

POSTPRINT

<Fagfelle-godkjent manuskript til Tidsskrift for Norsk Psykologforening >
<publisert 2002, 39(6), s.507-513 – informasjon i hakeparenteser tilføyd senere>

Brukervennlige egenskaper eller uforsvarlig lettvinhet? En kasusstudie av psykoterapi via e-post

Rimehaug, Tormod Siri M. <Siri Marte Hollekim-Statsnd>

Stikkittel : Terapi via e-post

Adresser for kommunikasjon : BUP, Sykehuset Levanger, 7600 Levanger
Tlf 74 09 82 62. Faks 90 33 12 82.
E-post Tormod.Rimehaug@medisin.ntnu.no

ABSTRACT

A therapeutic contact through e-mail is described by both the patient and her therapist. Physical distance and emotional intimacy, freedom from schedules and time-limitations, later reflections on the written dialog and the nature of electronic conveyed relationships are discussed. Differences in patient-characteristics are discussed in relation to the characteristics of therapeutic e-mail communication and possibilities for helpful or dangerous practice. Electronically assisted psychological services are pointed out as necessary areas for discussion and guidance among clinicians.

Innledning (TR)

Denne artikkelen beskriver en terapi via e-post. Erfaringen drøftes av pasienten (SM) og terapeuten (TR) med utgangspunkt i våre refleksjoner under arbeidet. De sentrale temaene er fordeler og betenkeligheter e-post kan ha i terapeutisk arbeid, og juridiske, etiske og terapeutiske implikasjoner.

Resultatet var entydig positivt, men kunne resultatet like godt blitt negativt? Hva var forutsetningene for at det ble bra? Hva er denne kommunikasjonsformens særegne muligheter, fordeler, ulemper og farer? En diskusjon mellom oss, pasient og terapeut, under avslutningen av terapikontakten, ble utgangspunkt for å formidle våre erfaringer til andre terapeuter og pasienter.

Den første e-postkontakten mellom oss var en pragmatisk tilfeldighet. Mange år etter en tidligere kontakt henvendte Siri seg for å få hjelp i en ny krise. Hun skrev et brev med anmodning om en uttalelse. På grunn av hastverk ble en oppgitt e-postadresse tatt i bruk for å formidle noen korte beskjeder fram og tilbake. I disse meldingene formidlet Siri også noen tanker og følelsesuttrykk knyttet til krisen. Hun følte behov for profesjonell hjelp for å komme videre, men hadde i praksis få muligheter for rask tilgang til det. Jeg foreslo å fortsette med telefonsamtaler eller en dialog via e-post.

Min historie (SM)

For ti år siden, 16 år gammel, var jeg utvekslingsstudent på New Zealand. En kveld, på vei hjem med fire venner fra fest i en annen by, frontkolliderte vi med en motgående bil. Senere fikk jeg vite at føreren av den andre bilen hadde opp mot 2 i promille og var påvirket av narkotika. Hun kjørte over i vårt kjørefelt. Vi prøvde å komme unna, men greide det ikke. Jeg hoppet ut av bilen før det smalt. Tok av meg førerbeltet, åpnet døren, spente fra og landet i grøften. Ingen store skader. Jeg mener å erindre Marias ansikt gjennom bilvinduet. Det var bekmørkt, og det var vel flammene som gjorde at jeg kunne se henne. Hun så død ut. Jeg fikk, på en eller annen måte, dratt henne ut av bilen og bort fra vraket. Jeg løp tilbake til den brennende bilen og krøp inn i den for å forsøke å få de andre ut. Det var vel her jeg ble brent. Jeg er blitt fortalt at tjære og plastikk hadde rent ned i hodet mitt og utover kroppen min, og at flammene må ha vært veldig nære. Jeg mener å huske at Allan ba meg komme meg ut. Er det drøm eller er det virkelighet? Jeg løp til nærmeste motell, kom inn bakdøren. Ropte og skrek at ”de må reddes” og lette desperat etter en vannkilde. Jeg rev av meg bukse og genser, og ville løpe tilbake til vennene mine i bilen. Bilen eksploderte. Nathan, Allan og Kate døde. Maria sier hun satt i veikanten lengre unna og så på, men hun husker, som meg, svært lite.

Etter dette fulgte kaos. Inn og ut av søvn. Venner i vinduet vinket inn i sykerommet mitt, jeg lå i isolasjon, de gråt. Jeg sa at alt var vel, at ingen hadde det vondt. Etter to dager orket jeg ikke mer, personalet trakk for gardinene.

