

Översiktligt kunskapsunderlag inom området depression och ångestsyndrom

Nationella kompetensgruppen för internetbaserat stöd och behandling, juni 2018

Kognitiv beteendeterapi vid depression och ångestsyndrom

Kognitiv beteendeterapi (KBT) prioriteras högt i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom avseende behandling för lindrig till medelsvår egentlig depression, paniksyndrom, social fobi, tvångssyndrom, posttraumatiskt stressyndrom och i viss mån generaliserat ångestsyndrom (2). Andra behandlingsmodeller som Interpersonell terapi och tidsbegränsad psykodynamisk psykoterapi är också rekommenderade vid depression, men finns inte tillgängliga som internetfördelade program i reguljär vård och redovisas därför inte här.

Grundläggande inslag i KBT är utbildning om tillstånd och om hur tankar, känslor, beteenden och kroppsliga upplevelser samverkar med sammanhanget, samt ett strukturerat arbetssätt med hemuppgifter och återkoppling (3). Utöver detta ingår specifika kognitiva och beteendeorienterade interventioner som exponering, kartläggning och schemaläggning av aktiviteter, väglett upptäckande, reglering av anspänning, problemlösning samt kognitiv bearbetning/omstrukturering. KBT för barn och unga är på många sätt lik den för vuxna men innefattar anpassningar i språk och tid, tydligare förstärkare samt oftast engagemang av föräldrar (4). Genom grundläggande forskning har man utvecklat ett antal komponenter som ingår i behandlingsmodeller och program för specifika diagnoser (3, 4, 5). Evidensbasen för nationella riktlinjer baseras på vetenskapliga utvärderingar av dessa diagnosspecifika KBT-modeller (2).

Patienter har ofta depression och flera ångestsyndrom samtidigt vilket har medfört att man utvecklat transdiagnostiska KBT-modeller som använder samma behandlingsprinciper för alla tillstånden. Man har sett att diagnosspecifika program även kan vara verksamma på samsjukliga diagnoser, men att antalet diagnoser kan försämra effekten. För ångestsyndromen verkar de transdiagnostiska programmen kunna ha motsvarande effekt som diagnosspecifika program och snarare högre effekt om det finns flera diagnoser, men underlaget för direkta jämförelser är fortfarande ganska litet (6).

Några av de transdiagnostiska programmen räknas till den så kallade tredje vågens KBT, som Acceptance and Commitment Therapy (ACT) och Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT). Kärnkomponenter är ökad öppenhet gentemot upplevelser och att kunna inta en mer accepterande hållning till händelser i livet (7). Både ACT och MBCT använder sig av träning i medveten närvaro (mindfulness) som medel för dessa mål. I ACT läggs stor vikt på att öka förmågan till att flexibelt kunna styra sitt beteende utifrån sina värderingar istället för att låta beteenden styras av

upplevelsemässigt undvikande. Man arbetar också med tankar och inriktar sig på att uppnå så kallad defusion av tankar vilket innebär att personen når insikt om att tankar kommer och går och inte är absoluta sanningar. Några metaanalyser som jämfört ACT mot diagnosspecifik KBT har angett likvärdiga effekter, andra att effekterna skilt sig (7). Det finns trovärdigt stöd för att MBCT minskar risken för återfall i depression med 35-50 % hos patienter med tidigare flera depressionsepisoder och utan aktuell depression, men det är oklart om effekterna på återfall är jämförbara med KBT för depression (7). Enligt nationella riktlinjer ska Mindfulnessbaserad stressreduktion (MBSR) och MBCT endast användas vid akut, pågående depression eller ångestsyndrom inom ramen för forskning och utveckling (2).

Internetförmedlad behandling med kognitiv beteendeterapi

Internetförmedlad psykologisk behandling kan medföra nya möjligheter och alternativ för patienten. Behandlingen går att anpassa till när och var patienten kan genomföra behandlingen, och blir mer tillgänglig då behandlaren kan behandla fler patienter. Internetförmedlad behandling är vanligtvis strukturerad som ett självhjälpsprogram, och består oftast av 8-15 delprogram (moduler) som ges under flera veckors tid, oftast med regelbundet stöd av en behandlare via ett meddelandesystem i behandlingsplattform eller per telefon. Programmen innefattar vanligen samma modeller, diagnosspecifika eller transdiagnostiska, som KBT förmedlat ansikte-mot-ansikte. En tredje variant är individanpassade program där man väljer moduler utifrån patientens sammansatta problembild. Arbetsblad med övningar med återkoppling från behandlare är centrala inslag, förutom att ta del av text och ibland multimedia-inslag.

