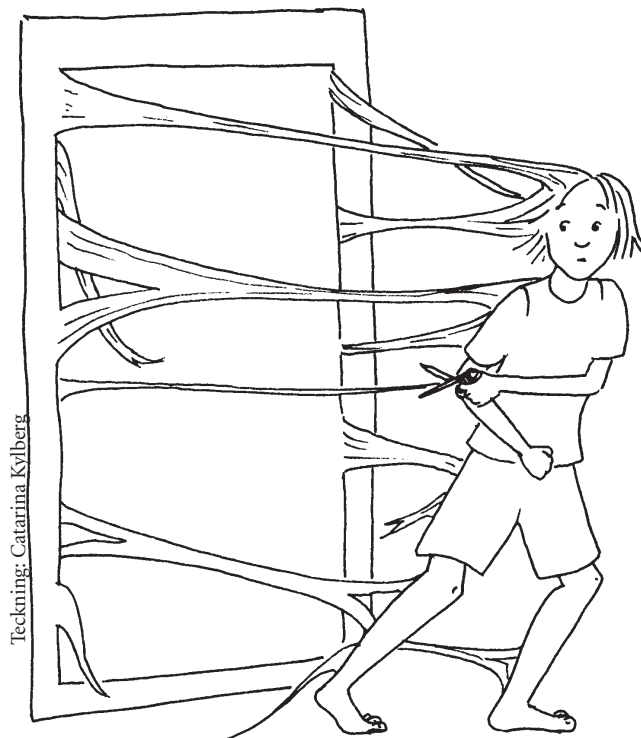




Hälsosant Jönköping

Kvantitativ och kvalitativ analys

Gunilla Brattberg



© Gunilla Brattberg, 2005

Leg.läk., specialist i anestesi och smärtlindring

Steg-1 kompetens i psykoterapi

Docent i hälso- och sjukvårdsforskning, institutionen för Folkhälso- och Vårdvetenskap, Uppsala
Universitet

Adjungerad professor i rehabiliteringspedagogik, Certec, LTH, Lunds Universitet

Certec, LTH, Lunds Universitet

Box 118, 221 00 Lund

E-post: gunilla.brattberg@certec.lth.se

Hemsida: www.certec.lth.se

VÄRKSTADEN Gunilla Brattberg AB

Bergsgatan 12, 112 23 Stockholm

Tel. o. fax 08-336789

E-post: gunilla.brattberg@varkstaden.se

Hemsida: www.varkstaden.se

Innehåll

SAMMANFATTNING.....	6
Introduktion	6
Syfte	6
Material och metod	6
Resultat	6
Diskussion	6
Slutsats	6
INTRODUKTION	7
Kognitiv beteendeterapi och existentiella samtal	7
Värkstaden	7
Hälsosant	8
Pacemaking	8
Syfte med studien	8
MATERIAL OCH METOD	9
Deltagare	9
Intervention	9
Bortfall	10
Utvärdering och analys	10
<i>Kvantitativ utvärdering</i>	10
Olika aspekter på hälsa och livskvalitet	10
Posttraumatisk stress (PTSD).....	11
Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)	11
<i>Kvalitativ utvärdering</i>	11
Fenomenografi	12
Grundad teori.....	12
Värkstadskonceptets forskningsmässiga bakgrund.....	12
Aktuell kvalitativ analysmetod	12
Statistisk bearbetning	12
RESULTAT I DEN KVANTITATIVA UTVÄRDERINGEN	13
Tidigare behandling	13
Hälsa och livskvalitet	13
<i>Smärta och smärtpåverkan</i>	13
<i>Funktionsnedsättning</i>	13
<i>Ångest och depression</i>	13
<i>Sömn och sömnproblem</i>	14
<i>Stress och stressymtom</i>	14
<i>Copingförmåga</i>	16
<i>Acceptans</i>	17
<i>Negativa och positiva känslor</i>	17
<i>Fysisk, psykisk, social och allmän hälsa</i>	18
Tillfredsställelse med livet	18
Läkemedelskonsumtion	18
Påfrestande livshändelser	19
Förekomst av PTSD och ADHD	19
Arbetsförmåga och sjukförmåner	19
Syn på framtiden	20

RESULTAT I DEN KVALITATIVA UTVÄRDERINGEN.....	21
Utmattningsprocessen.....	21
<i>Födas in i en berättelse.....</i>	<i>21</i>
<i>Livsmönster.....</i>	<i>22</i>
Livsanorexi.....	22
Egoistspöket.....	23
Skuld och skam.....	23
<i>Utlösande faktorer.....</i>	<i>23</i>
<i>Sammanbrott.....</i>	<i>24</i>
<i>Vardagen.....</i>	<i>24</i>
<i>Vården.....</i>	<i>25</i>
Sjukskrivning.....	25
Läkemedel mot depression.....	25
Rehabilitering.....	25
Psyko­terapi.....	26
<i>Överlevnadsstrategier.....</i>	<i>27</i>
Vara-frisk-leken.....	27
Strategier för ångest­dagar.....	27
Vändprocessen.....	28
<i>Vändprocessens fysiologi.....</i>	<i>29</i>
<i>Återvändsgränder.....</i>	<i>30</i>
Renoveringsprocessen.....	30
<i>Självkän­nedom.....</i>	<i>30</i>
<i>Kränkning.....</i>	<i>31</i>
<i>Omgivningen.....</i>	<i>32</i>
<i>Behov.....</i>	<i>32</i>
<i>Självdestruk­tivitet.....</i>	<i>33</i>
<i>Gränssättning.....</i>	<i>34</i>
<i>Sorg.....</i>	<i>34</i>
<i>Relationer och konflikter.....</i>	<i>34</i>
<i>Försvar.....</i>	<i>35</i>
<i>Deppad och deprimerad.....</i>	<i>35</i>
<i>Identitet.....</i>	<i>35</i>
<i>Stress.....</i>	<i>35</i>
<i>Styrka och svaghet.....</i>	<i>36</i>
Skillnader mellan Hälsosant och psyko­terapi.....	37
Återgång i arbete.....	37
DISKUSSION.....	38
Psykosomatisk ohälsa.....	38
Interventioner.....	39
<i>Hälsosantinterventionen.....</i>	<i>39</i>
Påfrestande livshändelser.....	40
Posttraumatisk stress syndrom (PTSD).....	41
Neuropsykiatriskt funktionshinder.....	41
Livsanorexi.....	42
Ansvar.....	42
<i>Hälsoansvar.....</i>	<i>43</i>
Hälsoekonomiska effekter.....	44
Rehabiliteringsresultat.....	44

SLUTSATSER.....	45
Resultat	45
Erfarenheter	47
TACK	47
REFERENSER.....	48
BILAGA.....	53
Deltagarnas utvärdering av Hälsosant	53
Deltagarnas aktivitet i dialogen	54

Sammanfattning

Introduktion

Samhällets kostnader för sjukskrivning/sjukersättning är mycket stor. Den ökning som har skett under senare år utgörs till stor del av det ökande antalet sjukfall till följd av diagnoserna utmattningssyndrom och utmattningsdepression. I Jönköpings län har man satsat stort för att påverka denna negativa utveckling. En del i satsningen har varit projektet Hälsosant Jönköping.

Syfte

Syftet med Hälsosant Jönköping har varit att över Internet rehabilitera långtidssjukskrivna individer med stressrelaterad ohälsa. Projektet har haft två mål: (1) att se om de båda koncepten, *Hälsosant* och *Pacemaking*, tillsammans fungerar rehabiliterande för individer med huvudsakligen stressrelaterad ohälsa, (2) att närmare studera processen fram till utmattningssyndrom, hur det vänder, och hur själva renoveringsprocessen ser ut.

Material och metod

I projektet *Hälsosant Jönköping* har 31 långtidssjukskrivna personer med stressrelaterad ohälsa (3 män och 28 kvinnor med en medelålder av 42 år) påbörjat ett 32 veckor långt rehabiliteringsprogram (inklusive den mindre intensiva sommaren) över Internet. De har alla rekryterats genom annonser i dagspressen. Två personer har hoppat av, och 25 har medverkat i utvärderingen. Resultaten har utvärderats med såväl kvantitativa som kvalitativa metoder.

Resultat

I den *kvantitativa analysen* har mätbara förbättringar erhållits när det gäller en rad olika hälsoparametrar och livskvalitet. Det för individen viktigaste är troligen att såväl ångestnivån som nedstämdheten hade minskat, och att vitaliteten, ett mått på graden av utmattning, hade ökat. Deltagarna har dessutom fått hjälp att acceptera sin situation, och de har fått verktyg med vilka de kan hantera livet. Detta har gjort dem mindre hjälplösa och mer hoppfulla. Arbetsförmågan ökade även signifikant i gruppen. I den *kvalitativa analysen* har utmattningsprocessen, vändprocessen och renoveringsprocessen kartlagts. Det är tydligt att den stress, som de flesta har upplevt i arbetslivet, bara är en *utlösande faktor*. Processen har startat långt tidigare, i vissa fall redan i barndomen. Ett flertal *bakgrundsfaktorer* har kunnat identifieras.

Diskussion

Deltagarna har före och under Hälsosant även sökt hjälp i andra former, varför det är oklart om förbättringen helt går att hänföra till projektet. Många deltagare har dock förmedlat att denna Internetkurs gått djupare, givit större insikt och ökad förmåga att hantera livet, i jämförelse med tidigare och parallella terapeutiska kontakter och andra rehabiliteringsprojekt.

Slutsats

Hälsosant är ett verksamt koncept för rehabilitering av långtidssjukskrivna personer med utmattningssyndrom. Det kräver mycket aktiv medverkan av lärare/ledare, men är ändå prisvärt då det kan genomföras i grupp över Internet. Nästa steg är att testa konceptet i stor skala.

Introduktion

Internet har alltmer börjat att användas för behandling av olika sjukdomstillstånd. Diverse olika symtom har under flera år behandlats med kognitiv beteendeterapi (KBT) över Internet. Kontrollerade studier har visat att huvudvärk (Ström et al., 2000), panikångest (Carlbring et al., 2001, 2004 a, b; Richards & Alvarenga, 2002; Kenwright & Marks, 2004), depression (Gega et al., 2004) och posttraumatisk stress (Lange et al., 2001, 2003) framgångsrikt har kunnat behandlas över Internet genom att patienten har följt ett strukturerat behandlingsprogram på en webbplats och kommunicerat via e-post med en behandlare. KBT via Internet för patienter med tinnitus har visat sig ge samma resultat som vid reguljär kognitiv beteendeterapi (Andersson et al., 2002; Andersson & Kaldö, 2004; Kaldö et al., 2004). Internet har också visat sig fungera för att bryta den sociala isoleringen och lära människor att leva med stress (Zetterqvist, 2003) och bröstcancer (Hoybye et al., 2004; Winzelberg, 2003). Internetbaserad behandling har med framgång också provats för behandling av personer med övervikt (Tate et al., 2001) och långvarig ryggvärk (Buhrman et al., 2004; Lorig et al., 2002). Helt nyligen har det kommit rapporter om behandling av ångesttillstånd inklusive paniksyndrom över Internet (Andersson et al., 2005; Carlbring et al., 2004a, 2004b). Då denna patientgrupp inte sällan är suicidbenägna har man påpekat riskerna med Internet-behandling. Följande terapimodeller har rapporterats: (1) helt självadministrerad terapi, dvs. ren självhjälp, (2) huvudsakligen självhjälp efter en initial instruktion av en terapeut, (3) terapi med minimal terapeutkontakt via e-post och (4) huvudsakligen terapeutadministrerad terapi i kombination med självhjälpmaterial (Andersson et al., 2005). Rapporterade behandlingar är övervägande individuella. Några försök att rehabilitera långtidssjukskrivna människor med kronisk smärta och manifest utmattningssyndrom i grupp över Internet har dock inte rapporterats.

Kognitiv beteendeterapi och existentiella samtal

Vid *kognitiv beteendeterapi* (KBT) lär man patienten att skilja på symtom och besvär. Symtomen kommer kanske att finnas kvar, men besvären till följd av symtomen är förändringsbara. Lyckas man som patient minska besvären kommer symtomen på lång sikt att bli mindre förknippade med problem och därmed inte uppmärksammas lika mycket, vilket i sin tur minskar problemen ytterligare. På detta sätt skapas en god cirkel som leder till minskad fokusering på symtomen och allt mindre besvär (Kaldö et al., 2004). KBT är den psykologiska behandlingsform som har mest forskningsstöd för en rad beteendemedicinska problem (Roth & Fonagy, 1996).

Det är inte bara kroppen som värker. Ofta värker hela livet. Existentiella frågor blir personliga vid kriser, ensamhet, tystnad och frihet från allt som distraherar. Den människa som inte finner mening och en tolkningsram för vad som händer med henne blir inte bara stressad utan också hjälplös. Hon behöver hjälp att formulera och bearbeta sitt existentiella kaos (Forskningsrådsnämnden, 1995). När hon finner ett mönster i sitt liv blir tillvaron mer hanterbar. *Existentiella samtal* leder inte till bot. Syftet är att ge livströtta människor livslust och hjälp att komma fram till vad som verkligen är viktigt i deras liv (Van Deurzen, 1998). Det är själva livet som står i fokus, inte symtomen. Det är deltagarens reflektion och dialogen med andra som utvecklar.

Värkstaden

Värkstaden är en öppen stödgrupp/självhjälpgrupp där *existentiella samtal* med *kognitiv beteendeterapi* bedrivs i små och stora grupper. Rehabiliteringskonceptet är väl beskrivet i boken *Rehabiliteringspedagogik för arbete med långtidssjukskrivna i grupp* (Brattberg, 2003). Till Värkstaden kommer människor med värk, smärta och utmattningssyndrom. Grupperna varierar i storlek, men Värkstadsträffen besöks vanligen av 30-45 personer. Utgångspunkten för samtalen är *Väckarklockor* (Brattberg, 2004a) och *Värktyg* (Brattberg, 1996), ett omfattande pedagogiskt material

för kognitiv egenbehandling vid värk, smärta och olika utmattningstillstånd. Verksamheten startade 1994. Resultaten är goda avseende såväl hälsoförbättringar (Brattberg, 2001) som samhällsekonomiska vinster (Brattberg, 2005a).

Hälsosant

Hälsosant är ett koncept som baseras på filmer från tjugo autentiska Värkstadsträffar. Konceptet löper över tjugo veckor med en träff à två timmar per vecka. Man ser först en film, och därefter samtalar man om innehållet i filmen under ledning av en person som lever ett bra liv med värk och smärta, dvs. en *god förebild*. Hälsosant är tidigare testat på en grupp Apoteksanställda (Brattberg, 2004b) och Försäkringskassanställda (Brattberg, 2005b) med goda resultat. Hälsosantkonceptet har även provats över Internet i en randomiserad studie med goda resultat (Brattberg, 2005c, d). Deltagarna förbättrade sin hälsa och livskvalitet. Femtiosju procent ökade dessutom sin arbetsförmåga.

Pacemaking

Pacemaking riktar in sig på de komplexa samspelet mellan människa, stress, tid, teknologi, kultur och samhälle. Det handlar om både orsaker, verkningar och motåtgärder, se <http://www.certec.lth.se/pacemaking>. Insatserna i Jönköping beskriver Bodil Jönsson i kapitlet ”Med vandringsstavar och fixpunkter” i boken ”Att utmana stressen” (Red. Jönsson, Löfgren, 2005).

Hälsosant Pacemaking

I projektet *Hälsosant Pacemaking* är Hälsosantkonceptet ihopgift med delar av Pacemakingkonceptet. Det har löpt under tiden 16 april till 1 december 2005, dock på sparlåga under sommaren (13/6-30/8). Huvudmän har varit Försäkringskassan och Länsarbetsnämnden i Jönköping. Projektet har finansierats med EU-medel. Målgruppen har varit personer med stressrelaterad ohälsa. I denna rapport redovisas Hälsosantdelen av Hälsosant Pacemaking.

Syfte med studien

Syftet med projektet Hälsosant Jönköping har i första hand varit att rehabilitera deltagarna till förbättrad hälsa och livskvalitet samt om möjligt ökad arbetsförmåga. Ett annat syfte har varit att försöka komma underfund med mekanismerna bakom utmattningssyndrom för att med en ökad förståelse kunna bidra till förbättrad rehabilitering för en stor grupp långtidssjukskrivna människor.

Material och metod

Deltagare

Rekrytering av deltagare skedde medelst annons i lokaltidningar i Jönköpingsområdet. Personer med långtidssjukskrivning (över 6 månader) och stressrelaterad ohälsa efterlystes. Trettioen personer i åldrarna 25 till 53 år påbörjade projektet, 3 män och 28 kvinnor. Medelåldern var 42 år (Median 43, SD 6). Yrkesmässigt var två personer arbetare, fem lägre tjänstemän, 23 tjänstemän på mellannivå och en högre tjänsteman. Utöver olika symtom på stress rapporterade alla utom en person förekomst av smärta. Många rapporterade flera olika diagnoser. Huvuddiagnoserna var enligt tabell 1.

Tabell 1. Rapporterade huvuddiagnoser.

Huvuddiagnos	Antal personer
Utmattningsdepression	18
Posttraumatisk stress	1
Stressreaktion/krisreaktion	10
Smärtsyndrom	1
Depression	1
Totalt	31

Alla tänkbara symtom på stress förekom i gruppen, t.ex. trötthet, oförmåga att mobilisera energi, sömnproblem, värk, yrsel, magproblem, muskelspänningar, domningar, håglöshet, ångest, nedstämdhet och kognitiva förändringar såsom t.ex. koncentrationssvårigheter, minnesstörningar, överkänslighet för sinnesintryck och stresskänslighet. Det mest påfallande var den höga ångest- och depressionsnivån. Flera personer hade maximalvärden vid projektets start. Dessutom rapporterade flera deltagare panikångestattacker.

Intervention

Hälsosantdelen har omfattat 19 veckor baserade på 19 Värkstadsfilmer. Filmerna (30-60 minuter långa) har spelats in under ordinarie Värkstadsträffar med tillstånd från de besökande deltagarna. De 19 filmteman som valts att ingå var: Att ta sig upp ur helvetet, Förväntningar och besvikelser, Kris och kaos, Förändringsprocessen, Hinder för förändring, Skuld och skam, Självkänedom, Kränkning, Omgivningen, Behov, Självdestruktivitet, Gränssättning, Sorg, Relationer och konflikter, Försvar, Deppad eller deprimerad, Identitet, Stress samt Styrka och svaghet. Hälsosantdelen av rehabiliteringskursen, som har letts av Gunilla Brattberg, har varit upplagd med en introduktionsträff i Jönköping (27/4-05) samt därefter en kontinuerligt pågående Internetträff i veckan under 19 veckor. Varje vecka har det presenterats en film med tillhörande text på cirka två A4-sidor. Texten har slutat med fem frågor att reflektera över. Såväl filmen som texten har presenterats via kursens websida. Deltagarna har även fått CD-skivor med samtliga filmer samt boken *Väckarklockor* där texterna står. De har därefter diskuterat såväl frågorna som tankarna kring veckans film i samtalsrummet på Internet (webboard). Dialogen i samtalsrummet har pågått i 32 veckor. GB har dessutom träffat deltagarna vid ytterligare ett tillfälle i Jönköping.

Samtalet på webboard har varit asynkront. Deltagarna har kopplat upp sig på tider som har passat dem själva. I det sokratiska samtalet har Bodil Jönsson och Gunilla Brattberg deltagit. Dessa har uppmuntrat deltagarna att delta i diskussionen och kommit med egna kommentarer till

deltagarnas inlägg. Varje inlägg har följts av en stillbild på avsändaren, ett sätt att få samtalet mer personligt. För att få tillgång till filmer, texter och samtalet på webboard har man fått logga in med användarnamn och lösenord. Deltagarna har kunnat konsultera teknisk assistans vid behov via e-post eller frågor i en teknikkonferens på kursens websida. Samtalsrummet finns tillgängligt för deltagarna även efter projektets slut. För att minska risken att deltagarna kränker och sårar varandra har man haft *trivselregler* att hålla sig till (Brattberg, 2005e). Samtliga deltagare, lärare och auskultanter har dessutom skrivit på en *informerad överenskommelse*. Hälsosant har haft som mål att ge deltagarna kunskap och möjlighet att samtala med lärare/terapeut och inte minst med varandra.

Bortfall

Av de 31 deltagare som påbörjade projektet har två hoppat av under våren. De återstående 29 deltagarna har haft en mycket varierande aktivitet i projektet. Flera har kommunicerat flitigt på webboard, andra har studerat på egen hand, några har förhållit sig passiva (se bilaga). Samtliga deltagare fyllde före kursens start i ett omfattande frågeformulär. 25 av de 29 deltagare som har genomfört kursen på olika sätt har även efter kursens slut fyllt i samma frågeformulär. Utvärderingen omfattar således 25 deltagare.

Utvärdering och analys

Traditionell utvärdering av rehabiliteringsprojekt omfattar *kvantitativa* metoder. Man ställer upp en hypotes och testar om den är sann eller falsk. Resultaten ger en statistisk sannolikhetsberäkning för att en förändring/förbättring ska ha inträffat. I traditionell kvantitativ forskning ska forskarens roll minimeras. I *kvalitativ* forskning gör man observationer utifrån vilka man formulerar teorier och begrepp. Dessa kan man i nästa steg testa om de stämmer genom analys av nya texter/intervjuer/observationer. I kvalitativ forskning använder forskaren sig själv som forskningsinstrument genom att göra observationer, beskrivningar och tolkningar. Två kvalitativa forskningsmetoder dominerar, *fenomenografi* och *grundad teori*. I enlighet med vad Saksvik et al. (2002) förordar så har kvantitativa och kvalitativa metoder kombinerats i utvärderingen för att göra en så allsidig utvärdering som möjligt.

Kvantitativ utvärdering

Vid projektets start, samt i samband med projektets slut, har deltagarna fyllt i tio frågeformulär inkluderande olika validerade test. Formulären har distribuerats digitalt via Värkstads hemsida (www.varkstaden.se). Svaren har gått via e-post till projektledaren för Hälsosantdelen (GB). Utöver beskrivning av symtomens lokalisering, intensitet (VAS, 0-100), påverkan (ingen påverkan, mycket lite påverkan, rätt lite påverkan, rätt hög påverkan, mycket hög påverkan, påverkan intill handlingsförlamning) och duration (varaktighet) har de svarat på frågor om försörjning, vård- och läkemedelskonsumtion samt följande skattningssinstrument.

