

Datoriserad terapi för ångeststörning bör prövas även för barn och unga

Kan ge bättre tillgänglighet till evidensbaserad behandling

SARAH VIGERLAND, doktorand, leg psykolog, Karolinska institutet, Stockholm
sarah.vigerland@ki.se

ULRIKA THULIN, PhD, leg psykolog, leg psykoterapeut, Stockholms universitet; båda Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholm

BRJÄNN LJÖTSSON, med dr, leg psykolog

LIV SVIRSKY, doktorand, leg psykolog, leg psykoterapeut; de båda sistnämnda Karolinska institutet, Stockholm

OLAV BENGTTSSON, divisionschef, leg läkare, specialist barn- och ungdomspsykiatri, Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholm

NILS LINDEFORS, professor, verksamhetschef, leg läkare, specialist barn- och ungdomspsykiatri, Psykiatri Sydväst; ansvarig för internetförmedlad KBT i Stockholms län

GERHARD ANDERSSON, professor, leg psykolog, leg psykoterapeut, Linköpings universitet; gästprofessor

EVA SERLACHIUS, med dr, överläkare, specialist barn- och ungdomspsykiatri, Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholm; de tre sistnämnda Karolinska institutet, Stockholm

Ångeststörningar drabbar mellan 5 och 10 procent av barn och ungdomar och är därmed bland de vanligaste psykiska problemen i denna grupp. Ångeststörningar innebär inte bara lidande och svårigheter på kort sikt utan ökar även risken för ångest, depression och psykosociala svårigheter i vuxen ålder [1, 2].

Kognitiv beteendeterapi (KBT) har visat sig vara en effektiv behandlingsform (med mätlig till stor effekt) för barn och ungdomar med ångeststörningar [3, 4] och rekommenderas av Socialstyrelsen [5]. Inom primär- och specialistvård råder det dock brist både på psykologer med KBT-kompetens och på tillräckliga resurser för att utföra de rekommenderade psykologiska behandlingarna [5].

Ett sätt att nå ut till fler personer och korta väntetiderna är att administrera behandlingen på ett effektivare sätt. För vuxna har man undersökt bl a datoriserad eller internetförmedlad behandling. Datoriserad behandling kan sägas vara en form av självhjälp med varierande grad av behandlarstöd. Trots att datoriserad behandling är ett relativt ungt forskningsområde, har behandlingen visat sig ha god effekt vid bl a ångeststörningar, depression och tinnitus hos vuxna [5-7]. Den rekommenderas som behandlingsmetod av Socialstyrelsen vid depression, social fobi och paniksyndrom [5].

I Sverige har internetförmedlad behandling för vuxna börjat användas inom både psykiatri och primärvård, tex på In-

»Datoriserad behandling kan sägas vara en form av självhjälp med varierande grad av behandlarstöd.«

ternetspsykiatrienheten på Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge [8].

Effektiv metod för vuxna – endast få studier bland barn

Det finns således gott stöd för att datoriserad behandling är en effektiv metod för vuxna och att den är möjlig att bedriva inom reguljär vård. För barn och ungdomar har däremot endast en del preventionsstudier och ett fåtal behandlingsstudier för depression och ångeststörningar genomförts [9]. Några studier har även gjorts på datoriserad behandling vid bl a huvudvärk och astma för barn [10]. Sammantaget är forskningen vad gäller datoriserad behandling för barn och ungdomar ännu i sin linda.

Syftet med denna artikel är att ge en översikt över forskningsläget vad gäller datoriserad behandling för barn och ungdomar med ångeststörningar och att definiera framtida forskningsfrågor.

Litteratursökning

En sökning gjordes i databaserna PubMed och PsycInfo på sökorden »computer or Internet or cd-rom« OCH »children or adolescents« OCH »anxiety or phobia« i titel eller abstrakt. Totalt 135 artiklar hittades. Artiklar som studerar effekten av en helt eller delvis datoriserad intervention som syftar till att behandla ångeststörningar hos deltagare mellan 0 och 18 år och som publicerats på engelska i en referentgranskad tidskrift inkluderades. Totalt nio artiklar motsvarade dessa inklusionskriterier. En manuell sökning i en artikel [9] och bland de inkluderade artiklarnas referenser genomfördes för att finna andra artiklar som uppfyllde kriterierna, och ytterligare en artikel inkluderades. Inga översiktsartiklar inkluderades och inga studier exkluderades på grund av metod eller deltagarantal.

