

Motivasjon for internettbasert ved hjelp av konsultasjonsstøtte

■ MAJA WILHELMSSEN, KJERSTI LILLEVOLL*, METTE BECH RISØR, RAGNHILD HØIFØDT*, MAY-LILL JOHANSEN, KNUT WATERLOO*, MARTIN EISEMANN*, NILS KOLSTRUP

Institutt for samfunnsmedisin, Allmennmedisinsk forskningsenhet og *Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø

Denne artikkelen gjengir hovedfunnene i vår originalartikkel «Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study», publisert i *BMC Psychiatry* i 2013 (1).*

Bakgrunn

Forekomsten av depresjon er høy og fører til enorme kostnader for samfunnet (2). Internettbasert kognitiv adferdsterapi (ICBT) har i studier vist seg som effektiv behandling av depresjon, men studiene viser også at det er mer effektivt å kombinere ICBT med menneskelig støtte (3). At pasienter ikke fullfører behandling er en utfordring (4). Implementering av ICBT i kombinasjon med korte ansikt-til-ansikt-konsultasjoner i allmennpraksis kan føre til tidlig intervensjon, gi økt tilgang til kognitiv atferdsterapi og forbedre behandlingen av depresjon, samt ta hensyn til pasientenes ønske om oppfølging gjennom konsultasjoner. Det er anbefalt å finne tiltak for å forbedre oppfølgingen – slik at pasientene fortsetter i internettbaserte intervensjoner (5) – samt forsøke å identifisere effekten av ulike elementer rundt den støtte en helsearbeider kan gi i slike intervensjoner (6). Noen tidligere studier har undersøkt motivasjon til å fortsette med ICBT, men da uten ansikt-til-ansikt-konsultasjoner gitt av en helsearbeider (7). Vår studie utforsket motivasjon til å stå i behandling ved å se på erfaringer høstet fra en gruppe pasienter som søkte hjelp i allmennpraksis og ble henvist videre til «konsultasjonsstøttet behandling», det vil si ICBT støttet av korte ansikt-til-ansikt-konsultasjoner.

* Hele artikkelen er fritt tilgjengelig på <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/296>.

Metode

For å belyse motivasjon i en hverdagslig kontekst samt betydningen av pasientenes erfaringer valgte vi en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming (8). Vi intervjuet deltakerne fra intervensjonsgruppen av en randomisert kontrollert studie som evaluerte effekten av et ICBT-program kalt MoodGYM, en eHelse-intervensjon som brukes til å behandle depresjon (fritt tilgjengelig på msh.no). 14 deltakere, både noen som fullførte behandlingen og noen som ikke fullførte behandlingen, ble intervjuet (TABELL 1). Intervjuene var individuelle og semistrukturerte, dvs. vi tilstrebet at dialogen var som en vanlig samtale – samtidig som temaene ble styrt ved hjelp av en forberedt guide med åpne spørsmål. Intervjuene ble gjennomført kort tid etter at deltakerne hadde avsluttet behandlingen.

Resultat

Håp om bedring og et ønske om å få kontroll over eget liv ble identifisert som indre motivasjonsaspekter.

3: Men jeg tror, primært altså det å få komme i gang med noe, var en kjempeeffekt. Føler at jeg gjorde noe i stedet for og bare sitte og vente og ha det vondt.

Følelsen av å være i stand til fritt å velge hvordan, når og hvor deltakerne skulle gjøre ICBT- modulene ble identifisert som et viktig støttende element og tilfredsstilte deltakernes behov for autonomi.

5: Jeg vet at jeg hadde et program som jeg kunne gå inn i, og det gjorde jeg når jeg hadde tid og når jeg hadde... var i den modusen da som passet meg og [...]Jeg kjente at nå vil jeg ta tak i det her, nå passer det, nå er jeg... Jeg er ikke trøtt, jeg har spist og ja, alt passet. Og jeg har fri, jeg skal ikke på jobb, nå kjenner jeg at har jeg tid og jeg er inspirert til å ta tak i det.