Olika aspekter på hälsa och livskvalitet

- Tidigare påfrestande händelser (Deykin et al., 2001)
- Smärta: Multiple Pain Inventory (MPI-S) (Rudy, 1989; Bergström, 2000)
- Rörlighet: Disability Rating Scale (Sahlén et al., 1994)
- Symtomhantering: Pain Catastrophizing Scale (PCS) (Sullivan et al., 1995)
- Symtomacceptans: Chronic pain acceptance questionnaire (CPAQ) (McCracken et al., 2004)
- Ångest o. depression (HAD: The hospital anxiety and depression scale) (Zigmond & Snaith, 1983)
- Sömn (Åkerstedt & Thorsvall, 1977)
- Copingförmåga: Coping Strategies Questionnaire (CPQ) (Jensen & Linton, 1993)
- Hälsoenkäten SF-36 (Sullivan et al., 1996)
- Tillfredsställelse med livet (Fugl-Meyer et al., 1991)

- Hälsobarometer för registrering av negativa och positiva känslor (Brattberg, 2002a)
- Stressbarometer för registrering av bl.a. stressymtom (Brattberg, In press)
- Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) (Melamed et al., 1992, 1999)

Posttraumatisk stress (PTSD)

PTSD checklist (PCL) är ett självskattningsinstrument omfattande 17 frågor, som visat sig ha hög överensstämmelse med kliniska intervjuer (Wilson & Keane, 2004). Sensitiviteten, dvs. sannolikheten att en ”sjuk” individ blir klassificerad som sjuk, är 94,4 procent och specificiteten, dvs. sannolikheten att en ”frisk” individ blir klassificerad som frisk, är 86,4 procent (Blanchard et al., 1996). Vid ”cutoff score” 44 har PCL visat bästa diagnostiska effektivitet (Blanchard et al., 1996; Ruggiero et al., 2003). *Impact of Event Scale (IES)* är ett annat självskattningsformulär för PTSD. I sin reviderade form (IES-R) har det 22 frågor (Horowitz M et al., 1979; Weiss & Marmar, 1996). Nio till 25 poäng anger mild form av PTSD, 26-43 poäng moderat form av PTSD och 44 poäng eller mer allvarlig grad av PTSD. I den aktuella studien har såväl PCL som IES-R använts. I de fall svaren på IES och PCL skiljt sig åt har PCL varit avgörande. Endast de personer som i PCL har uppfyllt villkoren för PTSD enligt DSM-IV har bedömts lida av PTSD.

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

Olika frågeformulär och screeningsinstrument är i bruk. Flera finns tillgängliga på Internet (Amen Clinic, 2005; Oneaddplace, 2005). Nyligen har WHO tagit fram en självrapporterande screeningsskala för vuxen ADHD kallad *ADHD Self-Report Scale (ASRS)* (Kessler et al., 2005a). Den finns i två versioner, ett formulär med 18 frågor, varav sex frågor rekommenderas som en ”screener”. Screenern har en sensitivitet på 68,7 procent och en specificitet på 99,5 procent, vilket innebär att man hittar få falskt positiva, men att det finns en betydande underdiagnostisering. Diagnosen ADHD hos vuxna kräver att åtminstone några symtom har funnits före sju års ålder. Därför bör man komplettera med ett formulär för retrospektiv (tillbakablickande) bedömning hos vuxna av förekomst av ADHD i barndomen. Det formulär som oftast används är *Wender Utah Rating Scale (WURS)* (McCann et al., 2000; Stein et al., 1995; Ward et al., 1993). Ursprungstestet innehöll 61 frågor där vuxna fick beskriva sitt barndomsbeteende. 25 av dessa frågor visade sig diskriminera individer med respektive utan ADHD. Testet ger maximalt 100 poäng. Vid ”cutoff score” över 36 identifieras 96 procent av individerna med ADHD (sensitivitet 96%) och 96 procent av individerna utan ADHD (specificitet 96%). Vid ”cutoff score” 46 eller högre diskriminerar WURS bättre mot personer med unipolär depression. Vid screening används kriteriegränserna 36-45 för att identifiera misstänka fall av ADHD. Wender (2000) anger att individer utan ADHD i 95 procent av fallen har mindre än 34 poäng, medan det är mycket sannolikt att de som har 41 poäng eller mer har ADHD. I den aktuella studien har såväl ASRS som WURS använts. Rapporter från klinisk bedömning av personer med misstänkt ADHD har visat att vuxna ofta undervärderar sina barndomssymtom vid självrapportering, varför höga värden på ASRS och låga värden på WURS ändå kan innebära att individen har ADHD (Lundin, 2005). För säkrare bedömning av barndomssymtom bör föräldrar eller andra närstående tillfrågas.

Kvalitativ utvärdering

Den kvalitativa analysen har handlat om att ge struktur åt deltagarnas 2600 inlägg på webboard, så att deras uppfattningar om verkligheten kommer fram, och så att det går bättre att förstå hur de upplever sig själva och sin omvärld. Metodiskt ansluter detta till *fenomenografen*, vars syfte är att upptäcka och beskriva människors uppfattning om fenomen och företeelser i omvärlden (Hansson & Scherman, 1994) och *grundad teori* som är en teorigenererande metod (Hartman, 2001; Guvå & Hylander, 2003).

Fenomenografi

Den fenomenografiska forskningen växte fram på 1970-talet inom pedagogiken, som ett alternativ till kvantitativa analysmetoder. Inom den fenomenografiska forskningstraditionen försöker man inte bevisa någonting, verifiera eller falsifiera en hypotes. Man försöker upptäcka någonting som man innan inte vet vad det är. Man kan inte fånga det verkliga fenomenet utan bara människans *uppfattning* om fenomenet. En uppfattning avser ett underförstått,oreflekerat och självklart sätt att förhålla sig till sig själv och sin omvärld. Man försöker att undvika tolkningar. Metoden omfattar momenten datainsamling, transkribering (överföring från tal till skrift), analys och resultatredovisning. I analysen syftar man till att bilda meningsskapande enheter som identifierar det väsentliga.

Grundad teori

Vid grundad teori studerar man också verkligheten från människans insida, dvs. människors föreställning om verkligheten. Man börjar med att samla in datamaterial, utan att från början ha en hypotes. I grundad teori använder forskaren sig själv med hjälp av en strukturerad metod på ett systematiskt sätt. I grundad teori ställer man sig frågan: ”Vad händer här?”. Grundad teori passar ofta till att studera processer och strukturer. Man gör upprepade urval, datainsamling och analys om och om igen. Detta förlopp fortgår tills teorin har genererats. Det innebär att man borrar sig in i materialet i en spiralliknande process. Målet är att skapa en modell eller en teori. Den slutgiltiga modellen/teorin ska klara av att *förklara* vad som har hänt och klara av att göra *förutsägelser* om vad som kommer att hända (Hartman, 2001; Guvå & Hylander, 2003).

Värkstadskonceptets forskningsmässiga bakgrund

Som projektledare för Värkstaden och Hälsosant är jag i grunden läkare med specialistutbildning i anesthesiologi och smärtlindring samt steg-1 kompetens i psykoterapi. Däremot har jag ingen formell utbildning i rehabilitering. Mina rehabiliteringskunskaper har under mer än 30 år successivt vuxit fram i tusentals möten med långtidssjukskrivna människor med olika typer av smärtproblem. Personernas berättelser har skapat idéer om vad som behöver göras. Metoder har utvecklats och testats. Vid behov har metoderna reviderats för att på nytt provas i nya möten med långtidssjukskrivna människor. På så sätt kan man säga att Värkstadskonceptet är baserat på grundad teori. Kanske är det just därför det fungerar så bra. I detta projekt handlar det om en annan målgrupp, nämligen människor med stressrelaterad ohälsa och diagnosen utmattningssyndrom.

Aktuell kvalitativ analysmetod

I den kvalitativa delen av studien har samtalet på webboard analyserats. Det har i den första etappen, med syfte att kartlägga *utbränningsprocessen*, bestått av totalt 1635 inlägg under rehabiliteringskursens första 8 veckor. I ett första steg skrevs samtliga inlägg ut från de fem deltagare som varit mest aktiva i dialogen. Meningsbärande avsnitt i texten markerades och kodades. Varje individs process ritades som ett flödesschema. Därefter konstruerades ett gemensamt flödesschema för att beskriva processen fram tills det att utbränningssyndromet var ett faktum. I andra steget skrevs inläggen från ytterligare åtta deltagare ut, och meningsbärande avsnitt kodades. Dessa jämfördes därefter med det konstruerade flödesschemat, och vid behov kompletterades detta. I ett tredje steg testades modellen på inlägg från resterande arton deltagares inlägg. Metoden överensstämmer med den som används vid grundad teori. I andra och tredje etappen har inläggen under resterande 24 veckor analyserats på motsvarande sätt, med syfte att kartlägga *vändprocessen* respektive *renoveringsprocessen*. Målet har varit att försöka förstå hur människor med utmattningssyndrom uppfattar verkligheten, och vad som kännetecknar dessa tre processer.

Statistisk bearbetning

Data vid projektets start (före) och efter genomfört projekt (efter) har analyserats med det icke parametriska testet Wilcoxon Sign Test.

Resultat i den kvantitativa utvärderingen

Redovisningen avser de 25 deltagare som har fyllt i frågeformulär före och efter Hälsosant.

Tidigare behandling

Majoriteten av deltagarna hade fått medicinsk behandling, i första hand läkemedel. 23 av 25 (92%) hade erhållit ”stödjande samtal eller motsvarande”, vilket är anmärkningsvärt med tanke på hur svårt det är att få sådan behandling. Det visar på allvaret i deras ohälsotillstånd. I 16 fall hade det lett till viss förbättring, i 5 fall till stor förbättring.

Hälsa och livskvalitet

Smärta och smärtpåverkan

Alla utom en person rapporterade smärta vid projektets början. Femton (60%) hade utbredd smärta på flera olika ställen på kroppen. Medelvärdet för smärtans intensitet på en skala mellan 1 och 10 var vid starten 5,3 (median 5,5) och efter genomfört projekt 3,7 (median 3,5). Det innebär en statistiskt signifikant minskning ($p=0.003$). Även smärtpåverkan minskade under motsvarande tid ($p=0,001$).

Funktionsnedsättning

Den använda skattningsskalan består av tio olika aktiviteter (av- och påklädning utan hjälp, promenader, gång i trappor, sitta en längre stund, stå framåtböjd över ett tvättställ, bära en väska eller kasse, bädda en säng, springa, lättare kroppsarbete, ansträngande kroppsarbete, tunga lyft, motion/sport). Tre index är skapade: (1) basaktiviteter, (2) lättare aktiviteter, (3) ansträngande aktiviteter, tabell 2. Ju högre siffra desto större problem. Resultaten visar att det har skett en viss ökning av rörligheten när det gäller basaktiviteter och lättare aktiviteter. Förändringarna är dock inte statistiskt signifikanta.

Tabell 2. Funktionsnedsättning.

	Före		Efter		P
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	
Basaktiviteter	4,6	6,2	2,9	4,1	0,07
Lättare aktiviteter	4,4	6,5	2,8	4,2	0,09
Ansträngande aktiviteter	12,1	10,0	8,8	9,5	0,1

Ångest och depression

Det använda instrumentet mäter ångest och depression var för sig. Ju högre värden desto mer ångest och depression, tabell 3. Båda skalorna ger maximalt 21 poäng. Resultaten visar att det skett en statistiskt signifikant minskning för såväl ångest som depression. Vid kursens slut hade medelvärdena för ångest och depression nått normalvärden. Sju personer hade gått från förhöjda värden till normalvärden för såväl ångest som depression.

Tabell 3. Ångest och depression

	Före		Efter		P
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	
Ångest	10,5	4,2	7,7	3,9	0,001**
Depression	8,7	4,1	6,2	4,6	0,006**

*** p<0.01

Sömn och sömnproblem

Ett sömnformulär med 10 olika aspekter på sömn (svårigheter att somna, svårigheter att vakna, upprepade uppvaknanden med svårighet att somna om, mardrömmar, ej utsövd vid uppvaknandet, för tidigt uppvaknande, störd/orolig sömn, trött/sömnig under arbete eller fritid, irritation/trötthet i ögonen, trött i huvudet) har använts. Två index är skapade: (1) störd sömn och (2) ej utsövd. Ju högre siffra desto större problem, tabell 4. Resultaten visar ingen statistiskt signifikant förändring/förbättring av sömnen.

Tabell 4. Sömnkvalitet.

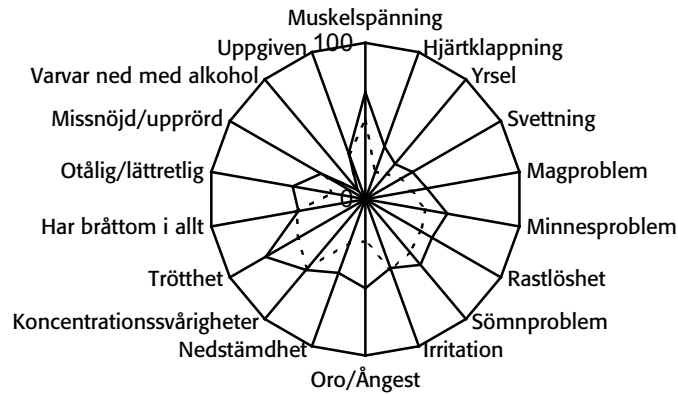
	Före		Efter		P
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	
Störd sömn	9,7	2,4	9,8	2,5	0,1
Ej utsövd	12,8	2,8	12,5	3,4	0,6

Stress och stressymtom

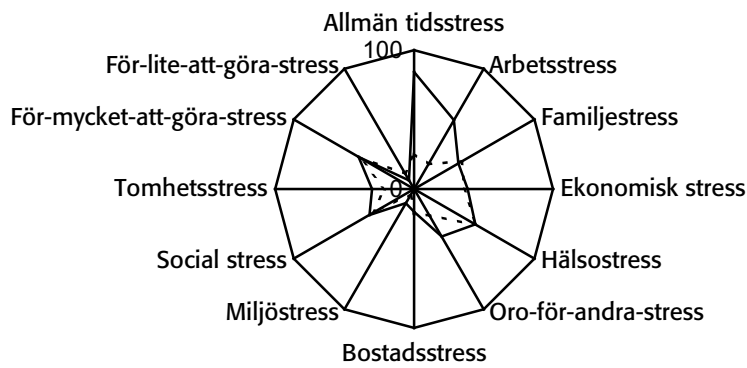
Deltagarna har fått svara på frågan: Hur spänd och stressad har du känt dig den senaste tiden (0=helt lugn, 10=mycket spänd)? Den upplevda stressen hade minskat från i medeltal 6,9 till 5,3, en statistiskt signifikant minskning (p=0,009). För övrigt har stressbarometern använts för att kartlägga stressens olika beståndsdelar. Barometern består av fyra delar: (1) stressymtom, (2) stresstyp, (3) relationsstress, (4) tidsstress. Ju högre siffra desto större förekomst av respektive stress, figur 1. Deltagarna har gjort skattningar på skalor mellan 0 och 100. Resultaten visar på en statistiskt signifikant minskning av följande stressparametrar. *Stressymtom*: muskelspänning (p=0,004), hjärtklappning (p=0,008), svettning (p=0,04), minnesproblem (p=0,008), oro/ångest (p=0,03), nedstämdhet (p=0,01), trötthet (p=0,008) och otålig/lättretlig (p<0.001). *Stresstyp*: allmän tidsstress (p<0,001), arbetsstress (p<0,001), hälsostress (p<0,001) och oro-för-andra-stress (p=0,005). *Relationsstress*: andra relationsproblem (p=0,03). *Tidsstress*: har för mycket att göra (p=0,002), lägger mig för sent (p=0,001), uppgifterna hopar sig (p<0,001), hinner inte det jag vill (p=0,004), är tidsoptimist (p=0,001) och har inte tid att prestera bra (p=0,02). Resultaten tyder bl.a. på att deltagarna har lärt sig att prioritera och har accepterat att det inte längre kan göra allt de vill. Därmed har inte bara oron, ångesten och de depressiva symtomen utan också tröttheten minskat.

Figur 1. Stressbarometern.

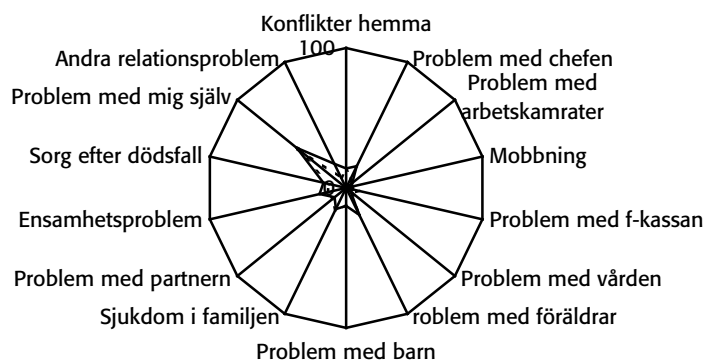
Stressymtom

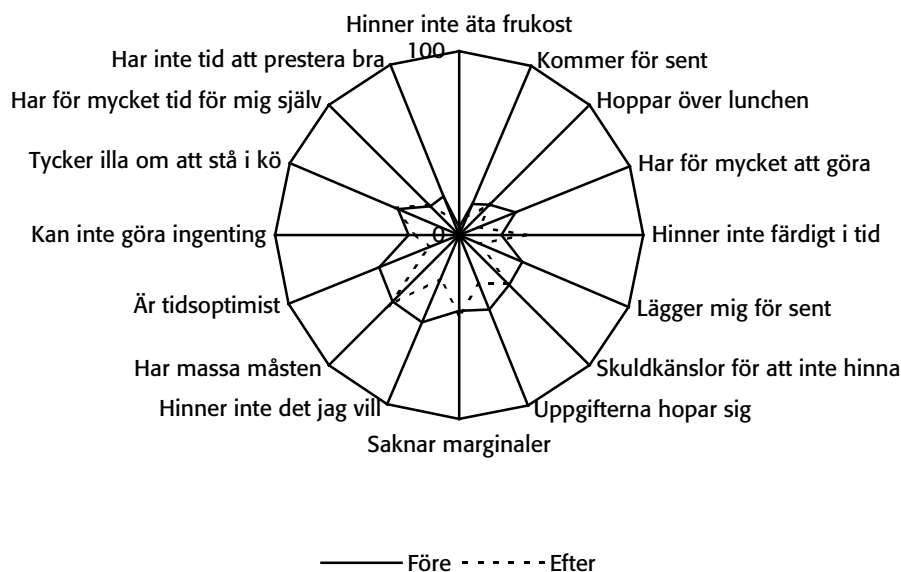


Stresstyp



Relationsstress





Copingförmåga

Copingförmåga är förmågan att hantera händelser som man tidigare inte har varit med om. Utvärderingsinstrumentet ger nio index: (1) avleda uppmärksamhet, (2) omtolka smärtupplevelser, (3) självprat, (4) ignorera smärtupplevelser, (5) be och hoppas, (6) katastroftankar, (7) öka aktiviteten, (8) smärtbeteenden och (9) upplevelse av kontroll, tabell 5. Ju högre värde desto mer använder man respektive metod att hantera symtomen. Resultaten visar inte på ökad copingförmåga mätt med CSQ (Coping Strategies Questionnaire). PCS (Pain Catastrophizing Scale) mäter tendensen att tänka s.k. katastroftankar ("katastroferande"), tabell 6. Resultaten visar att denna tendens har minskat när det gäller upplevelsen av hjälplöshet $p=0.002$

Tabell 5. Copingförmåga.

	Före		Efter		P
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	
Avleda uppmärksamhet	14,4	7,8	15,6	7,0	0,2
Omtolka symtomen	6,0	6,9	7,1	7,5	0,3
Självprat	17,9	4,3	18,9	5,9	0,4
Ignorera symtomen	14,9	6,6	16,3	7,0	0,08
Be och hoppas	11,7	6,5	10,0	7,4	0,03*
Katastroftankar	11,8	7,4	9,5	6,6	0,07
Öka aktiviteten	18,4	6,2	17,4	7,0	0,9
Smärtbeteende	18,0	5,4	17,1	5,5	0,3
Upplevelse av kontroll	7,4	2,0	7,4	2,0	1,0

* $p<0.05$

Tabell 6. Katastroftankar.

	Före		Efter		P
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	
Grubblande	6,6	2,9	5,1	3,3	0,07
Förstoring	3,9	2,6	3,4	2,2	0,3
Hjälplöshet	9,4	4,3	7,2	4,6	0,02*

* $p<0.05$

Acceptans

CPAQ (Chronic Pain Acceptance Questionnaire) ger två index: (1) acceptans, förmåga att engagera sig, (2) sams med smärtan/symtomen, tabell 7. Ju högre värden desto mer har man accepterat sina symtom. Resultaten visar att deltagarna har ökat sin acceptans för den situation de befinner sig i. Detta har medfört att de i större utsträckning engagerar sig i sina liv.

Tabell 7. Acceptans av den situation man har hamnat i.

	Före		Efter		P
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	
Acceptans, engagemang	33,4	13,4	41,2	12,8	0,004**
Sams med symtomen	27,4	8,9	27,1	7,2	0,5

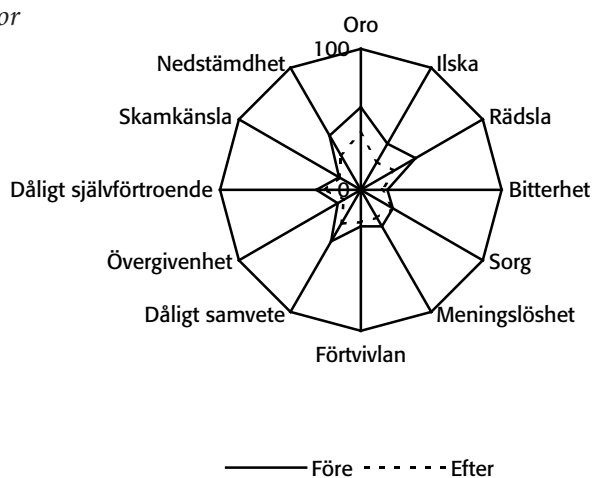
** p<0.01

Negativa och positiva känslor

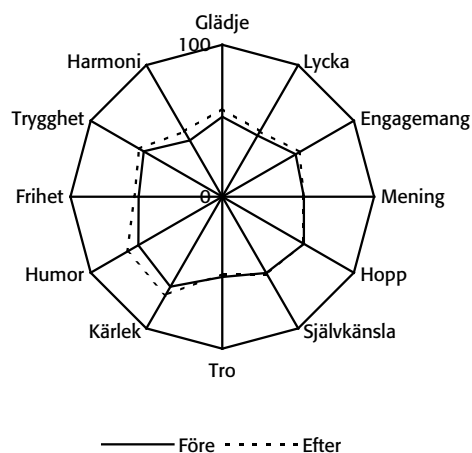
Hälsobarometern mäter förekomst av tolv negativa känslor (oro, ilska, rädsla, bitterhet, sorg, meningslöshet, förtvivlan, dåligt samvete, övergivenhet, dåligt självförtroende, skam, nedstämdhet) och tolv positiva känslor (glädje, lycka, engagemang, mening, hopp, självkänsla, tro, kärlek, humor, frihet, trygghet, harmoni), figur 2. Ju högre siffra desto större förekomst av känslan. Maximalvärdet är 100 på vardera skalan. Resultaten visar signifikant minskad förekomst av negativa känslor: oro (p=0,01), ilska (p=0,03), rädsla (p=0,02), dåligt samvete (p=0,04), nedstämdhet (p=0,03). Det är möjligt att det tar längre tid innan de positiva känslorna ökar.

