

Bruk av telefon i psykologisk behandling

Torkil Berge
Norsk Psykologforening
torkil.berge@diakonsyk.no

Kim Edgar Karlsen
fagsjef i Norsk psykologforening

Systematisk bruk av telefon som kommunikasjonsform kan øke tilgjengeligheten til psykologisk behandling, og bidra til å forebygge frafall fra terapi.



HJEMMEBANE: Telefonen er en del av folks hverdag, og for noen er det enklere å snakke fortrolig over telefon enn ansikt til ansikt. Dette kan skyldes at pasienten da snakker fra hjemmebanen, noe som gir kontroll og letter presset mange føler på et fremmed kontor, med terapeutens blikk rettet mot dem. Foto: Flickr.com

En stor takk til «Bjørn», som har gjort dette materialet tilgjengelig og har bistått forfatterne med gjennomlesning av manus. «Bjørns» behandlingsforløp er beskrevet så virkelighetsnært som mulig, samtidig som pasientens anonymitet er beskyttet gjennom maskering av navn, alder, yrke og samt enkelte detaljer i livssituasjonen.

Bruk av telefon er en vanlig del av psykologisk behandling. Pasientens første kontakt med terapeuten eller institusjonen skjer ofte over telefon, og det vil vanligvis bli flere telefonsamtaler, om ikke annet så for avlysning av timer. Mange terapeuter gir dessuten pasienten et telefonnummer som kan benyttes i tilfelle krise. Enkelte ganger ringer pasienten direkte til terapeuten i en vanskelig

situasjon. Men kan telefon brukes mer systematisk som et hjelpemiddel i psykologisk behandling? Vi mener ja, og skal begrunne hvorfor.

Som et supplement til ansikt-til-ansikt-møter kan telefonsamtalene gjøre det terapeutiske samarbeidet mer fleksibelt og tilgjengelig for flere pasienter. Behandlingsformatet kan kanskje bidra til kortere behandlingsforløp og kortere ventelister

Vår interesse for temaet er i stor grad forankret i egne positive erfaringer med bruk av telefon i behandling. Kim har benyttet telefon i kontaktetablering med unge mennesker med rusmiddelproblemer. Torkil har hatt psykoterapier som i stor grad har foregått over telefon fordi pasienten bor langt unna, for eksempel på Svalbard. Som medarbeidere i prosjektet Kveldspoliklinikken raskere tilbake har vi etablert en ordning med inntakssamtaler via telefon som vi begge opplever meningsfull og nyttig. Før vi presenterer et eksempel som belyser hvordan vi bruker telefon i vårt arbeid, vil vi trekke frem noen forskningsresultater og eksempler på anvendelsesområder.

Forskning om telefonadministrert psykologisk behandling

Vi tar for oss psykologisk behandling, men telefon brukes i økende grad også i medisinsk behandling. Et eksempel er oppfølging av hjertesyke pasienter eller pasienter med diabetes ved hjelp av mobiltelefon, sistnevnte med registrering av blant annet fysisk aktivitet og blodsukknivå. Slik oppfølging bidrar til færre sykehusinnleggelser, større trygghet og økt livskvalitet, og i enkelte studier til redusert dødelighet.

I Skottland har man investert stort i en felles legevaktjeneste på nett og telefon med i alt 1500 helsearbeidere, de fleste sykepleiere med tilleggsutdannelse i diagnostikk og rådgivning over telefon. Tjenesten mottok i fjor 1,5 millioner oppringninger. Hver tredje skotte henvender seg til denne tjenesten hvert år, og en av tre får hjelp som gjør at de kan håndtere sin sykdom uten å måtte møte fysisk hos sin lege. Ifølge Aftenposten 12. januar 2010 beskriver statssekretær Roger Ingebrigtsen i Helse- og omsorgsdepartementet den skotske telefonlegevakten som «et av de mest spennende helseprosjektene vi har sett på lenge».

Vi blir ofte forbløffet over hvor raskt de innledende samtalene har tatt en terapeutisk retning der pasientene våger å uttrykke seg fritt

Det er gjort to gjennomganger av dokumentasjonen for bruk av telefon i psykologisk behandling av psykiske lidelser. Det ene er et samarbeid mellom kanadiske og finske forskere (Hailey, Roine & Ohinmaa, 2008). De fant en rekke studier som ofte hadde god kvalitet, og konkluderte med at det er dokumentasjon for nytteverdien av bruk av telefon på områder som depresjon, angstlidelser, rusmiddelproblemer og nikotinavhengighet.

To australske forskere tok for seg 14 studier av telefonbasert psykologisk behandling (Leach & Christensen, 2006). På grunn av de store avstandene er telefon en viktig del av psykisk helsevern i Australia. Også denne litteraturgjennomgangen konkluderte med at resultatene ofte er gode. Undersøkelsene de viser til, er imidlertid gjort med relativt små utvalg – bare fem av de 14 studiene hadde mer enn 100 deltakere – og forskerne etterlyser mer omfattende forskning, blant annet etterundersøkelser over lengre tid.

