

Kognitiv atferdsterapi for vedvarende utmattelse ved sykdom

VEILEDER FOR
BEHANDLERE

Psykologene Torkil Berge og Elin Fjerstad

Innhold

Forord

Bakgrunn

- Vedvarende utmattelse ved sykdom: en biopsykososial forståelse
- Forekomst
- Årsakssammenhenger
- En kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming til sykdom

Bruk av kartleggings skjemaer

Oversikt over kurssamlinger

Oversikt over strukturen i individuell behandling

Råd om tilrettelegging av behandlingen

- Informasjon om behandlingen
- Legg vekt på dialog
- Hukommelse og etterlevelse
- Informasjon til pårørende og bruk av medhjelper
- Selektiv oppmerksomhet
- Aktivitetskartlegging og aktivitetsplan
- En støttende indre samtale
- Tiltak ved kvernetanker
- Arbeidsrettede tiltak

Referanser

Forord

Vedvarende utmattelse er en overveldende opplevelse av tretthet og mangel på energi. Det er et vanlig symptom ved en rekke sykdommer. Eksempler er revmatisk sykdom, kreft, diabetes, multippel sklerose, hjerte- og karsykdom, lungesykdom, mage-tarmsykdom og kronisk utmattelsessyndrom/ME. Det at utmattelse er et generelt symptom på tvers av sykdommer, gjør det mulig med en felles behandlingstilnærming.

Du kan her lese om tilrettelegging av et behandlingsopplegg for pasienter med sykdom og vedvarende utmattelse. Opplegget er utviklet ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus, med støtte fra Stiftelsen Dam gjennom Norsk Revmatikerforbund. Tilbudet kan gis som individuell behandling eller behandling i gruppe, <https://www.kognitiv.no/psykisk-helse/ulike-lidelser/utmattelse/>.

Behandlingsoppleggene kan brukes både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Behandlingen i gruppe kan også utformes som lærings- og mestringskurs i samarbeid med brukerrepresentant. Vi har god erfaring med å holde kurset digitalt og med individuell oppfølging per video eller telefon. Arbeidsboken er et godt verktøy for en slik fremgangsmåte.

Denne veilederen er for deg som er helsepersonell, og som vil holde mestringskurs eller tilby pasienter individuell behandling. Innholdet i behandlingen er beskrevet i arbeidsboken for pasient.

Bakgrunn

Du kan først lese om en modell for forståelse av utmattelse, og om forekomst ved ulike sykdommer. Så beskrives oppgaver forbundet med mestring av utmattelse, og elementer i en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming ved somatisk sykdom. Deretter følger råd om tilrettelegging av behandlingen.

En biopsykososial forståelse

Vedvarende utmattelse kjennetegnes av en overveldende følelse av tretthet og energimangel, og er et vanlig symptom ved en rekke sykdommer (Jones et al., 2009; Menting et al., 2018). Forskjellige biologiske mekanismer kan være involvert avhengig av diagnosen. Vedvarende mental og fysisk utmattelse har store negative konsekvenser for pasienten selv og for samfunnet, og er, ofte i kombinasjon med smerter og depressive symptomer, forbundet med arbeidsfravær og uførhet (Utset et al., 2015, Walsh et al., 2014). Utmattelse kan dessuten bidra til svekket selvfølelse og opplevelse av identitet (Fjerstad, Berge & Bull-Hansen, 2020a; Schjoedt et al., 2016).

Forekomst

Forekomsten av utmattelse varierer, avhengig av sykdommen, og hvilke kriterier og måleinstrumenter som brukes (Stebbing et al., 2010).

Her er eksempler på funn:

- **En norsk oppfølgingsstudie med 2193 deltakere med revmatisk inflammatorisk sykdom i 2000–2011, viste at 28 % av dem med ingen eller lav sykdomsaktivitet, hadde alvorlig utmattelse (Olsen et al., 2016). Problemene vedvarer ofte lenge, noe som er vist i mangeårige oppfølgingsstudier (van Steenberg et al., 2015).**
- **Ved kreftsykdom er utmattelse vanlig, delvis som følge av bivirkninger av behandlingen, og kan vare i flere år etter at pasienten er friskmeldt. I alt 25–33 % har om vedvarende utmattelse i opptil ti år etter at de fikk diagnosen (Bower, 2014).**
- **En studie fulgte opp 12 285 personer med hjerte-karsykdom i periode 2001–2013 og fant at 39 % hadde plager med vedvarende utmattelse (Williams, 2017).**
- **Ved multippel sklerose har opp mot 80 % av pasientene vedvarende utmattelse som kan være betydelig selv ved lav sykdomsaktivitet (Kister et al., 2013).**

- Utmattelse er ofte rapportert i diabetes type 1 og diabetes type 2, og plagene hemmer funksjoner i vesentlig grad (Goedendorp et al., 2014; Weijman et al., 2014).
- Utmattelse er utbredt ved mage-tarmsykdommer (Jelsness-Jørgensen et al., 2011).
- I en brosjyre utgitt av NHL Hjerneslag (2017) fremgår det at 23–72 % av de som rammes av slag får vedvarende mental og fysisk utmattelse, det vil si mellom 3000 og 8500 personer årlig. Mange beskriver utmattelsen, også kalt slagslitenhet, som den mest belastende konsekvensen av hjerneslaget. Grad av utmattelse har ikke nødvendigvis sammenheng med type hjerneslag og størrelsen på slaget.
- Kronisk utmattelsessyndrom/ME kjennetegnes av sterk utmattelse som varer over lang tid. I tillegg kan pasientene ha andre symptomer, som nedsatt konsentrasjon og hukommelse, og smerter i muskler og ledd.

Årsakssammenhenger

Det er flere årsaker til utmattelse, og det som i sin tid utløste utmattelsen kan være noe annet enn det som bidrar til å opprettholde den. Ved inflammatoriske sykdommer kan høy grad av sykdomsaktivitet utløse utmattelse. Samtidig kan utmattelsen opprettholdes av smerter, søvnvansker, et ujevnt aktivitetsnivå, bekymring og grubling. Frykten for utmattelse kan også forsterkes gjennom assosiasjonslæring, der ulike kroppsopplevelser eller situasjoner blir forbundet av hjernen med risiko for sterk utmattelse eller forverring av sykdom (Lenaert et al., 2018).

Hewlett, Chalder et al. (2011) presenterer en forskningsbasert biopsykososial modell for utmattelse ved revmatisk sykdom. Ved multippel sklerose er det modeller som viser hvordan psykologiske faktorer, som passivitet, fryktunngåelse og depressive plager, bidrar til vedvarende utmattelse i kombinasjon med alvorlighetsgraden av sykdommen (Morrison & Stuifbergen 2016; Wijenberg et al., 2016).

Samspeilet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er sentralt. Med de *biologiske* faktorene menes hvordan sykdom eller behandling påvirker kroppen, for eksempel inflammasjon, smerter og nedsatt kondisjon. De *psykologiske* faktorene inkluderer pasientens tanker om og forståelse av sykdom og utmattelse, bekymringer, depressive plager og under- eller overaktivitet. De *sosiale* faktorene omfatter situasjonen man lever i; arbeid, skole, støtte eller mangel på støtte. Stikkord er omsorgsoppgaver, økonomiske problemer, familiebelastninger eller konflikt, og vansker med NAV og andre offentlige hjelpeinstanser.

En kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming til sykdom

Kognitiv atferdsterapi brukes i behandling både ved somatiske og psykiske helseproblemer, men også i programmer for stresshåndtering og i idrettspsykologi for prestasjonsfremming. Man legger vekt på både mentale strategier og på atferdsendring, problemløsning og mestring. Ved somatisk sykdom og skade vil man gjerne inkludere tiltak for å understøtte etterlevelse av tverrfaglig behandling, som medikamentell behandling, fysioterapi, ergoterapi, fysisk opptrening og kostholdsveiledning.