Figur 2. Hälsobarometern.

Negativa känslor



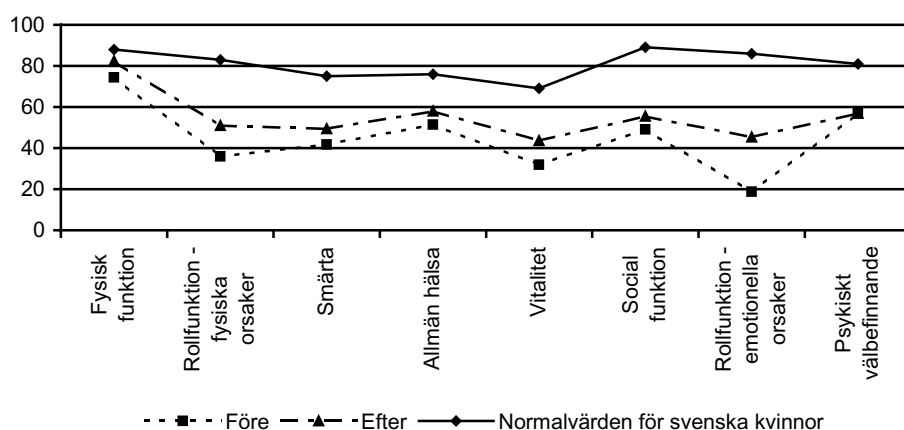
Positiva känslor



Fysisk, psykisk, social och allmän hälsa

Hälsoenkäten SF-36 ger åtta index: (1) fysiska förmåga, (2) rollfunktion – fysiska orsaker, (3) smärta, (4) allmän hälsa, (5) vitalitet, (6) social funktion, (7) rollfunktion – emotionella orsaker, (8) psykiskt välbefinnande, figur 3. Ju högre siffra desto bättre hälsa. Maximalvärdet är 100 på varje index. Resultaten visar att det har skett en statistisk signifikant förbättring för fysisk förmåga ($p=0,01$), smärta ($p=0,02$), allmän hälsa ($p=0,02$), vitalitet ($p=0,006$) och rollfunktion – emotionella orsaker ($p=0,02$). Även om hälsan klart har förbättrats på en rad områden var det psykiska välbefinnandet fortfarande oförändrat. Vitaliteten, som är ett mått på graden av utmattning, har dock ökat. I jämförelse med normalvärden för svenska kvinnor har dock gruppen fortfarande lägre värden på samtliga hälsovariabler i SF-36, figur 3.

Figur 3. Upplevelse av hälsa.



Tillfredsställelse med livet

Livskvalitetsinstrumentet mäter åtta olika aspekter av livet (livet i allmänhet, ekonomi, fritidssituation, sexualliv, äktenskap/samliv, familjeliv, kontakter med vänner och bekanta, förmåga att klara sig själv), tabell 8. Ju högre siffra desto högre tillfredsställelse med livet. Maximalvärdet är 5. Resultaten visar att deltagarna upplever en statistiskt signifikant förbättring i allmän livskvalitet.

Tabell 8. Tillfredsställelse med livet.

	Före		Efter		P
	Medelvärde	SD	Medelvärde	SD	
Livet i allmänhet	3,6	1,2	4,4	1,4	0,004**
Ekonomi	3,3	1,6	3,6	1,6	0,2
Fritidssituation	3,6	1,3	4,0	1,3	0,1
Sexualliv	3,4	1,9	3,4	1,6	0,6
Äktenskap/samliv	4,4	2,0	4,2	1,7	0,9
Familjeliv	4,7	1,3	4,9	1,5	0,4
Vänner och bekanta	4,1	1,0	4,3	1,1	0,2
Förmåga att klara mig själv	4,8	1,0	4,8	1,3	0,8

** $p < 0,01$

Läkemedelskonsumtion

Vid projektets början använde 8 personer (32%) regelbundet smärtstillande läkemedel. Tre personer (12%) använde regelbundet lugnande läkemedel, 11 (44%) läkemedel mot depression och 5 (29%) sömnmedel. Vid projektets slut hade två personer slutat med lugnande läkemedel, två hade likaså

slutat med sömnmedel, medan ytterligare en hade börjat med läkemedel mot depression. Förändringen i läkemedelskonsumtion är inte statistiskt signifikant.

Påfrestande livshändelser

Påfrestande livshändelser före respektive efter 18 års ålder framgår av tabell 9. Människor med traumatiska uppväxtförhållanden drabbas inte sällan av trauman även i vuxenlivet. Detta gäller även deltagarna i Jönköpingsgruppen. Är man en belastad person och har tidigare obearbetade trauman så blir krisreaktionen desto större. Resultaten visar att en stor andel av deltagarna har traumatiska upplevelser såväl i barndomen som i vuxenlivet. Detta har varit föremål för en fördjupningsstudie som redovisas på annat håll (Brattberg, 2005f).

Tabell 9. Förekomst av påfrestande livshändelser. Tabellen anger antal individer, (procent).

Påfrestande livshändelse	<18 års ålder	>18 års ålder
Olycksfall	12 (48)	17 (68)
Fysiskt våld	4 (16)	8 (32)
Sexuellt våld	1 (4)	4 (16)
Sexuella övergrepp	5 (25)	7 (28)
Krig/fångenskap	0	1 (4)
Livshotande sjukdom	2 (8)	7 (28)
Lidande/död	7 (28)	17 (68)
Annan påfrestande händelse	10 (40)	21 (53)

Förekomst av PTSD och ADHD

Deltagarna har besvarat screeninginstrument för förekomst av PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) och ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Av dessa har 19 (76%) möjlig PTSD-diagnos och 11 (44%) möjlig ADHD-diagnos, tabell 10. Om endast individer med mer säkra diagnoser tas med är motsvarande siffror 16 (64%) för PTSD och 7 (28%) för ADHD. Tjugo personer (80%) bedömdes kunna ha PTSD och/eller ADHD och 17 (68%) bedömdes med stor sannolikhet ha PTSD och/eller ADHD. Sex personer (24%) bedömdes med stor sannolikhet ha båda diagnoserna. Endast i fem fall (20%) kunde dessa båda diagnoser helt avskrivas. Resultaten är anmärkningsvärda. Även detta har varit föremål för en fördjupningsstudie som redovisas på annat håll (Brattberg, 2005f).

Tabell 10. Förekomst av PTSD och ADHD i gruppen.

		ADHD			Totalt
		Nej	Möjlig	Sannolik	
PTSD	Nej	5	1	0	6
	Möjlig	2	0	1	3
	Sannolik	7	3	6	16
	Totalt	14	4	7	25

Arbetsförmåga och sjukförmåner

Projektet har resulterat i en statistisk signifikant ökad arbetsförmåga ($p=0,03$) enligt tabell 11. Sex personer (24%) hade minskat sina sjukförmåner. En hade ökat sin arbetsförmåga från noll till 50 procent, en annan från noll till 100 procent. En hade ökat arbetsförmågan från 25 till 50 procent, en från 50 till 62,5 procent, och en från 50 till 100 procent. Slutligen hade en ökat arbetsförmågan från 75 till 100 procent. Vid projektets början var ingen heltidsarbetande. Vid projektets slut arbe-

tade tre personer heltid. Utöver denna förbättring hade minst en person börjat arbetsträna. En annan hade under slutfasen av projektet löfte om ett nytt jobb.

Tabell 11. Arbetsförmåga före och efter projektet.

Sjukförmån (procent)	Före	Efter
0	0	3
25	2	1
37,5	0	1
50	5	5
75	1	0
100	17	15

Syn på framtiden

Deltagarna har fått svara på följande frågor:

Hur upplever du att risken är för att dina symtom ska bli långvariga?

(0=ingen risk, 10=mycket stor risk)

Medelvärdet minskade från 7,0 till 5,4, en statistiskt signifikant minskning ($p=0,02$).

Hur stor chans tror du att det är att du ska kunna öka din arbetsförmåga?

(0=ingen chans, 10=mycket stor chans)

Medelvärdet ökade från 4,9 till 6,2, en statistiskt signifikant ökning ($p=0,03$).

Resultat i den kvalitativa utvärderingen

Utmattningsprocessen

Processen illustreras med citat från meningsbärande avsnitt av deltagarnas inlägg i samtalsrummet (webboard). Namnen är fingerade för att inte röja deltagarnas identitet. Samtliga citerade deltagare har läst och godkänt texten.

Födaskap i en berättelse

”Min barndom är som ett outplånligt ogräs”, skriver Alexandra. Under temat ”att ta sig upp ur helvetet” stimuleras deltagarna till att formulera sitt ”helvete”. Det ena barndomstraumat efter det andra dyker upp på webboard. Det gemensamma är att man *inte har blivit sedd och bekräftad*. Anneli berättar: ”Som barn hade jag ingen naturlig plats på vardagsscenen. Jag har alltid haft svårt att göra min röst hörd. Jag har ofta känt mig nedtryckt och tillplattad. I stället för att stå på mig har jag tystnat.” Astrid förmedlar sin upplevelse: ”Jag fick aldrig en endaste kram av min mamma. Jag fick tidigt sköta stora delar av hushållet för att hon inte orkade. Hon åkte på solsemester för att vila upp sig. Jag tog hand om familjen. Jag fick aldrig ett uppmuntrande ord om att jag hade varit snäll eller duktig. Det var fult att visa känslor. Men det var alltid välstädat, och det fanns alltid fullt av bullar i frysen. Tänk om hon i stället kunde ha hjälpt mig med läxorna någon gång. Jag hade hellre ätit köpebullar.” Flera har *skilsmäsoerfarenhet*. ”Till kuratorn sa jag att jag ville bo hos mamma, fast egentligen var det pappa jag ville till”, skriver Alexandra. Anna berättar: ”Jag var livrädd för att Barnavårdsnämnden skulle komma och ta mig och min bror om vi inte var snälla. Kanske skulle vi till och med vara tvungna att bo hos vår pappa, som vi lärt oss att kalla skitstövel.” Ibland har barndomsupplevelserna varit så svåra att man har förträngt dem. Astrid skriver: ”Dom flesta skriver om barndomen, men jag kommer inte ihåg något förutom några få ögonblicksbilder som är fastetsade. Jag vet att de är hemska och negativa saker som hände, men jag har inga klara minnen.”

Under ungdomsåren har svårigheterna fortsatt. Anneli berättar: ”Min pappa begick självmord när jag var 17 år. Detta kunde jag inte prata om eller berätta för någon förrän jag var 35 år. Jag levde halva mitt liv innan jag kunde säga: Min pappa har tagit livet av sig.” Anna formulerar det som skymtar fram i de flesta deltagarnas uppväxtbeskrivningar: ”Jag tror att jag nästan hela mitt liv har *kämpat för att visa mig existensberättigad*. Min barndom har inte varit komplikationsfri, inte heller relationen till mina föräldrar. Resultatet har blivit en *dålig självbild*. Jag har gott självförtroende på göra-området. Där har jag alltid hävdats bra. Därför har görat fått ersätta varat.” Astrid ser också roten till det onda i barndomen: ”Mina personliga besvikelser håller jag helst för mig själv, att jag inte duger, att jag inte är värd att älska, att någon stal mitt liv, att jag föddes med en stor talang som jag inte kunde förvalta, att jag aldrig kommer att bli hel igen. Jag kan fortsätta så här i evigheter. Det gör så jävla ont.” Många människor föds in i berättelser som kommer att prägla dem resten av livet. En trasig barndom resulterar ofta i medvetna eller omedvetna *beslut* om hur man ska förhålla sig till livet och sina medmänniskor. ”Jag ska vara ärlig, hjälpsam, skötsam, flitig, ambitiös, och jag ska visa att jag duger!”

Att långtidssjukskrivna människor har traumatiska upplevelser bakom sig är inget nytt. Det har tidigare rapporterats, och det har jag observerat under många år i Värkstadens samtalsgrupper. Det har också bekräftats i en studie omfattande 102 personer varav hälften var långtidssjukskrivna och hälften lönearbetande. 71 procent i gruppen långtidssjukskrivna hade erfarenhet av *övergrepp* och/eller *våld* (fysiskt och/eller sexuellt) jämfört med 37 procent i kontrollgruppen. Statistiskt

signifikanta skillnader mellan grupperna förekom för livshändelser såsom olyckshändelse, upprepat fysiskt våld, önskad obehaglig sexuell upplevelse och annan påfrestande livshändelse. Speciellt tydliga var skillnaderna mellan grupperna för upprepade och långvariga påfrestande livshändelser samt traumatiska livshändelser före 18 års ålder (Brattberg, 2004c).

Vid de tillfällen då barndomstrauman saknas har deltagarnas föräldrageneration präglats av tio Guds bud (Du ska inte ...) som lär människan att hedra sin fader och moder och/eller Jantelagen (Du ska inte ...) som lär människan att hon inte är att räkna med. I Bibeln står det: Du ska älska din nästa som dig själv (Matteus 19:19). Långtidssjukskrivna kvinnor lever efter devisen: Du ska älska din nästa i stället för dig själv. De har inte frigjort sig från föräldrabudskapen utan är *utifrånstyrda* långt upp i vuxenlivet. Mamma sitter ständigt på axeln och säger: Var hjälpsam! Ställ upp för andra! Tänk inte på dig själv! Det spelar ingen roll att mamma kanske är död sedan många år. Efter en tid i en Värkstadsgrupp eller Hälsoantgrupp kommer de in i en försenad tonårskris som i bästa fall leder till att de blir *inifrånstyrda*, av egna förvärvade värderingar.

Livsmönster

Uppväxten har skapat göra-människor, *görelser*. De måste alltid ha något på gång. En del flyr från sig själva och alla obearbetade jobbiga upplevelser genom att ständigt vara aktiva. Andra söker bekräftelse genom att ställa upp för andra. De är *utifrånstyrda*. De har inte lärt sig att de duger som de är. De har inte heller lärt sig att bekräfta sig själva. ”Jag drog mig själv med jobb”, skriver Agneta. Hon skriver också: ”Jag satte rekord i att städa toa – 15 minuter.” Anita förmedlar en liknande upplevelse: ”Jag har alltid varit en göra-person, fixat och trixat så att alla har det bra, men glömt att jag själv ska ha det bra också. Jag har oftast kommit sist på prioriteringslistan. Dotterns pappa hade också stora problem. Jag fick ställa upp där också. När man dessutom ska finnas för en person som inte har gjort annat än svikit och sårat så känns det extra tufft.”

Man kämpar på i vardagen och försöker efter bästa förmåga att ge ett intryck av att man mår bra. Astrid formulerar det så här: ”Jag har själv en hyfsat polerad yta men med ett stort kaos under motorhuvuven.” Anneli har också märkt att det är skillnad på den sida hon visar för andra och den hon lever med själv: ”Jag har många gånger förundrats över att människor jag mött inte sett hur rörigt jag har haft det inom mig. Kanske har jag kompenserat det genom att hålla ordning på utsidan i stället.”

Den vardag man brottas med är knappast förenlig med att må bra. Annika formulerade sin vardag så här: ”Dygnet har 24 timmar. En vuxen människa behöver 9 timmars sömn. Kvar finns 15 timmar. Heltidsarbete innebär 8 timmar. Kvar finns 7 timmar. Mat och matlagning (3 mål + 2 mellanmål per dygn) tar 4 timmar. Kvar finns 3 timmar. Transporter till och från arbete, skola, aktiviteter tar 1½ timme. Kvar finns 1½ timme. Motion tar en halvtimme. Kvar finns 1 timme. Denna sista timme ska räcka till hushållsgöromål, skötsel av hus, trädgård, bilar, djur, umgänge, hobbies, tid för eftertanke, kärlek m.m.”

Livsanorexi

Anorexi är ett ord med grekiskt ursprung. *An* betyder brist på, *orexia* betyder begär. Anorexia betyder således brist på begär, brist på lust att bejaka sitt begär (Arkhem, 2005). Anorektikerns budskap till sig själv är: Jag är värdelös. Jag förtjänar inte att äta. Anorektikern unnar sig inte att må bra. Ingen av deltagarna i Jönköpingsgruppen förefaller ha svåra ätproblem, men de är liksom kvinnor med anorexi mycket stränga mot sig själva. Flera hatar sig själva. Anna skriver: ”Lika snabb som jag är att ursäkta andra är jag att skuldbelägga mig själv. När mina förväntningar inte infrias riktar jag alltid besvikelsen inåt. Besvikelsen över mig själv gör att allt på något sätt alltid blir mitt eget fel. Jag får skylla mig själv.” Även Anne-Marie har funderat på hur hon skuldbelägger sig själv: ”Jösses, det finns folk som kommer ut ur fängelser för grov misshandel och vållande till annans död snabbare än jag befriar mig från att älta en oförrätt.” Anna har också funderat över sina behov och kommit fram till följande: ”Jag vill ha hjälp att hitta bra tankar som försvarar mig mot mig själv. Inuti mitt huvud sitter det en elak och kompromisslös domare vars enda uppgift är att kolla att jag gör rätt.” Under kursens gång har hon upptäckt att hennes vanligaste ord är *tack*, *ursäkta* och *förlåt*. ”Slår jag huvudet i en skåplucka säger

jag automatiskt förlåt. Här om kvällen sa jag förlåt när en gäst bad mig skicka såsen.” I det inre kaos som råder hos många har man tappat bort sina egna behov. Alexandra formulerar det så här: ”Jag minns att jag skulle köpa fikabröd med mig hem. Wienerbröd till min man och den ena dottern. Chokladboll till den lilla flickan. Mazarin till mamma. Sedan skulle jag ha något själv. Jag visste inte vad jag tyckte om. Jag visste precis vad de andra gillade, men vad var min egen smak? Det hade jag tappat bort.”

Egoistspöket

”Hur ska jag kunna göra det som är bäst för mig utan att bli egoist?”, skriver Anna. Astrid formulerar egoistspöket så här: ”Jag har en tendens att hjälpa människor i den utsträckning att det blir farligt för mig själv. Det är lättare att ta hand om andra. Att hjälpa andra är ju ’fint’. Då är man en snäll människa. Men att hjälpa sig själv är egoistiskt.” Anna ser en av filmerna och skriver därefter: ”Har jag flytt undan konfrontationen genom att visa oändlig förståelse? Jag ser nu att jag har övergivit mig själv. Uttrycket *oändlig förståelse* var som en hästspark för mig.” Hon tillägger: ”I stället för att utvecklas och bli *någon* har jag blivit *ingen*.” Agnes skriver att hon blivit en ’ombryo’, en person som bryr sig om alla andra före sig själv.

Under åren har man också tappat bort sin *ilska*. Anneli skriver: ”Jag minns en gång när jag blev arg och slängde en tallrik i golvet. Mamma sa: ’Du var den sista jag hade väntat mig skulle ha sönder något i den här familjen.’ Jag hade kanske behövt bli bekräftad i *min* ilska, att det var okey även för mig att bli arg.” I stället för att känna ilska blir man ledsen, och på sikt leder det till att man blir deprimerad. Anita har insett detta: ”Jag tränar på att bli arg. Det är inte lätt för jag vet inte riktigt balansen. Min ilska blir ibland för stor för en liten sak och för liten för en stor sak.” Dessa långtids-sjukskrivna kvinnor behöver få tag på sin nedtryckta ilska och använda den kraft som finns i ilskan till något konstruktivt och bra för dem själva.

Skuld och skam

”Jag har tonvis med skamkänslor och massor av skuldkänslor, men skuldkänslorna är lättare att leva med”, skriver Astrid. Anita formulerar sina skuldkänslor så här: ”Skuldkänslor har jag gott om tyvärr. Jag vet att jag inte har kunnat påverka många av de händelser som orsakat att livet blivit som det blivit, men likväl så känner jag skuld över att jag inte kunnat förhindra dem. Jag kan och ska inte ta på mig skulden, men jag får ändå skuldkänslor när jag märker att människor i min omgivning mår dåligt.” Det som gör mest ont beskriver Anita på följande sätt: ”Jag har skuldkänslor för att jag har låtit min/vår flicka åka till sin pappa, som jag nu förstår haft drogproblem hela tiden.”

Utlösande faktorer

Ofta är det händelser på arbetet som blir utlösande faktorer när sammanbrottet sker. Om man aningslöst och omedvetet har utvecklat ett självdestruktivt livsmönster, och förträngt mycket av det jobbiga som skett och inte bearbetats färdigt, så blir det arbetsplatsen som får skulden till sjukskrivningen. Anita har insett hur det ligger till: ”Ju mer jag formulerar mig och rör runt i mitt inre desto mer inser jag att arbetet bara puttade mig över kanten. Beteendet som ledde hit har jag grundlagt i barndomen.” Hon skriver vidare: ”Min resa började för cirka sex år sedan då jag precis börjat vidareutbilda mig. Jag skulle läsa på annan ort och pendla nästan dagligen. Min dotter var då 10 år och skulle klara sig ensam hemma på morgonen. Jag ringde när det var dags att gå upp, återigen när hon strax skulle gå osv. Dåliga samvetet satt konstant på axeln, men visst skulle syster duktig klara det här. Efter drygt en termin brakade jag ihop.” Alva skriver: ”Vi har lärt oss av massmedia att lägga hela skulden för ohälsan på arbetslivet. Vi har lärt oss vilka svar och uttryck som ska användas. Anledningen till att vi skyller stressen på arbetet kan väl bero på att det inte är lika känsligt och skambelagt som att erkänna sin otillräcklighet på hemmafronten. Från det professionella arbetet kunde läkaren hjälpa mig med time-out genom sjukskrivning. Det har dock varit omöjligt att få time-out från hem och barn.”

Visst är arbetet i många fall orsak till utbränningsyndrom. På många arbetsplatser förekommer kränkande särbehandling och utpräglad mobbning. På andra arbetsplatser pågår ständiga omorganiseringer utan att arbetstagarna får möjlighet att vila i något som fungerar. Detta kan i sig leda till utmattning och depression. Men kanske är det så att det är människor med bristande copingförmåga (förmåga att hantera upplevelser man tidigare inte har erfarenhet av) som blir offer för arbetsplatsproblem. De som har god copingförmåga tar inte det som händer så personligt, eller också byter de arbetsplats.