Behandlingen i studiene er vanligvis basert på kognitiv terapi (kognitiv atferdsterapi). For det første er denne tilnærmingen et naturlig valg for forskere når nye måter å levere helsetjenester på skal evalueres, siden effekten alt er godt dokumentert. For det andre er kognitiv terapi med sin strukturerte form og vekt på ferdighetstrening trolig godt egnet for telefonbasert terapi.

Studiene som gjennomgås i de to nevnte litteraturgjennomgangene, inkluderer en rekke ulike tiltak, som psykoedukasjon, motiverende intervju, målvalg, problemløsning, utforskning av tenkemåter, atferdsaktivering og eksponeringstrening. Det benyttes vanligvis en arbeidsbok som både beskriver fremgangsmåter og hva som bør dekkes i samtalen. Man fremhever betydningen av pasientens egenaktivitet og bruk av hjemmeoppgaver mellom samtalen, og pasienten vil vanligvis kartlegge problemene ved hjelp av en loggbok. *Systematikk* er altså et stikkord. Dette skiller terapien i studiene fra ordinære rådgivningstjenester over telefon, der fokus er kriseintervensjon, empatisk lytting, sosial støtte og viderehenvisning, og der det i liten grad har vært gjort forskningsmessig evaluering.

I vår egen gjennomgang av litteraturen har vi ofte blitt imponert over hva man har oppnådd, og vi har fått styrket vår tro på at dette kan være et godt supplement til andre tiltak i helsevesenet. Vi skal derfor gi noen eksempler på gode studier rettet mot psykiske lidelser som er utbredt i befolkningen, og der psykologiske intervensjoner som også gjør bruk av telefon, er dokumentert virksomme.

Søvnproblemer

I en kanadisk studie mottok 45 personer, som i snitt hadde hatt søvnproblemer i mer enn 15 år, kognitiv atferdsterapi over åtte uker, med en samtale per uke (Bastien et al., 2004). Femten deltakere fikk individuell samtaleterapi, 16 gruppeterapi og 14 telefonadministrert terapi. De individuelle samtalen varte i 50 minutter, gruppesamtalene i 90 minutter og telefonsamtalene i 20 minutter. Behandlingen var også basert på at deltakerne fikk utlevert selvhjelps litteratur med nyttig informasjon om problemer og tiltak, og deltakerne i alle de tre betingelsene fylte ut en søvnlogg som ble formidlet til terapeuten.

Resultatet viste klinisk signifikant bedring ved alle tre tilnærminger, og det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom dem. Bedringen hadde holdt seg ved en undersøkelse seks måneder etter. Det var også nedgang i depresjon og angst.

Bastien et al. (2004) fremhever at de tre behandlingsformatene har ulike fordeler: gruppetilnærmingen gir mulighet for sosial støtte; det er bedre anledning til å ta opp mer personlige og sensitive temaer i de individuelle samtalen; og telefonsamtaler tjener til å stimulere til en mer målrettet tilnærming og veiledet selvhjelp der pasienten trener seg på å bli sin egen terapeut. Bruk av telefon kan dessuten bidra til å redusere kostnader ved behandling.

Tvangslidelse

I en studie i Manchester fikk 72 pasienter med tvangslidelse ti ukentlige samtaler med eksponeringsterapi og responsprevensjon, enten via telefon eller ansikt til ansikt (Lovell et al., 2006). Deltakerne hadde i snitt hatt problemene i 15 år.

Begge behandlingsformatene ble innledet med en samtale ansikt til ansikt. Her fikk pasienten en begrunnelse for fremgangsmåten, og i samarbeid utformet pasienten og terapeuten et hierarki over treningssituasjoner og en fremdriftsplan. Pasienten ble oppfordret til å trene på eksponering og responsprevensjon en time hver dag, helst ved assistanse av en medhjelper, for eksempel ektefellen. I de oppfølgende samtalen gjennomgikk man pasientens treningslogg og drøftet strategier for det videre arbeidet. De ti samtalen ansikt til ansikt varte i 60 minutter, mens de åtte telefonsamtalene

varte i 30 minutter. Alle terapiene ble avsluttet med en times ansikt til ansikt samtale. Behandlingene ble utført av to erfarne terapeuter som dessuten mottok veiledning.

Studien viste gode resultater – effektstørrelsen var 2,5, noe som er meget høyt – og resultatene holdt seg ved seks måneders oppfølging. Det var lite frafall; i den telefonbaserte rådgivningen var det faktisk bare en av 36 deltakere som trakk seg. Resultatene var de samme i begge behandlingsformatene. Dette er overraskende, siden den telefonbaserte rådgivningen bare var halvparten så omfattende. Det var ett års ventetid på denne spesialklinikken for behandling av tvangslidelse, og en reduksjon av behandlingstiden kunne dermed bidra til at flere pasienter fikk raskere hjelp.

Spilleavhengighet

I en svensk studie fikk 66 personer med spilleavhengighet et tilbud som kombinerte et nettbasert kognitivt atferdsterapeutisk selvhjelpsprogram med regelmessig telefonoppfølging (Carlbring & Smit, 2008). Deltakerne hadde i snitt hatt problemene i over fem år. Man registrerte problemet, og deltakerne spilte i snitt over fire dager i uken, tre og en halv time hver gang. De hadde en gjennomsnittlig spillegjeld på 100 000 kroner.

