

Terapi på internettet

Der er både muligheder og fordele ved internetbaseret terapi, fremgår det af denne artikel, som er en litteraturundersøgelse af internetbaseret terapi som behandlingsform.

Computer- eller internetbaseret selvhjælpsterapi – eller blot: internetbaseret terapi – er et nyt værktøj i behandling af personer med psykiske problemer.

I udlandet er en række internetbaserede terapiprogrammer, som tilbyder symptomlættelse og helbredelse, kommet på det kommercielle marked (1). I september 2006 barslede det engelske National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE, med en systematisk undersøgelse af nationale internetbaserede terapiprogrammer for depression og angst (2). Komiteen bag rapporten undersøgte materiale publiceret fra 1966 til marts 2004 og undersøgte i alt 20 relevante studier af fem internetbaserede terapiprogrammer i England.

Komiteen fandt, at der var evidens for, at internetbaseret kognitiv adfærdsterapi med visse programmer var lige så effektiv som terapeutbaseret kognitiv adfærdsterapi, og at internetbaseret terapi var mere effektiv end standardbehandlingen i det engelske sundhedssystem. Man fandt også, at internetbaseret terapi sparede ressourcer.

Komiteens generelle anbefaling var, at internetbaseret terapi burde indgå som mulighed i *stepped care*-behandlingsprogrammer. I rapportens konklusion ønskede komiteen dog flere velgennemførte undersøgelser (de så-

kaldte RCT-studier = randomized controlled trials) af, hvilken effekt og rolle internetbaseret terapi kunne have inden for stepped care.

Eksisterende undersøgelser

Foruden NICE-rapporten er der lavet to andre metastudier af terapiprogrammer på internettet. Den første reviewartikel har undersøgt RCT-studier af effekt hos internetbaserede terapiprogrammer samt disse programmets tilgængelighed og brugervenlighed på internettet.

Der blev identificeret i alt 24 RCT-studier som var udført for 16 forskellige internetbaserede terapiprogrammer (4 for depression, 4 for angst, 2 for alkoholmisbrug og 1 for henholdsvis skizofreni, stress, spiseforstyrrelse, søvnløshed, hovedpine og encopresis) (3; 4).

Fem af programmerne var gratis og frit tilgængeligt på nettet. Forfatterne rapporterede, at størstedelen af studierne af internetprogrammerne viste en signifikant forskel mellem interventionsgruppe og kontrolgruppe i behandlingseffekt, men forfatterne gav desværre ikke konkrete tal for studiernes effektmål.

Forfatternes ærinde var dernæst at se på brugervenligheden for de fem offentligt tilgængelige programmer og

heriblandt deres eget program Moodgym. Deres undersøgelse viste, at både patienter og klinikere savnede viden om og vejledning i, hvilke programmer der var dokumenteret virksomme for hvilken lidelse, og hvordan programmerne kunne bruges mest hensigtsmæssigt af patienterne (3; 4).

Den anden meta-analyse fandt 28 artikler, og heraf var 12 kvalificerede RCT-studier af internetbaseret kognitiv adfærdsterapi af depression og angst med i alt 2334 forsøgsdeltagere (5). Metaanalysen viste en moderat effekt af internetterapi på gennemsnitlig $d=0.6$ for alle studierne [1].

Ved opdeling af studierne i subgrupper fandt forfatterne, at behandlingen af angst (6 studier) viste en høj effekt ($d=0.96$), mens behandlingen af depression (5 studier) viste en lille ef-

[1] Effekt af terapi beregnes ud fra Cohens formel for effektstørrelse, $d = (\text{meanpræ} - \text{meanpost}) / \sqrt{(\text{SDpræ}^2 + \text{SDpost}^2) / 2}$. En effektstørrelse under 0,5 betragtes som lille, mellem 0,5 og 0,8 betragtes som moderate, og over 0,8 betragtes som høj.



fekt ($d=0.32$).

Ved eksklusion af outliers i depressionsstudierne blev heterogeniteten mindsket, men effektstørrelse i de tilbageblevne studier var fortsat lav. Derfor prøvede forfatterne en ny opdeling, der differentierede mellem studier med ren internetterapi, og studier, der inkluderede en form for hjælp eller støtte undervejs, og her fandt forskerne en markant forskel. Studier ($n=5$), hvor internetterapien var suppleret med støtte i form af e-mail, telefonkontakt eller "face to face"-kontakt undervejs, fremviste en effektstørrelse på 1.00, mens studier ($n=6$) uden nogen form for støtte kun udviste en effektstørrelse på 0.26.