Sammanbrott

För Arne kom sammanbrottet som en blixtnedslag från klar himmel: ”Jag kom till jobbet en måndagsmorgon. Väl inne på kontoret rasade allt. Jag bara grät, utan anledning. Jag orkade inget mer, men visste inte vad jag inte orkade mer.” ”I mitt kaos finns nedstämdhetskänslor, otillräcklighetskänslor, misslyckandekänslor, flyktkänslor och ofta tankarna: Låt mig vara ifred. Jag orkar inte mer”, skriver Anna på webboard och tillägger: ”Det känns som att leva i en krigszon!”. Antonia skriver om sitt sammanbrott som en ”simultankatastrof”. Astrid formulerar det så här: ”Tankarna mal och mal hela tiden. Så fort jag försöker strukturera dom så är dom borta.” I kaoset finns alla jobbiga känslor. Det handlar t.ex. om *sorg*. Anneli formulerar sin sorg på följande sätt: ”Jag upplever att jag har väldigt många sorgklumpar inom mig. Jag har haft många gråtattacker särskilt på nätterna. Då har jag gått upp och satt mig i soffan inlindad i en filt och gråtit så mycket det bara går. Nu väntar jag att det snart ska lossna lite klumpar till så att jag kan gå vidare.” Anita funderar över sina *gränser*: ”Jag har alltid haft svårt att säga nej, men jobbar på att bli bättre. Tyvärr är det så att övriga omgivningen vant sig vid att jag gärna fixar allt åt alla. Det gäller både privat och på jobbet. Jag vill dessutom att saker ska bli gjorda på ett visst sätt eller inom en viss tid. Då är det lika bra att göra det själv så får jag det gjort på mitt sätt. Det är inte så lätt att ändra sig över en natt. Personer i omgivningen har lärt sig att om de väntar så slipper de.” Anneli börjar leta efter sin *ilska*: ”Ja, var har jag gjort av min ilska? Det undrar jag också. Den ligger nog ordentligt undanstoppad och kommer ibland upp i samband med att jag är trött. Då kan jag slänga saker och skrika. Visst är jag det anpassade barnet. Det fanns inget utrymme för mig som barn, för min pappa och bror tog all plats.” Astrid letar efter sina *behov*: ”Det känns som jag helt har tappat förmågan att se själv vad som är bra för mig. Samtidigt vet jag att ingen kan tala om för mig vad som är rätt för mig.” Men värst är det med alla *krav*. I och med sammanbrottet har man utvecklat en *kravallergi*. Anna skriver det många tänker: ”Första uppgiften i Hälsosant var förskräckande. Så fort något börjar kännas som ett krav börjar mitt system att varva upp och allt känns jättejobbigt. Jag behöver lära mig att ett krav inte nödvändigtvis innebär att jag måste knäcka mig. Jag skenar när krav dyker upp. Jag är så uppfylld av mina egna inre krav att jag inte orkar med krav utifrån.” För många handlar det om att *släppa taget* om det gamla för att hitta ett nytt sätt att förhålla sig till sig själv, livet och arbetet. Den vändan har Anneli formulerat så här: ”Kanske är jag expert på negativa känslor fast jag ändå ser mig som en positiv person. Men jag känner mig fångad i en förfluten tid och paddlar för glatta livet för att ta mig därifrån. Kanske är det därför tröttheten blir så överväldigande. Det känns som om jag paddlar i hård motvind.”

Vardagen

Bromsen fungerar inte. Kroppen går ständigt på högvarv. *Gasen* fungerar inte. När människor med utmattningssyndrom hamnar i en påfrestande situation som kräver högt varv händer ingenting. Kortisolsystemet är dött. Man sover mycket men vaknar trött. *Växellådan* fungerar inte. Man kan inte varva ner. Man kör med full fart framåt på ettans växel, eller med handbromsen i tills motorn skär ihop. Har man dessutom ett posttraumatiskt stressyndrom, vilket en hel del långtidssjukskrivna har, så får man ångest bara av att se eller höra orden krav, arbete, val och ansvar. Här finns det förändringar i hjärnans maskformiga bihang amygdala och hippocampus. Så fort ett fragment av en otäck minnesbild dyker upp sätts kroppens stressystem på högvarv (Weiss, 1998).

Vården

De som arbetar med behandling och rehabilitering blir ofta ställda i mötet med människor med utmattningssyndrom. Det är svårt att ställa diagnos, och det finns inget vårdprogram. Under senare år har man mer och mer delegerat ansvaret till patienterna. Man menar att patienter är vuxna människor som kan ta ansvar för sin egen hälsa. Men man har glömt att patienter behöver kunskap för att kunna ta detta hälsoansvar. Sofie Kjellström skriver i sin avhandling, om ansvar och hälsa, att för att kunna ta ansvar för sin hälsa behöver människor ha förmågan till *självreflektion*. Efter att ha gjort en noggrann genomgång av litteraturen på området bedömer hon att endast cirka 30 procent av befolkningen har utvecklat denna förmåga (Kjellström, 2005). Därför kan man i vården inte nöja sig med att delegera ansvar. Man behöver också utbilda patienterna så att de kan ta ansvar, dvs. hjälpa dem med sin personlighetsutveckling.

Sjukskrivning

Läkarnas otillräcklighet kan ta sig olika uttryck. Anneli beskrev sitt möte med läkaren så här: ”Min läkare har inte ställt någon diagnos. Han la bara huvudet på sned vid varje besök och sa: Då förlänger jag din sjukskrivning två veckor till.” Hon sökte hjälp i företagshälsovården: ”Där fick jag rådet att börja arbetsträna, för det är ju alltid bra om man kan komma igång så fort som möjligt. Jag kom upp i 25 procent (7,5 tim), men mina arbetsuppgifter krävde minst 10 timmars arbete. Så i början på 2003 brakade allt samman. Jag fick ångest.” Anneli fortsätter: ”Det tar på krafterna att möta oförstående läkare som tycker att det går för sakta fram, att jag borde ha blivit bättre, och att jag måste förstå att min arbetsgivare inte vill ha mig längre. Jag blev sjukskriven i två-veckorsperioder under ett halvår och blev superstressad för att jag kände att kroppen inte skulle hinna läka ihop på två veckor. Jag förstod inte vad det var för fel, och läkaren ställde inte särskilt många frågor, t.ex. om hur det såg ut runt omkring mig. Jag försökte lite grann med att ’det är mycket nu’, men han nappade inte på det och fiskade inte vidare. Han frågade om jag var deprimerad. Det sa jag att jag inte trodde att jag var. Hur skulle jag förresten veta om jag var deprimerad eller inte?” Att sjukskriva en människa med utmattningssyndrom två veckor i taget är jämförbart med tortyr. Oron för att man inte ska få intyget förlängt blir så stor att den förhindrar varje konstruktiv tanke. Anita har hittat en behandling hon mår bra av: ”Behandlingar som jag mår bra av kan jag inte få via sjukvården. Dessa får jag söka privat och det tär på ekonomin. Jag har träffat en underbar människa som ger mig massage. Hon är kroppsterapeut och tar hand om både kroppen och själen i sitt arbete.”

Läkemedel mot depression

Den vanligaste behandlingen vid utmattningssyndrom är läkemedel mot depression. Många gånger är de helt nödvändiga. När livet är som ett öppet sår klarar man inte av att tänka nya tankar. Då kan dessa läkemedel skapa ett nödtorftig lugn utifrån vilket man kan komma vidare. Dessvärre skrivs antidepressiva läkemedel oftast ut som enda åtgärd. Då kan det resultera i det Anita och Aina berättar: ”Jag äter antidepressiva tabletter (Remeron[®]) och har gått upp 20 kg i vikt. Jag går och tränar som en liten idiot, men det händer inget på vägen.” ”När jag vaknade upp ur min Efexorbehandling hade jag gått upp cirka 30 kg i vikt. Det var jobbigt att varken känna igen sig psykiskt eller kroppsligen!” Många, som äter antidepressiva läkemedel, har när effekten uteblivit fått allt högre doser. Då läkemedel mot depression ofta medför viktökning har de fått ytterligare ett problem att brottas med. Denna vanliga viktökning kan motverka den positiva antidepressiva effekten. De hatar sig själva ännu mer.

Rehabilitering

Har man tur får man genomgå en rehabilitering. Det fick Annika göra, och hon beskriver sin fasansfulla upplevelse: ”Jag genomgick rehabilitering 3½ vecka. Det blev en mardröm med upprepade kränkning. Jag skrevs ut med ordinationen värme, vila och glada tankar. Före rehabiliteringen

var jag nöjd med mig själv, kände självförtroende och såg glad ut. Efter vistelsen på kurorten fick jag starka olustkänslor inte bara för mig själv. Jag fick också ångest för kroppsberöring och får nu tvinga mig att krama mina barn och min man och att ta folk i hand. Jag längtar efter kroppskontakt men är rädd. Rehabiliteringshelvetet bestod i: främmande ansikten, tvång, mörker, sömnlöshet, ångest och ensamhet.”

Rehabilitering betyder att ge någon återupprättelse, återupprätta, reaktivera. *Re* står för åter. Med rehabilitering ska man återföra människan till det tillstånd hon befann sig i innan hon blev sjuk eller bröt samman. *Habilitera* betyder ”styrka sin egen skicklighet genom fysisk och psykisk träning”. Uttrycket habilitering används främst när det gäller barn och utvecklingsstörda som ska tränas till nya funktioner. Habiliteringsbegreppet är dock användbart på alla som ska tränas till funktioner som de aldrig tidigare har haft. Det är uppenbart att många långtidssjukskrivna behöver habilitering. De behöver lära sig att sätta gränser, tillfredsställa sina egna behov och utveckla förmågor att hantera svårigheter på ett konstruktivt sätt. Om en människa med utmattningssyndrom ”förs tillbaka” till det tillstånd hon hade innan hon bröt samman så kommer hon aldrig att bli hållbar. En gränslös människa håller inte i dagens arbetsliv. Att lära människor förmågor de aldrig har haft kräver helt andra behandlingsstrategier än att ge dem en behövlig vilopaus med sjukskrivning, vila och lite sjukgymnastik.

Psykoterapi

Långtidssjukskrivna erbjuds – eller snarare tjar sig till – olika typer av psykoterapi. Enstaka personer erbjuds längre kontakter med insiktsbetonad terapi. Numera är det dock kortare kontakter med kognitiv beteendeterapi (KBT) som förespråkas. Forskningen talar för att dessa metoder ger bäst resultat. Kanske beror detta på att det är betydligt lättare att lägga upp avgränsade forskningsprojekt med KBT än med psykodynamiskt inriktad psykoterapi. I resurssnåla tider är det dessutom en fördel om kontakterna kan vara korta. Inom KBT ser man framåt. Man ägnar sig inte åt att titta bakåt i människors liv, och menar att det som är gjort det är gjort och går inte att göra o gjort. En tredje typ av samtalsterapi är den som erbjuds hos t.ex. kurator och inte har någon speciell etikett. Det handlar även där om en kortare serie samtal.

Astrid har erfarenhet av psykoterapi: ”Jag har gått i samtalsterapi, men aldrig plöjt igenom det gamla utan bara hur det kanske har påverkat mig efter kollapsen.” Anna skriver följande om sin rehabilitering: ”Jag går på en rehabåtgärd. Där får vi många boktips. Jag hade visat boken ’Fröken märkvärdig och karriären’. När jag fick tillbaka boken nöp kursledaren ihop nästan hela boken och visade på en sida i slutet. Hon tyckte inte att jag skulle titta på första biten utan bara på slutet där fröken M vet vad hon vill och tar farväl av sina tidigare förväntningar. Men jag har svårt att bara släppa vad som hänt utan att bearbeta det, eftersom jag tror att bearbetning är enda sättet för mig att komma rätt och inse vad *jag* vill med *mitt* liv – inte bara vad andra vill med mitt liv. Hennes budskap är att vi måste släppa det som varit, för det kan man ju inte ändra på. Kan det vara rätt sätt att bara se framåt? Det känns inte bra att bara lägga locket på. Kommer jag vidare då? Det kan bli fel när någon säger att man ska lägga allt gammalt bakom sig och aldrig se bakåt. Då går man ju miste om lärdomarna också. Min lärdom är att jag ska sätta gränser på alla plan. När slutsatsen är dragen kan man ju betrakta det tidigare som *avslutat*.”

Vid *kognitiv terapi* hjälper man individen att hitta strategier för att lösa problem och svårigheter. Man ägnar inte så mycket tid åt att fundera över varför svårigheterna har uppstått. Orsakerna är ofta komplicerade, men man menar att lösningen är relativt enkel. Man får hjälp att analysera sina tanke- och beteendemönster och ersätter dysfunktionella mönster med tanke- och beteendemönster som för framåt. Det är utmärkt, och det är precis vad många långtidssjukskrivna behöver hjälp med. Men de som har en inkapslad bomb av laddade traumatiska erfarenheter inom sig behöver också hjälp att desarmera denna bomb. Det är precis det som Anna beskriver ovan. När man får hjälp att bearbeta tidigare traumatiska händelser så slutar de att suga energi. Enligt min erfarenhet måste man få hjälp med detta för att kunna hantera den energikris som utmattningssyndromet innebär.

Många Värkstadsbesökare, som har erfarenhet av samtalsterapi, brukar tala om de passiva terapeuterna. Man har själv fått berätta, och då har man förmedlat medvetna erfarenheter som inte är så laddade. På de få terapitimmar som erbjudits har man aldrig kommit åt de underliggande problemen. Man har avslutat sin terapi utan att man har öppnat bankvalvsdörren in till det som gör så förtvivlat ont. Hälsosants filmer och texter med åtföljande raka frågor förefaller fungera som en nyckel till de långtidssjukskrivnas bankvalv.

Överlevnadsstrategier

Alexandra har brottas med sitt liv under en längre tid, och hon har utvecklat några överlevnadsstrategier:

Vara-frisk-leken

”Vara-frisk-leken tar jag till när jag till när det känns alldeles tomt i huvudet. Då tänker jag: ’Vad skulle jag ha gjort för 8-9 år sedan om jag hade haft en ledig dag? Skulle jag ha suttit här i fåtöljen och grubblat? Nej, det hade jag inte. Jag hade tagit små pauser och däremellan pysslat med lite av varje. Och så gör jag det.’ Vara-frisk-leken kan få mig att känna mig frisk en bra stund.”

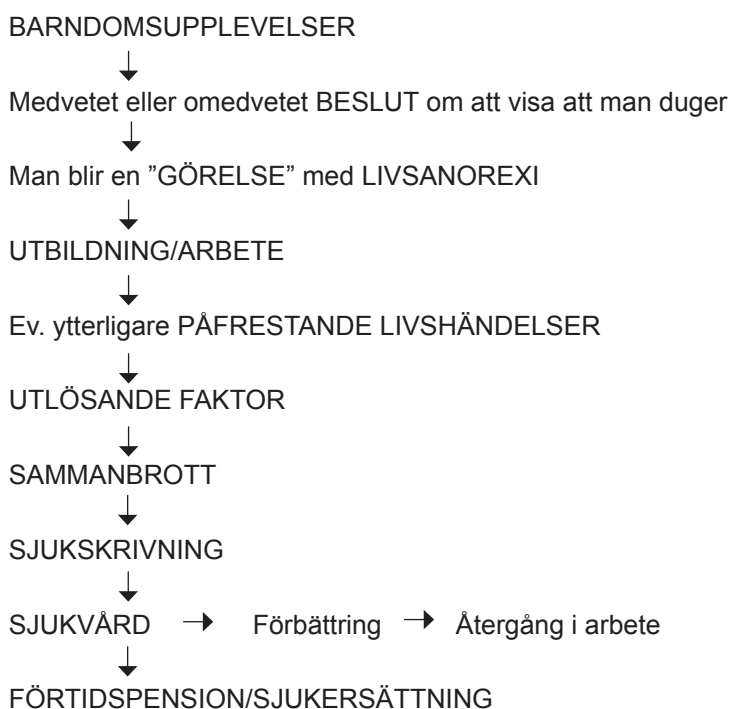
Strategier för ångestdagar

”Dagar när ångesten blir för svår tar jag fram min *checklista*: Har jag sovit? Har jag ätit? Har jag något roligt att se fram emot? Har jag rört på mig? Ofta finner jag då orsaken till ångesten, och då är det lättare att stå ut med den. Efter checklisten är det dags för *planen för en tung dag*: Hålla mig uppe om jag inte har feber. Ta en liten promenad. Göra det jag har lust med. Ta många pauser. Meditera.”

Vägen till utmattningssyndrom

Analysen av deltagarnas inlägg visar att utmattningsprocessen ofta börjar i barndomen. I alla fall där deltagarna bidragit med information om barndomsupplevelser har dessa varit traumatiska. De har med största sannolikhet grundlagt ett livsmönster som lett fram till att de gått i väggen och tvingats att sjukskriva sig. I figur 4 beskrivs vägen fram till väggen. Några deltagare har inte förmedlat vad som förevarit före den utlösande faktorn. Antingen har de undanhållit sina tidigare upplevelser eller också har det bara ”blivit för mycket”. Vid sidan om det företagsledarjobb som det kan vara att leda en familj har de haft mycket att göra på arbetet. Ovanpå detta har det skett en omorganisation på jobbet, eller också upplever de sig mobbade på arbetsplatsen. En anhörigs död eller ett nytt chefsjobb kan t.ex. också fungera som utlösande faktorer.

Figur 4. Utmattningsprocessen.



Vändprocessen

Hälsosant börjar i "helvetet". Deltagarna uppmuntras att öppna sina igencementerade bankvalv för att se efter om det finns någon varböld i deras inre som behöver skäras bort innan läkningsprocessen kan börja. Inom den somatiska vården vet man att varbölder måste punkteras och dräneras för att det ska ske en läkning. Enligt mitt sätt att se behövs det även vid psykiska bölder. Efter detta arbetar vi oss igenom ämne efter ämne. Under tiden får deltagarna insikter. De bearbetar sorg, skaffar sig kunskap och hittar nya mer fungerande strategier för att hantera livet. Ofta får de också tag på kraften i ilskan och kan använda den för att skapa ett bättre liv. Några deltagare beskriver *vändprocessen* enligt följande: Amanda flydde upp till Härjedalsfjällen och började fundera över: "Vad har jag? Jo, ett liv! Jag lever fortfarande!" När hon såg det hon hade kvar i stället för det hon hade förlorat så kunde hon reda ut det "krigstillstånd" hon hade i huvudet. Hon behövde *distans* till sin vardag för att upptäcka detta. Annas *verbalisering* ledde till *insikt*: "När jag läser det jag skrivit ser jag hur hård jag är och har varit mot mig själv. På pappret ser tankarna sjuka ut. Nu har de kommit ut ur huvudet och ut på papper. Jag ska göra mitt bästa för att inte släppa in dem igen."

Annika började ställa sig frågorna "måste jag?" och "vill jag?" för att kunna fatta kloka beslut. Men den riktiga vändpunkten kom när Försäkringskassan avslutade kontakten. Då tänkte hon: "Jag är äntligen fri att göra det *jag* känner är bäst för *mig* själv." Efter denna stund valde hon möjligheter i stället för hinder, och hon hade som mål att skapa lugn och ro, trygghet och rutiner för mat, sömn, motion och aktiviteter. Annika började *ifrågasätta* sina tanke- och beteendemönster, och med ledning av resultatet började hon göra andra *val*. Anne-Marie formulerar sin vändpunkt så här: "Först var jag tvungen att *släppa taget* och ge upp det gamla liv som jag trodde att jag skulle rehabiliteras tillbaka till. Innan dess var jag stridsberedd varje dag, redo för att *göra* saker för att visa att jag minsann ville bli bättre. Jag behövde en stor paus från allt försökande." Anneli vågade *öppna sitt inre bankvalv* för att få bukt med de jobbiga känslorna: "Allt det jag har berättat behöver nog lång tid på sig att smälta undan. Även om jag har levt med det i hela mitt liv är det första gången jag släpper ut så mycket på en gång. Den mesta kraften har troligtvis gått åt till att hålla de jobbiga känslorna nere så gott det gick. Jag tror att jag just nu håller på att reda ut de obearbetade kriserna."

Anneli vågade *möta sig själv*: ”Att möta mig själv i det som hänt och bekanta mig med det som hänt, det låter svårt tycker jag. Men kanske är det just den biten som fattas. Kanske är det just den biten som gör att jag inte känner mig hel. En bit av mig fattas. Jag skulle bli väldigt glad om jag kunde hitta den. Kanske kan jag få lite ro i själen igen. Det är väl så att jag inte har blivit sedd och bekräftad, i alla fall inte tillräckligt. Var börjar och var slutar jag? Vad i mig är egentligen andras tankar och värderingar?”

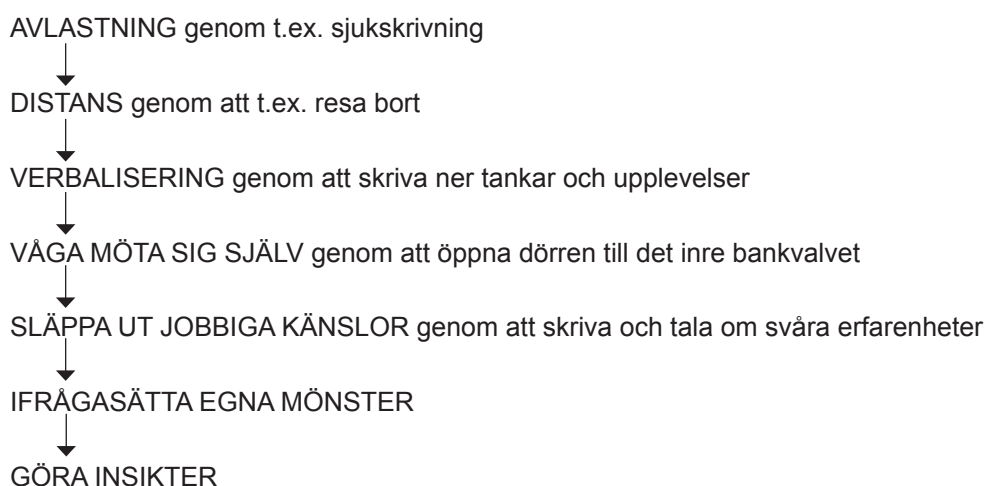
Alexandra beskrev sin *brottningsmatch med livet* på följande sätt: ”Ibland när jag läser vad jag själv skriver, så tänker jag ’så klok jag är, jag vet vad jag ska göra för att må bättre’. Men ändå är det skillnad mellan tanke och handling. Det är när något händer, när min teori ska bli praktisk handling, som jag verkligen ställs på prov. För mig verkar det vara som att det är lättare att ändra tankarna än beteendet. Eller är det så, att först ändrar jag tanken, och så småningom kommer jag att kunna ändra mitt beteende alltmer? Eller är det själva upprepningen av det för mig hälsosamma beteendet och eftertanken som kommer att leda till att jag hanterar mig själv och livet på ett bättre sätt än tidigare? Jag vet inte.”

