

Kognitiv atferdsterapi ved irritable tarmsyndrom

VEILEDER FOR
BEHANDLERE

Psykologene Torkil Berge og Elin Fjerstad
og lege Bente Bull-Hansen

Forord

Du kan her lese om et behandlingsopplegg for pasienter med irritable tarmsyndrom. Det er utarbeidet ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus, av psykologene Torkil Berge og Elin Fjerstad, og lege Bente Bull-Hansen. Tilnærmingen bygger blant annet på Berge og Fjerstad (2016) og på en rekke studier av kognitiv atferdsterapi av irritable tarmsyndrom, som har dokumentert gode resultater for mange pasienter med slike plager (se litteraturhenvisninger bakerst i arbeidsboken).

Det er laget en **arbeidsbok for pasienter i individuell behandling**. Dessuten er det laget en tilsvarende **arbeidsbok for behandling i gruppe**. Alt materiell er lagt ut på nettsiden <https://www.kognitiv.no>

Veilederen er både for helsepersonell som vil gi individuell behandling og helsepersonell som vil gjennomføre behandling i gruppe. Strukturen i individuell behandling følges i veilederen, men den beskriver også hvordan behandling i gruppe kan organiseres.

Takk for faglige bidrag fra våre medarbeidere ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus, psykologene Nina Lang, Ingrid Hyldmo og Lene Kristin Ringe.

Behandlingens struktur

Behandlingsveilederen består av fire deler og beskriver innhold, struktur og hjemmeoppgaver i de ulike delene. Under er et forslag til disponering, først individuell behandling og så behandling i gruppe.

■ Individuell behandling

Del 1 Forståelse av irritable tarmsyndrom og kartlegging av problemene

(1 time, eventuelt 2 timer)

- Informasjon om irritable tarmsyndrom og behandlingen
- Diamanten – et sorteringsverktøy

Del 2 Mentale strategier

(2 timer, eventuelt 3 timer)

- 2 A – En støttende indre samtale
- 2 B – Håndtering av kvernetanker

Del 3 Handlingsstrategier

(4 timer)

- 3 A – Kartlegging av handlingsmønstre ved irritable tarmsyndrom
- 3 B – Eksponeringstrening

Del 4 Oppsummering og veien videre

(2 timer)

- 4 A – Strategier for videre trening og vedlikehold
- 4 B – Oppfølgingssamtale etter ca. to måneder: erfaringer og veien videre

Noen pasienter har allerede utviklet en biopsykososial forståelse av irritable tarmsyndrom, ønsker å komme tidligst mulig i gang med tiltak, og trenger bare en time på del 1. Dere kan imidlertid trenge mer tid for at pasienten skal få gitt informasjon om sine plager, erfaringer med tidligere behandling etc. For noen pasienter vil det være nyttig å bruke tre timer på del 2, for eksempel ved høy grad av verstepallstenkning eller av kvernetanker. Andre vil ha behov for å bruke mer tid på del 3, da eksponeringstrening er krevende. Slike beslutninger om prioritering av tid tar du sammen med pasienten.

■ Behandling i gruppe

Del 1 Forståelse av irritable tarmsyndrom og kartlegging av problemene

- **Samling 1** – Informasjon om irritable tarmsyndrom og behandlingen

Del 2 Mentale strategier

- **Samling 2** – En støttende indre samtale
- **Samling 3** – Håndtering av kvernetanker

Del 3 Handlingsstrategier

- **Samling 4** – Kartlegging av handlingsmønstre ved irritable tarmsyndrom
- **Samling 5 og 6** – Eksponeringstrening

Del 4 Oppsummering og veien videre

- **Samling 7** – Strategier for videre trening og vedlikehold
- **Samling 8** – Oppfølgingssamling etter ca. to måneder: erfaringer og veien videre

Behandling i gruppe

Det er viktig å ivareta behovet for pauser under gruppesamlingene, som har en varighet på to klokketimer. Pasientene kan ha problemer med oppmerksomhet og konsentrasjon, og få ubehag og smerter ved å sitte lenge i ro.

Innledningsvis kan du be deltakerne presentere seg, og si litt om hvor lenge de har hatt irritable tarmsyndrom. Etter presentasjonsrunden kan du be dem summe to og to om forventninger til behandlingen, før dette tas opp i plenum.

Gruppene vi har arrangert har hatt opp til 15 deltakere. Vi har god erfaring med at de snakker sammen to og to, eventuelt tre og tre, før temaet tas opp i plenum. Temaer kan være hvordan de skal gå frem for å gjøre hjemmeoppgaver og hvilke barrierer som kan oppstå, erfaringer med utførte hjemmeoppgaver etc. Vi legger opp til rullering, slik at de samme deltakerne ikke er i par hele tiden.

Bruk av video

Vi har god erfaring med behandling per video eller telefon. Bruk av arbeidsboken, der hjemmeoppgaver er beskrevet, gjør tilnærmingen egnet. Vi har også hatt gruppebehandling per video, med opp til ti deltakere, og hatt gode tilbakemeldinger.

«Buddy»-veiledning

I gruppebehandling per video, har vi prøvd ut en ordning der deltakerne får en annen deltaker som samtalepartner «buddy», i tråd med kollega-veiledning i utdanning ved Norsk forening for kognitiv terapi. Det er et frivillig tilbud, der man kan si nei uten å måtte gi begrunnelse.

Det legges opp til en 50 minutters telefonsamtale i uken. Man oppfordres til å sette dagsorden for hver gang, og fortrinnsvis snakke om gjennomføring av ulike tiltak.

Lærings- og mestringskurs

Når behandling i gruppe arrangeres som lærings- og mestringskurs, er det en likeperson med som gruppeleder, det vil si en brukerrepresentant som har erfaring med å delta i behandlingen. På første samling presenterer han eller hun seg selv og sin rolle, og sier noe om egne erfaringer med irritable tarmsyndrom og med behandlingen.

På alle samlinger er likepersonen med som gruppeleder, og formidler for eksempel sine erfaringer med gjennomføring av ulike hjemmeoppgaver. Du kan lese om lærings- og mestringskurs og bruk av likeperson i Berge, Fjerstad, Hyldmo og Lang (2019).

Del 1 – Forståelse av irritabel tarmsyndrom og kartlegging av problemene

Det er mye som skal med i denne første delen. Av tidsmessige hensyn kan denne delen i den individuelle behandlingen utvides til to timer. Etter hvert som du får erfaring, vil du trolig oppleve at du har bedre tid og at det blir lettere å disponere stoffet. Du blir også flinkere til å få frem viktig budskap gjennom dialog med pasienten.

Informasjon om irritabel tarmsyndrom og behandlingen

Vis til kapitler i arbeidsboken: «Oversikt over behandlingen», «Hva er irritabel tarmsyndrom?», «Hva er årsaken til irritabel tarmsyndrom og hva opprettholder plagene?», «Kosthold ved irritabel tarmsyndrom», «Medisinske undersøkelser ved irritabel tarm», «Vårt fascinerende fordøyelsessystem», «Hjernen, tarmen og magen», «Diamanten – et sorteringsverktøy», «Informasjon til pårørende», «Oppsummering» og «Hjemmeoppgaver».

Innledning

Be pasienten fortelle om sine problemer, tanker om årsaker til dem og hva han eller hun opplever som det vanskeligste med å ha irritabel tarmsyndrom. Du har her anledning til å anerkjenne hvor belastende irritabel tarmsyndrom er for funksjon og livskvalitet. Du kan også validere fortvilelsen og maktesløsheten mange opplever over ikke å få kontroll over problemene. Spør så om tidligere erfaring med behandling for irritabel tarmsyndrom og forventninger så vel som tvil og skepsis til behandlingen dere nå skal gå i gang med. På en nøktern måte formidler du samtidig håp om og tro på at behandlingen vil være til hjelp. Det bygger på vitenskapelig dokumentasjon om hva som hjelper, og tilnærmingen anbefales av helsemyndighetene.

Informasjon om behandlingen

Gi så informasjon om opplegget. Informasjonen er samlet i punktene nedenfor. Det er nødvendig med individuell tilpasning der du bruker de ordene som passer for deg og dialogen du har med pasienten.

Si at kognitiv atferdsterapi, som denne behandlingstilnærmingen bygger på, både er en terapiform og en selvhjelpsmetode. Målet er å mestre vansker i livet, som for eksempel ved søvnproblemer, somatisk sykdom med langvarige smerter og vedvarende utmattelse, og psykiske plager og stressproblemer. Metoden er også brukt innenfor idrettspsykologi for å styrke prestasjonsevne. Den kognitive atferdsterapeutiske tilnærmingen i denne behandlingen er rettet spesifikt inn mot tiltak ved irritabel tarmsyndrom. Behandlingen krever en innsats med oppgaver mellom hver time og lesing av materiell med konkrete råd om hvordan man kan gå frem. Si at du er klar over at det vil være krevende. Minn samtidig på at tid og krefter investert i oppgaver og trening vil styrke utbyttet, og at det er en måte å prioritere seg selv og egne behov på. Behandlingen har dokumentert nytteverdi i vitenskapelige studier av pasienter med irritabel tarmsyndrom (se litteraturhenvisninger).

Pasienter med irritabel tarmsyndrom kan i likhet med pasienter med andre sammensatte lidelser uten kjent organisk årsak, ha lett for å føle seg mistrodd av helsepersonell. Si at du vet at irritabel tarmsyndrom er en svært ubehagelig, smertefull og hemmende lidelse. Bare det faktum at det ikke finnes en klar årsak, gjør lidelsen enda vanskeligere å leve med, fordi det lett vekker ekstra uro og usikkerhet.

Si at behandlingen innebærer tiltak som i forskning har vist seg å kunne hjelpe mange. Det er imidlertid basert på en noe annen tilnærming enn det pasienten trolig tidligere har forsøkt. Den går ut på at man ikke skal fortsette med å kjempe for å få kontroll over eller bli kvitt symptomene. Erfaringen er at et slikt skifte i oppmerksomhetsfokus kan bidra til at plagene blir redusert samtidig som man får mer ut av hverdagen. Det vil imidlertid kreve systematisk arbeid fra pasientens side, blant annet fordi det innebærer endring av etablerte vaner og reaksjonsmønstre. Det viktigste i samarbeidet er det pasienten gjør på egen hånd, og bruk av hjemmeoppgaver som dere skal utforme sammen underveis i behandlingen står sentralt.

Fortell at mange opplever at dette er et vanskelig og kanskje skamfullt problem å være åpen om. I motsetning til andre kulturer og tidligere i vår historie, anses kroppslige funksjoner og avføring som privat og noe som må skjules for andres blikk. Skamfølelsen kan føre til en opplevelse av at det er en selv som person det er noe galt med, noe som gjør det vanskeligere å søke bistand. Snakk om smertene og andre plagsomme symptomer forbundet med irritabel tarmsyndrom, og at det ikke er rart at det gir grobunn for bekymring og uro. Si at dere senere vil komme inn på mentale strategier og handlingsstrategier som brukes i behandling av langvarige smerter og andre plager ved ulike sykdommer.

