

Metakognitiv terapi - en nøkkel til arbeidsdeltakelse

Psykiske plager gir problemer på jobb og sykefravær. Mange pasienter setter pris på og har nytte av at jobben blir en naturlig del av den psykologiske behandlingen.

TEKST

Jonas S. R. Leversen

Kenneth Sandin

Odin Hjemdal

PUBLISERT 30. september 2022

Psykiske plager kan føre til vansker på mange arenaer i livet, også på jobben. De siste årene har det vært en økning i sykmeldinger som følge av psykiske lidelser, og 20 % av sykefraværet skyldes i dag psykiske helseplager (Brage & Nossen, 2017). Depresjon og angst står for mye av denne økningen, ikke minst fordi dette er de psykiske lidelsene som forekommer hyppigst i befolkningen.

Fra forskningen vet vi at sykmelding kan føre til redusert fremtidig inntekt, og også øke risikoen for å havne helt utenfor arbeidsmarkedet (Markussen, 2012). Å falle ut av arbeidslivet når du har angst eller depresjon, vil for mange innebære tap av nettverk og struktur i en situasjon hvor du allerede er sårbar.

For de fleste er det bra for helsa å jobbe. I tillegg til inntekt er jobben gjerne en kilde til mening, identitet og tilhørighet. Tidligere var det praksis at mennesker med depresjon eller angst skulle hvile eller få en pause fra jobben. Først skulle man fokusere på seg selv for å bli frisk, for eksempel ved hjelp av en psykolog, før man så skulle tilbake i arbeid. Men i likhet med mange psykiske lidelser følges depresjon og angst ofte av isolasjon og tilbaketrekking. Sykmelding kan forsterke slike uhensiktsmessige mønster og gjøre det vanskeligere å komme tilbake i arbeid. Sykmelding kan dermed virke mot sin hensikt, og forlenge plagene pasienten opplever.

De siste 10–15 årene har derfor både helsemyndigheter og klinikere fokusert mer på å utvikle behandling for psykiske lidelser som også inkluderer intervensjoner rettet mot jobb. Ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo har vi tilbudt jobbfokusert behandling for angst og depresjon siden 2007. Samtidig har vi drevet forskning for å se hvordan behandlingen påvirker symptomer og tilbakegang til arbeid for de som er sykmeldte. Vår erfaring er at pasienter setter pris på at jobb tas opp som et tema i terapi, og at dette fint lar seg kombinere med andre behandlingsmål.

Det vi har erfart, bekreftes av forskningen vi har gjennomført. I 2020 publiserte vi en studie som viste at få pasienter hadde bedring mens de ventet på behandling, mens langt flere kom tilbake i arbeid så snart de kom i gang med jobbfokusert terapi. Det var også langt flere som ble fri fra depresjon og angst i løpet av behandlingen enn i ventetiden (Gjengedal et al., 2020). Dette bildet bekreftes videre av langtidsoppfølging av sykefravær over to og et halvt år ved hjelp av registerdata: Pasientene hadde vesentlig symptomreduksjon, og langt på vei de fleste kom tilbake i arbeid i løpet av behandlingsperioden (Sandin, Anyan, et al., 2021). Vi har også undersøkt pasienttilfredshet og sett at pasientene er fornøyde med behandlingen. Studier som sammenfatter internasjonal forskning, viser også at jobbfokusert behandling reduserer sykefravær og gir symptombedring (Cullen et al., 2018; Nieuwenhuijsen et al., 2020).

Ved Diakonhjemmet har vi hele tiden ønsket å integrere jobbintervensjoner i vår eksisterende terapeutiske praksis. Etersom pasientene som henvises til vår klinikk, i hovedsak har angst- eller depresjonsdiagnoser, har vi tilbudt evidensbasert behandling for disse lidelsene. Her viser nyere forskning at metakognitiv terapi har svært gode resultater (Normann & Morina, 2018), og de fleste behandlerne som jobber hos oss, tilbyr denne terapiformen. Metakognitiv terapi er en fleksibel behandlingsmodell som har gjort det enkelt å integrere jobb som en del av terapien. Vi har også nylig fullført en randomisert kontrollert studie med over 200 pasienter, der vi sammenligner effekten av metakognitiv terapi og jobbfokus med ventelistekontroll (Sandin, Gjengedal, et al., 2021). Det som presenteres i denne teksten, har sitt utspring fra erfaringer vi gjorde oss gjennom behandlingen pasientene mottok i denne studien.

