

Stressrelaterad psykisk ohälsa

– hur ser problemet ut?

Kristina Glise

Långtidssjukskrivningar på grund av stressrelaterad psykisk ohälsa ökar i Sverige sedan mitten av 1990-talet. Förhållanden på arbetsplatser, den sociala situationen och individuella faktorer är väsentliga för utvecklingen. Vanliga stressymtom är trötthet/utmattning, sömnstörningar, smärtor, koncentrations- och minnesstörningar, ångest och nedstämdhet samt olika kroppsliga problem. Fortsätter stressen kan ett utmattningssyndrom utvecklas. Rätt diagnos är centralt för rätt behandling som innebär hjälp att minska belastningen och öka sina resurser. Möjlighet till återhämtning, stöd till livsstilsåtgärder och arbetsanpassning är också viktigt. Rehabiliteringen kan ta upp till flera år. Förebyggande åtgärder och att fånga upp personer med ökad risk för stressrelaterad ohälsa är viktigt.

Kristina Glise är överläkare och Enhetschef behandling vid Institutet för Stressmedicin.

Kontakt: kristina.glise@stressmedicin.com

Institutet för Stressmedicin, Gruvgatan 8, 421 30 Västra Frölunda.

www.stressmedicin.com

Inledning

Trötthet/utmattning på grund av långdragen stress är ett växande problem i västvärlden. I de flesta industrialiserade länder har antalet personer med nedsatt arbetsförmåga ökat kraftigt de senaste 20 åren (1-4). Den största ökningen av sjukskrivningar har skett hos kvinnor och enligt Försäkringskassans statistik utgör kvinnor cirka två tredjedelar av de långtidssjukskrivna. Den påtagliga ökningen av långtidssjukskrivningar som skett i Sverige sedan 90-talets senare del beror till stor del på ökning av den psy-

kiska ohälsan. Psykisk ohälsa utlöses ofta av påfrestande omständigheter eller livshändelser och exempelvis ses stress som en viktig bakomliggande orsak till depression, en diagnos som har ökat under senare år. Exempel på psykosociala faktorer och förhållanden som i arbetslivet visats ha stor betydelse är balansen mellan krav och inflytande, vilket socialt stöd man har, hur meningsfullt och förutsägbart arbetet är samt om man tycker sig få den belöning och uppskattning man förtjänar. För att förstå förändringen

i ohälsans utveckling måste man ta hänsyn till, inte bara arbetsrelaterade faktorer utan också förändringar av levnadsvanor och de sociala, kulturella och samhällseliga processer människor lever i.

Arbetsmiljöundersökningarna som SCB genomfört vartannat år visar att allt större andel av de förvärvsarbetsande upplevt att arbetskraven ökat samtidigt som de haft liten möjlighet till inflytande över sitt eget arbete. Att detta gäller vissa lågutbildade och därmed socioekonomiskt missgynnade grupper är inte oväntat. Däremot är det mer anmärkningsvärt att yngre kvinnor med högre utbildning svarat för den relativt största ökningen av långtidssjukskrivningarna för psykisk ohälsa. I en svensk studie av Lundberg och Frankenhauser 1999, studerades kvinnor och män i höga positioner avseende bl.a. stressbelastning i arbete och privatliv (5)(6). Resultatet visade att både män och kvinnor ansåg att arbetet var utmanande och stimulerande. Trots detta påvisades en bättre situation för männen än för kvinnorna, som bl.a. upplevde mer stress på arbetet p.g.a. bristande kommunikation och bristande stöd från överordnade. Kvinnorna upplevde sig också behöva prestera bättre än en kollega av motsatta könet för att ha samma chans till befordran och de upplevde mer stress p.g.a. sitt obetalda arbete och ansvar relaterade till hem och familj. Den totala belastningen och individens förmåga och möjligheter att påverka/hantera denna är det som i stor utsträckning avgör vilka hälsokonsekvenserna blir.

Kunskapen om stressrelaterade psy-

kiska ohälsotillstånd är inte tillräcklig och det är fortfarande mycket som är oklart när det gäller t.ex. diagnosättning, behandling, rehabilitering och sjukskrivning.

Trötthet och psykosocial stress är vanliga beteckningar för denna ohälsa. Både trötthet och psykosocial stress är vanliga i den arbetande befolkningen, inte bara i Sverige (6)(9). Anpassningsstörning (eng. Adjustment disorder) betecknar ett stress-tillstånd hos en person som inom de senaste tre månaderna varit med om en stressande händelse. Diagnosen maladaptiv stressreaktion kan också användas. Dessa tillstånd är ofta förknippade med nedsatt funktionsförmåga och leder därför inte sällan till sjukskrivning. I de allra flesta fall tillfrisknar personen relativt snabbt efter avlastning och återhämtning.

