



LUND
UNIVERSITY

Institutionen för psykologi

Psykoterapeutprogrammet

Vad är verksamt i psykoterapi med personer som har utmattningssyndrom? - en kvalitativ studie

Annelie Bergström & Marie Johnsson

Psykoterapeutexamensuppsats, 2018

Handledare: Per Johnsson

Examinator: Jan-Åke Jansson

Abstract

Stress-related illness has increased both in Sweden and abroad, among it burnout syndrome, which has a prolonged healing process.

Intense research is carried out worldwide on which factors can change and affect the course of the illness. The research is mainly focused on return to work as a goal of the treatment.

The purpose of this qualitative study was to investigate both patients' and psychotherapist's experience on what is effective in a psychotherapy when you have been diagnosed with burnout syndrome.

Semistructured interviews were carried out with five patients who are/were in a psychotherapeutic process and have burnout syndrome, as well as interviews with four experienced psychotherapists who work with this diagnosis. The material was analyzed with thematical, semantical and inductive analysis whereby ten themes were identified.

The main results of the study points out the patient's need to be in a safe environment and get help to bring everything together and understand the course of events during the time it takes to heal.

The study also showed a need for a more diagnosis- and individualcentred focus for this group of patients, instead of a focus on the method. Factors like the importance of an individualcentred flexible and eclectic form of treatment with timingfocused interventions and their dosage is central.

Further on, the study pointed to the expressed fatigue which often has a prolonged healing process.

These patients usually want, often subconsciously, to deliver results as a "good" patient to please the therapist during the treatment, which only prolongs the healing process.

This investigation also identified the parallel processes of "delivering patients" and "delivering therapists".

Keywords: effectiveness, psychotherapy, burnout syndrome, flexibility, time, timing, dosage

Sammanfattning

Den stressrelaterade ohälsan har ökat såväl i Sverige som i övriga världen och däribland utmattningssyndrom som har ett långvarigt läkningsförlopp. Det pågår på olika ställen intensiv forskning kring vad som kan förändra och påverka sjukdomsförloppet vid utmattningssyndrom. Forskningen fokuserar i huvudsak på arbetsåtergång som mål med behandlingen.

Syftet med denna kvalitativa studie var att undersöka såväl patienters som psykoterapeuters upplevelse kring vad som är verksamt i en psykoterapi när man har fått diagnosen utmattningssyndrom. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med fem patienter som går/har gått i terapi samt har utmattningssyndrom, samt intervjuer med fyra erfarna psykoterapeuter som jobbar med denna diagnos. Materialet analyserades med tematisk, semantisk och induktiv analys varvid tio teman identifierades.

Studiens huvudsakliga resultat tydliggör patientens behov av att på en trygg plats få hjälp att få ihop och förstå det som händer under den tid det tar att läka.

Studien visade ett behov av ett mer diagnos- och individfokuserat fokus på den här målgruppen istället för metodfokuserat. Faktorer som vikten av en individcentrerad flexibel eklektisk behandlingsform med fokus på timing kring interventioner och dosering av dessa är central.

Vidare visade studien på den uttalade tröttheten som oftast har ett långvarigt läkningsförlopp. Dessa patienter hamnar i att prestera och vara duktiga i sin egen behandling med en oftast omedveten önskan om att prestera och leverera återhämtning vilket endast förlänger sjukdomsförloppet. Undersökningen identifierade även parallellprocessen av duktiga patienter och duktiga terapeuter.

Nyckelord: verksamt, psykoterapi, utmattningssyndrom, flexibilitet, tid, timing, dosering

Tack!

Först och främst vill vi rikta ett tack till alla våra intervjupersoner som så frikostigt berättat om sina unika erfarenheter, så att vi kunnat skriva denna uppsats. Därefter tackar vi vår eminente handledare Per Johnsson, som släppt oss fria i vårt stundtals kreativa kaos och med säker hand väglett oss igenom den här processen med tydliga direktiv och feedback när det behövts. Vi tackar också Maries syster, som lånade ut sin fina stuga där vi kunde brottas med vårt intervjumaterial i lugn och ro. Vi vill så klart även tacka våra familjer, som kommit med uppmuntrande tillrop och inte klagat när vi varit frånvarande. Sist, men inte minst, vill vi tacka varandra och oss själva för att vi orkat med och stått ut med timmar av stress och oro över hur detta skulle gå, och för hårt arbete, växlat med goda samtal och stunder av avkoppling i ett tillåtande och omsorgsfullt klimat. Tack för det, Marie och Annelie!

Innehållsförteckning

Abstract	2
Sammanfattning	3
Tack!.....	4
Introduktion.....	7
Evidensläget för behandling vid utmattningssyndrom	7
Teori.....	9
Vad är verksamt i psykoterapi.	9
Stress ur ett historiskt perspektiv.	10
Kamp och Flykt.....	11
Att spela död-programmet.	12
Hjärnan.....	12
Gas och broms.....	13
Symtom - kroppens signaler.	13
Stressprocessen.	14
Krav-kontroll-stöd.....	16
Anknytningsteori.....	17
”Att se sig själv utifrån och andra inifrån”.	18
Samhället förändras.	19
Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom.	20
Syfte.	21
Metod	21
Design	22
Deltagare.....	23
Procedur.....	24
Dataanalys.....	24
Etiska överväganden	25
Resultat.....	26
Duktiga patienter, duktiga terapeuter.....	26

Kroppen (och hjärnan)	29
Att hitta en plats	31
Att få berätta sin historia.....	33
Få ihop det	34
Kunskap och erfarenhet	35
Känsla av kontroll.....	36
Tiden	37
Kontexten.....	38
Acceptans.....	39
Diskussion	40
Resultatdiskussion	40
”En trygg bas.”	40
Tillräckligt med tid.	41
Ökad mentalisering.	43
Möjlighet att påverka.	43
Metod- eller individfokus.	43
Metoddiskussion	44
Slutsatser.....	46
Framtida forskning.....	46
Referenser.....	48
Bilagor.....	52
Samtyckesblankett.....	52

Introduktion

“ Mänskligheten klarar inte mycket mer!

Världen är för stor för oss. För mycket händer, för många brott, för mycket våld och spänning. Hur mycket Du än försöker kommer Du efter i utvecklingen. Detta är en ständigt ökande press för att orka med tempot... man förlorar fotfästet. Vetenskapen gör nya upptäckter i en takt som gör att man hopplöst famlar i häpnad. Den politiska kartan ändras i en hastighet så man tappar andan i försök att hålla reda på vem det är som styr. Allt går för högtryck”

“The Atlantic Journal 16 juni ,1833”

Visst är det väl så att igenkänningsfaktorn kring ovan nämnda artikel är i högsta grad så att det skulle kunna vara en beskrivning av samhället idag i dagens tidning?

Så här ser det ut;

Antalet sjukskrivningar för stressrelaterad ohälsa ökar i rask takt. Samhället snurrar allt fortare. Enligt Försäkringskassan (2016:2) har antalet sjukskrivningar mellan 2010 till 2015, för diagnoserna Anpassningsstörningar och Reaktionen på svår stress, ökat från 31 000 till 68 000. Detta är en ökning med 119% som är ungefär lika stor för kvinnor som män, men betydligt fler i antal fall, räknat för kvinnor. Trots att det är en markant ökning av sjukskrivningar för stressrelaterad ohälsa såsom utmattningssyndrom så finns det sparsamt med studier kring rehabilitering av denna målgrupp.

Den här studiens författare har båda lång erfarenhet från såväl primärvården som psykiatri av att jobba med patienter som har diagnosticerats med utmattningssyndrom såväl i grupp som individuellt samt föreläser kring ämnet vid olika högskoleutbildningar.

Evidensläget för behandling vid utmattningssyndrom

I Rehabiliteringsrådets slutbetänkande, SOU 2011:15, framkommer att det finns ett svagt stöd för att psykologisk behandling fungerar för stressrelaterade diagnoser. Det finns få studier med “hög” kvalitet när det gäller utmattningssyndrom. Nuvarande evidensläget bygger framförallt på RCT-studier.

Detta går att läsa på från SBU:s Upplysningstjänst (2015);

- “I en RCT, *Ben-Itzhak et al 2012 , Israel*, jämfördes en kortare fokuserad psykodynamisk terapi, totalt tolv sessioner med en längre, ettårig psykodynamisk terapitid. Totalt inkluderas och randomiseras 66 personer. Deras slutsats var att 12 sessioners psykodynamisk korttidspsykoterapi inte var underlägsen en ettårig psykoterapi när det gällde att återställa tidigare psykologisk balans.

- I en kontrollerad studie, *Srivastava et al 2011, Indien*, undersöktes effekten av yoga/meditation på maladaptiv stressreaktion. Det är en liten studie med endast 30 deltagare, där 15 får behandling med meditation och de övriga 15 enbart erhåller generell rådgivning. Forskarnas slutsatser var att meditativa tekniker kan vara användbara i att lindra symtom vid maladaptiv stressreaktion. Man föreslår vidare forskning inom området.
- Vidare identifierades i SBU:s upplysningstjänst (2012) en randomiserad studie *Gorschenek et al 2008, Tyskland*, där effekten av 12 sessioner klientfokuserad psykoterapi på 50 patienter med maladaptiv stressreaktion jämförs med obehandlad kontroll (väntelista). Forskarnas slutsatser var att symtomen minskade efter genomgången korttidsterapi. Effekten vidmakthölls även efter avslutad behandling.

Stressforskarna Marie Åsberg, Karolinska Institutet, Stockholm och Kristina Glise vid Institutet för stressmedicin (ISM) Göteborg belyste på ISM:s nätverksträff (2018) kring ”Var vi står idag vad gäller de senaste forskningsrönen”. Utmattningssyndromet beskrevs som toppen av ett isberg, där det är av vikt att väga in patientens totala situation, såväl den privata som den arbetsrelaterade. Båda stressforskarna gav en delvis dyster bild när det gäller vilka metoder som ger resultat avseende arbetsåtergång. Flertalet behandlingsmetoder belystes såsom KBT, såväl individuellt, via internet eller i grupp, ACT som är en utveckling av KBT, Qi gong, mindfulness, trädgårdsterapi, skogsterapi, fysisk träning, ADA modellen (arbetsplatsdialog för arbetsåtergång) eller fysioterapi, vilka alla prövats i randomiserade kontrollerade studier, utan att de visat effekt när det gäller arbetsåtergång, van der Klink et al. (2003), Heiden et al. (2007), de Vente et al. (2008), Stenlund et al. (2009), Grossi et al. (2009), Blonk et al. (2006), Slutrapport DU-projektet (2012). KBT har t o m visat sig ha motsatt effekt i vissa fall, vilket lett till att man ändrat rekommendationerna enligt föreläsarna. *Timing*en för olika interventioner i behandlingen tycks enligt klinisk erfarenhet vara mycket viktig för att avsedd effekt skall uppnås. Andra viktiga variabler är att *ta hänsyn till patientens kontext*. Det behövs ett långvarigt stöd för att hjälpa patienten till beteendeförändring, skapa struktur avseende sömn, mat och fysisk aktivitet, den senare skall *doserar lagom* beroende på aktuell energinivå. Regelbunden *uppföljning och kontinuitet* av personal understryks. Patientens energinivå är begränsad. Individerna kan konsumera mer energi än den dagliga ransonen när något känns extra angeläget, men då ”lånar” hen upp energi från de kommande dagarna vilket skapar en energiskuld som ska betalas tillbaka och det innebär att individen är extra trött under dagar till veckor efteråt. En aktuell hypotes som belystes var att detta är den sannolika orsaken till att KBT-metoder inte är verksamma vid utmattningssyndrom då de

aktiverar patienten, tvärt emot vad patienterna i detta läge behöver. Åsberg och Glise (Institutet för Stressmedicin, 2018) belyser vikten av prevention - att hitta tidiga tecken, men även mer fokus kring vilka behov patienten uttrycker.

Författarnas nyfikenhet fick näring efter ovanstående läsning, då båda har kliniska erfarenheter av att det synes vara möjligt att bedriva psykoterapi framgångsrikt med personer som har fått diagnosen utmattningssyndrom.

Teori

Teorierna i detta avsnitt inleds med en översiktlig redogörelse av vad som är verksamt i psykoterapi samt åtföljs av olika teorier kring stress och utmattningssyndrom. Därefter följer om anknytning- och mentaliseringsteori relaterat till utmattningssyndrom.

Vad är verksamt i psykoterapi. Björn Philips och Rolf Holmqvist (2008), beskriver en forskningsöversikt i sin bok "Vad är verksamt i psykoterapi?" att det finns ca 30 publicerade undersökningar om patienternas syn på vad som är verksamt i psykoterapi. De hänvisar till Elliott & James (1989) som i sin forskningsöversikt sammanfattade att de gemensamma faktorer som nämns av patienterna är

- att terapeuten har egenskaper som enligt patientens upplevelser underlättar psykoterapin
- att patienten får tillåtelse att fritt uttrycka sig själv
- att patienten upplever en stödjande relation
- att patienten förvärvar självförståelse
- att terapeuten uppmuntrar patienten att använda sig av lärdomar från psykoterapin i det verkliga livet

En senare översikt av Bohart (2002), identifierade empati, öppenhet och gemensam utforskning som de viktigaste positiva terapeutegenskaperna. Den viktigaste alliansfaktorn verkar vara att terapeuten bryr sig om patienten på ett positivt sätt (Farber & Lane, 2002). Psykoterapins goda resultat beror enligt patienterna oftare på terapeutens personliga egenskaper än på en specifik terapeutisk teknik. Ett återkommande fynd är att patienten känner sig förstörd och accepterad (Cooley & LaJoy, 1980).

I en svensk studie av Nilsson m fl (2007) såg man att det inte fanns några skillnader mellan KBT och PDT när det gäller fördelningen av nöjda och missnöjda patienter. En del av slutsatserna av denna studie är att de missnöjda patienternas beskrivningar av hindrande faktorer i båda formerna av psykoterapi handlar om den specifika terapeutiska metoden. Missnöjda KBT-patienters tankar om psykoterapi verkar stämma bättre överens med en PDT-metodik och vice versa.

Patienternas syn på hindrande terapeutegenskaper och aspekter av den terapeutiska relationen är ett mindre utforskat område. Det är dock en återkommande erfarenhet att patienter oftast har svårt att ta upp kritik mot terapeuten både i terapin men även i forskningsintervjuer (Henkelman & Paulson, 2006), och har en benägenhet att dölja sina negativa reaktioner i psykoterapi (Farber, 2003). I en sammanställning av nio metaanalyser av "general effects of therapy" som Lambert & Ogles (2004) redovisar är den genomsnittliga effekten $d=0,75$, vilket betraktas som en stor effekt. Man drar slutsatsen att effekten av psykoterapi generellt enligt statistiska analysmetoder är ansevärd.

När man på ett övergripande sätt har tittat på faktorer i psykoterapi som är verksamma, så gjordes en systematisk sammanställning av studier på området av Wampold (2015). Där konstaterades att det som blev över, när faktorer som inte hade med den specifika terapimetoden att göra, togs bort så återstod endast 10% som kunde relateras till just metoden. De faktorer som utkristalliserades ha mest inflytande på behandlingsresultatet var istället, först och främst, faktorer hos patienten såsom vilken typ av besvär, svårighetsgrad och andra diagnostiska faktorer samt andra faktorer som till exempel vad som händer i patientens liv. Därefter kommer faktorer hos terapeuten såsom skicklighet och personlighet, samt slutligen relationen mellan patienten och terapeuten, den terapeutiska alliansen. Sammantaget tyder de studier, som Wampold (2015) sammanställde, på att faktorer som hade med patienten och terapeuten att göra sammantaget stod för runt 90% av behandlingsresultatet. Många forskare har bekräftat att skillnaden i effektivitet mellan olika psykoterapimetoder är relativt små. Skillnaden finns i andra faktorer, som exempelvis skillnaden mellan olika enskilda terapeuter, oberoende av metod, eller i kombination, med sin metod påverkar resultatet av behandling. Här lyfts också frågeställningen om hur mycket *gemensamma faktorer* som finns i olika terapiformer och inriktningar som har en verksamt inverkan (Philips & Holmqvist, 2008). Ett vanligt problem med kvantitativ forskning är att den ofta svarar på frågan om en viss metod verkar ha effekt, men sällan svarar på frågan *på vilket sätt den har effekt*, vilka faktorer eller mekanismer bidrar till förändringen (Philips & Holmqvist, 2008).

