

## Kronikk

## Psykologisk behandling av utbrenthet

Mange yrkesaktive mennesker blir slitne, får dermed redusert funksjonsevne og faller ut av arbeidslivet. Det er viktig å forstå årsaksfaktorer og å finne tiltak som kan forebygge og behandle slike utbrenthetstilstander. Psykologisk behandling er derfor etterspurt, bl.a. fra trygdeetat og næringsliv. For noen av pasientene kan lang tids psykoterapi være nødvendig.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Tove Kjersti Kjølseth**  
tkkjol@online.no  
Institutt for psykoterapi  
Nydalsveien 15  
0401 Oslo

I effektivitetens tidsalder presenteres vi for behandlingsmodeller som med enkle teknikker og kjappe råd skal få de slitne tilbake i funksjon. Slike tiltak kan være grensesetting, fysisk trening, avslapningsteknikker og oppfordring til større satsing på sosialt liv og nære relasjoner. For mange er dette sikkert både nyttig og tilstrekkelig, og som forebyggende tiltak er de av klar verdi. Vi som arbeider terapeutisk med disse pasientene har imidlertid erfart at det er ganske vanskelig å få enkelte i gang med endringer. Faktisk forunderlig vanskelig sett ut fra tidligere funksjonsnivå, og ikke sjelden til stor forundring for pasienten selv. Som hjelpere kan vi fort føle oss slitne. Relasjonen blir preget av tyngde, kanskje nærmest avmakt, noe vi aktivt prøver å bekjempe med økte hjelpebestemmelser og aktiviseringsforsøk. Vi vil jo så gjerne ha disse ressurssterke menneskene raskt tilbake i funksjon.

For noen vil behandlingsmodeller basert på lettere selvutviklings- eller atferdsprinsipper neppe være tilstrekkelig. Kanskje er det også slik at for stor hjelpeiver og

mestringsbaserte teknikker kan bringe pasient og terapeut på feilspor og noen ganger gjøre vondt verre. Som psykoterapeuter har vi lært å ta de følelsene pasientene påfører oss på alvor. Det betyr at vi må trosse tiltakspresset, lene oss tilbake og forsøke å forstå hva dette kan handle om.

Dette innlegget er ment som en hjelp til å forstå personlighetsdynamikken ved tilstander preget av utbrenthet, utmattelse og tretthet og som en påminnelse om de lengrevarende terapiers betydning. Eksempelene er modifiserte kasuistikker fra en klinisk hverdag.

### Hva er utbrenthet?

Begrepet utbrenthet utgjør ingen diagnostisk kategori. Betegnelsen er omdiskutert og brukes om et spekter av slitenhetstilstander, fra de lette og forbigående til de mer kronisk pregede tretthetstilstandene. Likevel er det visse felles karakteristika. Utbrenthet betegnes gjerne som et syndrom med fysisk og emosjonell utmattelse, redusert selvfølelse, interpersonlig sårbarhet, ofte i form av irritabilitet, samt generelle spennings symptomer. Ved de mer alvorlige tilstandene ses ofte uttalte somatiske plager, og den reduserte selvfølelsen kan ha form av fremmedfølelse eller depersonalisasjon. Det er flere likhetstrekk med depressive tilstander. Det særegne med utbrenthets- og tretthetstilstander er imidlertid at pasientene ofte ikke føler seg deprimerte i klassisk forstand, ikke sjelden vil de benekte tristhet og de er gjerne mer opptatt av fysiske enn av emosjonelle plager. Mange vegrer seg derfor mot å forsøke antidepressiver, og de som prøver, opplever ofte liten effekt.