Ved kroniske sykdommer, for eksempel diabetes, er god egenomsorg med gode levevaner, fysisk aktivitet og et sunt kosthold spesielt viktig. Pasienten er i høy grad sin egen behandler og kan aldri helt ta fri fra den rollen. Sentralt her er evnen til selvregulering, det vil si å kunne utøve kontroll over handling, tenkning og emosjoner i tråd med både kortsiktige og langsiktige mål (Scheier & Carver 1982). Dessuten kan måten pasienten forstår sin sykdom på, ha konsekvenser for mestring av sykdom (Hagger et al., 2017; Leventhal et al., 2012). I kognitiv atferdsterapi benyttes sokratiske spørsmål for å utforske pasientens tanker om egen sykdom. Det inkluderer oppfatninger om ulike symptomer, forventet forløp og varighet, årsakssammenhenger og konsekvenser for funksjon, økonomi, familieliv og jobb. Likeså opplevelse av kontroll, med oppfatninger om sykdommen lar seg påvirke av behandling og av egen mestring. Tilsvarende utforskes følelser forbundet med sykdommen, som bitterhet (Berge, Bull-Hansen & Fjerstad, 2020) og skamfølelse (Fjerstad, Berge & Bull-Hansen, 2020b). For noen pasienter kan opplevelse av verdifulle erfaringer og positive egenskaper ved seg selv gjennom sykdomsprosessen, være et tema i de terapeutiske samtalene (Berge, Bull-Hansen & Fjerstad, 2019).

Her er noen elementer i en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming til mestring av sykdom og skade (Berge & Fjerstad, 2015, 2020a):

Sykdomsforståelse:

Formidle medisinsk og psykologisk kunnskap til pasienten, ut fra en biopsykososial forståelse der pasientens symptomer utvikles og opprettholdes i et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Bistå pasienten i å se sammenhengen mellom kroppsreaksjoner, tanker, følelser og handlinger samt forhold i omgivelsene.

Aktivitetsplan:

Ut fra en kartlegging av hverdagens gjøremål gjennom dagen, lager pasienten en aktivitetsplan i tråd med sitt nåværende funksjonsnivå, som justeres underveis. Planen kan hjelpe pasienten å få en sterkere opplevelse av kontroll og mestring av hverdagens gjøremål. Ved å prioritere og fordele gjøremål, legge inn pauser og energigivende aktiviteter, kan pasienten i større grad slippe utmattelsen av syne og ta tilbake regien på dagen sin. Aktivitetene kan dessuten motvirke energitappende grubling og bekymring. Aktivitetsplan er også et verktøy for å endre uhensiktsmessige vaner, både handlingsvaner og mentale vaner.

Mentale strategier:

Bistå pasienten i å kunne bruke mentale verktøy, med utgangspunkt i utforskning og bevisstgjøring av indre dialoger: Hva sier pasienten til seg selv når han eller hun er utmattet og har smerter, søvnproblemer, pusteproblemer eller andre plagsomme symptomer? Utvikle evnen til å gi seg selv støtte og medfølelse som en viktig mestringsstrategi i møte med sykdom og skade.

Kontroll over grubling og bekymring:

Lære teknikker for å håndtere påtrengende kvernetanker, og begrense uhensiktsmessig og hemmende oppmerksomhet på egne plager og begrensninger.

Motivasjonsbygging:

Fremme indre motivasjon for endring og opplevelse av tilhørighet, kompetanse og autonomi i egen hverdag.

Generell versus sykdomsspesifikk tilnærming

Det er utviklet kognitiv atferdsterapeutiske tilnærminger som går på tvers av ulike sykdommer, for eksempel ved vedvarende utmattelse, søvnproblemer og langvarige smerter. Andre modeller for kognitiv atferdsterapi rettes inn mot spesifikke sykdommer. Diabetes er et eksempel på en sykdom som gir spesifikke psykologiske oppgaver som må løses, og der hjelpetiltak må bygge på en forståelse av hva disse oppgavene innebærer (Haug, 2017). Spesifisitetperspektivet har relevans ved en rekke sykdommer, for eksempel kreftsykdom (Moorey & Greer, 2012), irritabel tarmsyndrom (Ljótsson et al., 2013) og multippel sklerose (Mohr & Cox, 2001). I Berge, Fjerstad, Hyldmo og Lang (2019) beskrives slike spesifikke tilnærminger som en del av fagfeltet klinisk helsepsykologi.

Dokumentert tilnærming

Kognitiv atferdsterapeutiske tilnærminger har vist dokumentert effekt i vitenskapelige studier for utmattelse ved ulike sykdommer. Du finner referanser til slike studier i litteraturlisten i arbeidsboken.

Struktur og kartlegging

Vi anbefaler at du før første time ber pasienten fylle ut relevante kartleggingsskjemaer. Disse skjemaene anbefales også fylt ut ved siste time og ved en eventuell oppfølgingstime, som evaluering av pasientens utbytte. Vår erfaring er at kursdeltakerne setter pris på en slik systematisk oppfølging fra vår side, og vi tror at det forebygger frafall. Det er jo også viktig på denne måten å få evaluert om tilbudet har ønsket effekt. Hewlett, Dures og Almeida (2011) gir en oversikt over ulike spørreskjemaer for utmattelse.

To spørreskjemaer som er oversatt til norsk og som er fritt tilgjengelig, er:

• The Chalder Fatigue Questionnaire

(CFQ; Cella & Chalder, 2010; Chalder et al., 1993, se også Fjerstad, Berge, Nymo & Moe, 2020) er et spørreskjema for symptomer på utmattelse. Det har 11 ledd, med to skalaer: En for fysisk utmattelse, som mangel på energi, føle seg svak, tap av styrke i musklene og behov for å hvile, og en for mental utmattelse, for eksempel vansker med konsentrasjon og hukommelse. Du finner norsk versjon av spørreskjemaet her: https://helse-bergen.no/seksjon/sovno/Documents/Fatigue_Questionnaire_norsk%20.pdf

• Fatigue Severity Scale

(FSS) brukes i forskning på og behandling av pasienter med sykdommer og skader. Den har 9 spørsmål om fysiske, sosiale og kognitive effekter av utmattelse. Pasienten svarer på sin opplevelse av utmattelse.

Les mer om skjemaet:

<https://diakonhjemmetsykehus.no/nkrr/klinisk-verktoykasse/a-til-a/fss-fatigue-severity-scale>

Norsk versjon av FSS (Lerdal et al., 2005) finner du her:

[https://diakonhjemmetsykehus.no/seksjon/nkrr/Documents/FSS%20skjema%20\(norsk%20versjon\).pdf](https://diakonhjemmetsykehus.no/seksjon/nkrr/Documents/FSS%20skjema%20(norsk%20versjon).pdf)

Kartleggingsskjemaet «Konsekvenser av sykdom» kan brukes som en innsjekk i den nåværende situasjonen til pasientene, for eksempel opplevelse av å mestre hverdagen og grad av utmattelse og smerter (<https://www.kognitiv.no/wp-content/uploads/2015/10/Sp--rsm--l-om-konsekvenser-av-sykdommen.pdf>)

Mange pasienter med utmattelse har også depressive plager, og det kan være nyttig å supplere med spørreskjemaet PHQ-9. Du finner informasjon om PHQ-9 her: <https://www.kognitiv.no/utdanning-i-kognitiv-terapi/terapeutiske-hjelpemidler/depresjon/>

Oversikt over kurssamlingene (behandling i gruppe)

SAMLING 1:

Hvordan kan vi forstå vedvarende utmattelse?