«I behandlingen jobber vi med å fremme en mer fleksibel bruk av oppmerksomhet»

Metakognitiv terapi - hva, hvorfor og hvordan

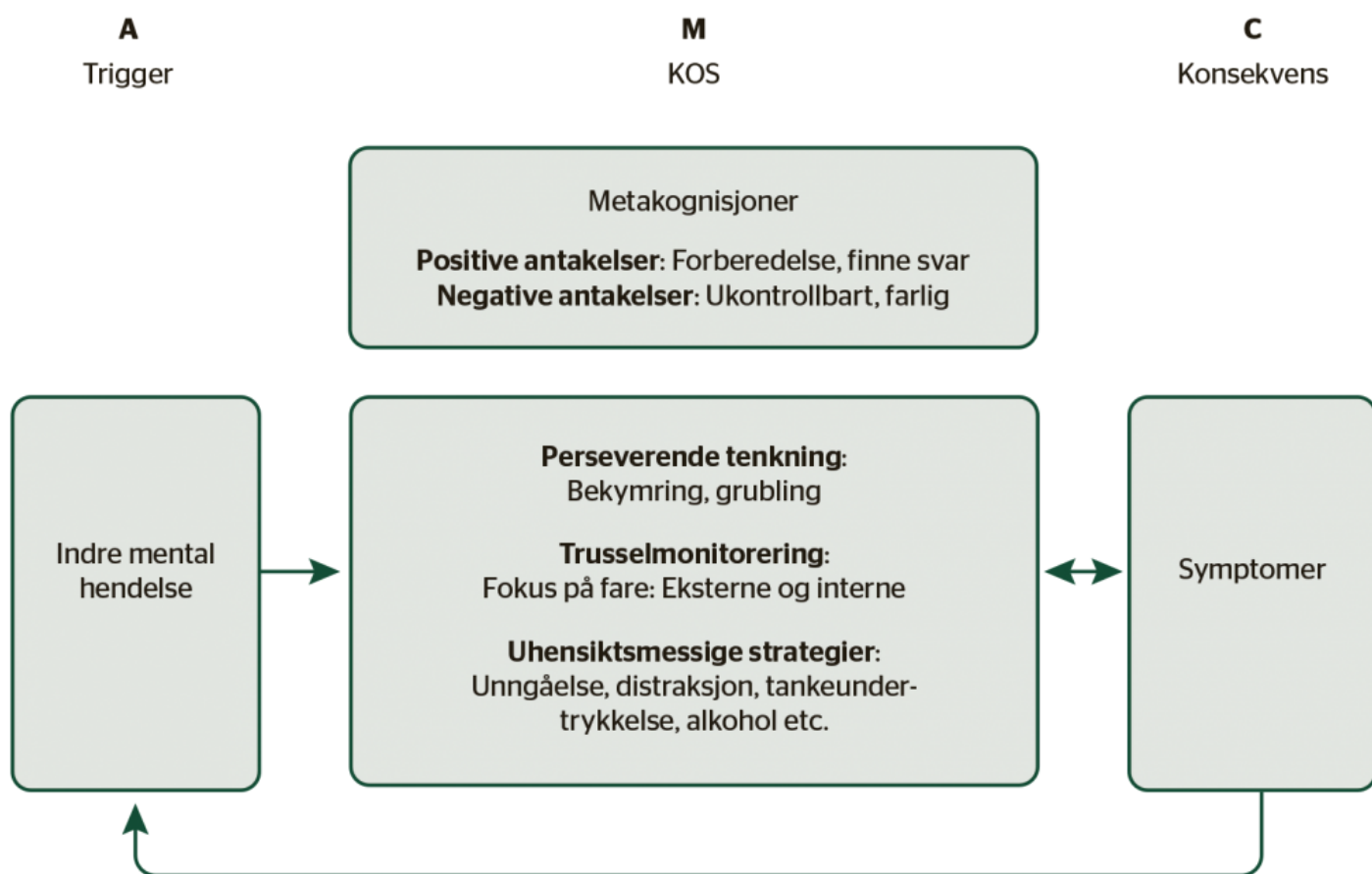
Mennesker som opplever angst og depresjon, forteller ofte at de tenker mye på problemene sine. De kan si at de grubler, at «kverna går», og at de sjelden får pause fra bekymringene. De opplever ofte at de ikke kan velge når de skal tenke på problemene sine, eller hvor lenge de ender med å tenke på dem. Metakognitiv terapi tar utgangspunkt i denne opplevelsen og bygger på forskning som viser at måten vi prosesserer informasjon på, kan bidra til å opprettholde psykiske lidelser (Wells, 2009). En sentral tese i metakognitiv terapi er at emosjonelle vansker opprettholdes av det *kognitive oppmerksomhetssyndromet* (KOS). KOS består i hovedsak av tre komponenter: persevererende tenkning, trusselmonitorering og uhensiktsmessige mestringsstrategier (figur 1). De som opplever emosjonelle vansker og håndterer disse ved KOS, erfarer at lidelsen opprettholdes.