Begynte selv å gråte. Jeg husket ingenting. Følte jeg hadde gjort noe galt. Jeg sørget, men skjønte ikke at det var sant. De var døde, jeg levde.

Hvorfor? Jeg ville dø med dem, det lokket. Så jeg dem ved sengen, hørte at de snakket til meg? Jeg ville iallfall se dem. Det var ikke nødvendig å spise.

Bare jeg fikk sprøytene som lot meg svimle avgårde i intet var livet så godt som det da kunne bli. Jeg var utenfor alt. Fikk ikke være med i bisettelsene, fikk ikke se at det hele ikke bare var en vond drøm.

Jeg ble operert, fikk vite at jeg ikke ville få håret tilbake, og reiste hjem til Norge for videre behandling ved Haukeland sykehus. Denne behandlingen tok år.

Jeg møtte psykolog Tormod Rimehaug til noen få samtaler etter ca. et halvt år mest fordi foreldrene mine ville det. Men jeg ville egentlig ikke ha hjelp, jeg var jo flink til å ”snakke om det”...

Høsten 2000, ni år etter ulykken, begynte jeg i turnustjeneste. Jeg fikk tildelt et turnussted ca. 7 mil fra der jeg bor. Jeg valgte å dagpendle da jeg ikke ville flytte fra hjemmet vårt. Veien jeg kjørte er en av Norges verste ulykkesveier. Demonstranter, som ønsket utbygging og sikring av veien, demonstrerte med sorte skilter med hvit skrift: ”Hvem blir den neste?”. Store hvite kors var reist bak på sorte biler.

Det regnet hele denne høsten, det var mørkt når jeg reiste hjemmefra og mørkt når jeg nådde hjem. ”Skyggene fra fortiden”, som hadde sittet i baksetet oftere og oftere, kom nå mye nærmere. Nathan satt i setet ved siden av meg. Allan og Kate satt bak, alle som de gjorde ulykkesnatten. Maria som overlevde var ikke der. De var sinte på meg, og dette ble en forferdelig hemmelighet som jeg måtte bære alene. Jeg oppdaget at jeg var i ferd med å ”forsvinne i skrekken”, og jeg følte meg syk bare ved tanken på å kjøre alene til turnusstedet.

Jeg bestemte meg for at jeg ikke ville eller orket å ta opp kampen som jeg har kjempet så mange ganger. Å kjøre korte kjente avstander var ikke noe problem, men denne veien greide jeg ikke! Jeg ville bytte turnussted så jeg slapp dette. Jeg søkte fylkeslegen, men fikk avslag. Jeg trengte ekspertuttalelse. Den eneste fagpersonen jeg hadde gått til som kunne uttale seg om dette var Tormod Rimehaug. Jeg skrev et brev hvor jeg la frem problemstillingen.

Han kontaktet meg via e-post og inviterte til telefonsamtale. Dette kviet jeg meg for, ikke fordi jeg var redd for å snakke med Rimehaug, slik som rett etter ulykken, men ... Jeg hadde aldri uttalt disse følelsene, jeg hadde bare skrevet dem ned, delvis i brevet. Vi fikk tilfeldigvis ikke kontakt over telefon, vi ringte om hverandre, så jeg benyttet meg heller av muligheten til å svare med e-post.

Terapeutens overveielser i innledningen (TR)

I mangelen av lokalt behandlingstilbud tenkte jeg at e-postdialogen med Siri ga en mulighet (alternativt til telefon) for en kriseintervensjon som kunne gi en vesentlig terapeutisk effekt. Hun hadde en positiv og tillitsfull relasjon til meg etter forrige behandlingskontakt, selv om hun den gang var lite motivert. Jeg kjente historien som var bakgrunn for de aktuelle problemene. Dette gjorde det mulig å ”komme raskt til saken” og å bruke kjennskapet til henne i vurderinger og forslag til tolkninger av reaksjoner og tanker. Siris evne til å ta vare på seg selv var god, og jeg visste at hun ikke bodde alene. I starten hadde jeg ingen betenkeligheter på forsvarligheten i en slik behandlingsform utfra min oppfatning av hennes ressurser.