Forfatterne konkluderede, at internetbaseret terapi er en lovende terapiform, men at store metodologiske forskelle på studierne i selektionskriterier, type af internetterapi, varighed af eller antal timer anvendt med internetterapi samt graden af støtte til internetterapien begrænsede gyldigheden og generaliserbarheden af metaanalysestudiet.

Behandlingskompliance

De omtalte metaanalysestudier over internetbaseret terapi har ikke berørt spørgsmålet om manglende behand-

lingskompliance. Inden for traditionel behandling har befolkningsundersøgelser i USA og Canada vist, at omkring 16-19 % af personer, der modtager behandling for mentale lidelser, falder fra undervejs (6). Andre store undersøgelser fra specialklinikker og psykiatriske centre har vist, at 30-40 % af patienterne aldrig møder op til deres første behandling (7; 8; 9).

Det er derfor relevant at vide, hvordan internetbaseret terapi appellerer til patienterne, og om det er en anden





► ► ► kategori af patienter, som henholdsvis fuldfører eller frafalder behandling. Tager vi fat på enkeltstudier over internetbaseret terapi med oplysninger omkring compliance, finder vi flere studier udført af forskergrupper omkring Christensen (Moodgym/Australien), Farvolden (the Panic Program/Canada) og Carlbring/Andersson (unavngivet program/Sverige) samt enkelte fritstående studier.

I studiet af Christensen et al. med 525 deltagere med depression eller angst frafaldt 25,3 % af den aktive internetbaseret behandling, mens kun 10,7 % frafaldt kontrolgruppen med placebo opmærksomhedstræning (10). På trods af denne forskel mente forfatterne, at compliance var høj hos deres internetbehandlede patienter, idet de henviser til en anden undersøgelse, som fandt et frafald på mellem 37 og 54 % hos patienter i fysiske problemløsnings- eller psykoedukative grupper. Christensen et al. pegede på, at den høje compliance kunne forklares med, at deres patienter var frivillige, og at de var veluddannede med gennemsnitlig 14,6 års (SD=2.4) skolegang (10).

Farvolden et al. undersøgte spontane brugeres compliance i internetbaseret terapi for angst (11). De fandt et meget pauvert resultat. Ud af 1161 spontane brugere fuldførte 13 % (152 brugere) tre sessioner, og kun 1 % (12 brugere) fuldførte samtlige 12 sessio-

ner i internetterapien. Farvolden et al. pegede på, at brugerne udskrev og anvendte en pdf-fil af terapiens sessioner frem for at være på internettet, og at dette kunne være en mulig forklaring på den lave compliance.

Studier af Carlbring et al. har fokuseret på compliance i internetbaseret terapi i forhold til forskellige grader af støtte undervejs. Det samme internetbaserede terapiprogram blev anvendt på patienter med samme diagnosegruppe (socialfobi), og den eneste variable, der blev ændret, var tilstedeværelsen af professionel støtte. Carlbring et al. fandt, at 38 % af patienterne frafaldt internetterapien uden støtte (12), mens kun 7 % af patienterne frafaldt den internetbaserede terapi, som var fulgt op med e-mail og ugentlige telefonstøtte (13). Carlbring et al. har udført samme undersøgelse på patientgrupper med panikangst og depression med tilsvarende resultater.

Tilsyneladende er rammerne for anvendelse af internetterapi meget væsentlig. I et tidligere studie af Christensen et al. blev der udført en sammenligning af behandlingseffekt hos spontane brugere og hos brugere, som var randomiseret til internetterapi. Ved start viste demografiske og kliniske data ingen signifikante forskelle mellem de to grupper, og begge grupper opnåede signifikant symptomreduktion for dem, der fuldførte. Men

data på compliance viste, at kun 15,6 % af de spontane brugere i forhold til 66 % af de randomiserede brugere fuldførte to eller flere moduler ud af terapiens i alt fem moduler (14).

En artikel af Eysenbach har diskuteret årsager til frafald blandt brugere af internetterapi. Eysenbach opstillede en række faktorer, og heriblandt pegede han på brugervenlighed af programmet som en væsentlig og naturlig faktor, men i lige så høj grad pegede han

på faktorer som feedback, påmindelse om deltagelse og personlig kontakt med en behandler (15).

De ovennævnte studier konkluderede samstemmigt, at internetbaseret terapi med en eller anden form for støtte kunne anbefales for at reducere frafald. Fremtidige studier bør undersøge de specifikke aktive elementer i internetterapi samt betydningen af non-specifikke faktorer i online-kontakt med en terapeut.