Internettprogrammet besto av åtte moduler med informasjon og øvelser. Hver modul ble avsluttet med tre essayoppgaver, som skulle sendes inn via e-post, og ble besvart av terapeutene innen et døgn. En dag i uken ble deltakerne ringt opp av terapeutene, som besvarte spørsmål og ga positive tilbakemeldinger, råd og oppmuntring. Hver telefonsamtale varte i snitt i 15 minutter.

Halvparten av deltakerne fullførte alle modulene i løpet av åtte uker, og ved seks måneder hadde tre av fire fullført programmet. Spilleproblemene, angst og depresjon ble vesentlig redusert hos deltakerne, og de rapporterte om økt livskvalitet. Resultatene hadde holdt seg rimelig bra ved oppfølging etter 18 og 36 måneder. I en streng «intensjon om å behandle»-analyse, der deltakere som faller fra, blir regnet som null bedring, var andelen av deltakerne som ikke hadde spilt etter behandling, 67,6 % etter seks måneder, 61,7 % etter 18 måneder og 55,9 % etter 36 måneder.

Depresjon og multippel sklerose

En amerikansk studie tok for seg telefonadministrert psykoterapi for 127 pasienter med multippel sklerose (MS) og depresjon (Mohr et al., 2005). Halvparten mottok kognitiv terapi, mens den andre halvparten mottok en form for emosjonsfokuserert terapi som er utviklet av Leslie Greenberg, og som har god dokumentasjon ved behandling av depresjon. Snittalderen var 48 år, og deltakerne hadde i snitt hatt en MS-diagnose i 11 år.

Behandlingen fant sted over 16 uker, der deltakeren snakket med en klinisk psykolog i 50 minutter en gang i uken over telefon. De ni terapeutene hadde lang erfaring med og stor tro på den formen for terapi de tilbød deltakeren, enten det var kognitiv terapi eller emosjonsfokuserert terapi. Alle mottok veiledning av en seniorpsykolog under terapiene. Den kognitive terapien inkluderte en arbeidsbok som deltakerne benyttet seg av, der det ble lagt vekt på trening i ferdigheter for å mestre de utfordringer MS-sykdom gir for livsutfoldelsen, og for å motvirke depresjon. Terapien inkluderte temaer som atferdsaktivering, problemløsning og utfordring av negative tankemønstre. Den emosjonsfokuserte terapien var bygget på Greenbergs manual, med fokus på utforskning av følelser og ens indre verden. Man legger stor vekt på utforming av den terapeutiske alliansen. Tilbudet inkluderte opplevelsesorienterte øvelser, blant annet gestaltøvelser som for eksempel «den tomme stolen».

Syv pasienter falt fra underveis, tre fra kognitiv terapi og fire fra emosjonsfokuserert terapi. Resultatet både ved avslutning og ved 12 måneders oppfølging viste vesentlig bedring i depresjon.

Dette er et viktig funn, fordi depresjon hos pasienter med MS ikke er episodisk, men vedvarer med mindre pasientene får adekvat behandling.

Deltakerne viste også bedring i funksjonsnivå og nedgang i utmattelse. Disse positive resultatene var forbundet med bedringen i depresjon (Mohr, Hart & Vella, 2007).

Pasientene som hadde mottatt kognitiv terapi, rapporterte mindre depresjon og utmattelse, samt økt grad av positiv affekt og bedring i funksjonsnivå, enn pasientene som hadde mottatt emosjonsfokusert terapi. Behandlingsalliansen var også bedre i den kognitive terapien. Dette kan tyde på at kognitiv terapi er egnet for telefonbasert terapi med sin vektlegging av psykoedukasjon og ferdighetstrening, ikke minst for pasienter som både har en alvorlig somatisk sykdom og depresjon. Bruken av arbeidsbok bidrar til et felles fokus for terapeut og pasient. Det er dessuten sannsynlig at den emosjonsfokuserede terapien i større grad er avhengig av fysisk tilstedeværelse, der både pasienten og terapeuten kan få med seg viktig ikke-verbal kommunikasjon (Beckner, Vella, Howard & Mohr, 2007).

Samlet gir de ovennevnte studiene grunn til optimisme knyttet til telefonens nytteverdi i behandlingen av ulike psykiske lidelser. Som et supplement til ansikt-til-ansikt-møter kan telefonsamtalene gjøre det terapeutiske samarbeidet mer fleksibelt og tilgjengelig for flere pasienter. Behandlingsformatet kan kanskje bidra til kortere behandlingsforløp og ventelister, og er dermed både tids- og kostnadseffektivt. Det er samtidig ulemper forbundet med ikke å møte pasienten ansikt til ansikt, noe vi vil komme tilbake til.

Forebygging av frafall i terapi

Undersøkelse på undersøkelse i de siste femti år har konkludert med at frafall i psykoterapi er vanlig (Berge & Repål, 2010, s. 260–262). Det samme gjelder ved medikamentell behandling. Studiene viser at mer enn en tredel av pasientene i psykoterapi faller fra. I enkelte undersøkelser er tallet enda høyere, opp mot halvparten. Det synes ikke å ha blitt mindre frafall i de siste årene.

