



FOTOS: COLOURBOX

Behandling over

Skype

En 15-årig pige med angst, bosat i Holland, har modtaget terapi fra Danmark. Over internettet, via Skype. Læs om casens forløb og de særlige udfordringer i behandlingen.

På Psykologisk Instituts Forsknings- og Undervisningsklinik ved Aarhus Universitet blev vi for nylig kontaktet af moderen til en 15-årig pige, ”Ida”, som har svære angstproblemer. Familien er dansk, men bosat i Holland og kunne derfor ikke møde op i vores klinik. Ida har tidligere modtaget adskillige behandlingsforløb i Holland uden effekt.

Vi tilbød, at Ida som et eksperiment kunne blive behandlet over Skype, og aftalte, at terapien skulle udføres af to psykologstuderende tilknyttet klinikken under supervision, samt at vi ville følge vores sædvanlige behandlingsprogram.

Vores aktuelle behandling følger et manualiseret behandlingsprogram og forløber typisk over ti sessioner. Både den unge og forældrene får udleveret arbejdshæfter, hvor de enkelte sessioner og hjemmearbejdet er beskrevet. Inden og efter behandlingen foretages et diagnostisk interview med den unge og forældrene, og de udfylder elektronisk en række spørgeskemaer.

Ved behandlingens start har Ida store vanskeligheder med at være væk fra forældrene. De sidste tre år har hun haft meget skolefravær de første måneder efter sommerferien. Når Ida kommer i skole, går første del af dagen med at sidde hos skolesygeplejersken og græde. I fritiden er Ida hjemme, fordi hun er bange for at besøge veninder eller tage til byen uden sine forældre. Hun tør ikke tage i biografen eller overnatte hos andre. Ida har ikke deltaget i en tur med skolen, siden hun var ti år, og det piner hende, at hun ikke kan gøre det samme som sine jævnaldrende. Ida føler sig mærkelig, er meget bange for at græde foran andre og har indimellem tanker om at tage sit eget liv, når det hele bliver for svært.

Ida er ellers en fagligt dygtig pige, der fx tilbydes ture til udlandet af skolen, men angsten forhindrer hende i at tage mod tilbuddene. Ida er populær blandt sine veninder og har i situationer, hvor angsten ikke forstyrrer hende, gode sociale kompetencer. Vores diagnostiske interview viser, at Ida opfylder kriterierne for separationsangst, generaliseret angst og agorafobi uden panikangst.

Undervejs med Ida

I behandlingen bruger vi gratisprogrammet Skype, der gør det muligt for os at se og tale med familien i realtid: De sidder ved deres computer med webkamera i Holland, og vi befinder os i Danmark.

I første del af behandlingen arbejder familien med Idas bekymringer. Forældrene lærer at stille Ida spørgsmål, der hjælper hende til at finde mere realistiske tanker, frem for at berolige hende, når hun kommer til dem med sine bekymringer: ”Hvad er det værste, der kan ske, hvis du bliver ked af det i skolen og vi ikke er i nær-

heden? Hvor sandsynligt er det, at dine veninder vil tænke, at du er mærkelig, hvis du græder?” Ida begynder selv at bruge denne teknik og ser efterhånden mere nuanceret på sine bange tanker: ”Selv om jeg bliver ked af det, har jeg ikke oplevet, at andre tænker dårligt om mig. Min lærer og veninder vil kunne hjælpe mig, når mine forældre ikke er der.”

Forældrene ønsker, at der hurtigt skal ske fremskridt for Ida. De spørger meget ind til hendes hjemmearbejde og har svært ved at lade Ida tage ansvar for angstarbejdet. I sessionerne taler vi med familien om vigtigheden af, at behandlingen bliver Idas projekt, og at forældrenes rolle er at være støttende.

