

Giacomo d'Elia, professor emeritus i psykiatri, leg psykoterapeut (kognitiv), Center för kognitiv psykoterapi i Linköping (gidelia@telia.com)

Kroniskt trötthetssyndrom i kognitivt perspektiv

En behandlingsmodell

■ När en person drabbas av långvarig och funktionsnedsättande trötthet, utan att medicinsk utredning kan påvisa synbara avvikelser, kan spänningar uppstå mellan den drabbades och sjukvårdens sjukdomshypoteser [1].

I artikeln »Speciell patient-läkarrelation vid kroniskt trötthetssyndrom« presenterar en socialantropolog och en infektionsläkare en samarbetsmodell med patienter som lider av kronisk trötthet som inte låter sig förklaras av patologiska fynd [2]. Modellen omfattar en bekräftelse av patientens »omätbara lidande«, en legitimering av patientens tillstånd med en officiellt erkänd diagnos, ett strukturerat informationsprogram och betoning av behandlingen som ett gemensamt arbete.

Modellen har likheter med den behandlingsuppläggning som kognitiva beteendeterapeuter har utvecklat utifrån kognitiv teori och som har visat sig vara framgångsrik i en serie kontrollerade studier [3-6].

Syftet med denna artikel är att ge en summarisk beskrivning av den praktiska tillämpningen av kognitiv terapi för kroniskt trötthetssyndrom (KTS).

Syndromets historik, epidemiologi, symptomatologi, diagnostik, differentialdiagnos, patofysiologi, behandlingsalternativ och behandlingseffekter är utförligt beskrivna i tidigare skrifter [3-16].

Kronisk trötthet som syndrom

»Kroniskt trötthetssyndrom karakteriseras av uttalad trötthet under minst sex månader, tillsammans med betydande funktionsnedsättning. Tillståndet förklaras inte av kända organiska sjukdomar. Olika etiologiska hypoteser har föreslagits, såsom kronisk viral infektion, dysfunktion i det immunologiska systemet, neuroendokrina störningar, depression, men dessa hypoteser förblir kontroversiella« [17] (Fakta 1).

Patientens beskrivning av symtomen utgör underlaget för diagnosen. Utöver långvarig trötthet baseras diagnosen på förekomsten av minst fyra av följande symtom och på en varaktighet av minst sex månader [18]

- försämring av korttidsminne och koncentrationsförmåga av sådan grad att tydlig försämring av tidigare aktiviteter föreligger
- återkommande halsont

Sammanfattat



Den kognitiva behandlingsmodellen för kroniskt trötthetssyndrom (KTS) utgår från en multifaktoriell etiologisk hypotes, men hävdar att kognitiva och känslomässiga faktorer kan förlänga och förvärra patientens symtom och lidande.

Modellen antar att personer som lider av KTS har en tendens att selektivt uppmärksamma och tolka trötthetssymtom som tecken på underliggande fysisk åkomma.

Tilliten till terapeuten byggs upp kring en öppen, bekräftande, samarbetande och mer jämbördig dialog. Terapeuten och patienten riktar uppmärksamheten mot grundläggande attityder och mot negativa tankar/mentala bilder som rör symtom/sjukdom. I sokratisk anda eftersträvar man att frilägga dessa och göra dem tillgängliga för eftertanken.

Hand i hand med det självreflekterande tankearbetet går graderade »beteendeinterventioner«, dvs beteendeförändringar som motsäger negativa förväntningar och syftar till att motivera till ökad fysisk aktivitet.

- ömma lymfkörtlar på halsen eller i armhålor
- lindrig muskelvärk
- ledvärk i flera leder
- huvudvärk
- vaknar outsövd
- efter ansträngning sjukdomskänsla som varar mera än 24 timmar.

Syndromet förekommer sällan i sin rena form. Vanligare är

II Fakta 1

Faktorer som anses vara av patogen betydelse

Somatiska faktorer

- fysisk ansträngning
- maskerad depression
- reaktivering av latenta infektioner
- kronisk viral infektion
- metaboliska störningar
- endokrina störningar
- immunologiska störningar
- förändringar i autonoma nervsystemet
- hypotalamisk dysfunktion

Psykosociala faktorer

- konflikt mellan ambition och förmåga
- somatisering av psykosociala konflikter
- ett försök att bevara en positiv självbild
- ett alibi för bristfälligt självförtroende
- dysfunktionella »grundantaganden«

att i sjukdomsbilden ingår symtom typiska för fibromyalgi, irritabel kolon och kemisk allergi [5, 19, 20].