Hensikten med behandlingen

Hensikten er å lære verktøy som kan bidra til bedring, både av symptomer og funksjon, ved irritable tarmsyndrom. I samtalene vil dere derfor prioritere selve verktøyene og hvordan pasienten best kan anvende dem i hverdagen mer enn en detaljert gjennomgang av den enkeltes situasjon. Få frem holdningen du ønsker at pasienten skal ta med seg, nemlig å stille opp for seg selv på en mest mulig støttende og konstruktiv måte. Et motto undervis kan være: «Stol på prosjektet!».

Det blir lagt vekt på at det å engste seg for kontrolltap og smerter kan bidra til å opprettholde problemene. Noen pasienter med irritable tarmsyndrom sier at de ikke har angst for symptomene, men fremhever heller følelser som nedstemthet, frustrasjon og irritasjon. Andre løfter frem skamfølelsen som mest dominerende og hemmende for dem. Også disse følelsene kan bidra til unngåelse og til overdreven oppmerksomhet om symptomer, og tiltakene vil ha like stor relevans for dem.

Si at utgangspunktet for behandlingen er at symptomene ved irritable tarmsyndrom er svært ubehagelige, hemmende og smertefulle, men heldigvis ufarlige. Det er ikke rart om man forsøker å redusere og kontrollere plagene via unngåelse og sikringsatferd. Slik atferd kan imidlertid bidra til å forsterke problemene. Det legges vekt på utforskning av tenkemåter omkring problemene og endring av handlemåter, for eksempel forbundet med toalettatferd, og på eksponering og styrket funksjon i hverdagen. Tiltakene rettes direkte inn mot tanker, følelser og handlinger forbundet med mage-tarmplagene og ikke mot generell stressmestring.

” Bare det faktum at det ikke finnes en klar årsak, gjør lidelsen enda vanskeligere å leve med, fordi det lett vekker ekstra uro og usikkerhet.

Oversikt over behandlingen

Gå kort igjennom temaer for timene, og vis til «Oversikt over behandlingen» i arbeidsboken.

Behandlingens fire hoveddeler

Del 1 Forståelse av irritable tarmsyndrom og kartlegging av problemene:

Behandlingen presenteres, hva man vet om irritable tarmsyndrom, teorier om årsaker og den biopsykososiale forståelsen. Hjerne-mage-tarm-aksen beskrives, og inngår i en begrunnelse for behandlingen. Kartlegging av innvirkende faktorer for pasientens mage-tarmproblemer med bruk av modellen Diamanten.

Del 2 Mentale strategier

Hvordan tanker og følelser knyttet til mage-tarmplagene bidrar til å opprettholde hypersensitivitet i hjerne-mage-tarm-aksen. Eksempler på hvordan ulike tenkemåter kan påvirke symptomene, og hvordan unngåelse og sikringsatferd kan opprettholde og forsterke plager fra mage og tarm. Mentale strategier og bruk av atferdsekspesiment som en metode for å motvirke unngåelse og sikringsatferd.

Del 3 Handlingsstrategier: Atferdsekspesimenter og eksponeringstrening

Kartlegging av handlingsmønstre ved irritable tarmsyndrom. Planlegging og gjennomføring av atferdsekspesimenter og systematisk eksponeringstrening kombinert med reduksjon i unngåelse og sikringsatferd. Trening i å utsette dobesøk, og ved behov lage en tidsplan for toalettbesøk, med faste tider og der antall besøk reduseres.

Del 4 Oppsummering og veien videre

Strategier for videre trening og vedlikehold. Utarbeidelse av handlingsplan. Tilbakefallsforebygging.

Orienter om at hver time vil ha en klar dagsorden, og at ditt ansvar er å passe tiden og se til at dere kommer igjennom punktene. Det er viktig at det ikke blir for mange punkter, for da blir det for liten tid til hvert enkelt punkt. Pasienten kan oppleve det som heseblesende, uoversiktlig og slitsomt. Gjenta at dere vil ha hjelp av informasjonen i arbeidsboken, med dagsorden for hver time, oppsummering, hjemmeoppgaver og kapitler om ulike temaer.

Arbeidsboken vil være til hjelp for å huske hva som blir sagt i timene. Samtidig kan det være lurt at pasienten noterer viktige momenter. Informer om at undersøkelser fra pasienter som har vært til en vanlig og gjerne kortvarig samtale hos sin lege, viser at et flertall glemmer mye av hva det ble snakket om og ofte husker feil. Spør om hva pasienten eventuelt kan gjøre for bedre å huske nyttig informasjon.

Etterlevelse av tiltak og stopptanker

Diskuter i alle timer hvilke barrierer som finnes for etterlevelse av tiltakene, og mulige løsninger for å overkomme disse barrierene. Bruk tid på å avdekke konkrete hindringer og mulige tiltak. Si at dere senere vil gå inn på mentale strategier for å møte negative tanker om maktesløshet og håpløshet som kan dukke opp fra tid til annen, ikke minst på dager med mye plager fra magen.

Gi allerede nå en forsmak på disse metodene. Eksempler er råd om å være seg bevisst hvilke negative stopptanker som kan dukke opp, for eksempel: «Dette er nytteløst!», ha støttetanker å møte dem med, og unngå å gå inn i diskusjon med dem. Aksepter dem, og la dem være. Ha fokus på oppgavene. Vær tålmodig. Stol på at dette er metoder med forskningsmessig støtte som anbefales av helsemyndighetene.

Informasjon til pårørende

Noen har en partner eller familie de bor sammen med. Hvilken informasjon bør gis til dem om behandlingen? Vis her til «Informasjon til pårørende» i arbeidsboken.

Bruk av medhjelper

Fortell at det kan være nyttig å bruke en medhjelper. Det kan være et familiemedlem eller en venn, som innvies i arbeidet og blir en støttespiller. Viktige oppgaver i samarbeid med medhjelperen er å lese og drøfte informasjonen i arbeidsboken, og diskutere gjennomføring av hjemmeoppgaver og ulike tiltak.

Spør om pasienten har tanker om hvem som eventuelt kunne fungert som en slik støttespiller. Si at noen bruker en medhjelper, mens andre ikke ønsker eller har mulighet for det. Den enkelte vet selv hva som er best.

Informasjon om irritable tarmsyndrom

Vis til «Hva er irritable tarmsyndrom?» i arbeidsboken, og løft frem hovedpunkter fra det som står der. Si for eksempel:

«Irritable tarmsyndrom er en funksjonell mage-tarmsykdom, der diagnosen settes ut fra symptomene etter at andre årsaker er utelukket. Sykdommen kjennetegnes ofte av smerter, men noen forteller at de ikke nødvendigvis har direkte smerter, men et ubehag i magen. Noen er mye plaget av diare, andre av forstoppelse, eller veksling mellom de to. Mange plages med luft i magen, følelse av oppblåsthet og at de ikke får tømt tarmen ordentlig. Symptomer fra andre deler av kroppen, som for eksempel hodepine, muskelsmerter, trøtthet, søvnproblemer eller plager fra underliv eller urinveissystemet, er også vanlig. Irritable tarmsyndrom er en såkalt godartet sykdom i den forstand at den ikke øker risikoen for annen alvorlig sykdom som for eksempel tarmkreft, men sykdommen kan i høyeste grad redusere livskvalitet og funksjon.

En betydelig del av befolkningen har plager med irritable tarmsyndrom. Men selv om problemene er utbredte, sier mange at de føler seg ensomme med det. Det er ikke så lett å forklare andre hvordan man har det, og noen synes også at det er flaut å snakke om. Kampen for å forebygge, kontrollere og skjule problemet blir en stor ekstrabelastning. Irritable tarmsyndrom kan føre til arbeidsfravær, samlivsproblemer og vansker i seksuallivet, og er forbundet med svekket funksjon og livskvalitet.

Mageproblemer kan ta styring over hverdagen og gjøre at livet krymper. Man kan bli hjemme fra jobb, avlyse avtaler med venner og unngå å trene. Man kan bruke mye tid og krefter på å planlegge hverdagen: hva, hvor og når skal jeg spise? En bekymring er om det er toalett i nærheten eller hvordan en kan skjule problemene for andre. For noen har plagene så store konsekvenser at det går på selvfølelsen og identiteten løs. Noen får angst- og depressive plager som bokstavelig talt gjør vondt verre. Men, jo mer en tilpasser hverdagen etter magens (an)befalinger, jo mer makt får magen over livet.»

” Irritable tarmsyndrom er en såkalt godartet sykdom i den forstand at den ikke øker risikoen for annen alvorlig sykdom som for eksempel tarmkreft, men sykdommen kan i høyeste grad redusere livskvalitet og funksjon.

Årsaker til irritable tarmsyndrom

Vis til «Hva er årsaken til irritable tarmsyndrom og hva opprettholder plagene?» i arbeidsboken. Tegn så den biopsykososiale modellen på tavle eller flippover, slik den er illustrert i arbeidsboken.

Så kan du si:

«Årsaken til irritable tarmsyndrom er ikke fullt ut forstått, vi vet ennå ikke hvorfor noen får irritable tarmsyndrom. Verken blodprøver, avføringsprøver eller vevsprøver kan påvise at noe er galt med tarmen. Likevel kan vi skille mellom sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer. Sårbarhetsfaktorer for å utvikle irritable tarmsyndrom kan være genetiske.

En utløsende årsak for noen kan være gastroenteritt, en infeksjon i mage og tarm som fører til akutt kvalme, oppkast og diaré. En annen utløsende årsak kan være bruk av antibiotika som kan føre til endring av tarmens normalflora. Stressbelastninger og bekymringer kan bidra til å opprettholde og forverre plagene. Både biologiske (kroppslige), psykologiske (handlinger, tanker og følelser) og sosiale faktorer (omgivelser, relasjoner) virker trolig inn og påvirker hverandre. Sammen kan disse faktorene bidra til utvikling og opprettholdelse av irritable tarmsyndrom».

” Vi kan skille mellom sårbarhetsfaktorer, utløsende faktorer og opprettholdende faktorer.

Vis til at det forskes på biologiske årsaker til irritable tarmsyndrom. Eksempler er genetikk, betennelser i kroppen, stresshormoner som kortisol og adrenalin, og forstyrrelser i tarmens bakterieflora.

Så kan du si:

«I denne behandlingen retter vi i mindre grad oppmerksomheten mot det som en gang kan ha bidratt til irritable tarm, enten det er infeksjoner eller stressbelastninger. Vi går heller ikke i særlig grad inn på kosthold og ernæring eller medikamentell behandling.

Vi konsentrerer oss først og fremst om å kartlegge og endre de faktorer som bidrar til å holde problemene ved like, og som er forbundet med tenke- og handlemåter som lar seg påvirke. Målet er å snu onde sirkler til gode sirkler».