Meldingene Siri skrev var lange og varierte. De vekslet mellom spontane følelsesuttrykk, beretninger, spørsmål og refleksjoner. Innholdet i mine svar var som i andre samtaler i kriser: støttende tilbakemeldinger, refleksjoner, spørrende tolkninger, forslag til vurderinger og utfordringer til tanke eller handling. Responstiden varierte mellom ett og fem døgn begge veier. I tidsbruk må hennes meldinger ha tatt fra en halv til flere timer å skrive, men å lese og svare på dem tok typisk 10-20 minutter. Kontakten ble avsluttet med å møtes en gang direkte. Krisen var over etter seks uker og utveksling av ni terapeutiske e-postmeldinger i hver retning. ”Skyggene fra fortiden” var ikke lenger truende, og de forsvant etter hvert helt.

Siri kommenterte en rekke ganger spontant hvordan det fungerte å ha kontakt via e-post. Dette ble en utfordring til å reflektere over hva som er spesielt med e-post som kommunikasjonsmiddel i en terapeutisk sammenheng. Utklipp av disse kommentarene er vevd inn sammen med hennes tanker i ettertid nedenfor.

Siris perspektiv (SM)

Kommunikasjon via e-post ble min ”redning”. Jeg kunne sette meg ned og skrive når jeg ville, når jeg følte for det. Jeg skrev lange meldinger: Tormod svarte med korte og konsise. Akkurat perfekt for meg. Det var så lett, så distansert og dog, så nært og trygt. Det var bare meg og datamaskinen, ingen som dømte. Bare en veileder. Tormod kjente meg fra før, og det overrasket meg hva han hadde plukket opp av følelser etter ulykken. Han hentet dem opp, en etter en, ofte ikke direkte, men via utfordringer. Jeg forsto fort at jeg trengte mer enn hjelp til flukten fra turnusstedet. Jeg trengte hjelp til å bli venn med ”skyggene” mine.

Det spesielle ved å bruke e-post for meg var at det følte som å ha et nesten uendelig fritt rom:

”Godt bare å sende denne mailen ut i ”intet” og ha fått sagt det. På ville vidder kan du få meg. Hva kan ikke et menneske få lirt utav seg så lenge det er om seg selv. Her sitter jeg og skriver side opp og side ned om alt mellom himmel og jord. Enkle ting som bare faller meg inn i det jeg slår (litt for) hurtig på tastaturet.”

Det var en spesiell frihet og spontanitet i det å sette seg ned og skrive, når en følte for det, i trygge hverdagsomgivelser:

”Bikkjene ligger om bena mine nå.”

Når jeg leser meldingene mine i ettertid ser jeg at spennet mellom spontanitet og kaos, kontroll og struktur var noe som opptok meg og som var veldig tosidig:

”Jeg liker ikke å sende deg slike mailer. Jeg vil være ”ryddet opp” og taklende. Jeg har brukt fredagen til å gremme meg over den ”tapte mailen”. Den mailen beskrev følelser i nuet / den spontane reaksjon på utfordringen, nå kommer det spontane i en smule mer bearbeidet versjon, dog kaos er det ennå.”

Skrittet mellom å skrive og å sende ga en mulighet for sensur, men også for aktivt å velge å la de spontane uttrykkene stå. Angrefristen ga økt kontroll. I praksis brukte jeg denne fristen til å åpne opp for det vanskelige heller enn å skjule og lukke det til:

”Men dette ”forum” åpner meg ... på en annen måte Jeg stopper nå, kunne sikkert skviset dette inn på noen linjer, men lar det stå ... for sånn tenker jeg nå.”

E-postformen ga meg en konkret innfallsvinkel til selvrefleksjon – ved at mine egne meldinger kunne gjennomleses flere ganger både før sending og senere:

”Synes det er tungt å skrive ”jeg” så mange ganger i mailene, men jeg lar meg gjøre det igjen...”

Det ga også mulighet for å lese terapeutens meldinger på nytt.

”Har lest mailene dine flere ganger. Jeg mener at jeg får hentet mye ut av dem ... blir litt bedre kjent, kjent med meg og ulykken.”

Den elektroniske dialogen – kritikk og betenkeligheter (TR)

Etter noen runder med meldinger stoppet jeg opp for å tenke etter om det var etisk og faglig forsvarlig og tjenlig for Siri som pasient at jeg ikke møtte henne direkte. Hvordan kunne jeg vite at hun ikke var i suicidalfare, led av alvorlig depresjon eller realitetsbrist uten å se henne direkte – bare ut fra skriftlige utsagn? Kunne jeg basere meg på tekst i forhold til å vurdere emosjonalitet og rasjonalitet, og klare meg uten ikke-verbale signaler, som kroppsspråk og ansiktsuttrykk?