Totalt inkluderades tio artiklar: sju beskrev randomiserade kontrollerade studier [11-17], tre artiklar var fallstudier med fem eller färre deltagare [18-20]. Åtta artiklar innehöll transdiagnostiska behandlingsprogram [12-18, 20], medan resterande två artiklar riktade sig mot specifik fobi [11, 19].

Nedan följer en kort genomgång av samtliga tio artiklar.

Översikt av studier

I en studie undersöktes effekten av datoriserad exponering vid spindelfobi (computer assisted vicarious exposure; CAVE) hos två barn (9 och 10 år) [16]. Interventionen bestod av att spindlar presenterades på en datorskärm under en timme vid

SAMMANFATTAT

Ångeststörningar är bland de vanligaste psykiska problemen hos barn och ungdomar. De evidensbaserade behandlingsmetoder som finns når dock inte alla som skulle kunna ha nytta av dem.

Datoriserad psykologisk behandling är en effektiv behandlingsmetod för vuxna, men mycket få studier har undersökt datoriserad behandling för barn.

Syftet med denna artikel är att ge en översikt över forskningsläget vad gäller datoriserad be-

handling för barn och ungdomar med ångeststörningar.

En genomsökning av två databaser genomfördes, och totalt hittades tio artiklar, varav sju randomiserade kontrollerade studier. Överlag är resultaten försiktigt positiva. Mer forskning behövs dock inom området.

Datoriserad behandling för barn skulle kunna öka tillgängligheten till evidensbaserad behandling och är en metod som bör utforskas även i Sverige.

ett tillfälle. Ingen effekt kunde uppmätas, vare sig med beteendetest eller med självskattning av ångest.

I ytterligare en behandlingsstudie undersöktes effekten av datoriserad exponering vid spindelfobi jämförd med terapeutledd exponering för teckningar av spindlar och med väntelista [11]. Behandlingarna bestod av tre sessioner som genomfördes var tredje till var fjärde dag. Deltagarna, 28 barn (10–17 år), randomiserades till någon av betingelserna. Resultatet av behandling med terapeut var statistiskt signifikant bättre än i både CAVE- och väntelistegruppen. Detta höll i sig vid uppföljningsmätningen en månad senare. Den skillnad som fanns mellan CAVE- och väntelistegruppen var inte statistiskt signifikant.

I en australisk studie jämfördes KBT i klinik (CLINIC) med samma behandling delvis administrerad via internet (CLIN-NET) och väntelista [14]. CLINIC bestod av tio gruppssessioner för barnen och sex föräldraträffar. För CLIN-NET-gruppen administrerades fem av barnens tio sessioner och tre av föräldrarnas sex sessioner via internet. Deltagarna, 72 barn (7–14 år) med ångeststörningar (generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi eller specifik fobi), randomiserades till någon av betingelserna.

Resultaten i både CLINIC-gruppen och CLIN-NET-grupperna var statistiskt signifikant bättre än i väntelistegruppen vid både efter- och uppföljningsmätning. Effekten för CLIN-NET- och CLINIC-grupperna jämfört med väntelistegruppen var stor för klinikerskattningarna och måttlig för föräldraskattningarna. Barnskattningarna visade obefintliga effektstorlekar för både CLIN-NET-gruppen och CLINIC-gruppen jämfört med väntelistegruppen. Ingen statistiskt signifikant skillnad fanns mellan CLINIC och CLIN-NET. Förbättringarna kvarstod till 12-månadersuppföljningen.

Samma forskargrupp beskrev i en senare studie hur de utvecklade den ovan nämnda behandlingen till att administreras helt via internet i form av programmet BRAVE Online [20]. Behandlingen innehöll tio sessioner för barn och sex sessioner för föräldrar samt behandlarstöd i form av regelbunden e-postkontakt och två telefonsamtal. I studien redovisas fallbeskrivningar av två barn (10 och 17 år) med ångeststörningar (separationsångest, specifik fobi och generaliserat ångestsyndrom respektive social fobi, specifik fobi och generaliserat ångestsyndrom).