Kosthold ved irritable tarmsyndrom

Si at mange med irritable tarmsyndrom opplever at enkelte matvarer forverrer symptomene, men at mange likevel opplever at plagene ikke forsvinner helt. Vis til «Kosthold ved irritable tarmsyndrom» i arbeidsboken.

Så kan du si:

«Å følge en diett med utelukkelse av enkelte matvarer kan være vanskelig, og man kan stå i fare for ikke å få i seg viktige næringsstoffer. Samtidig er det lett å forstå at du ikke ønsker å spise mat som kanskje gjør plagene dine verre. Men, som du vil lære gjennom denne behandlingen, kan irritable tarmsyndrom opprettholdes og forsterkes når man unngår situasjoner som man frykter kan føre til symptomer.

Å kutte ut enkelte matvarer er også en form for unngåelse, der man kan stå i fare for å komme inn i onde sirkler. Ved bevisst å unngå enkelte matvarer, vil man på samme måte som når man unngår situasjoner eller handlinger, fortelle hjernen at dette er farlig. Neste gang man inntar matvaren, vil hjernen være på vakt. Denne beredskapen øker sjansen for symptomer, noe som igjen blir en bekreftelse for hjernen på at 'denne maten tåler jeg ikke!'.

Du kan ha nytte av å vurdere hvorvidt matvarer som du nå unngår, er klok tilpasning eller inngår i et uheldig unngåelsesmønster som opprettholder plagene dine. I så fall kan du eksponere deg for matvarer på samme måte som du jobber med eksponeringstrening for situasjoner.»

En medvirkende faktor for noen pasienter med irritable tarmsyndrom er at tarmen reagerer på visse typer tungt fordøyelige karbohydrater i føden, og kostendringer kan her virke positivt.

Ved å følge en såkalt lav-FODMAP-diett begrenses inntaket av slike karbohydrater, som finnes i for eksempel hvete, melk og melkeprodukter med laktose, løk, hvitløk, bønner, erter, artisjokk, kål, vannmelon og kunstige søtningsmidler. Dietten er dessverre ofte komplisert og kan være vanskelig å følge og ikke ment som en langvarig diett.

Vi anbefaler at man forsøker de generelle rådene, som beskrevet i arbeidsboken i «Kosthold ved irritable tarmsyndrom», før man eventuelt starter en lav-FODMAP diett. Lav-FODMAP dietten bør alltid igangsettes og følges av lege eller klinisk ernæringsfysiolog.

” *Lav-FODMAP dietten bør alltid igangsettes og følges av lege eller klinisk ernæringsfysiolog.*

Hjernen, tarmen og magen

Si at man ved irritable tarmsyndrom synes å ha såkalt visceral hypersensitivitet, en overfølsomhet for det som skjer i tarmen. Luft i tarmen kan derfor oppleves som sterke smerter hos en som har irritable tarmsyndrom, og man får lettere endring i tarmens bevegelsesmønstre ved negative følelser og stressbelastninger. Det kan ha sammenheng med at kommunikasjonen mellom hjernen, tarmen og magen er på høygir. Vis her til «Hjernen, tarmen og magen i arbeidsboken», som beskriver nærmere hvordan dette foregår, og trekk frem hovedpoenger her.

Så kan du si:

«Fordøyelsessystemet kontrolleres av flere systemer. Tarmens eget nervesystem har kontakt med hjernens og ryggmargens nervesystem, sentralnervesystemet. Hjernen, tarmen og magen sender signaler til hverandre hele tiden. Ved irritable tarmsyndrom er det som om kommunikasjonen mellom hjerne, mage og tarm er på høygir, og hjernen har lært seg å prioritere signaler fra mage og tarm. Den reagerer sterkere på signaler fra tarmen enn vanlig, og tarmen er mer følsom for signaler fra hjernen og reagerer fortere og sterkere. Gjennom behandlingen påvirkes kommunikasjonen mellom tarm, mage og hjerne. Målet er at kommunikasjonen mellom hjernen, magen og tarmen blir mer balansert og ikke så sensitiv som den er nå».

” Hjernen, tarmen og magen sender signaler til hverandre hele tiden.

Vis til «Diamanten – et sorteringsverktøy» i arbeidsboken. Bruk modellen til å gå gjennom faktorer som pasienten opplever forsterker plagene. Tegn den på en flippover eller tavle.

Be pasienten komme med et eksempel på en typisk vanskelig situasjon hvor mage-tarmplagene gjorde vondt verre. Start med kroppshjørnet og samarbeid om å sette opp de ulike faktorene: hva som skjedde i kroppen; tanker og følelser som økte ubehag og frustrasjon i situasjonen; hva pasienten konkret foretok seg, for eksempel for å lindre smertene og hvilken rolle andre personer eventuelt spilte. Få frem hvordan de ulike faktorene påvirker hverandre gjensidig ved å tegne piler mellom hjørnene av diamanten.

Gå gjerne gjennom andre eksempler for å få frem flere relevante faktorer. Du finner råd om bruk av Diamanten som pedagogisk verktøy i Berge og Fjerstad (2016) og Berge, Fjerstad, Hyldmo og Lang (2019).

■ Hjemmeoppgaver – Del 1

1:

LES I ARBEIDSBOKEN:

- ▶ «Hva er irritable tarmsyndrom?»
 - ▶ «Hva er årsaken til irritable tarmsyndrom og hva opprettholder plagene?»
 - ▶ «Kosthold ved irritable tarmsyndrom»
 - ▶ «Vårt fascinerende fordøyelsessystem»
 - ▶ «Hjernen, tarmen og magen»
 - ▶ «Medisinske undersøkelser ved irritable tarm»
 - ▶ «Diamanten – et sorteringsverktøy»
-

2:

Finn to eksempler på en situasjon i kommende uke der du fikk symptomer på irritable tarm. Benytt figuren Diamanten, og skriv ned stikkord på de fire elementene i Diamanten (kroppsreaksjoner, følelser, tanker og atferd) samt andre forhold i situasjonen som du tror kan ha bidratt til at den ble vanskelig.

3:

Gi «Informasjon til pårørende» i arbeidsboken til de du ønsker skal ha informasjon om behandlingen.

Del 2 – Mentale strategier

Dere har to timer til rådighet for del 2 om mentale strategier, men kan som nevnt sette av en ekstra time ved behov. Indre dialog og tanke-sortering er tema i Del 2 A, og mestring av kvernetanker i Del 2 B.

Del 2 A – En støttende indre samtale

Vis til kapitler i arbeidsboken: «Oversikt over behandlingen», «Hva er irritable tarmsyndrom?», «Hva er årsaken til irritable tarmsyndrom og hva opprettholder plagene?», «Kosthold ved irritable tarmsyndrom», «Medisinske undersøkelser ved irritable tarm», «Vårt fascinerende fordøyelsessystem», «Hjernen, tarmen og magen», «Diamanten – et sorteringsverktøy», «Informasjon til pårørende», «Oppsummering» og «Hjemmeoppgaver».

Start med å si at dere i denne og den neste timen vil gå inn på mentale strategier, før dere på de neste timene vil fortsette med handlingsstrategier. Først vil dere gå gjennom pasientens erfaring med hjemmeoppgave fra første time.

Gjennomgang av hjemmeoppgavene

Spør om pasienten har fått lest de aktuelle kapitlene i arbeidsboken, og om han eller hun har spørsmål eller kommentarer. Diskuter så hjemmeoppgaven om Diamanten.

- ▶ Fikk pasienten gjort den, hvilke vansker oppsto, og hvilke erfaringer har han eller hun gjort seg?
- ▶ Hva fikk pasienten en bekreftelse på, og hva var overraskende?

Mot slutten kan du eventuelt si noe om at tilbakemeldingene fra pasienten konkretiserer den biopsykososiale forståelsen av irritable tarmsyndrom, der ikke bare biologiske faktorer, men også handlinger, følelser og tanker samt omgivelsenes reaksjoner virker inn.

Et problem her kan være en forventning hos noen pasienter om at du som behandler skal vurdere deres erfaringer, og så komme med de rette svarene. Få heller frem deres egne vurderinger av sine observasjoner omkring ulike mulige sammenhenger. Etabler en atmosfære der dere som vennlige og faktaorienterte journalister går igjennom kartleggingen. Anerkjenn strev og vansker.

Mentale strategier

Dere vil være særlig opptatt av negative tanker som øker uro, engstelse, frustrasjon eller skamfølelse omkring symptomene, og som bidrar til unngåelse og sikringsatferd. Vis til «Negative følelser forbundet med irritable tarmsyndrom» i arbeidsboken.

Så kan du si:

«Det kan være mange sterke følelser knyttet til irritable tarmsyndrom. En kan lett bli trist og lei seg fordi plagene gir begrensninger, eller frustrert og irritert fordi en opplever at en ikke har kontroll over kroppen. Mange føler seg flau og pinlig berørt hver gang de tenker at plagene blir synlig for andre, på grunn av lyder fra tarmen, faktiske uhell eller når en må gå hyppig på toalettet. I tillegg kommer frykten for smerter, for at det skal oppstå pinlige episoder, eller for at det skal bli verre.

I denne behandlingen legger vi vekt på hvordan engstelse for kontrolltap og smerter bidrar til å opprettholde problemene. Noen sier at de ikke kjenner seg så godt igjen i at de har frykt for symptomene, men fremhever heller følelser som nedstemthet, sinne og irritasjon. Andre løfter frem skamfølelsen som mest dominerende og hemmende for dem. Også disse følelsene kan bidra til unngåelse og sikringsatferd og til økt oppmerksomhet på plagene. Tiltakene har heldigvis like stor relevans for dem.»

” Det kan være mange sterke følelser knyttet til irritable tarmsyndrom.

Tenkemåter som forsterker plager med irritable tarmsyndrom

Si at måten vi tenker på kan bidra til å opprettholde og forsterke plager med irritable tarm. Særlig sentralt er verstefallstenkning eller katastrofetenkning, tanker om ikke å ha kontroll over problemene, engstelig forventning og tanker som vekker flauhet og skamfølelse, slik det er beskrevet i «Tenkemåter som forsterker plager med irritable tarmsyndrom» i arbeidsboken.

Så kan du si:

«Bekymringstanker påvirker oss og gjør oss engstelige. I sin mest dramatiske form kalles de verstefallstanker eller katastrofetanker, altså tanker der vi ser for oss de verst tenkelige scenarioene. Slike tanker skaper en stressreaksjon i kroppen som aktiverer det sympatiske nervesystemet som igjen kan forsterke plagene. Det er også tre andre måter å tenke på som gjør vondt verre: Det ene er å engste seg for tarmens uforutsigbarhet og forvente trøbbel. Det andre er å tenke at det er ikke noe en selv kan gjøre for å påvirke problemet, at det ligger utenfor egen kontroll. Det tredje er når tenkningen preges av at man skammer seg over plagene.»