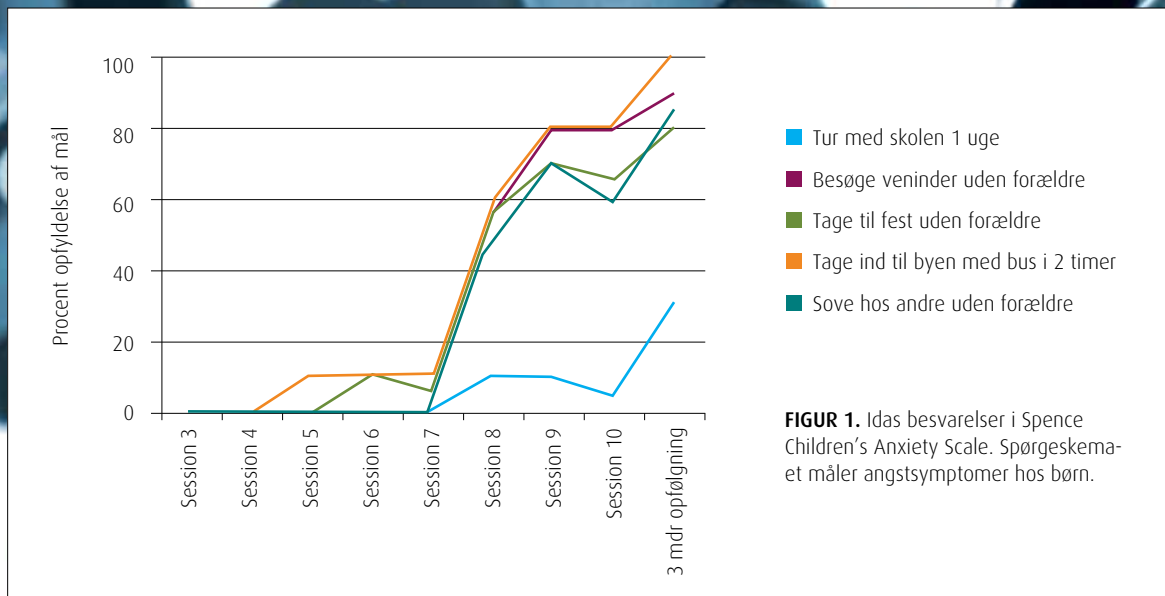


I behandlingen bruger vi Skype, der gør det muligt for os at se og tale med familien i realtid: De sidder ved deres computer med webkamera i Holland, og vi befinder os i Danmark.

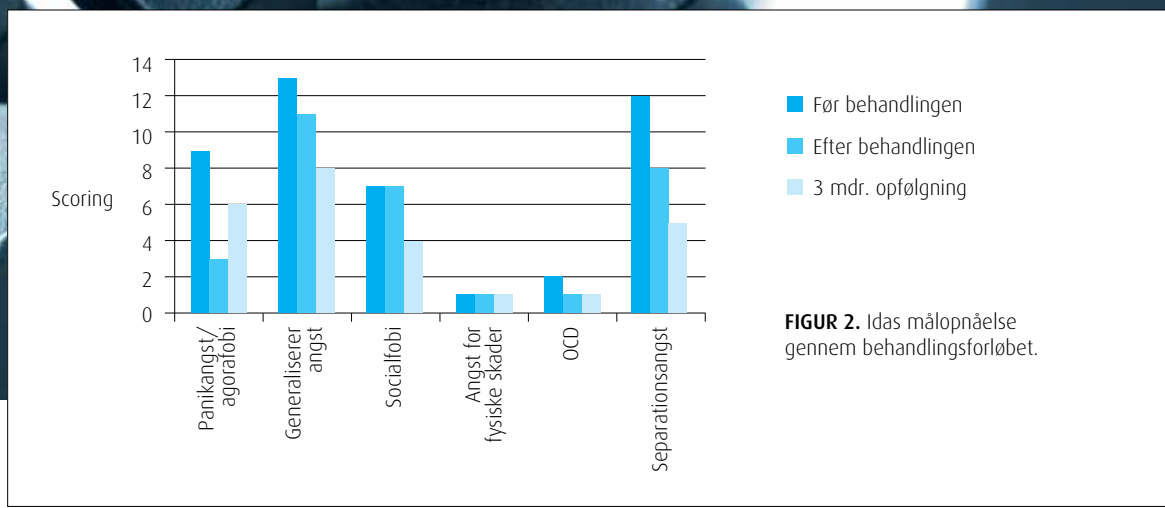
I anden del af programmet udarbejder Ida ”trappetiger,” dvs. de-ler svære situationer op i mere overkommelige trin. Hun ønsker eksempelvis at kunne besøge en veninde, hvor nederste trin er at være hos veninden i kort tid, mens mor drikker kaffe med venindens forældre. Ida nedskriver mange trappetiger, der omhandler angstprovokerende situationer, men kan i ugevis ikke komme i gang med eksponeringen. I sessionerne græder Ida, så mascaraen løber hende ned ad kinderne og siger opgivende: ”Det er alt for svært – jeg ved ikke, om det er det værd.” Forældrene er ligeledes opgivende. De har en tendens til at fokusere på det, der fortsat er svært for Ida, og har vanskeligt ved at anerkende og belønne hendes anstrengelser.