Barnen förbättrades både på föräldra- och klinikerskattningarna mellan för- och uppföljningsmätning, men bara det ena barnet förbättrades på barnskattningarna. De förbättrade klinikerskattningarna gällde samtliga diagnoser. Den uppmätta förbättringen på föräldra- och klinikerskattningarna fortsatte att öka till 6-månadersuppföljningen.

BRAVE Online jämfördes senare med väntelista i en randomiserad kontrollerad studie [13]. Deltagarna, 73 barn (7–12 år) med ångeststörningar (generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi eller specifik fobi), randomiserades till någon av betingelserna. Vid eftermätningen fann man små till måttliga effektstorlekar vad gäller klinikerskattad ångest i behandlingsgruppen jämfört med väntelistegruppen. Föräldra- och barnskattningarna visade små till obefintliga effektstorlekar.

I en pilotstudie testades den CD-ROM-baserade KBT-behandlingen Cool Teens [18]. Cool Teens består av åtta sessioner för tonåringar och är en åldersanpassning av det sk Kids-programmet [21]. I behandlingen ingick telefonsamtal med terapeut varannan vecka. Fem ungdomar (14–16 år) med ångeststörningar (huvudsakligen generaliserat ångestsyndrom och separationsångest) genomgick programmet.

Behandlingseffekterna varierade: två ungdomar förbättrades, medan tre var oförändrade eller något försämrade på klinikerskattningarna. Tre ungdomar förbättrades på barn- och föräldraskattningarna mellan för- och eftermätningen, och vid uppföljningen tre månader senare hade ytterligare två ungdomar förbättrats på dessa skattningar.

I en randomiserad kontrollerad studie jämfördes det datoriserade KBT-behandlingsprogrammet Camp Cope-a-lot (CCAL) med terapeutledd behandling och en datoriserad kontrollbetingelse [12]. CCAL bestod av tolv sessioner och två föräldraträffar med en coach. Under programmets sista sex sessioner hade barnet behandlarstöd. De andra betingelserna bestod också av tolv sessioner. Deltagarna, 49 barn (7–13 år) med ångeststörningar (generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, separationsångest, social fobi eller specifik fobi), randomiserades till någon av betingelserna.

Vid eftermätningen visade både CCAL och behandling med terapeut statistiskt signifikant större förbättringar än kontrollgruppen med måttliga till stora effektstorlekar vad gäller klinikerskattningarna. Det fanns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna vad gäller barnskattningarna. Förbättringarna kvarstod vid uppföljningen efter tre månader. Ingen statistiskt signifikant skillnad fanns mellan dem som deltog i CCAL och dem som träffade en terapeut.

I en randomiserad kontrollerad pilotstudie jämfördes det CD-ROM-baserade KBT-behandlingsprogrammet Think, Feel, Do (TFD) med väntelista [15]. TFD bestod av sex sessioner och gick igenom tillsammans med sjuksköterska och lärare eller psykologassistent ungefär en gång i veckan. Deltagarna, 20 barn och ungdomar (11–16 år) med ångeststörningar (generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, social fobi eller specifik fobi) eller depression, randomiserades till någon av betingelserna. Vid eftermätningen visade kontrollgruppen statistiskt signifikanta förbättringar på tre subskalor i självskattningsformulären, medan TFD-gruppen visade statistiskt signifikanta förbättringar på sju subskalor.

BRAVE online (NET) jämfördes i en randomiserad kontrollerad studie med KBT i klinik (CLIN) och väntelista [16]. Deltagarna, 115 ungdomar (12–18 år) med ångeststörningar (generaliserat ångestsyndrom, separationsångest, social fobi eller specifik fobi), randomiserades till någon av betingelserna. Vid eftermätningen fann man stora inomgruppsliga effektstorlekar vad gäller barn-, föräldra- och klinikerskattad ångest för NET. Efter 12 månader var 68,2 procent i både NET-gruppen och CLIN-gruppen fria från sin primära ångestdiagnos. Effektstorleken var stor mellan NET-gruppen och väntelistegruppen och obefintlig mellan NET-gruppen och CLIN-gruppen vad gäller klinikerskattningen. För föräldra- och barnskattningarna var effekterna små mellan NET-gruppen och CLIN-gruppen, till förmån för CLIN, och obefintliga mellan NET-gruppen och väntelistegruppen.