Stress ur ett historiskt perspektiv. Jonsdottir & Folkow beskriver, i Arnetz och Ekmans bok "Stress-gen individ och samhälle" (2013), stressfysiologiska mekanismer bl a ur ett historiskt perspektiv. Redan i Gamla Testamentet beskrivs hur starka känslor i hög grad kan påverka olika kroppsfunktioner och kan t o m leda till döden. Ca 400 år före Kristus födelse hade Hippokrates på den grekiska ön Kos en förståelse för hur viktig inte bara den fysiska utan också den psykosociala miljön kunde vara för människors sjukdomar. Egentligt verksamma läkemedel kunde då räknas på en hands fingrar, men trots det var han och hans

lärjungar mycket framgångsrika med dåtidens patientarbete. Den hippokratiska skolan lärde sina elever att om läkaren kunde möta sina patienter och redan från början ingjuta tillförsikt och förtroende så var "halva helandet vunnet"- vilket senare kom att ges beteckningen placebo "jag skall behaga". Det skulle dröja nästan 2500 år, faktiskt till för några decennier sedan, innan det experimentellt kunde visas att placeboeffekten är förenad men verkliga neurofysiologiska effekter, bl a kan den påverka smärta, där endorfinfrisättning är en viktig del.

Hans Seyle, född i Ungern men utbildad läkare i Prag kom under 1930-talet till Montreal för att studera orsaken till karakteristiska funktionsstörningar som han hade iakttagit på svårt sjuka patienter i Prag, oavsett om en kroppsskada, infektion eller annat låg bakom. Han visade via omfattande djurförsök att ett avgörande moment bakom dessa kroppsliga reaktioner och associerade mentala störningar var en intensiv aktivering av hypotalamus-hypofys-binjurebarken den sk HPA-axeln med en kraftig ökning av kortisolhalten i blodet. Seyle blev också den som introducerade begreppet "*stress*". På äldre dagar påpekade Seyle att om hans engelska hade varit bättre i unga dagar, så hade han nu varit känd som "the father of strain" istället för "the father of stress". Detta ganska oskyldiga språkliga missförstånd kan ha lett till att man idag använder ordet stress både för att beskriva belastningen och reaktionen på belastningen. Idag finns det ännu mer kunskap kring sambandet mellan mentala utmaningar, som aktiverar det centrala nervsystemet som kan leda till omfattande påverkan på inre organsystem, och ämnesomsättning via det autonoma nervsystemet och/eller HPA-axeln. Ahola & Hakanen, (2014) har visat i sin forskning att utmattning är relaterad till olika oberoende fastställda mentala samt fysiska ohälsotillstånd såsom ångest, muskuloskeletal och kardiovaskulära sjukdomar samt diabetes 2.

Nutidens kanske enklaste definition på stress är att stress är *ett tillstånd i vilket organismens balans mellan resurser och belastningar rubbas*. (Alexander Perski, Ur balans, 2006)

Utifrån definitionen av stress som en obalans mellan belastning och resurser följer att ett underskott, men även överskott av resurser för att hantera de belastningar som organismen utsätts för, kan leda till allvarliga stressrelaterade sjukdomar.

Kamp och Flykt. Perski & Osika beskriver i "Det stressade hjärtat" (2012), att vid stor fara (alarm) agerar vi enligt ett reaktionsmönster som är till för att antingen förgöra angriparen eller komma undan så fort som möjligt. Dessa reaktionsmönster, eller program, manifesteras av en rad kroppsliga signaler som vittnar om att vi gör av med mängder av energi, koncentrerad från midjan och uppåt i kampprogrammet och från midjan och nedåt i

flyktprogrammet. Även hjärnan får ett stort energitillskott för att organisera våra handlingar på mest optimalt sätt. Det sker en massiv fysiologisk process i kroppen. Bl a så frigörs glukos och fria fettsyror för produktionen i musklerna. Syre tillförs genom att andningen blir snabbare och blodcirkulationen ökar kraftigt. Man känner hjärtklappning, ökat blodtryck och man blir röd i ansiktet. Blodets leveringsförmåga ökar för att minska blödningsrisken vid en eventuell skada och blodomloppet dirigeras om i stora delar av kroppen eftersom matsmältning och reproduktion inte har någon plats i en kamp på liv och död. Ett fullt pådrag av kroppens alarmreaktion innebär därmed en totalmobilisering av organismens resurser.

“Alarmreaktioner” i dagens samhälle kan t ex utlösas av arbetsgivarens logga, vilket leder till en psykosocial stressbelastning med mer utdraget förlopp, och inte sällan utan någon återhämningsperiod. Man ser bl a att den neurohormonellt utlösta ökningen av blodets fett- och glukosinnehåll kvarstår under längre tid eftersom bränslet inte utnyttjas som det var avsett. Ofta kvarstår också känslor av uppdämd ilska eller frustration. Mot bakgrund av dessa mekanismer och förhållanden - som egentligen är strikt fysiologiska - är det förklarligt varför frekventa alarmreaktioner stör både det psykiska och fysiska välbefinnandet och, på sikt, på ett avgörande sätt bidrar till allvarlig sjukdom (Perski, 2006).

Att spela död-programmet. Hos vissa djurarter är den sk spela-död-reaktionen vanlig i samband med en akut situation där djurets liv är i fara. Hos människan är den emotionella chockreaktionen, svimningen, vår motsvarighet till djurens spela-död-reaktion. Med hjälp av Shakespeares storslagna språk kan emotionell svimning beskrivas som en inre flykt “from the slings and arrows of outrageous fortune...” Arnetz & Ekman (2013)”. Spela-död-reaktionen tillgriper vi när hjärnan bedömer faran vara så övermäktig att det är ute med oss och att vi inte har den minsta chans att ta oss ur situationen. Den medför ofta svimningskänsla, trötthet, yrsel, muskelsvaghet och symtom från magen. På beteendepланet innebär reaktionen ett stort behov av tröst som ofta leder till ökad konsumtion av sötsaker eller fet mat, alkohol, lugnande medicin eller sömnmedel. Man isolerar sig och begränsar sina sociala kontakter. Ofta beskriver patienten en uttalad trötthet som ej går att vila sig ur. Man blir sorgsen och nedstämd.

Hjärnan. I mellanhjärnan bakom våra ögon sitter en liten mandelformad struktur benämnd amygdala. Amygdala fungerar som ett centrum för emotionsstyrda reaktioner, framför allt i fråga om känslor av hot, rädsla eller fasa. Amygdala får ständigt information från våra sinnen om allt som pågår runt om oss. Den bearbetar blixtnabbt inkomna data och urskiljer bilder, ljud, lukter eller smaker som tidigare varit associerade med något mycket farligt. Det mesta som vi upplever i livet lämnar spår i amygdala - speciellt upplevelser av

något farofyllt. Amygdala har hjälp av en närliggande struktur, hippocampus. I hippocampus sker en orientering i tid och rum och en sammanfattning av information i form av ett helt mönster av intryck, känslor och fakta kring viktiga händelser. Dessa två strukturer, amygdala och hippocampus har en avgörande roll när våra stressprogram aktiveras. De störningar som kan uppkomma om vi hamnar i kronisk obalans mellan krav och resurser, alltså långvarig stress, är i hög grad lokaliserade dit.(Arnetz & Ekman, 2013).

Amygdala förfogar över ett kraftfullt åtgärdsprogram för att rädda oss undan faran. Det aktiverar det perifera nervsystemet, både det som är kopplat till tvärstrimmig muskulatur och det autonoma nervsystemet som är kopplat till de flesta inre organen. Amygdala kan också sätta igång det endokrina systemet som översätter nervimpulserna till biokemiska kommandon i kroppen och den kan slutligen påverka hjärnbarken och dess neurohormoner för bättre samordning av kraftfulla känslreaktioner. Vårt beteende samordnas alltså för att åstadkomma en kraftfull reaktion på påfrestningar i syfte för att återställa balansen.

Olika svenska forskningsstudier har kunnat påvisa förändringar i hjärnbarken och framlobens insida samt bla förstora amygdala (känslcentrum). Sandström (2010), Savic-Berglund (2013).

Gas och broms. Perski (2006) redogör för det parasympatiska respektive sympatiska nervsystemet. Den gren inom det autonoma nervsystemet som ska hjälpa oss att bekämpa faror, skapa resurser och på det sättet återställa balansen kallas det sympatiska nervsystemet och kopplas på med full kraft i kamp- och flyktprogrammen. Detta system är också aktivt då vi behöver agera för att skaffa resurser eller förändra något i vår omgivning.

I kroppens fina spel mellan aktivitet och vila agerar den *parasympatiska* delen av det autonoma nervsystemet broms, och vid akut fara är det denna del som utför spela-död-programmet. Vid mer utdragna hotsituationer kan bromssystemet bli dominerande i kroppen, vilket leder till en överdriven uppbyggnad av kroppen utan att några resurser förbrukas. Det biologiskt drivna behovet att ladda kroppen med energi kan förklara varför det är så svårt att sköta sin hälsa när man hamnar i ett tufft läge. De stora hälsoproblemen uppkommer vid långvarig obalans mellan förbrännande och återuppbyggande krafter i organismen (Arnetz & Ekman, 2013).

Symtom - kroppens signaler. Olika symtom börjar ge sig till känna såsom sömnstörningar, uttalad trötthet och olustkänslor. Kroppen signalerar t ex när vi befinner oss i det uppvarvade kamp-och flyktprogrammet att det blir svårt att somna, tidiga uppvaknanden, överaktivering i kroppen, irritation och ångest. När vi är mitt i spela-död-programmet visar sig detta i ett outtömligt sömnbehov, uttalad trötthet och depressivitet. Det viktiga är att

uppmärksamma dessa signaler och backa ur stressituationen för att skapa balans, men oftast kör vi bara på och tar nya tag utan att uppmärksamma dessa varningstecken. Denna kroniska stressexponering kan leda till ett hälsosammanbrott med en rad allvarliga sjukdomar som följd. Kognitiva signaler visar sig i form av allvarliga minnesstörningar, svårt att ta in fler intryck samtidigt, koncentrationsförmågan är kraftigt nedsatt. Många beskriver det som att "hjärnan strejkar", "man känner sig korkad". Både ljud och ljus kan vara outhärdliga. Musik kan göra fysiskt ont. Detta är väldigt starka och ångestskapande signaler för den enskilde. Många beskriver utöver de psykiska symtomen även kroppsliga symtom som huvudvärk, bröstsmärtor, smärtor i armar och ben, ländryggsvärk, magproblem (diarré eller förstoppning) hjärtklappning, yrsel etc. De kroppsliga symtomen klingar långsamt av när patienten behandlas för sin psykiska ohälsa utan att behandling för varje enskilt symtom satts in. (M. Åsberg, föreläsning, 22-23 januari, 2015).

Stressprocessen. Diagnostiken försvåras av att många personer som trots uttalade symtom tränger undan de signaler kroppen ändå på olika sätt ger. Problematiken kring att ha svårt att se sina egna behov blir uppenbar. Detta gör oftast att när patienter väl söker hjälp för sina symtom så är utmattningen oftast i ett allvarligt skede. Dock har de oftast sökt t ex sin vårdcentral för olika kroppsliga symtom som inte riktigt går över utan att någon har upptäckt den bakomliggande problematiken. De har svårt att få ihop hela bilden av sig själva. "Om man inte ser helheten så ser man inte heller när man ska vila, vilket leder till utmattning. Som behandlare i ett sådant läge måste man trösta för att frontalloben skall bli tillgänglig", enligt Per Johnsson, (Föreläsning, Lunds Universitet, 2016).

Personer med utmattningssyndrom befinner sig i olika faser, vilket måste tas hänsyn till vid behandlingen (Arnetz & Ekman, 2013). I *initialskedet* går stressystemen på högvarv. Det krävs en ökad anspänning och koncentration för att upprätthålla den önskade funktionsnivån, "gaspedalen trycks i botten". Symtom som emotionell labilitet, lättirritabilitet, sömnstörning, rastlöshet och obehag av vila blir framträdande. Personen bortförklarar ofta dessa tecken och stänger av signaler från kroppen som trötthet och olika spänningstillstånd. Vid mer uttalade symtom ses olika kognitiva störningar. I de allvarligaste fallen klarar personen med möda att utföra en sak i taget på sina kognitiva svårigheter och ökad uttrötthet.

Nästa fas beskrivs som den *akuta fasen* (Arnetz & Ekman, 2013). Personen får ett psykiskt och fysiskt sammanbrott som ofta kan vara ganska dramatiskt. Tillståndet liknas vid en krisreaktion med uttalad sömnstörning, handlingsförlamning, irrationellt beteende, ångest eller avskärmning samt diverse kroppsliga symtom. Personen har uttalade kognitiva svårigheter kring uppmärksamhet och förmåga till planering. Till detta kommer

minnesstörningar och en extrem trötthet vilket påverkar samtliga dagliga funktioner. Sjukskrivning på heltid är nödvändig i den här fasen. Om personen då utsätts för press och kanske tvingas tillbaka till arbetet riskeras återgång till akutfasen.

I den senare delen av sjukdomen dominerar kvarstående energibrist med nedsatt psykisk och fysisk uthållighet oftast med kvarstående sömnstörningar. Personen klarar bara av en sak i taget på grund av den nedsatta simultankapaciteten. Under press tilltar dessutom de kognitiva svårigheterna. Flexibilitet kring rehabiliteringen är nödvändig. När personen återhämtat en tillräcklig del inträder *nyorienteringsfasen* då ofta genom arbetsträning med successiv upptrappning. En uttalad stresskänslighet är att förvänta, detta kan dock även ses som ett genombrott där personen på ett annat sätt än tidigare uppmärksammar kroppens signaler istället för att stänga av dessa (studiens analys). Personen börjar få en utökad helhetsvy kring sig själv.

Bengt Arnetz och Rolf Ekman (2013) delar in stressteorierna i tre olika skolor. Den första fokuserar uteslutande på *individen* och individens förmåga att hantera stressorer och genomföra arbetsuppgifterna. Två hjärtläkare i San Francisco, Rosenman och Friedman har myntat begreppet typ A-beteende. Personer med typ-A beteende beskrivs ofta som tävlingsinriktade och högpresterande, har en överdriven känsla av att tiden är knapp, reagerar ofta med större aggressivitet när känslan av kontroll hotas. Typ B-personlighet beskrivs snarare som motsatsen som mer avslappnade och inte lika tävlingsinriktade. Typ D-personlighet karaktäriseras som personer med ett mer depressivt förhållningssätt gentemot livet och en tendens till social hämning.

Den andra skolan fokuserar på *arbetsmiljön och arbetsorganisationen* som det centrala. Arbetsstressforskningen har också sin upprinnelse i sociologiska studier om medarbetares inflytande över arbetet. Professor Bertil Gardell (1982) bidrog genom sin forskning om den ökande alienationen i arbetet som delvis orsakades av ny lednings- och produktionsteknik. Gardells forskning kom att bli en central grund i Karaseks och Theorells krav-kontrollmodell. Andra kända namn inom denna forskning är Marianne Frankenhäuser som belyst stress ur bl a ett genusperspektiv samt Lennart Levi som belyst produktionsprocesser och stress kopplat till hälsa, hur arbetsstress leder till ökad risk för olika folksjukdomar t ex hjärt-kärlsjukdom (Arnetz & Ekman, 2013).

Den tredje skolan utgår från den transaktionella stressteorin där den amerikanske psykologen Richard Lazarus var framträdande (Arnetz & Ekman, 2013). Enligt Lazarus forskning kan arbetsmiljön och arbetet i sig visserligen orsaka stress, men det är framförallt *personens upplevelse och tolkning* av arbetet, samt organisationens karakteristika som påverkar

individens stressreaktion. Faktorer inom individen, t ex den egna självbilden, värderingar och målsättningar påverkar bedömningen av en situation. Om ett stimulus bedöms som stressande och kräver någon form av agerande, en “coping response” i Lazarus termer, sker en andra sekundär bedömning där individen skattar den egna förmågan att bedöma situationen. Om individen bedömer att hen inte kan hantera situationen utlöses en stressrespons.

Gnilka et al (2017) undersökte i sin artikel sambandet mellan två dimensioner av perfektionism-perfektionistisk strävan och perfektionistisk oro/bekymmer (författarnas översättning) i relation till utmattning samt om och hur olika copingresurser påverkar detta samband. Man fann att perfektionistisk strävan var negativt relaterad till utmattning (burnout). Hamacheck (1978) beskrev i sin forskning att “personer med perfektionistisk strävan är bättre på att skapa gränser för sina prestationer som både tar hänsyn till deras begränsningar och styrkor. Därigenom är framgång mer möjlig eftersom deras förväntningar är både rimliga och realistiska.” Detta kan också beskrivas utifrån Karaseks-Theorells krav-kontroll modell, d v s en viss känsla av kontroll men även Antonovskys teori kring KASAM-känsla av sammanhang (Antonovsky, 1987). Gnilka et al (2017) menar att den mer tävlingsinriktade arbetsmiljön bidrar till den anställdes perfektionistiska oro och ängslan kring arbets kvalitet och leverans.