På grund af Skype-formatet og Idas vanskeligheder med at starte på eksponeringen beslutter vi at tilbyde familien en session i København. Ida forventer på forhånd ikke, at hun vil kunne være væk fra forældrene, men klarer at gå med os uden forældrene gennem gågaden. For at kunne udholde angsten anvender Ida teknikken ”følelssurfing”, hvor hun har fokus på at beskrive det, der sker omkring hende frem for at dykke ned i bekymringerne. Ida går med os ind i en biograf, hvor hun først prøver at sidde alene i en lille biografsal og arbejder sig op til at sidde i biografens største sal. Ida har før dette ikke turde være i en biograf i flere år. Forældrene er stolte, og Ida er overrasket over den vellykkede eksponering.

>



FIGUR 1. Idas besvarelser i Spence Children's Anxiety Scale. Spørgeskemaet måler angstsymptomer hos børn.



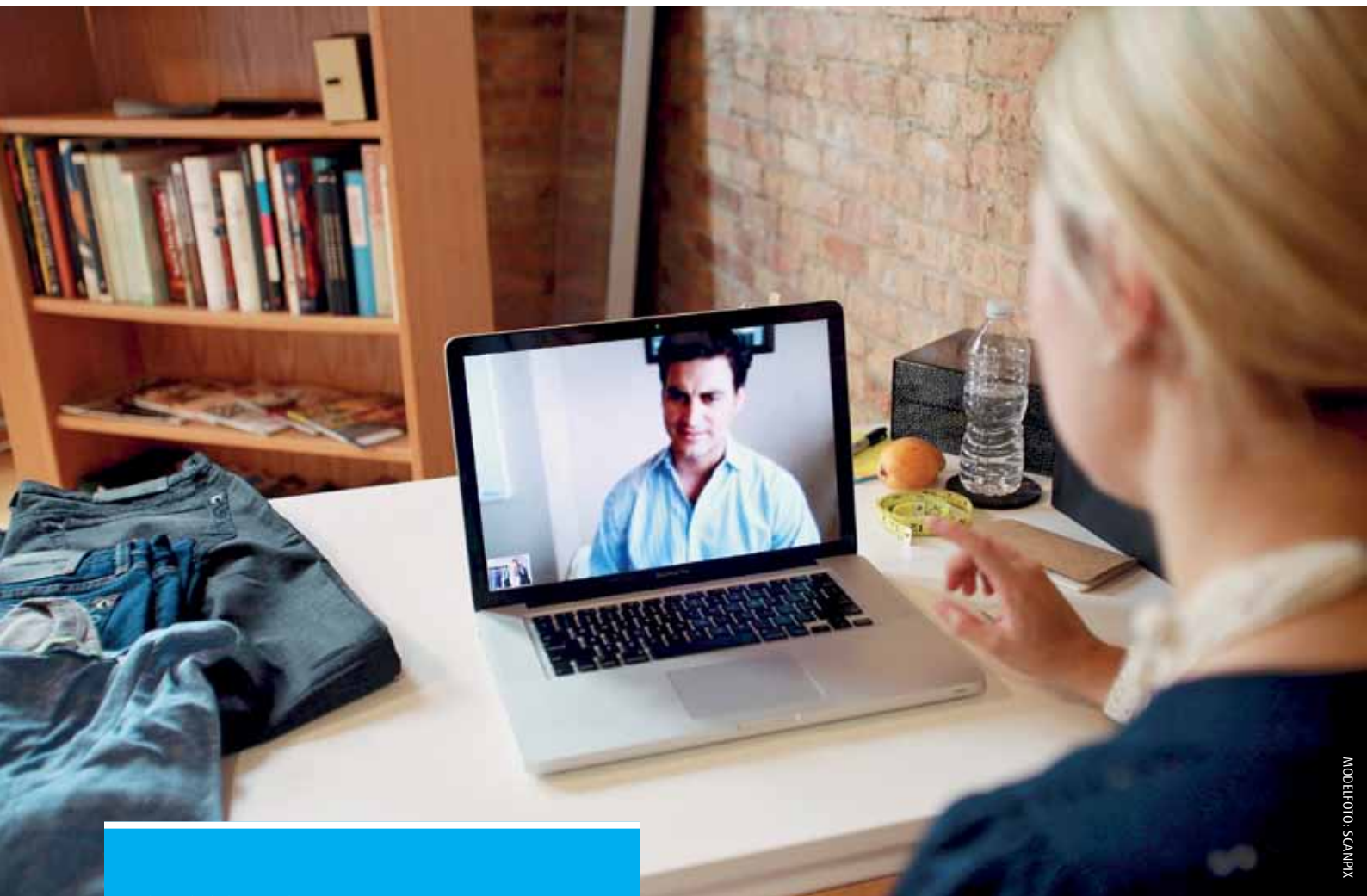
FIGUR 2. Idas målopnåelse gennem behandlingsforløbet.