Mange studier viser at systematisk bruk av forhåndsinformasjon til pasienten og forberedende samtale før selve terapien starter kan forebygge frafall. Et eksempel er en egen introduksjonssamtale via telefon for kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn og dårlig økonomi, som har vist seg å gi mindre frafall ved terapi for depresjon (Grote, Zuckoff, Swartz, Bledsoe & Geibel, 2007). Samtalen var rettet mot å få frem hovedtrekkene i bakgrunnen for problemene, gi tilbakemelding på kvinnens fortelling, informere om depresjon, avklare økonomiske, praktiske og kulturelle hindre for å gå i terapi og å inngi håp.

Bruk av motiverende intervju, enten som del av terapien eller som en innledende samtale per telefon eller ansikt til ansikt, har i flere studier vist seg å bidra til å redusere frafall (Prochaska & Prochaska, 2008). Samtalen rettes mot å gi informasjon, avklare fordeler og ulemper ved terapi og klargjøre mål for terapien.

Kveldspoliklinikken raskere tilbake

Slike erfaringer med bruk av en forberedende samtale til psykoterapi var bakgrunnen for etablering av ordningen med en innledende telefonkontakt på Kveldspoliklinikken raskere tilbake. Vi var dessuten inspirert av den britiske storsatsingen Improving Access to Psychological Therapies (IAPT), der målet er å gi psykologisk behandling til store grupper av befolkningen, og der en del av hjelpetilbudet er bygget på rådgivning og veiledet selvhjelp via telefonkontakt (Olsen & Berge, 2008, se også <http://>

www.iapt.nhs.uk/services/). Formålet med telefonsamtalen ved Kveldspoliklinikken raskere tilbake er å innhente viktig informasjon fra pasienten og å opplyse om og motivere for et aktivt terapeutisk samarbeid mot prioriterte mål.

Kveldspoliklinikken raskere tilbake er rettet mot å forhindre sykefravær og friskmelde til arbeid ved å behandle angst og depresjon, i kombinasjon med jobbmestrende oppfølging. Tilbudet er finansiert av «Raskere tilbake»-midler fra Helseforetak Sør-Øst, som er en del av Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse. Vi er 20 behandlere som behandler 80 pasienter i uken. Kveldspoliklinikken tilbyr et begrenset antall behandlingstimer med strukturert psykologisk behandling, i hovedsak kognitiv terapi. Det gjennomføres regelmessig evaluering av om behandlingen virker, blant annet ved at pasienten ukentlig fyller ut skjemaer for depresjon og angst (Dallavara, Berge & Brennen, 2010).

Etter at henvisning fra fastlege er mottatt, kontaktes pasienten av en behandler for en 20–30 minutters samtale per telefon. Hensikten er å få en beskrivelse av vanskene og av personens tanker rundt ønskede mål og metoder for behandlingen. Det informeres om at behandlingen hviler på et aktivt samarbeid om de problemene pasienten vurderer som aller viktigst, og at egenaktivitet mellom timene er vanlig (hjemmeoppgaver). En forhører seg om personen har kjennskap til kognitiv terapi, og gir kortfattet informasjon om tilnærmingen. Et mål er å inngi håp og styrke motivasjonen, og å beskrive en aktiv pasientrolle. I samtalene informeres det også om vår hjemmeside, som en finner frem til ved å google Kveldspoliklinikken raskere tilbake. Her er både selvhjelpsnotater og lenke til nettprogrammet MoodGym, som alle kan være nyttig i ventetiden.

I det følgende gjengis et behandlingsforløp der telefonsamtalen ble benyttet som ramme både for innledning og avslutning av det terapeutiske samarbeidet.

Vekket av angst

Bjørn1 hadde alltid sett på seg selv som en mestrende mann. Robust. Dette hadde passet bra gjennom de unge voksenårene som toppidrettsutøver innenfor friidrett, gjennom studiene, og senere nesten 20 år i arbeidslivet, ti år som idrettsleder. Han hadde opplevd suksess og nederlag. Fødsler og samlivsbrudd. Han hadde tenkt at han kunne tåle det meste. Helt frem til den natten for to år siden da pusten plutselig stoppet

Rett nok hadde han arbeidet mye den siste tiden, og tanken på at kroppen kunne ta skade av stresset, hadde streifet ham oftere enn før. Utfordringene som idrettsleder hadde vært tøffere det siste året, og kanskje hadde omstillingene i familielivet kostet mer enn han ville innrømme. Men ikke noe av dette streifet ham da han våknet brått midt på natten og kjente hjertet banke som en trommevirvel. Full guffe, men ingen effekt. Og ingen pust. *Hva er dette, hva skjer?* Først er han forvirret, så redd. *Jeg får ikke puste, hva er det som er galt?* Han forsøker å sette seg rettere i sengen og forandre stilling i overkroppen, men det hjelper ikke. Hyperventileringen tiltar, hjertet hamrer. Han tar seg til brystet og kjenner smerte. Det prikker ekkelt i armene og opp etter ryggen. *Er det sånn et hjerteinfarkt kjennes?* Panikkfølelse. Han rister i Mari (ektefellen), som allerede er våken. Hun forsøker å hjelpe ham ut av sengen. Det kjennes som noe smeller inni ham når han reiser seg. *Nå dør jeg!* Så segner han om på gulvet.

