

Kasusstudie: Ansvarsfrihet som behandling av overbelastningsforårsaket kronisk utmattelse (OKU)

Rune Karlson, psykologspesialist, Karlson Psykologene, Stavanger

Sammendrag

Erfaring fra vår klinikk har konsekvent pekt i retning av overbelastningsforårsaket kronisk utmattelse (OKU) som egen form for CFS/ME. Behandlingstilnærmingen som presenteres og illustreres med kasuistikk i denne artikkelen er basert på en teori om at OKU ikke er et psykisk problem, men oppstår som følge av ikke bærekraftig bruk av hjernen som fysiologisk organ, og kan kureres ved å legge til rette for en midlertidig livssituasjon preget av profesjonell og privat ansvarsfrihet. En 34 år gammel kvinne tok kontakt på grunn av tegn på utmattelse, og OKU ble diagnostisert. En fire ukers periode med optimal ansvarsfrihet ble iverksatt og førte til vesentlig bedring, men hun ble likevel vurdert som delvis utmattet. Hun gjennomførte deretter en ny periode med optimal ansvarsfrihet på i underkant av tre uker, og etter denne perioden ble hun vurdert som normalt fungerende. Dette er i tråd med vår gjennomgående erfaring med effekten av ansvarsfrihet som behandling av OKU, og illustrerer viktigheten av at personer med denne typen utmattelse blir identifisert og mottar hensiktsmessig behandling.

Innledning

Erfaring fra vår klinikk i Stavanger har i lang tid pekt i retning av at kronisk utmattelse som følge av overbelastning (i det videre referert til som OKU) er en distinkt type CFS/ME som ikke er psykisk betinget, og som, i motsetning til gjeldende oppfatning (e.g. Helsedirektoratets Nasjonale veileder, 2015), kan kureres.

Tegn/symptomer på OKU er i stor grad overlappende med det som generelt kjennetegner CFS/ME (e.g. Carruthers et al., 2003). Ved siden av vedvarende fysisk og mental slitenhet/fatigue som vesentlig reduserer aktivitetsnivå, påfallende tap av fysisk og mental utholdenhet og økning av ulike tegn/symptomer etter aktiviteter som ikke normalt ville ha slike konsekvenser, kognitive problemer, økt emosjonell reaktivitet, muskel- og leddsmerter, hodeverk, kvalme, feberfølelse, sykdomsfølelse, sår hals og overfølsomhet for kulde og varme, for å nevne noen av de vanligste tegnene, peker vår erfaring i retning av at personer med OKU i all hovedsak plages

av lyd- heller enn av lysømfintlighet, og at svimmelhet oppstår uavhengig av ortostatisk hypertensjon (i.e. stillingsbetinget lavt blodtrykk).

For å gjennomføre en mest mulig presis diagnostisk vurdering, og for å skille personer med OKU fra personer med andre typer CFS/ME, er et grundig klinisk intervju med fokus på den totale livssituasjonen i tidsperioden som ledet frem til utmattelsen nødvendig. Dersom andre mulige årsaker til den abnormale utmattelsen er utelukket (e.g. fysiske eller psykiske sykdommer, eksponering for miljøgifter, infeksjoner og annet), ekstraordinær privat og/eller profesjonell overbelastning har preget livssituasjonen frem til hel eller delvis sykmelding, og de karakteristiske tegnene på CFS/ME er til stede, kan det fremsettes en diagnostisk hypotese om OKU.

Vi erfarer at det er ansvar for andre mennesker, og særlig barn, på private og/eller profesjonelle arenaer, som i majoriteten av tilfeller utgjør belastningen som fører til OKU. Samfunnets etiske og juridiske krav til personer som oppdrar, underviser, følger opp, og behandler barn og ungdom, har skjerpet seg betydelig de siste to tiårene, med det som konsekvens at ansvarsbyrden har økt markant for foreldre, personell i barnehager, lærere, og helseprofesjonelle, for å nevne noen. Lignende endring har også funnet sted i måten samfunnet behandler andre rettighetsgrupper, og tilsvarende situasjon kjennetegner også land vi kan sammenligne oss med. I USA utstedte helsedirektøren nylig en alvorlig bekymring for helsesituasjonen til amerikanske foreldre som følge av belastningen knyttet til oppfølging av barn (*Parents under Pressure*, 2024).

Effekten av denne gradvise, men både vesentlige og hurtige endringen, har det siste drøye tiåret blitt ytterligere aksentuert av en gjennomgripende digital tilgjengelighet som følge av smarttelefoner og andre enheter med tilhørende sosiale apper.

