

Internetbaserad behandling inom allt fler diagnosområden

Under de senaste 15 åren har en intensiv forskning bedrivits kring internetbaserad psykologisk behandling och svenska forskare har i hög grad deltagit i utvecklingen. Här ger **Gerhard Andersson** och **Per Carlbring**, båda professorer i klinisk psykologi, en introduktion till internetbaserad psykologisk behandling och en bild av kunskapsläget just nu.

Internetbaserad psykologisk behandling utvecklades under senare delen av 1990-talet och har till stor del utgått från kognitiv beteendeterapi (KBT). Det finns flera olika former av internetbaserad behandling och i denna artikel beskriver vi vägledad självhjälp via internet.

Vägledad internetbehandling bygger på tidigare forskning kring vägledad självhjälp där behandling ges via textmaterial, och vägledning sker antingen via telefon eller fysiska träffar. När den-

na behandlingsform överförs till internet byter man ut böcker mot hemsidor och textfiler som kan laddas ned (Andersson, 2009). Stödet sker via "e-postkorrespondens" i ett slutet krypterat system snarare än via möten och telefonsamtal. Många har i dag en snabb och fast bredbandsuppkoppling vilket gör att internetbaserad KBT kan innehålla både ljud, bilder och filmer. De senaste 10 åren har även datasäkerheten skärps. Många system för internetbehandling liknar det

man stöter på när man ska betala sina räkningar på internet, det vill säga det krävs dubbel inloggning (inklusive engångslösenord via SMS) och ingen kommunikation mellan behandlare och klient sker utanför behandlingsplattformen. All datatrafik är krypterad liksom informationen i databaserna. Den modell vi har fastnat för i Sverige är således något som kan beskrivas som vägledad självhjälp via internet, där en identifierad behandlare ger stöd och vägledning under hela behandlingen.

Behandlingsinnehållet i programmen är i hög grad uppbyggt utifrån det som sker i evidensbaserad psykologisk behandling i ett vanligt behandlingsrum: manualiserade behandlingar som är avgränsade i längd och omfattning. Inte sällan baseras behandlingarna på tidigare självhjälpböcker inom KBT, men även andra psykoterapiinriktningar. En jämförelse kan vara nätbaserat lärande, eller att gå en distanskurs.

Liknar en forskningsstudie

Ett sätt att beskriva internetbaserad behandling är beskriva vad som kan hända för en deltagare i en forskningsstudie. Vi redovisar sedan de kliniska tillämpningarna som ibland kan skilja sig i viss mån. I en typisk forskningsstudie annonserar vi efter deltagare när väl undersökningen har granskats och godkänts av etikprövningsnämnden.

Låt oss för enkelhetens skull anta att det rör sig om en behandlingsstudie gällande depression. Deltagaren tar del av informationen rörande studien, anmäler därefter sig och ger informerat samtycke (en blankett skickas in via post då identifierande information inte ska finnas på nätet). Därefter får personen fylla i skattningsskalor som i detta fall kan röra depression, ångest, livskvalitet och en del andra aspekter som exempelvis sjukvårdshistorik och sjukvårdskonsumtion. Alla skattningsskalor fylls i via internet, vilket har visat sig möjligt utan förlust av de psykometriska aspekterna. Men självskattad ohälsa behöver kompletteras med en intervju eftersom svar på skattningsskalor inte fullt ut kan motsvara det man får fram i en semistrukturerad intervju. Dessutom finns det även aspekter som kan missas i skalorna.

När väl alla presumtiva deltagare intervjuats går vi igenom intervjuerna med medicinsk expertis tillgänglig ifall det rör sig om specialområden. De flesta av oss som forskar är psykologer samt psykologer och terapeuter under utbildning, och då kan kompletterande information behövas kring frågor gällande differentialdiag-

nostik och medicinering eller eventuell samtidig somatisk problematik. De deltagare som erbjuds plats i studien informeras därefter om detta och de som exkluderas får ett personligt brev med en rekommendation. De allra flesta som exkluderas går inte ens vidare till intervju, så det rör sig om ett fåtal som trots screening på nätet sedan inte visar sig vara lämpliga för studien.