Første telefonsamtale: validering, informasjon og motivasjon

Bjørn har akkurat beskrevet sitt første panikkanfall i telefonsamtalen som innleder behandlingen ved Kveldspoliklinikken. Helt først i denne telefonsamtalen avklarer terapeuten (Torkil) med Bjørn at tid og sted for samtalen er riktig, og at Bjørn sitter skjermet og kan snakke fritt. Terapeuten lar

Bjørn fortelle historien slik han selv ønsker, mens han lytter. Av og til deler han korte, validerende oppsummeringer og refleksjoner. Hensikten er at Bjørn skal føle seg trygg og forstått, samtidig som han får kontakt med sine egne behov for forandring.

Grundige undersøkelser har utelukket kroppslige årsaker til Bjørns stadig tilbakevendende anfall. Men konsekvensene er ikke blitt mindre av den grunn. Han tar færre sjanser, trener ikke lenger, går ikke ut med venner, har sluttet å gå på kino, orker ikke tanken på å benytte byens kollektivtilbud, og skyr steder der mennesker samles. Da han henvises til Kveldspoliklinikken, har han vært sykemeldt fra arbeidet sitt i over et halvt år.

I telefonsamtalen virker Bjørn først litt nølende og matt. Stemmeleiet er monotont, og han formulerer seg i korte setninger, konkret og deskriptivt, og med lange pauser. Da terapeuten spør hvordan det er for ham å snakke om angsten sin, sier han rett ut at han blir urolig. At han er utmattet og lei. Terapeuten forstår dette, og forteller at et panikkanfall for de fleste vil føles rystende. Han forklarer hvordan vi lett kan utvikle en sterk angst for angsten, og vi utvikler unngåelsesatferd og trygghetsøkende strategier. Det er slik alarmsystemet vårt er konstruert, sier han.

Bjørn kjenner seg godt igjen i dette, og han kan komme på flere eksempler. Det er som om han snakker seg varm. Han virker allerede tryggere og mindre motløs. Terapeuten stiller utdypende spørsmål omkring angstanfallene. Han retter fokus mot fellestrekk i situasjonene der anfallene kommer, mot Bjørns tanker og følelser underveis, om skremmende forestillingsbilder og om Bjørns forsøk på å dempe angsten. Slik blir hendelsene gradvis tydeligere og mer forståelige for dem begge. Den terapeutiske prosessen har begynt.

I siste del av telefonsamtalen inviteres Bjørn til å formulere mål for terapien. Hva ville han være tilfreds med å få til? Hva er aller viktigst for ham å forandre på? Dette er vanskelige spørsmål for Bjørn. Samtidig er han klar på at han trenger hjelp. Angsten kveler ham, og i tillegg er det vondt å se hvordan også familien får lide under hans frykt og trygghetsstrategier, depresjon og pessimisme. Han har lest Kveldspoliklinikkens brosjyre, og han tror det kunne passe ham å jobbe med å finne strategier for å mestre problemene.

Enkelte pasienter har gitt uttrykk for at de ikke ønsker samtaler over telefon, fordi de har angst for å snakke i telefon eller har behov for å opprettholde et skille mellom terapirommet og privatrommet

Terapeuten skisserer et mulig behandlingsforløp, med fokus på angstproblemene, bestående av en kartleggings- og planleggingsfase og en aktiv treningsfase. Han refererer til forskning som viser at slik angsttrening har særlig god effekt på panikktilfeller. Dette gir umiddelbart god resonans i Bjørn. Med hans bakgrunn innenfor idrett er det en befrielse å få vite at han kan tenke på terapien som et treningsopplegg, bare med fokus på egne reaksjoner, forestillinger og måter å mestre på. Bjørn formidler at han er positivt overrasket over samtalen, og at han har fått litt større tro på terapiprojektet. Før de legger på, får Bjørn med seg et konkret litteraturtips, med anbefaling om å lese om angstsymptomenes funksjon i kroppen.