Krav-kontroll-stöd

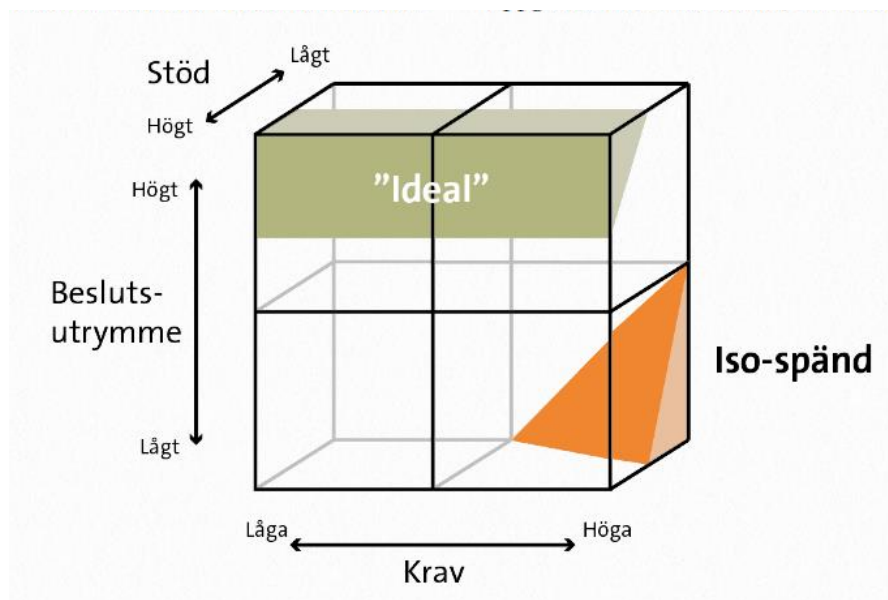


Fig 1. Karasek & Theorell, Stressforskningsinstitutets Temablad

”Arbetsorganisation & Hälsa”

Karasek & Theorell (1990) använder krav-kontroll-modellen för att beskriva relationen mellan å ena sidan arbetets krav, och å andra sidan kontroll respektive inflytande, som är avgörande för stressnivån. Med krav i arbetet menas sådant som t ex deadlines och produktivitetskrav. De olika psykologiska kraven kan utgöras av mängden av arbetsuppgifter, emotionella krav, kognitiva krav, mental belastning, kränkande särbehandling och konflikter på arbetsplatsen. Det är dock enligt Karasek & Theorell (1990) arbetsbelastningen som utgör den främsta komponenten i de psykologiska kraven. Med kontroll, eller handlingsutrymme, menas både den kompetens man har i arbetet och hur stor möjlighet man har att fatta beslut. Tillsammans bidrar det till kontroll över situationen och kraven. Exempel på bristande kontroll är otydlighet i arbetsuppgifterna, otillräcklig information för att fatta beslut eller krånglande IT-system. Stress, och *känslan av kontroll*, hänger nära samman eftersom stressen ökar när man känner att man håller på att förlora kontrollen över en situation. Om man däremot upplever rimliga krav och upplever kontroll leder detta till att man utvecklar ny kunskap och växer med uppgiften. Personer som känner att de har ett väl fungerande socialt stöd från chef och kollegor klarar ofta bättre en stressfull arbetsmiljö. Karasek & Theorells forskning visade att vid höga krav, lågt inflytande och dåligt *socialt stöd* ökade risken för hjärt-kärlsjukdom mer än vad som var fallet vid enbart kombinationen höga krav och lågt inflytande.

Ansträngnings-belöningsmodellen introducerades av Johannes Siegrist (Karasek & Theorell; 1990). Grundtanken är att det behöver finnas en ömsesidighet i arbetssituationen. En ansträngning måste belönas både materiellt (t ex lön), socialt (möjlighet till befordran) och individualpsykologiskt (positiv feedback).

Anknytningsteori. Den brittiske barnpsykiatrikern och psykoanalytikern John Bowlby var den som först presenterade anknytningsteorin. Wennerberg (2011) skildrar Bowlbys uttryck av hur människolivet börjar med anknytningen, det livslånga band av kärlek (eller sviken kärlek) som ett barn knyter till den eller de personer som finns i dess närhet. Anknytningen följer oss sedan genom livet i alla känslomässiga relationer, ”från vaggan till graven”. Våra tidiga relationella erfarenheter formar till stor del hur vi förhåller oss till oss själva och andra, om vi blir trygga och självständiga och vågar komma andra människor nära eller om vi istället upplever en fundamental otrygghet i tillvaron. Våra relationer formar på det sättet vår djupaste upplevelse av oss själva, om vi upplever oss själva värda att älskas, och förmögna att älska andra tillbaka. Wennerberg beskriver det som att “ vi är våra relationer; vi definieras av de relationella sammanhang inom vilka vi blir till”.

Bowlby utgick från att barn behöver skydd och närhet – ”en trygg bas” (enligt Wennerberg, 2013). Människobarnet kan inte klara sig själv och behöver omsorg av någon som är större och klokare för att överleva. Därför föds barnet med en benägenhet att knyta nära känslomässiga band till föräldrarna eller de som ger skydd, värme, tröst och lugn. Barnet har medfödda anknytningsbeteenden som gråt, skrik och leenden. Barnets anknytningsbeteenden väcker omsorgslust hos anknytningspersonerna. På så sätt knyts nära känslomässiga band mellan barnet och de som ger barnet omsorg. Omsorgsbeteenden är delvis nedärvda men formas också av individens egna erfarenheter av att själv ha fått omsorg.

Sbarra, D.A. och Hazan, C (2008) samt Nolte et al (2011) beskriver stressprocessen ur ett anknytningsperspektiv, som en interpersonell process. Sbarra & Hazan (2008) menar att anknytningsrelationer, och inre representationer av dessa fungerar som psykofysiologiska stressregulatorer. Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes & Luyten (2011) beskriver hur den vuxne individens fysiologiska stressreglering och copingstrategier i anknytningsrelationen utvecklas till ett tryggt eller otryggt anknytningsmönster. Ett tryggt anknytningsmönster kännetecknas av att kunna reglera stress genom att hantera och reglera negativa känslor och ångest. Man kan säga att barnet med hjälp av anknytningspersonerna har ”erhållit en karta” för hur man hanterar olika känslor. Individen återkallar medvetet eller omedvetet tidigare erfarenheter av att ha reglerat stress i samspel med andra viktiga personer, eller genom att hen söker stöd hos personer i sin närhet.

“...så kom han förbi Harens hus. ”Haren”, sa han, ” jag mår inte bra”. ”Berätta sa Haren, ”vad är det med dig?” Ibland blir jag varm, och ibland blir jag kall, sa Grodan, och så är det någonting som säger dunk-dunk inuti, här”. Han la handen på bröstet. Haren tänkte skarpt, precis som en riktig doktor. “ Jag förstår sa han.” Det är hjärtat. Mitt hjärta säger också dunk-dunk”. Men mitt dunkar fortare än vanligt ibland, sa Grodan. Det bankar ett-tu, ett-tu, ett-tu.” Haren tog ner en bok ur sin bokhylla och bläddrade i den. “ Aha!” sa han. “Hör här. Hjärtklappning, man blir varm och kall om vartannat...Det betyder att man är kär!” “Kär?” sa Grodan häpet. ”Hurra! Jag är kär!”...

ur “Grodan och kärleken” Mark Velthuijs (1989)

”Att se sig själv utifrån och andra inifrån”. Mentaliseringsteori bygger på det faktum att alla människor uppfattar verkligheten på olika sätt utifrån olika erfarenheter, kunskaper och intressen. Förmågan att mentalisera - att kunna förstå sitt eget och andras beteende utifrån inre mentala tillstånd som känslor, tankar, impulser och önskingar - är det som mer än något annat skiljer människan från andra djur. Mentaliseringsteorin, som har utvecklats av psykoanalytikern Peter Fonagy och hans medarbetare, utgör en vidareutveckling

av Bowlbys anknytningsteori, med en förskjutning i perspektivet inåt, mot det inre mentala livet med fokus på det unikt mänskliga psykologiska närhetssökandet. Mentaliseringsteorin utgår från antagandet att barnet inte från början har introspektiv tillgång till sitt inre, mentala liv. Barn behöver lära sig att förstå sig själva och andra som mentala varelser. Denna inläring sker med anknytningsrelationerna som "training ground" som Fonagy uttrycker det. "Barn behöver lära sig inte bara om fysiska föremål i yttrevärlden, utan också om sina egna och andras subjektiva tillstånd. Affektspeglade interaktioner mellan spädbarnet och vårdnadsgivaren är avgörande för utvecklingen av denna förmåga till introspektion" (Fonagy, Gergely & Target, 2008). Det rör sig således om ett medfött kunskapssystem som behöver riklig input från omgivningen för att nå sin fulla utveckling.

Barnet lär sig att så småningom förstå sig själv som en varelse med psykologiskt djup på grundval av anknytningspersonens affektreglerande, mentaliserande hållning.

Mentaliseringsförmågans utveckling tar sin början i det affektreglerande samspelet med föräldern. Barnet upplever ett affektillstånd och framkallar - genom att signalera sin affekt - en affektspeglade respons från föräldern. Föräldern visar med sitt ansiktsuttryck, med röstläge, gester etc en yttre representation av barnets känslotillstånd. Barnet ser sitt eget inre mentala tillstånd speglat i förälderns ansikte och det är just upplevelsen att bli rätt förstådd som reglerar barnets känsla. Detta ligger till grund för utvecklingen av barnets förmåga till känslomässig reglering. Viktiga forskningsfynd refererade i Allen, Fonagy & Bateman (2008) och Fonagy, Gergely & Target (2008) tyder på att den viktigaste faktorn bakom barnets utveckling av en trygg anknytning är upplevelsen av att bli rätt förstådd, att bli uppfattad av viktiga andra som en varelse med psykologiskt djup som reagerar på sin omgivning utifrån inre mentala tillstånd.

Samhället förändras. Följande stod att läsa i Allers konversationslexikon 1906 om Neuroasteni;

"Nervsvaghet är en i vår tid alltjämt tilltagande rubbning av hela nervsystemet. Detta tyvärr allmänna lidande står i närmaste förbindelse med vår tids forcerade lif och kan angripa alla utan hänsyn till samhällsklass, lefnadsställning, kön eller ålder, då man på något sätt överansträngt sitt nervsystem vare sig genom forcerat fysiskt eller andligt arbete, sak samma om det är utfört med glädje eller utan glädje. Det kan visa de mest olika symtom men dess huvudsakliga kännetecken är dock en total förslappning, brist på energi och förmåga till varje fysisk ansträngning".

Aleksander Perski (2006) beskriver att dessa symtom benämndes som sekelslutssjuka och sågs som en följd av omställningsproblem. Denna samhälleliga brytningstid då vi gick från

bondesamhället till industrisamhället medförde stora förändringar som ställde krav på människors anpassningsförmåga. Flertalet uppvisade symtom som ovan vilka diagnosticerades således som *neuroasteni*. Vid millennieskiftet skenade de stressrelaterade eller anpassningsrelaterade sjukskrivningarna i höjden. Det vi bevittnade då var omställningen från industrisamhället till informations- och tjänstesamhället med nya utmaningar som följd. I Sverige pågår för närvarande en livlig diskussion om orsakerna till den kraftiga ökningen av sjukskrivningar. Å ena sidan har man antagit att orsaken kunde ligga i de mycket stora förändringar som onekligen har skett inom arbetslivet under de senaste två decennierna. Neddragningar, upprepade omorganisationer och där av följande ökande arbetsbörda anges av många sjuka som den viktigaste orsaken. Å andra sidan har man velat se orsakerna i en förändrad attityd till arbete och sjukskrivning, och i förändrade prioriteringar mellan arbete och fritid. Till detta ska läggas de ändrade livsvillkor och den ökade informationstäthet som kännetecknar dagens samhälle. Uppenbarligen har olika människor olika grad av motståndskraft mot sådana yttre påfrestningar. De individfaktorer som är av betydelse är ännu föga kända. Genetiska faktorer kan spela roll, liksom uppväxtmiljön och i vilken grad individen bygger sin självkänsla på förmågan att prestera goda arbetsresultat (vilket tycks öka risken för utmattning). Den kliniska erfarenheten tycks visa att många långtidssjukskrivna med utmattningssyndrom är synnerligen lojala och hårt arbetande personer som ofta uppfattas som mycket värdefulla medarbetare på sin arbetsplats. Utmattningssyndromens naturliga förlopp är föga känt. Den kliniska erfarenheten är att de ofta blir mycket långvariga. Om detta beror på tillståndets natur eller på tillkortakommanden i den medicinska handläggningen och en utebliven rehabilitering vet man inte i dag. Socialstyrelsen (2003).

Diagnostiska kriterier för utmattningssyndrom. Samtliga kriterier som betecknats med stor bokstav måste vara uppfyllda för att diagnosen enligt ICD-10 kod F 438A, enligt Socialstyrelsen 2003 ska kunna ställas:

- A. Fysiska och psykiska symtom på utmattning under minst två veckor. Symtomen har utvecklats till följd av en eller flera identifierbara stressfaktorer vilka har förelegat under minst sex månader.
- B. Påtaglig brist på psykisk energi dominerar bilden, vilket visar sig i minskad företagsamhet, minskad uthållighet eller förlängd återhämtningstid i samband med psykisk belastning.
- C. Minst fyra av följande symtom har förelegat i stort sett varje dag under samma tvåveckorsperiod:
 1. Koncentrationssvårigheter eller minnesstörning

2. Påtagligt nedsatt förmåga att hantera krav eller att göra saker under tidspress
 3. Känslomässig labilitet eller irritabilitet
 4. Sömnstörning
 5. Påtaglig kroppslig svaghet eller uttrötthet
 6. Fysiska symtom såsom värk, bröstsmärtor, hjärtklappning, magtarmsbesvär, yrsel eller ljudkänslighet.
- D. Symtomen orsakar ett kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion i arbete, socialt eller i andra viktiga avseenden.
 - E. Beror ej på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t.ex. missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada (t.ex. hypothyroidism, diabetes, infektionssjukdom).
 - F. Om kriterierna för egentlig depression, dystymi eller generaliserat ångestsyndrom samtidigt är uppfyllda anges utmattningssyndrom enbart som tilläggs-specifikation till den aktuella diagnosen.

Enligt SBU (2015) menar man, att i den mån tillstånden uppfyller kriterierna för depression, bör diagnosen egentlig depression med utmattningssyndrom ("utmattningsdepression") användas. För lättare tillstånd av arbetsrelaterad psykisk ohälsa som varken uppfyller kriterierna för depression eller för utmattningssyndrom kan diagnosen maladaptiv stressreaktion användas. Diagnosen "utmattningssyndrom" innebär ett antagande om etiologin (sjukdomens orsaker), som tänks vara långvarig stress, men den innebär inte något ställningstagande till om stressen är relaterad till arbetet eller inte. Samma sjukdomsbild kan ses även vid långvarig stress som inte är relaterad till arbetet utan beror på andra typer av långvariga påfrestningar (t ex långvarig arbetslöshet eller långvariga relationsproblem).

Syfte. Studien har som syfte att undersöka vilka faktorer i psykoterapi som är verksamma med personer som har utmattningssyndrom. Författarna har valt en öppen och förutsättningslös ansats för att belysa vilka faktorer i psykoterapin som upplevs göra skillnad. Den underliggande hypotesen är, att det är verksamt med psykoterapi för personer med utmattningssyndrom, vilket ju är en förutsättning för studiens frågeställning om vad som är verksamt.

Metod

Författarna valde att använda en *kvalitativ metod* för att få ett fylligt och nyanserat perspektiv av dessa faktorer snarare än ett statistiskt generaliserbart underlag. Den kvalitativa metoden ger förutsättningar att angripa frågeställningen på ett sätt som kan förmedla värdefull information till gagn för psykoterapihantverket, på ett djupare och mer deskriptivt sätt.

Studiens tillvägagångssätt som användes var intervjuer av, både personer som har haft/har utmattningssyndrom samt går/har gått i psykoterapi, och psykoterapeuter som i sitt jobb behandlar personer med utmattningssyndrom.

Design. Som datainsamlingsmetod användes semistrukturerade intervjuer, vilket är ett vanligt tillvägagångssätt inom den kvalitativa forskningen. Det innebär att intervjuerna utgår från ett antal i förväg förberedda öppna frågor som intervjuaren, utifrån sin frågeställning, vill ha svar på. Dessa frågor, blir en grund för en samtalsliknande intervju, där den intervjuade ska ges möjlighet att berätta öppet, naturligt och utan alltför mycket styrning om sina erfarenheter kring frågeområdena (Zoglowek, 1999).

Studiens hypotes är kopplad till frågeställningen. Författarnas kliniska erfarenhet är att det är verksamt med psykoterapi för de här personerna. Författarna har uppmärksammat ett behov av att undersöka detta närmare, och ställt frågan, “vad är verksamt?” och inte frågat, *om* det är verksamt. Hypotesen är alltså, *att det är verksamt* med psykoterapi för personer med utmattningssyndrom, vilket ju är en förutsättning för studiens frågeställning om *vad* som är verksamt.