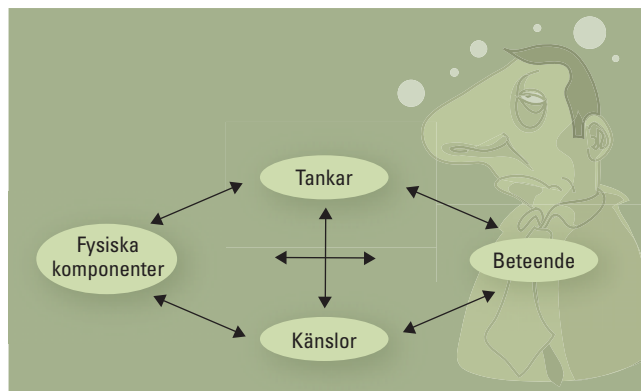
Kronisk trötthet som symtom

Den kognitiva modellen beskriver symtomet trötthet som ett nätverk av flera samverkande faktorer (Figur 1):

- **Känslor.** Den dominerande känslan är frustration, en blandning av sorg, saknad (av förlorad förmåga) och ilska (för att symtomen hindrar uppnåendet av egna mål, fångar individen i ett tillstånd av otillräcklighet).
- **Fysiska faktorer.** Led-, muskel- och huvudvärk utgör en substantiell del av syndromet [4]. Patienter visar normal muskelfysiologi före och efter fysisk aktivitet, men graden av upplevd ansträngning har visat sig vara signifikant större i förhållande till hjärtfrekvensen [4].
- **Beteende.** Patienter med KTS reagerar på tröttheten och på tankar om otillräcklighet genom att reducera aktivitet och undvika fysiska ansträngningar. Vilan blir den dominerande kompensatoriska beteendestrategin. Den i sin tur kan successivt leda till nedsatt fysisk prestationsförmåga. Individen fångas i en ond cirkel: trötthet – nedsatt aktivitet – sämre fysisk förmåga – trötthet, som underhåller och förlänger besvären. Nedsatt aktivitet kan innebära minskade sociala kontakter och ökad isolering. För terapeuten är det därför viktigt att avbryta denna onda cirkel. I beteendemönstret ingår att patienten söker medicinsk hjälp för att få förklaring till symtomen och symtomlindring. Många patienter beskriver perioder av arbetsrelaterad stress eller av personliga bekymmer innan sjukdomen debuterar och tar ett långvarigt förlopp. Patienter kan även beskriva korta perioder av hyperaktivitet [3].
- **Tankar.** Fyra kognitiva grundbegrepp som beskriver trötthetens tankemässiga sida behandlas i det följande avsnittet.

Trötthetens kognitiva aspekter

Den kognitiva apparaten kan beskrivas som bestående av fyra koncentriska områden. Innerst ligger en kärna av grundläggande attityder/övertygelser som i schematisk form beskriver den egna personen och omvärlden, till exempel den bild som



Figur 1. Trötthetens nätverk.

individen har skapat av sig själv och av sin sjukdom och dess orsaker. En person som lider av KTS kan ofta ha en kärna av negativa värderingar om sig själv: »Jag är sårbar. Jag är kraftlös. Alla andra är starka och friska. Ingen förstår hur jag har det.« Omkring kärnan ligger en krans av förhållnings- eller beteenderegler. Till exempel: »Jag måste vara säker på att det inte är något kroppsligt fel. Alla prov måste vara helt normala, annars är jag inte frisk. Så fort jag känner något, måste jag absolut söka hjälp, annars kan det vara för sent.« I ett yttre område, i medvetandets periferi, ligger en underström av spontana, oreflekterade oцensurerade tankar/föreställningar och mentala bilder. Till exempel: »Hjärtklappning! Tänk om ... Det måste vara något fel med hjärtat!«, eller: »Trött nu igen!« Mentala bilder av sig själv som invaliderad dyker upp i medvetandet.