Metode og kasus

Til grunn for behandlingstilnærmingen som presenteres i denne artikkelen, ligger en teori om at det er hjernen, som fysiologisk organ, som er destruktivt påvirket i OKU. Teorien - utviklet av psykologspesialist Rune Karlson - forstår OKU som konsekvensen av en pågående og vedvarende livssituasjon der ansvarsbyrden i døgnets våkne timer er for stor til at hjernen i de sovende timene kan gjennomføre *hele* reparasjons- og vedlikeholdsjobben som er nødvendig for

at den skal kunne opprettholde et 100% funksjonsnivå. Når en slik ikke bærekraftig bruk av hjernen gjentar seg døgn etter døgn, akkumuleres gradvis et underskudd av nødvendig reparasjon og vedlikehold, den fysiologiske tilstanden til hjernen forringes og dens funksjonsnivå synker med ulike symptomer/tegn på CFS/ME som konsekvens. Den aktuelle teorien har som premiss at hjernen må fullføre *hele* reparasjons- og vedlikeholdsjobben fra døgn til døgn for å kunne opprettholde optimal fungering.

OKU forstås følgelig som en tilstand som til en viss grad er analog til søvndeprivasjon, der hjernens reparasjons- og vedlikeholdsvirksomhet – som kun kan skje i sovende tilstand – blir frustrert (e.g. Carlson, 1991). En rekke studier har vist at etter flere døgn søvndeprivasjon faller hjernens funksjonsnivå mens ulike former for ubehag og problemer tiltar (e.g. Morris, Williams og Lubin, 1960) som i stor grad tilsvarer plagene som gjør seg gjeldende hos personer med OKU, og at selv sterk motivasjon er ikke lenger nok til at vesentlig søvndepriverte personer klarer å utføre innlærte oppgaver (Horne og Pettitt, 1985).

Selv om hjernen, både i en søvndeprivert tilstand og i en OKU, trenger å utføre vedlikeholds- og reparasjonsarbeid for å komme tilbake til et optimalt funksjonsnivå, er adekvat eller til og med stort søvnvolum langt fra tilstrekkelig for å komme ut av en OKU. Vår kliniske erfaring har konsekvent pekt i retning av at den kurative ingrediensen i behandling av OKU er ansvarsfrihet i løpet av døgnets våkne timer, og de siste årene har vi sett mange personer komme tilbake til full deltakelse i privat- og/eller arbeidsliv etter behandlingstilnærmingen som presenteres i denne artikkelen.

Ansvarsfrihet er ikke det samme som ansvarsløshet eller ansvarsfraskrivelse, men innebærer at den utmattede personen i en periode - i samarbeid med arbeidsgiver, familie og sosialt nettverk - helt fjerner seg fra ansvar på, og kontakt med, den profesjonelle arena, og også i omfattende grad distanserer seg fra ansvar for andre mennesker på den privat og familiære arena, særlig den nærmeste familie. Teorien predikerer at en vedvarende livssituasjon preget av høy grad av ansvarsfrihet gir hjernen mulighet til å stegvis – natt etter natt – ta igjen den reparasjons- og vedlikeholdsjobben som har akkumulert seg etter tiden med den ikke bærekraftige livssituasjonen som førte til utmattelsen.

Kasus

I slutten av mai 2024 tok en 34 år gammel gift kvinne uten barn kontakt med vår klinikk i Stavanger etter at hun hadde vært sykmeldt fra sin jobb som lege i et år.

Hun forteller at *Under pandemien hadde jeg stor vaktbelastning på grunn av mye sykefravær i kollegiet. Etter pandemien var over og jeg hadde ny jobb, fortsatte jeg å arbeide så mye som 65 timer i uken i høyt tempo. Jeg var sliten i forkant, men fra mars til mai 2023 kjente jeg meg stadig mer utmattet, og kunne være like ferdig etter en rolig helg med mye søvn. Jeg strevde med elendig korttidshukommelse, liten kapasitet til konsentrasjon og oppmerksomhet, uforståelig slitenhet i beina, influensafølelse og verk i hele kroppen. I midten av mai ble jeg sendt til legen av min leder fordi jeg ikke klarte selv lette arbeidsoppgaver.*

Hun var fullt sykmeldt frem til begynnelsen av september 2023, da hun, på grunn av en viss bedring og i samråd med sin fastlege, begynte opptrapping på jobb: *Jeg hadde økt gradvis, men ble mer og mer sliten frem mot slutten av året og på vei opp mot 50% jobbtilstedeværelse. I februar 24 var jeg helt ferdig etter bare noen timer på jobb, hodeverk plaget meg nesten kontinuerlig og hele kroppen verket. Hodet hang ikke med lenger og det var som et slør hadde blitt drapert over øynene mine. Jeg gråt mange ganger hver dag og var fortvilet fordi det gradvis gikk opp for meg at jeg ikke kunne fortsette på denne måten.*