I analysprocessen valdes en *induktiv* ansats. Det innebar att författarna inledningsvis endast gjorde en översiktlig teoriintervention kring stress och utmattning och relevant forskning. Efter datainsamlingen, intervjuerna och kodningen med de olika temana, samt nedskrivningen av dessa, gjordes fördjupade studier kring de delar av teorin som kunde knytas till det material undersökningen hade fått fram. Det innebär att resultatdelen med de olika temana inte är härledd ur någon specifik teoretisk referensram (förutom den generella teori- och erfarenhetssmitta som redan fanns hos intervjuerna och som inte kan uteslutas ha påverkat under analysarbetet). Författarnas intention har varit att förhålla sig till det ursprungliga intervjumaterialet på ett nyfiket och förutsättningslöst sätt så att essensen i det intervjupersonerna har förmedlat ska komma fram. Intervjumaterialet transkriberades inte utan författarna använde sig av ett aktivt upprepat genomlyssnande (enligt den procedur som kommer att beskrivas mer utförligt nedan) för att så långt det går minimera den kontextuella innehållsförlusten som sker när muntligt material omvandlas till text. Redan vid intervjutillfället finns det en viss förvanskning av utsagorna eftersom allt som intervjupersonerna berättar är utifrån upplevelser som de återberättar och som redan då är självupplevda tolkningar. Dessutom är det viktigt att komma ihåg att de utsagor som kommer fram vid intervjutillfället genereras utifrån vissa eftersökta frågeområden och även påverkas av intervjusituation och samspelet mellan intervjupersonen och intervjuaren. Även om intervjuaren har för avsikt att så lite som möjligt styra eller färga intervjumaterialet så finns

det alltid ett visst inslag av detta som måste beaktas. Båda författarna lyssnade genomgående igenom materialet och nedtecknade utsagor och mycket omsorg och tid användes till analysarbetet. Författarna citerar Polkinghorne (2005), "*Production of interview data requires awareness of the complexity of self-reports and the relation between experiences and language expression. To generate interview data of sufficient breadth and depth requires practiced skill and time.*"

Den kvalitativa analysmetod som användes bygger på den som beskrivs av Braun & Clarke (2006), *tematisk analys*, där materialet organiseras och analyseras för att hitta teman. Braun & Clarke framhåller fördelen med den här metoden då den är förhållandevis enkel att använda och passar bra för forskning inom psykologifältet, samt bidrar till ett brett innehåll och möjligheter att generera nytänkande.

Deltagare. Utifrån studiens syfte, att undersöka vad som är verksamt i psykoterapi med personer som har haft/har utmattningssyndrom, var ambitionen att få så stor bredd som möjligt i intervjuunderlaget. Därför valdes att intervjua två grupper, med två olika perspektiv, patienter och psykoterapeuter. Målsättningen var fem personer i varje grupp. Kriterier för variabler som ålder eller kön fanns inte, bortsett från att alla skulle vara i yrkesverksam ålder och ha den erfarenhet som efterfrågades enligt deras egen utsaga. Slumpen och tillgången gjorde att alla intervjupersonerna kom att bli kvinnor.

Fem personer intervjuades, som fortsättningsvis kommer att benämnas *patienter*, vilka författarna fick kontakt med genom att skapa av en hemsida på Facebook, "Verksam psykoterapi". Dessa fem kom från olika delar av vårt avlånga land, bland annat Skåne, Stockholm och Norrland och både från landsort och storstad. De hade varierande erfarenhet av psykisk ohälsa och stress men alla uppgav att de hade fått diagnosen utmattningssyndrom. Deras erfarenhet av psykoterapi var också varierande. Några hade gått i en psykoterapi medan de flesta hade gått i minst två olika. De uppgav olika inriktningar på psykoterapin, och i vissa fall visste de inte vilken inriktning. Enligt studiens tolkning så fanns det erfarenhet från åtminstone, KBT, PDT och grupperapi samt olika varianter av dessa.

Psykoterapeuterna, kom från författarnas lösa kontaktnät av psykoterapeuter i Skåne. De är alla legitimerade psykoterapeuter med inriktning PDT eller KBT. Någon prioritet att finna terapeuter från olika inriktningar fanns ej, utan undersökningen eftersträvade mer att de hade gedigen erfarenhet av terapeutisk behandling, minst tre år som legitimerade psykoterapeuter, samt strävades det efter en bredd utifrån erfarenhet. Bland studiens intervjuade terapeuter är inriktning och arbetssätt varierande även av dem som tillhör samma

metod. De kommer både från den offentliga och privata sektorn. Några jobbar på vårdcentral och några har egen privat mottagning. De har sina verksamheter både i storstad och i mindre ort.

Procedur. Patienterna anmälde sitt intresse efter att en efterfrågan publicerats på sociala medier om “intervjupersoner som hade haft/har utmattningssyndrom och som gått i psykoterapi för detta”. Fem personer valdes ut som verkade uppfylla dessa kriterier i den ordning anmälningarna kom in. Därefter kontaktades de via mail och författarna gjorde en bedömning utifrån deras egen utsaga att de hade haft/hade utmattningssyndrom och att de hade gått i psykoterapi för detta. En samtyckesblankett mailades till deltagarna som dessa skrev ut, signerade, scannade och mailade tillbaka. Därefter bokades tid för telefonintervju.

Ett antal psykoterapeuter mailades. Fem intervjuer avtalades, dock tackade en terapeut nej på grund av tidsbrist. Slutligen blev det fyra psykoterapeuter. Urvalet av terapeuter gjordes via författarnas kontaktnät av psykoterapeuter samt vetskapen om att terapeuterna hade minst tre år som legitimerade psykoterapeuter, samt antagandet att de hade erfarenhet av att behandla personer med utmattningssyndrom. De som tackade ja till att bli intervjuade hade alla erfarenhet av att behandla personer med utmattningssyndrom.

Intervjuerna genomfördes muntligt, en-till-en, antingen i fysiska möten eller via mobiltelefon. Alla intervjuerna spelades in med hjälp av ljudfunktionen på videokamera (utan bild), efter muntligt samtycke från deltagarna. Intervjuerna gjordes utifrån ett i förväg förberett frågeunderlag, med huvudfrågor och exempel på följdfrågor, som undersökningen ville ha svar på. Intentionen var att ställa så öppna frågor som möjligt. Frågeområdena var samma för patienter och terapeuter, men frågorna anpassade för att passa för varje grupp, och med flexibilitet i ordval och samtalsstil utifrån varje unik individ. En tillåtande och god samtalsatmosfär eftersträvades samt lades det vikt vid att låta intervjupersonerna berätta om sina erfarenheter av utmattningssyndrom så fritt som möjligt. Under intervjun ställdes fortlöpande frågor som formulerades på lite olika sätt så att det skulle falla sig naturligt i intervjusituationen. I slutet av varje intervju var intervjuarna noga med att titta igenom frågeunderlaget så att alla frågor hade blivit besvarade. Då ställdes också frågan om det var något som den intervjuade tyckte frågeställaren hade missat att fråga om som var viktigt utifrån frågeställningen.

Dataanalys. Studiens analysmetod utgick från en modell enligt Braun & Clark (2006) med grund i *tematisk analys*, där intervjudata analyserades i sex steg utifrån en *induktiv (semantisk) analysmetod* och *aktivt lyssnande* där syftet var att koda och hitta centrala teman utifrån frågeställningen.

I det *första steget* valdes två intervjuer slumpvis ut ur de två intervjugrupperna, en psykoterapeut och en patient. Sedan lyssnade intervjuarna igenom dessa två intervjuer med uppmärksamt lyssnade efter övergripande idéer och utsagor vilka upplevdes intressanta i förhållande till frågeställningen. Dessa idéer och utsagor nedtecknades förutsättningslöst. I *andra steget* lyssnades dessa båda intervjuer noggrant igenom en gång till och med aktivt lyssnande efter alla utsagor som var relevanta utifrån frågeställningen och samtliga utsagor nedtecknades. Därefter kodades dessa utsagor enligt den beskrivning som Braun & Clarke (2006) gör där varje kod ska beskrivas utifrån innehållet i utsagorna och med så många potentiella teman som möjligt. Rekommendationerna enligt modellen (Braun & Clarke, 2006) om att ta med relevant kontextuell information och även inkludera motsägelsefulla utsagor efterföljdes. Det *tredje steget* inbegrep en kreativ process där intervjuarna utifrån det kodade materialet organiserade och studerade detta från olika håll, de olika kodernas relation till varandra samt letade efter övergripande teman. Nio teman samt ytterligare ett potentiellt tema identifierades. Som ett *fjärde steg* granskades temana för att undersöka om de höll ihop inbördes, utifrån utsagorna, i ett sammanhållet mönster. Därefter genomlyssnades de två intervjuerna en gång till för att säkerställa att varje tema fungerade i relation till hela materialet och studiens frågeställning och för att ta med eventuella utsagor som hade missats vid tidigare genomlysningar. Sammanlagt valdes 10 teman ut vilka bedömdes vara relevanta i förhållande till studiens frågeställning och till materialet i sin helhet. Dessa temana bedömdes vara tydligt avgränsade från varandra, samt innehöll utsagor som bildade ett meningsfullt och sammanhållet mönster. Efter detta gjordes en genomlysning av resterande sju intervjuer och där samtliga utsagor som bedömdes relevanta utifrån respektive tema nedtecknades. I förekommande fall genomlyssnades intervjumaterialet ytterligare en gång för att säkerställa att alla relevanta utsagor hade kommit med. I det näst sista, *femte steget*, läste författarna igenom samtliga utsagor och gjorde en sammanfattning av varje tema där de ytterligare en gång undersökte att varje tema var tillräckligt specifikt och namngav dem på ett sätt som ansågs ge en bra beskrivning av innehållet. I det sista, och *sjätte steget*, sammanställdes studiens analys, som motsvarar det som presenteras som resultatdelen av denna uppsats. Citat under respektive teman som uppfattades beskrivande, tydliggörande och som gav själ åt materialet togs med. I vissa fall har små justeringar gjorts av citat för att göra det mer läsvänligt och för att bibehålla anonymiteten, men ingenting har ändrats något så att innebörden eller nyanserna av utsagorna har gått förlorad.

Etiska överväganden. Från första början och fortgående under hela den här studien har det funnits med etiska ställningstaganden som en del av processen. Polkinghorn (2005) framhåller

att forskare inom kvalitativ forskning bör iaktta känslighet, omsorg, ansvar och omtanke om deltagarnas behov och önsknings. Det har funnits en öppenhet och transparens kring syftet med undersökningen och om hur intervjumaterialet skulle behandlas. Anonymitet har garanterats och det har bjudits in till att ta del av den färdigställda uppsatsen för de som så önskar. Deltagarna har fyllt i en samtyckesblankett där undersökningen och dess syfte har beskrivits och där det framkom att de när som helst under processen kunde avbryta sin medverkan om de så önskade (Willig, 2001). Undersökarna har vinnlagt sig om att behandla materialet så försiktigt som möjligt och hellre lyssnat en gång för mycket än för lite på de inspelade intervjuerna för att ligga så nära det ursprungliga materialet som någonsin möjligt, vilket framhålls av Braun & Clarke (2006). Undersökarna har varit angelägna att inte använda sig av lösryckta citat eller använda utsagor på ett sätt som inte stämmer överens med den kontextuella informationen i intervjuerna. Intervjuerna har varit en unik möjlighet att ta del av deltagarnas historia och erfarenhet och under processen har stor vikt lagts vid att behandla detta material med respekt och ödmjukhet.

Resultat

Resultatdelen presenteras utifrån de totalt tio teman som författarna fann utifrån intervjumaterialet från fem patienter och fyra psykoterapeuter. Det har inte gjorts någon separat analys beroende på om utsagorna kommer från patient eller terapeut. I presentationen finns ingen annan uppdelning av utsagor än den som gjorts utifrån teman. Fokus har varit att oberoende av vilken person som säger vad belysa frågeställningen förutsättningslöst. Däremot kommer det att tydligt framgå om citat eller utsaga kommer från terapeut eller patient för att göra presentationen mer beskrivande och levande, samt för att ligga nära ursprungsmaterialet. Presentationen följer i stort sett förloppet i psykoterapiprocessen där det första temat ”Duktiga patienter, duktiga terapeuter”, blir lite som en introduktion av personerna och deras egenskaper. Detta följs sedan av temat ”Kroppen (och hjärnan)”, där sjukdomssymtomen är i centrum. Därefter kommer i ordning ”Att hitta en plats”, ”Att få berätta sin historia” och ”Få ihop det” som motsvarar kärnan i terapiprocessen. De avslutande temana som ”Kunskap och erfarenhet”, ”Känsla av kontroll”, ”Tiden” och ”Kontexten” och ”Acceptans” har ingen egentlig inbördes ordning men beskriver faktorer som intervjupersonerna har upplevt haft avgörande betydelse för hur psykoterapin har kunnat verka. Här presenteras tio teman med medföljande citat som studien fann utifrån intervjumaterialet.

Duktiga patienter, duktiga terapeuter

”Man ska vara alla till lags som kvinna.”, sa en av de patienter som intervjuades. En av psykoterapeuterna menade att problematiken ofta är att dessa patienter känner att de inte

får lov att säga nej. Problemet finns i rummet från första början, där det handlar om att vara en duktig patient som har som prioritet att tillfredsställa sin terapeut. Det ofta livslånga mönstret, att tillfredsställa andra, som återuppspelas i terapirummet, kan vara klurigt att upptäcka av psykoterapeuter, som ofta själva är så kallat *“duktiga flickor och pojkar”*, uttrycker flera av terapeuterna som ett särskilt problem just med patienter med utmattningssyndrom. En terapeut säger, *“patientens ambition att vara duktig i terapin kan synas som en stark motivation men visar sig ofta vara en av de bakomliggande orsakerna till sjukdomstillståndet”*. Samma terapeut säger också att *“vi som terapeuter har sidor som liknar den här gruppen och har en självbild att också vilja vara duktiga och tillfredsställa andra vilket är viktigt att vi blir uppmärksamma på genom att arbeta med vår självförståelse och reflektera kring oss själva”*. Det här mönstret är segt och svårt att förändra och kanske inte går att frigöra sig ifrån helt och hållet, men är en viktig del i terapin att jobba med, framgår av utsagor från flera av de terapeuter som intervjuades.

Män som söker psykoterapi för stresstillstånd överpresterar ofta och blir stressade av det, medan kvinnor mer har en tendens av att ha svårt att sätta gränser för sig själva och svårt att tillgodose sina egna behov. De har ofta inte kontakt med sin ilska, enligt en terapeut som i sitt arbete många gånger möter patienterna i ett läge precis innan utmattningssyndromet har blivit manifest. Dessa patienter har, enligt den terapeuten, ofta depressiva symtom och är mycket stressade men har ännu inte fått så mycket kroppsliga besvär så att de blivit sjukskrivna. De har sökt vårdcentralen och fått en remiss för psykoterapi och ibland antidepressiva.

Patienter som efter insjuknandet hade slutat att tillfredsställa andras behov för att de helt enkelt inte klarade av det längre, samt för att de tränade sig i att ändra förhållningssättet som hade gjort dem sjuka, fick ångest av detta, berättade en av de privatpraktiserande terapeuterna. Terapeuten menade att många av patienterna med utmattningssyndrom ofta har en självkänsla som är beroende av prestation. När dessa patienter blir varse att de har en massa olika behov så kan det i sig väcka ilska, som de för det mesta riktar mot sig själva och även skam och skuld känslor för att de inte längre kan tillgodose andras behov. Samma terapeut sa vidare, *“För en person som ser sig som kompetent normalt sett så kan det upplevas som en kränkning i sig att vara en person som inte fungerar.”*

“Personlighet som liknar varandra.. höga krav på sig själva.. lite rigida med stränga överjag.” *“Svårt att uttrycka egna behov, känslor.. grupp som har svårt med mentaliseringen om sig själva.”* Funderingar från en terapeut som träffar många med utmattningssyndrom i sin praktik och ser nyttan av att jobba med mentaliseringen just med dessa patienter.

En av de andra terapeuterna, som arbetar på en vårdcentral, hade observerat att denna patientgrupp nästan alltid har en självkänsla som är nära kopplad till arbetet, och väldigt ofta känner stolthet över sitt arbete. Även denna terapeut menade att de här personerna har svårt att se sina egna behov.

Ytterligare en terapeut såg den här patientgruppen som väldigt energiska, engagerade och med mycket motivation, *"De tänjer sig och tänjer sig.."*. Hon sa, *"Här blir det viktigt att hålla tillbaka patienterna som är ivriga att komma igång, påhejade av försäkringskassan."* Denna terapeut, som också arbetar på en vårdcentral och själv upplever stress i sitt arbete, ser en farhåga i ett arbetsklimat där även terapeuten hamnar i att behöva prestera på samma sätt som patienten.