Tidligere mente man at utbrenthetstilstander særlig rammet mennesker i hjelpeyrker, og søkelyset ble rettet mot karakteristiske trekk ved disse yrkene. Nå brukes begrepet utbrenthet mer generelt og kobles gjerne til tidsåndens effektivitets- og karrierekrav. Forklaringsmodellene har hovedsakelig lagt vekt på ytre forhold som arbeidsmiljø og samfunnsforhold. Etter hvert har man så vidt begynt å skule noe til psykologiske variabler. Hvorfor blir noen mennesker lettere offer for et grådig næringsliv enn andre? Har vi å gjøre med noen individuelle sårbarhetsfaktorer og hvilke kan eventuelt disse være? Dette er det foreløpig forsket lite på og vi mangler dokumentasjon.

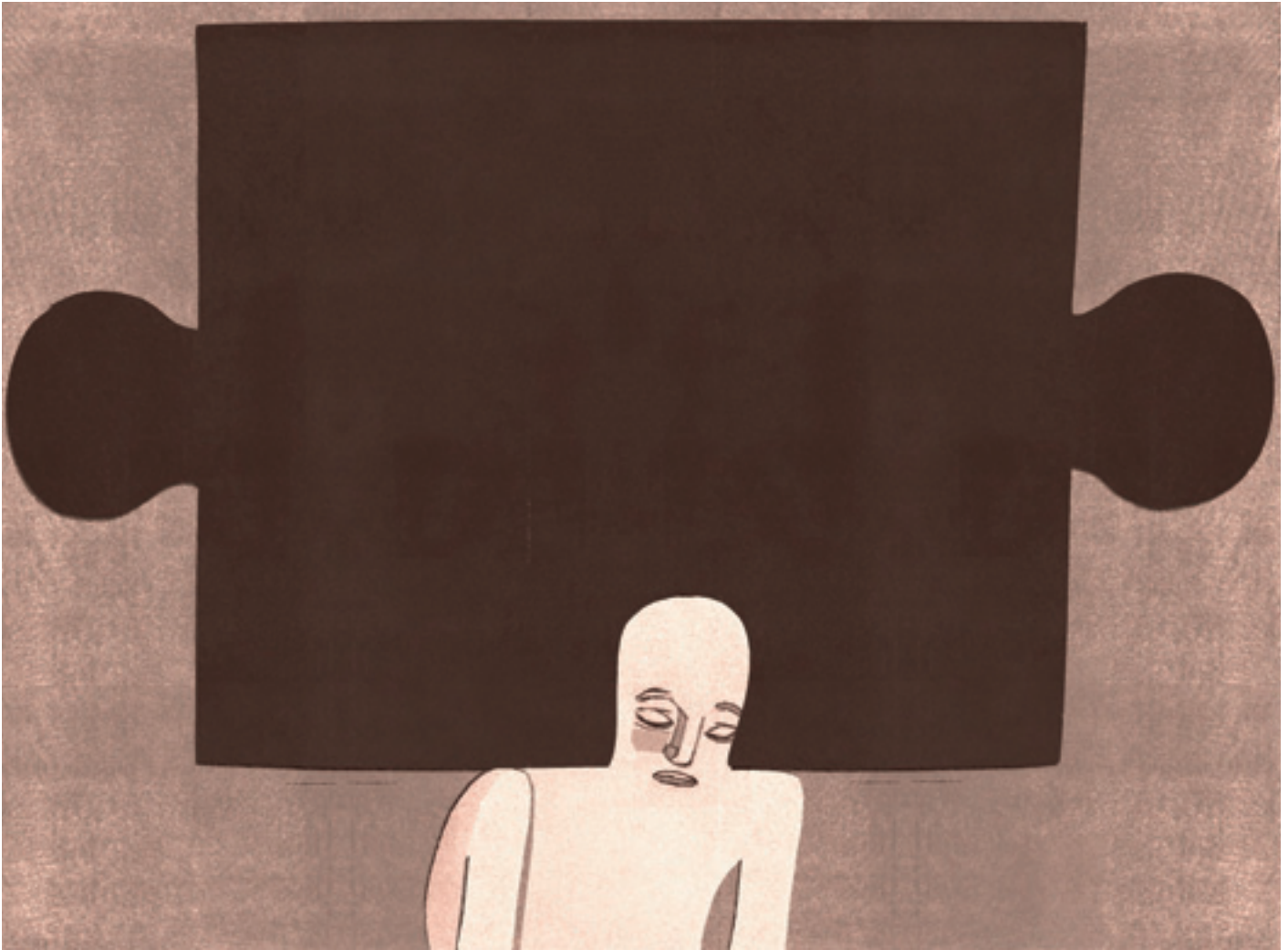
### Vignetter

Kunnskap om tilstandenes utviklingshistorie og psykologiske grunnlag avdekkes i det terapeutiske forløp. Kvalitative studier med teoretisk forståelse av pasienthistorier er av vesentlig verdi. Av slike beskrivelser kan vi få øye på utviklingen av noen karakteristiske psykologiske mestringsmønstre.

*Pasient 1. 40 år gammel kvinne som det siste året har hatt det best når hun kan få slippe alt annet enn å bevege seg mellom soverommet og kjøkkenet i leiligheten sin. Hun har mange vondter, ingen lyster og svært lite ork. Tidligere har arbeidskapasiteten vært upåklagelig. Hun har hatt lederjobber med stort ansvar i tillegg til diverse styreverv og oppdrag. Arbeidsdagen kunne vare fra morgen til midnatt. Noe av det første hun fortalte var en erkjennelse hun kom frem til da hun var sju år, nemlig at det var best å klare seg alene. Hun skaffet seg sin første betalte jobb. Fra da av sendte hun også alle gaver i retur. Hun lever alene, har aldri klart å binde seg godt følelsesmessig til