Behandlingsforløpet i Kveldspoliklinikken

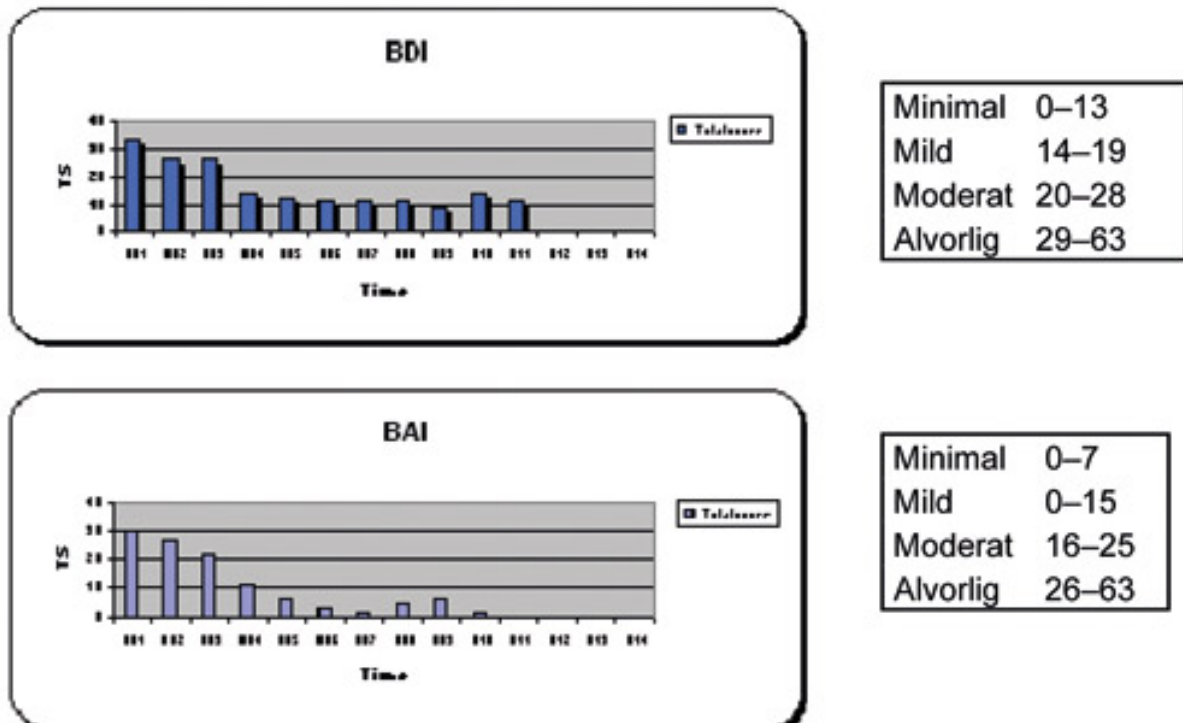
Tre uker senere møter Bjørn godt forberedt til første samtale på Kveldspoliklinikken. Han er i gang med boken om angst og har opplevd lettelse ved å kjenne seg igjen i plagene som er beskrevet der. Det har slått ham at mange av de kroppslige symptomene kanskje har en logisk forklaring.

Terapeuten (Kim) noterer seg raskt at Bjørn fremstår som aktiv og handlingsorientert, han er allerede i gang med arbeidet. Dette til tross for at symptomscreeningen i forkant av timen tyder på at Bjørn fremdeles er plaget av sterk angst og alvorlig depresjon. I timene som kommer, samarbeider de om å kartlegge relevante situasjoner, reaksjoner, tanker og følelser og sette disse inn i en kognitiv modell for panikkklidelse. Mellom timene leser Bjørn videre om angstsyste­met og om eksponeringstrening. Han fører en dagbok over alle sine symptomer og trygghetssøkende strategier.

Etter hvert rettes fokus mot treningsopplegget. Bjørn skal systematisk oppsøke arenaer der angsten utløses, og gradvis øke vanskelighetsgraden. Han bestemmer seg for å begynne med å kjøre T-bane sammen med sin kone, utenom rushtid. Videre skal han gravis ta lengre turer, alene, på tider med flere mennesker på banen.

Han har laget seg to langsiktige mål som han tror er innenfor rekkevidde. Det første er å delta på et større idrettsarrangement der han er invitert som tilskuer (og aller helst kjøre T-bane dit alene). Det andre er å vende tilbake i full jobb.

I løpet av de fire første timene er Bjørn i gang med gjennomføringen av treningsprogrammet sitt. Han merker rask fremgang, og ved femte time er hans symptombelastning halvert (se figur 1). Bjørn jobber selvstendig og benytter terapeuten aktivt til å stille spørsmål, dele tvil og bekymringer og som støtte til å holde kursen. Terapeuten prøver å tydeliggjøre Bjørns fremgang og motivere ham til å ta gradvis større sjanser. Når Bjørn opplever små tilbakeskritt, formidler terapeuten trygghet på endringsprosjektets vegne. Gjennom hele prosessen er han bevisst på å sette Bjørn i sjefsstolen, blant annet gjennom å invitere til refleksjon omkring forestillinger og valg, og ved å benytte Bjørns kompetanse som idrettsleder som ressurs: «Hva forteller din erfaring deg om en fornuftig progresjon videre?».



Figur 1. Symptomutvikling gjennom behandlingsforløpet målt ved Becks depresjonsinventorium (BDI-II) og Becks angstinventorium (BAI)

Etter syv ukentlige samtaler avtales en avtrapping av det aktive samarbeidet ved Kveldspoliklinikken. Bjørn er på dette tidspunktet tilbake i 50 % arbeid. Han benytter T-banen til og fra jobb. Han kjenner på ubehaget, men det er til å leve med. Han minner seg selv på det han har lært om angstens funksjon, og på at kroppen trenger tid på å venne seg av med å sende ut alarmsignaler. Han ser for seg at han er sin egen trener og øver på å gi konstruktive oppmuntringer til seg selv. Han har oppnådd sitt mål om å delta på idrettsarrangementet, og etter dette har han takket ja til flere små og store invitasjoner.