Alla intervjupersonerna tillfrågades om hur de ställde sig till hemuppgifter som psykoterapeutisk intervention. Där menade en terapeut, att den här patientgruppen ofta har tillräckligt med uppgifter ändå, och snarare har behov av att träna på att inte göra några uppgifter. *"Att inte göra är det svåra för dessa personer.."*, sa hon. På samma tema svarade en annan av terapeuterna, att *"Prestationen är en del av problemet.."*

Om hemuppgifter sa en av de yngre patienterna, *"Hemläxorna var jobbiga.. en prestationsgrej men kom in i det sen."* Samma patient sa, i ett annat sammanhang, att det var mycket stress och press, speciellt i förhållande till studier, men också i att prestera hela tiden i alla sammanhang, som hon hade haft med sig så länge hon kunde minnas. Hon kände att det som var avgörande i hennes terapi, och i hela processen, var att kunna ändra sitt tankesätt.

"Det är starka tanke- och beteendemönster som sitter djupt.. det är belönande att vara som de är och det kostar på att ändra på det.", konstaterade en terapeut. De här personerna, menade hon, har fått mycket uppskattning för det sättet de är på, och förlorar en del av den bekräftelsen när de blir tvungna att ändra på sig. Den här terapeuten använder hemuppgifter som en del av behandlingen, men, menade att det är viktigt att lägga sig på en nivå som patienten klarar av, så att det inte blir ytterligare en sak som patienten ska vara duktig på. En hemuppgift skulle kunna vara att öva på att göra ingenting, enligt henne.

Det var flera av patienterna som berättade om hur de själva fick driva på, både för att få professionell behandling och i att försöka hjälpa sig själva att må bättre. Där blev just de egenskaper som bidragit till att de blivit sjuka, också en nödvändighet, för att få den hjälp de behövde, exempelvis psykoterapi. Det var flera som inte hade erbjudits någon hjälp alls, förutom sjukskrivning och psykofarmaka, som själva fick söka och prova sig fram innan de till slut hittade någon terapeut som de kände kunde hjälpa dem.

Ingen av de tillfrågade kände att de hade klarat av någon aktivitet under den akuta fasen, men flera av dem drev på sig själva så fort de kände att de fick en gnutta energi, och började träna.

En av de tillfrågade svarade, *"Jag måste gå promenader... släpade mig runt.. det gjorde mig bara sjukare.."*. Hon försökte vara sin egen behandlare. När hon ska reflektera över detta så här i efterhand konstaterar hon, att det inte var förrän i slutet av återhämtningsfasen, i hennes fall ungefär sju månader in i processen, som det var gynnsamt att börja lite försiktigt med lättare fysisk aktivitet. Samma sak gällde för hennes del också för sociala kontakter. I början klarade hon endast av de allra närmaste och först under andra halvan av återhämtningsfasen klarade hennes hjärna, sinnen och energi av att hantera flera personer åt gången.

Kroppen (och hjärnan)

" Jag bara gråter och sover.. helt slut. När man är trött kan man inte tänka vettigt heller..". Så sa en av de intervjuade patienterna om tillståndet under de första fem-sex månaderna av hennes utmattningssyndrom.

Det finns en tydlig samstämmighet i utsagorna hos alla intervjupersonerna i att det finns olika kroppsliga symtom som är väldigt centrala i utmattningssyndromet, vilket också stämmer överens med kriterierna för diagnosen enligt ICD 10. Det mest framträdande i intervjuerna, och som alla de intervjuade pratar om, är en särskild slags trötthet som är väldigt svår att rå på. Särskilt i början, men även under lång tid, så finns det ett enormt sömnbehov och en trötthet som inte går att vila bort. *"Tröttheten är genomgripande"* både fysisk och mental (Terapeut). De flesta av intervjupersonerna, verkar ha erfarenhet att det inte hjälper med varken psykoterapi, träning eller någon medicinsk behandling mot tröttheten, och att det enda som gäller där är vila och tid. Det var en ganska stor enighet kring att tröttheten kan sitta i väldigt länge, för någon av de intervjuade patienterna finns den kvar fortfarande och har omöjliggjort en tillbakagång till arbete.

Patienterna uttryckte, i flera fall, att det i början var svårt att skilja på vad som är vad, och att det viktigaste var att först få ordning på det basala som att äta, sova och återhämta sig.

Någon av patienterna hade läst evidens på att fysisk aktivitet är bra vid psykisk ohälsa, och ville komma igång och träna ganska snabbt, dock inte alldeles i början i den akuta fasen. Detta var en av de yngre i intervjugruppen som inte hade så mycket kroppsliga symtom som de övriga. Enligt författarnas bedömning verkade hennes kroppsliga symtom vara mer att

jämföra med stressreaktion innan den har gått över i utmattningssyndrom, även om hon hade fått diagnos utmattningssyndrom.

En av de andra patienterna hade själv känt att hon ville komma igång och träna och jobbade intensivt för att få kontakt med en fysioterapeut, vilket ändå tog flera månader. Då fick hon rådet att ta det lugnt inledningsvis, och som den följsamma patient hon var så följde hon det rådet. Hennes upplevelse av den fysiska aktivitet hon gjorde i samråd med fysioterapeuten var enbart positiv.

Övriga symtom, som beskrevs av samtliga patienter, handlade om sömnproblem, som hade funnits ett bra tag innan själva utmattningen var ett faktum, smärtor på olika ställen i kroppen inte minst i huvudet, och olika kognitiva funktionsnedsättningar. Ett annat symtom, som verkar kvarstå också efter tillfrisknandet, rapporterades av både patienter och terapeuter som en stresskänslighet. En av terapeuterna var inte säker på att just denna känslighet någonsin skulle försvinna, utan tänker att den kanske kommer att finnas kvar som en neurologisk rest. De flesta patienterna berättade att de blev rädda och oroliga på grund av sina symtom, särskilt de som handlar om hjärnans funktioner, de kognitiva symtomen. Någon av terapeuterna menade att det här blev ett svårt problem i just den här patientgruppen, som kanske oftare än andra har byggt sin självkänsla just utifrån sin kompetens och sin förmåga att lösa problem och tänka klart, alltså goda kognitiva förmågor.

I undersökningen tillfrågades intervjupersonerna följande; *“Är utmattningssyndrom en sjukdom?”*. Många tyckte att det inte var helt självklart enkelt att svara på det. Det fanns resonemang, både hos flertalet av patienterna och terapeuterna, som kan sammanfattas i en samstämmighet, kring att det finns egenskaper och sårbarheter hos individen, som i kombination med utifrån kommande förväntningar och samhällseliga aspekter, såsom ökande stress och tempo och ett hårdare klimat på arbetsplatserna, i slutändan kan leda till utmattningssyndrom.

En av terapeuterna var ganska klar i att tillståndet till en början är individens normala reaktion på orimliga förväntningar (utifrånkommande och inifrånkommande), men att det blir en sjukdom när de kroppsliga symtomen blir allvarliga och sätter ner funktioner som personen normalt har. Detta illustreras väl i denna utsaga från en patient, *“Skulle hämta strumpor.. men kunde inte resa mig upp.. det här är fel..”* Patienten beskrev tillståndet som en kombination av att inte kunna resa sig upp rent fysiskt, och att hon inte heller kunde reda ut situationen kognitivt. Hon hade helt enkelt tappat förmågor som var självklara för henne. De kroppsliga symtom, som hon beskriver att hon hade, en enorm, förlamande trötthet, en långvarig sömnproblematik som hon nonchalerat, och en huvudvärk som gjorde att sinnesintryck som

ljud och ljus kändes smärtsamt intensiva, föranledde en kontakt med vårdcentralen dagen efter strumpincidenten och en omedelbar sjukskrivning för utmattningssyndrom. Den här patienten hade turen att träffa en läkare med erfarenhet av den här problematiken. Läkaren förmedlade redan vid första kontakten vad hen trodde att det här handlade om och en övertygelse att hon skulle bli bra igen, men vara inställd på att det skulle ta tid att återhämta sig. Det hade en lugnande effekt på den patienten och påverkade processen på ett positivt sätt, även när det skulle visa sig stämna att det tog tid att komma tillbaka. Sammanlagt tog det uppemot ett och ett halvt år innan hon kunde arbeta full tid igen, men hon förlorade aldrig hoppet om att bli frisk. Av undersökningens intervjuade patienter har fyra av fem kommit tillbaka till arbetsliv eller studier.

Ett argument för att det ska betraktas som sjukdom är enligt en patient att det tas mer på allvar då, ger mer tyngd åt tillståndet och dessutom krävs det ett sjukintyg för att kunna vara sjukskriven vilket oftast är nödvändigt under en period.

Nästan alla intervjuade ansåg att för att kunna må bättre och inte bli sjuk igen så behöver man lära sig att lyssna på signaler från kroppen och hitta ett bättre självomhändertagande som kommer att leda till en bättre balans i hela systemet.

Att hitta en plats

”Tänker att nu ska jag möta en ny människa, diagnosen inte så viktig utan att förstå just den här personen” (en av terapeuterna om hur hon tänker om första mötet med alla sina patienter).

De fem patienterna ombads beskriva sin process, från de första symtomen fram till intervjutillfället. I samtliga fall spelades det upp en berättelse med en ganska lång förhistoria, för tre av dem fanns det uppenbart bristande familjerelationer under uppväxten. Sedan följde ett övervägande prestationsinriktat liv av hårt arbete och stort engagemang kring studier eller jobb och på det en ökande stress med alltför många bollar att hantera och sist men inte minst en ensamhetskänsla kring detta. Vid genomlysningen av dessa berättelser gick det att urskönja en särskild punkt när olika symptom och hanteringsstrategier till slut ledde till någon form av sammanbrott, det akuta insjuknandet. Detta insjuknande var mer eller mindre dramatiskt men beskrevs av alla som en ganska otäck och obegriplig plats att vara på, där man var väldigt sårbar och hade tappat kontrollen över sig själv och sitt mående.

I detta akuta skede hamnade alla patienterna hos en läkare, oftast på vårdcentralen, någon kom till en akutmottagning. För de flesta var detta besök den första och enda kontakten med vården under det akuta skedet. Detta besök visade sig vara avgörande för inställningen till det följande förloppet hos flera av de intervjuade patienter. De fick alla en sjukskrivning som var bekräftande och nödvändig. I berättelserna framgår det att det också var viktigt hur

de blev bemötta och vad läkaren sa till dem. Om läkaren kunde förmedla lugn och tillförsikt och verkade förstå och kunna sätta ord på det de kom med verkade det ha en positiv effekt på känslan hos den intervjuade, som de sedan hade med sig vidare i processen. Att inte bli förstådd och att vara tvungen att kämpa för att bli det, verkade istället spä på dessa patienters tidigare erfarenheter om att allt hängde på dem själva, detta livsmönster som bidragit till att de blivit sjuka. Det sista alternativet gällde för merparten av de intervjuade patienterna.

De flesta av patienterna blev erbjudna antidepressiva och några fick remiss till en psykoterapeut redan vid första besöket. Två av patienterna fick inget erbjudande om psykoterapi eller något annat innan de själva tog upp det.

En patient berättade att hon blev erbjuden terapi några få sessioner. Vetskapen att det var begränsat till några få gånger utlöste självmordstankar och konkreta planer på detta hos henne. Patienten upplevde ett stort behov av att få ur sig det som fanns inom henne men blev inte bemött utifrån där hon var. Varje gång hon kom till terapin frågade terapeuten vad problemet var idag, att inte bli sedd med det hon kom med ökade stressen och hon mådde sämre. När det uppdagades att tillståndet hade försämrats fick patienten erbjudande om fler samtal hos samma terapeut men valde att söka upp en annan terapeut. Där blev hon mottagen med beskedet att där fick hon stanna tills hon var färdig vilket blev en känsla av att "*komma hem*". En liknande upplevelse hade en annan patient som hade känt sig lämnad av en oförstående terapeut och upplevt att det blev som en upprepning av historien bakom utmattningen. En av patienterna gick i en kortare psykoterapi ganska tidigt i processen och upplevde inte att hon hade behov av mer. Hon ville istället jobba med sig själv på egen hand genom att skriva och uttrycka sig på andra sätt. Det hjälpte henne.

En av patienterna menar att det är svårt att välja vilken slags behandling hen behöver, och menar att man först behöver "*landa*" lite. För en patient var det första gången hon hade fått stå i centrum, och hon upplevde det som väldigt avgörande. En sa, "*Att hitta någon som är intresserad och vill lyssna och förstå, och som har en stödjande och hoppigivande inställning, är det viktigaste*". Hon får medhåll av terapeuterna som uppgav förmågor som att kunna lyssna aktivt och inkännande, förstå och vara genuint intresserad som väldigt viktiga. En patient svarade på vad som var viktigt i terapin särskilt i början; "*Bli omhändertagen*".

Känslan av att vara ensam med sin egen inre obalans fanns som en röd tråd i patienternas berättelser. En patient tyckte att gruppbehandling, att få dela med andra och vara i en gemenskap, hade varit bra just ur den synpunkten. Där ska tilläggas att den

gruppbehandlingen varade i ett helt år. De flesta tyckte inte alls att de klarade av att gå i gruppbehandling, så där fanns det olika upplevelser.

Att få berätta sin historia

”Om inte jag får berätta om mig, hur ska hon då kunna hjälpa mig?”, sa en av patienterna om samspelet med sin psykoterapeut.

”Det är verksamt som terapeutisk attityd att vara tillåtande så att patienten kan uttrycka sig mera fritt.”, sagt av en terapeut.

”Historien kring arbetsplatsen, relationerna.. hur de har sett ut.. är ofta en tung historia att falla tillbaka på”, enligt en annan av terapeuterna.

Patienterna känner sig ofta utnyttjade och arga. Har ofta varit personer som varit omtäckta på sina arbetsplatser och är duktiga både på jobbet och privat. De är sådana som, *”Fångar bollar redan innan de syns”*, uttrycker sig en terapeut. De har en självbild som säger att de är värdelösa om de blir sjukskrivna. Detta är för det mesta kopplat till historien med en låg självkänsla i botten. Det blir viktigt menar terapeuten att den här gruppen förstår sig själv ur det historiska perspektivet då de ofta säger *”...det har alltid varit så här...”* som att de fastnat i en rigid bild av sig själva.

De flesta av både patienterna och terapeuterna menar att historien bakom är viktig, för att få en bild av hur det har varit och blivit så här, då det hjälper till att kunna förstå och få perspektiv för att sedan kunna gå in i en förändringsprocess. Någon av de intervjuade tycker att det också kan räcka långt med ett här-och-nu-perspektiv. Intressant nog var det en av terapeuterna med psykodynamisk inriktning (författarnas kommentar).

En patient betonade, att för henne var det viktigt att tänka på att varje människa är unik, och att utmattningssyndromet är en kombination av allt som man varit med om, saker som hänt tidigare i livet och de krav man idag ställer på sig själv. För en annan patient fick det en förebyggande effekt att ha fått berätta och prata om sig själv i ett livslångt perspektiv då hon upptäckte att det gjorde att hon lättare kunde upptäcka om hon var på väg in i utmattningstillstånd igen.

Flera patienter lyfte fram att det är väldigt viktigt att känna sig trygg med att det som berättas landar och blir lyssnat på, och att få återkoppling och frågor som, *”är det så du menar..?”* De ville att terapeuten skulle ge utrymme för att få släppa ut det som fanns inom dem och kolla av var de som patienter befann sig. Någon tyckte att det var bra när psykoterapeuten föreslog att patienten kunde skriva ner sin historia och sedan kunna återkomma till den när det behövdes.

En psykoterapeut beskrev att terapeutens förhållningssätt påverkar hur patienten kan använda sig av terapin, *”Som terapeut lyhörd, lyssnande, känslig... följsamhet och empati snarare än konfrontation..”*.

Få ihop det

”Varför har jag ont, varför sover jag inte, vad är det som händer..?”, patienterna hade en massa frågor som de behövde hjälp med att besvara och förstå, så beskriver många av intervjupersonerna det, både patienter och terapeuter.

“Inget fungerar.. får inte ihop det..”, så berättade en patient om sitt tillstånd.

Det första som den som insjuknat i utmattningssyndrom behöver är hjälp med att få ihop det mest basala, där var alla intervjupersonerna överens. Det är svårt att fokusera på andra saker innan man kan lägga upp en dag, med det mest rudimentära i tillvaron. Psykoterapin kommer för det mesta inte in i det mest akuta skedet. Det vanliga, utifrån intervjuerna, är att terapin kommer igång efter några månader. Då, är det fortsatt där i de mest grundläggande behoven som terapin får ta avstamp, och detta följer ofta med under längre tid, och går precis som sjukdomsförloppet fram- och tillbaka i en ständig rörelse. Det som upplevdes av patienterna som hjälpsamt är att få veta att ens reaktioner är normala, inte konstiga, sa en av patienterna.

En terapeut sa, *”En del av det som är verksamt är kopplingen mellan historia och nutid.”*, att få hjälp att fånga in komplexiteten och begripliggöra, såg hon som en avgörande aspekt av psykoterapin och menade att det är en lång process.

Att göra det obegripliga begripligt gör att lidandet blir mer uthärdligt och meningsfullt, och gör att det blir möjligt att sörja och reagera och i den stunden få tag i kraften och energin som finns i affekterna. När detta är möjligt så blir det lättare att ta reda på vad som är viktigt och värdefullt i livet. Så beskrev en terapeut det som hon upplevde som centralt att arbeta med i terapin med patienter med utmattningssyndrom. Hon menade att psykoterapin kan bidra med att förändringen blir mer bestående.