➤ I sidste del af behandlingen begynder Ida selv at eksponere efter succesoplevelserne i København. Særligt svære eksponeringsopgaver, som vi normalt træner sammen med børnene i klinikken, gennemfører Ida med direkte telefonstøtte fra os. Ida ringer fx, mens hun sidder grædende i bilen på skolens parkeringsplads inden en skolefest. Ida støttes i at huske og anvende programmets teknikker og med os i røret kommer hun ind på skolen og klarer selv resten af aftenen.

For at stadfæste Idas læring mødes vi inden behandlingsafslutning med familien i Aarhus, hvor Ida eksponerer. Ida formår efterfølgende at afvikle telefonstøtten. Ida kommer nu i skole hver dag uden forældrene og deltager i næsten alle timer. Hun tager i biografen, går på café med sine venner og deltager på korte udflugter med skolen. Forældrene begynder samtidig at ændre deres opfattelse af Ida fra en skrøbelig pige, de skal beskytte, til en selv-sikker teenager, der selv tør ting.

Efter behandlingsafslutningen møder Ida ikke længere de diagnostiske kriterier for de diagnoser, hun opfyldte ved behandlingsstart, og hun har ikke længere tanker om, at livet ikke er værd at leve. Ida scorer desuden betydelig lavere i flere af de spørgeskemaer, hun udfylder efter behandlingen, end inden behandlingen, og hun er tæt på at have opnået størstedelen af sine mål.

Vi følger op med få supplerende samtaler over Skype det næste halve år. Idas bedring forsætter, og hendes skolestart efter sommerferien forløber uden problemer. Hun overnatter nu hos venner, men har fortsat bekymringer om at skulle deltage i skoleudflugter med overnatning. Ida formår dog at tage med klassen en uge til Paris med forældrenes støtte. Ida fortæller: "Mit liv har været som et computerspil, hvor jeg ikke forstod reglerne. Nu har jeg lært reglerne, så nu skal jeg bare stige i level, og det er jeg allerede i gang med."