Jeg hadde heller ikke tenkt over datasikkerhet og konfidensialitet som mulige problemer og brukte derfor ikke kryptering. Angivelig skal sikkerheten med e-post på Internett være tvilsom.

Faren for feiladressering ved menneskelig svikt er også tilstede. Dessuten – hvem hadde tilgang til hennes PC? Slik sett ivaretok jeg ikke sikring av potensielt følsomme opplysninger og pasientens konfidensialitet.

I ettertid ble jeg også betenkt over flere mangler: Det hadde ikke blitt avklart noen forventninger mht. responstid og alternativ kontaktvei ved tekniske eller praktiske hindringer. Ved brudd på fjernkommunikasjonen vil det oppstå usikkerhet om hvorfor en ikke får svar: Er relasjonen ”brutt”, er det tekniske problemer, leverandørstans, en ubetalt regning eller en uforutsett tidsmangel? Vi opplevde ett kontaktbrudd underveis av tekniske grunner, og en dårlig identifisert SMS-melding som ble sendt for å oppklare, økte først forvirringen.

Det var heller ikke avtalt noen løsning på akutte behov (fordi det syntes uaktuelt), mens den formelle rammen for og definisjonen av kontakten var klart beskrevet. I ettertid har jeg forstått at jeg gjorde noe ulovlig ved å gjennomføre e-postkontakten og at jeg begikk en personlig risiko ved ikke å ha sørget for godkjenninger og ryggdekning fra ulike tilsyn og fra arbeidsgiver.

For noen er kommunikasjon gjennom e- post en lite gjennomtenkt selvfølghet i hverdagen, både privat og profesjonelt. Andre ser en fare for at fjernkommunikasjon og datateknologi fremmer umenneskeliggjøring og relasjonsløshet. Noen er bekymret for skadevirkningen ved å møte mennesker med alvorlige vansker gjennom en upersonlig terapeutisk tilnærming foran en datamaskin. Salg av ukvalifiserte og uforsvarlige tilbud om elektronisk formidlet terapi på Internett reises også som en betenkelig mulighet.

Det kan være nyttig å sammenligne e- post med en gammel form for fjernkommunikasjon: Brevet. Brevskrivning har vært blant våre viktige terapeutiske og emosjonelle kommunikasjonsformer i århundrer. Brev gir mulighet for idyllisering og tildekning som mottakeren ikke kan kontrollere eller gjennomskue, men innbyr også til emosjonell nærhet og fortrolighet – kanskje nettopp på grunn av den fysiske avstanden og den intense konsentrerte formen et brev kan ha.

Likhetene mellom e-post, brev og dagboksnotater er åpenbare. Men psykoterapeuter har lite tradisjon for og trening i bruk av terapeutisk skriving. Det er være behov for å studere og utvikle skriving som et selvstendig terapeutisk virkemiddel uavhengig av formidlingsform og terapeutisk kontekst.

Erfaringen med e-postterapiens muligheter (TR)

Dialogen med Siri bygget på at vi tidligere hadde etablert en relasjon. Likevel kommenterer hun i en melding opplevelsen av å være i sin egen prosess med en (fjern) veileder. Denne måten å forholde seg til terapeuten på handler kanskje om hennes evne til å være selvgående i terapiprosessen og til å klare seg selv i livets situasjoner – også når hun har problemer. E-post gir mulighet til å styre fokus og prosess selv, følge sin egen tankerekke og fordype seg i en følelse akkurat så lenge en vil. Terapeutens innspill kommer ikke før en har satt punktum selv og ber om det. I neste omgang blir også friheten til å bruke eller forkaste terapeutens innspill større. En slipper å forholde seg umiddelbart til terapeutens reaksjoner på det en velger å gjøre.

Dette kan særlig være en fordel for ”flinke” pasienter som har vanskelig for å gjøre noe annet enn det terapeuten foreslår, selv om de måtte mene og foretrekke noe annet.