Ytterst ligger en krans av genomtänkta, resonerande tankar. Till exempel: »Stopp, stopp! Ta det lugnt! Jag har varit på vårdcentralen förra veckan, de hittade inget fel. Jag har känt så här förut, men det har gått över.«

Grundläggande personliga attityder. »Grundantaganden«, personliga egenskaper beskrivna av patienter med KTS, kan vara:

- jag är sårbar
- jag är svag
- jag är utsatt
- jag är känslig för infektioner
- jag är noggrann och pliktrogen
- jag är otillräcklig
- jag är helt maktlös inför min sjukdom.

Medan allmänheten uppfattar psykosociala faktorer och fysisk ansträngning som rimliga förklaringar till tröttheten, tenderar patienter med KTS, och patientorganisationerna, att tolka tröttheten och medföljande symtom som den direkta konsekvensen av någon form av uteslutande fysisk åkomma, och vill ogärna erkänna den patogena rollen av psykosociala faktorer (www.me-cfs.dk, www.aacfs.org, www.me-forening.no, www.meassociation.org.uk, www.rme.nu, www.me-info.nu). Accentuering av tröttheten efter fysisk aktivitet ses ofta som en bekräftelse på att den begränsade energitillgången reduceras ytterligare av aktiviteten. Grundinställningen till sjukdomen kan uttryckas med:

- min trötthet beror på kroppsligt fel/sjukdom
- min trötthet dominerar helt och präglar mitt liv
- ingen förstår sig på mina besvär
- min trötthet beror på en kronisk infektion
- min trötthet beror helt på amalgam.

Beteenderegler. Personliga beteenderegler, eller livsprinciper, kan komma till uttryck i form av självinstruktioner, ver-

ben »måste, skall, bör« beskriver deras imperativa karaktär, eller som villkorliga satser som »om ..., då ...«.

- Man måste vara till lags
- Jag måste vara perfekt
- Jag måste klara mig utan hjälp
- Jag får inte visa att jag är svag
- Jag måste ta det försiktigt
- Om jag visar att jag är ledsen, uppfattas jag som svag
- Om jag inte sover bra varje natt, kan jag inte fungera alls
- Om jag överanstränger mig, kommer jag att må dåligt i flera veckor
- Om jag inte söker hjälp omedelbart, kan det vara för sent.

Automatisk tankeverksamhet. Automatisk tankeverksamhet består av en spontan, självgående, mer eller mindre kontinuerlig underström av tankar och mentala bilder som brukar beskrivas som förmedvetna. Dessa tankar/mentala bilder utgör vår inre dialog, eller en »inre video« som beskriver och kommenterar händelser inom och utanför vår kropp.

Följande exempel kan illustrera vad som menas med automatisk tankeverksamhet. Försök föreställa dig följande: »Klockan är snart 01.30. Jag ligger sömlös i min säng. Sonen, 15 år, hade lovat att vara hemma senast kl 24.00. Tankarna snurrar i mitt huvud. Tänk om det har hänt någonting! Tänk om ...« Mentala bilder av möjliga olyckor dyker upp i medvetandet. Scenariot av en möjlig katastrof tar successivt form. Mina tankar har satt igång min oro, som har satt i gång mera tankar, som har satt i gång mera oro, osv.«

Katastroftankar om hälsotillståndet kan dyka upp i stunder där trötthet, värk, eller andra symtom gör sig speciellt kännbara. Exempel på automatiska tankar/bilder kan vara:

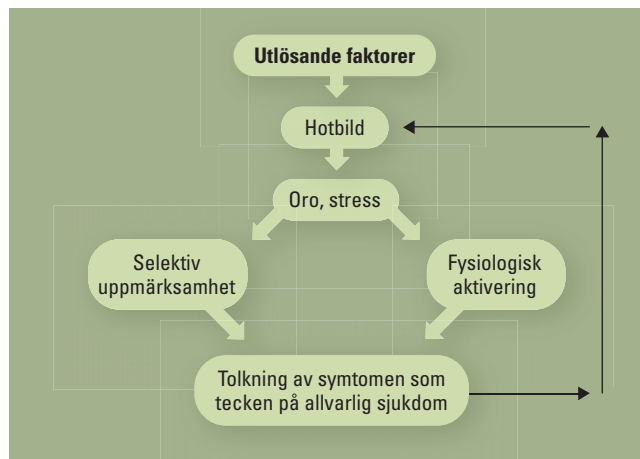
- Nu igen! Hopplöst!
- Kommer det att gå över?
- Hur kommer mitt liv att se ut?
- Kommer jag att kunna försörja mig?
- Kommer hon (partnern) att tröttna på mig?
- En bild av mig själv liggande, invalidiserad, ensam; det måste vara något fel med mig – leukemi? Minnesbilden av modern avliden i leukemi tar plats i medvetandet.