MODELFOTO: SCANPIX

BAGGRUND

Psykologisk Instituts Forsknings- og Undervisningsklinik ved Aarhus Universitet tilbyder manubaseret kognitiv adfærdsterapeutisk behandling til børn og unge med angst. Der henvises til artiklen "Behandling af børns angst", Psykolog Nyt 7/2011.

Læs om angstklinikken på psy.au.dk/angstklinik

> **Behandling over internettet?**

I behandlingen oplevede vi både fordele og udfordringer ved at anvende Skype.

En væsentlig fordel ved Skype-formatet var, at familien kunne modtage behandlingen i eget hjem uden hensyn til afstande over landegrænser. Det betød, at familien ikke behøvede at flytte til Danmark for en periode for at kunne få et dansksproget behandlingstilbud. Familien oplevede det desuden som en væsentlig fordel ikke at skulle bruge tid på transport.

Vi forventede, at det ville være sværere at opnå en god behandlingsalliance med familien over en skærm, end hvis vi havde befundet os fysisk i samme rum. Det viste sig imidlertid, at hverken vi eller familien opfattede Skype-formatet som en hindring for alliancen. Fx var det første gang, at Ida var villig til at fortælle om sin angst og deltage i et behandlingsforløb, selv om dette tidligere var forsøgt i Holland. Familien fortalte åbent og tillidsfuldt om deres oplevelser med programmet, succeser og udfordringer, og vi oplevede ingen forskel i kontakten til dem sammenlignet med de familier, som vi normalt møder i Angstklinikken.

Familien fortalte: ”Vi har ikke følt, at det var Skype. Det har været så konkret, så det ikke har været nogen barrikade. Vi har jo både grinet og grædt, og det synes vi er et meget godt bevis på, at det ikke virker kunstigt, fordi det var en skærm.”

Vi oplevede, at vores formidling af behandlingsprogrammets teknikker blev vanskeliggjort ved, at vi ikke havde mulighed for tavlegennemgang, som normalt anvendes i Angstklinikken til at forklare teknikker for at gøre dem lettere forståelige for familierne. Over Skype var det ikke praktisk muligt at medtage både tavlen og os behandlere i skærbilledet på én og samme tid. Når webkameraet pegede mod tavlen, havde familien desuden svært ved at se, hvad vi skrev, og dermed blev der brugt uhensigtsmæssigt meget tid på at læse op i sessionerne. Denne udfordring kan overkommes ved at anvende et mere avanceret program end Skype med mulighed for, at terapeut og klient i sessionerne kan skrive samtidig på skærmen.

En anden udfordring var, at vi ikke kunne læse med i familiens arbejdsbøger og dermed følge med i, om Ida og forældrene havde forstået øvelserne rigtigt. Dette bevirkede igen, at der gik tid fra sessionerne med, at familien måtte læse højt for os.

I de første sessioner græd Ida ofte og gav udtryk for, at hun havde selvmordstanker. Vi var her bekymrede for, at Ida ville slukke for sin computer eller forlade rummet, og at vores handlemuligheder ville være begrænsede, fordi vi fysisk befandt os langt væk og ikke ville kunne følge efter hende og hjælpe. Selv om dette aldrig skete, blev vi opmærksomme på, at sådanne situationer kunne være yderst vanskelige at håndtere over Skype. I Idas tilfælde valgte vi at indgå en aftale med forældrene om, at de befandt sig et andet sted i huset under Idas del af sessionerne og dermed hurtigt kunne træde til, hvis det blev nødvendigt.

Vi oplevede desuden, at Skype til tider havde dårlig video- og lyd kvalitet, hvilket kunne gøre det vanskeligt at se Ida tydeligt og forstå, hvad hun sagde. Dette var en særlig udfordring, fordi vi havde svært ved at opfatte, når Ida var ved at blive ked af det. En mulig løsning kunne igen være et mere avanceret program med bedre billed- og lyd kvalitet.