Väl med i studien får deltagaren inloggningsuppgifter till det krypterade kontakthanteringssystemet och tilldelas även en behandlare som sedan följer deltagaren genom behandlingen. Behandlingen är sedan upplagd i avsnitt/moduler som motsvarar ungefär ett kapitel i en bok vad gäller informationsmängd.

Varje modul följs av hemuppgifter som skickas in via kontakthanteringssystemet. I depressionsfallet inleds behandlingen med psykoedukation, och de efterföljande modulerna rör beteendeaktivering, arbete med tankar samt andra inslag så som mindfulness och återfallsprevention. Totalt rör det sig ofta om 7-12 moduler, och behandlingstiden brukar vara mellan 8 till 15 veckor. Här bör det påpekas att behandlingsprogrammen ser lite olika ut. I en variant skraddarsyr vi exempelvis behandlingen utifrån klientens problematik och preferenser. I det fallet så är några moduler gemensamma, det vill säga alla går igenom inledningen och avslutningen. Men däremellan kan det se olika ut. Detta är en logisk utveckling med tanke på att klienter kan ha olika problem. För den som har sömnproblem blir det således bra att ta med moduler kring detta. För den som inte har dessa svårigheter vore detta emellertid omotiverat.

Behandlarstödet en viktig del

Behandlarstödet är ett viktigt inslag. Vi vet att det brukar ta ungefär 10-20 minuter per klient och vecka att ge vägledning. Kontakten med klienten sker asynkront, det vill säga man svarar inte i realtid. Detta gör det möjligt att kolla upp saker och eventuellt konsultera kollegor vid oklarheter. En viktig aspekt av internetbehandling är att klienter skiljer sig åt i hur mycket stöd de behöver. En del går igenom behandlingen utan några större problem och då behövs inte så mycket stöd. För andra kan det behövas en större insats med utvidgade förklaringar av behandlingsinnehållet.

Internetbehandling leder lätt till avhopp. Därför blir det viktigt att ha tydliga ramar för behandlingen och en deadline för avslut. Initialt såg vi stora avhopp i våra studier, men när vi började

”Viktigt med tydliga ramar och en deadline”





med inplanerade telefonuppföljningar minskade frekvensen och är nu inte större än de man ser i vanliga behandlingsstudier. Det är inte helt lätt att komma med i en studie och när man väl är med är vi tydliga med vad deltagandet innebär. Självfallet har man alltid rätt att hoppa av men i våra tidiga undersökningar såg vi att det sällan var på grund av missnöje man försvann. Det var snarare så att man glömde bort programmet eller hade för mycket annat att göra.

När väl behandlingstiden lider mot sitt slut ber vi deltagaren fylla i skattningsskalor på nytt och sedan intervjuas personen kring symtom och upplevelser av behandlingen.

Starkt forskningsstöd

Forskningsstödet för internetbaserad behandling är mycket omfattande, vilket sannolikt kan förklaras av att det är lättare att rekrytera deltagare via internet och att det går relativt enkelt att revidera behandlingsinnehållet. Utöver den forskning vi bedrivit här i Sverige, med randomiserade kontrollerade studier för flera olika problemområden, finns det en intensiv forskning i andra länder där särskilt Australien och Holland märks.

Inom det *psykiatriska området* har flera studier genomförts i Sverige (Hedman, Ljótsson, & Lindfors, 2012). Det finns exempelvis flera studier kring depression som visar att KBT via internet med behandlarstöd kan fungera lika bra som att träffa en behandlare. Även skraddarsydd internetbehandling har prövats med framgång för depression med samsjukliga besvär. En lite oväntad utveckling har varit att vi i Sverige även utvecklat och prövat psykodynamiskt inriktad internetbehandling för depression. I vår första studie fann vi starka effekter vilket talar för att internetbehandling även fungerar för andra behandlingsinriktningar än KBT, exempelvis psykodynamisk be-

handling (Johansson, et al. 2012). En annan intressant utveckling av internetbehandling är en studie där vi fann att återfall i depression kunde bromsas. Vi har även studerat långtidseffekter och jämfört internetbehandling mot gruppbehandling där vi även inkluderade en 3-årsuppföljning. I bägge fallen fann vi stöd för antagandet att behandlingen ger resultat även på lång sikt.