SBU utvärderade 2013 nytta och risk av internetförmedlad psykologisk behandling på kort och lång sikt vid ångest- och förstämningssyndrom för barn, ungdomar och vuxna genom en granskning av den vetenskapliga litteraturen (8). Man påpekade att de flesta studier jämfört enbart med väntelista som kontrollgrupp och hade kort uppföljningstid. I uppdateringen av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017 (2) tog man inte ställning till förmedlingssätt av KBT för vuxna eftersom utvecklingen går så fort. Däremot påpekades i raderna för behandling av barn och unga med depression och ångestsyndrom att rekommendationerna inte gällde internetförmedlad KBT. En uppdaterad systematisk översikt och metaanalys av jämförelser mellan internetbaserad och vanlig KBT hos vuxna publicerad 2018 kunde inkludera tre studier för social fobi, två för paniksyndrom och fem för depression (och 10 för andra tillstånd) (9). Översikten indikerade att internetförmedlad och vanlig KBT hade lika stora effekter. En översikt av långtidseffekter på mer än två år fann 14 studier (10 för ångestsyndrom och depression), varav alla utom en handlade om vuxna (10). Generellt höll sig effekterna goda och ibland förbättrade under uppföljningstiden på i snitt 3 år (mellan 2- 5 år). En aktuell utveckling är att kombinera vanlig KBT med internetförmedlade inslag, så kallade blandade behandlingar (blended). Blandade behandlingar har en rad fördelar men det är brist på studier som analyserar effektiviteten jämfört med den för rena förmedlingssätt (11).

Det vetenskapliga stödet för internetförmedlad behandling av barn och ungdomar är mer bristfälligt. En översikt publicerad 2016 kunde inkludera 24 studier som främst rörde ångestsyndrom men också en del kroppsliga problem (12). Man noterade måttligt höga effekter jämfört med väntelista och att internetförmedlade program kan anpassas för unga.

Sammanfattningsvis:

- Det finns visst stöd för att väglednad psykologisk behandling förmedlad via internet för vuxna med ångestsyndrom och depression är likvärdig motsvarande behandling via fysiska besök hos terapeut.
- Patienterna bör kunna ta eget ansvar, läsa och skriva, kunna hantera internet och vara motiverade till arbetssättet
- Internetförmedlad behandling till barn och ungdomar håller på att utvecklas med hittills otillräckligt vetenskapligt stöd.
- Uppföljning bör innefatta såväl positiva effekter på symtom och funktion som eventuella negativa effekter och upplevelser. Det finns ett nationellt kvalitetsregister, Svenska Internetbehandlingsregistret, som erbjuder standardiserad uppföljning och återkoppling vid behandling för vuxna och unga, <https://siber.registercentrum.se>

Referenser

1. SKL. Internetbaserade behandlingsprogram. Sammanställning av Mats Bäckarslöf februari 2015. Sveriges kommuner och landsting, 2015.
2. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2017. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-4>
3. Öst, L-G (red). KBT inom psykiatri. Andra reviderade utgåvan, 2013. Natur och Kultur, Stockholm.
4. Öst, L-G (red). KBT inom barn- och ungdomspsykiatri. Andra utgåvan, 2017. Natur och Kultur, Stockholm.
5. Roth, A & Pilling, S. Using an Evidence-Based Methodology to Identify the Competences Required to Deliver Effective Cognitive and Behavioural Therapy for Depression and Anxiety Disorders. Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2008;36:129-47.
6. Pearl, S & Norton P. Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. Journal of Anxiety Disorders 2017;46:11-24.
7. Dimidjian, S, Arch, J, Schneider, R, Desormeau, P, Felder J, Segal Z. Considering Meta-Analysis, Meaning, and Metaphor: A Systematic review and Critical Examination of “Third wave” Cognitive and Behavioral Therapies. Behavior Therapy 2016;47:886-905.
8. SBU. Internetförmedlad psykologisk behandling vid ångest- och förstämningssyndrom. sbu alert-rapport nr 2013-02 • 2013-08-28. www.sbu.se/alert.
9. Carlbring, P, Andersson, G, Cuijpers, P, Riper, H, Hedman-Lagerlöf, E. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. Cognitive Behaviour Therapy 2018;47:1:1-18.

10. Andersson, G, Rozenhal, A, Shafraan, R, Carlbring, P. Long-term effects of internet-supported cognitive behaviour therapy. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2018;18:1:21-28:DOI:10.1080/14737175.2018.1400381.
11. Erbe, D, Eichert, H, Riper, H, Ebert, D. Blending Face-to-face and Internet-Based Interventions for the Treatment of Mental Disorders in Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research* 2017;19(9):e306:DOI:10.2196/jmir.6588.
12. Vigerland, S, Lenhard, F, Bonnert, M, Lalouni, M, Hedman, E, Ahlen, J, Olén, O, Serlachius, E, Ljótsson, B. Internet-delivered cognitive behaviour therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology review* 2016;50:1-10.