Videre var betydningen av tilhørighet til ektefeller/samboere, venner eller familie avgjørende for motivasjonen og – for noen

– styrkende for evnen til å identifisere seg med ICBT-innholdet.

9: Nei, æ hadde ho samboeren min. Æ hadde nok gjort det (meldt avbud) flere ganga, hadde det ikkje vært for ho samboeren min (tørr latter)... som va flink å presse mæ litt... Ho hadde jo fått med sæ at æ følte mæ jo bedre liksom når æ kom ut derifra (konsultasjon). Så ho sa jo at du må jo dra for du vet jo at du får en bra følelse, en god følelse når du kommer ut derifra og fått prata litt og... gjort de her tinga så...

Et annet støttende element var opplevelsen av tilknytning som ble etablert når de ble møtt med anerkjennelse, fleksibilitet og tilbakemeldinger fra en kvalifisert helsearbeider i ansikt-til-ansikt-konsultasjoner.

12: Det som faktisk var viktig for meg, det var disse oppfølgingstimene. [...] det var en person som jeg visste, som var en ekspert på dette og kunne dette...

Diskusjon

Mer enn noe annet, ble våre deltakere motivert til å fortsette med konsultasjonsstøtte

TABELL 1

STUDIEDELTAERE			
PASIENT	ALDER (ÅR)	MANN/KVINNE	FULLFØRT/IKKE-FULLFØRT
1	28	Kvinne	Ikke-fullført
2	26	Mann	Fullført
3	33	Mann	Fullført
4	39	Kvinne	Fullført
5	61	Kvinne	Fullført
6	41	Kvinne	Fullført
7	44	Kvinne	Ikke-fullført
8	26	Kvinne	Fullført
9	26	Mann	Fullført
10	48	Mann	Fullført
11	56	Kvinne	Fullført
12	36	Kvinne	Fullført
13	22	Kvinne	Fullført
14	51	Mann	Ikke-fullført

... kognitiv atferdsterapi ... te: en kvalitativ studie

tet ICBT når deres behov for tilhørighet, tilknytning og identifisering var tilfredsstillt. Disse tre behovene sammenfalles i ordet «relatedness» i en anerkjent teori rundt motivasjon som kalles «Self Determination Theory» (SDT). SDT hevder at de psykologiske behov for «relatedness», kompetanse og autonomi må være oppfylt for å styrke indre motivasjon (9, 10). Alle tre behovene ble identifisert og påvirket motivasjon i vår studie, men spesielt «relatedness» utpekte seg som sentral. Våre funn viste hvordan motivasjon til å fortsette med konsultasjonsstøttet ICBT ikke bare var en intern individuell prosess, men også en sosial prosess, der samhandling med andre var viktig.

Unikt for denne studien var funnene omkring visse aspekter ved samspeillet med helsearbeideren som var viktig for motivasjonen. Disse aspektene ble identifisert som tilknytning gjennom anerkjennelse, troverdige tilbakemeldinger og oppmuntning til fleksibilitet. Store hindringer i behandlingen med ICBT, slik som mangel på støtte, manglende datakunnskaper og mangel på selvidentifisering ble ikke uttrykt så klart i våre funn som i studien av Donkin et. al. som utforsket en eldre befolkning uten oppfølging med ansikt-til-ansikt-konsultasjoner (7).

Det kan bety at de korte ansikt-til-ansikt-konsultasjonene i vår studie har bidratt til å øke aksepten for internetbehandlingen og virket støttende. Måten spørsmålene ble stilt under intervjuet, kan også ha bidratt til funnene. Santana har vist at det er økende bruk av internett når det kommer til helsemessige problemer (11). Det faktum at våre deltakere var yngre – og derfor dyktigere til å bruke internett for å hente informasjon om helsespørsmål – kan være en grunn til at de ikke opplevde datakunnskaper som en barriere. En annen forklaring kan være at MoodGYM kanskje er et mer brukervennlig program.