Mentale strategier ved irritable tarmsyndrom

Snakk innledningsvis om bevissthetens strøm, at hjernen pumper tanker som hjertet pumper blod. Mange av disse tankene er lite gjennomtenkte og faktabaserte. Irritable tarmsyndrom påvirkes av hva vi tenker om plagene. Noen tanker forsterker problemene, mens andre demper dem. Det er viktig å trene seg i å identifisere hvilke tanker som er konstruktive og hvilke som er destruktive. Vis her til «Mentale strategier ved irritable tarmsyndrom» i arbeidsboken. Dere vil kartlegge uhensiktsmessige tenkemåter forbundet med mage-tarmplagene, og da spesielt katastrofetenkning, tanker om mangel på kontroll, engstelig forventning og flauhet og skam. Disse tenkemåtene kan opprettholde og forverre irritable tarmsyndrom, og endring av dem er påvist å bidra til bedring.

” *Forestillingsbilder kan ha en sterk påvirkningskraft på følelser og kroppslige reaksjoner, også ved irritable tarmsyndrom.*

Omskriving av forestillingsbilder

Forestillingsbilder kan ha en sterk påvirkningskraft på følelser og kroppslige reaksjoner, også ved irritable tarmsyndrom. I metoden omskriving av forestillingsbilder («imagery rescripting») bes pasienten om en detaljert beskrivelse av det negative forestillingsbildet, og bes så om å gjøre de endringer i bildet som pasienten ønsker å gjøre.

Si at katastrofetanker noen ganger tar form av negative forestillingsbilder. Det kan være bilder fra tidligere episoder som ble opplevd som pinlige («flashback»). Det kan også være bilder av fryktede fremtidige situasjoner («flashforward»), for eksempel av ansiktsuttrykk preget av avsky på et møte der en plutselig promoter eller må løpe til nærmeste toalett. Disse bildene er ofte automatiske, det vil si selvdrevne, og man er gjerne ikke bevisst at de farer gjennom bevisstheten.

Det å bli slike bilder bevisst gjør det lettere å se dem nettopp som det, som tankebilder og ikke som fakta. Så kan man søke å erstatte det negative bildet med et mer realistisk og hjelpsomt bilde, for eksempel av de vennlige ansiktsuttrykkene man er vant til å bli møtt med av de samme personene. Instruksjonen er enkel: På hvilken måte kan du endre forestillingsbildet slik at det blir bedre for deg? Så kan man søke å se det nye bildet for seg, gjøre det mest mulig klart og levende, og hente det frem som et støttebilde dersom det gamle negative bildet på ny dukker opp for ens indre øye.

Bruk av ABCD-modellen

Si at det å snu negative tankemønstre krever systematisk jobbing, blant annet fordi dette er tenkemåter som over tid er blitt automatiserte mentale vaner. Henvis til kapitlet «En støttende indre samtale» i arbeidsboken og ABCD-skjemaet. Tegn ABCD-modellen på tavle eller flippover, og forklar hva som ligger i situasjon (A), tanke (B), følelser konsekvenser (C) og alternativ tanke (D):

A :Hva er situasjonen?

B: Hvilke tanker eller mentale forestillingsbilder farer gjennom hodet?

C: Hvilke følelser dukker opp, hvordan reagerer kroppen, og hva gjør du?

D: Finnes det en annen og mer konstruktiv måte å forstå situasjonen på?

Trenger jeg å gi de negative tankene oppmerksomhet nå?

Be pasienten om å komme med eksempler på situasjoner, tanker og følelser. Øv på å skille mellom tanker og følelser helt til pasienten føler seg relativt trygg på forskjellen. Si at det kan være vanskelig å få tak i tankene fordi vi vanligvis ikke går rundt og tenker på hva vi tenker på. Derfor må man noen ganger gjette seg frem: Hva tror jeg at jeg tenkte? Mange opplever at det er vanskelig å finne de alternative tankene (D-kolonnen). Kom eventuelt med forslag til alternative tanker og diskuter sammen med pasienten, slik at pasienten får hjelp til dette.

I gjennomgangen får dere mulighet til å løfte frem skamreducerende holdninger, som en motvekt mot flauhet og stigma forbundet med irritable tarmsyndrom. Og du får trolig anledning til å konkretisere hva som menes med katastrofetenkning (verstefallstenkning), engstelig forventning og tanker om mangel på kontroll.

Du kan oppsummere:

«I denne timen har vi gått igjennom ABCD-modellen. Jeg har foreslått at du trener på å bruke den som et hjelpemiddel for å få tak i din indre dialog i vanskelige situasjoner forbundet med irritable tarmsyndrom. Vi har drøftet hvordan ulike tanker påvirker reaksjoner og handlinger. Jeg har fremhevet at poenget ikke er å tenke positivt, men å oppdage at vi kan velge hvilke tanker vi skal lytte til og hvilke vi lar fare, hvilke som er til hjelp og hvilke som hindrer oss i å nå våre mål.»

Atferdseksperiment

Si at dere vil legge stor vekt på endring av handlemåter forbundet med mage-tarm-plagene. Stikkord er atferdseksperimenter og systematisk eksponeringstrening kombinert med reduksjon av sikringsatferd. Fortell at et slikt eksperiment er hjemmeoppgave til neste time, der pasienten skal prøve å endre en vane som har blitt etablert i forbindelse med plagene.

Eksempler er å utsette et toalettbesøk i noen minutter, i en situasjon der en føler at det haster, at en med vilje lar magen rumle i andres nærvær eller at en lar være å foreta en sikringsstrategi, som å la være å ta med seg klesskift, eller ikke sjekker om det er toalett i nærheten på en reisevei, kjøpesenter eller liknende. Si at dere på neste time vil drøfte hvilke erfaringer pasienten gjør seg her. Hva er viktige læringspunkter å ta med seg, med hensyn til hvordan eksperimenter blir lagt opp og hvilke typer av atferd de bør rettes mot?

■ Hjemmeoppgaver – Del 2

1:

LES I ARBEIDSBOKEN:

- ▶ «Negative følelser forbundet med irritable tarmsyndrom»
 - ▶ «Tenkemåter som forsterker plager med irritable tarmsyndrom»
 - ▶ «Mentale strategier ved irritable tarmsyndrom»
 - ▶ «En støttende indre samtale»
 - ▶ «Utfylling av ABCD-skjemaet»
-

2:

Ta for deg to situasjoner der problemene med irritable tarm på en eller annen måte var involvert, og der negative tanker eller forestillingsbilder gjorde vondt verre.

Skriv ned stikkord på ett ABCD-skjema for hver situasjon. Presenter så noen alternative tanker, som er realistiske, støttende og konstruktive. Skriv disse tankene i D-kolonnen til høyre i skjemaet.

3:

Gjennomfør et atferdseksperiment der du endrer på en vane som du har etablert forbundet med dine mage-tarm-plager. Eksempler er å utsette et toalettbesøk i noen minutter, i en situasjon der du føler at det haster, at du med vilje lar magen rumle i andres nærvær eller at du lar være å foreta en sikringsstrategi, som å sjekke om det er toalett i nærheten på en reisevei, kjøpesenter eller liknende.

Drøft hvilke erfaringer du fikk med eksperimentet på neste time.

Del 2 B – Håndtering av kvernetanker

Vis til arbeidsboken: «Kvernetanker som stjeler energi og forsterker mage-tarmproblemer», «Selektiv oppmerksomhet», «Den ubudne gjesten: Strategier ved langvarige smerter», «Oppsummering» og «Hjemmeoppgaver».

Gjennomgang av hjemmeoppgavene

Gå inn på hjemmeoppgaven om bruk av ABCD-skjema. Spør om hvordan det var å kartlegge negative automatiske tanker og å finne alternative tanker eller forestillingsbilder. Hvilke erfaringer har pasientens gjort seg her?

I diskusjonen om pasientens erfaringer med tankekartlegging, kan du legge vekt på at det er nyttig i seg selv å bruke ABCD-skjemaet til å få avdekket de mest negative tankegjengangerne som dukker opp før, under eller etter de vanskelige situasjonene. Da blir man seg mer bevisst tankene og kan lettere fange dem opp og stille spørsmål ved dem neste gang. De mister noe av sin umiddelbare påvirkningskraft, fordi man har en økt bevissthet om dem. Slik sett er det bra at man under tankekartlegging stiller seg selv spørsmålet: Hva er det mest negative jeg kanskje tenkte i denne situasjonen? Det gjør det gjerne også noe lettere å finne frem til alternative tanker, fordi de negative tankene ofte er så ekstreme og unyanserte.

Det er ofte vanskelig å huske hva man konkret tenkte i en bestemt situasjon. Man må prøve å resonnerer seg frem til hvilke tanker det kan ha vært. Her kan man gjerne ta utgangspunkt i hva man følte der og da og hvilke kroppslige symptomer som var fremtredende.

Gå så inn på hjemmeoppgaven om atferdseksperiment. Drøft hvilke erfaringer pasienten fikk med å utføre atferdseksperimentet. Legg vekt på at målet her var å få erfaring med å gjøre en slik atferdsendring. Viktige spørsmål er for eksempel hvilke barrierer som oppsto for gjennomføring av den, som å glemme hva man har bestemt seg for å gjøre, og hvilke tiltak som kan bidra til gjennomføring.

Kvernetanker

Vis til kapitlet «Kvernetanker som stjeler energi og forsterker mage-tarmplager» i arbeidsboken. Pasienten skal trene på å gjenkjenne kvernetanker, og begrense deres innflytelse. Her kan du formidle budskapet om at smerter og irritable tarmsyndrom krever mental styrke:

«Å leve med irritable tarm er vanskelig. Det gjelder å unngå at problemene tar regien på dagen og fører til en strøm av negative tanker og bekymringer. Man kan kverne fremover i form av bekymring om hva som kan gå galt, for eksempel pinlige uhell, og bakover som grubling om for eksempel årsaker til problemene. Dessuten kan man gruble om situasjonen her og nå, om mageplagene, smerter, mangel på energi og konsentrasjonsproblemer. Kvernetankene stjeler oppmerksomhet, forsterker plagene og gjør at det blir mindre plass til andre ting. Når de kommer om natten, kan de forstyrre søvnen.»

For å snu negative tankerekker, er det viktig å være bevisst hvilke tanker du skal lytte til og hvilke du helst skal la fare. Det betyr ikke å undertrykke negative tanker eller tenke urealistisk positivt, for det er et umulig prosjekt og vil bare gjøre vondt verre. Dersom du forsøker å skyve vekk negative tanker, vil det bare føre til det motsatte, at tankene presser seg på med fornyet styrke. Tanken er fri og lar seg ikke stanse. Men, du har mulighet til å påvirke hvor mye oppmerksomhet du gir kvernetankene, hvor mye du velger å tro på dem og hvilken innflytelse de skal få over deg.»