Negativa automatiska tankar tenderar att underhålla ångesten, oron, rädslan, spänningen, hjälplösheten, vilka i sin tur påverkar det allmänna subjektiva tillståndet i negativ riktning. En uppgift för terapeuten är att frilägga dessa ohjälpsamma tankar och göra dem tillgängliga för eftertanke. Att sätta ord på och ventilera negativa tankar anses i sig ha symptomlindrande verkan.

Problemlösande, genomtänkt tankeverksamhet. Ytligast ligger en ring av viljestyrda, intentionella tankar. Fortsätt att föreställa dig sonens uteblivna hemkomst.

Samtidigt som jag i mina tankar/mentala bilder målar upp ett skräckscenariö, försöker jag finna en lösning på problemet och säger till mig själv: »Ta det lugnt nu! Det är inte första gången som ...«, eller: »Vad skall jag göra? Ska jag ringa till sjukhuset, till polisen? Ska jag vänta? Nu ringer jag Anders (sonens skolkamrat). Men var har jag hans telefonnummer?«

Sammanfattningsvis skapar den sårbara självbilden och sjukdomshypoteser negativa förväntningar kring upplevda kroppshändelser (som kan vara obehagliga men inte patologiska). Dessa förväntningar formas i den »inre videon« till spontana automatiska tankar/mentala bilder, katastroftankar/-bilder. Dessa i sin tur väcker ångest och sporrar till hjälp-sökande handlingar. Automatiska tankar kan göras tillgängliga för eftertanke och eventuell omprövning. Det i sin tur le-



Figur 2. Ond cirkel som förvärrar symtomen.

der förhoppningsvis till minskad ångest och till mera ändamålsenligt hjälpbeteende.

En kognitiv modell

»Kognitiv beteendeterapi erbjuder en ny behandlingsstrategi för KTS. Den grundar sig på tanken att inadekvata föreställningar, ineffektiva anpassningsstrategier, negativ sinnesstämning, sociala problem och patofysiologiska processer interagerar med varandra så att sjukdomstillståndet förlängs. Behandlingen syftar till att hjälpa patienten att omvärdera sin sjukdomshypotes och att tillämpa mera effektiva problemlösande strategier« [17].

En grundläggande tanke inom kognitiv psykoterapi är att det inte är symtomen i sig som orsakar lidandet utan tolkningen av dem. Den kognitiva modellen hävdar vidare att

- personliga sjukdomshypoteser inte nödvändigtvis är den primära orsaken till tröttheten, men de kan förlänga och förvärra patientens omätbara lidande
- patienter som lider av kronisk trötthet som inte förklaras av patologiska fynd ofta har en benägenhet att selektivt bevaka kroppsliga signaler på trötthet och att tolka dem som tecken på underliggande kroppslig sjukdom [21]
- överuppmärksamheten och benägenheten att övertolka kroppsliga signaler utgår från en självbild av fysisk sårbarhet, energilöshet, otillräcklighet, inte sällan med överkrav på prestation och perfektionism
- patienter utvecklar olika former av kompensatoriskt beteende (säkerhetsbeteende), främst en reducering av fysisk aktivitet och sökande efter medicinsk hjälp
- terapins strategi är att hjälpa patienten att frilägga, verbalisera och eventuellt ompröva olika former av dysfunktionellt tänkande, och att testa möjliga beteendestrategier att motverka tröttheten.

Patienter fångas i en ond cirkel som tenderar att förlänga sjukdomstillståndet [17].

Såväl biologiska (tillfällig infektion, sämre sömn, överarbete, fysiskt trauma, alkohol, koffein, droger etc) som psykosociala faktorer (t ex förlust, konflikt, starka känslor) kan utlösa trötthet, värk etc som aktiverar hotbilden. Hotbilden i sin tur bildar, genom oro, selektiv uppmärksamhet, fysiologisk aktivering (hjärtklappning, muskelspänningar, värk etc) och »katastroftolkningar«, en ond cirkel som förvärrar och förlänger patientens symtom (Figur 2).