Astrid beskriver hur Hälsosant har inneburit en *vändpunkt*: ”De teman som vi har haft har verkligen satt igång mycket. Jag tyckte att min själ hade slagit sig till ro efter att jag hade slutat gå i samtalsterapi för knappt ett år sedan. Men nu har den vaknat igen. Jag berättade för min väninna att detta projekt kändes som en mangling av själen. Det kanske låter negativt, men det är i positiv mening. När jag tänker på vilka teman vi har haft, och att vi har avverkat dom på löpande band, så blir jag faktiskt ganska imponerad av mig själv. Vändpunkten kom efter de fyra första uppgifterna där vi gjorde djupdykningar i oss själva. Jag tyckte att det var förtvivlat jobbigt att ta upp det gamla till ytan, orsaker som jag aldrig ens vågat sätta ord på, och jag tyckte att mitt mående barkade åt fel håll. Efter de senaste uppgifterna har jag mer förstått att det är jag själv som måste stå för de förändringar som ska ske. Det har jag i och för sig fattat innan också, men nu har polletten ramlat ner till kännet också.”

Vändprocessens fysiologi

Det finns alltid någon viktig händelse som föregår själva *vändpunkten*, eller också finns det efterkommande avgörande händelser. Därför är det bättre att tala om *vändprocess*. Med ledning av deltagarnas inlägg i samtalet på webboard kan vändprocessen formuleras enligt figur 5.

Figur 5. Vändprocessen.



Vändningar kan ske på olika sätt. Guvå & Hylander (2003) talar om *distinkt vändning* när problemet är löst och/eller hanterbart. Vid en *magisk vändning* har problemet lösts, men individen vet inte varför. Vid en *vindflöjelvändning* så vänder det fram och tillbaka. Det blir ingen handlingsinriktad förändring, och därför blir förändringen inte bestående. Det räcker inte med en känslomässig och en tankemässig (kognitiv) förändring. Det krävs också en beteendeförändring för att ”vändningen” inte ska vända tillbaka igen. Vid *falsk vändning* sker ingen riktig vändning. Individen presenterar en förändring och avslutar sedan kontakten (Guvå & Hylander, 2003). Vilka vändningar deltagarna i Jönköpingsprojektet har gjort kan endast en långtidsuppföljning visa.

Återvändsgränder

Guvå & Hylander (2003) skriver också om återvändsgränder. Om terapeuten endast *bekräftar* patienten/klienten blir hon bakbunden. Interaktionen kan beskrivas som ett kafferep. Det är trevligt, men inget händer. Om terapeuten endast *fokuserar* går konsultationen på tomgång. Den blir livlös och händelsefattig. Om terapeuten endast *utmanar* leder det lätt till en dragkamp. Terapeuten behöver växla mellan att bekräfta, fokusera och utmana. Man undviker att hamna i låsningar genom att snabbt dra sig tillbaka till *friläge* när man upptäcker att man har utmanat för mycket, eller bekräftat för länge. I det neutrala friläget är man uppmärksam och förmedlar intresse och nyfikenhet. När patienten/klienten har fastnat i *låsning*, eller är på väg att fastna, kan processen plötsligt ta fart och individen kommer ur låsningen genom en *växling*. Växlingar är plötsliga kvalitativa förändringar i relationen när känslointensiteten höjs eller sänks. En växling, som karakteriseras av att man intresserar sig för deltagaren igen, kan utgöra en *vändpunkt* men behöver inte göra det. Processen kan gå från ett högt affektläge in i en låsning, eller genom avslappning och närmande till friläge. Friläge kan också uppnås genom flykt eller överraskning. I den *många-till-många-kommunikation* som har skett på webboard under ”kursens” gång har bekräftelser, fokusering, utmaningar, frilägen och växlingar förekommit parallellt hela tiden. Man har pendlat mellan närhet och distans, och då och då intagit friläge.

Renoveringsprocessen

Vändprocessen är starten på en renoveringsprocess, som beroende på mängden och svårighetsgraden av tidigare obearbetade påfrestande livshändelser, kan ta årtal att komma igenom. Under Hälsosant Jönköpings 22-veckorsprogram (egentligen 32-veckorsprogram inkluderande sommaren med pågående samtal på webboard) har deltagarna fått hjälp att starta denna process, som de sedan får fortsätta på egen hand. Hur renoveringsprocessen kan se ut illustreras genom citat från samtalet i respektive kursavsnitt på webboard:

Självkännedom

Ett av livets svåraste möten är mötet med sig själv. Astrid formulerade det så här: ”Självkännedomsuppgiften kommer mitt i prick hos mig. Att bli emotionellt självförsörjande, huh! Jag känner att det kommer att bli en jobbig uppgift, men säkert också lika givande och utvecklande som dom andra svåra uppgifterna har varit.” Antonia står inför ett försoningsarbete med sig själv: ”Om sanningen skall fram så känner jag en fruktansvärd vrede mot mig själv för att jag inte är som andra. Jag vill vara som andra. Detta tar nog min mesta energi, denna vrede mot mig själv. I årtal har jag kämpat med tanken att ta livet av mig, för djupt inom mig så finns det något som säger mig att allt vore bättre om jag inte fanns.”

Många har kompenserat en svag *självkänsla* i *varat* med att öka sitt *självförtroende* i *görat*. Alexandra skriver så här: ”När jag läser om självkänslan, frågar jag mig ’kan man säga nej och säga ifrån utan att *tro* att man blir utstött och övergiven’. Det känns som en ny tanke för mig. Jag har nog trott att den ena känslan leder till den andra hos alla människor. Men kanske är det då så att jag en dag kan säga nej, och säga ifrån, utan att känna mig som en liten rädd, skakig harpalt. Jag undrar hur det känns.”

Det är vanligt att svenskar har sin identitet i yrkesrollen. När den brister så förlorar de identiteten och blir förvirrade. Det känner inte igen sig själva längre. Så var det för Astrid som skrev: ”Det har

inte funnits i min världsbild tidigare att man kan vara deprimerad, tappa livslusten, ha ångest, inte orka borsta tänderna, inte kunna försörja sig själv, inte låta arbetet vara ens livsuppgift osv. När jag rasade blev det mycket nytt att lära känna på en gång. Jag tappade helt identiteten. Nu känner jag mig själv bättre i ett annat perspektiv. Det citerade ordspråket i boken var så talande: 'Det är svårt att hitta sig själv när man letar efter någon annan'. Så blev det när allt rasade. Jag hittade inte ens spår av den person jag letade efter inuti mig själv."

Antonia har upptäckt att hon låtit andra definiera vem hon är: "Egentligen har jag nog haft en bra självkänedom, men jag har gjort misstaget att lyssna på andra som talat om att jag är si och så. Jag har valt att tro dem (därför att jag helhjärtat litat på dem) istället för att tro på min egen uppfattning. Det här har skapat ett smärre kaos inom mig. Mitt i allt har jag gjort ett aktivt val när det gäller vem jag skall tro på. Min mamma säger fortfarande att hon känner mig bättre än vad jag gör själv. Omedveten om vad man ställer till för sig själv så är det som att ta på sig storlek 38 när man har storlek 44. Idag har jag ingen aning om vem jag är. När jag tänker på mig själv är det ett tomrum."

Under Hälsosantveckorna startar deltagarna en *ombyggnadsprocess* av jaget. Det gjorde i alla fall Anne-Marie: "Det är som om jag just blivit ihop med mig själv och håller på att lära mig vem jag är, och om jag gillar det. Jag är under ombyggnad." Agneta har formulerat sin *accepterande-process*: "Jag känner att jag får tydligare och tydligare konturer. Jag har blivit ganska bra på att acceptera mig själv som jag är, med styrkor och svagheter. Jag har blivit mer omtänksam om mig själv, och har inte samma behov av att bevisa att jag klarar av svårigheter. Istället värnar jag om mig själv." När man blir tydligare mot sig själv kan man också bli tydligare mot omgivningen. Det blev i alla fall Anneli: "Jag tror att mina olika delar äntligen börjar sammanfogas till en helhet. Jag har blivit bättre på att bli tydlig mot min omgivning. Jag tror inte längre att andra kan läsa mina tankar eller förstår vad jag menar utan att jag säger något. Detta har väl kanske också att göra med att jag blivit tydligare mot mig själv. Jag har idag lättare att formulera mina önskningar och behov."

Kränkning

Många långtidssjukskrivna människor är kränkta. En del har kränkts redan som barn, kränkningar som ibland återupprepats under hela livet. Andra har erfarenheter av kränkande särbehandling i arbetslivet. Svåra kränkningar är de som sker i möten med läkare och försäkringskassettjänstemän – människor som är till för att hjälpa. För att kunna läka och återfå hälsan behövs ett *försoningsarbete*.

Anne-Marie har känt sig kränkt så länge hon kan minnas: "I mitt hem serverades kränkningar tillsammans med den dagliga vitaminen till frukost. Offentliga förolämpningar var ett uppfostringssätt så gott som något, nu när man enligt lagen inte längre fick slå sina barn. Som barn tror man att man är älskad. Man tror att ens familj är en norm, så de konstiga dubbla budskap som jag mötte var jag tvungen att acceptera som sanna, och bygga mitt jag på. Jag har försonat mig tämligen väl med det som hände när jag var liten. Jag har gått vidare. Njae, inte riktigt försonats med att mamma trots alla diskussioner och ärliga försök från min sida fortfarande kan göra elaka saker mot mig. Jag vill uppnå en inre egen försoning med henne innan hon dör, för jag vet att jag annars kommer att må dåligt sedan." Anneli berättar också om kränkningar i barndomshemmet: "Många gånger har jag trott att jag har fötts i fel familj. Ofta har jag känt mig som den fula ankungen. Ibland kan jag undra var min riktiga familj är, eller var det ställe finns som känns hemma och tryggt av sig självt. Jag har alltid anpassat mig och fogat in mig där jag har hamnat. När jag nu tänker på det har jag nog aldrig känt mig riktigt hemma."

Inom rehabilitering förekommer ganska ofta patientkonferenser med syfte att skapa en bättre helhetssyn av patientens livs- och arbetssituation. Många långtidssjukskrivna berättar om fasansfulla upplevelser. Anneli beskrev sitt deltagande i ett sådant möte: "Det första mötet med min nya doktor och all annan inblandad personal (företagshälsovård, försäkringskassa, personalsekreterare och arbetsledare) är nog det värsta jag varit med om. Det ägde rum för ganska precis ett och ett halvt år sedan. Jag gick dit med gott mod för nu skulle ju min framtid planeras, och jag tyckte att

jag var i goda händer. Mötet var helt ostrukturerat och läkaren höll föreläsning efter föreläsning och berättade att han fått många att sluta sina anställningar. De hade sedan tagit tag i sina liv, flyttat, bytt jobb osv. Han berättade att han sedermera hade fått vykort från dessa människor som tackade honom för hans insats. Flera gånger poängterade han att detta möte inte ledde någon vart. Ändå hade jag efter mötet en plats att börja arbetsträna på. Jag gick därifrån helt chockad. Innan jag gick till mötet satt jag på altanen och njöt av våren och solen. När jag gick därifrån kände jag mig som ett nervvrak. Jag hade stark ångest i en vecka innan jag fick prata med min beteendevetare som kunde få mig att lugna ner mig.” Annika berättar om möten med vården som inte var några möten: ”När jag kände mig frisk och ville arbetsträna fick jag höra att jag var sjuk och blev förbjuden att arbeta. När jag kände mig sjuk blev jag misstrodd och tvingades arbetsträna och avbryta efter kort tid. Till slut kändes det som att det var upp till andra (vården) att avgöra om jag var frisk eller sjuk. På något sätt var det där jag gav upp mig själv. Vem mer än jag själv kan säga om jag *känner* mig frisk eller sjuk? Jag tror i alla fall att jag är på rätt väg nu. Jag känner inte längre behov av upprättelse eller behov av att ge igen. Jag tycker rent av att jag börjar komma på ’god fot’ med vården igen.”

Det förekommer till och med att patienter, som gör allt de kan för att resa sig ur krisen, blir anklagade. Agda berättar om en sådan situation: ”En psykiater sa till mig att jag var försäkringsbedragare då jag talade om för henne att jag hade lyckats med bedriften att tvätta en maskin och hänga upp den samma dag. För mig var detta ett framsteg, då jag hade varit sjukskriven i sju månader! Hon undrade också om skilsmässa inte hade varit aktuell, då hon tyckte att maken inte tog tillräckligt ansvar. Jag kände mig oerhört kränkt efter mitt läkarbesök, och grät hejdlöst över att ha ’skämt bort min karl’, samt blivit misstänkliggjord för bedrägeri.”

Astrid, som har blivit kränkt av en personlig vän, har kommit på att hon måste arbeta på sin egen *upprättelse*, i stället för att vänta sig att den kommer utifrån: ”Jag har kämpat som en idiot för att komma över/igenom kränkningen och ge mig själv upprättelse. För min del har jag återerövat det min vän tog ifrån mig, men jag mår väldigt dåligt så fort jag ser henne på stan. Jag har efter mycket åltande nu förstått att jag måste gå vidare. Jag kan inte räkna med att få upprättelse från andra. Jag måste jobba på att ge mig själv upprättelse själv.”

Omgivningen

Ett avsnitt handlade om *omgivningen*. Deltagarna fick bl.a. rita en nätverkskarta. Efter den övningen skrev Anne-Marie följande: ”Det här var faktiskt en uppfriskande och ögonöppnande övning. Den fick mig till och med att tänka efter på vilket sätt jag skulle kunna använda en del av mina ganska trevliga släktingar, och att jag nog faktiskt skulle få mer stöd lite här och där om jag bara bad om det. Det var inte dumt alls. Det gav mig en trygg känsla.” Anneli kom på att det är skillnad mellan sund och osund egoism: ”Jag känner väl mer och mer att om jag mår bra, dvs. är lugn och fri från oro, balanserad och utvilad, så fungerar det mesta ganska bra. Ordet självcentrerad får en helt annan innebörd när jag tänker i de banorna. Det handlar ju inte om att vara egoistisk och bara tänka på sig själv, utan att känna/tänka sig själv i ett välbalanserat tillstånd.”

Behov

Långtidssjukskrivna kvinnor har ställt upp för ”alla andra” och ofta helt försummat sina egna behov. En sådan kvinna är Anneli som skrev: ”En person sa till mig: din hobby är att fråga andra hur de mår. Ingen särskilt givande hobby förstås. Men jag ska försöka bryta det mönstret.” Annika hade fått undervisning i människors behov men inte fattat att det gällde även henne: ”Jag tyckte om kapitlet den här veckan. Jag minns Maslows behovstrappa från psykologin på gymnasiet. Men jag tror aldrig att jag då funderade över mina egna behov, det var mer något jag pluggade in.” Alexandra började förstå att hennes sjukdom var början på något friskt. Hon skrev: ”Det slår mig nu, och det har slagit mig förr, att jag började faktiskt ändra mitt sätt att vara innan jag gick in i väggen. Jag började tänka nya saker, agera på ett nytt sätt och ifrågasätta mitt eget handlande i olika situationer. Därför frågar jag mig själv: Kan det vara så att jag är på väg från något sjukt till något friskt, i stället för tvärtom? Det är skönt att det är tillåtet att ställa dessa frågor till sig själv i Hälsosant. När jag deltog i en annan grupp och ställde

samma fråga, fick jag ruskande huvuden och hyssjanden från arbetsterapeuten och kuratorn med motiveringen att det var 'för djupt'. De hade förmodligen sina skäl, men det kändes som att något högs av för mig just då."

Under processens gång börjar man att *prioritera upp sig själv*. Anita berättar: "Vad mycket tankar Hälsosant väcker. Egna behov, det tog ett bra tag innan jag ens insåg, eller ville se, att jag hade struntat i mina egna behov under en lång, lång tid. Alla andra gick före, min dotter, familjen i övrigt, min personal/mina kollegor och vännerna. Sedan kom jag. Nu har jag äntligen börjat leva mitt liv ihop med mig själv. Jag tar hand om mig, ser till att få mina egna behov sedda, omhändertagna och tillfredställda." Hur svårt det är att ta in information att man i vissa lägen måste prioritera sig själv för att må bra beskrev Ada: "Nu i backspegeln kan jag se mitt eget beteende och hålen i behovstrappan, och mina bristsjukdomar. Men när det var som värst i olika perioder hade jag inte varit mottaglig för denna behovsinformation. Det enda raka då hade varit att någon fångat och låst in mig. Kanske hade budskapet gått fram då. Nu efter smällarna inser jag hur viktiga de fysiologiska och sociala behoven är, som jag i olika grad har försakat. Just nu är det den ekonomiska otryggheten och ovissheten som är mest akut. Jag vet vad jag har till slutet av oktober, men vad händer sedan?"

Anne-Marie gjorde en vetenskaplig analys av sin behovstillfredsställelse: "Det är ju strålande att få behoven uppspaltade så här, så att man enkelt kan ta sig en titt och bocka av! De tre översta behovsstegen i Maslows behovstrappa har 21 punkter under sig. Utav dem har jag svarat *nej* på nio stycken, *njae* med förbehåll på sex stycken och *ja* på de övriga sex. Nu när jag räknar dem tycker jag att resultatet är positivt! Förbehållen på *njae*-resultatet är sådant som är på väg mot rätt håll." När det gäller den andliga tryggheten skrev Anne-Marie: "Andlig trygghet, dvs. något att förlita sig på? Hmm. Nu vet jag att de som har det var de som klarade sig längst i koncentrationsläger och i andra extrema situationer, så jag vill hemskt gärna svara ja här, men nej. Trots idoga försöka att hitta meningen med livet så står jag här fortfarande som en som skulle stryka med först i Bergens-Belsen." Självförverkligandebehoven kommenterade Anne-Marie så här: "Först tänkte jag skriva att vissa saker behöver man hjälp för att klara, men så läste jag en sväng till och insåg att själva grundbulnen är att komma tillrätta med sig själv."

Självdestruktivitet

I avsnittet om självdestruktivitet diskuterades skillnaden mellan att *inte kunna det man vill*, och att *vilja det man kan*. Annika, som arbetat intensivt med sin anpassningsprocess till sig själv, skrev: "Det har skett en förändring i mitt liv. Jag kan inte leva som jag gjorde förut, inte arbeta heltid, inte fylla hela dagen med aktiviteter, inte tacka ja till allting. Men ändå, med mina begränsningar, är jag samma person. Jag kan handla utifrån min vilja. Jag *vill* saker. Jag har begränsningar om jag jämför med hur jag levde förut. Det är det klokt av mig att ta hänsyn till för mitt eget bästa. Men jag har också tillgångar idag som jag inte hade förut. Så egentligen tror jag inte att jag har förlorat så mycket. Skulle jag våga det ena mot det andra tror jag att jag skulle hamna på plus-kontot idag. Ja, det är jag säker på. Jag har utvecklats, och hoppas att jag kommer att fortsätta att utvecklas."

Det är svårt att *bryta de negativa automatiska tankebanorna*. Anne-Marie brottas med detta: "Det positiva har jag svårt att suga i mig. Det känns fortfarande som om det positiva är förbjuden frukt. Jag fick en gång i uppgift av en psykolog att be tre mig närstående personer att skriva tre positiva och tre negativa saker om mig. När jag läste de positiva sakerna blev jag alldeles rörd och tänkte: Ack ja, vad lite de vet om mig, men vad de vill mig väl." Asta har slutat älta och börjat ta ansvar för hur hon mår: "Älta var jag ganska bra på. Men jag tycker mig ha kommit väldigt långt i befrielse också. Jag är värd nåt bättre. Det är flera runt mig som sagt det till mig under årens lopp, när jag blivit illa behandlad i arbetssammanhang. Nu kan jag säga det till mig själv! Jag bär själv ansvar för mitt liv. Jag har nog i viss mån haft orealistiska förväntningar på livet, men jag har kommit till insikt om att jag själv har ansvar för mitt liv och vad jag gör med det. Eftertänksamhet och ny kunskap har gjort att jag dragit den slutsatsen. Jag tror att jag nu till största delen är *självkonstruktiv*. Jag har en tendens att grubbla för mycket, men jag tycker att jag kommer på mig själv fortare nu

och kan då bryta. Älta ska jag sluta helt med.” En som också bytt självdestruktiviteten i självkonstruktivitet är Agneta: ”Jag känner mig inte alls så självdestruktiv som jag var för några månader sedan. Jag har verkligen tränat mig i självkonstruktivt beteende. Idag känner jag mig stolt över mig själv! Men jag kan fortfarande komma på mig själv att trilla tillbaka i destruktiva beteenden. Då känner jag mig som ett offer som projicerar problemen på andra. Jag fylls av orealistiska förväntningar.”

Gränssättning

Det allra vanligaste samtalsämnet i Värkstaden och i Hälsosant är konsten att sätta gränser. Ada skriver det många tänker: ”Jag har haft svårt för att säga nej. En av orsakerna är rädslan för att bli övergiven. Det är ganska paradoxalt eftersom jag har blivit uppfostran med att ’ensam är stark’, och att man inte ska göra sig beroende av någon. Utåt sett har jag nog gett intryck av att nästan på ett rabiat sett verka självständig. Tack och lov har jag kunnat jobba bort en del.” Alva har börjat fundera på sitt beteende: ”Jag har alltid levt efter devisen ’det man vill hinner man’. Frågan är om man ska hinna allt man vill? Jag tycker att jag har kommit till den slutsatsen att ställa mig frågan *vad vill jag* och *vad måste jag* när jag står i valsituationer. Det hjälper mig i alla fall att sälla lite. Jag har också börjat *be om betänketid* när jag blir tillfrågad. Det är mycket bra. Jag har alltid varit de snabba beslutens kvinna. Det har resulterat i idiotiska beslut. Jag tar mig för pannan när jag tänker på dem. Jag klarar inte av att ta snabba beslut längre. Det har blivit min räddningsplanka. När jag tänker efter så kan jag lättare se klart.”

Att alltid säga ja blir lätt en oreflekterad vana. Det har Anita upptäckt: ”Du ställer frågan: ’Vad driver dig till att säga ja fast du innerst inne vill säga nej?’ Ja, det har jag funderat mycket på. Förr var det för att bli sedd, vara duktig och snäll, att alltid ställa upp. Nu är det väl av gammal vana. Människor omkring mig räknar också med att jag svarar ja. Både de omkring mig och jag själv tränar för fullt.” Hur det kan bli när en notorisk ja-sägare plötsligt börjar sätta gränser beskriver Alexandra: ”Eftersom jag förut var en stor ja-sägare har en del anhöriga, släktingar och vänner sagt till mig att jag nu är negativ, pessimistisk, sur, konstig, tjurig, otrevlig och elak, när jag har ändrat mitt beteende. Kanske var jag klumpig i mitt sätt att formulera mitt nej i början. Jag tror att jag är bättre på det idag, men jag har mer att lära i konsten att säga nej på ett bra sätt.”