Demonstrer her den paradoksale effekten av forsøk på tankeundertrykkelse ved å gi øvelsen: «Ikke tenk på en isbjørn». Bekymringstanker og andre negative tanker vil melde seg igjen, på samme måte som isbjørnen gjerne kommer labbende under (paradoksal effekt) eller i tiden etter slike forsøk (rekyleffekt). Derfor er det lurt å trene på å akseptere at tankene dukker opp og blir en del av bevisstheten, uten å gi dem mye oppmerksomhet. Gå så inn på hvordan pasienten kan håndtere kvernetanker rundt mage-tarmproblemene.

Tiltak mot kvernetanker

Du kan formidle at en strategi mot kvernetanker er å få oversikt over dem, akseptere at de er der, og så spørre seg selv om hvor nyttig det er å tenke på dette nå eller i det hele tatt tenke slik. Så kan man la tankene være der de er, uten å diskutere med dem eller prøve å få dem vekk. De vil gjerne blekne etter en stund dersom man ikke gir dem oppmerksomhet.

Hent gjerne frem momenter om aksept og flytting av oppmerksomhetsfokus. Hør om pasienten har egne forslag til måter å illustrere prinsippet om «å la tanker fare» på.

«Det er høyst forståelig at tanker om mage-tarmproblemene fyller sinnet ditt. Når de urovekkende tankene dukker opp, for eksempel i form av bekymringer, er kunsten å ikke dvele ved dem – vi er ikke dømt til å gå like energisk inn i alt det som fyker gjennom hjernen til enhver tid, tusenvis av tanker hver dag. Du kan akseptere tankenes tilstedeværelse, uten å si deg enig i dem. Jo mindre oppmerksomhet de får, desto mindre energi vil de ta. Rett heller oppmerksomheten mot hva som skjer av interesse rundt deg, eller mot planene og oppgavene for dagen».

Pasienten kan på samme tid ha negative og positive holdninger til bekymring og grubling. Begge holdninger kan bidra til å forsterke tendensen til kvernetanker. Mange har sterk bekymring for egen bekymring kombinert med en følelse av avmakt og av å mangle kontroll over kvernetankene omkring mage-tarmplagene. De gjør store anstrengelser for å presse disse tankene vekk, noe som gjør vondt verre.

Lytt til hvilke holdninger til kvernetankene som deles, både implisitte eller eksplisitte holdninger: «Hva er fordeler og ulemper ved slike tanker?». Spør også om uheldige strategier pasienten bruker for å kontrollere tankene, som unngåelse, sikringsatferd og forsøk på tankeundertrykking: «Føler du at du har kontroll over tankene? Hva gjør du for å få kontroll?».

I samtalen løfter du frem en annen holdning, preget av aksept av tankenes tilstedeværelse og ikke kamp mot dem. Du anbefaler pasienten å trene på å flytte oppmerksomheten over på andre ting, på det som skjer her og nå, og på det man ellers ønsker å prioritere.

” *Mange har sterk bekymring for egen bekymring kombinert med en følelse av avmakt og av å mangle kontroll over kvernetankene omkring mage-tarmplagene.*

Selektiv oppmerksomhet

Si at irritable tarmsyndrom ofte vedlikeholdes av en form for vanemessig overvåking av kroppssignaler. Det er som om hjernen har en vaktberedskap rettet mot det som kan signalisere kontrolltap, smerter og uhell. Det er en form for selektiv oppmerksomhet, der signaler fra magen får forrang, og utløser bekymring og økt kroppslig aktivering. Vis her til kapitlet «Selektiv oppmerksomhet» i arbeidsboken. Du kan eventuelt tegne opp en variant av «panikksirkelen», som illustrerer den onde sirkelen med selektiv oppmerksomhet i form av negativ tolkning av symptomer, som resulterer i unngåelse og uheldig bruk av sikringsatferd, og forsterket oppmerksomhet på det man frykter. Spør pasienten om dette er en ond sirkel han eller hun kjenner seg igjen i. Vis her til det dere snakket om i del 1 av behandlingen, om kommunikasjonen mellom mage, tarm og hjerne.

” *Man kan trene på å akseptere tilstedeværelsen av de ubehagelige tankene og følelsene, uten å prøve å undertrykke dem.*

Man kan trene på å akseptere tilstedeværelsen av de ubehagelige tankene og følelsene, uten å prøve å undertrykke dem. Vis her igjen til den paradoksale effekten av tankeundertrykkelse, eksemplifisert i «ikke tenk på en isbjørn»-øvelsen. Si også at dere på de neste timene skal ta opp handlingsstrategier i slike situasjoner, der man systematisk eksponerer seg i stedet for å unngå. Slik viser man i handling at bekymringene (i hovedsak) er overdrevne. Man får gradvis snudd vanen med selektiv oppmerksomhet mot trusselssignaler. Kommunikasjonen mellom mage, tarm og hjerne går ikke lenger på høygir.

Samtidig anbefales pasienten å trene på å begrense tiden som brukes på bekymring og grubling, både på dagtid og nattestid. Man kan for eksempel bruke en loggbok der bekymringer som dukker opp om natten skrives ned for å revurderes i dagslys. Målet er at man skal stille seg færre abstrakte, generelle og deprimerende «hvorfor»-spørsmål («Hvorfor reagerer magen slik nå?»), og urovekkende og skremmende «tenk om»-spørsmål («Tenk om jeg ikke har kontroll under møtet, og det begynner å rumle i magen eller jeg må prompe?»).

Langvarige smerter

Vis til kapitlet «Den ubudne gjesten: Strategier ved langvarige smerter» i arbeidsboken og trekk frem hovedpoenger herfra.

«Ved irritable tarmsyndrom er tarmen mer følsom for det som skjer i tarmen og hjernen prioriterer signaler fra tarmen i større grad enn vanlig. Vanlig oppblåsthet kan oppleves som sterke smerter. Systemet har en økt sensitivitet for smerte, det vil si at nervesystemet har en lavere smerteterskel. Det betyr ikke at du som person ikke tåler smerte, tvert imot har du kanskje høy smertetoleranse. Slik er det ved alle smertetilstander som defineres som langvarig smerte, nervesystemet får en lavere terskel for når signaler registreres som smerte, men personen kan likevel tåle mye smerte.

Vår opplevelse av smerte påvirkes av flere faktorer enn bare de kroppslige, blant annet spiller oppmerksomhet en viktig rolle. Den akutte smerten som oppstår når vi vrikker foten, er et nyttig signal om å gi foten oppmerksomhet og foreta oss noe. Langvarig smerte derimot har ingen funksjon, og det hjelper ikke å gi den oppmerksomhet. Tvert imot gjør oppmerksomhet på smerte at det fyres enda flere smerteimpulser opp til hjernen, og smerten oppleves sterkere. Det betyr overhodet ikke at man innbiller seg at man har smerte, at smerten er psykisk. Smerten oppleves selv om det ikke er noe galt med tarmen slik man også kan kjenne smerte i en fot som ikke lenger er der, men som er amputert (fantomsmerter). Det betyr bare at hjernen alltid er involvert i vår opplevelse av smerte» .

■ Hjemmeoppgaver – Del 2 B

1:

LES I ARBEIDSBOKEN:

- ▶ «Kvernetanker som stjeler energi og forsterker mage-tarmproblemer»
 - ▶ «Selektiv oppmerksomhet»
 - ▶ «Den ubudne gjesten: Strategier ved langvarige smerter»
-

2:

Kartlegging av kvernetanker omkring mage-tarmplager: Få oversikt over gjentakende gruble- og bekymringstanker i forbindelse med dine mage-tarmplager. Et eksempel er grubling rundt årsaker til smerter og bekymring for hva smertene kan føre til. Et annet eksempel er vedvarende bekymring for kontrolltap og uhell.

Bruk en eller to dager, der du prøver å legge merke til hvilke slike kvernetanker som dukker opp.

- ▶ Hvilke temaer kretser de rundt?
 - ▶ Hva utløser dem?
 - ▶ Hvor mye tid bruker du på dem?
 - ▶ Hva gjør du for å prøve å påvirke dem, for eksempel forsøk på å skyve tankene vekk?
 - ▶ Hva resulterer slike forsøk i?
-

3:

Fortsett å utføre atferdseksperimentet og suppler gjerne med et nytt atferdseksperiment.

Del 3 – Handlingsstrategier

Det anbefales fire timer til del 3 om handlingsstrategier, men dette kan individuelt tilpasses etter behov.

Del 3 A – Kartlegging av handlingsmønstre ved irritabel tarmsyndrom

Vis til arbeidsboken: «Mestring av irritabel tarmsyndrom», «Unngåelse og sikringsatferd», skjemaet «Kartlegging av unngåelse og sikringsatferd», «Oppsummering» og «Hjemmeoppgaver».

Gjennomgang av hjemmeoppgavene

Gå inn på hjemmeoppgaven om kartlegging av kvernetanker omkring mage-tarmlager. Aktuelle spørsmål til pasienten er:

- ▶ Hvilke temaer kretset kvernetankene rundt og hva utløste dem?
- ▶ Kan du anslå hvor mye tid du brukte på kvernetankene de to måledagene? Hva gjorde du for å forsøke å kontrollere dem?
- ▶ Når du nå vurderer kvaliteten på kvernetankene som du fikk: er de gyldige og nyttige – eller ikke?

Diskuter barrierer som dukket opp og hvordan pasienten søkte å løse dem.

Kartlegging av unngåelse og sikringsatferd

Vis til «Unngåelse og sikringsatferd» i arbeidsboken. Gjenta argumentene for at unngåelse og bruk av sikringsatferd bidrar til å opprettholde irritabel tarmsyndrom, gjerne med henvisning til tilsvarende onde sirkler ved angstlidelser. Siktetålet for første del av denne timen er å få oversikt over hva sikringsatferd og unngåelse konkret består i, hva man unngår å gjøre på grunn av mageplagene, og hva man aktivt gjør for å hindre eller få kontroll over dem.

Et viktig mål er at pasienten skal trene planmessig og systematisk på å gå inn i situasjoner som unngås uten bruk av sikringsatferd, for eksempel å sjekke på forhånd hvor toalettet på kjøpesenteret er.

Nevn eksempler på unngåelse og sikringsatferd når symptomer først har kommet: for eksempel å gjøre så lite som mulig som kan opprøre magen; legge seg tidlig; avstå fra sex; la være å gå på jobb og heller jobbe hjemmefra; spenne musklene for ikke å prompe; ha på seg løstsittende klær; ha så lite å gjøre med kolleger som mulig når en er på jobb; kansellere treningsøkten eller middagsbesøket; la være å reise med buss; passe på ikke å sitte midt i en kinosal. Kjenner pasienten seg igjen i slike atferdsmønstre?

Nevn tilsvarende eksempler på hva pasienter med irritable tarmsyndrom kan gjøre hver dag for å prøve å holde kontroll og forebygge mageplager. Slike kontrollstrategier har over tid blitt automatiserte vanemønstre, som å gå på toalettet med det samme en føler den minste trang; stå opp tidlig for å kunne bruke god tid på do; sette av tid til å la magen «sette seg» etter frokost før en drar på jobben; passe på at det er rikelig med toalettpauser mellom møter på arbeid; legge inn forebyggende dobesøk før ulike aktiviteter; ha med egen lunsj på jobb og innta den i eget selskap.