Utbrändhet har varit den vanligaste benämningen för uttalad, psykosocialt betingad, stressrelaterad utmattning. Sedan termen myntades i mitten av 1970-talet av Freudenberg och Maslach har definitionen, orsakerna och symptomen varit föremål för omfattande debatt från forskarhåll (7)(8).

Förslag till diagnostiska kriterier för den nya diagnosen "Utmattningssyndrom" har framlagts i en rapport av en expertgrupp på uppdrag av Socialstyrelsen (8)(5). Diagnosen är formellt godkänd i Sverige sedan januari 2005 och i de diagnostiska kriterierna ingår att patienten skall ha varit utsatt för en identifierbar stress sedan minst 6 månader. I rapporten beskrivs att sambandet mellan arbetsrelaterad stress och psykisk ohälsa är vetenskapligt styrkt och att förhållan-

den på arbetsplatser är väsentliga för utvecklingen av stressymtom. Ökad stressnivå tycks speciellt gälla yrken som innebär mycket kontakt med och ansvar för andra människor (hälso- och sjukvård, skola, omsorg, kyrkans personal, mellanchefer i privat företagsamhet). Det är dock inget krav för diagnosen utmattningssyndrom att stressbelastningen skall ha uppstått i arbetet utan enbart att läkaren och patienten kunnat identifiera den eller de stressorer som han/hon varit exponerad för.

Den kliniska erfarenheten av den stressade patienten

De mest påtagliga symptomen vid längre stressbelastning är ofta trötthet, sömnstörningar och kognitiva problem som minnes- och koncentrationsstörningar. Fortsätter stressbelastningen kan det så småningom leda till insjuknande i depression och/eller utmattningssyndrom som ofta blir långvarigt. Om inte behandling sätts in tidigt i det senare fallet drabbas patienterna inte sällan av depression och/eller ångest som en komplikation till utmattningssyndromet. De flesta som söker för ovanstående problem visar sig tidigare ha besökt hälso- och sjukvården för olika kroppsliga symptom utan att grundproblemet blivit uppdagat. Man bör därför i vården vara uppmärksam på att denna psykiska problematik även kan dölja sig hos patienter som söker för bröstsmärtor, orolig tarm, huvudvärk, yrsel, värk i kroppen eller annat som kan ha samband med stressbelastning.

På grund av de kognitiva svårighe-

terna glömmer patienten viktiga saker och kan ha svårt att ta till sig ny information. Ibland hyser personen därför oro för begynnande demens. Nedstämdhet och andra depressiva symptom smyger sig successivt på om stressen kvarstår. Anhöriga märker inte sällan att den sjukes personlighet förändras. Ökad irriterabilitet och därav följande konflikter är vanligt. Skam- och skuldkänslor kan förekomma och personen kan även utveckla social fobi. Det är också vanligt att man av olika skäl känner sig kränkt av personer i omgivningen. I situationer med anspänning och krav debuterar ibland panikångestattacker. En del patienter tycks också ha en ökad risk för självdestruktiva handlingar, oproportionerliga i förhållande till graden av nedstämdhet (9)(10). De känner sig till sist totalt utmattade, både fysiskt och psykiskt, och sammanbrottet är då nära. Detta kommer ofta överraskande men föregås ibland av en traumatisk händelse, vilken får ”bägaren att rinna över”. Symtomen har funnits under lång tid, men kroppens signaler har negligerats. De flesta drabbade har svårt att förstå och acceptera sin situation. Den patient som då söker hjälp upplever inte sällan tillvaron kaotisk. Vanliga symptom vid långvarigt hög stressnivå visas i tabell 1.

Utredning, behandling/rehabilitering

Den första kontakten med vårdgivaren är viktigt! Bemötandet är centralt för att skapa en förtroendefull relation och lyfta av eventuella skam och skuldkänslor. Detta kan sannolikt

bidra till att sjukdomsförloppet förkortas. Trygghet och tillit är grundstenen i behandlingen. Patienten bör få tillräcklig med tid i samband med det första besöket där bland annat lugnande information om att de allra flesta blir helt återställda från sin sjukdom förmedlas. Patienten kan då fokusera på att återfå hälsan istället för att oro sig för framtiden.