noen, men har hatt noen besettende svermerier. Barndomshistorien fortelles uten dramatik. Selv var hun den aller flinkeste og klarte seg bra. I en bisetning forteller hun at mor var deprimert og at lillesøster tok mye plass. Pasienten er nå meget sliten og forstår ikke hvorfor. Hun kjenner ikke seg selv igjen.*

*Pasient 2. 50 år gammel tidligere nærings-topp som de siste fem årene har gått på tomgang. Faren var streng og moren underlagt hans regime. Mannen lærte seg tidlig å høste anerkjennelse ved sine bragder og gjorde det til gagns, både i arbeidslivet og overfor kvinner. Men ingenting varte. Det ble stadige brudd raskt kompensert med nyvinninger. Etter hvert klarte han ikke å henge med mer. Engasjementet ble borte, men han tviholdt på jobben og ble stadig mer sint. Spenningene satt i kroppen og søvnen uteble. Av og til ville han gråte, men isteden ble det kroniske rykninger i øyemuskulaturen. Etter hvert ble han svært utålmodig. Men deprimert var han så visst ikke.*

*Pasient 3. 38 år gammel kvinne som avskyr tanken på egne barn og for lengst har avskrevet kjærlighetslivet. Hun er topputdannet innen informasjonsteknologi og har i mange år iherdig forsøkt å etablere egen bedrift. Ved siden av har hun trent i helsestudio. Fysikken var til å stole på. Gradvis ebbet arbeidskreftene ut. Hun ble uendelig*



Illustrasjon Kari Stai, Patron

*sliten og syk overalt i kroppen. De siste tre årene har hun brukt alle sine krefter på å slåss med helsevesen og trygdeetat. Hun er ganske sint – men helt apatisk. Barndommen var preget av morens alkoholproblemer og emosjonelle ustabilitet. Faren dro. Pasienten måtte ordne opp så godt hun kunne. Dette vil hun absolutt ikke dvele ved. Nå orker hun bare ikke mer.*