«Stol på prosjektet!»: Vedlikeholdsarbeid på telefon

Terapeuten og Bjørn blir enige om å prøve ut en videre lavfrekvent kontakt over telefonen. På denne måten kan Bjørn opprettholde en arena for å sortere erfaringer med treningen sin, samtidig som han jobber selvstendig med sitt eget prosjekt. Dette er viktig for ham. Terapeuten insisterer på å lage faste avtaler, slik at kontakten blir proaktiv og målrettet, ikke krisefokusert. De vil også få anledning til å snakke om tegn til bedring og fremgang.

Vår erfaring er at forutsigbarheten og kvaliteten i telefonsamtalene er på sitt beste når viktige momenter som tidspunkt, varighet, formål og innhold i samtalene er avtalt på forhånd

De neste fire månedene ringer Bjørn terapeuten til avtalt tid. Han forteller om treningen, som stadig blir mer naturalistisk. Nå handler det om å øke arbeidsmengden og ta på seg mer krevende oppgaver både faglig og sosialt. Han er stadig i bedring, men ennå er angsten der innimellom. De bruker tid på å diskutere temaer som forskjellen mellom vedvarende bekymring og aksept og handling. «Stol på prosjektet!» blir et mantra. De første samtalene varer opp mot 30 minutter. De neste blir kortere. Bjørn har mindre behov for å snakke, men opplever det som fokuserende å ha et sted å rapportere inn til. Etter fem samtaler tar Bjørn initiativ til også å avslutte denne kontakten. Nå er han 100 % tilbake i jobb, og han er mindre bekymret for fremtiden. Igjen er han en mann som mestrer.

Telefonens fordeler

Som terapeuter ved Kveldspoliklinikken raskere tilbake har vi funnet telefonen særlig nyttig som et *supplement* i etableringen og avslutningen/avtrappingen av den ordinære kontakten med pasientene. I en slik kontekst mener vi at samtaler over telefon kan berike tradisjonell psykologisk behandling på følgende måter:

Terapiforberedende og motiverende

Oppringningen fra en terapeut etter henvisning til Kveldspoliklinikken gir pasienten en mulighet til relativt raskt å få satt ord på sine vansker og behov, og til å avklare hindringer og muligheter i det videre terapeutiske samarbeidet. Terapeuten kan lytte og hente viktig informasjon om pasientens plager, ressurser og mål, samtidig som terapeuten får rik anledning til å intervensere. Vi blir ofte forbløffet over hvor raskt de innledende samtalene har tatt en terapeutisk retning der pasientene våger å uttrykke seg fritt, og der terapeuten kan validere, informere og stille spørsmål som åpner for psykologisk refleksjon. I tråd med teori og forskning om motivasjon og frafall i terapi er vår erfaring at slike terapiforberedende samtaler bidrar til å øke engasjement og forpliktelse hos pasientene til å inngå i et aktivt samarbeid når de møter til første time på klinikken.

Økt tilgjengelighet til terapi

Et av hovedargumentene for å benytte telefon som et hjelpemiddel i psykologisk behandling er at det krever relativt lite planlegging og ressurser både fra hjelper og pasient. Dermed kan en øke tilgjengeligheten av terapeutiske samtaler til personer med psykiske problemer. For pasienter som bor langt unna terapeutens kontor, har dårlig råd, har problemer med å få barnepass eller er lite mobile på grunn av sykdom eller funksjonsproblemer, kan bruk av telefon være fordelaktig. En mulighet her er å ha noen samtaler ansikt til ansikt og noen via telefon, slik som i vårt kliniske eksempel.

En trygg ramme

Telefonen er en del av folks hverdag. Vi er vant til å bruke telefon i vår kommunikasjon med andre mennesker, også for lange og fortrolige samtaler. Enkelte undersøkelser viser at for noen er slik kommunikasjon enklere enn samtaler ansikt til ansikt (Honkalampi et al., 2001). Våre erfaringer er på linje med dette. Når pasientene strever med sterk sosial angst eller mangler trening i å snakke med andre om sine livsproblemer, tilbyr telefonsamtalen en ramme av «kjenthet» og kontroll. Pasienten er praktisk talt på hjemmebane og kan benytte sine vante strategier for å regulere den emosjonelle intensiteten i samtalen. Dette kan lette noe av presset mange føler på et fremmed kontor med terapeutens blikk rettet mot dem, og gjøre det lettere å ta opp personlig og følelsesladet materiale.

Tydliggjøring av selvhjelpsprosjektet

Bruk av telefon signaliserer at pasienten må ta aktivt ansvar for egen bedring. Dette er et godt utgangspunkt for veiledet selvhjelp. Å innlede en kontakt over telefon gir et varsel om en maktbalanse og en avstand både fysisk og mentalt som gjør at det kanskje i mindre grad er risiko for at pasienten føler seg avhengig av terapeuten. Dette kan være særlig viktig i et korttidsterapeutisk perspektiv der målet er at pasienten raskt kan gjøre de terapeutiske refleksjonene og teknikkene til sine egne.