Siri skriver at en telefonsamtale i begynnelsen følte for nært og direkte til å snakke om det hun hadde holdt for seg selv. Hun foretrakk avstanden kommunikasjon med e-post gir. Hun antyder at det hadde vesentlig betydning for fortsettelsen at hun kunne velge dette. Valgmuligheten gjorde det lettere for henne å gå inn i en terapeutisk prosess. Siri kommenterer også hvordan avstand, isolasjon og det å sitte i privat trygghet, blir en hjelp til åpenhet og ærlighet nettopp fordi friheten til det motsatte også er så stor. Hun forteller om sin tendens til å idyllisere og tildekke overfor andre. Det ble lettere for henne å åpne det tildekkede når hun slapp å sitte overfor en person. Siri forteller indirekte at skyld og skam bidro til å

oppretholde problemene. Det upersonlige ved e-post reduserte virkningen av slike hemmende følelser i innledningsfasen. Kanskje benyttet hun seg av illusjonen om en ”dagboksfortrolighet” til å komme over terskelen.

Som terapeut med tett besatt kalender ga e-post en mulighet til å være tilgjengelig på egne premisser. En responstid på 1-3 dager var lett å få til. På den annen side er det ikke sikkert jeg ville opplevd det like lett og romslig dersom jeg hadde hatt e-postprosesser med flere titalls pasienter samtidig. Det ville kostet Siri mye mer praktisk dersom hun hadde fått tilgang på et tradisjonelt tilbud lokalt. Selv om hun tydeligvis brukte mye tid og krefter mentalt på prosessen, var de praktiske kostnadene lave.

En annen erfaring Siri beskriver, er hvordan de lagrede meldingene kunne brukes til fordypning og refleksjon. Hun kunne lese egne meldinger og svarene på dem uten å være avhengig av egen hukommelse. Jeg leste også hennes meldinger på nytt etter en stund for å se etter nye momenter og forbindelser.

Dette ligner på erfaringer med hvordan bruk av innsyn i journal eller bruk av egenjournal kan fremme innsikt, erkjennelse og mestring. Gjennom denne muligheten blir terapi i mindre grad en øyeblikkshendelse. Tanker og følelser som pasienten har gitt uttrykk for, er ikke avhengig av deltakernes hukommelse eller sårbar for å drukne i andre tema som tiltrekker seg den umiddelbare oppmerksomheten. På lignende måte kan spørsmål, ideer og synspunkter fra terapeuten bli bearbeidet grundigere. De kan få større effekt ved at avhengigheten av hukommelse og sårbarheten for umiddelbar avvisning eller ”bortforklaring” blir mindre.

E-postens egenskaper gjorde det lettere for Siri å erkjenne og reflektere over følelser. Hun opplever at det følelsesmessige innholdet i det hun skriver blir registrert og reagert på. E-post gir store muligheter for å tildekke og forvrengte følelser dersom avsenderen ønsker det. Samtidig gir opplevelsen av avstand og kontroll anledning til ærlighet og avsløring.

Mottakeren på sin side kan enten overse følelser som ikke er direkte uttalt, eller motsatt bli ekstra oppmerksom på tegn på følelser fordi de ikke-verbale holdepunktene ikke finnes. En kan også risikere å tolke inn følelser på for tynt grunnlag. Noen pasienter vil automatisk gi mer direkte og eksplisitt uttrykk for følelser når de vet at det bare er ordene som når fram. Enkelte har en illusjon om at terapeuten ”forstår alt uten at jeg behøver å si det”. Da kan e-postens begrensninger bli utfordring til å si ting tydeligere. For mange pasienter er det et terapeutisk mål å kunne verbalisere følelser direkte. Men for dem som ikke klarer denne utfordringen kan hindrene bli uoverstigelige, og resultatet nederlag og skuffelse.

Siri forteller om hvordan hun har brukt skrijving av e-post til å rapportere om følelser og tanker mens hun fortsatt var sterkt berørt av dem, uten å måtte vente på neste timeavtale. Dette ble tydelig for henne da hun mistet en ferdigskrevet melding og måtte prøve å rekonstruere følelsene og tankene en annen dag. Slik sett kan skrijving som metode være en hjelp til å bringe terapien nærmere de autentiske følelsene og de aktuelle situasjonene, uten å redusere muligheten for ettertanke og refleksjon. Selv om fjernkommunikasjon kan virke fremmedgjørende og skape opplevelse av negativ avstand og kulde, finnes også potensialet for det motsatte.

I vårt tilfelle var det ingen forskjell i språk og kultur som kunne hindre effektiv kommunikasjon. Maheu og Gordon (2000) hevder at språklige og kulturelle kilder til

misforståelse og feilvurdering er et større faremoment når færre informasjonsmodi er tilgjengelig. Det er da nødvendig å klargjøre forskjeller i språk og kultur for å forebygge misforståelser.