Ett team-inriktat arbetssätt med olika professioner som samverkar lyfts idag fram som önskvärt. Det kan gälla såväl läkare, psykolog/psykoterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska som handläggare vid Försäkringskassan och arbetsförmedlingen. Det är också en fördel om personer som är viktiga för patienten i detta sammanhang, t.ex. arbetsgivare och anhöriga, tidigt kan involveras i rehabiliteringen.

Noggrann medicinsk utredning är nödvändig för att man skall kunna utesluta andra kroppsliga sjukdomar (t ex diabetes, underfunktion i sköldkörteln, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärtkärlsjukdom, brist på vitamin B12) som kan ge liknande symtombild men kräver annan, särskild behandling. Kroniskt trötthetssyndrom och fibromyalgi överlappar till en del kriterierna för utmattningssyndrom men dessa diagnoser diskuteras inte här. Avgränsning mot andra psykiatriska diagnoser är också viktig, liksom att behandla eventuella komplikationer som ångest eller depression. Vid svårare tillstånd kan patienten ha självmordstankar.

Att ställa rätt diagnos är således centralt för rätt behandling. Patienter med utmattningssyndrom bör få möjlighet till återhämtning, vilket kan

nödvändiggöra sjukskrivning eller andra avlastande åtgärder. Lika viktigt är att informera om vikten av regelbundna och sunda levnadsvanor. Successivt ökande fysisk aktivitet/träning är en del i behandlingen och kan numera även förskrivas på recept. Möjlighet till samtalsstöd med kognitiv inriktning är också fördelaktigt.

Regelbunden uppföljning av läkare och andra i teamet behövs för att utvärdera behandlingseffekter, ge återkoppling och stöd. Diagnosen måste hela tiden omprövas och eventuell medicinering vid behov justeras. Lämplig tid för återgång i arbete diskuteras fortlöpande med patienten så snart tillståndet medger detta. Beroende på symtomens svårighetsgrad, patientens situation i och utanför arbetet och hans/hennes sätt att hantera olika problem (coping), görs en bedömning av vilka åtgärder som kan vara lämpliga.

Minska belastningen

Tidig, upprepad information om vad som händer i kroppen och i hjärnan vid stress minskar ofta den oro som patienterna känner. Även om de inte minns all denna information förstår de att problemen inte är ovanliga och att man vanligtvis blir helt eller så gott som helt återställd. Återhämtningen måste individualiseras men i många fall krävs minskad belastning både hemma och på arbetet. Vid påtagligt nedsatt arbetsförmåga blir sjukskrivning nödvändig. Man måste då vara medveten om att sjukskrivning är en mycket potent åtgärd som måste anpassas till övriga insatser. Så snart patienten orkar tas en diskussion upp

med arbetsgivaren om hur arbetsbelastningen och arbetsuppgifterna kan anpassas för att underlätta återgång i arbete. På arbetsplatsen kan man även förbereda patientens arbetsåtergång genom att förmedla information till arbetsledaren och övriga anställda om patientens tillstånd för att dessa skall ha en realistisk förväntan på prestation när patienten kommer tillbaka.

Patienten behöver i många fall lära sig att leva ett "vanligt liv" som innebär att man sover på natten och är vaknen på dagen, intar tre måltider dagligen samt regelbundet rör på kroppen. Det är enkla råd som hjälper patienten att återupprätta ett regelbundet leverne. Sömnstörningen bör behandlas, i första hand med rådgivning, t.ex. att varva ner timmarna före sänggåendet, att lägga sig och stiga upp vid ungefär samma tid och att ha det svalt och mörkt i rummet. Hjälper inte detta kan medicinering eller gruppbehandling testas. Sömnskola med kognitiv inriktning är en uppskattad behandlingsform, särskilt om sömnstörningen är uttalad.

Återskapa resurserna

Patienten bör stödjas i att själv ta ansvar för sin rehabilitering. Efter som tillståndet präglas av psykisk och fysisk utmattning har han/hon behov av hjälp att återskapa sina resurser. Centralt i detta är en anpassad aktivitetsökning, såväl fysisk som psykisk, samt träning i avslappning och/eller mental närvaro (s.k. mindfulness-träning). Patienter med uttalat depressiva besvär och/eller svår ångest bör tidigt erbjudas läkemedel för att förbättras så mycket att de kan tillgodogöra sig

de mer aktiva behandlingsåtgärderna. Olika typer av så kallade antidepressiva läkemedel får ibland testas för att hitta det som hjälper bäst. Behandlingen bör pågå länge för att minska risken för återfall.