Etter en diagnostisk vurdering ble det fremsatt en hypotese om OKU, og kvinnen ble anbefalt å iverksette en unntakstilstand over fem uker. *Unntakstilstand* er et begrep vi bruker for å benevne en avgrenset tidsperiode med ekstraordinært høy grad av frihet fra ansvar for andre mennesker. En optimal unntakstilstand innebærer å ikke ha fysisk og digital kontakt med andre mennesker og spesielt nærmeste familie over en periode på fra fem til åtte uker, og å være lokalisert borte fra hjemmet.

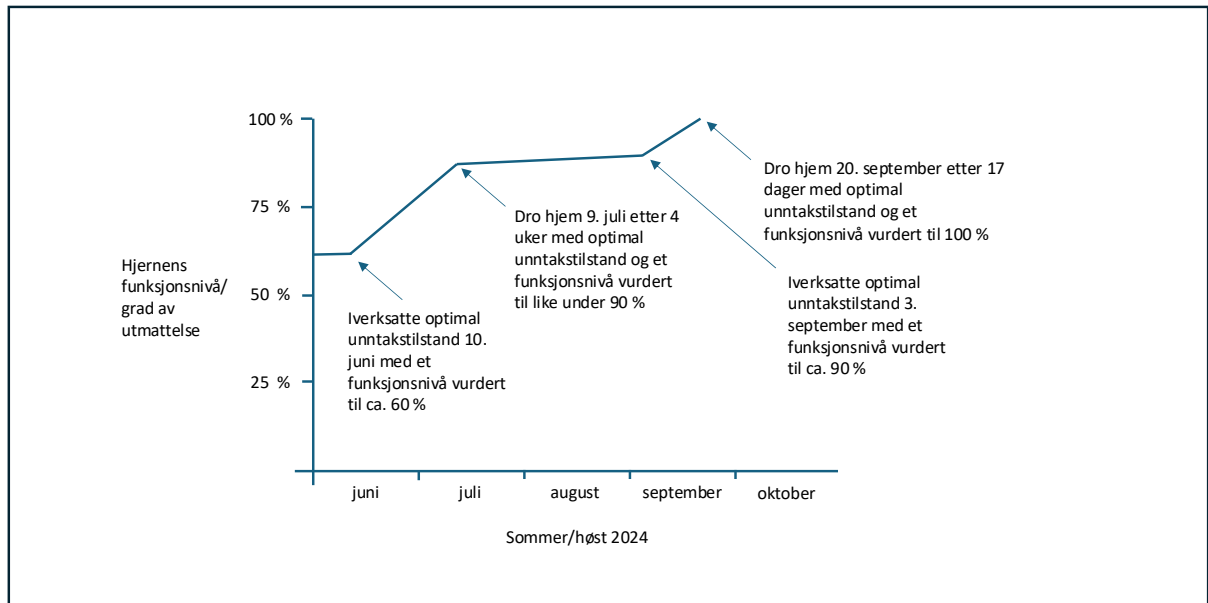
I en videokonsultasjon 27. juni fortalte klienten at hun, i samråd med sin mann, hadde forberedt et opphold på en hytte tre timers bilkjøring fra deres hjem: *Jeg reiste til hytta 10. juni og kom frem med verk i kroppen, hodeverk og var dønn sliten etter å ha reist med tog og handlet mat. Jeg var glad for at jeg nå kunne koble helt av, men kjente også på uro og spenning over å skulle være så mye alene, og i en slik ro i fire uker. De første dagene var verst, og etter to døgn kjente*

jeg for alvor hvor sliten jeg egentlig var. Jeg sov åtte til ti timer hvert døgn, og enkelte dager lå jeg i sengen helt frem til klokken elleve og slappet av på morgenen før jeg stod opp. Den 17. juni, etter en uke på hytta, hadde jeg ikke lenger kontinuerlig verk i kroppen og stramhet i brystet, og kjente meg bedre enn på en god stund. Noen dager senere sov jeg opp til ti og en halv time og våknet ofte så sent som klokken halv elleve på morgenen. Jeg hvilte mye bedre da enn i de første dagene. Den 24. juni kjente meg bedre og mer hjemme i kroppen min enn på lenge, og hodet kjentes stadig klarere.