- ▶ Råd om gjennomføring av behandlingen
- ▶ En biopsykososial forståelse av utmattelse
- ▶ Hjemmeoppgave: Å sortere ved hjelp av modellen Diamanten

SAMLING 2 OG 3:

Handlingsstrategier

- ▶ Samling 2: Aktivitetskartlegging
- ▶ Hjemmeoppgave: Å kartlegge aktivitet og hvile
- ▶ Samling 3:
- ▶ Å komponere en god hverdag: Aktivitetsplanlegging
- ▶ Bruk av handlingsregler ved vaneendring
- ▶ Hjemmeoppgave: Å lage aktivitetsplan basert på data fra aktivitetskartleggingen

SAMLING 4 OG 5:

Mentale strategier

- ▶ Samling 4: En konstruktiv indre dialog
- ▶ Hjemmeoppgave: Å bruke ABCD-skjema
- ▶ Samling 5: Kvernetanker som stjeler energi: grubling og bekymring
- ▶ Hjemmeoppgave: Å kartlegge kvernetanker

SAMLING 6:

Veien videre

- ▶ Strategier for vedlikehold
- ▶ Hva har vært viktig for meg på kurset?
- ▶ Hvordan skal jeg ta det med meg videre etter kurset?
- ▶ Arbeidsrettede tiltak ved sykdom

Oversikt over strukturen i individuell behandling

DEL 1:

Hvordan kan vi forstå vedvarende utmattelse?

- ▶ Råd om gjennomføring av behandlingen
- ▶ En biopsykososial forståelse av utmattelse
- ▶ Hjemmeoppgave: Å sortere ved hjelp av modellen Diamanten

DEL 2: Handlingsstrategier

DEL 2 A: Aktivitetskartlegging

- ▶ Psykologiske grunnbehov
- ▶ Hjemmeoppgave: Å kartlegge aktivitet og hvile

DEL 2 B: Aktivitetsplanlegging

- ▶ Å komponere en god hverdag: Aktivitetsplanlegging
- ▶ Bruk av handlingsregler ved vaneendring
- ▶ Hjemmeoppgave: Å lage aktivitetsplan basert på data fra aktivitetskartleggingen

DEL 3: Mentale strategier

DEL 3 A: En konstruktiv indre dialog

- ▶ Hjemmeoppgave: Å bruke ABCD-skjema

DEL 3 B: Kvernetanker som stjeler energi

- ▶ Håndtering av energitappende grubling og bekymring
- ▶ Hjemmeoppgave: Å kartlegge kvernetanker

DEL 4: Veien videre

- ▶ Strategier for vedlikehold
- ▶ Hva har vært viktige erfaringer gjennom behandlingen?
- ▶ Hvordan skal jeg ta det med meg videre etter behandlingen?
- ▶ Arbeidsrettede tiltak ved sykdom

Det anbefales å bruke to timer på del 1, tre timer på del 2, tre timer på del 3, og to timer på del 4, totalt ti timer. Men pasient og behandler vurderer hvor mye tid som passer på hver del, ut fra pasientens behov og ønsker, og erfaringer underveis. Ved behov, for eksempel hvis pasienten er i fare for å bli langtids sykmeldt eller er i dialog med NAV, anbefales det at temaet «arbeidsrettede tiltak» i del 4 tas inn tidligere, for eksempel i del 2.

Råd om tilrettelegging av behandlingen

Arbeidsboken deles ut til pasientene før eller under første møte (kurssamling eller behandlingstime). Anbefal å ta vare på utfylte kartleggingsskjemaer og notater de gjør underveis. Si at arbeidsbok og notater er nyttig også etter behandlingen, som hjelpemiddel i tilbakefallsforebygging. Bruk tavle eller flippover for å illustrere viktige poenger og modeller. Ivareta behovet for pauser. Pasientene kan ha problemer med oppmerksomhet og konsentrasjon, og kan kjenne ubehag og smerter ved å sitte lenge i ro.

Lærings- og mestringskurs

Behandlingen kan utformes som et lærings- og mestringskurs i samarbeid med likeperson. Det har vi gode erfaringer med på Diakonhjemmet Sykehus, der vi har tre slike kurs som arrangeres flere ganger i året. Likepersonen er en brukerrepresentant som har erfaringer med vedvarende utmattelse og som har vært pasient i behandlingen. Han eller hun er med på planleggingsmøter før hver samling og evaluering etter kursavslutning, og inngår som en av kurslederne. Oppgavene avtales med den enkelte likeperson, og kan være å ønske velkommen, lede erfaringsutvekslingene og bidra med egne erfaringer. Tilstedeværelsen av likeperson senker terskelen for aktiv deltakelse og bidrar til mer erfaringsutveksling. Antall deltakere på hvert kurs varierer, men det bør ikke være mer enn 16 deltakere. Du kan lese mer om LMS-kurs i Berge, Fjerstad, Hyldmo og Lang (2019).

” Bruk tavle eller flippover for å illustrere viktige poenger og modeller. Ivareta behovet for pauser. Pasientene kan ha problemer med oppmerksomhet og konsentrasjon, og kan kjenne ubehag og smerter ved å sitte lenge i ro.

INFORMASJON OM BEHANDLINGEN

Informasjonen er beskrevet i arbeidsboken, som du henviser til. Så kan du formidle noen hovedpoenger som utgangspunkt for dialog.

Du kan si at kognitiv atferdsterapi, som behandlingstilnærmingen bygger på, både er en terapiform og en selvhjelpsmetode. Målet er å mestre somatisk sykdom med langvarige smerter og vedvarende utmattelse, langvarige søvnproblemer og psykiske plager og lidelser. Metoden er også brukt innenfor idrettspsykologi for å styrke prestasjonsevne. Den kognitive atferdsterapeutiske tilnærmingen i denne behandlingen er rettet inn mot tiltak ved utmattelse. Behandlingen krever en innsats med oppgaver mellom hver time og lesing av arbeidsbok med råd om hvordan man kan gå frem. Si at du er klar over at det vil være krevende. Minn samtidig på at tid og krefter investert i oppgaver og trening vil styrke utbyttet, og at det er en måte å prioritere seg selv og egne behov på. Behandlingen har dokumentert nytteverdi i studier av pasienter med vedvarende utmattelse, for eksempel ved kreft, revmatisk sykdom, diabetes og multippel sklerose (vis til at det er litteraturhenvisninger til slike studier i arbeidsboken).

Si at behandlingen vil kreve systematisk arbeid fra pasientens side, blant annet fordi tiltakene er rettet mot endring av etablerte vaner og reaksjonsmønstre. Det viktigste i samarbeidet er det pasienten gjør på egen hånd, og bruk av hjemmeoppgaver som dere skal utforme sammen underveis i behandlingen står sentralt.

Orienter om at hver sesjon vil ha en klar struktur og dagsorden, og at ditt ansvar er å passe tiden og se til at dere kommer igjennom alle punktene. Det er viktig at det ikke blir for mange punkter, for da blir det for liten tid til hvert enkelt punkt. Pasienten kan oppleve det som heseblesende, uoversiktlig og ikke minst slitsomt. Gjenta at dere her vil ha hjelp av informasjonen i arbeidsboken, med dagsorden for hver sesjon, oppsummeringer, hjemmeoppgaver og kapitler om ulike temaer. Som behandler er det viktig at du har god oversikt over hva som står i arbeidsboken, og vet hva pasienten har lest og hatt som hjemmeoppgave.

I behandlingen i gruppe, eller «kurs i mestring av utmattelse», formidler vi at hensikten er å lære verktøy som pasientene kan bruke i hverdagen. Det betyr at vi vil prioritere selve verktøyene mer enn detaljert gjennomgang av problemene pasientene har i sin hverdag. Disse problemene vil selvsagt bli tematisert, men da med vekt på diskusjon av hvordan pasientene best kan tilpasse og anvende verktøyene, og hvordan de kan støtte seg selv på en konstruktiv måte i de vanskelige situasjonene.

Vis til at det innledningsvis i arbeidsboken er råd til behandlingen. Du kan nevne noen, for eksempel at noen i starten av behandlingen opplever å bli mer slitne. Det kan skyldes at man faktisk får enda en oppgave i tillegg til alle dem man har fra før. Det kan også skyldes at man nå gir utmattelsen full oppmerksomhet ved å snakke og lese om den. Oppmerksomhet på kroppslige plager kan i seg selv skru opp volumet på symptomer. Men gjennom behandlingen får man kunnskap som gir et grunnlag for å gi utmattelsen mindre oppmerksomhet. Aktivitetsplanen er et hjelpemiddel for det. Ved å prioritere og fordele gjøremål, legge inn pauser og energigivende aktiviteter, kan man i større grad slippe utmattelsen av syne og ta tilbake regien på dagen. I tillegg vil pasientene få forslag til mentale strategier, blant annet for å motvirke energitappende bekymring og grubling, for å kunne frigjøre oppmerksomhet fra utmattelsen.