Förberedelser till behandling

Sokratiskt förhållningssätt. En samarbetande, mer jämbördig relation mellan patienten och terapeuten anses i dag vara en

ANNONS

ANNONS

nödvändig förutsättning för terapeutisk framgång. Mera specifikt gäller det att

- terapeuten bekräftar patientens »omätbara lidande«, med återkommande reflektioner och summeringar [22-24]
- terapeuten utgår från patientens hälsohypoteser om sjukdomen, dess natur och orsaker, befarade fysiska, psykologiska och sociala konsekvenser, som underlag för dialog [3].

Samarbetet kan inledas med att patientens tankar om sjukdomen ges legitimitet genom att de inte avvisas som irrationella eller neurotiska. Trovärdigheten blir föremål för en öppen, resonerande dialog, där patientens och vårdens argument granskas och värderas förutsättningslöst [23].

En strategisk karta. En strategisk karta, eller »konceptualisering«, är en översiktsbeskrivning av patientens situation, symtom, kritiska situationer, känslor, beteende, faktorer som lindrar eller förvärrar symtomen. Naturligtvis beskrivs också kognitioner: automatiska tankar, livsprinciper och grundläggande attityder om sig själv, sjukdomen och framtiden.

»Innan vi sätter igång med själva behandlingen, vill jag försöka sätta mig in i din situation och få en bild av den. Det gäller dina besvär, hur de påverkar ditt liv, dina känslor och dina tankar kring sjukdomen och framtiden. Det kan ta två till tre samtal. Under tiden hinner vi också lära känna varandra bättre.«

Terapeuten eftersträvar att göra patienten delaktig i konceptualiseringsarbetet bl a genom att beskriva arbetssättet och efterfråga patientens reaktion på detta.

»Den metod som vi använder kallas kognitiv terapi, som betyder tankemässig. Enligt denna metod är tankar, känslor och kroppsliga symtom, såsom trötthet, olika sidor av samma sak. Ett exempel: När du var som tröttast förra veckan, så tänkte du inom dig: 'Skall jag verkligen leva på detta sätt resten av mitt liv?' Det kändes ganska hopplöst och ledsamt. Tanken hjälpte inte för att känna dig mindre trött. Tvärtom.

De flesta av våra tankar är helt OK, men andra kan göra oss mera ledsna och sårbara. Dessa tankar gör det svårare att leva med tröttheten. Det vi kan göra, du och jag, är att undersöka närmare vilka tankar du får när du känner dig trött och sedan försöka lindra dina känslor och dina symtom genom att resonera om dina tankar. Hur låter det i dina öron?»

Den strategiska kartan underlättar att ge terapin inriktning och mål. Den definierar patientens sårbarhet, i form av dysfunktionella grundantaganden, negativa automatiska tankar och icke ändamålsenligt beteende.

Specifika mål. Att må bättre, bli frisk (friskare), är oprecisa mål. Att orka promenera 3 km två gånger per vecka, att kunna simma en timme en gång per vecka, att sluta arbetsdagen senast kl 17.00, är mera konkret definierade mål.

Behandlingens huvuddel

När samarbetet har börjat ta form under de inledande två till fyra samtalen och en preliminär konceptualisering är färdig inleds behandlingens huvuddel. Man siktar på att arbeta med icke ändamålsenliga tankar och beteenden.

- Utgå från specifik trötthets episod
- Försök vara mera exakt i kommunikationen
- Uppmärksamma negativa automatiska tankar
- Förtydliga sambandet händelsen–känslor–tankar–symtom

- Testa tankens trovärdighet
- Föreslå graderade beteendeförändringar.

Terapeuten utgår från specifika episoder av trötthet. I stället för att diskutera trötthetssymtom i generaliserad form, i obestämda tidssammanhang, eftersträvar terapeuten att lokalisera problematiken i en specifik händelse – en situation som i ett nötskal representerar patientens situation.

»När var det senast som du kände dig trött (tröttare)? Kan du berätta mera om det? Kan du ge mig ett exempel på en situation när du känner dig trött (blir ledsen, arg, får ont i bröstet, sover dåligt etc)? När var det? Vad gjorde du då? Var någonstans var det? Vem var du med?»

