

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