Legg vekt på dialog

Det er mye informasjon som skal med, særlig i den første delen. Etter hvert som du får erfaring med behandlingsopplegget, enten som individualbehandler eller som kursholder, vil du trolig oppleve at du har bedre tid og at det blir lettere å disponere stoffet. Du blir også flinkere til å få frem viktige budskap gjennom dialog med pasientene.

Vi anbefaler at presentasjonen av de ulike temaene skjer mest mulig i dialog, både ved behandling individuelt og i gruppe. Et eksempel er å etterspørre eksempler fra pasientene når figuren Diamanten presenteres. Du kan tegne den på en flippover eller tavle, og si at det er en modell for å sortere og se sammenhenger i ulike situasjoner preget av utmattelse. Dessuten er det en modell som kan åpne mulighetsvinduer, det vil si områder der en kan ha mulighet til å påvirke situasjonen. Bruk gjerne et eksempel hvor du forklarer prinsippene og sammenhengene mellom kroppsreaksjoner, tanker, følelser og handlinger. Sett opp omgivelsene som en femte faktor som spiller inn, for eksempel andre personer som var til stede i situasjonen. Be så om eksempler fra gruppedeltakerne, skriv stikkord på tavle eller flippover, og der dere kan reflektere over ulike sammenhenger.

Når ABCD-modellen er tema, kan du tilsvarende be de andre deltakerne om å komme med innspill når en av deltakerne har presentert en konkret situasjon. Du kan for eksempel be dem komme med forslag til fornuftige, vennlige eller pragmatiske støttetanker i situasjonen. Tilsvarende kan du be deltakerne om å komme med innspill til mulige biologiske, psykologiske og sosiale faktorer i den biopsykososiale modellen, mens du skriver stikkord på tavle eller flippover.

” Oppmerksomhet på kroppslige plager kan i seg selv skru opp volumet på symptomer.

I behandlingen i gruppe har vi god erfaring med at deltakerne snakker sammen to og to (summer i noen få minutter), før vi tar inn innspill i plenum. De bes da snakke om erfaringer med utførte hjemmeoppgaver eller mulige barrierer for utførelsen av de neste hjemmeoppgaver, og hvordan de eventuelt kan håndteres.

Validere plager og problemer

Når pasientene forteller om sine problemer med utmattelse, har du anledning til å anerkjenne hvor belastende disse plagene er for funksjon og livskvalitet. Du kan også validere fortvilelsen og maktesløsheten mange opplever over ikke å få kontroll over problemene. Spør så om forventninger så vel som tvil og skepsis til behandlingen dere nå skal gå i gang med. På en nøktern måte formidler du samtidig håp om og tro på at behandlingen vil være til hjelp.

HUKOMMELSE OG ETTERLEVELSE

Arbeidsboken vil også være til hjelp for å huske hva som blir tatt opp. Samtidig kan det være lurt at pasienten noterer viktige momenter underveis. Informer om at undersøkelser fra pasienter som har vært til en vanlig og gjerne kortvarig samtale hos sin lege, viser at et flertall glemmer mye av hva det ble snakket om og ofte husker feil. Ta med jevne mellomrom opp hvordan pasientene kan huske på hjemmeoppgaver og hvilke barrierer som er for gjennomføringen av dem. Spør om hvilke grep de bruker ellers i hverdagen for at ting ikke skal gå i glemmeboken.

Et hjelpemiddel for å utføre hjemmeoppgaver er å bruke handlingsregler, for eksempel: «Hvis jeg har spist middag, så skal jeg ta frem arbeidsboken (se kapitlet «Bruk av handlingsregler i vaneendring» i arbeidsboken). Et annet råd er konkret å se for seg når og hvor en vil jobbe med hjemmeoppgaven, for gjennom en slik visualisering å sette en mental innstilling. Det vesentligste er å være bevisst på å sette av tid til hjemmeoppgaven og få det til å bli en god vane. Men si også at livet noen ganger er slik at andre ting kommer i veien for gode intensjoner, og at man ikke får gjort det man har planlagt. Gi beskjed om dersom det skjer, er det viktig at pasientene likevel kommer til neste avtale. Vis at du ønsker å forebygge frafall. En mulighet her er å avtale med pasientene at du kan ta kontakt per telefon dersom de ikke kommer til timen.

” Ta med jevne mellom rom opp hvordan pasienten kan huske hjemmeoppgaver og hvilke barrierer som er for gjennomføringen av dem.

Diskuter med jevne mellomrom hvilke barrierer som finnes for etterlevelse av tiltakene, og mulige løsninger for å overkomme disse barrierene. Bruk tid på å avdekke konkrete hindringer og mulige tiltak. Si i innledningen til behandlingen at dere senere vil gå inn på mentale strategier for å møte tanker om maktesløshet og håpløshet som kan dukke opp fra tid til annen, ikke minst på dårlige dager. Gi så gjerne en forsmak på disse metodene. Eksempler er råd om å være seg bevisst hvilke negative stopptanker som kan dukke opp, for eksempel: «Dette er nytteløst!», ha støttetanker å møte dem med, og unngå å gå inn i diskusjon med dem. Aksepter dem, og la dem være. Ha fokus på oppgavene. Vær tålmodig.

Få frem holdningen du ønsker at pasienten skal ta med seg, nemlig å stille opp for seg selv på en mest mulig støttende og konstruktiv måte. Et motto kan være: «Stol på prosjektet!».

INFORMASJON TIL PÅRØRENDE OG BRUK AV MEDHJELPER

Noen bor sammen med partner eller familie. Hvilken informasjon bør gis til dem om behandlingen og hensikten med den? Hva tenker pasienten om de andres oppfatninger om pasientens utmattelse? Du kan spørre om det er andre i familien som kunne tenke seg å lese arbeidsboken eller deler av den. På noen av de behandlingsgruppene vi arrangerer på Diakonhjemmet Sykehus, for eksempel ved søvnproblemer, har vi god erfaring med å arrangere et totimers treff der pårørende kan få generell informasjon og få stilt spørsmål.

Fortell at det kan være nyttig å bruke en medhjelper. Det kan være et familiemedlem eller en venn, som innvies i arbeidet og blir en støttespiller. Viktige oppgaver er å lese og drøfte informasjonen i arbeidsboken, og diskutere gjennomføring av hjemmeoppgaver og ulike tiltak. Spør om pasienten har tanker om hvem som eventuelt kunne fungert som en slik støttespiller. Si at noen bruker en medhjelper, mens andre ikke ønsker eller har mulighet for det. Den enkelte vet selv hva som er best.

SELEKTIV OPPMERKSOMHET

I arbeidsboken beskrives selektiv oppmerksomhet, det vil si vanemessig overvåking av kroppssignaler. Både ved utmattelse, smerter og mage-tarm-plager, kan hjernen over tid utvikle en vaktberedskap for kroppslige signaler. Denne automatiserte kroppsfokuseringen kan forsterkes av bekymring og grubling, og medføre frykt og uhensiktsmessig unngåelse. Det blir en ond sirkel. Si at dere skal komme tilbake til hvordan pasientene kan bruke en aktivitetsplan og ulike mentale strategier for å motvirke selektiv oppmerksomhet som forsterker utmattelse.

BIOPSYKOSOSIAL FORSTÅELSE

Den biopsykososiale modellen gir en oversikt over hva som kan påvirke grad av utmattelse, faktorer av biologisk, psykologisk og sosial karakter. Den illustrerer at utmattelse ved sykdom er et sammensatt symptom, ikke enten fysisk eller psykisk. Den gir også en forståelsesramme for hvordan ulike tiltak kan være til hjelp. Tegn modellen på tavle eller flipp-over, og hent inn forslag fra pasienten om hvilke faktorer som virker inn og hvordan samspillet mellom disse faktorene er i egen hverdag og eget liv. Hjemmeoppgaven med Diamanten gir ytterligere informasjon om faktorer som påvirker grad av utmattelse og utmattelsens innvirkning på funksjon og livskvalitet. Denne gjennomgangen danner utgangspunkt for neste skritt i behandlingen, som er kartlegging av aktiviteter i hverdagen og utforming av en aktivitetsplan.