Sorg

När man vågar möta sig själv börjar inre bilder av det tidigare livet spelas upp. Inte sällan leder det till en oändlig sorg. Det är dels sorg över allt jobbigt och negativt som skett, men kanske ännu värre, sorg över det liv som aldrig har infunnit sig. För en del är sorgen så stor att den inte går att sörja på ett normalt sätt. Det räcker inte med ett ”sorgeår”. Sorgen får tas i portioner för att man ska överleva. Anneli fick under Hälsosant tag i sin *sorg*: ”Nu blir jag ledsen när jag skriver för jag inser att det faktiskt är så att jag aldrig har dugt som barn. Vad som är värre är att det lever kvar i mig i så hög grad som det gör. Hur mycket jag än har försökt så har det inte räckt. Jag har aldrig upplevt det så tidigare utan har fortsatt att försöka så att jag blir blå.” Flera deltagare har sorgliga traumatiska livshändelser som dyker upp när ämnet sorg kommer på tal. Alexandra kunde också identifiera en helt annan sorg: ”Jag sörjer min förlorade bild av ’det goda, trygga samhället’ som jag hade innan jag blev sjuk. Idag har jag erfarenhet av att även om jag är en ärlig och arbetsam medborgare så kan jag bli föremål för t.ex. utredning mot min vilja. Kanske var jag alltför naiv förut. Det var i så fall en skön naivitet. Jag tror, att eftersom jag så många gånger i mitt liv sett nära anhöriga försvinna, hade jag gjort mig en bild av att ’samhället’ fanns där, om inte den nära omgivningen räckte till. Så, i stort sett över en natt, var då detta ’samhälle’ min fiende i stället för min vän.”

Relationer och konflikter

Sjukdom i familjen skapar lätt konflikter och relationsproblem. Alexandra beskriver sin villrådighet över den nya situation som uppkommit under hennes sjukdomstid: ”Ska jag välja att glömma allt som jag har upplevt som kränkande från min man under min sjukskrivning, eller ska jag välja att envisas med att diskutera det med honom, anklaga honom, vara arg och periodvis be att han ska följa med till en familjerådgivare? Jag blir arg på mig själv för att jag ältar. Jag blir ledsen för att det har blivit så

här. Vi hade det bra på så många sätt förut. Jag saknar hur det var. Jag blir rädd att han ska tröttna på mig och lämna mig. Jag brukar be honom att han ska behandla mig som en arbetskamrat, inte mer. Det räcker just nu. Med respekt utan oväntade vredesutbrott som ger mig skakningar i kroppen. Jag känner det som att det är mitt fel att han är arg hemma och ser sur och hopsjunkent ut.”

Försvar

Ämnet försvar brukar vara det mest laddade ämnet i Hälsosant. Anna inledde avsnittet med följande: ”Jaha, då var det dags för nästa plågsamma bikt. För så känns det ibland, som om jag erkänner sådant som jag egentligen inte vill känna till eller känna.” Det ligger i försvarens själva natur att de är omedvetna strategier människor har för att skydda sig mot smärtsamma känslor, som t.ex. skam, övergivenhet och att inte duga. Anna har till och med funderat över om tröttheten kan vara ett försvar: ”Ibland känns tröttheten som ett försvar. Att fly in i sömnen ger mig tid att mobilisera mina krafter och chans att slippa det som är för jobbigt.” När Annika kom till temat försvar skrev hon så här: ”När jag började i Hälsosant tänkte jag: Jag har inget att förlora, jag håller på så länge jag känner att det ger mig något. Ett halvår kan jag lägga på det. Ha, ha, ha på mig själv. Ett halvår! Nu börjar jag inse att detta är bara en början. Jag tror att jag förstår att jag börjat en livslång process.”

Deppad och deprimerad

Många är skeptiska till att äta läkemedel mot depression. Anneli formulerade sin skepsis på följande sätt: ”Hur kan jag veta om och när jag behöver äta någon form av antidepressiv medicin? Kanske är det så att jag har för dålig insikt om mitt tillstånd för att veta mitt eget bästa.” Så småningom har hon övertalats av sin läkare att medicinera med antidepressiva, och funnit att de givit en viss hjälp. Anna beskrev hjälpen så här: ”De gav mig en andpaus och möjlighet att göra de där ’nyttiga’ sakerna som inte ens fanns på kartan när jag mådde som sämst.” Vid projektets start medicinerade halva gruppen (15 personer) med läkemedel mot depression. Under sommaren, när livet är lättare att leva, var det flera som slutade denna medicinering. Kanhända tyckte en del också att Hälsosant bidragit till en förbättring som minskat behovet av de antidepressiva läkemedlen. Detta medförde dock att några deltagare hade halkat tillbaka in i depression vid höstterminsstarten. I dialogen på webboard framkommer att många läkare skriver ut läkemedel mot depression alltför slentrianmässigt utan ordentlig uppföljning, ibland även i alltför höga doser. Behandling av läkemedel mot depression behöver följas upp lika omsorgsfullt som insulinbehandling till diabetiker.

Identitet

Människor med utmattningssyndrom har ofta sin identitet i görat. De har som barn endast blivit bekräftade när det gjorts något bra. Därför har de blivit görelser som är beroende av yttre bekräftelse. I allt sitt görande har de slutligen ”gått i väggen”. Agnes beskrev sin kamp för att bli en varelse så här: ”Jag har varit och är en görelse men håller långsamt på att transformeras till en varelse. Ett tecken på det är att jag ikväll har varit ineffektiv och bara suttit i soffan med en filt och tittat på TV-såpor. Det är okey för jag behöver ’softa’, och jag tillåter mig det.” Att utmattningssyndrom och sjukskrivning på sikt kan leda till något positivt bekräftar Anita som arbetat med sin självbild: ”Jag ser numera med ganska nöjda ögon på mig. Min självbild har förändrats efter att jag blev sjukskriven. Tidigare var jag ganska osäker på mig själv i vissa situationer. Jag var styrd av vad andra tyckte och tänkte om mig och försökte ofta leva upp till detta. Nu vet jag att jag är bra precis som jag är. Jag behöver inte alltid prestera, jag är uppskattad för den jag är.”

Stress

I början av kursen skrev Anna: ”Ja, det är förvirrande med all ny information som dessutom gör att jag har kastats ur mina villfarelser om hurudan jag är, och hur långt jag har kommit. Det skapar ångest med Å. Jag brottas med ångestspöket och vändas och lider.” Ett flertal deltagare har under kursen fått syn på sina stressorer. Det har inte alltid handlat om sådant som de från början trodde

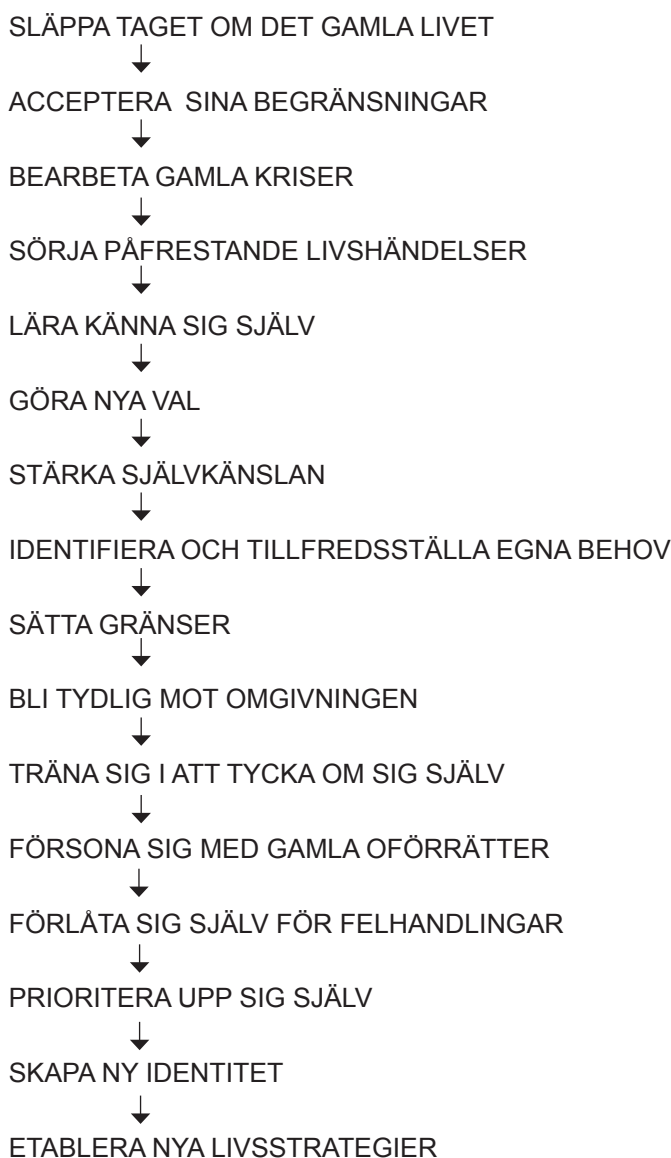
var de egentliga stressorsakerna. Många har lyckats gå ner i varv, men är oerhört stresskänsliga. Alexandra berättar att det kan räcka med att telefonen ringer för att hon ska varva upp. Men det som stressar allra mest är tanken på hur det ska bli med återgång i arbete. Anita skriver: ”Just nu känns främst min arbetsituation återigen väldigt stressande. Jag vet inte om jag får vara kvar på min nuvarande arbetsplats efter jul. Det lät så bra i början, men det är hela tiden kortsiktig planering vilket stressar mig enormt.”

Styrka och svaghet

Hälsosants budskap är bland annat att verklig styrka handlar om att våga möta sina svagheter. Anita har funderat på om det hon har sett som en styrka kanske ändå är en svaghet: ”Jag har under större delen av mitt liv varit en fixare, görare, någon som andra kan lita sig mot. Nu vet jag att det, i alla fall till största delen, är en svaghet. Jag har inte kunnat, förstått eller kanske inte vågat att säga nej. Att ställa upp för andra blev en del av min identitet, ’syster duktig’”

Renoveringsprocessen kan med ledning av ovanstående citat formuleras enligt figur 6.

Figur 6. Renoveringsprocessen.



Skillnader mellan Hälsosant och psykoterapi

Några deltagare, som även har genomgått psykoterapi, har jämfört Hälsosant med psykoterapi. Astrid skriver: ”Jag vet bara inte hur jag ska få ur mig det som sliter i mej. Har försökt med samtal, men innan orden lämnar munnen så har jag censurerat mig själv så många gånger att det blir liksom inget kvar.” Det verkar lättare för henne att skriva av sig i cyberspace. Alexandra har också funderat över detta: ”Här kan jag tänka igenom vad jag ska ’säga’. Det jag ’säger’ behöver inte rymmas inom 40 minuters besökstid. Jag kan dessutom gå tillbaka och se hur jag skrev tidigare. Jag kan också läsa svaren hur många gånger som helst. Jag överlevde med hjälp av kognitiv beteendeterapi (KBT). Men om jag ska jämföra Hälsosant Pagemaking (HPJ) med KBT, så skulle jag vilja likna KBT vid en helgkurs i överlevnadsteknik och HPJ som den stora fördjupningskursen. Så känns det. Det är så många begrepp som jag känner att jag börjar förstå djupt inne i mig själv; självkänsla, skam, skuld, försvar för att nämna några. Det är något om mitt inre som börjar klarna. Jag har börjat min praktik, och det är spännande. Jag kan se ett TV-program och helt plötsligt faller en pusselbit på plats, en tolkning som jag inte skulle ha gjort förut.”

Återgång i arbete

I massmedia läser man om att de långtidssjukskrivna skulle vara arbetskygga. Det stämmer inte alls med min erfarenhet. De flesta jag möter har älskat sina arbeten, varit mycket ambitiösa och ofta arbetat långt mer än vad som har krävts. Astrid beskriver det så här: ”Problemet för mig är inte att jag inte vill arbeta. Så fort jag skrapat ihop lite ork så kastar jag mig in i arbete och rasar ihop som ett korthus. Problemet måste nog därför handla om hur jag ska avhålla mig från att arbeta så att jag använder energin till att sakta men säkert blir starkare både fysiskt och psykiskt.” Annika känner sig helt övergiven: ”Arbetsgivaren kunde inte erbjuda mig några lämpliga arbetsuppgifter. Då kände jag mig utgallrad, olämplig, oduglig och bortsorterad för gott. Vänner och bekanta sa: ’Du har varit sjukskriven så länge att det inte går att komma tillbaka’. På Försäkringskassan fick jag höra: ’Ja, vad oss beträffar så är du ute ur rullorna. Nu hänger allt på dig själv.’ Det gjorde så ont, så ont att höra det. Jag ville ju komma tillbaka i någon liten grad i alla fall, få känna att jag finns i ett socialt sammanhang, att det jag kan behövs.”

År 2002 tillfrågade jag 34 långtidssjukskrivna personer i en enkät om vad som skulle behövas för att de överhuvudtaget skulle kunna tänka på att återgå i arbete. I svaren utkristalliserade sig tre problemområden: (1) man ville bli sedd, förstådd och uppskattad på arbetet, (2) man önskade en ökad flexibilitet och omväxling i arbetet, (3) man efterlyste bättre ledarskap och arbetsmiljö. Få påpekade dock bristen på personal med åtföljande tidsstress, det man ofta klagat över på arbetsplatser. Den stress som angavs handlade mer om relationsstress, och stress över att inte klara av sina arbetsuppgifter som tidigare, p.g.a. att arbetsledning och arbetskamrater inte hade tagit hänsyn till den sviktande arbetsförmågan (Brattberg, 2002b).

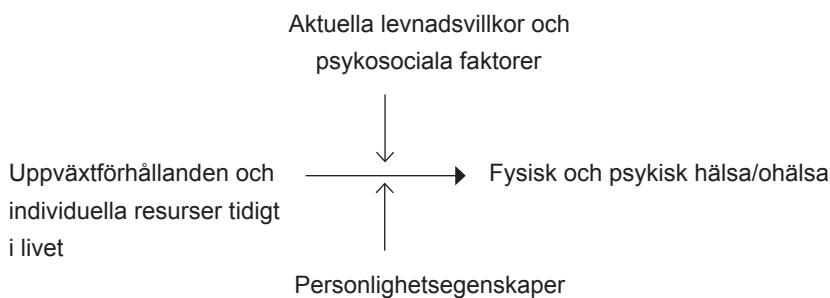
Diskussion

Långtidssjukskrivna människor klagar ofta på vården, försäkringskassan och jobbet, utan att se att de själva är en del av problemet. Individens egna föreställningar om orsaken till besvären domineras starkt av arbetsrelaterade fysiska orsaker, t.ex. psykosociala arbetsmiljöfaktorer. Allt fler är dock sjukskrivna för psykiska orsaker, och utvecklingen har gått mot allt långvarigare sjukskrivningar. Långtidssjukskrivna upplever i högre grad än normalbefolkningen att de har arbeten med höga psykologiska krav, låg egenkontroll och ett svagare socialt stöd. Andra förklaringar som anges är livsstilsfaktorer, ärftlighet, trauma under uppväxten och olycksfall (Karlsson, 2004). Den här aktuella studien visar att utmattningsprocessen ofta börjar långt innan människan debuterar i arbetslivet, och att ”arbets-skador” inte sällan har sin rot i barndomen.

Psykosomatisk ohälsa

Hela repertoaren av psykosomatiska symtom fanns bland deltagarna. ”Många av de nutida besvären hänger intimt samman med människans levnadsvillkor och psykosociala faktorer”, skriver Karlsson i sin avhandling. Cullberg beskriver symtombilden som ”existentiella bristtillstånd”, uttryck för brist på bärande mening, mål och grundtrygghet i tillvaron. Han anser att det handlar mycket om utsatta människor vars bristande självkänsla i kombination med yttre påfrestningar medför att relativt obetydliga symtom tenderar att få stora personliga proportioner (Cullberg, 1999). Karlsson beskriver hur interaktion mellan olika faktorer och fysisk och psykisk hälsa/ohälsa kan se ut, figur 7. Han skriver att långtidssjukskrivna utgör en multiproblematisk grupp. Nästan en tredjedel av fallen i hans material hade dessutom svårigheter att uttrycka känslor (alexithymi), vilket har förknippats med förekomst av långvarig smärta (Karlsson, 2004).

Figur 7. Ohälsans ursprung och uppkomst.



Faktorer som kan antas bidra till *långvarig sjukskrivning* är (Karlsson, 2004):

Uppväxtförhållanden

- Otrygg anknytning.
- Inte utvecklat förmågan att psykiskt integrera stress och spänning.
- Inte etablerat insikt och förmåga att tolka och hantera kroppsliga signaler.
- Byggt upp självbilden genom att vara duktig.

Levnadsvillkor och livsstil

- Låg ekonomisk och social status.
- Arbetslöshet.
- Relationsproblematik.
- Social isolering.

- Livshändelser och kriser.
- Kontrollförlust, ”offer för omständigheterna”.
- Hög egen/anhörigs alkoholkonsumtion.

Sekundär sjukdomsvinst

- Sjukfrånvaro som ett sätt att hantera en svår arbets- och livssituation.
- Sjukroll som utväg från oförenliga sociala och kulturella krav.
- Samhällets skyddsnet legitimerar och förstärker sjukdomsrollen och arbetsförmågan.

Personlighet/sårbarhet

- Signifikant lägre värden på t.ex. KASAM (Känsla Av SAMmanhang)

I avhandlingen kan man vidare läsa att *sjukskrivning* och *förtidspension* inte enbart är en följd av ohälsa, utan sjukskrivning kan i sin tur generera mer ohälsa (Öberg, 1989). Den långtidssjukskrivnes aktivitetsmönster ändras i takt med att längden på sjukskrivningen ökar, vilket medför att långtidssjukskrivning kan påverka hela livssituationen (Bränholm et al., 1995).

Interventioner

Vad är Hälsosant för typ av intervention? Interventioner som syftar till att påverka sjukfrånvaro kan antingen ha ett sjukdomsförebyggande eller hälsoförebyggande syfte. Man talar om fem olika tillvägagångssätt för att genomföra interventioner. Det *teoriorienterade interventionsförfarandet* innebär att konsulten stödjer klienten genom att förmedla kunskap inom området, vilken klienten sedan ska internalisera. Det innefattar även prova-på-verksamhet. Det *föreskrivande interventionsförfarandet* innebär att konsulten är experten, och därmed själv identifierar problemet och finner en lösning på det. Därefter guidas klienten fram till ”rätt” beteende och handling. Man utgår från att klienten inte själv kan identifiera sitt problem, eller själv genomföra förändringar, utan är i behov av expertis. Det *konfronterande interventionsförfarandet* används för att hjälpa klienten att bli medveten om sina tankar och sitt beteende. Vid det *katalytiska interventionsförfarandet* hjälper konsulten klienten att få sin bild av situationen närmare verkligheten. Tillsammans arbetar klienten och konsulten för att hitta problemen och lämpliga lösningar. Huvudantagandet är att klienten har mer kunskap om vad som fungerar än vad konsulten har. När klienten själv har varit med om att identifiera problemet och skapa lösningar på det så blir det också viktigt att interventionen implementeras. Det *accepterande interventionsförfarandet* innebär att konsulten hjälper klienten genom att lyssna, visa empati och försöka förstå klientens agerande utifrån hans/hennes synvinkel. Alla klienter mår inte bra av samma interventionsnivå. Ofta behöver interventionen individanpassas (Ekbladh, 2005). I Hälsosant används samtliga dessa interventionsätt. Det förekommer kunskapsförmedling, expertråd, konfrontationer, handledning och empatiskt deltagande.

Hälsosantinterventionen

Ledaren i en Hälsosantgrupp är handledare mer än terapeut. Det är deltagaren som ska göra jobbet. Till hjälp har hon/han filmer, texter, frågor och en handledare som svarar på frågor, förmedlar faktakunskap och ger återkoppling på det deltagarna säger eller skriver. Om handledaren är en god förebild, en person som har liknande erfarenheter som deltagarna, så förmedlar hon/han även dessa egna erfarenheter – utan att bli alltför privat. Handledaren har ansvar för att dialogen på webboard hålls inom rimliga ramar och förekommande regler. Deltagaren har dock själv ansvar för sin egen hälsoprocess. Erfarenheter från ett antal kurser visar att processen har följande faser: förberedelsefasen, smekmånadsfasen, konfrontationsfasen, utredningsfasen, förändringsfasen, stödfasen och separationsfasen. Även om det finns en viss kronologisk ordning mellan dessa faser så förekommer flera faser parallellt.

Förberedelsefasen

- Överenskommelse om sekretess.
- Överenskommelse om trivselregler.
- Klara ut vem som har ansvar för vad.
- Påpeka att kursen är en möjlighet utan deadlines och krav.

Smekmånadsfasen

- Ge återkoppling till alla i början så att de känner sig sedda och bekräftade.
- Ge återkoppling så att deltagaren stärks och växer.
- Skapa en tillåtande atmosfär.
- Inte värdera inläggen.

Konfrontationsfasen

- Utmana deltagarens sätt att tänka.
- Påpeka tankefel.
- Hjälpa deltagaren att se det positiva i det negativa.
- Ge konkreta exempel.

Utredningsfasen

- Ställa frågor med syfte att förtydliga.
- Uppmuntra deltagaren att skriva.
- Hjälpa deltagaren att stycka ner tiden och kaoset i små portioner.
- Påpeka vikten av yttre struktur när det inre är kaotiskt.

Förändringsfasen

- Hjälpa deltagaren att formulera mål, delmål och tidsplan.
- Göra eventuella överenskommelser om förändrat beteende.
- Hjälpa deltagaren att sätta gränser och rimliga mål.
- Följa upp hur det går.

Stödfasen

- Förstärka det positiva.
- Uppmuntra framsteg.
- Tillåta återfall.
- Inge hopp.

Separationsfasen

- Förmedla att deltagaren kan och ska lita på sin inre kompass.
- Uppmuntra deltagarna att bilda små informella nätverk.
- Påpeka att kursens samtalsrum finns kvar.
- Försöka få dem att förstå att de är huvudpersoner i sina liv.

Påfrestande livshändelser

Med några få undantag har deltagarna i den aktuella gruppen erfarenheter av påfrestande livshändelser. Kan det vara dessa som har fört dem mot utmattningssyndrom? Livshändelser och kriser ger psykosomatisk ohälsa fastställer Karlsson (2004) i sin avhandling. Långtidssjukskrivna är en utsatt grupp ur såväl hälsosynpunkt som med avseende på livssituation. Nästan två tredjedelar av de långtidssjukskrivna har någon form av belastande uppväxtfaktor i form av hot och fysisk bestraffning, barnhemsvistelse, alkoholiserade vårdnadshavare m.m. (Karlsson, 2004). Livshändelser som leder till en försämrad självbild kan göra människor speciellt känsliga för stress. Ihållande påfrestningar gör att

man står inför bevis på sina misslyckanden och sin oförmåga att förändra de oönskade förhållandena i livet (Pearlin et al., 1981). Att långtidssjukskrivna människor har traumatiska upplevelser bakom sig har också bekräftats i denna studie. Ett parallellt forskningsprojekt, med utgångspunkt i bl.a. denna grupp, har genomförts med syfte att kartlägga om posttraumatisk stress (PTSD) och attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) är prediktorer för utmattningssyndrom (Brattberg, 2005f).