Deltakerne i en randomisert kontrollert



Effekten av internetbasert kognitiv atferdsterapi øker betydelig hvis legen kan motivere pasientene til egenaktivitet – for eksempel ved tett oppfølging og motiverende samtaler. ILLUSTRASJONSFOTO: IDA SUNDAR

studie består av et selektert utvalg og kan derfor være mer motivert. En styrke ved vår studie var at alle deltakerne først var i kontakt med fastlege for sine problemer, noe som kan redusere utvelgelses-biasen. En svakhet er at kun tre av våre 14 deltakere ikke hadde fullført behandlingen. Flere som ikke fullførte ble invitert til å bli intervjuet, men disse ønsket ikke å delta og

kunne dermed ikke bli inkludert i studien. Våre funn kan bare sees på som en delvis beskrivelse av hele spekteret av pasienter. Det viktigste målet i dette arbeidet var å utforske aspekter av motivasjon til å starte og fortsette med konsultasjonsstøttet behandling med ICBT, og dermed var et flertall av pasienter som hadde fullført akseptabelt.

Konklusjon

Ved å analysere intervjuene av våre 14 deltakere, forsøkte vi å avdekke motivasjonspekter som ble erfart ved bruk av ICBT med korte oppfølgende konsultasjoner. Indre motivasjon som for eksempel å få kontroll over sitt eget liv og et personlig håp for bedring ble identifisert. Mer enn noe annet ble pasienter motivert til å fortsette med konsultasjonsstøttet ICBT når deres behov for tilknytning og tilhørighet var tilfredsstillt. Dette ble oppnådd gjennom følelser av selv-identifisering i selve ICBT-programmet og ved opplevelser av tilhørighet og det å bli verdsatt av partnere, venner og familie samt kontakt og tilknytning med helsearbeideren.

Implikasjoner for forskning og praksis

Styrking av motivasjon kan være et skritt i retning av forbedret mulighet for at pasientene står i behandlingen, men videre forskning er nødvendig. Vi foreslår fire trinn en helsearbeider som tilbyr konsultasjonsstøttet ICBT bør ha i bakhodet i møte med pasienter med depresjon, for å øke motivasjonen.

For det første bør håp kommuniseres ved

å forklare pasienter om effektiviteten av ICBT og om hvor god prognose det er ved depresjon. For det andre bør en oppfordre pasienter til å involvere støttespillere i veien mot bedring. For det tredje bør en kommunisere at helsearbeideren som formidler av konsultasjonsstøttet ICBT har kompetanse og kan gi kvalifiserte tilbakemeldinger. For det fjerde: Ha fokus på anerkjennelse, fleksibilitet og forståelse i møte med pasienten. Dette kan øke en følelse av tilhørighet og autonomi.

Fremtidig forskning er nødvendig for å avklare nærmere hvorvidt ICBT kan representere en verdig behandling for depresjon i allmennpraksis og legges til som et ekstra verktøy i allmennpraktikens «arsenal».

REFERANSER

1. Wilhelmson M, Lillevoll K, Risor MB et al. Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study. *BMC psychiatry* 2013; 13: 296.
2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2011; 21: 655-79.
3. Johansson R, Andersson G. Internet-based psy-

CHOLOGICAL TREATMENTS FOR DEPRESSION. Expert review of neurotherapeutics 2012; 12: 861-9; quiz 70.

4. Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *J Med Internet Res* 2009; 11: e13.
5. Nicholas J, Proudfoot J, Parker G et al. The ins and outs of an online bipolar education program: a study of program attrition. *J Med Internet Res* 2010; 12: e57.
6. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review* 2012; 32: 329-42.
7. Donkin L, Glozier N. Motivators and motivations to persist with online psychological interventions: a qualitative study of treatment completers. *J Med Internet Res* 2012; 14: e91.
8. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring sciences* 2004; 18: 145-53.
9. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American psychologist* 2000; 55: 68-78.
10. Deci EL, Ryan RM. The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq* 2000; 11: 227-68.
11. Santana S, Lausen B, Bujnowska-Fedak M et al. Informed citizen and empowered citizen in health: results from an European survey. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 20.