Du kan nevne eksempler på unngåelse og sikringsatferd, som at man kan legge en stor og energitappende innsats i bare å innta «sikker» mat, ikke ta for mye og ikke for lite, ikke spise for sjeldent og ikke for ofte. Reiseruter kan legges opp slik at det er lett tilgang til toalett om nødvendig, og man lar kanskje være å spise på forhånd for å redusere risikoen. Rutinene utføres gjerne nøyaktig, og avvik fører til bekymring og urolig mage. Få også frem om familiemedlemmer eller andre personer er informert om og må tilpasse seg disse rutinene. Er de for eksempel involvert i planlegging av besøk, utflukter eller ferieturer?

Prøv også på få frem hvilke tenkemåter som er forbundet med unngåelse og sikringsatferd, for eksempel i form av katastrofetanker, engstelig forventning, tanker om ikke manglende kontroll og tanker forbundet med skamfølelse.

Si at i neste fase av behandlingen skal pasienten trene på å gjøre det han eller hun ønsker å gjøre, mest mulig uavhengig av mageproblemen. Hver gang man unngår en situasjon eller en aktivitet fordi den kan gi ubehag, snevrer man inn sine valgmuligheter. I sum går dette ut over livsrommet og livsutfoldelsen. Ved å redusere plassen som mageproblemen nå tar, ved ikke å bruke tid på bekymringskvernen og på unngåelse og sikringsatferd, skaffer man seg et større rom for aktiviteter som styrker opplevelsen av innhold og retning i eget liv.

Diskuter så hvordan pasienten kan observere seg selv i kommende uke, og registrere i skjemaet «Kartlegging av unngåelse og sikringsatferd». Legg vekt på at dette over tid ofte er blitt automatiserte vaner, som man kanskje ikke lenger er seg bevisst. Be pasienten også om å kartlegge hvor ofte han eller hun benytter seg av toalettet i løpet av hver dag i kommende uke. Informasjonen som pasienten samler inn skal både brukes til å legge en plan for systematisk trening, der man går inn i situasjoner uten bruk av sikringsatferd. Neste gang vil dere også snakke om handlingsstrategier forbundet med toalettbesøk.

■ Hjemmeoppgaver – Del 3 A

1:

LES I ARBEIDSBOKEN:

- ▶ «Mestring av irritabel tarmsyndrom»
 - ▶ «Unngåelse og sikringsatferd»
-

2:

Få oversikt over unngåelse og sikringsatferd i uken som kommer ved å registrere når og i hvilke situasjoner du har benyttet deg av slik atferd i skjemaet «Kartlegging av unngåelse og sikringsatferd».

3:

Få en oversikt over hvor mange ganger du forsøker å gå på toalettet i uken som kommer.

4:

Forsett å utføre atferdseksperiment.

Del 3 B – Eksponeringstrening

Vis til arbeidsboken: «Eksponeringstrening ved irritable tarmsyndrom», «Redusert skamfølelse gjennom eksponering», «Trening i å utsette toalettbesøk», «Faste tider for toalettbesøk», «Skjema for toalettbesøk», «Oppsummering» og «Hjemmeoppgaver».

Gjennomgang av hjemmeoppgavene

Gå inn på hjemmeoppgaven. Drøft pasientens erfaringer med å samle inn informasjon om unngåelse og sikringsatferd og kartlegging av toalettbesøk. Diskuter barrierer som dukket opp og hvordan pasienten søkte å løse dem.

Eksponeringstrening

Vis til «Eksponeringstrening ved irritable tarmsyndrom» i arbeidsboken. Si at pasienten, ut fra informasjonen som er samlet inn, i denne timen skal legge en plan for systematisk trening, der en øver på å gjøre det motsatte av det en gjør nå: Gå inn i situasjoner pasienten tidligere har unngått uten å ty til sikringsatferd for å beskytte seg, og samtidig trene på å akseptere det kroppslige ubehaget, de skremmende tankene og de negative følelsene som melder seg. Øvelse gjør mester, og ved å gjenta over tid vil plagene bli redusert, og en vil kunne få økt følelse av påvirkningskraft og valg i eget liv.

Du kan si følgende:

«Ved ikke å gjøre noe for å dempe smertene, viser du i handling at de ikke er farlig og noe som må tas hensyn til, og da lærer hjernen din at det faktisk er slik. Du trener hjernen til å møte smertene og andre signaler fra tarm og mage på en annen måte, uten å bli alarmert. Slik bryter du den onde sirkelen.»

Dere skal også planlegge ulike atferdseksperimenter for å få snudd negative tankemønstre, bygget på katastrofetenkning, engstelig forventning, ekstern kontrollplassering og opplevelse av skam, og stigma.

Pasienten kan for eksempel vente med å gå til toalettet eller spise mat en er usikker på. Tilsvarende kan man trene på å reise over lengre strekninger, gå på film- og teaterforestillinger og sette seg midt i benkeraden, reise med buss over lengre strekninger, besøke nye og ukjente spisesteder og handle på kjøpesentre uten å kjenne til hvor toalettet er. Prinsippet her er at man ikke skal ty til sikringsatferd, som for eksempel hyppige toalettbesøk før man går ut og kartlegging av tilgang til toaletter, bare benytte toalettet når for eksempel arbeidskolleger er ute til lunsj eller å skru opp vannkranen for å kamuflere lyder.

Ta også opp hvordan eksponering kan bidra til å redusere skamfølelse, og vis til rådene som gis her i «Redusert skamfølelse gjennom eksponering» i arbeidsboken.

Forbered pasienten på at han eller hun må regne med at det dukker opp «stopptanker», for eksempel om at det ikke nytter og at det bare er å gi opp. Spør pasienten om hvilke slike tanker det er lurt å være forberedt på. Tanker som er verbalisert og bevisstgjort på forhånd, vil ikke ha samme gjennomslagskraft når de kommer senere. Man kan dessuten ha forberedt støttetanker å svare dem med. Hva mener pasienten kan være nyttige påminnelser i en slik situasjon?

” Tanker som er verbalisert og bevisstgjort på forhånd, vil ikke ha samme gjennomslagskraft når de kommer senere.

Du kan råde pasienten til ikke å gå inn i en diskusjon med slike negative tanker, i hvert fall ikke på natten. Mottoet kan som nevnt være: «Stol på prosjektet». Pasienten kan minne seg selv på at opplegget han eller hun jobber med nå bygger på metoder med solid faglig dokumentasjon. Da unngår man stadig å måtte diskutere med slike tanker, det fører ikke noe godt eller nytt med seg. Det er å gå inn på stopptankenens premisser, og det er de ikke verdt. Pasienten kan heller holde fast på planen han eller hun har satt seg. Her kan du si:

«Om du blir i tvil med hensyn til gjennomføring, diskuter med en medhjelper eller ta diskusjonen med deg selv på et senere tidspunkt når du er i balanse og har mer overskudd. Da kan du gjøre en mer nyansert vurdering.»

Trening i å utsette dobesøk

Enten de har problemer med diaré, forstoppelse, oppblåsthet eller mageknip, har personer med irritable tarmsyndrom ofte utviklet spesielle rutiner for toalettbesøk som forstyrrer kroppens naturlige rytme. Typisk går de ofte på do, enten for å forebygge eller som en rask reaksjon på signaler fra tarm og mage. Slik lærer hjernen og magen at så fort man er trengt, så kommer det et toalettbesøk. Det bidrar over tid til at impulsen om å tømme tarmen blir sterkere. Når man ikke har øyeblikkelig tilgang til toalett, vekkes angst og uro, noe som aktiverer kroppen ytterligere og dermed også følelsen av å måtte gå på do. Når man kommer på do, får man gjerne bekreftelse på at det var i grevens tid. Man får ikke sjekket ut hva som faktisk hadde skjedd dersom man hadde valgt å vente. Det blir en ond sirkel. Det er naturlig å gå på do når man føler at man må, men ved irritable tarmsyndrom blir forbindelsen mellom det å føle at man er trengt og toalettbesøk, uhensiktsmessig sterk og automatisert. Man har etablert en vane med umiddelbart å gå på do, og denne vanen er det viktig å snu gjennom trening.

Be pasienten først om å gjennomføre atferdseksperimenter i situasjoner der han eller hun føler seg trygg, enten hjemme eller på jobb. Hver gang pasienten føler trang til å gå på do, skal han eller hun utsette det, først i noen minutter, og etter hvert over lengre tidsperioder. Dersom en etter noen minutter ikke lenger føler samme trang, bør en ikke gå på do. Etter hvert økes ventetiden til flere minutter. Målet er å lære kroppen til ikke å sende masse signaler om at et umiddelbart dobesøk er nødvendig. Dessuten kan pasienten få sjekket ut om det fryktede faktisk skjer. Noen pasienter har en sterk og hemmende frykt for å prompe, særlig når de føler seg oppblåst i magen. De vil da stramme muskler og innta bestemte sittestillinger for å motvirke at det skal skje, eller skyndte seg til toalettet.

Si at det å stramme musklene lett blir misforstått av hjernen som et signal om at de nettopp er i fare for å prompe. Så kan du oppfordre dem til å gjøre det motsatte i situasjonen, ved å slappe av i musklene og engasjere seg i det de holder på med der og da, og slik demonstrere for seg selv at de har kontroll.

Uhell kan skje

Enkelte vil oppleve uhell der de faktisk gjør på seg. Du må unngå å garantere for at det ikke vil skje. Våre erfaringer, etter å ha hatt kontakt med mange pasienter med irritable tarmsyndrom, er imidlertid at det skjer sjeldent, og at når det skjer, blir det ofte en korrigerende erfaring ved at man greier å håndtere situasjonen på en forholdsvis god måte.

Du kan her løfte frem følgende perspektiv: Hvor viktig er det ikke å bæsje på seg – eller prompe – dersom det innebærer å leve med sikringstiltak og begrensninger som hindrer et fullverdig liv? Si også at det å gjøre på seg er en opplevelse som de fleste av oss har opplevd. En grunn til at det er en mer vanlig foreteelse enn det man skulle tro, er at de fleste etterpå makter å ta seg av en slik hendelse på en diskret måte, og man pleier jo sjelden å snakke om det! Ved å øve hjemme – i trygge omgivelser – på å utsette dobesøket, skaffer pasienten seg verdifull erfaring om hvor grensen går. Gjennom treningen utvides også evnen til å holde igjen og ikke la seg styre blindt av signalene fra tarm og mage. Dersom man må løpe på toalettet, er det fint om man kan bli stående litt uten å sette seg ned, for å demonstrere for seg selv at man har større kontroll enn det man frykter.

” Gjennom treningen utvides også evnen til å holde igjen og ikke la seg styre blindt av signalene fra tarm og mage.