Persevererende tenkning er gjentakende tenkning som ikke leder til noen løsning. En slik tenkning er bekymring som tematisk er knyttet til fremtid, og starter gjerne med

spørsmål som «Hva om det ikke går bra?». Grubling er derimot knyttet til fortid eller nåtid, og inneholder ofte spørsmål som «Hvorfor var jeg så dum?». Trusselmonitorering er når en fokuserer på potensielle indre farer, for eksempel sterke følelser, eller ytre farer, slik som å se etter mulige farlige personer eller situasjoner. Uhensiktsmessige mestringsstrategier kommer i mange former, men kjernen er at strategiene ikke gir ønsket langvarig bedring. Sentralt blant disse er unngåelse, distraksjon og tankeundertrykkelse, men man finner også regulering av emosjonelle vansker med for eksempel alkohol eller selvskading (Wells, 2009).

Den metakognitive modellen legger til grunn at antakelser om tanker og tenkning regulerer KOS. Disse kalles for metakognisjoner. Positive metakognisjoner er antakelser om nytten av å bekymre seg, gruble og å følge med på trusler. Vanlige positive metakognisjoner kan være «om jeg tenker igjennom ting, så finner jeg svar», eller «hvis jeg ser etter farer, er jeg forberedt». Positive metakognisjoner gir motivasjon til å fortsette de persevererende tankeprosessene, og mennesker vil ofte ha en følelse av at bare de tenker lenge nok på problemene sine, vil de finne svar. Negative metakognisjoner er antakelser om at bekymringer og grubling er ukontrollerbart, eller at tanker og følelser kan utgjøre en fare eller være skadelig på noen måte.

Figur 1. Den metakognitive modellen – AMC



Det er utviklet flere lidelsesspesifikke behandlingsprotokoller innen metakognitiv terapi. Teorien sier at ulike elementer av KOS er fremtredende i forskjellige lidelser, for eksempel grubling ved depresjon, bekymring ved angst eller trusselmonitorering ved PTSD. De lidelsesspesifikke protokollene i metakognitiv terapi har i de senere årene blitt undersøkt empirisk. En metaanalyse fra 2018 indikerer at metakognitiv terapi har god behandlingseffekt for angst og depresjon (Normann & Morina, 2018), PTSD (Wells et al., 2015) og OCD (Papageorgiou et al., 2018).

Etter utredning og diagnostisering starter man den metakognitive behandlingen med en kasusformulering. Kasusformuleringen begynner med at man indentifiserer en trigger. I metakognitiv terapi er trigger definert som en indre mental hendelse, for eksempel en tanke som er vanlig ved depresjon, generalisert angstlidelse og OCD, eller et bilde som ved PTSD. Ved depresjon kan tanken «det er ikke noen vits» være en trigger, mens ved generalisert angstlidelse kan det være «hva om det ikke ordner seg». Ved PTSD kan det være en flashback. Når triggeren er funnet, utforsker man de sentrale delene av det kognitive oppmerksomhetssyndromet (KOS) og hvordan det påvirker symptomer, og man kartlegger de positive og negative metakognisjonene.

Kjerneaktiviteten i og hovedmålet med metakognitiv terapi er å endre de negative og positive metakognisjonene gjennom å finne alternativer til KOS. Hvor mye pasienten tror på de negative metakognisjonene, skåres av pasienten selv fra 0 til 100 i hver behandlingstime. Dersom en pasient skårer 100 på metakognisjonen om at bekymring er ukontrollerbart, er målet å undersøke sammen med pasienten om dette er tilfellet. Det kan være at pasientens mestringsstrategier understøtter antakelsen om ukontrollerbarhet, og at det å forsøke andre strategier kan gi en bedre regulering av pasientens emosjonelle vansker. Gjennom flere erfaringsbaserte øvelser undersøker vi KOS, der målet er å svekke metakognisjonene og redusere pasientens tro på disse til 0. Vi ønsker å fremme alternative strategier som gjør at pasienten forholder seg til sine tanker og tenkning på en mer hensiktsmessig måte. For mange med emosjonelle vansker er oppmerksomhetsfokuset preget av redusert fleksibilitet. De fokuserer på egne tanker eller tenkning, og det er vanskelig å flytte dette fokuset. I behandlingen jobber vi med å fremme en mer fleksibel bruk av oppmerksomhet. Pasienten lærer å forholde seg til triggere, grubling og bekymring på en mer hensiktsmessig måte gjennom øvelser i timen og metakognitiv dialog om hvilke erfaringer de gjorde seg med øvelsene, samt med eksperimentene mellom timene

Hvorfor egner metakognitiv terapi seg for jobbfokusert behandling?