Den vesentlige fremgangen hun hadde i løpet av de fire ukene på hytta fra 10. juni til 9. juli ble etterfulgt av en periode hjemme uten nevneverdig fremgang i perioden fra 10. juli og frem til slutten av august. I denne perioden hadde hun gjenopptatt sosialt ansvar i form av i samvær med sin mann, venner og familie, i tillegg til at hun så smått hadde begynt å trene. Hun ble følgelig anbefalt en ny periode på tre uker med optimal ansvarsfrihet for å fortsette fremgangen.

I en videokonsultasjon 8. september fortalte hun at hun hadde kjørt til hytta alene tirsdag 3. september og gjenopptatt en unntakstilstand med samme kvalitet som den i begynnelsen av sommeren, uten fysisk og digital kontakt med andre mennesker, hennes mann inkludert. Hun dro hjem etter 17 dager og fortalte i påfølgende videokonsultasjon 27. september at hun på tidspunkt for hjemreise følte seg helt som seg selv igjen. Hun ble vurdert å ha vært ute av OKU den 20. september.

Hun begynte opptrapping med 40 % jobbtilstedeværelse i begynnelsen av oktober med to hele dager hver uke, og i slutten av november hadde hun en jobbtilstedeværelse på 80 %. 16. desember 2024 var hun tilbake i 100 % jobb og hadde gjenopptatt et alminnelig privatliv der hun kunne trene på en måte tilsvarende det som kjennetegnet livet hennes før utmattelsen.



Figur 1: Kvinnens bedringskurve fra 10. juni til 20. september 2024

Skala for vurdering av nivå av OKU

100 % funksjonsnivå: Alle aktiviteter har status som, eller har gjenvunnet sin tidligere status som, gjennomførbare for hjernen. Full jobbtilstedeværelse, eller opptrapping på jobb, er mer eller mindre uproblematisk. Kapasitet til å ta vare på andre, som barn, andre familiemedlemmer, kolleger og venner er intakt. Kognisjon, som korttidshukommelse, konsentrasjon og oppmerksomhet fungerer uhindret og lett. Tretthet etter deltakelse i arbeid og privatliv restitueres av hjernen under søvn, og tegn/symptom på utmattelse er fraværende.

75 % funksjonsnivå: Enkle aktiviteter har status som gjennomførbare, men fører likevel til uvanlig slitenhet fysisk og mentalt. Dette betyr at for eksempel det å dusje daglig og å vaske håret annenhver dag gjennomføres med en viss grad av slitenhet i etterkant, og at tidsavgrenset enkelt husarbeid er gjennomførbart, men ikke mer enn i noen minutter om gangen. Det er mulig å gå korte og langsomme turer. Energiforbruket oppleves som svekket. Motivasjon for å ta vare på andre, som barn og andre familiemedlemmer, er redusert, og etter kort tid protesterer hjernen med for eksempel hjernetåke, svimmelhet, hodeverk, lett kvalme eller sykdomsfølelse. Under ansvarsfrihet fungerer kognisjon - som korttidshukommelse, konsentrasjon og oppmerksomhet - moderat.

50 % funksjonsnivå: Å gjennomføre relativt enkle aktiviteter oppleves som utenkelige og uoverkommelig, men personen er i stand til å ta ansvar for grunnleggende personlig hygiene og næringsinntak. Kapasitet for å ta vare på andre, også barn og andre familiemedlemmer, er sterkt svekket eller borte. Store deler av døgnet består av å ligge i sengen, og den utmattede personen er svært lydømfintlig. Noen opplever også andre typer sensorisk ømfintlighet. Det er vanskelig å tenke klart og som regel umulig å konsentrere seg. Hjernetåke, svimmelhet, hodeverk, lett kvalme, sykdomsfølelse og andre tegn/symptomer på utmattelse preger mesteparten av tiden i våken tilstand. Opplevelsen av å være sliten er gjennomgripende, og søvn restituerer ikke.

Diskusjon

Den største utfordringen i klinisk arbeid med OKU er å få den berørte personen til å iverksette en unntakstilstand med høy grad av ansvarsfrihet over tilstrekkelig lang nok tid. En av de viktigste årsakene til dette er at de tiltakene som skal til for å skape en god unntakstilstand ofte oppleves som kontraintuitive og misforståes som kontraproduktive av både helseprofesjonelle, representanter for NAV, det familiære og sosiale nettverket til den berørte personen, og av og til også av personen selv. Særlig kjennes det feil for mødre å ikke skulle ha kontakt med sine barn i flere uker. Å iverksette og gjennomføre en unntakstilstand preget av tilstrekkelig grad av ansvarsfrihet er også utfordrende fordi det som regel fører til fra lett til moderat psykologisk ubehag som, til tross for at det ikke reduserer hjernens utbytte av, kan være krevende å holde ut.