Relasjon og fjernkommunikasjon (TR)

Jeg har blitt opptatt av hva slags relasjon som er nødvendig og tilstrekkelig i psykoterapi. Noen trenger kort tid og andre lang tid på å etablere en trygg nok relasjon. Enkelte søker distanse og anonymitet i valg av hjelpetilbud. Slike forskjeller er trolig knyttet til ulikheter i personens egenskaper, preferanser og type problemer. Hva slags terapeutisk relasjon er mulig å etablere via ren fjernkommunikasjon? Er en godt etablert relasjon forutsetning for god terapi via fjernkommunikasjon, eller motsatt, kan den personlige nærheten i direkte terapi være en ekstra og unødig inngangsterskel for noen?

Personer som sliter med utrygghet og skepsis kan ha store krav til en trygg relasjon for å kunne nyttiggjøre seg terapi. For noen oppleves det personlige møtet tryggest – for andre er avstanden tryggere. Pasienter med skam over eget utseende eller frykt for å virke rar eller gal, kan ha lettere for å søke kontakt via Internett (Gammon & Rosenvinge, 2000). SMS-meldinger til mobiltelefon brukes iblant til å opprettholde enveis kontakt til personer med rusmisbruk.

Hensikten er å ikke være for påtrengende i perioder de ikke klarer å holde timeavtaler. Fjernkommunikasjon kan fungere godt for ressursrike personer som ønsker høy grad av kontroll og ikke har forventninger om direkte tilgjengelighet og ivaretagelse. Relativ avstand kan være hjelpsomt og nødvendig.

For noen pasienter kan eksponeringen for terapeuten som person, med utseende, klesdrakt, unoter og særegenheter, være mer forstyrrende enn hjelpsomt. I små nærmiljøer kan dobbeltroller og sosial anseelse bli til hinder for bruk av lokale terapeuter. En fjern nettbehandler kan være et befriende alternativ. En reklame sist høst for norske nettlejetjenester spilte nettopp på dette poenget.

Tilgjengelighet kan være relasjonsfremmende i seg selv, enten det handler om sted, frekvens eller stabilitet. På den annen side kan ubegrenset tilgjengelighet innebære en grenseløshet som blir en urimelig belastning for terapeuten og en lite utviklingsfremmende kontekst for pasienten (Solbu, 2000).

Schneider (2001) anerkjenner at etablering av en terapeutisk relasjon er en forutsetning for effekt av terapi, uavhengig av kontaktform. Men han argumenterer for at terapeuten "opplevde tilstedeværelse" for pasienten er kjernen i en terapeutisk relasjon. Opplevd tilstedeværelse hevdes å kunne oppnås uten å bli kjent med og eksponeres for den profesjonelle som person.

Opplevd tilstedeværelse kan være tilstrekkelig for rådgivning, kriseintervensjoner og for avgrensede mål. Er det annerledes ved langvarige behandlingssløp og mer omfattende terapeutiske mål? Hjortdahl og Gulbrandsen (2000) hevder i forhold til almenlegetjenester at fjernkommunikasjon som bygger videre på en etablert direktekontakt ikke oppleves som fjern. Men en helt anonym fjernhjelp kan også oppleves som en nær og hjelpsom relasjon av pasienten

Litteratur om terapi via fjernkommunikasjon (TR)

Jeg har funnet få internasjonale referanser som tar opp de terapeutiske aspektene ved fjernbehandling. Etske, juridiske og praktiske spørsmål ved fjernbehandling synes jeg er godt belyst i engelsk-språklige artikler de siste årene, selv om spørsmålene ikke er avklart og løst. Forskning på effekt og effektivitet etterlyses fortsatt av de fleste forfatterne.

Schneider (2001) hevder utfra litteraturgjennomgang for psykoterapi via telefon og billedtelefon, at formidlingsform i seg selv ikke er av generell betydning for terapi-effekt. Egnethet og nytte kan variere med en rekke almene faktorer. Flere kassustudier og noen av de få gruppestudiene som finnes tyder på at effekt og egnethet mht. fjernbehandling (også e-post) er bedre for enkelte pasientgrupper enn tilbud om ansikt-til- ansikt behandling.