### Hvordan forstå?

Pasienter med langvarige utmattelsestilstander har ofte en markert forandring i aktivitetsnivå og selvopplevelse. Ikke sjelden er dette mennesker som tidligere har vært suksessrike med god fremgang og betydelig selvsikkerhet. Bak en tilsynelatende rask dekompenisering ser vi imidlertid ofte et lengre forløp preget av intense forsøk på mestring, til tross for signaler om slitenhet. I det terapeutiske forløp avdekkes gjerne en identitet dannet på grunnlag av prestasjoner. Engasjementet er ofte betydelig overdrevet i en søken etter bekreftelse og anerkjennelse. Avmakten er tilsvarende sterk når bestrebelsene ikke lenger lykkes. Denne avmektigheten kan kjennes uforståelig tung og pasienten føler seg fremmed

overfor seg selv. Som terapeuter står vi overfor depersonalisering, avmakt og navnløs tyngde. Hvordan kan vi teoretisk forstå slike fenomener?

Jeg finner viktige bidrag innen relasjonsorientert psykoanalytisk litteratur. Ut fra disse teoriene forstår man menneskets kontaktlengsel og relasjonsbehov som den primære drivkraft. Mennesket søker tilknytning, tilhørighet og sammenheng. Omgivelsenes mulighet for tilfredsstillende av disse behovene danner grunnlaget for ulike mestringmåter eller tilknytningsmønstre. Kvaliteten på den tidlige kontakten mellom barnet og omsorgsgiver former selvopplevelsen. Barnelegen og psykoanalytikerens Donald Winnicott (1896–1971) var opptatt av det lille barnets behov for spontan og umiddelbar bekreftelse, speling og anerkjennelse på egen eksistens (1, 2). Han skjelnnet mellom det sanne og det falske selvet og beskrev hvordan barnet tilpasser seg omsorgsgiver ved å prestere for å bli bekreftet der umiddelbar positiv respons mangler. Det falske selvet er basert på andres forventninger og holdes i live gjennom å tilfredsstillende andre. Fordi behovet

for bekreftelse er så sterkt innstiller barnet seg raskt på omgivelsenes muligheter. Dette kan fungere godt. Barnet opplever seg ivaretatt og tilhørende og har som voksen ofte en god beskrivelse av egen barndom.

Psykoanalytikerens Alice Miller (f. 1923) gir en tankevekkende beskrivelse av disse flinke og ansvarsfulle, ja nesten omnipotente barna (3). Hun retter søkelyset mot den bakenforliggende tomheten, fremmedgjøringen fra selvet og tilværelsens meningsløshet, som fremkommer når prestasjonsorientert tilfredsstillende ikke lenger er mulig. Både Winnicott og Miller er opptatt av at mennesker med en slik kompensatorisk selvfølelse ofte ikke forstår sin depresjon eller sin smerte, nettopp fordi de har en opplevelse av å ha hatt det bra. Det finnes intet traume eller noen åpenbar historie å knytte de vanskelige følelsene til, ingen ord eller begreper å bruke. Tristheten blir navnløs, uforståelig og gjerne somatisert. Alice Miller kaller det «den hvite sorgen». Den franske psykoanalytikerens André Green (f. 1927) har også beskrevet slike blanke eller hvite psykiske tilstander (4). Han er opptatt av den sterke psykiske investering som kan være rettet inn

mot tidlige erfaringer preget av distanse, som når mor er deprimert. Barnet setter mye inn på å fylle tomrommet, erstatte mangelen. Green tenker seg en avinvestering eller frakobling fra den fjerne moren løst gjennom iherdig kompensering. Denne kompenseringen vil imidlertid aldri kunne bli vellykket når det gjelder å tilfredsstille det relasjonelle savn. Den psykiske konflikten består i at moren faktisk ikke er død selv om det indre morsobjekt er avskrevet. Igjen blir sorgen og savnet uforståelig for pasienten. Green beskriver tilstander som kan utvikles som følge av slik psykologisk avkobling og betegner dem negativ narcissisme. Barnet, som fortsatt har sine ønsker og sitt store behov for oppmerksomhet og beundring, gjør seg selvtilstrekkelig, avskriver relasjonelle og emosjonelle behov og prøver å skape en eksistens på annet grunnlag.

