



SELVHJÆLPSTERAPI PÅ INTERNETTET

Hvorfra stammer internetterapi, hvad går internetbaseret selvhjælpsterapi ud på, og hvilke fremtidige udfordringer kan denne terapiform være med til at løse?

Varm luft. Uden en terapeut virker det ikke. Det drejer sig blot om at spare penge og tilbyde surrogathjælp ...

Meningerne er mange om fænomenet *internetbaseret selvhjælpsterapi*, og nogle påstande kan skam være rigtige, mens andre er forkerte. Men ét er sandt, og det er, at det allestedsnærværende internet kommer til at overtage og organisere flere og flere samfunds- og interaktionsfunktioner: indkøb, social kontakt, vidensindsamling, underholdning, lægekonsultationer osv.

For at vi i behandlingsvæsenet kan yde kvalificeret hjælp, er det derfor nødvendigt, at vi er i stand til at forandre os, tænke nyt og måske ligefrem være på forkant med vores fremtidige patienters udfordringer, behov og ønsker.

Selvhjælpsbøger + telemedicin

Computer- eller internetbaseret selvhjælpsterapi (herefter: *IBT*) er udviklet inden for de seneste ti år og er en sammensmeltning af psykologiske selvhjælpsbøger udbudt på bogmarkedet og sundhedsvæsnets brug af lægelige eksperter over distance – den såkaldte telemedicin. Lande som Australien, England og Sverige har brugt internetbaseret selvhjælpsterapi, først på forsøgsbasis og siden som en fast del af deres sundhedstilbud.

Nogle tilbyder IBT helt uden noget terapeutisk kontakt, mens andre tilbyder kontakt til en terapeut under forløbet. [1]

De fleste IBT-programmer er baseret på den kognitive adfærdsterapeutiske terapitradition. Det kan der være flere grunde til.

Først handler det om, at kognitiv adfærdsterapi, KAT, er ganske nemt at overføre til internettet, da KAT i sin natur er skematiseret og fokuseret på få entydige elementer og øvelser. Dernæst eksisterer der en stor mængde dokumentation for, at KAT er virksom for en række psykiske lidelser. Endelig handler det om, at der er et sammenfald mellem den nye generation af terapeuter, som har lært KAT, og den generation, som bruger internettet som værktøj.

- > IBT-programmerne har følgelig deres hovedvægt i at vise og identificere dysfunktionelle tanker, følelser og adfærd og dernæst at give øvelser og hjemmeopgaver, som træner nye og mere hensigtsmæssige tanker, følelser og adfærdsvalg hos brugeren.

Eksempel på et behandlingsprogram

IBT-programmet MoodGYM for depression vil her bruges som et eksempel. MoodGYM er udviklet i 2003 af Center for Mental Health Research på Australian National University og har over 400.000 registrerede brugere. Programmet er oversat til norsk og er udbudt ganske gratis til brugerne. Programmet indeholder fem programmoduler, foruden et startmodul med symptomtest og en forklaring på, hvordan programmet er opbygget. Hvert modul tager ca. 30-60 minutter at gennemføre og i tillæg er der øvelser og selvrapporteringsopgaver som kan gå over dage.



Varm luft. Uden en terapeut virker det ikke. Det drejer sig blot om at spare penge og tilbyde surrogthjælp ...

Startmodulet giver en introduktion til seks rollefigurer (Hr. Intetproblem, Moody, Katrine, Janne, Cyberman og Trøbbel), som optræder igennem alle modulerne. De seks figurer er rendyrkede karakterer, som alle mennesker kender til: den glade person (Hr. Intetproblem), den triste person (Moody), personen med det lave selvværd (Katrine) osv. Figurerne har hver deres karakteristiske måde at tackle dagligdagens og livets udfordringer på.

Ved at se og høre om de seks figurer og deres vanlige responser på dagligdags hændelser får brugeren indsigt i, hvad der går galt, og hvordan tingene måske kunne gøres anderledes. Således må figuren Katrine altid jage anerkendelse og accept, selv om hun objektivt set er dygtig og kompetent – det, som er galt, er, at Katrine har låst sig fast i nogle forkerte tanker, som siger, at hun er uduelig og ikke værd at elske.

Første modul i programmet hedder ”Følelser”. Her lærer brugeren at se sammenhængen mellem ens tanker og ens følelsesmæssig tilstand. Den nedtrykte tilstand hos en person er som regel afstedkommet af et negativt syn på én selv, omgivelserne og fremtiden.