Synspunktene på fjernterapi via e-post er ulike: Finfgeld (1999) peker på klientens ansvarliggjøring og bemyndigelse sammen med lettvinthet, lavkost og selvbeskyttelse som de fremste fordelene ved e-postterapi. Tap av ansikt-til-ansikt kontakt, svak sikring av konfidensialitet, mulig elitisme og forsinkelse av direktehjelp er mulige ulemper. Murphy og Mitchell (1998) lanserer betegnelsen ”therap-e-mail”, og drøfter om varme, empati og omsorg lar seg formidle godt nok ved ren tekstkommunikasjon. De drøfter også mulige tilnærminger til å kompensere for mangelen på ikke-verbal informasjon. Rothchild (1997) er mest opptatt av fleksibilitet som det positive, men advarer mot faren for uklare grenser, forsømt konfidensialitet og kort vei til uforsvarlig praksis. Holmes (1998) hevder at en båndbredde som tillater mer enn tekstkontakt kreves før en kan driste seg til psykoterapeutisk virksomhet via Internett. Han advarer mot å behandle anonymt pasienter med suicidalitet og annen selvskading, og hevder at dagens mulighet for sikring av konfidensialitet på Internett er for dårlig. Andre er entydig positive til e-post som supplement til å møte pasienten ansikt-til-ansikt (Murdoch & Connor-Greene, 2000; Yager, 2001).

Wright og Chung (2001) peker på en rekke nyttige sider ved anvendelse av ”skriveterapi” generelt, uavhengig av om dagbok, brev eller e-post er medium. Metodene kan ha effekt både om pasienten skriver for seg selv eller til/sammen med en terapeut, og de kan være positive både utfra lav kostnad og høy grad av pasientstyring, noe som gir en bedre maktbalanse mellom pasient og terapeut. Metodene har egenskaper som virker eksternaliserende og strukturerende i terapi, og stimulerer til selvrefleksjon. De kan være gunstig for personer som opplever sterke følelser, maktesløshet, skam, taushet, har annet primærspåk enn terapeuten, trenger å avsløre og ”kvitte seg med” traumatiske minner.

Murphy og Mitchell (1998) peker på disse særlige fordeler ved e-postterapi:

- Dialogen kan lagres og brukes utover øyeblikket av både terapeut og pasient
- Skrivningen kan være et effektivt hjelpemiddel til eksternalisering.
- E-post stimulerer til selvrefleksjon ved at en kan lese omtale av seg selv.
- Metoden kan redusere ubalansen i makt-forholdet mellom pasient og terapeut.
- Pasienten kan beskrive hendelser spontant kort tid etter mens de følelsesmessige reaksjoner fortsatt vedvarer, i stedet for dager eller uker etterpå.

Hubble, Duncan og Miller (1999) argumenterer generelt for at vi bør være mer oppmerksom på pasientenes egne preferanser, og at det gir bedre effekt av behandlingen. Preferanse for kommunikasjonsformer kan være viktig enten det er basert på erfaring, personlighet, angst eller skam. Schneider (2001) argumenterer for at preferanse for kommunikasjonsform bør undersøkes og tas hensyn til som egen faktor i terapievalueringer i ATI-design ("Aptitude by Treatment Interaction").

Framtidsperspektiver

I USA har utviklingen vært noen år foran Norge. Mange ulike tjenester finnes, i form av video-assistert spesialistkonsultasjon, chattekanaler for selvhjelpsgrupper, Q&A-sider på Internett (spørsmål og svar), lyd- eller tekstbasert psykoterapi og rådgivning, elektronisk formidlet kunstterapi, computerbasert medisineringsstøtte, hjelpetilbud for avhengighet av nettsurfing, og selvhjelpsprogrammer for røyking og fobier. Debatten om etiske standarder var reist allerede i 1996 (Shapiro & Schulman, 1996). Man er også kommet noe lengre mht. lovgivning f.eks. i California (Maheu & Gordon, 1997). Det finnes råd og retningslinjer i forhold til etablering og drift av tilbud, og forslag til avklaring av juridiske og etiske spørsmål (Maheu, 1999; Maheu et al., 2001; Tantum, 2001).