I lys av disse teoretiske bidragene kan vi forstå noen av de psykologiske mekanismene bak en utbrenthets- eller tretthetsreaksjon som en kompensatorisk tilpasning i forhold til et tidlig savn på det relasjonelle området.

### Tilknytning og krenkelse

Et sentralt bidrag for en ytterligere forståelse av psykologisk tilpasning er tilknytningsteoriene. Disse har sitt utspring i psykoanalytiker John Bowlbys (1907–90) evolusjonslære, der han beskriver spedbarnets predisponerte atferdsmønstre for sikring av nødvendig tilknytning, en forutsetning for overlevelse (5). Den tidlige tilknytningserfaringen danner grunnlaget for kognitiv og sosial utvikling, dvs. barnets

begreps- og meningsdanning, attribueringsmønster og relasjonsbestrebelse. Bowlby beskriver hvordan tap av tilknytningsobjektet etter en periode med aktiv reaksjon går over i apati. Ser vi tilknytningsbestrebelsene rettet mot arbeid og ytelser for andre, kan vi ut fra dette perspektivet forstå både den energiske innsats og det omfattende energitap.

Ut fra disse teoriene kan vi bedre forstå tyngden, fremmedfølelsen, meningstapet og utmattelsen som kan prege disse tilstandene. Vi kan forstå den ikke-erkjente sorgen, det somatiske fokus og vanskelighetene med å mobilisere krefter igjen for å komme i funksjon. Vi kan også forstå hvorfor råd om å satse på det sosiale liv ofte er enklere sagt enn gjort.

Ved mer alvorlige former for utbrenthet er det lite som skal til for å krenke pasienten. Et enkelt, velmenende spørsmål eller råd oppfattes lett som en uoverkommelig forventning med irritabilitet og ytterligere motløshet til følge. Toleransegrensen for krav og forventninger kan være slående lav. Behandlingstilnærminger basert på atferds- og løsningsfokuserte teknikker kan derfor noen ganger falle meget uheldig ut. Det paradoksale ved en slik tilnærming er jo at mestring, trening og effektivitet, som for mange av disse pasientene nettopp har medført uføre, igjen blir midlet. Pasienten tilbys det samme som han kan fra før.

Ekstra belastende er ofte trygdekontorets stadige spørsmål om utsikt til bedring og

forventing om remisjon etter fastsatte tidsfrister knyttet til de ulike trygdeytelser. Dette kan bli et mas som fanger pasient og behandler i en lite konstruktiv dialog. Ofte kan signal fra behandler om at det ikke haster med bedring, at vi forventer at dette vil ta tid og at midlertidig uføretrygd kan være en mulighet, gi den åpning som skal til for å komme i dialog.

### Avslutning

Jeg har her forsøkt å gi et bidrag til en mer nyansert forståelse av utbrenthet. Noen pasienter trenger tid for å kunne modifisere uhensiktsmessige mestringsmønstre, og en terapeutisk tilnærming som gir mulighet for å knytte seg til noen og kjenne tilhørighet på andre premisser enn tidligere. Ved repetisjon av allerede godt innlærte teknikker kan man nok oppleve symptomlette, men tilstanden vil ha en tendens til å komme tilbake igjen. Noen ganger er bruk av tid effektivt.

### Litteratur

1. Winnicott DW. The maturational processes and the facilitating environment. New York: International Press, 1965.
2. Winnicott DW. Playing and reality. Middelsex: Penguin, 1971.
3. Miller A. Barneskjebner. Oslo: Gyldendal, 1980.
4. Green A. Life narcissism, death narcissism. London: Free Association Books, 2001.
5. Bowlby J. Attachment and loss. New York: Basic Books, 1969–80.

*Manuskriptet ble mottatt 8.7.2005 og godkjent 5.10.2006. Medisinsk redaktør Erlend Hem.*