Psykoedukation fyller en extra viktig funktion för just den här gruppen patienter, menade alla terapeuterna. Det handlar om att prata om det som pågår, stress och koppla ihop det med de somatiska komponenterna, skapa en förståelse, vilket hjälper till att avlasta skuld och känslor av misslyckande.

De intervjuade fick frågan *”Är det något avgörande som har hjälpt i processen?”* Att *kunna förstå sig själv och sina anknytningsrelationer i ett livslångt perspektiv är avgörande.”*, svarade flera av terapeuterna.

Att terapeuten förstod och såg henne och vad som hade hänt under uppväxten och att hon fick bearbeta det och få ny insikt, gjorde stor skillnad, enligt en patient.

En annan patient beskrev en önskan om att terapeuten skapar utrymme, ”luckor”, i samtalen, eftersom det var så svårt att få ihop det och hon tappade tråden hela tiden. Patienten uttryckte att det är viktigt att få hjälp att strukturera och organisera sitt inre kaos

Kunskap och erfarenhet

Att på ett konkret sätt använda och förmedla sådant som är känt på grund av forskning och/eller klinisk erfarenhet kan bidra till att psykoterapin blir mer verksam, var något alla fyra terapeuter uttryckte på olika sätt. Så här sa en av dem, *“I akuta fasen.. vila, självomhändertagande, ta bort stressorer, slippa vara på jobbet.. Inte lämpligt att börja en terapi i den mest akuta fasen, väldigt hög stress då.”*

På frågan, *“Vad behöver terapeuten för att kunna erbjuda en verksam terapi?”*, var det vanligaste svaret från båda grupperna att kunskap är viktigt. En patient uttryckte det som att hon märkte att terapeuten hade en bredd och inte bara såg problemet från ett perspektiv, och det gjorde att hon tänkte att det här kan bli bra. För en patient kändes det som avgörande att hon märkte att terapeuten var väldigt kompetent. Flera patienter förmedlade att det var hjälpsamt i början att få ett bemötande som var tydligt och konkret, och en terapeut uttryckte till och med att hon tycker att vården behöver vara lite *“auktoritär”* med de här patienterna och kunna säga att, *“så här är det.. och så här reagerar kroppen..!”*.

“Det finns en klinisk komponent som inte går att sätta fingret på, som kommer med hur många patienter man har haft..”, sa en av terapeuterna om vad som är verksamt i psykoterapi

De flesta var överens om att det är bra om psykoterapeuten har någon personlig erfarenhet av hög stress, inte nödvändigtvis utmattningssyndrom. Det viktiga var att de hade kunnat lära sig av sina erfarenheter och kunnat integrera det med sin kunskap. Om däremot terapeuten har en pågående stark stress i sitt jobb så kan det vara negativt för patienterna och den pågående terapin, menade både terapeuter och patienter.

Några av terapeuterna menade, att det viktiga i början av terapin är att som terapeut bara finnas där och inse att det inte går att förstå djupet av problemet direkt eftersom det inte alltid är tydligt vad det är. Då behövs kunskap och tid, till exempel för en grundlig bedömning, för att kunna urskilja om det rör sig om utmattningssyndrom eller depression, eller en kombination av båda, eller något annat.

Både terapeuter och patienter tyckte att det är väldigt viktigt att det görs en bra bedömning från början. Tyvärr hade en majoritet av alla tillfrågade erfarenhet av bristfällig

kunskap om utmattningssyndrom hos läkare på vårdcentralerna, som är de som oftast sätter diagnoserna och sjukskriver. Om läkaren satte en kort sjukskrivning kunde det få stressen att öka ytterligare, ansåg de flesta. En av terapeuterna hade en annan uppfattning om sjukskrivningar än de flesta, där hon menade att det inte alltid var nödvändigt med sjukskrivning och när det var aktuellt med sjukskrivning så var det bra att försöka hålla dem korta.

Undersökningen efterfrågade, om metoden som psykoterapeuten använder verkar ha någon avgörande roll? Där var svaren ganska samstämmiga, att terapeutens kunskap, erfarenhet och förmåga att integrera detta med den metod de använder är viktigare än själva metoden. Att vara flexibel i sin metod, verkar flera terapeuter tycka, kan vara en fördel. Patienterna hade erfarenhet av olika metoder, såsom KBT, PDT, gruppterapi och andra terapiformer som de inte kunde definiera. En patient hade aktivt letat efter en terapi med ACT och var jättenöjd när hon fick det. Undersökningen visade på uppenbara faktorer som att lita på kunskapen och förmågan hos terapeuten, samt att tro på metoden, var väldigt viktiga för att uppleva att terapin var hjälpsam för de patienter som efterfrågade en specifik metod.

För alla patienter hade själva erfarenheten att gå igenom sjukdomsprocessen och psykoterapi gett dem kunskaper om stress och sig själva som de inte hade innan. *“Att lära sig om utmattningssyndrom och vad som är viktigt.. återhämtning!”*, hade en patient upplevt som det viktigaste.

En terapeut tyckte att det hade varit bra om det gick att samla kompetens på ett ställe kring utmattningssyndrom och stress och knyta forskning till det.

Känsla av kontroll

En patient beskriver, *“att få vara i fred är väsentligt.. att få bygga staket och få bestämma vem som skall få komma in och varför..”*.

Tiden innan insjuknandet, som ofta hade ett smygande förlopp där patienterna gick in i tunnelseende och fortsatte köra på, innebar en successiv förlust av kontroll, det ser de flesta nu i backspeglarna, när de kan titta tillbaka på det som hänt. Så här beskrev en av patienterna hur det kändes när hon passerade en gräns för det som hon kunde hantera, *“Plötsligt gick jag ut över ett stup, och fick en väldigt svag röst som andra lade märke till men inte jag.”*

Den här förlusten av kontroll som utmattningssyndromet fört med sig blir synlig i terapin, och resan att hitta tillbaka till en känsla av kontroll är oftast väldigt central, enligt det som kom fram i intervjuerna, från båda håll.

För många patienter blev det en vändpunkt när de tydligt kunde se att de hade en ohållbar arbetssituation och att de måste byta jobb. Där kunde en av terapeuterna se som sin

roll att vara extra tydlig med just den här patientgruppen, och ibland ställa raka frågor som, *”Ska du inte tänka om.. ska du jobba med det här?”*

En annan psykoterapeut sa så här, *”Ändra förhållningssätt till stress och krav.. där kan man göra mycket!”*

”Om vi tänker att det är en del av personligheten så blir det ganska låst..”, formulerade sig en terapeut och utvecklade det med att även om det finns en personlighet bakom så blir det mer framgångsrikt att titta på det som är förändringsbart än det som inte är det.

Många av patienterna konstaterade att när de började må bättre och kände att det var på rätt väg så kände de att de hade blivit mer inkännande mot sig själva och prioriterade sitt eget mående på ett sätt som de inte gjort tidigare. De kunde hantera sina symtom bättre och upplevde en större balans i tillvaron. *”Nu kan jag stå upp för mig själv!”*, sa en patient.

Det finns hinder som gör att det inte alltid är så lätt att styra sitt liv i en riktning som man vill. En patient belyser en upplevelse av ett låst samhälle när det blev stopp för hennes önskan om att kunna omskola sig och vara sjukskriven på deltid samtidigt.

Tiden

I alla intervjuerna kom begreppet tid upp som en egen dimension, ofta som något att förhålla sig till och som inte går att styra över. Både terapeuter och patienter menade att det behövdes tid i sig för att må bättre. För de flesta, var erfarenheten, att den tid som behövs är olika lång och att det inte går att veta på förhand hur lång tid det tar att komma vidare från en fas till en annan eller för att kunna återgå till jobb.. *”Patienten, terapeuten och försäkringskassan har bråttom”*, *”Sakta i backarna..”* och *”..vill ut och jobba snabbt igen..”*, uttryckte en terapeut.

Ändå finns det tidsfaktorer som de flesta ansåg att det går att påverka. Det kan handla om timingen, när göra vad, i den individuella processen, och det kan handla om hur lång tid en patient får för psykoterapi eller sjukskrivning. Ofta, framkommer av intervjuerna, verkar det viktiga vara vilken upplevelse patienten får av hur mycket utrymme som finns att få, och om det finns en flexibilitet utifrån behov.

Det var en övervägande andel från båda intervjugrupper som uttryckte att det tar lång tid att bli frisk, och för en del är det ett livslångt projekt. De flesta var överens om att det behövs längre sjukskrivningar, inte sällan längre än ett år, med upptrappningar innan det går att jobba full tid igen. Flera hade negativa erfarenheter av korta sjukskrivningar som ledde till att de blev ännu mera stressade, vilket kunde förlänga processen. Någon hade en avvikande

mening och tyckte att det var möjligt att förkorta sjukskrivningen och såg vinsten i att komma igång med ett bra stöd, och utnyttja möjligheten till deltidssjukskrivning.

Flera, både patienter och terapeuter, påtalade vikten av att vara flexibel och följsam även i psykoterapin, mer intensivt i vissa perioder och sedan glesa ut längre fram och planera för uppföljningar. En terapeut betonade att det var viktigt att vara med när patienten återgår i arbete och andra stora förändringar *“när det hettar till”*.

”Det behövs tid.. 25 gånger är kort.. det hade behövts dubbelt så många gånger.”, sagt av en terapeut som jobbar inom vårdvalet där en så kallat lång terapi är upp till 25 gånger.

”Blev sjukskriven två veckor i taget.. skakade när jag skulle tillbaka till jobbet..”, berättade en patient.

En av patienterna menar att det är högst personligt hur lång tid som behövs i terapin. Hon var dock övertygad om att det inte kan gå med 10 gånger.

”Orkar ej mer än en gång i veckan”, sa en annan patient om psykoterapin.

Kontexten

”Har det omgivande sammanhanget någon betydelse för terapin?”, frågade intervjuarna. En av terapeuterna svarade så här på det, *“..en miljö med omsorg där omsorgen är rubbad är viktigt.. harmoni, mjukhet och tystnad behövs..”*.

Sammanhanget där terapin bedrivs kan påverka på olika sätt både för patienterna och psykoterapeuterna. En terapeut sa att en förutsättning för att kunna göra ett bra jobb är att det finns en hyfsad arbetssituation, där man inte som terapeut själv är stressad, och betonar vikten av kontinuerlig handledning.

Samma terapeut fortsatte att fundera kring vårt samhälle som ett *“strängt överjag”*, och såg det som en parallell till patientens redan stränga överjag. Vad gör ett uppskruvat tempo och en förändrad värld med oss och hur ska vi förhålla oss till det, var frågeställningar som hon menade inte kan bortses från i psykoterapin.

För en patient blev det väldigt viktigt att inte behöva vara den som förmedlade informationen mellan olika parter. För henne var det en lättnad att det kom till stånd möten där alla inblandade parter möttes. Flera, både patienter och terapeuter, var inne på samma spår och menade att det var bra om det gick att skapa ett samarbete mellan läkaren och andra inblandade. En patient hade mycket god erfarenhet av att det fanns en rehabkoordinator som var en förmedlande länk, så att hon själv inte behövde vara den som skulle springa emellan och delge information.

Det var många av patienterna som upplevde som ett problem att det fanns för lite kunskap i omgivningen, både hos läkaren, myndigheterna och arbetsgivaren men även hos sina egna anhöriga. Hon upplevde att hon kunde hamna i en dragkamp från olika håll, om vad som var bra eller dåligt, som inte gynnade henne. Hennes anhöriga förstod inte och verkade tycka att hon var för känslig. Den patienten efterfrågade mer utbildning om stress för alla. Någon efterfrågade anhöriggrupp.

Att en stöttande och förstående chef påverkar positivt hur det går med återgången till arbetet var de flesta överens om. För en del var det nödvändigt att byta jobb eller göra andra yttre förändringar beroende på hur kontexten såg ut. En patient tyckte att det är för mycket *“hyschhysch på våra arbetsplatser kring utmattningssyndrom”*.

Att skapa nya sammanhang eller bygga på de som redan finns lyfte en terapeut upp som väldigt viktigt. Där gäller det att undersöka hur det ser ut, *“tycker de om trädgårdsarbete.. vad är lustfyllt.. har de sex.. får de äta god mat..?”* Hon påpekade att människor behöver ett sammanhang, att det inte går att etablera ett liv helt och hållet på egen hand och att de behöver rusta sig psykologiskt för att kunna hantera sitt sammanhang och kan göra det i det sammanhang som terapeuten erbjuder.

”Bra med andra parallella behandlingar som ej är psykoterapi, som fysioterapi.. mindfulness..”, tyckte en del psykoterapeuter och något fler patienter. Även här verkade det viktiga vara om patienten själv mår bra av det och att det fanns en flexibilitet utifrån detta som det togs hänsyn till.

”Något avgörande som har stjälpit under hela processen?”, undrade intervjuarna. *”Stressen från försäkringskassan har en stor påverkan.”*, svarade många av intervjupersonerna på den frågan.

Acceptans

“Nu får jag bara släppa kontrollen och inse att det är bortom min förmåga.. det var avgörande när jag insåg det”, berättade en patient. “När man ger upp, det är då det börjar!”, formulerade sig en annan patient.

“När patienten får acceptans.. jag är där jag är, det ser ut som det gör.. då trillar poletten ner och en förändringsprocess kan påbörjas.”, sa en psykoterapeut.

Någon av patienterna uttryckte hur svårt det kunde vara, *“Det var väldigt svårt att sänka kraven, att acceptera att jag måste det...”*

Ordet acceptans användes i stort sett av alla de intervjuade. Författarna var initialt inte helt säkra på att det skulle bli ett eget tema, men landade i att det har sin egen plats just på grund av att det omnämns av både patienter och terapeuter. Innebörden är kanske olika för de

olika personerna men användes i huvudsak som ett förhållningssätt som upplevdes som eftersträvansvärt för att kunna komma vidare i processen mot ett tillfrisknande, men innebar inte att återgå till hur det var förut. Sjukdomsprocessen och vägen ur den innebär förändringar både i det inre och i det yttre. Omställningen kan vara smärtsam och då blir det för en del användbart att prata om att acceptera att förändringen är nödvändig. För många upplevdes det som en vändpunkt att kunna acceptera det som varit utan att behöva gilla det och gjorde att förändringsprocessen blev lättare och ibland även kom att innebära en bättre livskvalitet. Studiens intervjupersoner har fått göra förändringar, som att byta jobb, sluta jobba, förändra sina relationsmönster och sitt eget sätt att vara på. För en del har det inneburit stora förändringar på insidan som både handlar om kunna ge sig själv mer omsorg, lyssna på sig själv bättre och inte pressa sig som tidigare, men det har också för flera upplevts som en sorg och förlust av självbilden, som tidigare var att vara den som kan allt, klarar allt och kan ge och ge. När det gavs tillfälle att arbeta sig igenom detta, på ett djupare plan, tillsammans med en psykoterapeut som hade kompetens och förmåga att följa med i detta så verkade det ha öppnat upp för ett mer genuint och hållbart liv.

Diskussion

Resultatdiskussion

”En trygg bas.” En av studiens intervjuade berättade om sitt behov av att få ur sig allt som fanns inom henne. Det tog ett tag innan hon hittade en trygg plats med en tillräckligt omhändertagande atmosfär där det blev möjligt för henne att släppa ut det. I arbetet med den här studien har det blivit ett tydligt fynd kring de parallellprocesser som löpt bredvid varandra. Det handlar om sjukdomsförloppet, och det handlar om terapiprocessen som deltagarna har berättat om. Undersökningen har följt med i dessa processer och gått med dem, bredvid dem och in och ur dem, för att få syn både på delarna och helheten. Arbetet har också följt ett förlopp, där författarna stundtals har känt, lite som de intervjuade, behovet av hitta en plats för att landa och sortera för att uppnå lite ordning och struktur. Författarnas behov av att få med allt, formulera och få ihop arbetet på ett sätt som gör rättvisa åt materialet upplevdes uttalat angeläget. Bredvid studien så har livets alla andra processer fortgått som på något sätt har bildat en ständigt närvarande rörlig bakgrundsfond åt analysarbetet. Författarna beskriver en tydlig känsla av att under studiens gång ha befunnit sig mitt i något som känts på “riktigt”. Det är så det är med psykoterapi. Det är på riktigt. Det är viktigt. Om det är något som kommit ur detta arbetet så är det att det är verksamt med psykoterapi, åtminstone för studiens intervjuade. De temana som valdes ut belyser även de olika steg eller faser som beskriver utmattningsprocessen ur ett både patient- men även terapeutperspektiv.