Fysisk träning enskilt eller i grupp, gärna med hjälp av fysisk aktivitet på recept (FAR), är del av behandlingen. Aktiveringen bör initieras så snart som möjligt och starta från den nivå där patienten befinner sig. Svårare sjuka kan exempelvis rådas att gå runt huset en gång per dag som första träningspass, för att senare gradvis öka aktiviteten.

Fokuserad psykoterapi, gärna med kognitiv inriktning, är av värde. Gruppterapi är ofta uppskattat av patienterna. Genom terapin kan personen kan få hjälp att identifiera sina specifika problem och bättre förstå kopplingen mellan de tankar, värderingar och handlingsätt som bidragit till och eventuellt vidmakthåller ohälsan. Under behandlingen får patienten träna sig i att förändra detta i positiv riktning.

Olika avspänningsmetoder (mental, muskulär, meditation, tai chi) har visat sig ha positiv effekt på stresssymptom. Mängden träning tycks påverka effekterna. En kombination av stresshantering, avspänning och träning i kommunikation och social färdighet, så kallad multimodal träning har visat sig särskilt effektiv i att förebygga stress (8)(5). Sannolikt har dessa metoder även bra effekt på patienter med utmattningssyndrom och används därför ofta som tillägg till övriga behandlingsåtgärder.

Vad skapar arbetsförmåga vid långdragen stressexponering?

Exponering för långdragen stress utan tillräcklig återhämtning leder till störningar i kroppens stressreglerande system. Höga nivåer av stresshormonet kortisol påverkar särskilt vissa regioner av hjärnan, särskilt tinningregionen (inlärningsproblem) och frontala strukturer. Sannolikt är det denna påverkan som ligger bakom störningar av de exekutiva funktionerna (planering, utförande, simultantäpnacitet, koncentrationsförmåga/uppmarksamhet mm). Minnesstörningar är också vanliga vilket gör det svårt att lära in nytt. Dessa personer fungerar vanligen väl under lugna förhållanden men överreagerar ofta vid stress, d.v.s. vid belastning framträder deras ned-satta funktionsförmåga tydligt.

De har svårigheter att förstå en komplex situation och att finna ett adekvat handlingsätt. Ofta krävs det mer i arbetslivet än vad de klarar av varför patienten får anstränga sig utöver sin förmåga. Detta leder till ytterligare påverkan på hjärnan med försämring som följd. Kraftig överstimulering skapar kaos hos personen som då blir helt oförmögen att klara ett arbete. Irritabiliteten ökar också ofta vilket kan leda till konflikter såväl i hemmet som på arbetsplatsen.

En viktig faktor bakom arbetsförmåga är om arbetet framkallar upprepade stressreaktioner, vilket inte är ovanligt t.ex. om personen är inblandad i konflikter på arbetsplatsen. Om så är fallet riskerar sjukdomen att förvärras och rehabiliteringen försvåras eller kan till och med bli omöjlig att genomföra. Problemen kvarstår

ibland länge och i de fall där arbetsförmågan inte återfås kan man misstänka en funktionsnedsättning som kan bli permanent. Erfarenheten visar att rehabiliteringen efter utmattningssyndrom ofta tar lång tid, alltifrån från några månader upp till flera år.

Identifiera personer med riskbeteende

Frågan är varför vissa drabbas och inte andra trots att stressbelastningen för en utomstående kan förefalla likvärdig. Forskningen hittills talar för att den individuella sårbarheten varierar på grund av såväl genetiska som omgivningsrelaterade faktorer. Hos en del visar detta sig tidigt i livet, t.ex. genom att personen redan i barn- och ungdomen reagerar med psykisk ohälsa vid stressbelastning. Individer som tidigare drabbats av depression utan synbar orsak kan också vara mer sårbara för återinsjuknande i samband med psykiska påfrestningar.