Åtskilliga studier har påvisat att det finns ett samband mellan förändringar i livssituationen och sjukdom (Dohrenwened & Dohrenwened, 1974, 1984). Generellt kan två typer av studier urskiljas, de som påvisar samband mellan specifika händelser och vissa avgränsade sjukdomar, respektive de studier som visar på ospecifika effekter på hälsan på grund av mer generella förändringar. I det senare fallet kan ackumulation av stressfyllda händelser medföra en ökad risk för sjukdom genom en fysiologisk överaktivering. Holmes och Rahe (1967) utgick från att händelser av såväl positiv som negativ karaktär ökar risken för sjukdom, genom att de ställer krav på omställning och anpassning, vilket skapar stress. Senare påvisades att förändringar av negativ karaktär har starkare korrelation med försämrad hälsa än positiva händelser (Sarason et al., 1978). Dessutom kan en ansamling av ofördelaktiga levnadsförhållanden under uppväxten, eller i vuxenlivet, medföra en ökad hälsorisk (Lundberg, 1993). Svåra händelser under barndomen och uppväxten har länge misstänkts kunna påverka sjuklighet i vuxen ålder. Studier har visat samband mellan föräldraseparation eller föräldradödlighet (Kendler et al., 1992) respektive sexuella övergrepp (Mullen et al., 1993) och psykiska problem senare i livet. Psykiatrisk forskning har emellertid, på senare tid, även visat att traumatiska faktorer under barndomen inte tycks ha så stor betydelse för den vuxnes psykiska hälsa som tidigare antagits (Cederblad et al., 1988). Samma objektiva situation kan upplevas som ett hot av en person, och som en utmaning av en annan, beroende på vilka tidigare upplevelser man har haft i livet.

Posttraumatisk stress syndrom (PTSD)

De flesta människor (cirka 80%), har upplevt en traumatisk händelse under sitt liv. Av dem utvecklar ungefär 9 procent posttraumatiskt stressyndrom (Gray et al., 2004). En svensk studie visar att 5,6 procent av befolkningen utvecklar PTSD (Rimmö et al., 2005). Risken för att utveckla detta förlamande ångesttillstånd är dubbelt så stor hos kvinnor jämfört med män (kvinnor 7,4%; män 3,6%), trots att män rapporterar större exponering för trauma. Störst risk för PTSD föreligger efter fysisk och/eller sexuell misshandel, rån och multipla trauman. Könsskillnaden bottnar sannolikt i att kvinnor upplever högre grad av stress. Varken ålder eller utbildning har visat sig ha betydelse för utvecklandet av PTSD. Symtomen inkluderar *återupplevande av traumat, emotionell förlamning, undvikandebeteende och ökad stresskänslighet*. I en studie bland tonåringar och unga vuxna med PTSD blev symtomen bestående hos 48 procent (Perkonigg et al., 2005). PTSD kan således vara ett bestående kroniskt tillstånd som kan förvärras vid ytterligare trauman under livet. I en holländsk studie har man visat att det är högre risk för PTSD symtom efter påfrestande livshändelser, så som t.ex. kroniska sjukdomar, relationsproblem och arbetslöshet, i jämförelse med svåra trauman (olyckor, rån, fysiska/sexuella övergrepp, krig m.m.). Det gällde åtminstone för episoder 30 år tillbaka i livet (Mol et al., 2005). Det finns även samband mellan förekomst av PTSD och ökad sjuklighet samt sjukvårdskonsumtion (Deykin et al., 2001; Kimberling & Calhoun, 1994; Koss et al. 1991).

Neuropsykiatriskt funktionshinder

Uppmärksamhetsproblem, överaktivitet och svårkontrollerad impulsivitet hos barn, dvs. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), har beskrivits i den vetenskapliga litteraturen sedan mycket länge. Tidigare har man trott att problemen växer bort, vilket de förvisso gör hos en del (Munoz-Millan & Casteel, 1989). Under senare år har det emellertid framkommit överväldigande

bevis för att störningen för många kvarstår även in i vuxenlivet (Gittelman & Mannuzza, 1985; Mannuzza et al., 1989, 1998, 2000; Silver, 2000). Barkley och medarbetare (1990) har bedömt att i 70-85 procent av fallen kvarstår ADHD symtom i vuxenlivet. Andra studier har visat att ADHD kvarstår hos vuxna i 10-60 procent av fallen (Kooij et al., 2005; Mannuzza et al., 1998; Weiss et al., 1985). Problemen förorsakar kliniskt signifikant funktionsnedsättning (Socialstyrelsen, 2002). Ändå har denna neuropsykiatriska störning sällan övervägts i samband med sjukskrivning för t.ex. utmattningssyndrom. ADHD är både underidentifierad och underbehandlad som orsak till långvarig ohälsa i den vuxna befolkningen (Biederman et al., 2004a). Man har till och med antagit att ADHD sannolikt är den mest odiagnostiserade psykiatriska störningen hos vuxna (Wender et al., 2001).

Det finns ännu ingen prevalensstudie över förekomsten av ADHD hos vuxna i Sverige. Den första prevalensstudien av vuxna med ADHD är utförd i USA. Förekomsten av ADHD hos vuxna beräknades vara 4,4 procent (Kessler et al., 2005b). Relationen mellan vuxna män och kvinnor bedöms vara 1,6:1. Hos barn har relationer mellan 2:1 (pojkar/flickor) och 9:1 rapporterats. Eftersom flickor/kvinnor har mycket lägre frekvens av kontaktstörning och antisocialt beteende jämfört med pojkar/män upptäcktes de i betydligt mindre utsträckning. ADHD är förenat med ökad risk för beroende och missbruk hos båda könen (Biederman et al., 2004a). De aktuella individerna var väsentligen obehandlade. Endast 11 procent av de vuxna med diagnostiserad ADHD fick diagnosadekvat behandling. Många behandlades för andra psykiatriska tillstånd. Symtomen var mer heterogena och subtila hos vuxna med ADHD än hos ADHD-barn (Kessler et al., 2005b, c). Vidare har man i flera studier visat att både barn och vuxna underskattar sina symtom vid självrapportering (Gittelman & Mannuzza, 1985; Zucker et al., 2002). Det rapporteras att ADHD hos vuxna är förenad med betydande funktionsnedsättning, arbetslöshet och skilsmässor (Barkley, 2002; Biederman 2004b; Kessler, 2005c). Individer med ADHD har också högre frekvens av arbetsoförmåga till följd av olycksfall i jämförelse med individer utan ADHD (Swensen et al., 2004; Kessler et al., 2005c). Sambandet mellan sjukfrånvaro och ADHD är högre i jämförelse med sambanden mellan sjukfrånvaro och andra kroniska fysiska och psykiska sjukdomar/störningar (Druss et al., 2001; Kessler et al., 2001; Kessler et al., 2005b; Wang et al., 2003). Behandling av ADHD hos vuxna skulle enligt Kessler och medarbetare (2005b) vara kostnadseffektiv även om det bara resulterade i 15 procent reduktion av arbetsoförmågan.

Livsanorexi

Deltagarna i den aktuella studien beskrev hur stränga de var mot sig själva på ett sätt som ledde tanken till anorexi. Anledningen till att man utvecklar ätstörningar är inte fastställd. Man arbetar utifrån att sjukdomen har biologiska, psykologiska och sociala orsaker, samt att det finns en individuell sårbarhet hos personen. Ätstörningsproblematiken är en sjukdom som till 90 procent drabbar kvinnor. Det handlar om starka människor som riktar styrkan åt fel håll (Arkhem, 2005). Anorexi blir en del av individens identitet, och då är det svårt att sluta sitt självdestruktiva beteende. Det är lättare att uthärda fysisk än psykisk smärta. Man behöver förstå varför man har beteendet för att kunna lämna det.

Anorektikerns problematik har många paralleller med den problematik människan med utmattningssyndrom brottas med. Där handlar det inte om mat utan om inställningen till själva livet, om *livsanorexi*. Det känns förbjudet att unna sig något. Man känner *skam* för den man är och *skuld* för det man gör, eller borde göra men inte gör. Tänkandet blir förvrängt mot en besatthet som leder till självdestruktion med en upplevelse av att inte ha någon valmöjlighet. Förnekelsen håller individen omedveten om det faktum att hon har ett problem. I stället blir det arbetssituationen som utpekas vara roten till det onda. Deltagarna i Jönköpingsgruppen kände igen sig väl i uttrycket livsanorexi.

Ansvar

Ansvarfrågan har befunnit sig ”on line” under hela projektet. Var går gränsen mellan kursledarnas och deltagarnas ansvar? Den mest kritiska punkten vid interventioner över Internet är hur man hante-

rar psykologiska kriser som kan uppstå speciellt vid behandling av individer med ångesttillstånd. Carlbring och Andersson (2004) skriver att behovet av bedömning före projektstart är särskilt viktigt när det gäller människor med panikångest. I kombination med depression kan suicidrisken vara överhängande.

Vid introduktionen diskuterades ansvarsfördelningen varvid deltagarna fick klart för sig att det var deras ansvar att meddela kursledaren om de skulle bli sämre och behöva mer hjälp. Tillsammans skulle man då kunna diskutera möjliga åtgärder. Deltagarna uppmanades också ta kontakt med sjukskrivande läkare om de skulle få behov av mer stöd på hemmaplan. Detta mot bakgrund av att man kan bli sämre innan man blir bättre. När man uppmuntras att fundera över sitt liv kan inkapslade trauman komma i dagen och medföra tillfälligt ökad ångest.

Redan i inledningsskedet visade det sig att det i gruppen fanns många deltagare med multipel problematik, varav en del mådde mycket dåligt. I samtalet på ”webboard” har man dessutom successivt berättat mer och mer om sina traumatiska upplevelser, och sin djupa förtvivlan, på ett sätt som ytterligare har aktualiserat frågan om ansvar. Jag (GB) är psykoterapiutbildad och van att arbeta med människor i kris, även självmordsnära människor. Kursinnehållets syfte är att hjälpa deltagarna att hitta ett nytt sätt att förhålla sig till sina symtom som gör att hälsan och livskvaliteten ökar. Det har i många fall inneburit en omvälvande upplevelse. Då deltagarnas ångestnivå redan från början var mycket hög har tillfälligtvis ökad ångest medfört att en del tidvis upplevt sitt tillstånd som outhärdligt. För att kunna ansvara för den terapeutiska processen har jag (GB) haft daglig god tillgänglighet på webboard under hela kurstiden (32 veckor). Dialogen med deltagarna har resulterat i cirka 900 inlägg från mig som kursledare. Jag har också varit anträffbar via e-post och telefon om deltagarna har velat kontakta mig mer personligt. Det har även funnits möjlighet till enskilda ”samtal” via en speciell konferens på webboard. Samtliga dessa möjligheter till enskild kontakt har utnyttjats.

Hälsoansvar

Ett hälsoansvar kan betyda både att man bör sköta sin livsstil och egenvård och att man bör ta ansvar för sina tankar och känslor. *Ansvar* handlar i bred bemärkelse om uppfattningar om människan och hennes relation till sig själv, skriver Kjellström (2005) i sin avhandling om ansvar och hälsa. Hon menar att ansvarsutvecklingen startar med de egna behoven i centrum. Man bryr sig om sig själv. Så småningom blir man medveten om andra människor och deras behov. I faser när man identifierar sig med, och är psykologiskt beroende av, andra offerar man sig i första hand för dessa människors behov. Här förefaller människor med utmattningssyndrom ha fastnat i sin utveckling.

När *identitetsutvecklingen* går vidare förändras även ansvarstagandet. Det som behövs för ett moget ansvarstagande är *faktakunskap* och kunskap om sig själv, dvs. *självkänedom*. Självkänedom får man genom att lära sig att *lyssna på kroppens signaler* och genom *självreflektion*. Processen leder fram till att man *accepterar* det som sker och gör medvetna *val*. Man får också medvetna *värderingar*. För att komma fram till medvetna val och värderingar behöver man ha förmågan att tänka på sina tankar och värdera sina värderingar. Det brukar kallas metakognition, och det är det som självreflektionen syftar till. När identitetsutvecklingen nått ett moget stadium blir man mindre beroende av andra människor. Då tar man också ansvar för sina tankar, känslor och sitt beteende. Man har ett *accepterande förhållningssätt* till det som sker, och man gör egna *medvetna val* som även är bra för andra. Det leder till frihet och autonomi.

Kjellström (2005) har vid genomgång av litteraturen kommit fram till att endast 30 procent av befolkningen har förmåga till *självreflektion*. Saknas den förmågan kommer identitets- och ansvarsutvecklingen av sig. En form av självuppoffring kan uppstå om andras behov uppmärksammas på bekostnad av de egna. Man får en förvrängd syn på ansvar och offerar sig för andras skull. Det ger i sin tur upphov till ilska, skuld och besvikelse. Det kan också medföra att man tillskriver andra ansvar för sådant som inte är deras ansvar. Om man inte uppfattar att man har ett val, så har man inte heller möjlighet att påverka sin situation. Då känner man sig drabbad av sjukdom. Behandling

av människor med utmattningssyndrom handlar således om att hjälpa dem till *självreflektion* och *personlighetsutveckling*. Detta bekräftas i analysen av ”samtalet” med deltagarna i Jönköpingsgruppen.

Människor som har gått en tid i Värkstaden, eller deltagit i en Hälsosantgrupp, har beskrivit att de har gjort en inre storstädning. Någon har sagt att det är som att lägga sig i en tvättmaskin. När programmet är klart har man tvättat bort all ”dynga”. Andra har talat om att det är som att vistas i en kuvös. När det är varmt och gott och tryggt så vågar man kliva ut ur sitt inre fängelse. Många förblir göra-människor. Men det är inget fel med det – om man är en görelse för att det är ”så kul”, i stället för att man drivs av ett omätligt bekräftelsebehov. Alla har varit mycket ansvarstagande människor vars möjligheter att ta ansvar av olika skäl har beskrivits så att de inte längre har sett eller haft tillgång till sina valmöjligheter. När de är klara med sin rehabilitering ser de att de kan göra val som leder till hälsa. Då kan de också ta eget ansvar för sitt välbefinnande. Då är gjort ett resultat av en kallelse mer än en verklighetsflykt.

Hälsoekonomiska effekter

Finns det hälsoekonomiska vinster av rehabilitering enligt Hälsosantkonceptet? Effekten av deltagande i en öppen Värkstadsgrupp har noggrant studerats i en grupp om 45 personer. När det gäller hälsa och livskvalitet så hade det skett en statistiskt signifikant förbättring avseende alla delvariabler i hälsoenkäten SF-36 (Sullivan et al. 1994, 1995). Minskad vårdkonsumtion motsvarade 19 000 kronor per person och år och minskad läkemedelskonsumtion motsvarade 1 600 kronor per person och år (Brattberg, 2005a).

Rehabiliteringsresultat

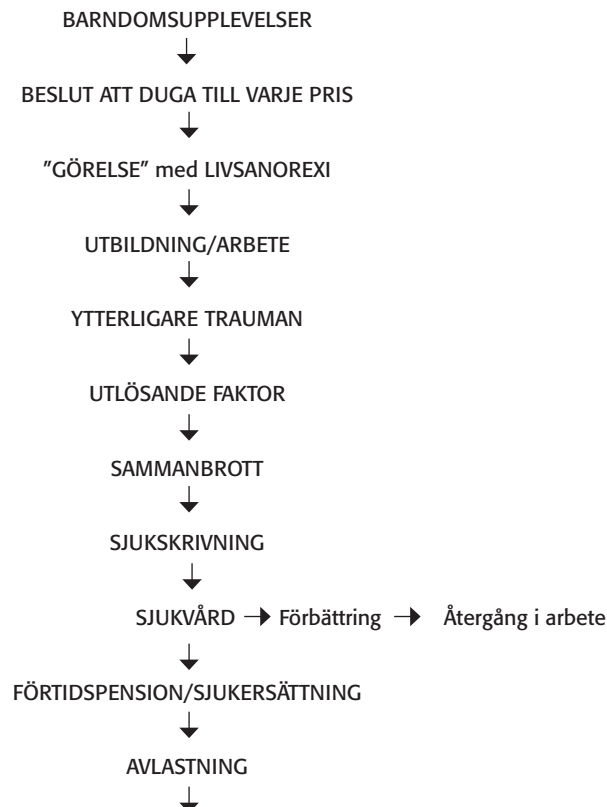
Hälsosant Jönköping har givit mätbara positiva effekter på en rad olika områden när det gäller hälsa och livskvalitet, samt ökad arbetsförmåga. Huruvida dessa resultat går att hänföra till endast denna intervention är oklart. Många deltagare har såväl innan som under projektets gång sökt hjälp även i andra former. Flera har t.ex. haft en personlig samtalskontakt, några har deltagit i andra rehabiliteringsprojekt. Många har dock förmedlat att detta projekt har gått mycket djupare, och åstadkommit mycket större förändringar, än allt de tidigare har provat. Återstår att se om förbättringen blir bestående, om man återfaller i gamla destruktiva mönster, eller om man utvecklas vidare mot ännu bättre hälsa.

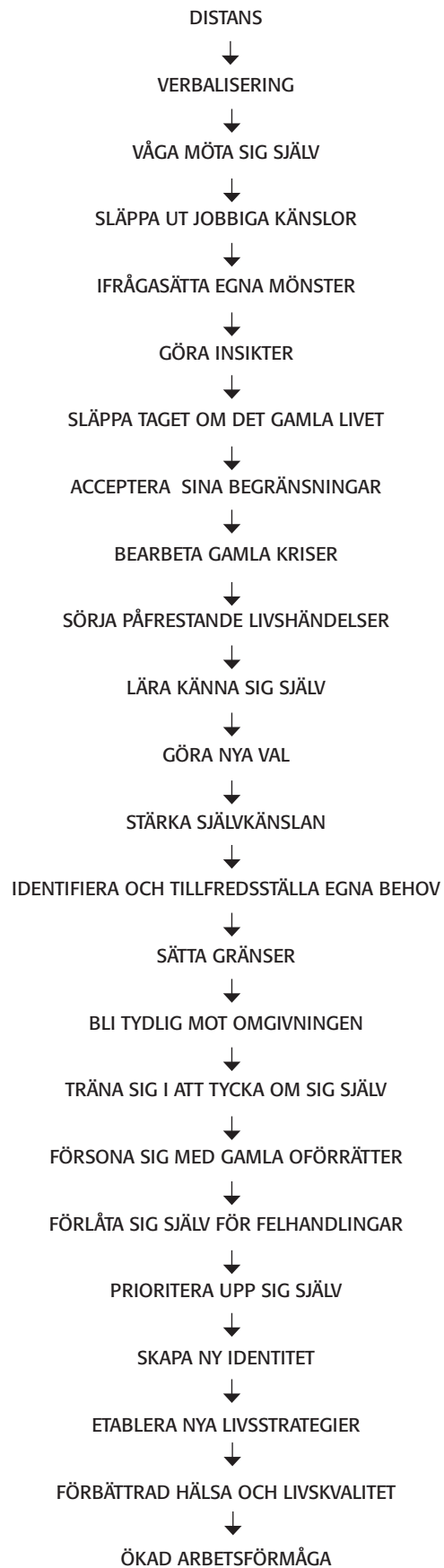
Slutsatser

Projektet Hälsosant Jönköping har givit följande resultat och erfarenheter:

Resultat

- ❑ Långtidssjukskrivna personer med utmattningssyndrom har i mycket hög utsträckning erfarenhet av påfrestande livshändelser tidigare i livet med åtföljande posttraumatiskt stress (PTSD). Detta bekräftas i en parallell studie över bakgrundsorsaker till utmattningssyndrom.
- ❑ Det neuropsykiatriska tillståndet ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) ökar stresskänsligheten och bidrar till utveckling av utmattningssyndrom. Detta bekräftas också i en parallell studie över prediktorer för utmattningssyndrom.
- ❑ Kvantitativ analys med validerade skattningsinstrument visar följande resultat på gruppnivå:
 - att deltagarnas ångestnivå har minskat
 - att deltagarnas grad av depression har minskat
 - att deltagarnas trötthet har minskat
 - att deltagarnas stressymtom har minskat
 - att deltagarnas vitalitet har ökat
 - att deltagarna har accepterat sin situation bättre
 - att deltagarna är minde hjälplösa
 - att deltagarna har lärt sig att prioritera bättre
 - att deltagarnas fysiska, sociala och allmänna hälsoupplevelse har ökat
 - att deltagarnas livskvalitet har ökat
 - att deltagarnas arbetsförmåga har ökat.
- ❑ Kvalitativ analys av deltagarnas inlägg i dialogen på webboard visar att utbränningsprocessen, som ofta har utlösande orsaker i arbetslivet, har börjat långt tidigare. Hela förloppet kan illustreras enligt följande:





Erfarenheter

- Det går bra att rehabilitera människor med utmattningssyndrom över Internet, men rehabiliteringsformen passar inte alla människor. Det är därför lämpligt med en inledande intervju för att undvika stort bortfall under kurs tiden.
- Rehabilitering över Internet är ett utmärkt komplement till annan rehabilitering, och är i vissa fall överlägset enskild psykoterapi. Tids- och energikrävande resor undviks. Deltagarna kan vara aktiva på tider som passar dem själva och gå tillbaka och läsa igen om så behövs. Det är dessutom lättare för många att vara personliga över Internet.
- Människor med utmattningssyndrom har ofta mycket höga ångestnivåer, vilket medför att tillgången till stödperson behöver vara god, när man sätter igång psykologiska processer som medför djupdykningar i tidigare traumatiska upplevelser.
- Rehabilitering av långtidssjukskrivna personer med utmattningssyndrom över Internet kräver minst lika stor närvaro av behandlare/terapeut som sedvanlig rehabilitering. Men det har många andra fördelar, som gör att det är ett prisvärt effektivt alternativ/komplement till förekommande rehabilitering.

Tack

Detta projekt har varit möjligt att genomföra tack vare medverkan av följande personer:

Bodil Jönsson, professor, Certec, LTH, Lunds Universitet, som också har deltagit aktivt genom hela kursprocessen.

Mats Werning, Länsarbetsnämnden, Jönköpings län.

Susanne Rundqvist och *Emma Wallin*, Försäkringskassan, Jönköpings län.

Inger Jalin Jalmgren, Arbetsförmedlingen Jönköpings län.

Projektet har administrerats via Certec, LTH och finansierats med EU-medel.