I metakognitiv terapi forholder man seg til informasjonsprosessering som opprettholder lidelse uavhengig av selve innholdet i tankene. Bekymring, grubling, trusselmonitorering og uhensiktsmessige mestringsstrategier kan dermed også ses i en jobbkontekst. Mange mennesker har bekymringer eller grubling som tematisk er knyttet til jobb. Videre er det vanlig at de som blir sykmeldte på grunn av psykisk helse, kvier seg for å gå tilbake på jobb. Mange rapporterer at de grubler på jobben, og at det resulterer i konsentrasjons- og hukommelsesvansker. Andre kan være bekymret og selvkritiske når det gjelder jobbprestasjon.

Det finnes forskning som indikerer at menneskers negative metakognisjoner har en sammenheng med om de er i jobb eller ikke. Nordahl og Wells fant at hvor mye mennesker tror på sine negative metakognisjoner, predikerer hvorvidt de er i jobb eller ikke (Nordahl & Wells, 2019). Videre finnes det indikasjon på at pasienter som har gjennomgått metakognitiv terapi mot depresjon, har gått fra å motta ytelse til å jobbe eller starte med utdanning (Solem et al., 2019).

Disse funnene underbygger at metakognitiv terapi kan være godt egnet også for å fremme tilbakegang til arbeidslivet i forbindelse med psykiske lidelser. I påfølgende fiktive case vil vi vise hvordan man kan drive metakognitiv behandling med jobbrelaterte utfordringer. For enkelhets skyld vil vi bruke en A-M-C-analyse for å vise pasientens kasusformulering. Man kunne imidlertid like gjerne tatt utgangspunkt i en av de lidelsesspesifikke modellene innen metakognitiv terapi, for eksempel depresjonsmodellen eller modellen for generalisert angst (Wells, 2009).

«Mange mennesker har bekymringer eller grubling som tematisk er knyttet til jobb»

Vår fiktive case: Fredrik

Fredrik er 42 år og har alltid likt å jobbe. Han beskriver at han opplever stor grad av mestring når han «er i gang». Han har alltid vært en aktiv fyr som ofte har jobbet lange dager for så å dra rett på trening. Han forteller at han i 30-årene hadde perioder der han ikke var like fokusert som vanlig og opplevde seg som sliten og umotivert. Han husker ikke hvor lenge disse periodene varte, men at han alltid kom seg etter en ferie. Da han startet i ny jobb, ble det mange sene kvelder. Fredrik merket at han etter hvert ikke klarte å roe seg ned etter jobb. Tanker om hva han skulle gjøre neste dag, surret rundt i hodet, og dette begynte å gå ut over søvnen. Han klarte å gjennomføre det han skulle med barna, men merket at han ikke var til stede på samme måte som før, og at han ofte «falt ut». Han merket økende motstand mot å åpne e-post, og slo ofte av lyden på mobilen. Han oppsøkte fastlegen for søvnavanser i første omgang. Da han møter til første time, har han noen korte sykmeldinger bak seg og perioder hvor han har forsøkt å jobbe igjen. Nå er han 100 % sykmeldt og har vært det i to måneder.