Syftet med fokusering på en specifik situation är dels att återkalla konkreta detaljer i minnet och aktivera »trötthetens nätverk« (även de känslomässiga och fysiologiska komponenterna), och därmed underlätta hågkomsten av automatiska tankar, dels att få mer precis information om funktionsnivån i vardagliga situationer.

Terapeuten eftersträvar större exakthet. Uttryck som »Jag är ständigt trött. Det gör fruktansvärt ont. Jag blev väldigt ledsen. Jag känner mig kolossalt trött. Jag tänkte: Kan det vara cancer?» beskriver upplevelser av opreciserad storleksordning.

»Hur pass trött kände du dig då? Hur trött var du på en skala från 0 (inte alls trött) till 100 (den värsta tröttheten du någonsin upplevt i ditt liv)?«

»Hur mycket trodde du på tanken 'är det leukemi'? Vissa tankar tror man inte alls på, det motsvarar 0, andra tankar tror man fullständigt på, de är sanna, det motsvarar 100.«

Syftet med gradering är: att göra kommunikationen mera precis; att motverka den implicita katastrofifieringen i uttryck som »det gör ständigt ont; det är helt hopplöst«. Graderingen gör även mindre förbättringar synliga.

Terapeuten gör patienten uppmärksam på automatiska tankar. Terapeuten hjälper patienten att uppmärksamma den inre dialogen. Syftet är att frilägga negativa, ångestskapande föreställningar, katastroftankar, för att successivt kunna förminska deras oroväckande påverkan genom sokratiskt resonemang.

»När du kände dig som mest trött och tyckte att det kändes väldigt tungt att andas, kan du minnas om det fanns någon tanke inom dig? Vad handlade den om? Hade du möjligen någon form av inre bild av det som skulle drabba dig? Vad är det värsta som skulle kunna hända dig då, i dina funderingar?»

Terapeuten förtydligar sambandet händelse–känsla–tankar–symtom. En 59-årig långtidssjukskriven egenföretagare inom byggbranschen berättar: »Jag var på banken med den person som skulle ta över mitt företag. Banktjänstemannen var så otrevlig, oförskämd, jag bara tappade hakan. Visste inte vad jag skulle säga. Efter det var jag helt utslagen (trött) i en hel vecka.«

En sådan händelse kan fungera som ett exempel på sambandet händelse–känslor–tankar–symtom. Patienten hade fortsatt att i minnet gå igenom händelsen (tankar, minnesbilder) och återuppleva sin återhållna, kokande ilska. Samtidigt kände han sig tröttare än någon gång tidigare.

Patienten och terapeuten testar tankens trovärdighet. Uppmärksamhet och självreflektion på negativa automatiska tankar avbryter automatiken i tankeverksamheten och gör pa-

Tabell I. Exempel på argument för och emot tanken »min trötthet beror på hjärtsjukdom« (initial trovärdighet 70 procent).

»Vad har jag för bevis?«	»Vad talar emot?«
Jag känner mig trött jämt.	Jag är välundersökt, och man har inte funnit något onormalt.
Jag får ofta ont i bröstet.	
Jag orkar inte hålla mig uppe på kvällarna.	Under vissa perioder kan jag känna mig ganska bra, och då kan jag promenera länge.
Jag har haft en svår influensa, då började mina hjärtbesvär.	Mina hjärtbesvär stämmer inte med vad jag har läst om hjärtinsufficiens.
Vården säger att alla prov är normala. Men de kan göra fel, det skulle inte vara första gången.	Jag har talat med andra personer som har liknande besvär. När jag lyssnar på dem blir jag tveksam om de verkligen har de sjukdomar som de tror sig ha.

tienten mera kritiskt inställd mot negativa tankar och föreställningar. När ångestskapande tankar är tillgängliga för reflektion föreslår terapeuten att man tillsammans testar trovärdigheten hos en av dessa (t ex: »Jag kommer aldrig att känna mig bättre.«). I gemensamt arbete går patienten och terapeuten systematiskt igenom argument som gör katastrof-tanken trovärdig och andra som inte gör det.

Det är viktigt att arbeta strukturerat och systematiskt. Terapeuten accepterar patientens argument som underlag för dialogen, ger patienten tid att formulera och sammanfatta sina argument (att arbeta med papper och penna gör arbetet effektivt och överskådligt) (Tabell I). Terapeutens mål här är inte att hävda sjukvårdens kunskap och välgrundade argument utan att få inblick i hur patienten resonerar sig fram till, konstruerar, sin egen föreställningsvärld.