Studien pekar också tydligt på att psykoterapi med personer som har utmattningssyndrom inte följer en terapiprocess enligt ett förutbestämt mönster. Utifrån de intervjuades svar tycks det som att processen i terapin behöver följa patienten och inte tvärtom. Patienten är inne i ett sjukdomsförlopp som inte går i en ständig rörelse framåt utan rör sig lite hit och dit och ibland lurar till att tro något annat än vad det är. Sjukdomsförloppet är snårigt, segt och motsträvigt. I den processen behövs det ett sammanhang – ”en trygg bas” - (Bowlby, enligt Wennerberg, 2013) där det finns trygghet och omsorg, i ett läge där självomsorgen har gått förlorad som en av terapeuterna betonade. Att hitta en sådan plats är troligtvis en förutsättning för att kunna ta sig igenom sjukdomsförloppet och må bra på sikt. Psykoterapi kan vara en sådan plats, det kan också finnas i patientens omgivning - kontext - utrymme, människor, relationer som är stödjande, förstående, lyssnande och empatiska och kan erbjuda tid när det behövs och “luckor” i samtalet. Utmattningssyndromets akuta fas är som belysts, både i teoridelen samt av intervjupersonerna, genomsyrat av olika symtom såväl fysiska som psykiska. De flesta av dessa symtom syns inte på ytan utan behöver bli uppmärksammade av vårdgivaren för att till en början tydliggöra en diagnos.

Den allra första kontakten är oftast med en läkare på vårdcentralen, enligt undersökningen. Hur man då blev bemött, verkar för flera ha fått ganska stor inverkan på hur man har förhållit sig till sitt tillstånd under resten av sjukdomsförloppet, vilket redan Hippokrates insåg (Arnetz & Ekman 2013). Upplevelsen av “tillräckligt med tid” är ofta idag bekymmersam just inom primärvården. Under temat kroppen beskriver en patient att läkaren hjälpte henne att lugna ner sig i sitt tillstånd och gav henne tillit till att hon skulle kunna komma tillbaka till jobb och fungera. Hennes läkare hade sagt att hon skulle bli frisk igen, men att det skulle ta tid. Bowlby (enligt Wennerberg, 2013) beskriver barnets behov av skydd och närhet utav någon som är “större och klokare” för att överleva. I den akuta fasen aktiveras patientens anknytningsmönster och där tänker författarna sig att även vårdgivarens omsorgsmönster aktiveras. Studien pekar på att kontexten är tongivande här utifrån om vårdgivaren befinner sig i en organisation som kännetecknas av omsorg eller avsaknad av omsorg. Man skulle kunna föreställa sig att en behandlare som i grunden har ett tryggt anknytningsmönster, men befinner sig i ett otryggt anknytningsystem (tex arbetsplatsen) inte ges möjlighet att använda sig av sitt omsorgsmönster och sin förmåga att mentalisera kring vad patienten egentligen behöver i denna fas.

Tillräckligt med tid. Utmattningssyndromets bakomliggande orsaker förklaras enligt de teorier som presenterats i studien, både utifrån egenskaper och sårbarhetsfaktorer hos patienten samt av omgivande faktorer på flera plan. I det initiala skedet, och framöver, behövs

insatser både utifrån kontexten, genom lugnande budskap och omhändertagande samt sjukskrivning, "att slippa vara på jobbet", och genom att försöka hjälpa personen att hitta sätt att vila och hitta ett inre lugn. Utifrån beskrivningen av utmattningen som toppen av ett isberg så finns det så mycket under ytan som inte blir synligt initialt. Det behövs tid, tillräckligt med tid, och det verkar finnas symtom som inte går att påverka på annat sätt än genom just tid. Ett sådant symtom belyser alla de intervjuade med eftertryck, och det är den alldeles särskilda tröttheten som sitter i länge, och i vissa fall inte verkar försvinna helt.

Tiden belystes som ett eget tema och förutom att förloppet i sig behöver tid så behövs det också tid i behandlingen. Tid är verksamt i terapin genom att när terapeuten förmedlar att det finns tid så känner sig patienten lugnare, kan successivt återfå sin kontakt med frontalloben och sina kognitiva förmågor igen och kan använda sig av terapin för att jobba med de faktorer som från början har fört dem in i utmattningen och förändra det som behöver förändras. Utifrån patientens perspektiv när det ges utrymme och tid i ett tryggt sammanhang att få berätta sin historia, uppenbarar sig möjligheten att förändra ett otrött anknätningsmönster mot ett mera tryggt. Ett tryggt anknätningsmönster ger förutsättningar till ett mer hållbart skydd som en psykofysiologisk stressregulator.

En stor del av det som förmedlades som verksamt i psykoterapin var att få förståelse och kunskap om vad man drabbats av och det i sig kräver att få möta någon som kan hjälpa till med det. En läkare på vårdcentralen som är kunnig om stress och utmattning och har förmågan att på ett enkelt, empatisk och lättsmält sätt förklara redan vid första mötet på vårdcentralen är en god början och därefter kan psykoterapeuten bidra till mer förståelse om vad som händer i kroppen och själen. Psykoedukation lyftes fram som en intervention som är verksamt av alla oavsett inriktning eller om man var patient eller psykoterapeut. Kunskap överhuvudtaget är viktigt som en verksamt ingrediens i behandling av utmattningssyndrom. Det verkar finnas en hel del erfarenhet av att det finns brist på kunskap om detta ute på vårdcentraler. Ett exempel på detta är begreppet "återhämtning" som är allmänt vedertaget när man pratar om utmattningssyndrom. Det som patienter ofta landar i är att prestera återhämtning, vilket snarare försämrar möjligheten till återhämtning. Utmaningen ligger i att tillåta sig att ödmjukt utforska vad som utifrån den enskilda individen gör skillnad. Detta är också en utmaning utifrån vad som framkom under temat kring duktiga patienter och duktiga terapeuter, där det är lätt att hamna i en fälla av att prestera i terapin. Gniska et al (2017) belyser i sin artikel kring perfektionistisk strävan samt perfektionistisk oro att personer som har en perfektionistisk oro lättare hamnar i ett utmattningstillstånd. I studiens undersökningsmaterial går det att se att även personer som har en perfektionistisk strävan,

men befinner sig i en tävlingsinriktad kontext i arbetsmiljön men även i värsta fall terapin eller vårdssammanhanget tenderar att utveckla en perfektionsistisk oro där stresssystemet går igång. Flera av de intervjuade patienterna tog upp tankar kring fysisk aktivitet som för deras del blev alldeles för mycket. Detta bekräftar vikten av lyhördhet och kunskap vad gäller timing och dosering utifrån patientens behov.

Ökad mentalisering. Patientgruppen som drabbas av kognitiva nedsättningar blir ett särskilt dilemma eftersom dessa patienter oftast har byggt sin självkänsla på just sina kognitiva förmågor. Detta bidrar enligt intervjupersonerna till att tillståndet blir mycket skrämmande och obegripligt. Hjälpa med att få ihop detta och få hjälp att förstå vad som händer och en trygg plats att få vara i under tiden är viktigt. Patienterna befinner sig initialt i ett fragmenterat tillstånd med flertalet olika symtom som blir svåra att få ihop till en helhet. Att få ihop det som inte hänger ihop är centralt i sjukdomsförloppet. Det innebär att koppla ihop kropp, känsla, tanke och öka mentaliseringen om sig själv i synnerhet (som ofta brister hos de här personerna), och få insikt, bli medveten om, så att man kan lyssna på sina signaler och ge sig ett gott självomhändertagande framöver. Det är väsentligt att även koppla ihop då och nu, så att det finns en begriplighet i skeendet, vad är det som har hänt? Hur förhåller jag mig till det på bästa sätt framöver? I psykoterapin möjliggörs ett förändringsarbete kring självbilden för att utmana patientens ofta "stränga överjag".

Möjlighet att påverka. En känsla av kontroll, är något som upplevs som avgörande för att nå en vändpunkt. "Att bli sin egen chef", att kunna stå upp för sig själv, kunna sätta gränser kan bli ett dilemma om man möts av ett oflexibelt system, t ex att inte få utbilda sig och kunna vara halvtidssjukskriven. Ökad flexibilitet från myndigheterna (t ex Försäkringskassan) skulle kanske underlätta för varje individ att kunna hitta en väg till ett bättre mående och även kunna bidra på något sätt till samhället. Förekomsten av höga krav (såväl yttre som inre) i kombination med låg kontroll definierar en ohälsosam arbetsmiljö, medan höga krav och hög kontroll samt omgivande stöd, d v s möjlighet att kunna påverka utgör betydligt mindre risk för att insjukna och återinsjukna i utmattningssyndrom.

Metod- eller individfokus. En terapimetod som inte gillas av patienten är enligt vad som framkommit i studien inte särskilt verksamt och tycks heller inte vara det enligt annan forskning (Nilsson m fl, 2007). Varför är det så svårt att lyssna på patienterna och vad de efterfrågar? Det är ju något som t o m patientlagstiftningen tar upp, detta med att patienten skall ha inflytande över sin behandling. Hur blir det när läkaren som oftast inte har kunskap styr patienterna till behandlingar som de tror är verksamma för alla patienter, men som i

själva verket är verksamma på de patienter som får den behandling de efterfrågar, vilket bekräftas både av de intervjuade men även av den litteratur som studien belyser?

Det som också framkommit i intervjuundersökningen av patienter med utmattningssyndrom är att de flesta, både patienter och terapeuter är överens om att det finns verksamma faktorer i interventioner som traditionellt hör hemma i såväl psykodynamisk terapi PDT som kognitiv beteendeterapi KBT. Det finns mycket som handlar om förhållningssättet hos psykoterapeuten och följsamheten gentemot patienten som mer hör hemma inom PDT men samtidigt uppmärksammar intervjupersonerna på vikten av psykoedukation just med dessa patienter, vilket är något som ofta förknippas med KBT-inriktade terapier. Nilsson m fl (2007) presenterar att patienterna som var missnöjda med KBT upplevde att terapeuterna hade "en påträngande närvaro med ett förutbestämt terapeutiskt upplägg, medan patienterna i PDT saknade stöd och styrning från terapeuten" (Philips & Holmqvist, 2008).

Studien frågar sig om psykoterapeuterna/behandlarna har målat in sig i olika hörn med terapimetoder, medan patienterna nog inte bryr sig om vad metoden kallas utan att den hjälper. Det finns integrativa strävanden som mer pragmatiskt använder sig av det som man upplever fungerar i psykoterapi. Detta är ännu kontroversiellt, men kanske skulle kunna vara bra om alla psykoterapeuter funderar kring; I vilket syfte görs terapi? För att bevisa en metods giltighet? Är det för att tillfredsställa egna narcissistiska behov hos terapeuterna/behandlarna, eller är det för att ge patienterna lindring och bättring? Går det att ta till sig den kunskap och erfarenhet som patienterna besitter om just sin upplevelse av sin diagnos? Kanske är just utmattningssyndrom med dess multifaktoriella symtombild i behov av fokus på specifika interventioner, d v s ett mer flexibelt eklektiskt förhållningssätt? En uttalad ambition är att patienterna ska bli mer flexibla i sitt förhållningssätt till sig själva och omvärlden, vilket de också verkar bli genom terapi.

Metoddiskussion

Studiens författare ansåg att en kvalitativ ansats var lämpligast att belysa studiens syfte utifrån, att undersöka vad som upplevs som verksamt i en psykoterapi med personer som har/har haft utmattningssyndrom. Ambitionen var inte att nå resultat utifrån en bredare population utan snarare under devisen att "less is more", d v s undersöka mer djupgående utifrån ett mer individualistiskt perspektiv (McCracken, 1988). Valet av tematisk analys gjordes utifrån ambitionen att på ett lättillgängligt sätt beskriva de intervjuade personernas upplevelser utifrån ganska rigoröst underlag som de intervjuerna genererat samt en önskan om

att nå nya insikter inom nämnda område. I metoddelen i denna uppsats beskrivs närmare den specifika analysmetoden enligt Braun & Clarke (2006) som blev författarnas "karta" genom uppsatsen.

Författarna valde att undersöka upplevelsen av vad som är verksamt i en psykoterapi utifrån såväl patient- som terapeutperspektiv. Eftersom undersökningen önskade nå patienterna mera slumpvis valdes att bjuda in till intervju via sociala medier. Vad gäller metodvalet för intervjuerna utgick man från semistrukturerade intervjuer då författarna hade svårt att se fokusgrupper som ett lämpligare alternativ inte minst utifrån tankar kring att det kan vara svårt att öppna sig och känna sig trygg i en okänd grupp, men även för att författarna inte ansåg sig vara tillräckligt tekniskt kunniga att manövrera detta praktiskt. Patientintervjuerna genomfördes via telefonsamtal som spelades in. Att använda telefonintervju kan innebära att en del visuell information såsom kroppsspråk, mimik och ögonkontakt går förlorad. Det kan emellertid också innebära en ökad frihet för den intervjuade att uttrycka sig fritt. Det är en återkommande erfarenhet att patienter oftast har svårt att ta upp kritik mot terapeuten både i terapin men även i forskningsintervjuer (Henkelman & Paulson, 2006), och har en benägenhet att dölja sina negativa reaktioner i psykoterapi (Farber, 2003).

En kvalitativ studies tillförlitlighet kan delas in i såväl extern som intern reliabilitet. Med extern reliabilitet beskrivs huruvida man tänker sig att andra forskare skulle kunna upptäcka samma fenomen eller identiska studier i liknande sammanhang som den aktuella studien, det vill säga generaliserbarheten. Med intern reliabilitet menas i vilken utsträckning andra forskare skulle koppla samman det analyserade materialet med de begreppsbeskrivningar som forskaren formulerat. I undersökningen var det hela tiden två som lyssnade igenom intervjuerna vid flertalet upprepade gånger vilket efterföljdes av att låta intervjuerna " mogna" för att sedan fokusera på dessa igen. Då genomlyssningen inneburit att båda intervjuerna vid flertalet gånger lyssnat igenom intervjuerna kan detta ses som en positiv markör gällande den interna reliabiliteten. Dock går det kanske aldrig att helt eliminera de erfarenheter och kunskaper som författarna bär med sig från sin utbildning och verksamhet, men även från sina livserfarenheter vilket kan visa sig i vilka följdfrågor som ställts etc. En fulländad objektiv hållning synes också vara möjligen omöjlig även vid kvantitativa studier... För att ytterligare styrka studiens tillförlitlighet skulle författarna kunnat be deltagarna själva ge sina synpunkter på resultatet alternativt låtit andra forskare föreslå alternativa tolkningsmöjligheter.

En annan aspekt är att studien enbart representeras utav kvinnor, såväl patienter som terapeuter. En annorlunda könsfördelning hade sannolikt tillfört ytterligare relevant information.

Författarna tänker att den kvalitativa studien kännetecknas av sådant som flexibilitet, en hyfsad portion handlingsfrihet och närhet till den intervjuade. Utifrån de resultat som presenterats i studien, som handlar om nödvändig flexibilitet i behandlingen samt behov av att erövra eller modifiera sitt anknytningsmönster och en ökad mentalisering som vaccinerar och förebygger bättre i en värld där stressen snarare tycks öka än minska, finner författarna därför den kvalitativa metoden mest tillförlitlig ur detta hänseende.

Slutsatser

Denna studies huvudsakliga slutsatser pekar på behovet av mer fokus på diagnos och individuella behov istället för en fokusering kring psykoterapeutisk metod. Detta styrks av den senaste forskningen som belyses under evidensavsnittet där man ser att, "för" aktiverande psykoterapimetoder kan vara kontraproduktivt och förlänga sjukdomsförloppet. (Åsberg & Glise 2018). Faktorer som vikten av en individcentrerad flexibel eklektisk behandlingsform med fokus på timing kring interventioner och dosering av dessa är central. Studiens ytterligare slutsatser tydliggör patientens behov av att på en trygg plats få hjälp att få ihop och förstå det som händer under den tid det tar att läka. Vidare visade studien på den uttalade tröttheten som oftast har ett långvarigt läkningsförlopp. Dessa patienter hamnar i att prestera och vara duktiga i sin egen behandling med en oftast omedveten önskan om att prestera och leverera återhämtning vilket endast förlänger sjukdomsförloppet. Undersökningen identifierade även parallellprocessen av duktiga patienter och duktiga terapeuter.

Framtida forskning

Den aktuella forskningen synes tidigare varit inriktad på att leta efter *en* modell eller *ett* sätt att behandla patienter som har diagnosticerats med utmattningssyndrom.

Utmattningssyndromet karaktäriseras av flertalet olika symtom med en multifaktoriell genes där man behöver väga in såväl individen som den kontext hen befinner sig i för att kunna möta patienten där hen är. Detta manar fram en vision om ett flexibelt eklektiskt tillvägagångssätt utifrån det centrala individuella fokuset.

Någon terapeut tyckte sig se att patienten bakom utmattningen kunde vara något rigid i sin personlighet. Detta är ett område som handlar om de personliga faktorerna som säkert bidrar till stress och utmattning, och som författarna sett hänger ihop med anknytning och mentalisering. Studien tar inte upp ett eget tema kring affekter vilket kanske är symptomatiskt

med tanke på att dessa patienter ofta verkar ha lite svårt just med affekter och mentaliseringen. Spännande att titta mer på kanske!