Utöver depression har vi även genomfört flera studier inom ångestområdet. Vi började med paniksyndrom och gick sedan vidare med

social ångeststörning, specifik fobi, generaliserad ångestsyndrom, hälsoångest, tvångssyndrom och posttraumatisk stress. I flera studier har vi även undersökt effekten av skraddarsydd internetbehandling vilket inte minst motiveras av den omfattande samsjukligheten mellan de olika ångeststörningarna. Vi har utöver detta jämfört internetbehandling med sedvanlig KBT, undersökt långtidseffekter samt prövat psykodynamisk internetbehandling för generaliserad ångestsyndrom. För social ångest har även effekter av uppmärksamhetsträning testats. Den sistnämnda studien kunde inte belägga att behandlingen var effektiv, det vill säga uppmärksamhetsträning var inte bättre än placebo. För vägledad internetbehandling är dock resultaten ofta goda och inte sällan erhålls lika bra resultat som när man träffar en terapeut. Vi har även kunnat visa att internetbehandling är ett kostnadseffektivt alternativ som sparar pengar för samhället, vilket praktiskt skulle kunna innebära att fler kan få vård med bibehållen budget.

Inom det *somatiska området* har omfattande forskning bedrivits av vår grupp. Det började med huvudvärk, vilket var den första internetstudien i Sverige. Vi gick sen vidare med tinnitus, insomni, smärta, erektil dysfunktion, hörselnedsättning, irritable bowel syndrome (IBS), inkontinens, sekundära psykologiska problem i samband med cancerdiagnos och några områden till där det pågår forskning. Av intresse kan vara att vi prövat acceptansinriktad KBT för tinnitus och funnit att även denna form tycks fungera via internet. Vad gäller jämförande studier finns det än så länge få publicerade, men i en tinnitusstudie fann vi att internetbehandling var lika effektiv som gruppbehandling för tinnitusbesvär.

Som säkert framgår i denna uppräkningsområden där vi i Sverige genomfört randomiserade kontrollerade studier så finns det omfattande stöd för att vägledad internetbehandling har god effekt. Men vi vet betydligt mindre om verkningsmekanismerna. Exempelvis finns det inte mycket som talar för att den terapeutiska alliansen har betydelse trots att den skattas högt av de som går igenom behandlingen. Vad gäller prediktorer för utfall är data spretiga. En stor andel av forskningen kring internetbehandling har varit kvantitativ. Det finns dock några kvalitativa studier där vi exempelvis i en publicerad studie kring upplevelser av depressionsbehandling fann att deltagarna kunde gå igenom programmet på olika sätt.

Mest förvånande var att det fanns en grupp som tycktes gå igenom hela programmet som

”Inte sällan erhålls lika bra resultat som när man träffar terapeuten”

”läsare”, vilka inte ändrade sina beteenden utan tog del av behandlingen mer passivt. Studien var viktig då den gav en kompletterande bild av vad som sker i internetbehandling.

Fungerar i ordinär vårdmiljö

De studier som omnämndes i förra avsnittet är nästan alla genomförda genom att vi annonserat efter deltagare. Detta brukar kallas för efficacy-studier. En fråga som då infinner sig är hur pass väl internetbehandling fungerar om man ger den i en mer ordinär vårdmiljö. I flera studier har vi testat detta. Den första gällde tinnitusbehandling som funnits som behandlingsalternativ i Uppsala sedan år 1999. I denna så kallade ”effectiveness-studie” fann vi minskade tinnitusbesvär. Tinnitusverksamheten i Uppsala är sannolikt världens första reguljära internetbehandling i sjukhusmiljö.