Referenser

- Amen Clinic Online Interactive ADD tests, 2005. Url: <http://www.amenclinic.com/ac/tests>.
- Andersson G, Kaldo V. Internet-based cognitive behavioral therapy for tinnitus. *J Clin Psychol* 2004; 60(2):171-8.
- Andersson G, Stromgren T, Strom L, Lyttkens L. Randomized controlled trial of internet-based cognitive behavior therapy for distress associated with tinnitus. *Psychosom Med* 2002;64(5):810-6.
- Andersson G, Bergström J, Carlbring P, Linderfors N. The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Cur Opin Psychiatry*, 2005;18:73-77.
- Arkhem H. Jätten i spegeln. En bok om kampen mot anorexi och andra ätstörningar. Malmö: Richters; 2005.
- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed with research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:546-57.
- Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J Abnorm Psychol* 2002;111:279-89.
- Bergström G. The assessment and treatment of Long-term, Non-specific Spinal Pain. Behavioural Medicine, a Cognitive Behavioural Perspective (dissertation). Stockholm: Department of Clinical Neuroscience, Karolinska sjukhuset, 2000.
- Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogan E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, Revisited. *Biol Psychiatry* 2004a;55:692-700.
- Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 2004b;65 Suppl 3:3-7.
- Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther* 1996;34(8):669-73.
- Brattberg G. Värkmästarens värktyg. Stockholm: Liber 1996.
- Brattberg G. Efterbyggande vård. Om återvinning av människor i Värkstaden. Stockholm: Värkstaden; 2001. (ISBN 91-973714-1-6)
- Brattberg G. Meeting women with chronic pain "Health barometer" provides support for constructive dialogue. *Läkartidningen* 2002a;99:4974-80.
- Brattberg G. Några långtidssjukskrivnas syn på återgång i arbete, 2002b. Url: <http://www.varkstaden.se/arbete.pdf>.
- Brattberg G. Rehabiliteringspedagogik för arbete med långtidssjukskrivna i grupp. Stockholm: Värkstaden; 2003. (ISBN 91-973714-2-4)
- Brattberg G. Väckarklockor. Stockholm: Värkstaden; 2004a. (ISBN 91-973714-3-2)
- Brattberg G. Hälsosant-grupp för rehabilitering av långtidssjukskrivna. Ett pilotprojekt inom Apoteket AB, 2004b. Url:<http://www.varkstaden.se/halsosant.pdf>.
- Brattberg G. (2004c) Bottnar smärtpatienters långtidssjukskrivning i påfrestande livshändelser? Url: <http://www.varkstaden.se/trauma.pdf>.
- Brattberg G. Effekter av långtidssjukskrivna smärtpatienters deltagande i en öppen samtalsgrupp med kognitiv beteendeariktning. *Svensk Rehabilitering*, nr 3, 2005a.
- Brattberg G. Hälsosant-grupp för rehabilitering av långtidssjukskrivnas försäkringskassanställda i Blekinge. Stockholm: Värkstaden, rapport, 2005b.
- Brattberg G. Internetbaserad rehabilitering av långtidssjukskrivna människor med smärta och utmattningsdepression – en randomiserad studie, 2005c. Url:http://www.varkstaden.se/HI_rapport.pdf.
- Brattberg G. Randomized controlled trial of Internet-based rehabilitation for individuals on long-term sick leave with chronic pain and/or burnout. Submitted to the *European Journal of Pain*, 2005d.

- Brattberg G. Rehabilitering i självhjälpgrupp. Ledarhandbok. Stockholm: Värkstad; 2005e.
- Brattberg G. PTSD och ADHD bakom många fall av utmattningssyndrom. Rapport. Stockholm: Värkstad, 2005f.
- Brattberg G. User friendly and "useworthy" Stress Barometer. *Stress Med* (In press).
- Bränholm IB, Andersson M, Larsson M. Långtidssjukskrivning förändrar livet. *Läkartidningen* 1995;92(23):2421-24.
- Buhrman M, Fältenhag S, Ström L, Andersson G. Controlled trial of Internet-based treatment with telephone support for chronic back pain. *Pain* 2004;111:368-77.
- Carlbring P, Westling BE, Ljungstrand P, Ekselius L, Andersson G. Treatment of panic disorder via the Internet – a randomised trial of a self-help program. *Behavior Therapy* 2001;32:751-64.
- Carlbring P, Andersson G. Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 2004 (In press).
- Carlbring P, Nilsson-Ihrfelt E, Waara J, Kollenstam C, Buhrman M, Kaldö V, Söderberg M, Ekselius L, Andersson G. Treatment of panic disorder: live therapy vs. Self-help via the Internet. *Beh Res Ther*, 2005;43(10):1321-33. (In press).
- Cederblad M, Dahlin L, Hagnell O. Lundby-projektet: påverkar barnpsykiatriska riskfaktorer den vuxnes psykiska hälsa? *Läkartidningen* 1988;85(49):4317-21.
- Cullberg J. Dynamisk psykiatri – i teori och praktik. **Stockholm: Natur & Kultur, 1999.**
- Deykin EY, Keane TM, Kaloupek D, Fincke G, Rothendler J, Siegfried M, Creamer K. Posttraumatic stress disorder and the use of health service. *Psychosom Med* 2001;63(5):835-41.
- Dohrenwend BS, Dohrenwend BP (Eds.) *Stressful life events: Their nature and effects*- New York: Wiley & Sons, 1974.
- Dohrenwend BS, Dohrenwend BP. *Stressful life events and their contexts*. New Brunswick, NJ: University Press, 1984.
- Druss BG, Marcus SC, Olfson M, Tanielian T, Elinson L, Pincus HA.. Comparing the national economic burden of five chronic conditions. *Health Aff (Millwood)* 2001;20:233-41.
- Ekbladh E. Interventioner för att påverka sjukfrånvaro – en analys av tillvägagångssätt. *Socialmedicinsk tidskrift*, 2005;82 (3):210-220.
- Forskningsrådsnämnden. Hälsa och existentiella frågor. FRN. Rapport 1995;8.
- Fugl-Meyer AR, Eklund M, Fugl-Meyer KS. Vocational rehabilitation in northern Sweden III. Aspects of life satisfaction. *Scand J Rehab Med* 1991;23:83-7.
- Gega L, Marks I, Mataix-Cols D. Computed-aided CBT Self-Help for Anxiety and depressive disorders: Experience of a London clinic and future directions. *J Clin Psychol* 2004;60(2):147-57.
- Gittelman R, Mannuzza S. Diagnosing ADD-H in adolescents. *Psychopharmacol Bull* 1985;21:237-242.
- Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric properties of the Life Events Checklist. *Assessment* 2004;11(4):330-41.
- Guvå G, Hylander I. *Grundad teori – ett teorigenererande forskningsperspektiv*. Stockholm: Liber 2003.
- Hansson Scherman M. Att vägra vara sjuk. En longitudinell studie av förhållningssätt till astma/allergi. Göteborgs Universitet, 1994.
- Hartman J. *Grundad teori. Teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur 2001.
- Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 1967;11(2):213-218.
- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41(3):209-18.
- Hoybye MT, Johansen C, Tjørnhøj-Thomsen T. Online interaction. Effects of storytelling in an internet breast cancer support group. *Psychooncology* 2005;14(3):211-20.
- Jensen IB, Linton SJ. Coping strategies questionnaire (CSQ): reliability of the Swedish version of the CSQ. *Scand J Behav Ther* 1993;22:139-145.

- Jönsson B. Med vandringstavlar och fixpunkter. I boken Jönsson, Löfgren (red.) Att utmana stressen. Lund: Studentlitteratur; 2005.
- Kaldo V, Larsen HC, Jakobsson O, Andersson G. Kognitiv beteendeterapi via Internet. Patienter med tinnitus får hjälp hantera sina besvär – enklare och billigare. *Läkartidningen* 2004;101(7):556-560.
- Karlsson K. Psykosocial ohälsa. Samhälls-, primärvårds- och individperspektiv. Lunds Universitet, Institutionen för psykologi, 2004.
- Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Childhood parental loss and adult psychopathology in women. A twin study perspective. *Archives of General Psychiatry* 1992;49(2):109-16.
- Kenwright M, Marks IM. Computer-aided self-help for phobia/panic via Internet at home. A pilot study. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 448-9.
- Kessler RC, Greedberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Environ Med* 2001;43:218-55.
- Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hirpi E, Howes MJ, Jin R, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE. **The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population.** *Psychol Med* 2005a;35:245-56.
- Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry* 2005b (In Press).
- Kessler RC, Adler L, Ames M, Barkley RA, Birnbaum H, Greenberg P, Johnston JA, Spencer T, Ustun TB. The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *J Occup Environ Med* 2005c;47(6):565-72.
- Kimberling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:333-40.
- Kjellström S. Ansvar, hälsa och människa. En studie av idéer om individens ansvar för sin hälsa. Linköpings Universitet: Filosofiska fakulteten; 2005.
- Kooij JJS, Buitelaar JK, van den Oord EJ, Furer JW, Rijnders CATH, Hodiament PPG. Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med* 2005;35:817-27.
- Koss MP, Koss PG, Woodruff WJ. The deleterious effects of criminal victimization on women's health care and medical utilization. *Arch Intern Med* 1991;151:342-7.
- Lange A, van de Ven J-P, Schrieken B, Emmelkamp PMG. Interapy. Treatment of posttraumatic stress through the internet: a controlled trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2001;32:73-90.
- Lange A, Rietdijk D, Hudcovicova M, van de Ven JP, Schrieken B, Emmelkamp PM. Interapy: a controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the internet. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(5):901-9.
- Lorig KR, Laurent DD, Deyo RA, Marnell ME, Minor, MA, Ritter PL. Can a back pain e-mail discussion group improve health status and lower health care costs? A randomized study. *Arch Intern Med* 2002;162:792-6.
- Lundberg O. The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social Science and Medicine* 1993;36(8):1047-1052.
- Lundin O. Erfarenheter från neuropsykiatrisk mottagning, Aros Neuropsykiatriska klinik, Uppsala; 2005. Url: <http://aros.ready.se/>.
- Mannuzza S, Gittelman-Klein R, Horowitz-Konig P, Giampino TL. Hyperactive boys almost grown up, IV: criminality and its relationship to psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:1073-1079.
- Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. Adults psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry* 1998;155:493-498.

- Mannuzza S, Klein RG, Klein DF, Bessler A, ShROUT P. Accuracy of adult recall of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:1882-88.
- McCann BS, Scheele L, Ward N, Roy-Byrne P. Discriminant validity of the Wender Utah Rating Scale for attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2000;12(2):240-45.
- McCracken LM, Vowles KE, Eccleston C. Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain* 2004;107 (1-2):159-66.
- Melamed S, Kushnir T, Shirom A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behav Med* 1992;18:53-60.
- Melamed S, Ugarten U, Shirom A, Kahana L, Lerman Y, Froom P. Chronic burnout, somatic arousal and elevated cortisol levels. *J Psychosom Res* 1999;6:591-98.
- Mol SSL, Arntz A, Metsemakers JFM, Dinant G-J, Vilters-Van Montfort PAP, Knottnerus JA. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *Br J Psychiatry* 2005;186:494-9.
- Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:721-32.
- Munoz-Millan R, Casteel C. Attention-deficit hyperactivity disorder: recent literature. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:699-707.
- Oneaddplace, 2005. Url: <http://www.adhd-becalmd.com/cmm/selftest/>.
- Pearlin LI, Lieberman MA, Menaghan EG, Mulan JT. The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior* 1981;22(4):337-356.
- Perkonig A, Pfister H, Stein MB, Hofler M, Lieb R, Maercker A, Wittchen HU. Longitudinal course of posttraumatic stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms in a community sample of adolescents and young adults. *Am J Psychiatry* 2005;162(7):1320-7.
- Richards JC, Alvarenga ME. Extension and replication of an Internet-based treatment program for panic disorder. *Cogn Behav Ther* 2002;31:41-7.
- Rimmö FÖ, Åberg P-AL, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatr Scand* 2005;111:291-99.
- Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press; 1996.
- Rudy TE, Turk DC, Zaki HS, Curtin HD. An empirical taxometric alternative to traditional classification of temporomandibular disorders. *Pain* 1989;36:311-320.
- Ruggiero KJ, Del Ben K, Scotti JR, Rabalais AE. Psychometric properties of the PTSD Checklist – Civilian Version. *J Trauma Stress* 2003;16(5):495-502.
- Sahlén B, Spangfort E, Nygren Å, Nordemar R. The disability rating scale: an instrument for the assessment of disability in clinical settings. *J Clin Epidemiol* 1994;47:1423-34.
- Saksvik PØ, Nytrø K, Dahl-Jørgensen C, Mikkelsen A. A process evaluation of individuals and organizational occupational stress and health interventions. *Work & Stress*, 2002;16(1):37-57.
- Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and clinical Psychology* 1978;46(5):932-946.
- Silver L. Attention deficit/hyperactivity disorder in adult life. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2000;9:511-23.
- Socialstyrelsen (2002). ADHD hos barn och vuxna. Url:<http://www.sos.se/fulltext/110/2002-110-16/sammanfattning.htm>.
- Stein MA, Sandoval R, Szumowski E, Roizen N, Reinecke MA, Blondis TA, Klein Z. Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale (WURS): reliability and factor structure for men and women. *Psychopharmacol Bull* 1995;31(2):425-33.
- Ström L, Pettersson R, Andersson G. A controlled trial of self-help treatment of recurrent headache conducted via the Internet. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:722-7.

- Sullivan M, Karlsson J. SF-36. Swedish manual and interpretation guide. Health Care Research Unit, Medical Faculty, Gothenburg University and Sahlgrenska Hospital; 1994.
- Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale. Development and validation. *Psychol Assess* 1995;7(4):524-532.
- Sullivan M, Karlsson J, Ware JE. The Swedish SF-36 health survey – evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Soc Sci Med* 1996;41(10):1349-58.
- Swensen AR, Birnbaum HG, Ben Hamadi R et al. Incidence and costs of accidents among attention-deficit/hyperactivity disorder patients. *J Adolesc Health* 2004;35:346-47.
- Tate DF, Wing RR, Winett RA. Using Internet technology to deliver a behavioral weight loss program. *JAMA* 2001;285:1172-7.
- Van Deurzen E. Existential Counselling in practice. London: Saga Publications; 1988 (På svenska: Det existentiella samtalet. Stockholm: Natur och Kultur; 1998).
- Wang PS, Beck A, Berglund P, Leutzinger JA, Pronk N, Richling D, Schenk TW, Simon G, Stang P, Ustun TB, Kessler RC. Chronic medical conditions and work performance in the health and work performance questionnaire calibration surveys. *J Occup Environ Med* 2003;45:1303-11.
- Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150(6):885-90.
- Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale – Revised. In Wilson & Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford; 1996:399-411.
- Weiss G, Hechtman L, Milroy Th. Psychiatric status of hyperactivity as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *J Am Acad Child Psychiatry* 1985;153:211-220.
- Weiss, L. Framgångsfällan. Om osynlig utbrändhet. Bokförlaget DN; 1998.
- Wender PH. Attention deficit hyperactivity disorder in children and adults. New York: Oxford University Press; 2000.
- Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD. An overview. *Ann N Y Acad Sci* 2001;931:1-16.
- Wilson JP, Keane TM (Eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, 2004 sid. 79-80.
- Winzelberg AJ, Classen C, Alpers GW, Roberts H, Koopman C, Adams RE, Ernst H, Dev P, Taylor CB. Evaluation of an internet support group for women with primary breast cancer. *Cancer* 2003;97:1164-73.
- Zetterqvist K, Maanmies J, Ström L, andersson G. Randomized controlled trial of Internet-based stress management. *Cogn Behav Ther* 2003;3:151-60.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
- Zucker M, Morris MK, Ingram SM, Morris RD, Bakeman R. Concordance of self- and informant ratings of adults' current and childhood attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *Psychol Assess* 2002;14:379-89.
- Åkerstedt T, Thorsvall L. Medicinska, psykologiska och sociala aspekter på skiftarbete vid specialiststälverken i Söderfors. Stressforskningsrapporter IPM; 1977: nr 64.
- Öberg T. Den farliga sjukskrivningen. *Socialmedicinsk tidskrift* 1989;7:344.48.

Bilaga

Deltagarnas utvärdering av Hälsosant

Kursen har bestått av filmer att titta på, texter att läsa, frågor att fundera över och ett samtal i cyberspace. Deltagarna har bedömts de olika delarna enligt nedan.

Jag är i stort sett ... nöjd med kursen

(1=mycket nöjd, 2=nöjd, 3= varken nöjd eller missnöjd, 4=missnöjd, 5=mycket missnöjd)

Medelvärde 1,7 (SD 0,8)

Hälsosant har medverkat till att min hälsa är ...

(1=mycket förbättrad, 2=klart förbättrad, 3=något förbättrad, 4=varken bättre eller sämre, 5=något försämrad, 6=klart försämrad, 7=mycket försämrad)

Medelvärde 2,5 (SD 0,9)

I vilken grad tycker du att var och en av nedanstående komponenter i kursen har varit viktiga och givande?

(1=i mycket liten grad, 5=i mycket hög grad)

Filmerna: medelvärde 3,2 (SD 1,4)

Kurstexterna: medelvärde 4,2 (SD 1,0)

Frågorna: medelvärde 4,1 (SD 1,0)

Boken Väckarklockor: medelvärde 4,6 (SD 0,8)

Samtalet på webboard med kursledaren: medelvärde 3,8 (SD 1,3)

Samtalet på webboard med kursdeltagarna: medelvärde 3,5 (SD 2)

Omdömen om Hälsosantkursen

(1= tar avstånd från påståendet till 5 = instämmer helt i påståendet.)

Arbetsbördan har varit alltför tung: medelvärde 2,3 (SD 1,1)

Jag har fått tillräckligt med tid på mig: medelvärde 3,7 (SD 1,1)

Kursledaren har verkligen försökt förstå mina problem och svårigheter: medelvärde 4,2 (SD 0,8)

Kursen känns angelägen för mig: medelvärde 4,3 (SD 1,1)

Kursen har varit alldeles för jobbig känslomässigt: medelvärde 2,3 (SD 1,2)

Jag har känt mig hårt pressad på kursen: medelvärde 2,2 (SD 1,3)

Kursen har hjälpt mig i min personliga utveckling: medelvärde 4,3 (SD 1,1)

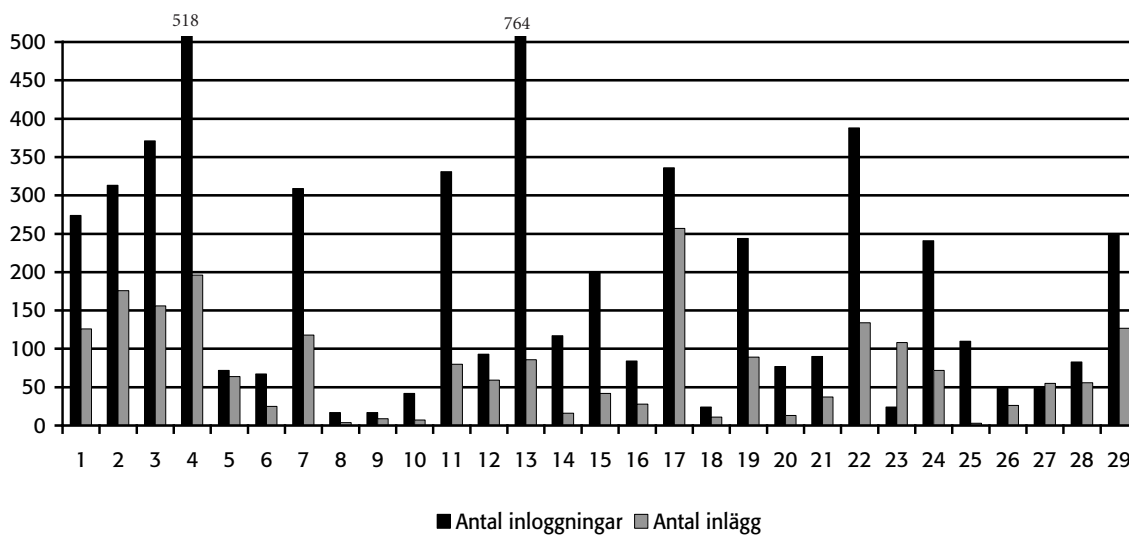
Kursen har hjälpt mig till förbättrad hälsa: medelvärde 3,7 (SD 1,3)

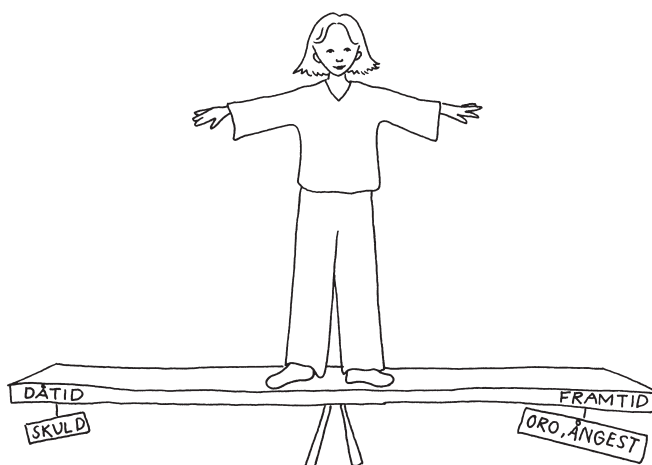
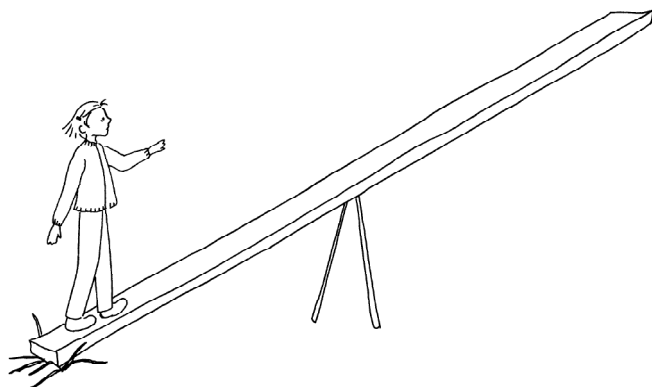
Hälsosant har påverkat mina möjligheter till lönearbete: medelvärde 2,7 (SD 1,5)

Jag skulle rekommendera Hälsosant till en sjukskriven vän: medelvärde 4,6 (SD 0,9)

Deltagarnas aktivitet i dialogen

Antal inloggningar på kurssidan och samtalsaktiviteten går att mäta. Aktiviteten på de övriga momenten går ej att mäta. Under första delen av kursen var samtalsaktiviteten hög, under senare kursdelen sjönk den betydligt. Det har i vissa fall berott på kraschade datorer och andra datorproblem, men flera deltagare har också valt att stå utanför dialogen. Statistik för de 29 personer som genomfört kursen framgår av nedanstående diagram.





*Utmaningen för människor med utmattningssyndrom
är att våga ta steget på en ny väg, och stanna
i jämviktsläget innan det går utför igen.*

*Det är svårt att hitta sig själv
när man letar efter någon annan.*