AKTIVITETSKARTLEGGING OG AKTIVITETSPLAN

Mange pasienter har rapportert om at aktivitetsplan er et nyttig hjelpemiddel ved utmattelse. Ved å bli konkret på hva en gjør, åpnes det opp for handlingsalternativer og gode handlingsvalg. Man får et hjelpemiddel til å prioritere og fordele gjøremål, og får styrket opplevelsen av å kunne styre egen hverdag. Da blir det også lettere og tryggere å slippe utmattelsen av syne, og ta tilbake regien. Si det til pasientene. Samtidig er det viktig å si fra om at du vet at denne delen av behandlingen vil bli krevende, der første skritt er å gjøre en aktivitetskartlegging over en uke. Da får man informasjon som kan brukes for å lage en gjennomtenkt aktivitetsplan. Sett av god tid til å snakke om hvordan de skal gå frem, og hvilke barrierer som kan dukke opp, for eksempel at man glemmer å notere ned i kartleggingsskjemaet.

Aktivitetskartlegging

Si at å kartlegge kan være ubehagelig – man kommer tett inn på seg selv når man ser hva man faktisk gjør og ikke gjør, på godt og på ondt. Man kan blant annet få tanker om at man gjør lite og at man blir sliten av ingenting. Men det er viktig å få en oversikt som er mest mulig lik hverdagen slik den faktisk er, og ikke hvordan man skulle ønske at den var. Du kan anbefale pasientene å tenke at de er en vennlig innstilt journalist som prøver å få et objektivt og sannferdig bilde av hva som skjer: Hva er fakta?

Noen pasienter erfarer gjennom aktivitetskartleggingen at de i for stor grad har navigert etter utmattelsen, og at de har for få stimulerende aktiviteter. Resultatet av å kjenne for mye etter på utmattelsen har blitt passivitet og kanskje også ensomhet. Andre blir klar over at de i for lang tid har drevet rovdrift med seg selv. De har gått på ren viljestyrke, uten å ta nødvendige hensyn til sykdommen, og har behov for å legge inn aktiviteter som gir restitusjon.

Noen pasienter sier at de allerede har oversikt over hva de gjør. Du kan svare at det likevel kan være nyttig å registrere. Det er ikke uvanlig at man gjør oppdagelser og at det blir tydeligere konkret hva man kan gjøre for å påvirke situasjonen. Det blir lettere også for deg som behandler å komme med innspill til mulige tiltak ved å ha tilgang til slike data.

” Det er ikke uvanlig at man gjør oppdagelser og at det blir tydeligere konkret hva man kan gjøre for å påvirke situasjonen.

Psykologiske grunnbehov

Tre sentrale behov må ifølge de amerikanske psykologene Deci og Ryan (2017) dekkes for at vi skal ha det bra og oppleve at vi har en indre motivasjon: vi må kunne føle at vi har kompetanse, at vi har tilhørighet til andre og at vi er autonome, det vil si i stand til å foreta valg i eget liv. Vi må altså kunne oppleve at vi kan mestre og få til det vi gjør, at en er en del av et trygt fellesskap og at vi kan styre egne valg.

I både kartlegging og planlegging av aktiviteter kan du be pasientene om å reflektere over i hvilken grad hverdagen gir rom for å få dekket disse behovene. Når føler de mestring, der de opplever at de får brukt sine ferdigheter? Når føler de fellesskap og samhørighet med andre? Når føler de at de kontrollerer sine valg og beslutninger, at de har handlingsalternativer, og at de, i hvert fall til en viss grad, kan bestemme over seg selv og sine handlinger?

Det er mye informasjon lett tilgjengelig nå nett om selvbestemmelsesteorien, indre motivasjon og de psykologiske grunnbehovene, for eksempel på nettsiden til Center for self-determination theory: <https://selfdeterminationtheory.org/theory/>

Vi anbefaler at du som behandler setter deg inn i denne litteraturen (se også Berge, Dehli & Fjerstad, 2024).

Det å få dekket de tre universelle psykologiske behovene er forbundet med bedre mental helse og livskvalitet, og med økt etterlevelse av helse råd om eksempelvis kosthold og fysisk aktivitet (Deci & Ryan, 2017). Samtidig er vedvarende utmattelse ofte en barriere for å få dekket disse behovene. Det svekker opplevelsen av indre motivasjon og vitalitet i hverdagen.

Aktivitetsskartleggingen kan gi informasjon om hvordan man i større grad kan få dekket psykologiske behov, der man kan innarbeide relevante aktiviteter i aktivitetsplanen. Aktivitetsplanen kan i seg selv bidra til økt følelse av autonomi og av å kunne foreta valg i eget liv. Gjennom planen har man muligheten til å komponere sin egen hverdag. Vår erfaring er at pasientene opplever selvbestemmelsesteorien som intuitivt riktig. Det er nyttig med begrepene tilhørighet, kompetanse og autonomi når de skal lage en god plan for hverdagen.

” Det å få dekket de tre universelle psykologiske behovene er forbundet med bedre mental helse og livskvalitet, og med økt etterlevelse av helse råd om eksempelvis kosthold og fysisk aktivitet.

Aktivitetsplan

Vi sier gjerne til pasientene at vår erfaring er at jo mer omfattende problemene med utmattelse er, desto viktigere er det å lage en detaljert plan. Man trenger planen å holde fast i. Planen må være realistisk og ikke ha for mange aktiviteter. Tvert om skal planen brukes for å lansere mer realistiske forventninger og sikre at en tar hensyn til egne behov.

Si at mange faller for fristelsen til å legge inn for mange og for krevende aktiviteter, og får nye runder med utmattelse og skuffelse. Du kan her be pasienten om å gjennomføre følgende tankeøvelse: «Forestill deg at du har laget en aktivitetsplan. Se for deg at en venn har satt opp nøyaktig samme plan, og at du som den gode vennen du er, nå skal gi ham/henne noen råd om å gjøre noen justeringer og endringer av planen. Hva ville du lagt vekt på da?».

Be pasientene om å se tilbake på sine plussaktiviteter og påse at de legger inn slike aktiviteter med jevne mellomrom. Det samme gjelder bruk av kloke aktiviteter som gir restitusjon.

Det er utvilsomt en stor fordel å bruke dataene som er samlet inn til å utforme en detaljert aktivitetsplan for uken, slik vi beskriver i arbeidsboken. Men det er noen pasienter som sliter med å få det til. Vi sier da at det aller viktigste er å ta med seg prinsippene og gjennomføre dem i sin tenkning rundt og planlegging av hverdagen. For eksempel kan mange ha stort utbytte av å sette opp en liste over noen energigivende aktiviteter som det er realistisk å få til. Man kan også legge strategier for å gjennomføre spesielt krevende, men prioriterte aktiviteter de kommende dagene. For eksempel kan man legge en plan for hvordan man kan delta i et familieselskap, uten å være der for lenge, delta på en konferanse, men bare være der den ene dagen og kanskje uten å være med på festmiddagen. Slik legger man til rette for målrettet deltakelse på egne premisser samtidig som man motvirker unngåelsesatferd.

” Planen må være realistisk og ikke ha for mange aktiviteter. Tvert om skal planen brukes for å lansere mer realistiske forventninger og sikre at en tar hensyn til egne behov.

EN STØTTENDE INDRE SAMTALE

I behandlingen brukes ABCD-modellen til å øve på å legge merke til hvilke tanker som stjeler energi, motivasjon og håp, og å ta stilling til deres gyldighet og funksjon. Tegn ABCD-modellen på tavle eller flippover, og forklar hva som ligger i situasjon (A), tanker (B), konsekvenser, dvs. kroppsreaksjoner, følelser og handlinger (C) og eventuelt alternative og mer konstruktive tanker (D). Få eksempler fra pasientene på illustrerende situasjoner. Når en pasient på mestringskurset gir et eksempel på en vanskelig situasjon, kan som nevnt de andre deltakerne komme med forslag til alternative tanker som er fornuftige og nyanserte, vennlige og støttende, eller pragmatiske og nyttige.