En undersøkelse blant norske leger i 1999 viser at 90% har Internett-tilgang, en av tre på kontoret. Bare en av ti har hatt kontakt med pasienter via e-post, de fleste sjelden, og færre enn i samme undersøkelse året før (Nylenna & Aasland, 2000). En norsk undersøkelse viser at det ikke mangler interesse (Gjengitt av Gammon i intervju med Aftenposten (Rapp, 2000)): 31% av alle, og halvparten mellom 15 og 24 ønsker mulighet for e-postkontakt mellom seg og lege, og en av tre ungdom kunne tenke seg å skifte til en annen lege for å få tilgang til Internettbaserte legetjenester. Gammon og Rosenvinge (2000) beskriver pasienterfaringer med å få tilgang til Internett og knytter det til bl.a. den enkeltes problemer. Et flertall nyttiggjorde seg tilgangen, og mange savnet mulighet for e-postkontakt med behandlere de kjente.

En utfordring

Mange pasienter ønsker altså Internettbaserte tjenester. Hvordan tar vi som terapeuter denne utfordringen uten å kompromittere egne verdier og faglig integritet eller egen og pasientenes sikkerhet? Lovverket og gode tekniske løsninger er viktige og nødvendige rammer for slik virksomhet, men de er i dag ikke tilpasset de nye mulighetene.

Faglig kunne det være ønskelig med retningsgivende indikasjoner, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler for terapeutisk fjernkommunikasjon, slik det kunne være det også for andre psykoterapeutiske virkemidler. Det er behov for debatt og rettleiding for å sikre en positiv utvikling av fjernkommunikasjonens terapeutiske muligheter.

REFERANSER

- Finfgeld, D. L. (1999). Psychotherapy in cyberspace. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 5, 105-110.
- Gammon, D. & Rosenvinge, J. H. (2000). Er Internett til hjelp for personer med alvorlig psykiske lidelser. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 120, 1890-1892.
- Hjortdahl, P. & Gulbrandsen, P. (2000). Elektronisk pasientkontakt. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 120, 3233.
- Holmes, L. G. (1998). Delivering mental health services on-line: Current issues. CyberPsychology and Behavior, 1, 19-24
- Hubble M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (1999). Directing attention to what works. I M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Eds.), The heart and soul project. What works in therapy (ss. 407-447). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Maheu, M. M. (1999). Telehealth: Practicing psychotherapy on the Internet. Risk management and great opportunity. Handout at Behavioral Information Tomorrow Conference, March 18-21, 1999, San Jose, California.
<http://telehealth.net/articles/njpa.html>
- Maheu, M. M. & Gordon, B. L. (1997). Preparing for the 21st century: Psychological telehealth today. Symposium at the meeting of the American Psychological Association, Chicago, IL.
- Maheu, M. M. & Gordon, B. L. (2000). Counseling and therapy on the Internet. Professional Psychology Research and Practice, 31, 484-489.
- Maheu, M. M., Whitten, P., Allen, A. & Evan, M. (2001). E-health, telehealth, and telemedicine: A guide to startup and success. San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Murdoch, J. W. & Connor-Greene, P.A. (2000). Enhancing therapeutic impact and therapeutic alliance through electronic mail homework assignments. Journal of Psychotherapy Practice and Research, 9, 232-237.
- Murphy, L. J. & Mitchell, D. L. (1998). When writing helps to heal: E-mail as therapy. British Journal of Guidance and Counselling, 26, 21-32.
- Nylenna, M. & Aasland, O. G. (2000). Ni av ti leger på nettet. Tidsskrift for Den norske lægeforening, 120, 3233.
- Rapp, O. M. (2000). Unge ønsker lege via nettet. Aftenposten (morgenutgave) 22.10.2000.
- Rothchild, E. (1997). E-mail therapy. American Journal of Psychiatry, 154, 1476-1477.
- Schneider, P. L. (2001). Literature review. Excerpt from: A comparison of outcome variables in psychotherapy: Distance technology vs face to face. <http://www.telehealth.net/articles/litreview.html>
- Shapiro, D. E. & Schulman, C. E. (1996). Ethical and legal issues in e- mail therapy. Ethics & Behavior, 6, 107-124.
- Solbu, E. (2000). Tanker om tilgjengelighet i behandle-klient- relasjonen. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 38, 325-332.
- Tantum, D. (2001). A guide to the Internet for psychotherapists. Psychiatric Bulletin, 25, 29-30.
- Wright, J. & Chung, M. C. (2001). Mastery or mystery? Therapeutic writing: A review of the literature. British Journal of Guidance & Counselling, 29, 277-291.
- Yager, J. (2001). E-mail as a therapeutic adjunct in the outpatient treatment of anorexia nervosa: Illustrative case material and discussion of the issues. International Journal of Eating Disorders, 29, 125-138.