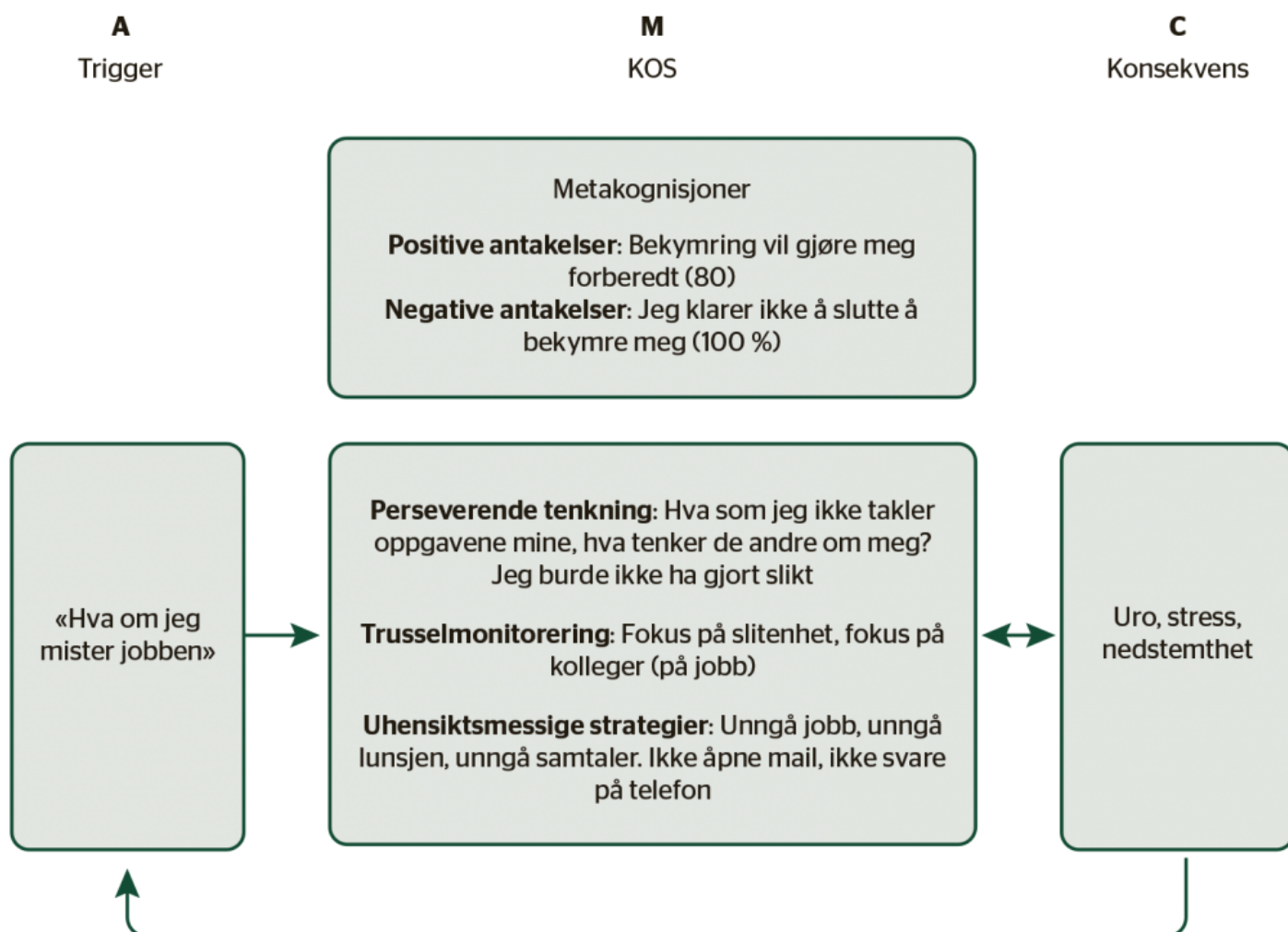
Etter utredning får han diagnosen F32.1 Moderat depresjon, men det fremkommer også flere symptomer og strategier forenlig med F41.1 Generalisert angstlidelse. Arbeidsmiljøet fremstår som tilstrekkelig godt, og han er ikke utsatt for mobbing og er heller ikke i konflikt med kolleger eller ledere.

Time 1: I kasusformuleringen fremkommer det en tydelig triggertanke: «Hva om jeg mister jobben?» Fredrik bruker mye tid på å bekymre seg for om han kommer til å miste jobben, og om han noensinne finner tilbake til seg selv. Videre grubler han mye på tidligere beslutninger og om de var riktige. På jobb har han vært mer fokusert på om de andre har lagt merke til at han ikke helt er seg selv. I forkant av sykmeldingen unngikk han ofte lunsjen og andre sosiale settinger. Fredrik ønsker å komme tilbake til jobb,

men han er usikker på om han vil klare det. Han har blitt mer selvkritisk og orker ikke møte venner. Fredrik sier at han tidligere fikk pause fra bekymringstankene sine når han var fysisk aktiv, men at dette ikke virker lenger. Fredrik opplever at kasusformuleringen gir en god beskrivelse av plagene hans, og mener at bekymring er det som skaper mest vansker for ham for tiden. Mesteparten av tiden spinner tankene uten pause, og han angir at bekymringen er 90 % ukontrollerbar. I timen gjennomføres først et tankesuppresjonseksperiment, der Fredrik skal prøve å ikke tenke på en rosa elefant i ett minutt. Det fremkommer at han prøvde å fokusere på et godt minne, men den rosa elefanten poppet opp allikevel. På spørsmål sier han at han har prøvd det samme når han har fått vanskelige tanker tidligere, men at det ikke har virket da heller. Det er altså en strategi som opprettholder fokus på for eksempel triggertanker fremfor at Fredrik blir kvitt tanken.