■ MAJA.WILHELMSSEN@UIT.NO

Kognitiv terapi – egnet i allmennpraksis

Kognitiv terapi er i øyeblikket den mest utbredte terapiformen innenfor psykiatrien. Grunnideen er at vi mennesker konstant har en mer eller mindre bevisst strøm av tanker. Disse påvirker og påvirkes av våre følelser og handlinger. Under første del av terapien lærer pasientene å oppdage sine tanker, følelser og handlinger. Deretter må pasientene lære å forstå forskjellen mellom tanker, følelser og handlinger. Pasientene må så endre de tankene, som fremkaller følelser og handlinger som ødelegger det pasientene vil oppnå.

Disse såkalte dysfunksjonelle tanker har egne mønstre avhengig av hvilken psykisk lidelse pasienten har. Depresjon er preget av fokusering på det negative, dikotom tenking (svart/hvitt, «alt eller intet»), overgeneralisering («ett nederlag medfører at jeg er håpløs»), personalisering (f.eks. «Det er min skyld at folk sulter»), selektiv abstraksjon (ser kun det som er svart), arbitrær slutning (f.eks. «Jeg trampet i gulvet og naboen begikk selvmord») og forstørrelse og forminskelse (fokus på noe og ikke på noe annet). Avhengig av angsttypen er

den preget av forskjellige dysfunksjonelle tanker. Generalisert angst er preget av at «noe» i nåtid eller fremtid er farlig. Ved fobi er det klare overdrevne tanker om at noe konkret er farlig, ofte med sterke kroppslige fornemmelser. Helseangst er preget av konstant søken etter «bevis» på alvorlig sykdom ved selektiv fokusering på kroppslige fenomener. Pasienter med sosial angst har en fornemmelse av at de er senter for ubehagelig oppmerksomhet fra andre.

Målet med terapien er å få pasientene til å oppdage alternative tanker, som gir mer ønskelige følelser – for eksempel at pasientene blir mindre deprimerte, får mindre angst eller blir mindre redde for invasive psykotiske tanker. Ved å bruke registreringer av tanker, bevis- og motbevis for tankers sannhetsverdi samt sokratiske spørre-teknikk, er målet for terapeutene å få pasientene til selv å oppdage sine dysfunksjonelle og alternative tanker. På den måte brukes pasientens egne ideer og forestillinger aktivt i terapien.

Terapien er i utgangspunktet kortvarig: Den gis i ca. 45 minutter, som regel 8–10

ganger, og inneholder ofte adferdsendrende eksperimenter som for eksempel å aktivisere seg hvis man er deprimert, eller å eksponere seg for angstskapende situasjoner hvis man har angst. Terapien har et krav til pasientene om aktivitet mellom terapitimene.

Slik kortvarig og konkret terapi egner seg godt for allmennpraksis. Hvis allmennleger kunne bruke disse terapeutiske teknikker, ville mange pasienter med lette psykiske problemer raskt bli behandlet, før problemene fikk muligheter til å utvikle seg. Effekten av behandlingen økes dramatisk, hvis legen kan motivere pasienten til egenaktivitet – for eksempel ved tett oppfølging og motiverende samtaler.

Det finnes en rekke gode selvhjelpsbøker og internettprogrammer som kan være en del av aktiviteten mellom terapitimene eller brukes av pasienten uten støtte av terapitimer.

GÅ TIL:

<http://msh.no/> og <http://www.kognitiv.no/>

E-POST: nils.kolstrup@uit.no

NILS KOLSTRUP