Vår kliniske erfaring peker i retning av at det er svært lett å opprettholde en OKU uavhengig av hvor mye fremgang som er oppnådd, slik kvinnen presentert i denne artikkelen gjorde mellom 10. juli og 3. september. Fremgang ser ut til å være mer eller mindre direkte knyttet til grad av ansvarsfrihet, slik at personer som arbeider med å øke ansvarsfrihet under samlokalisering med sin familie kan bruke mellom 6 og 18 måneder på å komme seg ut av utmattelsen. En unntakstilstand preget av optimal ansvarsfrihet borte fra, og uten digital eller fysisk kontakt med, familie, sosialt nettverk og andre, slik kvinnen presentert i denne artikkelen gjennomførte, kurerer OKU på mellom 5 og 10 uker.

Det faktum at kvinnen som presenteres i denne artikkelen ikke har barn gjorde at hun lettere kunne gjennomføre et opphold borte fra hjemmet, men vi ser at mødre som gjennomfører opphold borte fra barn og familie uten digital eller fysisk kontakt med noen under oppholdet, har lignende fremgang som vist i dette kasuset. Savn, dårlig samvittighet og annet lettere til moderat psykisk ubehag, later ikke til å føre til at utbyttet av optimal ansvarsfrihet reduseres.

Personer som gjennomfører en unntakstilstand kan ha utbytte av psykologbistand dersom fokus for denne oppfølgingen er hvordan ansvarsfrihet kan optimaliseres, hvordan personen kan forstå egne psykologiske reaksjoner på relativ sosial isolasjon og på generell psykologisk støtte.

OKU er en livskrise av omfattende proporsjoner som har en tendens til å føre til økt grad av bevissthet om behovet for å fortsette livet med en større grad av respekt for egne grenser. I tillegg fører denne typen utmattelse til økt sensitivitet for signaler fra hjernen. Kvinnen som presenteres i denne artikkelen fortalte om bevisstgjørende kognisjon i løpet av de første ukene av unntakstilstanden, og i senere konsultasjoner ga hun uttrykk for tanker hun hadde gjort seg om hva hun måtte gjøre annerledes etterpå. Hun la konkrete planer for å sette grenser for seg selv og slik ta bedre vare på hjernen i fremtidige private og profesjonelle livssituasjoner. Dette er svært vanlig for personer som er på vei ut av en OKU, og dersom denne typen bevissthetsdannende kognisjon bistås av helseprofesjonelle innenfor rammene av en optimal unntakstilstand er det ikke til hinder for fremgang. Slikt endringsarbeid i samarbeid med helseprofesjonelle kan også med fordel fortsette under opptrapping på jobb for å minimere risiko for et senere ikke bærekraftig bruk av hjernen.

Vi ser at helseprofesjonelle gjennomgående gir råd og behandling som opprettholder og/eller forverrer OKU. Eksempler på dette er ulike stressmestringstiltak, psykoterapi og fysiske treningsprogram som bidrar til å øke ansvarsinnholdet i livssituasjonen med det som resultat at utmattelsen fortsetter og bedring uteblir. OKU kureres av ansvarsfrihet, ikke stressmestring. Fordi denne typen utmattelse i dag rammer mange er det svært viktig at helseprofesjonelle gir produktive råd som bidrar til at personer med denne typen utmattelse forstår hvordan de kan nyttiggjøre seg sykmelding på en måte som gjør at fraværet fra jobb og den destruktive effekten på privatliv minimeres.

Litteraturliste

- Carlson, N. R. *Physiology of Behavior*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 1991.
- Carruthers, B. M., Jain, A. K., De Meirleir, K. L., Peterson, D. L., Klimas, N. G., Lerner, A. M., ... van de Sande, M. I. (2003). Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Clinical Working Case Definition, Diagnostic and Treatment Protocols. *Journal Of Chronic Fatigue Syndrome*, 11(1), 7–115.
- Horne, J. A., og Pettitt, A.N. High incentive effects on vigilance performance during 72 hours of total sleep deprivation. *Acta Physiologica*, 1985, 58, 123-139. og Pettitt, 1985.
- Nasjonal veileder. *Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg*. 2014. NHI.no.

Parents Under Pressure: The U.S. Surgeon General's Advisory on the Mental Health & Well-Being of Parents, 2024. HHS.gov.

Morris, G.O., Williams, H.L., og Lubin, A. Misperception and disorientation during sleep deprivation. *Archives of General Psychiatry*, 1960, 2, 247-254.