). A short form of the Revised Conflict Tactics Scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence and Victims*, 19, 507-520.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996) The Revised Conflict Tactics Scale (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283–316.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., King, D. W., Musser, P. H., & DeDeyn, J. M. (2003). Process and treatment adherence factors in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 812–820.
- Van Breukelen, G. J. P. (2006). ANCOVA versus change from baseline had more power in randomized studies and more bias in nonrandomized studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59, 920-925.
- Værøy, H. (2013). Aggression questionnaire scores in extremely violent male prisoners , male bodybuilders , and healthy non-violent men. *Open Journal of Psychiatry*, 3, 293–300.
- Vetenskapsrådet (2011). God forskningssed. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Voluse, A. C., Gioia, C. J., Sobell, L. C., Dum, M., Sobell, M. B., & Simco, E. R. (2012). Psychometric properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) with substance abusers in outpatient and residential treatment. *Addictive Behaviors*, 37(1), 36–41.
- Wennberg, P., Källmén, H., Hermansson, U., & Bergman, H. (2006). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Manual, svensk översättning (5:e utgåva.). Stockholm: Karolinska institutet. Retrieved from [http://www.kfsk.se/download/18.2eb7f7b2125205646208000341/AUDIT\\_svensk\\_manual\\_1\\_0.pdf](http://www.kfsk.se/download/18.2eb7f7b2125205646208000341/AUDIT_svensk_manual_1_0.pdf)