Noen pasienter kan her si at de ikke vil gå med noen minutters venting, fordi trykket oppleves som for stort. De kan da bes om å trene i en for dem tryggest mulig situasjon, for eksempel stående i badekaret, og gradvis få en korrigerende erfaring og økt opplevelse av kontroll.

Faste tider for toalettbesøk

Løft så frem følgende intervensjon for pasienter som anvender toalettbesøk for å redusere ubehagelige symptomer, enten det er forstoppelse, smerter, oppblåsthet eller en følelse av ikke å være fullstendig tømt. De stadige dobesøkene bidrar til å opprettholde plagene, selv om de noen ganger kan gi en kortvarig lettelse. Be pasienten om å sette opp faste tidspunkter for dobesøk. Ta gjerne utgangspunkt i 3–5 slike besøk, og snakk om hvilke tidspunkter som er mest praktisk å sette opp, for eksempel etter frokost og middag. De anbefales om tidspunktene i en skriftlig plan, for eksempel i skjemaet «Oversikt over toalettbesøk».

Pasienten skal gå på toalettet til angitt tid uansett om han eller hun føler behov for det eller ikke. Pasienten skal ikke prøve å tvinge ut avføringen. Kommer det ikke noe, forlater en do etter et par minutter. Utenom de avsatte tidene skal pasienten ikke bruke toalettet selv om en føler seg svært trengt. Målet er gradvis å redusere til ett eller to toalettbesøk per dag. Pasienten skal heller ikke bruke mat, medikamenter eller annet for å øke sjansen for å få avføring. Pasienten skal for eksempel ikke prøve å drikke kaffe og så ta det med ro, før dobesøket, bare gå på toalettet når det er tid for det, uten forberedelser. Anbefal pasienten å sette av minst ti dager til å følge programmet, og ikke ta et avføringsmiddel, selv om for eksempel forstoppelsen vedvarer. Medisinsk sett er det ufarlig å være så lenge forstoppet, og her kan lege eventuelt konsulteres for å godkjenne at opplegget er forsvarlig.

” Målet er gradvis å redusere til ett eller to toalettbesøk per dag.

På kort sikt kan denne metoden føre til flere symptomer og mer forstoppelse. Tilsvarende vil stimuluskontroll og søvnrestriksjon i kognitiv atferdsterapi ved søvnproblemer i de første to ukene kunne medføre mindre søvn, mens assosiasjonen mellom søvn og soverom gradvis bygges opp.

Det vil koste noe å kutte forbindelsen mellom kroppslige symptomer fra tarm og mage, og atferd som vedlikeholder problemet. Men det er verdt innsatsen, for gradvis tilpasser kroppen seg ny rytme og et nytt og regelmessig vanemønster som fører til kortere perioder med forstoppelse, færre smerter og mindre oppblåsthet.

■ Hjemmeoppgaver – Del 3 B

1:

LES I ARBEIDSBOKEN:

- ▶ «Eksponeringstrening ved irritable tarmsyndrom»
 - ▶ «Redusert skamfølelse gjennom eksponering»
 - ▶ «Trening i å utsette toalettbesøk»
 - ▶ «Faste tider for toalettbesøk»
-

2:

Gjennomfør systematisk og regelmessig eksponeringstrening.

3:

Gjennomfør trening i å utsette toalettbesøk.

4:

Ved behov følg en tidsplan for toalettbesøk, bruk gjerne «Skjema for toalettbesøk».

Del 4 – Oppsummering og veien videre

Del 4 A – Strategier for videre trening og vedlikehold

Vis til arbeidsboken: «Bruk av handlingsregler for vaneendring», «Strategier for videre trening og vedlikehold», «Handlingsplan», «Oppsummering» og «Hjemmeoppgaver».

Gjennomgang av hjemmeoppgavene

Gå inn på hjemmeoppgavene og diskuter erfaringer med henholdsvis eksponeringstrening, trening i å utsette toalettbesøk og faste tider for toalettbesøk.

Erfaringer, barrierer og løsninger for treningsøvelsene

I Del 4 A fortsetter dere å drøfte tilrettelegging og videreutvikling av de ulike oppgavene. Snakk om erfaringer, barrierer og løsninger. Ta utgangspunkt i problemstillingene som pasienten presenterer når du strukturer disse timene. Du kan holde korte, relevante faglige innlegg. Søk fortrinnsvis å få pasienten involvert i kommentarer og refleksjoner rundt det aktuelle temaet, for eksempel hvordan pasienten best mulig kan håndtere en dårlig dag.

” Vår selvkontroll og viljekraft er som en muskel, den har begrenset kapasitet og utholdenhet. Jo oftere vi må bruke muskelen, jo mer sliten kan den bli.

Bruk av handlingsregler

Vis til «Bruk av handlingsregler for vaneendring» i arbeidsboken. Snakk om hvordan vi i høy grad er styrt av vanemønstre som kan være vanskelig å snu, og at viljekraft alene ofte blir en for spinkel ressurs til å snu vaner.

Du kan si:

«Vår selvkontroll og viljekraft er som en muskel, den har begrenset kapasitet og utholdenhet. Jo oftere vi må bruke muskelen, jo mer sliten kan den bli. Hvis vi vil endre på noe og samtidig har stressbelastninger, smerter og andre plager vi må bruke selvkontrollmuskelen på, kan det være vanskelig å lykkes, uansett hvor godt motivert vi er. Derfor råder ekspertene på endring av helseatferd oss til å etablere ønskede handlinger som vanemønstre, slik at vi ikke hele tiden må bruke av vår begrensede viljekraft.»

Trekk frem bruk av handlingsregler («implementation intentions») som et nyttig verktøy for å innarbeide ønskede vanemønstre.

Du kan si:

«Vi kan ta gode beslutninger om å gjøre endringer, men i det daglige strevet tar vanemønsteret fort over. Derfor er det lurt mentalt å sette opp en handlingsregel om når, hvor og hvordan vi skal gjøre det du ønsker. Formuler den i en «hvis-så»-plan: «Hvis situasjon Y oppstår, så vil jeg iverksette handlingen X». Situasjonen Y kan være en hendelse, en følelse, et sted, en person, et tidspunkt eller en kvernetanke i form av vanemessig bekymring og grubling.»

Du kan lese mer om bruk av handlingsregler i «Håndbok i klinisk helsepsykologi», kapittel 4 (Berge, Fjerstad, Hyldmo & Lang, 2019) eller i Berge & Fjerstad, 2020.

Strategier for videre arbeid og tilbakefallsforebygging – bruk av handlingsplan

Siste del av Del 4 A vies vedlikehold av treningen og tilbakefallsforebygging. Vektlegg at det er klokt å tenke nøye gjennom hvordan pasienten skal få til å opprettholde atferden og vanene han eller hun har tilegnet seg. Hvilke barrierer ser pasienten for seg at han eller hun vil støte på i ukene som kommer?

Pasienten skal lage en strategi for det videre arbeidet i de nærmeste åtte ukene. Den inkluderer å utforme en handlingsplan som en påminnelse og inspirasjonskilde. Si at det er normalt med tilbakeskritt, og at det nettopp da er viktig å minne seg på hvilke strategier de har lært seg.

Du kan si:

«Det er et viktig skille mellom tilbakefall og tilbakeskritt. De fleste av oss har perioder med mage-tarmlager. Det er uunngåelig. Magen lever på en måte sitt eget liv. Slike plager bør snarere ventes enn fryktes. Men når de kommer, er det lett å miste perspektivet, bli skuffet og få nederlagsfølelse. Lag derfor en handlingsplan for tilbakefallsforebygging som styrker din følelse av kontroll og selvtillit. Skriv ned viktige poenger i det du har lært, som en huskeliste. Hensikten er å forberede seg, ikke for å ta sorgene på forskudd, men for å ha en beredskap. Tydeliggjør dine strategier for ikke å ta i bruk unnåelse og sikringsatferd. Legg inn råd mot håndtering av negative tanker og kvernetanker, og for å opprettholde en givende hverdag. Ta gjerne utgangspunkt i råd du ville gitt til en venn: Hva kan være gunstig for din venn å gjøre?»

Videre arbeid

Det legges vekt på hvordan pasienten skal videreføre arbeidet med metodene og hvordan han eller hun kan forebygge tilbakefall. Vær tydelig på betydningen av å være «tro mot metoden» for å få effekt, samtidig som vanskene med å få det til anerkjennes. Si at det er lurt å gi seg selv påminnelser, slik at de nye tenkemåtene ikke går i glemmeboken eller blir slukt av gamle mentale- og atferdsmessige vanemønstre. Be om eksempler på husketeknikker.

” *Pasienten kan minne seg selv på at målet med behandlingen ikke var å bli symptomfri – vi har alle problemer med magen fra tid til annen.*

Et flertall av pasienter med irritable tarmsyndrom opplever en vesentlig bedring av den behandlingstilnærmingen vi har beskrevet i veilederen. Samtidig vil det være pasienter som ved avslutning av behandlingen ikke betegner seg som friske eller symptomfrie. Sett ord på dette. Legg vekt på at pasienten har ervervet seg viktig kunnskap om hva som skal til for å håndtere symptomene på en ny måte. Nå må pasienten fortsette å trene på utøvelse av denne forståelsen.

Si at ettersom tarmen og magen lever sitt eget liv, er det klokt å innstille seg på at symptomene vil dukke opp fra tid til annen. Du kan oppfordre pasienten til å forstå en slik situasjon som et midlertidig tilbakeskritt og ikke et fullt tilbakefall. Pasienten kan minne seg selv på at målet med behandlingen ikke var å bli symptomfri – vi har alle problemer med magen fra tid til annen.

Det er lurt å ha forberedt en handlingsplan for å gjøre tilbakeskrittet så kortvarig som mulig. Bruk tilbakeskrittet som en mulighet til å øve på kloke tiltak. Gå konkret igjennom de ulike elementene i handlingsplanen. Hvordan skal pasienten håndtere bekymringene og katastrofetankene som vil dukke opp? Hva er gode tiltak for å hindre at gamle, vane-messige tendenser til unngåelse og sikringsatferd tar over? I de om lag to månedene som vil gå frem til siste del av behandlingen (Del 4 B), har pasienten mulighet til å fortsette treningen og samle inn viktige erfaringer både om barrierer og løsninger.

Vis til handlingsplanen i arbeidsboken, der pasienten kan sette opp stikkord på handlingsmønstre og tankemønstre som opprettholder mage-tarm-plager («gamle vaner» og «gammel plan»). I skjemaet kan pasienten tilsvarende sette opp en plan for hva han/hun skal minne seg selv på for å håndtere krevende situasjoner best mulig og for å holde ved like sine nye vaner og ferdigheter («ny plan»).

■ Hjemmeoppgaver – Del 4 A

1:

LES I ARBEIDSBOKEN:

- ▶ «Bruk av handlingsregler for vaneendring»
 - ▶ «Strategier for videre trening og vedlikehold»
-

2:

Lag en handlingsplan for å fortsette treningen for de neste to månedene. Hva er viktig å opprettholde? Hva kan bli en barriere for å bruke det du har lært? Hva er din strategi for å forebygge tilbakefall?