I den påfølgende diskusjonen kan du si at det er nyttig å bruke skjemaet til å avdekke de aller mest negative tankegjengangerne. Da blir man seg mer bevisst slike tanker og kan lettere fange dem opp og stille spørsmål ved dem neste gang de dukker opp. Disse tankene er gjerne ekstreme og unyanserte. Slik sett er det nyttig å stille seg selv spørsmålet: Hva er det mest negative jeg tror jeg tenkte i denne situasjonen?

Snakk igjen om selektiv oppmerksomhet, og hvordan tanken: «Hvorfor er jeg så sliten», kan bidra til å forsterke plager fra kroppen. En annen tanke som kan bidra til onde sirkler der man hele tiden holder øye med utmattelsen, er: «Hva om det blir for mye for meg?».

Si at tanker mister noe av sin umiddelbare påvirkningskraft når vi har en økt bevissthet om dem, det vil si når vi kan se dem som tanker og ikke fakta. Det gjør det gjerne lettere å finne frem til alternative tanker, eller velge å la være å gi dem oppmerksomhet.

Du vil se i arbeidsboken at det foreslås tre typer støttetanker i ABCD-modellen, altså i D-kolonnen for alternative tanker:

1. **Fornuftige støttetanker, for eksempel med «medisinsk informasjon til innvortes bruk»:** Hva er fakta? Hva sier legen min til dette?
2. **Vennlige støttetanker som formidler egenomsorg og en humanistisk holdning i en vanskelig situasjon:** Hva ville jeg sagt til en venn som opplevde det samme som meg?
3. **Pragmatiske støttetanker, som ikke går inn i innholdet i tanken, men stiller spørsmål om tankens funksjon:** Hjelper det meg å tenke dette nå? Hvis tanken ikke er til hjelp, kan man velge ikke å gi den oppmerksomhet, men bare la den fare, og konsentrere seg om andre ting.

” Hvis tanken ikke er til hjelp, kan man velge ikke å gi den oppmerksomhet, men la den fare, og konsentrere seg om andre ting.

Den pragmatiske støttespilleren er spesielt nyttig ved energitappende kvernetanker. Mange av teknikkene som foreslås i arbeidsboken for å flytte oppmerksomheten vekk fra påtrengende grubling og bekymring, kan anvendes ved negative og dysfunksjonelle tanker generelt. Vi formidler dette til pasientene. Ved sykdom, smerter og utmattelse er det ikke alltid hensiktsmessig å ta opp bevis for og imot tanken, det er ikke nødvendigvis så mye trøst å finne i fakta. Da kan det å øve på å gi de negative og energitappende tankene mindre plass, uten å gå i diskusjon med dem, men også uten å prøve å presse dem vekk, være veien å gå. Dette poenget tar vi opp med pasientene, og vi bruker øvelsen «ikke tenk på en isbjørn», for å demonstrere at forsøk på tankeundertrykking kan virke mot sin hensikt. En øvelse vi gjentar i sesjonen om kvernetanker.

TILTAK VED KVERNETANKER

En egen del av behandlingsopplegget er viet tiltak ved energitappende kvernetanker, i form av påtrengende og vedvarende grubling og bekymring. Vi formidler til pasientene at det ikke er rart av slike tanker presser seg frem ved sykdom og utmattelse. Samtidig sier vi at det kan være spesielt viktig å ha strategier for å begrense innflytelsen av dem nettopp under sykdom. Dersom bekymringene tar overhånd, kan de gi en følelse av hjelpeløshet, for eksempel ved kreftsykdom (Parle et al., 1996), bidra til negative og uhenksomme former for sykdomsforståelse (Letho & Cimprich 2009) og økt grad av konsentrasjons- og hukommelsesproblemer (Berman et al., 2014). Ved kreftsykdom er bekymring og frykt for tilbakefall forbundet med en høyere bruk av helsetjenester og redusert livskvalitet for både pasienter og deres pårørende (Kim et al., 2012). For alle pasientgrupper kan bekymring bidra til anspenhet, smerter, magebesvær, utmattelse og søvnproblemer. Dessuten sier forskere på beslutningsprosesser, at jo mer vi «overtenker» og kverner på et problem, uten å komme videre, desto mindre kontakt får vi med intuisjonen og magefølelsen vår, som kunne fortalt oss hva som er riktig vei å gå. Det blir en ond sirkel.

Det kan være nyttig å skille mellom repeterende kverning («brooding») og konstruktiv refleksjon (Treynor et al., 2003). Her har det betydning om tankene har en påtrengende form, gjerne ved å bli trigget av negative følelser eller kroppslige plager, eller en mer bevisst valgt og målrettet form (García et al., 2017). Ved bevisst valgt refleksjon, setter man selv opp tid og sted for å gå inn i et vanskelig tema, og man er i følelsesmessig balanse, ikke sliten og nedbrutt. Fortrinnsvis har man en fortrolig person å reflektere sammen med.

” Ved sykdom, smerter og utmattelse er det ikke alltid hensiktsmessig å ta opp bevis for og imot tanken, det er ikke nødvendigvis så mye trøst å finne i fakta.

” Man kan velge å flytte oppmerksomheten bort fra tanker som ikke vil en vel («your mind is not your friend»), eller eventuelt utsette for så å gå inn på det aktuelle temaet senere, når konstruktiv refleksjon er mulig.

Påtrengende grubling hemmer mestring av sykdom, forsterker psykiske vansker og reduserer livskvaliteten, og er en kjernekomponent i depresjon (Watkins, 2016). Slik grubling svekker evnen til å løse problemer ved at man hindres i å gå inn i en mer aktiv og handlingsorientert form for problemløsning (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Vi foreslår derfor at pasientene trener seg på å stille pragmatiske spørsmål ved nytteverdien av påtrengende grubletanker: «Hva er fordelene og ulempene med disse tankene?» «Hjelper de meg til å leve godt med sykdommen og få mest mulig ut av hverdagen?», «Fremmer eller hemmer de muligheten for mestring?». Man kan velge å flytte oppmerksomheten bort fra tanker som ikke vil en vel («your mind is not your friend»), eller eventuelt utsette for så å gå inn på det aktuelle temaet senere, når konstruktiv refleksjon er mulig.

Kvernetanker kan ta form av innarbeidede mentale vaner (Watkins & Nolen-Hoeksema 2014). De er da automatiserte, trigget av ulike indre og ytre stimuli, og ikke styrt av bevisste valg. Vanens makt er stor, og det krever trening å innarbeide andre og konstruktive mentale vaner. Det innebærer å trene, om og om igjen, på å flytte oppmerksomheten over på detaljer i situasjonen her og nå, og søke å tenke konkret, hjelpsomt og løsningsorientert.

Vi anbefaler her bruk av handlingsregler, i form av «hvis-så»-formuleringer, slik det er beskrevet i arbeidsboken: «Hvis kverntankene kommer, så skal jeg ...». «Så»-delen av formuleringen kan være en påminnelse om ikke å gi tankene oppmerksomhet og et konkret råd om hva som er lurt å gjøre i situasjonen (Berge & Fjerstad, 2020b; Gollwitzer, 1999).

Ved sykdom og utmattelse er det naturlig at bekymringstankene melder seg, noe det er viktig å formidle til pasientene. Enkelte pasienter har positive holdninger til bekymring: «Hvis jeg ikke er forberedt på hva som kan skje med sykdommen min, vil jeg ikke kunne mestre den». «Jeg må raskest mulig fange opp symptomer som bør undersøkes». Slike holdninger kan være forbundet med lav toleranseevne for tvil og usikkerhet (Dugas & Koerner, 2005). Pasienten kan også ha negative tanker om bekymring, om at bekymring i seg selv er skadelig, mentalt eller fysisk, og at bekymring ikke lar seg kontrollere. Det kan gi opphav til såkalt metabekymring eller type 2 bekymring, det å bekymre seg over bekymringen, uten å føle at en makter å kontrollere tankene (Wells, 2005).