Några år senare satte enheten för internetpsykiatri igång (www.internetpsykiatri.se), vilket är en mer omfattande verksamhet som riktar sig mot patienter i Stockholm. Även denna verksamhet har publicerat data som visar att behandlingen fungerar i den kliniska miljön, exempelvis för paniksyndrom och social ångeststörning. Överlag finns det än så länge färre studier kring internetbehandling i reguljär vård, men data från internetpsykiatrien visar goda resultat vilka kommer att publiceras.

Framtida utvecklingsmöjligheter

Det finns självfallet kunskapsluckor vad gäller internetbehandling. Än så länge har mycket av forskningen gällt olika diagnosgrupper inom psykiatri och somatik, men det finns andra problemområden för vilka behandling behöver utvecklas. Vad gäller beroendeproblematik finns visserligen forskning kring spelberoende, men det finns mer kvar att göra vad gäller alkohol och narkotikaberoende där det än så länge inte finns så mycket svensk forskning vad gäller vägledad internetbehandling.

Ett andra område är behandling för personer som inte har svenska som modersmål. I vår grupp har vi översatt och prövat behandling för nedstämdhet på kurdiska och även genomfört studier i andra länder i samarbete med forskare där (Rumänien, Tyskland och Sydafrika).

Ett tredje område som vi nyligen börjat arbeta med är våldsutsatta personer. Här funderar vi i banor kring motiverande samtal via internet samt även behandling för personer som tidigare varit i en våldsam relation.

Forskningen om barn och ungdomar samt äld-

re personer är än så länge eftersatt. Preliminära internationella resultat talar för att behandlingen fungerar för barn och äldre. Det finns även en relaterad forskning som visar att föräldraträning kan förmedlas via internet.

Ett femte område där det föreligger kunskapsluckor gäller andra former av behandling än KBT. Det finns nu några studier kring andra behandlingsformer som exempelvis psykodynamisk terapi, men det är ännu få studier. Här kan det vara värt att påpeka att behandlingen för hörselhandikapp samt även studien kring inkontinens inte utgick från KBT.

En sjätte utmaning inför framtiden är att integrera internetbaserade bedömningar och behandlingar med sedvanliga terapeutiska insatser. Med andra ord förutspår vi att man i framtiden kommer att blanda nätbaserade och klinikbaserade insatser. Vi har nyligen utvecklat ett nätbaserat behandlingsstöd för KBT samt hörselrehabilitering. Programmet fungerar som stöd i behandlingen där exempelvis målformulering och kommande hemuppgifter finns med. Både klient och behandlare har tillgång till systemet. Detta kan hjälpa till med struktur i manualiserade behandlingar samt även underlätta uppföljningar. Än så länge har systemet bara prövats i en öppen pilotstudie med lovande resultat.

Slutsatser

Det är tydligt att internetbehandlingen kan fungera och även vara lika effektiv som när man träffar en behandlare. Men vi vet ännu inte vilka klienter internetbehandling passar för och det är främst textbaserade behandlingar som har prövats vilket begränsar generaliserbarheten. Vi kan även dra slutsatsen att internetbehandling fungerar för vuxna. Därför blir det en viktig uppgift inför framtiden att utvecklar behandling för barn och ungdomar. Äldre personer och de som inte har svenska som modersmål är andra grupper för vilka internetbehandling skulle kunna anpassas. ●

FÖRFATTARNA



Gerhard Andersson, professor i klinisk psykologi, Linköpings universitet och Karolinska institutet



Per Carlbring, professor i klinisk psykologi vid Stockholms universitet

REFERENSER

- Andersson, G. (2009). Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 175-180.
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindfors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 12, 745-764.
- Johansson, R., Ekbladh, S., Hebert, A., Lindström, M., Möller, S., Pettit, E., Poysti, S., Holmqvist-Larsson, M., Rousseau, A., Carlbring, P., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2012). Psychodynamic guided self-help for adult depression through the Internet: a randomised controlled trial. *PLoS ONE*, 7 (5), e38021.