3:

Formuler noen «hvis-så»-handlingsregler, for å konkretisere hva du ønsker å gjøre i situasjoner der du vil etablere nye vanemønstre.

4:

Skriv ned viktige erfaringer og spørsmål du vil drøfte i siste time.

Del 4 B – Oppfølging og veien videre

Drøfting av erfaringer og oppsummering

Den siste timen, om lag to måneder etter den forrige, rettes mot å oppsummere og drøfte pasientens erfaringer siden sist. Hva har vist seg vanskelig, hva er barrierene og hvilke løsningsforsøk har pasienten prøvd? Hvordan har det gått med hjemmeoppgavene fra sist?

Timen kan ved behov inneholde en kort oppsummering av metodene, i form av dialog med pasienten. Pass her på at det er pasienten selv som i størst mulig grad repeterer de viktige poengene, etter at du har gitt noen stikkord. Skriv gjerne opp på tavlen eller flippover pasientens innspill til forebygging av tilbakefall og mestring av tilbakeskritt.

Legg vekt på pasientens erfaringer med å huske å anvende metodene i egen hverdag. Noen vil fortelle at de i løpet av tiden som har gått siden sist har gått tilbake til atferd og tenkemåter som opprettholder mage-tarmplagene, for eksempel unngåelse og sikringsatferd.

Hvilken kunnskap og hvilke metoder vil pasienten velge å ta med seg videre? Snakk om hvordan pasienten skal implementere kunnskap og metoder i hverdagen, og forebygge tilbakefall.

Videreføring av handlingsplanen

Spør om hvilke erfaringer pasienten har hatt med handlingsplanen. Hva har pasienten skrevet opp i denne? Har pasienten satt inn nye momenter siden sist? Hva er viktige erfaringer å ta med seg videre? Snakk om barrierer og løsninger i det videre arbeidet.

Evaluering og avslutning

Be pasienten om evaluering av behandlingen. Hva var nyttig, og hva kunne vært gjort annerledes? Gi tilbakemelding om at du er imponert over den innsatsen pasienten har lagt ned, og si gjerne også noe om din personlige glede over å ha fått anledning til å delta i samarbeidet med ham eller henne.

Kognitiv atferdsterapi for insomni og vedvarende utmattelse

Det er utviklet en tilsvarende tilnærming for mestring av vedvarende utmattelse (fatigue) ved Diakonhjemmet Sykehus med støtte fra Stiftelsen Dam gjennom Norsk Revmatikerforbund. Tilbudet er utformet både som behandling i gruppe og individuell behandling, og er fritt tilgjengelig på www.kognitiv.no. Det er laget en arbeidsbok for pasienter og en behandlingsveileder for helsepersonell.

På <https://www.kognitiv.no> finner du dessuten et opplegg for insomni, også det utviklet ved Diakonhjemmet Sykehus med støtte fra Stiftelsen Dam gjennom Norsk Revmatikerforbund. Tilbudet er utformet både som behandling i gruppe og individuell behandling, og det er laget en arbeidsbok for pasienter og en behandlingsveileder for helsepersonell.

Pasienter med irritabel tarmsyndrom har ofte vedvarende utmattelse og søvnproblemer, og kan ha nytte av å bli gjort oppmerksom på dette materialet.

Litteraturhenvisninger

Irritabel tarmsyndrom og fordøyelsessystemet

Drossman, D.A. & Hasler, W. (2016). Rome IV-Functional GI disorders: Disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*, 150(6), 1257–1261.

Furness, J.B., Callaghan, B.P., Rivera, L.R. & Cho, H.-J. (2014). The enteric nervous system and gastrointestinal innervation: integrated local and central control. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 817, 39–71.

Helander, H.F. & Fändriks, L. (2014). Surface area of the digestive tract – revisited. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 49(6), 681–689.

Helsenorge (2021). *Generelle råd ved irritable tarmsyndrom*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/mage-og-tarm/rad-ved-irritable-tarmsyndrom/#grunnleggende-kostholdsrad-ved-irritable-tarm>

Norsk Helseinformasjon (2021). *Slik fungerer fordøyelsessystemet*. <https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/fordoyelsessystemet/>

Sand, O., Sjaastad, Ø.V. & Haug, E. (2014). *Menneskets fysiologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kognitiv atferdsterapi ved irritable tarmsyndrom

Andersson, E., Ljótsson, B., Smit, F., Paxling, B., Hedman, E., Lindefors, N., Andersson, G. & Rück, C. (2011). Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for irritable bowel syndrome: Results from a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11, 215. doi:10.1186/1471-2458-11-215

Berge, T. & Fjerstad, E. (2016). *Lev godt med sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Berge, T., Dehli, L. & Fjerstad, E. (2016). *Energityvene. Utmattelse i sykdom og hverdag*. Oslo: Aschehoug.

Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi. For deg som behandler pasienter med somatisk sykdom og skade*. Bergen: Fagbokforlaget.

Craske, M. G., Wolitzky-Taylor, K. B., Labus, J., Wu, S., Frese, M., Mayer, E. A. et al. (2011). A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations. *Behavior Research*, 49(6–7), 413–421.

Edebol-Carlman, H., Ljótsson, B., Linton, S. J., Boersma, K., Schrooten, M., Repsilber, D. & Brummer, R. J. (2017). Face-to-face cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: The effects on gastrointestinal and psychiatric symptoms. *Gastroenterology Research and Practice*, Article ID 8915872. doi.org/10.1155/2017/8915872

Everitt, H.A., Landau, S., Little, P., Bishop, F.L., McCrone, P., O'Reilly, G. et al. (2015). Assessing Cognitive Behavioural therapy in Irritable Bowel (ACTIB): Protocol for a randomised controlled trial of clinical-effectiveness and cost-effectiveness of therapist delivered cognitive behavioural therapy and web-based self-management in irritable bowel syndrome in adults. *BMJ Open*, e008622. doi:10.1136/bmjopen-2015-008622

Everitt, H.A., Landau, S., O'Reilly, G., Sibelli, A., Hughes, S., Windgassen, S. et al. (2019). Assessing telephone-delivered cognitive-behavioural therapy (CBT) and web-delivered CBT versus treatment as usual in irritable bowel syndrome (ACTIB): A multicentre randomised trial. *Gut*, 68(9) doi:10.1136/gutjnl-2018-317805

Everitt, H.A., Landau, S., O'Reilly, G., Sibelli, A., Hughes, S., Windgassen, S. et al. (2019). Cognitive behavioural therapy for irritable bowel syndrome: 24-month follow-up of participants in ACTIB randomised trial. *Lancet. Gastroenterology & Hepatology*, 4(11), doi:10.1016/S2468-1253(19)30243-2

Ljótsson, B. (2019). Editorial. What are the mechanisms of psychological treatments for irritable bowel syndrome? *Journal of Psychosomatic Research*, 118, 9–11. doi:10.1016/j.

jpsychores.2019.01.003

- Ljótsson, B., Andersson, G., Andersson, E., Hedman, E., Lindfors, P., Andréewitch, S. et al. (2011). Acceptability, effectiveness, and cost-effectiveness of internet-based exposure treatment for irritable bowel syndrome in a clinical sample: A randomized controlled trial. *BMC Gastroenterology*, 11, 110. doi:10.1186/1471-230X-11-110
- Ljótsson, B., Hedman, E., Andersson, E., Hesser, H., Lindfors, P., Hursti, T. et al. (2011). Internet-delivered exposure-based treatment vs. stress management for irritable bowel syndrome: A randomized trial. *American Journal of Gastroenterology*, 106(8), 1481–1491.
- Ljótsson, B., Hesser, H., Andersson, E., Lindfors, P., Hursti, T., Rück, C. et al. (2013). Mechanism of change in an exposure-based treatment for irritable bowel syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1113–1126.
- Windgassen, S., Moss-Morris, R., Goldsmith, K. & Chalder, T. (2019). Key mechanisms of cognitive behavioural therapy in irritable bowel syndrome: The importance of gastrointestinal related cognitions, behaviours and general anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 118, 73–78. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.11.013
- Wolitzky-Taylor, K., Craske, M.C., Labus, J., Mayer, E. & Naliboff, B.D. (2012). Visceral sensitivity as a mediator of outcome in the treatment of irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 50(10), 647–650.

Endring av vaner og etterlevelse av helseråd

- Baumeister, R.F. & Heatherton, T.F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1–15.
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2020). Bruk av handlingsregler i vaneendring. *Tidsskrift for kognitiv terapi*, <https://tidsskrift.kognitiv.no/bruk-av-handlingsregler-i-vaneendring/>
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi. For deg som behandler pasienter med somatisk sykdom og skade*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dean, J. (2013). *Making habits. Breaking habits. How to make changes that stick*. London: Oneworld Publ.
- DiMatteo, M.R., Haskard-Zolnierek, K.B. & Martin, L.R. (2012). Improving patient adherence: A three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74–91.
- Duhigg, C. (2012). *The power of habit. Why we do what we do and how to change*. London: William Heineman
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493–503.
- Gollwitzer, P.M. & Sheeran, P. (2006). Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, 38(6), 69–119.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Cosimo Books.
- Nes, L.S., Ehlers, S.L., Patten, C.A. & Gastineau, D.A. (2014). Self-regulatory fatigue, quality of life, health behaviors and coping in patients with hematologic malignancies. *Annals of Behavioral Medicine*, 48(3), 411–423.
- Nes, L.S., Ehlers, S.L., Whipple, M.O. & Vincent, A. (2017). Self-regulatory fatigue: A missing link in understanding fibromyalgia and other chronic multisymptom illnesses. *Pain Practice*, 17(4), 460–469.
- Sverre, E., Peersen, K., Husebye, E., Gjertsen, E., Gullestad, L., Moum, T. et al. (2017). Unfavourable risk factor control after coronary events in routine clinical practice. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17, 40. doi.org/10.1186/s12872-016-0387-z

Kartleggingskjemaer for irritable tarmsyndrom

Francis, C.Y., Morris, J. & Whorwell, P.J. (1997). The irritable bowel severity scoring system: A simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 11(2), 395–402.

Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brähler, E. & Löwe, B. (2014). The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8): A brief measure of somatic symptom burden. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 399–407.

Labus, J. S., Bolus, R., Chang, L., Wiklund, I., Naesdal, J., Mayer, E.A. & Naliboff, B.D. (2004). The Visceral Sensitivity Index: development and validation of a gastrointestinal symptom-specific anxiety scale. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 20(1), 89–97.

Reme, S.E., Darnley, S., Kennedy, T. & Chalder, T. (2010). The development of the irritable bowel syndrome-behavioural responses questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(3), 319–325.

Reme, S.E., Stahl, D., Kennedy, T., Jones, S., Darnley, S. & Chalder, T. (2011). Mediators of change in cognitive behaviour therapy and mebeverine for irritable bowel syndrome. *Psychological Medicine*, 41(12), 2669–2679.