I en studie av pasienter med brystkreft og prostatakreft var særlig de negative holdningene til bekymring forbundet med psykiske plager (Cook et al., 2015). Pass derfor på at du med dine forslag om å motvirke overdreven bekymring ikke bidrar til å øke pasientens bekymring over egen bekymring. Det er ofte nyttig å ta denne problemstillingen direkte opp med pasienten. Her kan du stille sokratiske spørsmål for å utforske premissene som ligger til grunn for pasientens holdninger til bekymring. Du kan i samarbeid med pasienten også sette opp en liste over fordeler og ulemper ved bekymring, og legge til rette for ulike atferdseksperimenter (Berge, Fjerstad, Hyldmo & Lang, 2019).

” *Pasienten kan også ha negative tanker om bekymring, om at bekymring i seg selv er skadelig, mentalt eller fysisk, og at bekymring ikke lar seg kontrollere.*

Arbeidsrettede tiltak

I arbeidsboken er det i del 4 lagt inn et kapittel om arbeidsrettede tiltak. Ved behov, for eksempel hvis pasientene er i fare for å bli langtids syk-meldt eller er i dialog med NAV, anbefales det at dette temaet tas inn tidligere, for eksempel i del 2.

I kvalitative studier av pasienter med revmatisk sykdom er mental og fysisk utmattelse det som for mange svekker arbeidsfunksjonen mest (Connolly et al., 2015; Repping-Wuts et al., 2008). Utmattelsen beskrives som uforutsigbar. Den mentale utmattelsen kan medføre konsentrasjonsproblemer som fører til at en gjør feil, begynner å tvile på seg selv, og må dobbeltsjekke at en har gjort ting riktig. Noen velger å informere ledelsen og kolleger om utmattelsen, mens andre holder problemet skjult. De kan være engstelige for å bli holdt øye med eller for ikke å bli møtt med forståelse. Mange av de som har valgt å gi informasjon, sier at de opplevde det som positivt og riktig, for eksempel ved at de fikk tilbud om tilrettelegging av arbeidsmiljø og arbeidstid. Men det å forklare selve utmattelsen er ofte vanskelig, fordi det er et usynlig symptom og fordi de fleste av oss jo er slitne i perioder, selv når vi ikke er syke.

Du kan innlede til diskusjon med å spørre om pasientenes vurdering av sammenhenger mellom utmattelse og arbeidsfunksjon, og hvordan de håndterer utmattelsen i jobbhverdagen. Tilsvarende kan du spørre om de har tatt opp problemet med arbeidsgiver eller kolleger, og hvilke erfaringer de har gjort seg. Spør om synspunkter på forslagene for arbeidsrettede tiltak i arbeidsboken. I behandling i gruppe kan diskusjonen gjerne starte med at deltakerne i en periode snakker sammen to og to, for så å dele sine refleksjoner i plenum.

Du kan lese mer om jobbfokusert behandling ved somatisk sykdom i Berge, Fjerstad, Hyldmo og Lang (2019), og ved depresjon og angstlidelser i Berge, Heier, Wright, Hannisdal og Gjengedal (2019) eller Berge og Martinussen (2016).

” Den mentale utmattelsen kan medføre konsentrasjonsproblemer som fører til at en gjør feil, begynner å tvile på seg selv, og må dobbeltsjekke at en har gjort ting riktig.

Oppsummering og veien videre

I siste behandlingstime eller kurssamling oppsummeres de sentrale prinsippene. Det legges til rette for en dialog om hvordan pasientene skal fortsette arbeidet videre, ut fra deres erfaringer om hva som har vært til hjelp. Det er lurt fremover å gi seg selv påminnelser om viktige tiltak, slik at nye tenkemåter ikke går i glemmeboken eller blir slukt av gamle mentale og atferdsmessige vanemønstre.

Vår erfaring er at denne siste timen eller kurssamlingen bør ha en mest mulig dialogisk form, der pasientene løfter frem momenter de ønsker å ha med seg i det videre arbeidet. Du kan også sette av noen minutter, der pasientene på egenhånd starter med å skrive inn stikkord i «gammel og ny plan», som står i arbeidsboken.

I evalueringen av behandlingstilbudet kan du spørre pasientene om hva som har vært nyttig og hva som eventuelt kunne ha vært gjort annerledes. Gi tilbakemelding om pasientenes innsats og mot, og si gjerne også noe om din personlige glede over å ha fått anledning til å delta i samarbeidet.

Kognitiv atferdsterapi for insomni og irritabel tarmsyndrom

På nettsiden www.kognitiv.no finner du opplegg for henholdsvis søvnproblemer (insomni) og irritabel tarmsyndrom, utviklet ved Diakonhjemmet Sykehus med støtte fra Stiftelsen Dam gjennom henholdsvis Norsk Revmatikerforbund og Mage-tarm-forbundet. Dessuten inneholder nettsiden mye informasjon både om behandling og hvordan man kan hjelpe seg selv ved psykiske lidelser. Noen pasienter med vedvarende utmattelse kan ha utbytte av informasjon også om slike problemer.

Referanser

- Berge, T., Bull-Hansen, B. & Fjerstad, E. (2019). Kan erfaringer med somatisk sykdom og skade føre til personlig vekst? *Sykepleien*;107(78771):(e-78771)
- Berge, T., Dehli, L. & Fjerstad, E. (2024). *Energityvene. Utmattelse og smerter i sykdom og hverdag*. Oslo: Aschehoug.
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2022). Vedvarende utmattelse. I: T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi* (s. 327 -338)..Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2017). Energityver og energigivere. Tiltak mot vedvarende utmattelse hos pasienter i allmennpraksis. *Utposten*, 46, 12–15.
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2020a). Kognitive verktøy for mestring ved kronisk sykdom. I: A. Vågan (red.), *Helsepedagogiske metoder. Teori og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2020b). Bruk av handlingsregler i vaneendring. *Tidsskrift for kognitiv terapi*. <https://tidsskrift.kognitiv.no/bruk-av-handlingsregler-i-vaneendring/>
- Berge, T., Fjerstad, E. & Bull-Hansen, B. (2020). Bitterhetens byrde. Bitterhet som tema i psykoterapi. *Tidsskrift for kognitiv terapi*. <https://tidsskrift.kognitiv.no/bitterhetens-byrde-bitterhet-som-tema-i-psykoterapi/>
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi. For deg som behandler somatisk sykdom og skade*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Berge, T., Heier, E.B., Wright, D., Hannisdal, M. & Gjengedal, R.G.H. (2019). *Jobbfokusert terapi ved depresjon og angstlidelser – en behandlingsveileder*. Diakonhjemmet Sykehus. <https://diakonhjemmetsykehus.no/kompetansesenter-for-psykisk-helse-og-arbeid/jobbfokusert-terapi-ved-depresjon-og-angstlidelser#jobbfokusert-terapi---en-behandlingsveileder>
- Berge, T. & Martinussen, A.-G. (2016). *Psykiske plager på arbeidsplassen. En veileder for arbeidsgivere, tillitsvalgte og ledere*. <https://mag.idebanken.org/psykiskhelse/>
- Berman, M.G., Askren, M.K., Jung, M., Therrien, B., Peltier, S., Noll, D.C. et al. (2014). Pretreatment worry and neurocognitive responses in women with breast cancer. *Health Psychology*, 33(3), 222–231.
- Bower, J.E. (2014). Cancer-related fatigue – mechanisms, risk factors, and treatments. *Nature Reviews Clinical Oncology*, 11(10), 597–609.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D. et al. (1993). Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 37(2), 147–153.
- Cella, M. & Chalder, T. (2010). Measuring fatigue in clinical and community settings. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(1), 17–22.
- Cook, S.A., Salmon, P., Dunn, G., Holcombe, C., Cornford, P. & Fisher, P. (2015). The association of metacognitive beliefs with emotional distress after diagnosis of cancer. *Health Psychology*, 34(3), 207–215.
- Dugas, M. J. & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(1), 61– 81.
- Fjerstad, E., Berge, T. & Bull-Hansen, B. (2020a). Utmattede pasienter kan miste noe av sin identitet og selvfølelse. *Sykepleien* 2020 108 (80883) (e-80883) DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.80883
- Fjerstad, E., Berge, T. & Bull-Hansen, B. (2020b). Sykdomsskam. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57, 32–37.
- Fjerstad, E., Berge, T., Nymo, S. & Moe, R.H. (2020). Targeting specific factors in rheumatic inflammatory diseases: A cognitive behavioural approach. *Health Education and Care*, 5, 1–6, doi: 10.15761/HEC-1000177
- García, F.E., Duque, A. & Cova, F. (2017). The four faces of rumination to stressful events: A psychometric analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9(6), 758–756.