Utfordringer og anbefalinger

En viktig begrensning ved kommunikasjon via telefon er at pasienten og terapeuten er forhindret fra å fange opp ikke-verbale uttrykk. Dermed oppstår en fare for å misforstå hverandre eller tape flyt i samtalen. Terapeuten mister også en viktig kilde til informasjon om pasientens måte å relatere seg på, så vel som en mulighet til å kommentere eller utforske kroppsspråk eller holdninger, slik som tydelig ansenhet eller unngåelse av blikkkontakt.

En beslektet utfordring er at man ikke er i den skjermete situasjonen som forbindes med en terapeuts kontor, med de muligheter for konsentrasjon, følelse av nærhet og samarbeid som det gir. I hjemmemiljøet kan pasienten utsettes for forstyrrelser som truer sammenheng og fortrolighet i samtalen. Dessuten kan terapeuten oppleve å ha noe mindre kontroll og oversikt enn i tradisjonelle kontormøter.

Enkelte pasienter har gitt uttrykk for at de ikke ønsker samtaler over telefon, fordi de har angst for å snakke i telefon eller har behov for å opprettholde et skille mellom terapirommet og privatrommet. En oppringning fra terapeuten kan da oppleves som at terapeuten trenger seg inn i en del av pasientens liv der terapeuten ikke er invitert. Dessuten kan pasienten ønske å hindre sine omgivelser fra å få innblikk i at han eller hun har samtaler med en terapeut over telefon.

Vår erfaring er at forutsigbarheten og kvaliteten i telefonsamtalene er på sitt beste når viktige momenter som tidspunkt, varighet, formål og innhold i samtalene er avtalt på forhånd. Ved Kveldspoliklinikken mottar alle som henvises, et informasjonsbrev der de orienteres om det

forestående telefonintervjuet. Når telefon benyttes i avslutningen av terapien, diskuteres rammene for dette med pasienten. Vi benytter faste avtaler, slik at samtalene får preg av konstruktivt samarbeid og veiledet selvhjelp.

Vårt forslag er at du som terapeut skaffer deg dine egne erfaringer med bruk av telefon i behandlingsøyemed, for eksempel ved å nevne for enkelte av pasientene dine at valgmuligheten finnes. Når du har kommet i gang, kan du og din pasient evaluere fordeler og ulemper. Vi opplever at mange av våre pasienter setter pris på denne muligheten, og vi synes selv det er lærerikt og inspirerende med en slik utvidelse av vårt terapeutiske tilbud.

Torkil Berge
Distriktpsikiatrisk senter Vinderen
Diakonhjemmet sykehus
Pb 85 Vinderen, 0319 Oslo
Tlf. 22 02 98 00
E-post torkil.berge@diakonsyk.no

Referanser

- Bastien, C. H., Morin, C. M., Ouellet, M.-C., Blais, F. C., & Bouchard, S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for insomnia: Comparison of individual therapy, group therapy, and telephone consultations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 653–659.
- Beckner, V., Vella, L., Howard, I., & Mohr, D. C. (2007). Alliance in two telephone-administered treatments: Relationship with depression and health outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 508–512.
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Trange rom og åpne plasser. Hjelp til mestring av panikk, angst og fobier*. Oslo: Aschehoug.
- Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi* (3. reviderte utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Carlbring, P., & Smit, F. (2008). Randomized trial of internet-delivered self-help with telephone support for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 1090–1094.
- Dallavara, H., Berge, T., & Brennen, T. (2010). Psykologisk behandling og assistert selvhjelp ved depresjon og angst: Evaluering av sykefraværprosjektet Kveldspoliklinikken raskere tilbake. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Antatt for vurdering.
- Grote, N.K., Zuckoff, A., Swartz, H., Bledsoe, S. E., & Geibel, S. (2007). Engaging women who are depressed and economically disadvantaged in mental health treatment. *Social Work, 52*, 295–308.
- Hailey, D., Roine, R., & Ohinmaa, A. (2008). The effectiveness of telemental health applications: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*, 769–778.
- Honkalampi, K., Tanskanen, A., Hintikka, J., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2001). Does the cellular phone help communicate when face-to-face contacts are difficult? *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 373.
- Leach, L. S., & Christensen, H. (2006). A systematic review of telephone-based interventions for mental disorders. *Journal of Telemedicine and Telecare, 12*, 122–129.

- Lovell, K., Cox, D., Haddock, G., Jones, C., Raines, D., Garvey, R., Roberts, C., & Hadley, S. (2006). Telephone administered cognitive behaviour therapy for treatment of obsessive compulsive disorder: randomised controlled non-inferiority trial. *British Medical Journal*. BMJ, doi:10.1136/bjm.38 940.355 602.80.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., & Vella, L. (2007). Reduction in disability in a randomized controlled trial of telephone-administered cognitive-behavioral therapy. *Health Psychology*, 26, 554–563.
- Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, J., Catledge, C., Honos-Webb, L., Vella, L., & Tasch, E. T. (2005). Telephone-administered psychotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1007–1014.
- Olsen, B., & Berge, T. (2008). Britisk storsatsning på psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 579–585.
- Prochaska, J.O., & Prochaska, J.M. (2008). Termination at each stage of change. I: W. T. O'Donohue & M. A. Cucciare (red.), *Terminating psychotherapy. A clinician's guide* (s. 147–180). New York: Routledge.