Familierne støttes normalt af behandlerne til in-vivo eksponering i sessionerne. Fx tager behandlerne med familierne ned i byen og hjælper med særlig vanskelige eksponeringsøvelser. Det var en udfordring, at vi ikke kunne tilbyde Ida denne støtte over Skype. Vi valgte derfor at mødes fysisk med familien to gange under forløbet og gav telefonstøtte. For Ida tror vi, at eksponeringssessionerne og telefonstøtten var vigtige for hendes fremskridt. Det er dog muligt, at børn og unge med mindre svær angst end Ida ikke vil have behov for, at Skype-behandlingen suppleres.

Endelig indebar brugen af Skype, at Ida og forældrene ikke fik mulighed for at mødes og udveksle erfaringer med andre familier tilknyttet klinikken. Familien gav udtryk for, at de havde savnet dette i behandlingen, hvorfor vi sidst i forløbet forsøgte at etablere mailkontakt mellem Ida og en jævnaldrende pige, der havde modtaget behandling i Angstklinikken. Vi oplevede dog, at det var svært for pigerne både at indlede kontakten og tale sammen om

deres erfaringer, fordi de aldrig havde mødtes. Havde kontakten været etableret tidligere, eller havde familien været en del af en gruppe, der alle havde modtaget behandling over internettet, er det muligt, at denne udfordring kunne være overkommet.

Internetbaserede behandlingsformer

Digitale og internetbaserede behandlingsformer for børn og unge som fx selvhjælps cd-rommer (Cool Teens), online programmer (BRAVE) og videokonference, hvor behandlingen foregår over en computerskærm, mens terapeut og klient kan se og høre hinanden i realtid, anvendes i stigende grad [1-4].

Der har ikke kunnet påvises forskelle i effekten af internetbaserede interventionsformer sammenlignet med traditionel kognitiv adfærdsterapeutisk behandling af angstlidelser inden for voksenalderen. På børneområdet findes der begrænset forskning, men digitale og internetbaserede behandlingsformer har vist sig mere effektive end ventelistekontrolgrupper [5, 6]. Undersøgelser med voksne har vist, at der ikke er forskel i kvaliteten af den kontakt, der er mellem terapeut og klient ved videokonference-behandling og terapi, hvor terapeut og klient er fysisk til stede i samme lokale [5, 7].

I denne enkeltstående case gav behandling over Skype suppleret med to eksponeringssessioner og telefonstøtte gode resultater. Fremtidig forskning inden for området kan bidrage til at afprøve og forbedre formatet yderligere, således at flest mulige børn og unge med angst kan få et behandlingstilbud. ■

Nanna Marie Mortensen, stud. psych.

Tina Clausen, stud. psych.

Mikael Thastum, lektor, leder af Angstklinikken for Børn og Unge

REFERENCER:

- [1] Cunningham, M.J., Donovan, C.L., & March, S. (2007). In Einstein D. A. (Ed.), *Developing and delivering computer-based CBT for anxiety disorders in young people*. Bowen Hills, QLD, Australia: Australian Academic Press.
- [2] Spence, S.H., Donovan, C.L., March, S., Gamble, A., Anderson, R., Prosser, S., & Kenardy, J. (2008). Online CBT in the treatment of child and adolescent anxiety disorders: Issues in the development of BRAVE-ONLINE and two case illustrations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(4), 411-430.
- [3] Wuthrich, V.M., Rapee, R.M., Cunningham, M.J., Lyneham, H.J., Hudson, J.L., & Schniering, C.A. (2012). A Randomized Controlled Trial of the Cool Teens CD-ROM Computerized Program for Adolescent Anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(3), 261-270.
- [4] Cunningham, M.J., Wuthrich, V.M., Rapee, R.M., Lyneham, H.J., Schniering, C.A., & Hudson, J.L. (2009). The cool teens CD-ROM for anxiety disorders in adolescents: A pilot case series. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(2), 125-129.
- [5] Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Rournier, T., Renaud, P., & Lapierre, J. (2004). Delivering Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Videoconference. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10, 13-25.
- [6] Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M., & Guay, S. (2009). Effectiveness of Cognitive Behavioural Therapy Administered by Videoconference for Posttraumatic Stress Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38, 42-53.
- [7] Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29-35.