Eftersom prestationsförmågan försämras successivt hos den stressade individen åtgår alltmer energi för att kompensera för detta. En tilltagande olust inför arbetet och de krav detta medför smyger sig på. Familjeliv och fritidsaktiviteter kommer i kläm. Den drabbade blir småningom alltmer irriterad och orolig, glömmer viktiga saker och har svårt att ta till sig ny information. Inte sällan uppstår i detta skede konflikter på jobbet. En del ökar sin cigarett- och/eller alkoholkonsumtion. Bristande sjukdomsinsikt är vanlig och många drar sig i det längsta för att söka läkare. Det är därför viktigt att inte minst arbetsgivare, arbetskam-

rater och anhöriga är uppmärksamma på tidiga symptom på överbelastning som t.ex. fluktuerande prestation, ökad irritabilitet eller oväntade fel i arbetet. Någon bör påpeka för den drabbade vad omgivningen noterat! Vad kan ligga bakom förändringen, förhållanden i privatlivet och/eller i arbetet? Kan arbetsgivaren, anhöriga eller sjukvården hjälpa till?

För närmaste chef eller arbetskamrat ligger det närmast till hands att uppmana personen att vända sig till företagshälsovården för att få råd. Annars kan en kontakt med vårdcentral alternativt privat vårdgivare eller ”livsstilmottagning” (friskvård) rekommenderas. Det senare kan vara till god hjälp i de lindrigare fallen genom att förmedla enklare råd och diskutera lösningsstrategier. Det är lämpligt med uppföljning inom några månader efter konsultationen för att eventuellt ge ytterligare stöd t.ex i form av kurs i stresshantering eller något träningsprogram.

Prognos

Patienter med stressrelaterad utmattning har ofta svårt att acceptera sin situation och många har orealistiska förhoppningar om ett snabbt tillfrisknande. Prognosen beror på tillståndets allvarlighetsgrad, stressens varaktighet, personliga egenskaper, förekomst av socialt stöd hemma och på arbetsplatsen samt hälso- och sjukvårdens förmåga att identifiera tillståndet och erbjuda adekvat behandling och uppföljning.

Om symtomen inte är alltför uttalade och problemen inte förekommit

under flera år kan ett optimalt omhändertagande och stöd vid rehabilitering leda till relativt snabbt tillfrisknande (månader).

Tillståndet blir i svårare fall ofta långvarigt och patienten behöver professionell hjälp till dess att full återhämtning och funktionsförmåga har uppnåtts. Flertalet patienter tycks tillfriskna helt eller nästan helt även efter flera år. Inte sällan upplever de en ökad stresskänslighet och en sämre simultankapacitet under många år efter tillfrisknandet.

Det finns ett stort behov av större välgjorda studier när det gäller utredning, behandling och rehabilitering av patienter med olika grad av stressrelaterad psykisk ohälsa. Dagens kunskap bygger än så länge huvudsakligen på bred klinisk erfarenhet och studier av närliggande tillstånd, främst depression. Det är således nödvändigt att den stressmedicinska forskningen inom området intensifieras för att hälso- och sjukvårdens stöd till dessa patienter skall bli mer evidensbaserat.

Referenser

1. Henderson M, Glozier N, Holland Elliott K. Long term sickness absence. *BMJ* 2005;330(7495):802-3.
2. Taylor C, Graham J, Potts HW, Richards MA, Ramirez AJ. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet* 2005;366(9487):742-4.
3. Ishizaki M, Kawakami N, Honda R, Nakagawa H, Morikawa Y, Yamada Y. Psychosocial work characteristics and sickness absence in Japanese employees. *Int Arch Occup Environ Health* 2006.
4. Levi L. Guidance on work-related stress. *Spice of life or kiss of death? Luxembourg: European Communities; 2000.*

5. Lundberg U, Frankenhaeuser M. Stress and workload of men and women in high-ranking positions. *J Occup Health Psychol* 1999;4(2):142-51.
6. Bultmann U, Kant I, Kasl SV, Beurskens AJ, van den Brandt PA. Fatigue and psychological distress in the working population: psychometrics, prevalence, and correlates. *J Psychosom Res* 2002;52(6):445-52.
7. Schaufeli WB, Enzman D. The burnout companion to study and practice, a critical analysis. London: Taylor& Francis; 1998.
8. Asberg. Utmattningsyndrom, stressrelaterad psykisk ohälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
9. Glise K, Bjorkman A. [The burnout syndrome-clinical picture and therapy]. *Lakartidningen* 2004;101(13):1202-6.

Vanliga symtom vid långvarigt hög stressnivå

- Kronisk trötthet och sömnproblem
- Huvudvärk/yrsel/ökad ljudkänslighet
- Bröstmärtor/tryck över bröstet/hjärtklappning
- Minnes- och koncentrationssvårigheter
- Oro och ångest
- Muskelvärk/annan värk
- Magvärk/orolig tarm
- Ökad irriterbarhet, cynism och arrogans
- Nedstämdhet