Etter tankesuppresjonseksperimentet prøver vi en øvelse i frakoblet oppmerksomhet. Fredrik blir instruert i å ta et mentalt steg tilbake og bare registrere det som skjer i hodet hans når terapeuten sier en rekke nøytrale ord. Etter øvelsen forteller Fredrik at de første ordene bare ble borte når det kom nye ord, og han mener det er fordi han forholdt seg passiv til ordene og betraktet eventuelle tanker som kom. På spørsmål sier Fredrik at det hadde vært veldig bra dersom han kunne oppleve det samme med triggertankene sine. Fredrik får i oppgave til neste gang å bruke frakoblet oppmerksomhet på triggertanker. Han synes at han bruker veldig mye tid på bekymring, og at han ikke kan velge hvor lenge han bekymrer seg. Han er med på at det hadde vært interessant å se om han kunne utsette bekymringen sin. Han får i oppgave å utsette bekymring til et fast tidspunkt hver dag, og å avgrense tiden han bruker på bekymring til maksimalt 15 minutter. I denne tiden kan han bekymre seg eller gruble på ting dersom han opplever det som nødvendig, men utenfor den avsatte tiden skal han utsette bekymringen og grublingen.

Figur 2. *Kasusformulering A-M-C*



Time 2: Fredrik sier at han har brukt frakoblet oppmerksomhet på tanken «hva om jeg mister jobben?» siden sist, og merket at han flere ganger unngikk å havne i «tankekverna». De gangene han har havnet i kverna, har han prøvd å utsette bekymringen til etter legging av barna. Han sier at han ofte ikke har husket å bekymre seg når tiden han hadde satt av til bekymringer, kom. Han opplever bekymringene som noe mer kontrollerbare basert på denne erfaringen, og angir at negativ metakognisjon knyttet til ukontrollerbarhet nå er nede på 60–70. Han ønsker å jobbe og har snakket litt med sjefen om å prøve seg i 20 % arbeid. Etter kartlegging fremkommer det at han ønsker å være på jobb to dager i uken, men da arbeide halve dagen. I timen blir han bekymret og tar opp alt som kan gå galt dersom han starter å jobbe igjen. Vi avdekker også at han ofte begynner å gruble og bekymre seg allerede når han våkner. Han får i oppgave å utsette disse tankene til etter at han har gjennomført morgenrutinen sin.

Time 3: Fredrik starter timen med å si at det har blitt verre igjen. Han har blitt mer nedstemt og bekymrer seg mer enn tidligere for hva som skal skje med ham videre. Han sier at han var på jobb den første uken, og at han klarte å «skyve bort» de vanskelige tankene, men at han den siste uken ikke har vært på jobb. Han klarer ikke lenger å slåss mot de vanskelige tankene, og han opplever at de bare kommer tilbake. Å utsette bekymring og grubling ser han ikke noe vits i lenger, så han har sluttet å prøve på det. Vi utforsker dette sammen, og det kommer frem at Fredriks mål med øvelsene er å bli kvitt tankene. Han gjenkjenner at det ligner mer på det han opplevde med den rosa elefanten, enn når han gjorde øvelsen med frakoblet oppmerksomhet. Vi drøfter det

han opplevde med frakoblet oppmerksomhet den første gangen, og gjennomfører en ny frakoblet oppmerksomhetsøvelse. I den metakognitive dialogen etterpå er det fokus på at tanker kan leve sitt eget liv, og at vi ikke trenger å prøve å skyve dem bort eller å analysere dem. Fredrik får i oppgave å øve på frakoblet oppmerksomhet på tanker hjemme. Han ønsker seg tilbake på jobb i neste uke, og vi drøfter hvordan han kan utsette bekymringene sine med det nye målet om å la tankene være.

Time 4: Fredrik sier at han har det noe bedre igjen. Han har øvd på å la tankene være og har fått gjort det han skulle, uavhengig av om tankene har vært der. Han beskriver det som at tankene har litt lavere volum. Han er tilbake på kontoret og har klart å utsette bekymringen og grublingen om morgenen. Han strever fortsatt med å ikke skulle følge med på kollegene når han er på jobb. Det kommer frem at han er bekymret for om kollegene kan se at han ikke fungerer som før, og at han sjekker om de følger med på ham. I samtalen klarer Fredrik å indentifisere dette som trusselmonitorering, og sammen med Fredrik lager vi et eksperiment der han skal flytte oppmerksomheten til oppgavene sine når han merker at den går mot kollegene. Han tenker at dette blir vanskelig, men at han skal prøve.