I modulets første øvelse viser programmet tre situationer: en dumpet eksamen, skænderi med familien, og tanker om arbejdskarriere. Brugeren skal undersøge og kategorisere reaktionerne fra de to figurer, Katrine og Hr. Intetproblem. Som forventeligt tror Katrine det værste om de tre situationer, mens Hr. Intetproblem ikke lade sig skræmme af en dumpet eksamen og har et positivt syn på sine egne karrieremuligheder.

De følgende moduler er struktureret på samme måde som følelsesmodulet med en række beskrivende situationer, hvor rollefigurerne optræder, og en række øvelser, hvor brugerens egen dagligdag indrages.

Hvilke elementer medtages i IBT?

Der er forskel på de enkelte IBT-programmers design, og hvilke kognitive adfærdsterapeutiske elementer der bliver udvalgt og præsenteret for brugerne. IBT-programmet MoodGYM har for eksempel valgt at fokusere på og træne selvværd som en del af behandlingen af depression, mens andre IBT-programmer ikke mener, at selvværd er relevant for behandlingen af depression.

En anden vigtig forskel er, om brugeren får kontakt og støtte fra sundhedsprofessionelle undervejs i programmet eller ej. I svensk distriktspsykiatri tilbydes internetbaseret behandling til flere typer psykiske lidelser [2]. Her skal brugeren før behandlingsstart til en afklarende samtale med en psykiater.

Undervejs i behandlingen gives brugeren støtte pr. e-mail fra en psykolog omkring programmets øvelser og eventuelle problemer, som brugeren måtte opleve i behandlingen. Den svenske distriktspsykiatri mener nemlig, at antallet af brugere, der frafalder programmet, bliver mindre og behandlingseffekten større ved at tilbyde professionel støtte undervejs.

Indikationsområder og effekt

For blot nogle få år siden var myndighederne varsomme med at anbefale IBT. Rapporter fra Sundhedsstyrelsen i Danmark og fra nabolandet Sverige skrev, at der ikke var tilstrækkelig dokumentation for, at IBT var virksomt. Dette billede er forandret nu, hvor en række store videnskabelige undersøgelser har vist, at behandlingseffekten ved IBT er lige så god som ved traditionel ’ansigt til ansigt’-terapi for depression og for angst [3].

IBT for en række andre psykiske lidelser end depression og angst giver også gode behandlingsresultater, men der mangler yderligere studier, før man endelig kan vide, for hvem IBT virker, og hvilke IBT-programmer der giver den bedste behandlingseffekt.

Flere forskningsstudier understøtter, at professionel hjælp undervejs i et IBT-program giver større effekt, end hvis brugeren ikke får hjælp [4]. Forskningen mangler dog stadig at komme i gang med egentlige procesundersøgelser og finde ud af, om en lang række andre ele-

menter – brugervenlighed, chatrooms, interaktivitet, engagerende grafik og lyd, rollefigurer osv. – også kan have en afgørende indflydelse på effekten af IBT-programmet ligesom terapeutstøtten.

Hvorfor er IBT ønskelig?

I samfundets øjne er den største fordel ved IBT, at et uendeligt antal brugere parallelt kan få kvalificeret hjælp og information om deres psykiske lidelse for en brøkdel af de udgifter, der er forbundet med ordinær behandling.

I brugernes øjne er det noget helt andet, der lægges vægt på. Man har i en række studier spurgt personer med depression om deres oplevelser, når de henvendte sig til egen læge for at få behandling. Man fandt tre markante træk i patienternes oplevelser [5]:

- Patienter brugte mest egen læge af nød som den eneste tilbudte behandlingsmulighed. Oftest turde patienterne ikke omtale deres problem direkte, men skjulte problemet i andre beklagelser, fx ondt i ryggen.
- Patienter følte, at de skulle opgive deres selvbestemmelse og selvkontrol for at kunne indgå i den lægelige behandling.
- Patienter oplevede en høj grad af social stemping som psykisk syg ved at indgå i behandling.

Omvendt forholder det sig med IBT. Her har man et reelt alternativ med stor frihedsgrad: Man er ikke afhængig af tidsbestilling hos en læge, psykiater eller psykolog, og man kan logge ind på nettet uanset tid og sted. Man står selv som ansvarlig person for sin indsats og vælger frit selv, hvad man vil gøre ud fra sine egne behov og IBT-programmets anbefalinger.