Då forskningen inte sällan presenterar likvärdiga resultat i olika randomiserade studier utav PDT och KBT vore det intressant och kanske mer relevant att forska om olika interventioner eller andra avgörande faktorer i en psykoterapi, snarare än att forska på hela metoden.

Det skulle även vara möjligt att göra en studie till med liknande design och där jobba ännu mer med frågeunderlaget och på så sätt öka validiteten och reliabiliteten ytterligare så att svaren blir ännu tydligare kring verksamma faktorer i psykoterapi.

Studiens resultat leder även fram till frågan om ett terapeutisk fokus på aktivering kan vara en (av många) förklaringar till den uttalade tröttheten som har så svårt att klinga av? Mer forskning på detta område efterlyses.

Tankar kring etiska överväganden har funnits med under hela arbetets gång och behöver finnas med kontinuerligt i alla studier. För att säkerställa att informationen inte förvanskas i tolkningsarbetet, skulle deltagarna kunna bjudas in att ta del av de nedskrivna utsagorna och ges möjlighet till förändringar innan det färdiga resultatet presenteras. Det är av största vikt att forskarna i så hög grad som möjligt lyckas mentalisera kring sin egen subjektiva påverkan i all forskningskontext.

Referenser

- Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Altenhöfer, A., Schulz, W., Schwab, R. & Eckert, J. (2007). Psychotherapie von Anpassungsstörungen- [Psykoaterapi vid anpassningsstörningar]. *Psychotherapeut*, 52(1), 24-834.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Arnetz, B. & Ekman, R. (2013). *Stress, Gen, Individ, Samhälle*. Stockholm: Liber
- Ben-Itzhak, S., Bluvstein, I., Schreiber, S., Aharonov-Zaig, I., Maor, M., Lipnik, R., et al. (2012). The Effectiveness of Brief Versus Intermediate Duration Psychodynamic Psychotherapy in the Treatment of Adjustment Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1-8.
- Blonk, R. W., Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E. & Houtman, I. L. D. (2006). Return to work: A comparison of two cognitive behavioural interventions in cases of work-related psychological complains among the self-employed. *An International Journal of Work, Health & Organisations Volume 20*, 129-144.
- Bohart, A. C., Elliot, R., Greenberg, L.S. & Watson, J.C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, 89-108.
- Braun V. & Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Cooley. E. F. & LaJoy, R. (1980). Therapeutic relationship and improvement as perceived by clients and therapists. *Journal of Clinical Psychology*, 36, 562-570.
- de Vente, W., Kamphuis, J. H., Emmelkamp, P. M. & Blonk, R. W. (2008). Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related-stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(3), 214-31.
- Elliot, R. & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: An analysis of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
- Farber, B. A. & Lane, J. S. (2002). Positive regard. In J. C. Norcross (Ed), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, 175-194.
- Farber, B. A. (2003). Patient self-disclosure: A review of the research. *Journal of Clinical Psychology/ In Session*, 59, 589-600.

- Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M. (2008). Psychoanalytic constructs and attachment theory and research. I: Cassidy, J. & Shaver, P. R. (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (2. uppl., s. 783-810). New York: The Guilford Express.
- Gardell, B. (1982). Scandinavian research on Stress in working life. *International Journal of Health Services*, 12(1), 31-41.
- Glise, K., Jonsdottir, I. H., Nordlund, A., Ellbin, S., Jung, T., Währborg, P., et al. (2017). Working memory and attention are still impaired after three years in patients with stress-related exhaustions. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(6), 504-509. doi:10.1111/sjop.12394
- Gnilka, P. B., McLaulin, S. E., Ashby, J. S. & Allen, M. C. (2017). *Coping Resources as Mediators of multidimensional perfectionism and burnout. Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 69(3), 209-222.
- Gorschenek, N., Schwab, R. & Eckert, J. (2008). Psychotherapy of adjustment disorders. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 58(5), 200-207.
- Grossi, G. & Santell, B. (2009). Quasiexperimental evaluation of a stressmanagement progame for female county and municipal employees on long-term sick leave due to work-related psychological complaints. *Journal of Rehabilitation Medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine*, 41(8): 632-8.
- Heiden, M., Lyskov, E., Nakata, M., Sahlin, K., Sahlin, T. & Barnekow-Bergkvist, M. (2007). Evaluation of cognitive behavioural training and physical activity for patients with stress-related illnesses: randomized controlled study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(5), 366-373.
- Henkelman, J. & Paulson, B. (2006). The client as expert: Researching hindering experiences in counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 139-150.
- Institutionen för Stressmedicin. (2018.) Utmattningssyndrom-Var står vi idag?. Hämtat 21 april 2018 från Institutet för Stressmedicin: <https://www.vgregion.se/ov/ISM/natverk-for-di-som-arbetar-med-stress/tidigare-natverkstraffar/2018/27-februari/>
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work stress productivity and the reconstruction of Working life*. New York: Basic Books.
- Lambert, M. & Ogles, B. M. (2004). *The efficacy and effectiveness of psychotherapy*. In M. J. Lambert (Ed), Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (5 uppl., s. 139-193). New York: John Wiley.

- Maslach, C. (1998). *Utbränd* (P.Wiking.Övers.). Stockholm: Natur & Kultur.
- McCracken, G. (1988). *The long interview*. London: Sage
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R. & Clinton, D. (2007). Patients experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553-566.
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C. & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachmentbased developmental framework. *Frontiers in Behavioural Neuroscience* 5(55).
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Riksdagen.
- Perski, A. & Osika, W. (2012). *Det stressade hjärtat*. Stockholm: Gabor-Perski Bokförlag.
- Perski, A. (2006). *Ur balans*. Stockholm: Bonnier Fakta.
- Perski, A. & Rose, J. (2008). *Duktighetsfällan*. Stockholm: Prisma.
- Philips, B & Holmqvist, R. (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?*. Stockholm: Liber AB.
- Polkinghorne, D. E. (2005). Language and Meaning: Data Collection in Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 137-146.
- Sandström, A. (2010). *Neurocognitive and endocrine dysfunction in women with exhaustion syndrome* (Doktorsavhandling). Umeå Universitet, Medicinska fakulteten, Institutionen för Folkhälsa och klinisk medicin.
- Savic- Berglund, I. (2013). Structural changes of the brain in relation to occupational stress *Cerebral Cortex*, 25(6), 1554–1564. doi.org/10.1093/cercor/bht348
- Sbarra, D. A. & Hazan, C. (2008). Coregulation, dysregulation, selfregulation: An integrative analysis and empirical agenda för understanding adult attachment, separation, loss and recovery. *Personality And Social Psychology Review* 12(2),141-167.
- SBU rapport (2014). *Arbetsmiljöns betydelse för symtom på depression och utmattningssyndrom*. Hämtad från <https://www.sbu.se/sv/publikationer/SBU-utvarderar/arbetsmiljions-betydelse-for-symtom-pa-depression-och-utmattningssyndrom>
- SBU rapport (2015) *Behandling av stressrelaterade sjukdomar med fokus på maladaptiv stressreaktion och utmattningssyndrom*. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/stressrelaterade-sjukdomar-behandling-maladaptiv-stressreaktion-utmattningssyndrom/>
- Socialdepartementet. (2011). *Rehabiliteringsrådets slutbetänkande*.(Statens offentliga utredningar, 2011:15). Stockholm: Nordstedts Juridik.
- Socialstyrelsens underlag från experter (2003). *Utmattningssyndrom, Stressrelaterad psykisk ohälsa*, Artikel nr: 2003-123-18. Stockholm: Elanders Gotab AB.

- Srivastava, M., Talukdar, U. & Lahan, V. (2011). Meditation for the management of adjustment disorder anxiety and depression. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 17(4), 241-245. doi.org/10.1016/j.ctcp.2011.04.007
- Stenlund, T., Birgander, L. S., Lindahl, B., Nilsson, L. & Ahlgren, C. (2009). Effects of Qigong in patients with burnout: randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 41(9), 761-767.
- Stressforskningsinstitutets Temablad. (n.d.). *Arbetsorganisation och Hälsa*. Hämtat 29 maj 2018 från Stressforskningsinstitutet Stockholms Universitet:
http://www.stressforskning.su.se/polopoly_fs/1.230056.1427289919!/menu/standard/file/Arbetsorganisation%20och%20hälsa%20webb.pdf
- van der Klink, J. J. L. & van Dijk, F. J. H. (2003). Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29(6), 478-487.
- Velthuijs, M. (1989). *Grodan och kärleken*. Stockholm: Berghs Förlag AB.
- Wampold, B. E. (2015). *The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy works* (2 uppl.). New York: Routledge.
- Wennerberg, T. (2011). *Vi är våra relationer*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Wennerberg, T. (2013). *Själv och tillsammans*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology. Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press.
- Währborg, P. (2015). Föreläsning; *Stressrelaterad sjukdom - utredning och behandling*. Stockholm.

Bilagor

Samtyckesblankett

Vi är två studenter på psykoterapeutprogrammet vid Lunds Universitet som gör ett examensarbete inom ämnet ”Utmattningssyndrom”. Vi är intresserade av vad som är verksamt i psykoterapi vid utmattningssyndrom både från den utmattades och behandlarens perspektiv.

Vi kommer att intervjua personer som har/har haft utmattningssyndrom som går/har gått i psykoterapi samt legitimerade psykoterapeuter med erfarenhet av att arbeta med utmattningssyndrom. Intervjuerna tar ca 1 timme och kommer att spelas in.

Du garanteras anonymitet då resultat av studien inte kommer att presenteras på så sätt att enskilda personer kan knytas till resultaten. Undersökningens resultat kommer att presenteras i form av en uppsats vilken kommer att publiceras vid Lunds University Publications (LUP).

Du som väljer att bli intervjuad har rätt att när som helst avbryta Din medverkan utan att uppge orsak till detta. Det utgår ingen ersättning för deltagandet i intervjun.

Vi är tacksamma för att Du bidrar med Dina värdefulla erfarenheter till att öka kunskapen om vad som är verksamt i behandling vid utmattningssyndrom.

Vi som genomför undersökningen och som möter Dig för intervju är leg psykolog Annelie Bergström, pst15abe@student.lu.se och socionom Marie Johnsson, pst15mjo@student.lu.se .

Vid intervjutillfället träffar Du någon av oss.

Ansvarig för studien är vår handledare docent Per Johnsson, psykologiska institutionen Lunds Universitet, per.johnsson@psy.lu.se.

Genom min underskrift samtycker jag till att delta i undersökningen enligt ovan.

Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt samt att jag när som helst och utan att ange orsak kan avbryta mitt deltagande

Underskrift Datum

Namnförtydligande

” Vad är verksamt i psykoterapi med personer som har utmattningssyndrom/symtom?”

Frågor till psykoterapeuter

Inledning

Vad tänker du om utmattningssyndrom? Vad är det? Är det sjukdom? Behandlingsbar? Har sitt eget förlopp? Gör psykoterapi någon avgörande skillnad? På vilket sätt?

Är det viktigt att patienten är med och påverkar sin behandling? Hur i s f?

Hur tänker du om evidens kring den här diagnosen?

Vad tänker du som terapeut att man behöver när man är i ett utmattningstillstånd?

När du första gången träffar patienten - vad gör du och varför? Om du hade varit patient - vad hade varit viktigt vid första mötet? Ser det olika ut i början, mitten eller i slutet av terapin? Ser det olika ut beroende på var i processen patienten är i sin utmattning?

Hur viktig är diagnosen ? Är diagnosen styrande för hur du lägger upp behandlingen?

Har patienten en utmattningsdiagnos när hen kommer till dig eller är det du som sätter den under terapins gång?

Vad tänker du att man behöver som terapeut för att kunna hjälpa den utmattade? Personliga egenskaper? Kunskap? Någon särskild metod? Vilka externa faktorer tänker du är viktiga i en terapi med utmattade patienter, arbetsvillkor, hur länge man kan träffa pat? handledning, vidareutbilda? Kollegialt stöd? Stöd från arbetsgivaren? Kunskap om utmattningssyndrom på arbetsplatsen? Eller att få vara i fred utan inblandning från arbetsgivaren/kolleger?

Förändras behoven under terapins gång?

Har du någon privat erfarenhet av utmattningssyndrom egen eller anhörig? Är det en fördel eller nackdel med egen erfarenhet?

Hade det varit annorlunda om du hade haft egen erfarenhet?

Vad är Din erfarenhet av vad som har hjälpt/inte hjälpt i processen?

Hemläxor? bra-dåligt?

Specifika interventioner?

aktiv/passiv mer än i andra diagnoser

Self disclosure?

Finns det några speciella svårigheter att jobba med patienter med utmattningssyndrom?

Behövs andra behandlingsalternativ?

Vad tror du att pat tänker att du behöver för att möta hen på bästa sätt?

Är anamnesen viktig? Hur i så fall? / varför inte viktig?

Gör psykoterapi någon skillnad?

Vad är verksamt resp inte verksamt i terapin?

Är det något specifikt som Du noterat kan vara avgörande på ett positivt eller negativt sätt? Hjälpt eller stjälpt? (FK kolleger?? ekonomi?) Personlighetsfaktorer hos patienten/terapeuten?

Arbetar du efter en specifik metod? Hur styrande är metoden för dig? Anpassar du metoden på ett specifikt sätt kring utmattningspatienter?

Saknar du något för att kunna bemöta den här patientgruppen? (Utbildning, forskning, prioriteringar..)

” Vad är verksamt i psykoterapi med personer som har utmattningssyndrom/symtom?”

Frågor till patienter

Utkast till frågor för semistrukturerad intervju med psykoterapeuter och personer med utmattningstillstånd.

Inledning;

Hur var det för dig när du blev utmattad?

Var det första ggn?

Var det någon skillnad i insjuknandet och processen den senaste ggn jämfört med tidigare ggr?

kan du berätta lite grann hur det började?

Hur märkte du det?

Vad gjorde du? sökte du hjälp?

var?

vad erbjöds du för hjälp?

sjukskriven?

Hur länge var du sjukskriven? heltid/deltid? Medicinering/vilken? Har du tagit den? upplevde du att medicinen fungerade? hur länge tog du medicinen? Blev du erbjuden psykoterapi? när i processen fick du kontakt med psykoterapeut? valde du själv? fick du information om olika behandlingsalternativ?

Hur länge? var det någon speciell inriktning på din psykoterapi? fick du någon annan behandling utöver det vi pratat om? Fick du diagnosen utmattningssyndrom eller annan diagnos – i så fall vilken? gör det någon skillnad vilken diagnos man får? spelar det någon roll om det att man får en diagnos? var i processen befinner du dig nu?

Frågeområden;

• **Vad behöver man när man är i utmattningstillstånd?** Om du tittar tillbaka på hur det var när du blev utmattad - vad behövde du i början, i mitten, när du var på väg tillbaka? från sjukvården, närstående, arbetet? vad tror du andra tror att du behöver? kände du att du fick det du behövde? vad hade du för förväntningar på vilken hjälp du skulle få? Vad hade du för förväntningar på psykoterapi?

••

Vad är Din erfarenhet av vad som har hjälpt /inte hjälpt i processen? Saknar Du något?

- vad tänker du att terapeuten behöver för att förstå utmattningen? Läkaren? vad tror du att din terapeut tror att du behöver?

- Var det något som du hade behövt som terapeuten missade?

- vad vill du att terapeuten har för erfarenhet?

- Spelar det någon roll för dig om terapeuten själv har personlig erfarenhet av utmattningssyndrom?

- Tror du det spelar någon roll för terapeuten om hen har personlig erfarenhet av utmattningssyndrom?

Kan det vara ett problem?

- Spelar andra faktorer någon roll hos terapeuten för att terapin skall vara verksam? ålder? kön? utbildning? bemötande? passiv/aktiv? neutral?

- behöver terapeuten känna till din personliga historia?

- vad var hjälpsamt för dig i din terapi? externa miljön? Personliga faktorer hos terapeuten? spelar tiden någon roll? Hur länge man träffas? hur många ggr? var behandling tillräcklig i tid och omfattning?

Kände du dig delaktig i din behandling? att välja behandling? I planering och genomförandet av behandlingen? Hur tänkte du om du valde behandling? Känner du till evidens vad som är verksamt vid utmattning? hemuppgifter? bra/dåligt?

- **Gjorde psykoterapi någon skillnad?** I så fall på vilket/vilka sätt?

Vad upplevde du var verksamt i terapin respektive inte verksamt?

Är det något utmärkande under hela processen som du kan se har varit avgörande på ett positivt eller negativt sätt? Något som hjälpt eller stjälpt ett tillfrisknande?

Om du tittar tillbaka på processen-tycker du att du fick den hjälp du behövde? Om inte vad skulle varit annorlunda?

Går det att veta vilken hjälp man behöver när man är mitt uppe i processen? **Vad behöver man för att veta vad man behöver? Tycker du att du har blivit bättre på att veta vad du behöver?**

Om du skulle vara terapeut hur hade du tänkt?