Time 5: Fredrik har nå vært på jobb i to uker. Han har merket at det er lettere å legge fra seg bekymringene om jobb på morgenen, og at det også påvirker andre tema som han har bekymret seg for. Han greier å fokusere på arbeidsoppgavene sine, og har klart å flytte oppmerksomheten tilbake til disse dersom han blir opptatt av å følge med på kollegene sine. Han unngår lunsjen. Han forteller at han pleide å se på seg selv som en hyggelig fyr, og at han ofte ble spurt om råd i lunsjen. Nå tenker han at han ikke har noe å komme med, og at han er redd for å bli spurt om hvordan det går med ham. Dette klassifiseres som bekymring. Vi går igjennom hva han pleide å gjøre i lunsjen tidligere. Han forteller at han ikke tenkte så mye, men heller fulgte med på hva som ble sagt uten å analysere så mye. Vi lager et eksperiment der han i lunsjen prøver å rette oppmerksomheten sin mot det som blir sagt, og dersom noen spør hvorfor han har vært sykmeldt, kan han si at «det har vært tøft, men det går bedre nå». Han er komfortabel med å si dette. Vi avslutter timen med å skissere en gradvis opptrapping av friskmeldingsgrad. Fredrik ønsker å prøve seg i 40 % jobb.

Time 6–8: Fredrik fortsetter å utsette bekymring og grubling og sier at opptrappingen til 40 % har gått bra. Han har også merket at han er mindre selvkritisk på jobb. Selvkritikken er en type grubling som han nå lettere kjenner igjen. Når tankene kommer, er han i større grad i stand til ikke å gå inn i dem. Han har klart å gå i lunsjen 80 % av gangene. Privat har han merket at han greier å være mer mentalt til stede sammen med barna, og at han noen ganger har overskudd til å trene på kveldstid. Han har tatt en prat med sjefen, og planen er å prøve å øke med 20 % hver tredje uke fremover. Timene dreier seg om å tilpasse eksperimenter basert på hvilke erfaringer han har gjort seg i uken som gikk.

Time 9: Fredrik er nå i 80 % jobb. Han sier at han ikke er helt tilbake der han var før han ble sykmeldt, men at han har dager der han føler seg som seg selv. I timen oppsummerer vi hva han har gjort som bryter med hans gamle mestringsmåter. Vi

kaller dette for en «ny plan». Den nye planen består av de strategiene han bruker for å ikke havne i KOS. Denne sammenlignes med hans gamle plan, slik den fremkom i kasusformuleringen i starten av behandlingen. Fredrik får i oppgave å minne seg selv på å bruke ny plan når han merker at han er inne i den gamle planen. Vi avtaler en avslutningstime litt frem i tid, da Fredrik ønsker å jobbe videre med ny plan litt mer på egen hånd før vi avslutter.

Time 10: Fredrik har nå vært i 100 % jobb i noen uker, men han sier det føles som han har jobbet 80 %. Han sier at det er fordi han tidligere brukte mye energi på å jobbe på kveldstid med oppgaver han uansett ikke fikk gjort noe med før neste dag. Han har hatt noen episoder der han har havnet i gammel plan og merket økt ubehag, men han har som regel husket å gå til ny plan. Han har hatt god dialog med kona, og de har blitt enige om at hun kan si «kverna!» dersom hun merker at han blir for fokusert på egne tanker og «havner i sitt eget hode». Fredrik sier at han er fornøyd med terapien, og at han er klar for å avslutte.

«Det finnes forskning som indikerer at menneskers negative metakognisjoner har en sammenheng med om de er i jobb eller ikke»

Konklusjon

Fredrik er et fiktivt kasus, men terapiforløpet hans er typisk for mange av de pasientene vi har hatt i behandling. De har et ønske om å være i jobb, men opplever at deres egne tanker og følelser hindrer dem i det. Å bringe jobb inn i terapirommet og øve på å håndtere jobbrelevante tanker på en mer hensiktsmessig måte leder ofte til at pasientene føler seg rustet til å vende tilbake til jobb, selv om de fortsatt er deprimerte eller har angst. Mellom timene øver pasientene på å forholde seg til sine tanker og tenkning på andre måter. Det gjelder også på jobb. Dermed blir arbeidsplassen en arena hvor man øver videre på det man har lært i terapirommet.

Når pasientene bringer med seg jobb inn i terapirommet, tar de samtidig med seg en stor del av livet sitt. Deprimerte mennesker vil ofte oppleve tap av mening, og kan se sin egen rolle på jobb som uviktig. De kan også legge skylden på seg selv for at de ikke får gjort oppgavene sine slik de ønsker. En av fordelene med metakognitiv terapi, er at den tar for seg grubling som også kan innebefatte jobbprestasjon. Mange av våre pasienter vil gruble på tanker som «at de ikke takler jobben», at de «ikke er smarte nok» eller lignende. Noen ganger vil det være forhold ved arbeidsplassen som er grunnen til disse tankene, slik som mobbing eller konflikter, mens andre ganger er det deres egne tanker som gjør det vanskelig å være på jobb. Når de har lært å ikke gå inn i disse tankene, kan de lettere ta stilling til om jobben de har, passer med det de ønsker å bruke tiden sin på.