När det gäller att finna motargument är det vanligt att patienten känner sig tom. Här kommer terapeutens sokratiska förmåga att guida patienten till nya upptäckter till sin rätt. Att få sina argument granskade och inkonsekvensen avslöjad kan vara en smärtsam process. Det är därför viktigt med en allians som kan bära provokativa utmaningar.

»Kan vi göra ett försök att se saken utifrån ett annat perspektiv? Det kan vara rätt eller fel, eller både rätt och fel. Det vet vi inte. Skall vi titta närmare på det?«

Processen innebär en övning i tankereflektion i ordnad och strukturerad form. Proceduren kan upprepas ett antal gånger, utifrån flera kritiska episoder, så att patienten successivt utvecklar ett mera granskande och informerat sätt att betrakta sina spontana tankar och övertygelser.

Terapeutens medicinska kunnande är naturligtvis till stor nytta. Det kan formas till samtalande pedagogik, dvs korta återkommande inlägg, eller struktureras till ett organiserat psykopedagogiskt program [2, 12].

Ett vanligt resultat av dessa interventioner är att obehagliga tankar, känslor, kroppssensationer inte försvinner helt. Det är inte heller terapins mål. Kan tankarnas trovärdighet och känslornas obehag minska från exempelvis 80 procent till 40 procent, är det en icke obetydlig framgång.

Terapeuten föreslår graderade beteendeförändringar. Syftet med beteendeinriktade interventioner är

- att skaffa erfarenheter som motbevisar negativa förväntningar och katastroftankar [25]. »Nästa gång någon ber mig att arbeta extra, kan jag förklara att jag inte kan ställa upp, och varför. Och då testar jag tanken att alla mina arbetskamrater kommer att vända mig ryggen och inte vill ha med mig att göra, om jag gör det.«

- att motverka undvikandet. Vi tenderar att undvika att konfronteras med det som är obehagligt. Det handlar om känslor, tankar, fysiska symtom, personer, situationer. Huvudstrategin för personer som lider av KTS är att undvika obehaglig trötthet, dvs att vila. Med tiden tenderar undvikandet att bekräfta sin egen nödvändighet genom sina kortsiktiga vinster.
- att motverka upplevelsen av maktlöshet inför trötthets-symtomen. »Genom att vänta 30 minuter med att vila i sängen, har jag lärt mig att jag kan styra min trötthet, inte helt, men vid 50 procent av tillfällena.«
- att förbättra patientens fysiska kondition genom mer aktivt beteende. »Jag har gått upp i vikt, fått dubbelhaka och flås-andning. Men efter att jag börjat promenera en timme tre gånger per vecka har jag märkt att jag orkar mera.«

Positiva effekter av graderade beteendeförändringar är rapporterade från kontrollerade studier [5, 8, 26].

Avslutning av terapin. En uppmuntrande, samarbetande relation till terapeuten kan ofta vara den viktigaste ingrediensen bakom behandlingsframgången. Det är därför viktigt att »separationen« planeras i god tid, genom psykologisk förberedelse och glesare återbesök.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Sachs L, Evengård B. Speciell patient-läkarrelation vid kroniskt trötthetssyndrom. *Läkartidningen* 2000;97:176-181.
- Sharpe M. Chronic fatigue. In: Clark DM, Fairburn CG, editors. *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press; 1997.
- Evengård B, Schacterle RS, Komaroff AL. Chronic fatigue syndrome: new insights and old ignorance. *J Intern Med* 1999;246:455-69.
- Afari N, Buchwald D. Chronic fatigue syndrome: a review. *Am J Psychiat* 2003;160:221-36.
- Price JR, Couper J. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults [Cochrane Review]. In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software; 2003.
- Deale A, Husain K, Chalder T, Wessely S. Long-term outcome of cognitive behavior therapy versus relaxation therapy for chronic fatigue syndrome: a 5-year follow-up study. *Am J Psychiat* 2001;158:2038-42.
- Powell P, Bentall RP, Nye FJ, Edwards RH. Randomised controlled trial of patient education to encourage graded exercise in chronic fatigue syndrome. *BMJ* 2001;322:387-90.
- Prins JB, Beijenbergh G, Bazelmans E, Elving LD, de Boo TM, Severens JL. Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet* 2001;357:841-7.
- Ridsdale L, Godfrey E, Chalder T, Seed P, King M, Wallace P, et al. Chronic fatigue in general practice: is counselling as good as cognitive behaviour therapy? A UK randomised trial. *Br J Gen Pract* 2001;51:19-24.
- Straus SE. Caring for patients with chronic fatigue syndrome. *BMJ* 2001;324:124-5.
- Whiting P, Bagnall AM, Sowden AJ, Cornell JE, Mulrow CD, Ramirez G. Interventions for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: a systematic review. *JAMA* 2001;286:1360-8.
- Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. *Ann Intern Med* 1994;121:953-9.
- Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet* 1999;354:436-9.
- Zachrisson O. *Fibromyalgia/chronic fatigue syndrome. Aspects on biology, treatment, and symptom evaluation [dissertation]*. Gothenburg: Dept of Clinical Sciences, Section of Psychiatry, University of Göteborg; 2002.
- Butler JA, Chalder T, Wessely S. Causal attribution for somatic sen-