I en randomiserad kontrollerad studie testades den CD-ROM-baserade KBT-behandlingen Cool Teens [17]. Deltagarna, 43 ungdomar (14–17 år) med en primär ångestdiagnos (generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, separationsångest, social fobi, specifik fobi, tvångssyndrom eller ångeststörning UNS), randomiserades till Cool Teens eller väntelista.

»Forskningen kring datoriserad behandling för barn och ungdomar är ännu i sin linda, men man kan redan nu se potentiella fördelar med metoden.«

Båda betingelserna varade över 12 veckor; i behandlingsgruppen ingick åtta telefonsamtal med antingen ungdomen eller föräldern. Vid eftermätningen fann man stora inomgruppslika effekter på samtliga variabler för behandlingsgruppen, förutom på en (självsfattning av ungdomarnas automatiska tankar) där effekten var måttlig. Skillnaderna i effekt mellan behandlingsgruppen och väntelistegruppen var stora för såväl barn- och föräldra- som klinikerskattningarna.

Sammantaget indikerar resultaten från dessa studier att datoriserad behandling kombinerad med behandlarstöd skulle kunna vara en lovande behandlingsmetod för barn och ungdomar med ångeststörningar. I de sju randomiserade kontrollerade studierna där effektstorlekar kunde beräknas gav klinikerskattningarna måttliga till stora effekter, vilket motsvarar vad som återfinns vid KBT-behandling för barn med ångeststörningar där barnet träffar en terapeut [22]. Effektstorlekarna beräknade utifrån barn- och föräldraskattningarna varierade däremot stort, från små till stora.

De senaste randomiserade kontrollerade studierna har visat måttlig till stor effekt på dessa mått. Det är dock för få studier gjorda för att man med säkerhet ska kunna uttala sig om huruvida datoriserad behandling är en bra metod för barn och ungdomar.

Kliniska implikationer

Forskningen kring datoriserad behandling för barn och ungdomar är ännu i sin linda, men man kan redan nu se potentiella fördelar med metoden. De största vinsterna med datoriserad behandling handlar om ökad tillgänglighet till evidensbaserad behandling och kortare väntetider samt att datoriserad behandling kan möjliggöra för familjer att ta del av behandling utan att behöva ta ledigt från arbete eller resa långa sträckor.

Många barn och ungdomar lider av ångeststörningar, men deras problem kvalificerar inte för specialistvård. Vem som har ansvaret för att behandla dessa patienter är oklart, och många primärvårdsmottagningar är inte tillräckligt rustade för att behandla psykisk ohälsa hos vuxna, än mindre hos barn. Datoriserad behandling skulle kunna vara ett sätt att ta emot och erbjuda insatser till dessa barn och ungdomar.

Ur ett samhällsperspektiv är kortare väntetider och högre tillgänglighet både en fråga om god vård och minskade kostnader. Datoriserad behandling skulle kunna göra att samma antal behandlare kan behandla fler patienter och därmed öka effektiviteten inom vården. Eftersom vi dessutom vet att ångeststörningar hos barn och ungdomar ökar risken för ångest, depression och psykosociala svårigheter i vuxen ålder, har vi mycket att vinna på att tidigt och framgångsrikt behandla ångeststörningar hos unga.

Framtida forskning

Innan metoden eventuellt implementeras är det dock viktigt att den utvärderas i klinisk miljö. Ett flertal studier visar att datoriserad behandling är en effektiv metod för vuxna, men mycket få studier har undersökt datoriserad behandling för barn. Fler randomiserade kontrollerade studier behöver genomföras för att utvärdera effekten av datoriserad behandling för barn och ungdomar med ångeststörningar.