- Goedendorp, M.M., Tack, C.J., Steggink, E., Bloot, L., Bazelmans, E. & Knoop, H. (2014). Chronic fatigue in type 1 diabetes: Highly prevalent but not explained by hyperglycemia or glucose variability. *Diabetes Care*, 37(1), 73–80.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493–503.
- Hagger, M.S., Koch, S., Chatzisarantis, N.L.D. & Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1117–1154.
- Haug, J. (2017). *Diabetespsykologi – samspillet mellom kropp og sinn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hewlett, S., Chalder, T., Choy, E., Cramp, F., Davis, B., Dures, E. et al. (2011). Fatigue in rheumatoid arthritis: Time for a conceptual model. *Rheumatology*, 50(6), 1004–1006.
- Hewlett, S., Dures, E. & Almeida, C. (2011). Measures of fatigue. *Arthritis Care & Research*, (Hoboken), 63 Suppl 11: S263–286.
- Jelsness-Jørgensen, L.P., Bernklev, T., Henriksen, M., Torp, R. & Moum, B.A. (2011). Chronic fatigue is associated with impaired health-related quality of life in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 33(1), 106–114.
- Jones, D.E.J., Gray, J.C. & Newton, J. (2009). Perceived fatigue is comparable between different disease groups. *QJM: An International Journal of Medicine*, 102(9), 617–624.
- Kim, Y., Carver, C.S., Spillers, R.L., Love-Ghaffari, M. & Kaw, C.K. (2012). Dyadic effects of fear of recurrence on the quality of life of cancer survivors and their caregivers. *Quality of Life Research*, 21(3), 517–525.
- Kister, I., Bacon, T.E., Chamot, E., Salter, A.R., Cutter, G.R., Kallina, J.T. & Herbert, J. (2013). Natural history of multiple sclerosis symptoms. *International Journal of MS Care*, 15(3), 146–158.
- Lehto, R.H. & Cimprich, B. (2009). Worry and the formation of cognitive representations of illness in individuals undergoing surgery for suspected lung cancer. *Cancer Nursing*, 32(1), 2–10.
- Lenaert, B., Boddez, Y., Vlaeyen, J.W.S. & van Heugten, C.M. (2018). Learning to feel tired: A learning trajectory towards chronic fatigue. *Behaviour Research and Therapy*, 100, 54–66.
- Lerdal, A., Wahl, A., Rustøen, T., Hanestad, B.R. & Moum, T. (2005). Fatigue in the general population: A translation and test of the psychometric properties of the Norwegian version of the fatigue severity scale. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(2), 123–130.
- Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Breland, J.Y., Hash-Conderse, J., Phillips, L.A., Leventhal, E.A. & Cameron, L.D. (2012). Modeling health and illness behavior: The approach of the commonsense model. I: A. Baum, T.A. Revenson & J. Singer (red.), *Handbook of health psychology* (2. utg., s. 3–35). New York: Psychology Press
- LHL Hjerneslag (2017). *Fatigue – den usynlige fienden*. Brosjyre. <https://www.lhl.no/lhl-hjerneslag/livet-etter/fatigue-etter-hjerneslag/>
- Ljótsson, B., Hesser, H., Andersson, E., Lindfors, P., Hursti, T., Rück, C. et al. (2013). Mechanism of change in an exposure-based treatment for irritable bowel syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1113–1126.
- Menting, J., Tack, C.J., Bleijenberg, G., Rogier, D., Donders, R., Fortuyn, H.A.D. et al. (2018). Is fatigue a disease-specific or generic symptom in chronic medical conditions? *Health Psychology*, 37(6), 530–543.
- Mohr, D.C. & Cox, D. (2001). Multiple sclerosis: Empirical literature for the clinical health psychologist. *Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 479–499.
- Moorey, S. & Greer, S. (2012). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer* (2. utg.). Oxford: Oxford Universities Press.
- Morrison, J.D. & Stuifbergen, A.K. (2016). Predictors of fatigue impact in persons with longstanding multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(3), 143–150.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.

- Olsen, C.L., Lie, E., Kvien, T.K. & Zangi, H.A. (2016). Predictors of fatigue in rheumatoid arthritis patients in remission or low disease activity state. *Arthritis Care and Research (Hoboken)*, 68(7), 1043–1048.
- Parle, M., Jones, B. & Maguire, P. (1996). Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychological Medicine*, 26(4), 735–744.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2017). *Self-determination theory. Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. New York: Guilford.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1982). Cognition, affect, and self-regulation. I: M.S. Clark & S.T. Fiske (red.), *Affect and cognition. The seventeenth Symposium on Cognition* (s. 157–184). New York: Psychology Press.
- Schjoedt, I., Sommer, I. & Bjerrum, M.B. (2016). Experiences and management of fatigue in everyday life among adult patients living with heart failure: a systematic review of qualitative evidence. *BI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(3), 68–115.
- Stebbing, S., Herbison, P., Doyle, T.C., Treharne, G.J. & Highton, J. (2010). A comparison of fatigue correlates in rheumatoid arthritis and osteoarthritis: Disparity in associations with disability, anxiety and sleep disturbance. *Rheumatology*, 49(2), 361–367.
- Treynor, W., Gonzalez, R. & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259.
- Utset, T.O., Baskaran, A., Segal, B.M., Trupin, L., Ogale, S., Herberich, E. & Kaluninan, K. (2015). Work disability, lost productivity and associated risk factors in patients diagnosed with systemic lupus erythematosus. *Lupus Science & Medicine*, 2(1), e000 058. doi: 10.1136/lupus-2014-000 058
- van Steenbergen, H.W., Tsonaka, R., Huizinga, T.W.J., Boonen, A. & van der Helm-van Mil, A.H.M. (2015). Fatigue in rheumatoid arthritis; a persistent problem: A large longitudinal study. *Rheumatic & Musculoskeletal Diseases Open* 1: e000 041. doi:10.1136/rmdopen-2014-000 041
- Walsh, J.A., McFadden, M.L., Morgan, M.D., Sawitzke, A.D., Duffin, K.D., Krueger, G.G. & Clegg, D.O. (2014). Work productivity loss and fatigue in psoriatic arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 41(8), 1670–1674.
- Watkins, E.R. (2016). *Rumination-focused cognitive-behavioral therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Watkins, E.R. & Nolen-Hoeksema, S. (2014). A habit-goal framework of depressive rumination. *Journal of Abnormal Psychology*, 123(1), 24–34.
- Weijman, I., Kant, I., Swaen, G.M., Ros, W.J.G., Rutten, G.E.H.M., Schaufeli, W.B. et al. (2004). Diabetes, employment and fatigue-related complaints: A comparison between diabetic employees, «healthy» employees, and employees with other chronic diseases. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(8), 828–836.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107–121.
- Wijenberg, L.M.L., Stapert, S.Z., Köhler, S. & Bol, Y. (2016). Explaining fatigue in multiple sclerosis: Cross-validation of a biopsychosocial model. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(5), 815–822.
- Williams, B.A. (2017). The clinical epidemiology of fatigue in newly diagnosed heart failure. *BMC Cardiovascular disorders*, 17: 122. doi:10.1186/s12 872-017-0555-9