Samtidig gir det en mulighet til å vurdere, uten å bebreide seg selv, om det er forhold ved arbeidsplassen som bidrar negativt til hvordan de har det.

I denne artikkelen har vi vist hvordan vi ved Diakonhjemmet sykehus arbeider med metakognitiv terapi og jobbfokus. Arbeidsplassen kan være en psykisk helsefremmende arena dersom man opplever god mestring og utvikling, men jobben kan også være utgangspunkt for eller forsterke tankemønstre som opprettholder psykisk lidelse. Vi opplever at metakognitiv terapi har god effekt i behandling av slike tankemønstre. I de årene vi har forsket, har mer enn tusen pasienter fått behandling der vi har integrert jobbfokus i den metakognitive behandlingsmodellen. Det har tidligere vært antatt at sykmeldte ikke har godt av å forholde seg til jobben, men erfaringene fra vår praksis er at pasienter setter pris på å at jobbrelevante utfordringer tas opp i terapirommet. De fleste av oss tilbringer en stor del av livet på arbeidsplassen. Da er det både naturlig og hensiktsmessig å inkludere denne delen av livet i behandlingen av psykiske plager.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 10, 2022, side 907-914

TEKST

Jonas S. R. Leversen

KONTAKT: jonas.leversen@diakonsyk.no

Kenneth Sandin

Odin Hjemdal

+ Vis referanser

Brage, S. & Nossen, J. P. (2017). Sykefravær på grunn av psykiske lidelser – utvikling siden 2003. (No. 2; Arbeid Og Velferd.). <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/sykefravaer-pa-grunn-av-psykiske-lidelser-utviklingen-siden-2003>

Cullen, K. L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P. A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D. M., Shourie, S., Steenstra, I., Van Eerd, D. & Amick, B. C. (2018). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9690-x>

Gjengedal, R. G. H., Reme, S. E., Osnes, K., Lagerfeld, S. E., Blonk, R. W. B., Sandin, K., Berge, T. & Hjemdal, O. (2020). Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *Work*, 66(3), 657-667. <https://doi.org/10.3233/WOR-203208>

Markussen, S. (2012). The individual cost of sick leave. *Journal of Population Economics*, 25(4), 1287-1306. <https://doi.org/10.1007/s00148-011-0390-8>

Nieuwenhuijsen, K., Verbeek, J. H., Neumeyer-Gromen, A., Verhoeven, A. C., Bültmann, U. & Faber, B. (2020). Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006237.pub4>

Nordahl, H. & Wells, A. (2019). In or out of work: A preliminary investigation of mental health, trait anxiety and metacognitive beliefs as predictors of work status. *Clinical Psychologist*, 23(1), 79-84. <https://doi.org/10.1111/cp.12153>

Normann, N. & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>

Papageorgiou, C., Carlile, K., Thorgaard, S., Waring, H., Haslam, J., Horne, L. & Wells, A. (2018). Group Cognitive-Behavior Therapy or Group Metacognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder? Benchmarking and Comparative Effectiveness in a Routine Clinical Service. *Frontiers in Psychology*, 9, 2551. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02551>

Sandin, K., Anyan, F., Osnes, K., Gunnarsdatter Hole Gjengedal, R., Risberg Leversen, J. S., Endresen Reme, S. & Hjemdal, O. (2021). Sick leave and return to work for patients with anxiety and depression: A longitudinal study of trajectories before, during and after work-focused treatment. *BMJ Open*, 11(9), e046336. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046336>

Sandin, K., Gjengedal, R. G. H., Osnes, K., Hannisdal, M., Berge, T., Leversen, J. S. R., Røv, L. G., Reme, S. E., Lagerveld, S., Blonk, R., Nordahl, H. M., Shields, G., Wells, A. & Hjemdal, O. (2021). Metacognitive therapy and work-focused interventions for patients on sick leave due to anxiety and depression: Study protocol for a randomised controlled wait-list trial. *Trials*, 22(1), 854. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05822-4>

Solem, S., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Havnen, A., Nordahl, H. M., Wells, A. & Hjemdal, O. (2019). Metacognitive Therapy for Depression: A 3-Year Follow-Up Study Assessing Recovery, Relapse, Work Force Participation, and Quality of Life. *Frontiers in Psychology*, 10, 2908. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02908>

Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* (1st edition). The Guilford Press.

Wells, A., Walton, D., Lovell, K. & Proctor, D. (2015). Metacognitive Therapy Versus Prolonged Exposure in Adults with Chronic Post-traumatic Stress Disorder: A Parallel Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 70-80. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9636-6>