Man kan i mange IBT-programmer logge på helt anonymt, og man kan følge et terapiprogram, uden at omgivelserne nødvendigvis stempler én som psykisk syg. Endelig kan man via nogle IBT-programmer indgå i lukkede chatrooms, hvor der gives råd, opmuntring og historier fra andre brugere i samme situation. Denne kvalitet, at man ikke er alene med sine kvaler, er vigtig for følelsen af, at ens person og situation ikke er helt håbløs og dermed et betydeligt element i helbredelsen.

IBT og fremtidige udfordringer

Ganske mange personer i Vesteuropa kæmper med psykiske problemer i så høj grad, at mere end hver femte opfylder de diagnostiske kriterier for angst, depression og stress. [6]

Som en mulig løsning kan udvikling af en række af selvhjælpsprogrammer til de mest almindelige lidelser imødekomme behandlingsbehovet hos det stigende antal dysfunktionelle individer, men det løser formodentlig ikke de grundlæggende problemer, som kunne være, at vores samfund presser flere og flere ud over menneskets psykobiologiske grænser. Nogle forskere peger på, at de forebyggende og helbredende værktøjer derfor ikke bør søges i psykiatrien, men derimod skal findes ved at genskabe et rummeligt samfund, og som stimulerer individets virksomhed og værdighed i reelle sociale og arbejds-mæssige fællesskaber. [7]

En anden udfordring findes i de mange virkeligheds- og identitetsskabende virtuelle interaktioner og spil, som optager et stadigt stigende antal unge mennesker, og som hverken brugerne, forskerne eller psykiatrien kender betydningen af endnu. Et varsel er, at den amerikanske diagnosemanual har afsat plads til at indføre internetafhængighed som en impulsforstyrrelse i næste revision.

Og så kunne man mene, at den ged var barberet! Men de forskere, der arbejder med internetafhængighed, har allerede nu slået alarm. Dels har internetafhængigheden i asiatiske lande allerede nu en epidemiologisk karakter – 14 % af de unge i storbyerne i Kina lever i 2010 op til de diagnostiske kriterier for internetafhængighed – dels påviser medicinske studier, at der sker markante neurale forandringer og skader hos unge, jo længere tid de er internetafhængige. [8]

Danmark kommer også til at opleve en stor procentdel af unge og især drenge, som har svært ved at begå sig i de komplekse og ikke umiddelbart belønnende sociale systemer i den virkelige verden. Disse unge vil i stedet søge bekræftelse i den evigt adfærdsbelønnende virtuelle verden. Engelske forskere kalder fænomenet *'complacency by the internet'* (selvtilfredshed via internettet). De unge kan få massive problemer, når voksenlivet pludselig kræver en adækvat adfærd – det destillat, som en årelang personlighedsdannelsesproces i realiteternes verden skulle have bibragt dem.

Specielt her giver det god mening at udvikle selvhjælpsprogrammer på internettet, der kan træne de unge til at begå sig i den virkelige verden. Det handler således om at få bygget bro mellem den attraktive internet-/spilverden og den besværlige reelle verden med genkendelighed, belønning og passende træningssæt. Og denne bro tilbage til 'real life' med selvhjælpsprogrammer skal selvfølgelig udvikles af kvikke og indsigtfulde psykologer og IT-eksperter.

Tingene skal bare gives nogle penge og sættes i gang. ■

*Morten Fenger, forskningspsykolog, Stolpegård
Forskningen på Stolpegård er støttet af Trygfonden*

REFERENCER

- [1] Fenger M. Internetbaseret selvhjælps terapi. In: Møhl, B.; Kjølbjerg, M. (red.). *Psykiateri*. 1. udg. PsykiatriFonden, 2012 (in press).
- [2] www.internetpsykiatri.se
- [3] Cuijpers, P.; Donker, T. van S.A.; Li, J.; Andersson, G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med* 2010 Dec;40(12): 1943-57.
- [4] 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 Mar;37(3):319-28.
- [5] Khan, N.; Bower, P.; Rogers, A. Guided self-help in primary care mental health: meta-synthesis of qualitative studies of patient experience. *Br J Psychiatry* 2007 Sep;191:206-11.
- [6] Wittchen, H.U.; Jacobi, F.; Rehm, J. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011 Sep;21(9):655-79.
- [7] Brinkmann, S. (red.). *Det diagnosticerede liv, sygdom uden grænser*. 2010. Århus, Klim.
- [8] Yuan, K.; Qin, W.; Wang, G. et al. Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder. *PLoS One* 2011;6(6):e20708.