Stepped care

I Danmark lider anslået mellem 400.000 og 800.000 personer i Danmark af depression og angst, som den eksisterende kapacitet i primær og sekundær sundhedssektor ikke kan dække (16; 17).

Forskere, klinikere og sundhedsinstitutioner peger på stepped care som en billig og effektiv måde at imødekomme det stigende behov for kvalificeret behandling på (18; 19). Ideen i stepped care er meget enkel: Patienter skal tilbydes den mindst restriktive, men virksomme behandling først og skal ved manglende effekt kunne træde op i behandlingshierarkiet til mere intensive-komplekse behandlingsformer (20).

I kliniske studier eller metaanalysestudier har anvendelsen af stepped care for personer med angst og depression vist sig mere effektiv og med

et signifikant mindre frafald end sædvanlig behandling (19; 21; 22) og et temanummer af *Journal of consulting and clinical psychology* fra 2000 (20) er der fire artikler, som hver især anviste stepped care-forløb for henholdsvis GAD, panikangst, spiseforstyrrelse og alkoholmisbrug.

Med de gode effektresultater som internetbaseret terapi har vist, er der forbavsende få studier og artikler omkring internetbaseret terapi som del af et stepped care-program (20; 23-26). Det engelske National Institute for Health and Clinical Excellence anviser i deres stepped care-guidelines for depression og angst internetbaseret terapi som fuldgyldigt behandling (27).

I Danmark nedsatte Sundhedsstyrelsen i 2005 to udvalg til at udarbejde lignende referenceprogrammer for depression og angst. Disse er publiceret november 2007, og referenceprogrammet for angst finder evidens for at anbefale internetterapi. Referencepro-

grammet for depression glimrer ved dets fokus på medikamentel behandling og nedprioritering af evidensen for psykoterapi og andre former for behandling.

Hvad mangler der?

Der er evidens for, at internetbaseret terapi kan være lige så virkningsfuld som almindelige "face to face"-terapi, men der mangler undersøgelser fra kliniske populationer om, hvem der får optimalt udbytte af internetterapi, og hvem der får et mindre udbytte. Herunder en undersøgelse af, hvilke specifikke elementer og dynamiske processer i internetterapien der faciliterer brugerens arbejde med sine vanskeligheder.

Der mangler undersøgelser om årsager til svigtende behandlingskompliance, og hvilken slags støtte i internetterapien der bedst forebygger frafald. Ligeledes mangler der undersøgelser af, hvordan udformningen og anvend-

delsen af internetbaseret terapi kan blive en del af et stepped care-program, som både brugere og klinikere oplever som brugbart.

Endelig mangler der viden om juridiske, økonomiske og etiske aspekter ved at tilbyde behandling over internettet.

Brug for et videnscenter

Internetbaseret psykoterapi har vist at have signifikant behandlingseffekt (5), og der er flere forskere, klinikere og institutioner, der anbefaler internetbaseret psykoterapi som en del af et stepped care-program (18; 19). Erfaringer fra udlandet viser, at der er mange private udbydere af computerterapi, men at dette marked er tvivlsomt med hensyn til kvalitet, gennemskuelighed, etiske og juridiske vilkår.

Man kan forvente, at danske brugere af psykoterapeutiske ydelser vil løbe ind i lignende problemer. En nylig undersøgelse udført i flere EU-lande viste, at Danmark er det land, hvor



► ► ► brugen af internet ligger højest, og ud af 1000 adspurgte danskere anvendte 60 % nettet med sundhedsformål for øje. Af disse 1000 angav 20 %, at sundhedsrelaterede hjemmesider havde givet dem mod på at ændre kost- og andre livsstilsvaner, og 3 % angav, at de på baggrund af information på hjemmesider selv havde ændret deres medicinindtag uden at forhøre sig hos den praktiserende læge først (28).

En anden opgørelse viste, at brugen af e-mailkonsultation hos egen læge er hastigt stigende – på et år er det tredoblet fra ca. 62.000 i 2004 til 194.675 i 2005, og i perioden januar-august 2006

er der allerede foretaget 264.343 e-mailkonsultationer (28).

Det ville derfor være af stor betydning at få etableret et videnscenter, som kunne indsamle og formidle viden om mentale sundhedsydelse på internettet og sørge for, at brugere og udbydere af mentale sundhedsydelse (læger, psykologer, hospitaler, sundhedscentre, psykoterapeutiske centre) fik tilbudt effektdokumentation og etiske-juridiske standarder inden for internetbaseret psykoterapi.