- sations in patients with chronic fatigue syndrome and their partners. *Psychol Med* 2001;31:97-105.
22. d'Elia G. Nr 1 på patientens önskelista: Att känna att doktorn verkligen lyssnar. *Läkartidningen* 1999;96:203-6.
 23. d'Elia G. Kognitiv psykoterapi. Ett samarbetsprojekt med patienten. 3:e uppl. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa; 2003.
 25. Sanders D. *Counseling for psychosomatic problems*. London: Sage publications; 1996.
 26. Deale A, Chalder T, Wessely S. Illness beliefs and treatment outcome in chronic fatigue syndrome. *J Psychosom Res* 1998;45(1 Spec No):77-83.



= artikeln är referentgranskad

SUMMARY

The cognitive approach to the treatment of chronic fatigue syndrome (CSF) is based on a multifactor etiological hypothesis, i.e. inaccurate beliefs and attitudes to the illness interact with pathophysiological processes, ineffective coping behaviours, negative states of mood, social problem, to perpetuate the illness. Patients suffering from CFS are supposed to be hypervigilant to somatic sensations and to interpret them as signs of impending physical catastrophe. The aim of this paper is to describe the clinical implementation of principles of cognitive therapy in the treatment of CFS. Basic to the treatment approach is a collaborative, listening and empathic attitude, sensitive to the patient's personal beliefs and potential threats to self-esteem. The aim is to develop more useful, functional, formulations of the illness. The patient and the therapist work together to look at how the patient thinks about herself/himself and the illness, detect unhelpful attitudes, thoughts and mental images about the illness, and to make them accessible to Socratic reasoning. Graded behavioural interventions are planned in order to disconfirm unhelpful beliefs and reverse the spiral of tiredness, demoralization and reduced activity. The treatment is structured according to the general principles of cognitive therapy.

Giacomo d'Elia

Läkartidningen 2004;101:358-64

Correspondence: Giacomo d'Elia, Center for cognitive therapy, Opphemsgatan 8, SE-582 37 Linköping, Sweden (gidelia@telia.com)

FRANKERA
EJ
LÄKAR-
TIDNINGEN
BJUDER
PÅ PORTOT

Läkartidningen | 100 ÅR

SVARSPOST
110 555 202
110 26 STOCKHOLM

Prenumerera på en vetgirig hundraåring!

Hipp, hipp, hurra! 2004 fyller Läkartidningen 100 år. Det firar vi med en rad nummer fyllda av medicinsk vetenskap. Skaffa dig ett eget exemplar. Fyll i denna talong eller gå in på www.lakartidningen.se

Ja, tack! Jag vill prenumerera på Läkartidningen under 12 månader.

LÄKARE MEDLEM I SLF 756:- EJ MEDLEM I SLF 889:-
 MEDICINE STUDERANDE MEDLEM I MSF 229:- EJ MEDLEM
 I MSF 430:- ÖVRIGA 969:-
 Erbjudandet gäller endast inom Sverige.

NAMN / TITEL / BEFATTNING

E-POST

TELEFON

PERSONNUMMER

INSTITUTION / ARBETE

ADRESS

POSTADRESS

www.lakartidningen.se