Om datoriserad behandling för barn med ångeststörningar skulle visa sig vara en effektiv metod, är det angeläget att undersöka hur metoden bäst kan användas inom vården. Datoriserad behandling skulle kunna vara ett led i en modell för trappstegsvård (stepped care), administreras helt på distans för vissa barn och ungdomar eller vara en del i ett behandlingsprogram. Vad som är lämpligt kan påverkas av bl a hur mycket behandlarstöd som krävs eller om metoden lämpar sig särskilt väl för någon viss typ av problematik. Forskning krävs för att avgöra på vilket eller vilka sätt datoriserad behandling gör mest nytta inom offentlig vård.

Datoriserad psykologisk behandling för barn och ungdomar med ångeststörningar skulle kunna öka tillgängligheten till evidensbaserad behandling i Sverige och är en metod som bör undersökas vidare.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

LÄS MER Fullständig referenslista och engelsk sammanfattning Läkartidningen.se

KOMMENTERA denna artikel på Läkartidningen.se

REFERENSER

- Ginsburg GS, La Greca AM, Silverman WK. Social anxiety in children with anxiety disorders: Relation with social and emotional functioning. *J Abnorm Child Psychol.* 1998;26(3):175-85.
- Pine DS, Klein RG. Anxiety disorders. In: Rutter's child and adolescent psychiatry. Oxford: Blackwell Publishing; 2008. p. 628-47.
- James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(4):CD004690.
- Reger MA, Gahm GA. A meta-analysis of the effects of Internet- and computer-based cognitive-behavioral treatments for anxiety. *J Clin Psychol.* 2009;65(1):53-75.
- Kaldo V, Levin S, Widarsson J, et al. Internet versus group cognitive-behavioral treatment of distress associated with tinnitus: a randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2008;39(4):348-59.
- Internetpsykiatri.se. Behandling med kognitiv beteendeterapi. <http://www.internetpsykiatri.se>
- Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010;13(3):275-90.
- Stinson J, Wilson R, Gill N, et al. A systematic review of internet-based self-management interventions for youth with health conditions. *J Pediatr Psychol.* 2009;34(5):495-510.
- Dewis LM, Kirkby KC, Martin F, et al. Computer-aided vicarious exposure versus live graded exposure for spider phobia in children. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2001;32(1):17-27.
- Khanna MS, Kendall PC. Computer-assisted cognitive behavioral therapy for child anxiety: Results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* 2010;78(5):737-45.
- March S, Spence SH, Donovan CL. The efficacy of an internet-based cognitive-behavioral therapy intervention for child anxiety disorders. *J Pediatr Psychol.* 2009;34(5):474-87.
- Spence SH, Holmes JM, March S, et al. The feasibility and outcome of clinic plus internet delivery of cognitive-behavior therapy for childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74(3):614-21.
- Stallard P, Richardson T, Velleman S, et al. Computerized CBT (think, feel, do) for depression and anxiety in children and adolescents: outcomes and feedback from a pilot randomized controlled trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy.* 2011;39(3):273-84.
- Spence SH, Donovan CL, March S, et al. A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *J Consult Clin Psychol.* 2011;79(5):629-42.
- Wuthrich VM, Rapee RM, Cunningham MJ, et al. A randomized controlled trial of the Cool Teens CD-ROM computerized program for adolescent anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(3):261-70.
- Cunningham M, Wuthrich V, Rapee R, et al. The Cool Teens CD-ROM for anxiety disorders in adolescents - a pilot case series. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2008;18(2):125-9.
- Nelissen I, Muris P, Merckelbach H. Computerized exposure and in vivo exposure treatments of spider fear in children: Two case reports. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1995;26(2):153-6.
- Spence SH, Donovan CL, March S, et al. Online CBT in the treatment of child and adolescent anxiety disorders: Issues in the development of BRAVE-ONLINE and two case illustrations. *Behav Cogn Psychother.* 2008;36(4):411-30.
- Lyneham HJ, Schniering CA, Hudson JL, et al. The cool kids program - adolescent version. Sydney: Macquarie University Anxiety Research Unit; 2005.
- Compton SN, March JS, Brent D, et al. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(8):930-59.