Morten Fenger, cand.psych.

Psykoterapeutisk Center Stolpegård

Referencer

(1) Recupero P.R., Rainey S.E. Characteristics of e-therapy web sites. *J Clin Psychiatry* 2006; 67(9): 1435-1440.

(2) Kaltenthaler E., Brazier J., De Nigris E., Tumur I., Ferriter M., Beverley C. et al. Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety update: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess* 2006; 10(33): iii, xi-iii,168.

(3) Griffiths K., Farrer L., Christensen H. Clickety-click: e-mental health train on track. *Australas Psychiatry* 2007; 15(2): 100-108.

(4) Griffiths K.M., Christensen H. Review of randomised controlled trials of Internet



interventions for mental disorders and related conditions. *Clinical Psychologist* 2006; 10(1): 16-29.

(5) Spek V., Cuijpers P., Nyklicek I., Riper H., Keyzer J., Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007; 37(3): 319-328.

(6) Edlund M.J., Wang P.S., Berglund P.A., Katz S.J., Lin E., Kessler R.C. Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry* 2002; 159(5): 845-851.

(7) Issakidis C., Andrews G. Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic

for anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109(6): 426-433.

(8) Killaspy H., Banerjee S., King M., Lloyd M. Non-attendance at psychiatric outpatient clinics: communication and implications for primary care. *Br J Gen Pract* 1999; 49(448): 880-883.

(9) Lau M., Fenger M. Evaluering af psykoterapi af ikke-psykotiske tilstande. Upubliceret materiale. Psykoterapeutisk Center Stolpegård. 2007.

(10) Christensen H., Griffiths K.M., Jorm A.F. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328(7434): 265.

(11) Farvolden P., Denisoff E., Selby P., Bagby R.M., Rudy L. Usage and longitudinal effectiveness of a Web-based self-help cognitive behavioral therapy program for panic disorder. *J Med Internet Res* 2005; 7(1): e7.

(12) Andersson G., Carlbring P., Holmstrom A., Sparthar E., Furmark T., Nilsson-Ihrfelt E. et al. Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74(4): 677-686.

(13) Carlbring P., Gunnarsdottir M., Hedensjö L., Andersson G., Ekselius L., Furmark T. Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 123-128.

(14) Christensen H., Griffiths K.M., Korten A.E., Brittliffe K., Groves C. A comparison of changes in anxiety and depression symptoms of spontaneous users and trial participants of a cognitive behavior therapy website. *J Med Internet Res* 2004; 6(4): e46.

(15) Eysenbach G. The law of attrition. *J Med Internet Res* 2005; 7(1): e11.

(16) Amtsrådsforeningen. Rapport fra udvalg om forskning i psykiatrien. 2006.

(17) Christensen M., Albæk J., Ankjær-Jensen A. Undersøgelse af angstsygdomme. Et bidrag til den eksisterende viden om organiseringen af de behandlingstilbud, der gives til personer, der lider af angstsygdomme. 2007.

(18) Andrews G., Titov N. Changing the face of mental health care through needs-based planning. *Aust Health Rev* 2007; 31 Suppl 1: S122-S128.

(19) Hirai M., Clum G.A. A meta-analytic study of self-help interventions for anxiety problems. *Behav Ther* 2006; 37(2): 99-111.

(20) Haaga D.A. Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4): 547-548.

(21) Araya R., Rojas G., Fritsch R., Gaete J., Rojas M., Simon G. et al. Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361(9362): 995-1000.

(22) Barlow J.H., Ellard D.R., Hainsworth J.M., Jones F.R., Fisher A. A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111(4): 272-285.

(23) Bower P., Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *Narrative literature review. Br J Psychiatry* 2005; 186: 11-17.

(24) Davison G.C. Stepped care: doing more with less? *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(4): 580-585.

(25) Pull C.B. Self-help Internet interventions for mental disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006; 19(1): 50-53.

(26) Scogin F.R., Hanson A., Welsh D. Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *J Clin Psychol* 2003; 59(3): 341-349.

(27) National Institute for Health and Clinical Excellence. Computerised cognitive behavioral therapy for depression and anxiety: Guidance. 1-38. 2006. National Institute for Health and Clinical Excellence. Guidance. Ref Type: Report.

(28) Voss H., Ravn B.L. Danskernes brug af sundhedsydelser på internettet. *Ugeskrift for Læger* 2007 (169(24)): 2318-2321.

(29) sundhed.dk. Flere læger tilbyder e-ydelser. sundhed.dk. 2007. Electronic Citation.

