



Stress ■ Af Janne Hertz, Greta Lassen Lund og Morten Vejs Willert

Kognitiv gruppebehandling af stress

Stress har været genstand for et projekt på Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital. Her har man implementeret et gruppebaseret stresshåndteringsprogram til personer med arbejdsrelateret stress.

■ Begreberne *stress* og *arbejdsrelateret stress* er hverken i daglig tale eller i den videnskabelige litteratur synderligt velafgrænsede. Stress benyttes både som en betegnelse for en bestemt tilstand (med forskellige psykiske og somatiske ledsagesymptomer), en bestemt form for eksponering (noget, den enkelte udsættes for), og endelig anvendes det i mange sammenhænge synonymt med tilstande som nervøsitet, anspændthed og travlhed. Dette bidrager ikke til at gøre arbejdet med fænomenet nemmere.

Alligevel er det et faktum, at en betydelig andel af den danske arbejdsstyrke oplever sig tiltagende negativt påvirkede af en række arbejdsmæssige forhold (Netterstrøm, 2007), hvilket blandt andet viser sig i form af øgede sygemeldinger, øget tildeling af invalidepension på stressindikation og et øget antal henvendelser til de praktiserende læger.

Der er i de senere år kommet mere og mere fokus på stress og herunder særligt de negative konsekvenser af igen-

>

- > nem længere tid at befinde sig i en stresstilstand. Det drejer sig både om konsekvenserne for den enkeltes helbred og for det psykiske velbefindende. Stress er blevet sat i forbindelse med blandt andet forhøjet risiko for hjerte-kar-sygdomme og diabetes (Chandola, Brunner, & Marmot, 2006), og for den enkelte har en langvarig stressreaktion ofte store følger for psykisk velbefindende, kognitiv formåen, energiniveau i hverdagen og tilknytning til arbejdspladsen. På et samfundsmæssigt plan er stress også et problem i form af langvarige sygdomsmeldinger og øget risiko for tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Der tilbydes i både offentligt og privat regi forskellige former for behandling af stress, men evidensen for effekten af de forskellige interventioner er indtil videre sparsom (Nielsen, Curtis, Grønbæk, & Nielsen, 2007).

Siden midten af 1990'erne er der sket en støt stigning i antallet af henviste til Arbejdsmedicinsk Klinik i Århus med henblik på udredning af den enkeltes reaktion på de belastninger, som denne har oplevet. Mange af de henviste har været ved at miste troen på, at de kunne magte et arbejde igen. Henviser har ofte oplevet, at det, man har gjort hidtil – fx sygdomsmelding – ikke har haft den ønskede effekt.

I kølvandet på det stigende antal henvisninger har der været øget efterspørgsel efter viden om, hvilke former for støtte eller intervention der bedst kan afhjælpe stress. Den eksisterende viden på området var sparsom, specielt hvad angår behandlingsindsatser af psykologisk karakter, som er tilpasset vores nuværende arbejdskultur. Der var på den baggrund basis for at udvikle et evidensbaseret behandlingstilbud.

Stressforståelse og coping

Et ofte benyttet udgangspunkt for at forstå stress er den bio-psyko-sociale model (Engel, 1977). Stress kan i denne model forstås som den reaktion, der opstår i individet, når der er ubalance inden for eller imellem de biologiske, psykologiske og sociale systemer, som individet rummer og indgår i. På Arbejdsmedicinsk Klinik i Århus er der med stedets tværfaglige personalesammensætning gode forudsætninger for at implementere flere facetter af den bio-psyko-sociale model i forståelsen af stress og behandlingen af stress.

I overvejelserne om virksomme måder at håndtere arbejdsrelateret stress på kom Lazarus og Folkmans (1984) transaktionelle stressdefinition til at stå centralt. Stress (i bred forstand) defineres her som "et særligt forhold mellem personen og omgivelserne, som opfattes som en belastning af personen, eller som overstiger hans eller hendes ressourcer og truer hans eller hendes velbefindende."

Coping eller mestring forstås af Lazarus og Folkmann som de måder, hvorpå individet forsøger at håndtere den ubalance, der er mellem personens ressourcer og omgivelsernes krav. Den enkeltes coping-adfærd kan antage forskellige former, fx problem- eller emotionsfokuseret coping. Det vil alt efter personen og den konkrete situation være forskelligt, hvilken type coping der vil have den største beskyttende effekt. For at mindske virkningen af en given belastning kan det således forstås som en beskyttelse at have en indøvet coping-adfærd, men må antages, at det er endnu bedre at have indøvet flere forskellige former for coping-adfærd og være i stand til at skifte fleksibelt mellem disse. >

FAKTA ■ Projekt og forfattere

Artiklen bygger på erfaringer indhentet i forbindelse med gennemførelsen af forskningsprojektet Midler mod Arbejds-Relateret Stress, MARS, som forfatterne alle har taget del i. Ud over kvalitativ erfaringsopsamling, som denne artikel er et udtryk for, arbejdes der p.t. på at analysere data vedrørende de kvantitative effekter af behandlingen. Projektet er støttet af midler fra Arbejds miljøforskningsfonden og udgår fra Arbejdsmedicinsk Klinik, Århus Universitetshospital. Se www.arbejdssstress.dk

Janne Hertz, jh@kognitiv.dk, har været med til at udvikle den kognitive behandlingsmanual, som ligger til grund for interventionen samt stået for halvdelen af gruppeforløbene. Hun er tidligere ansat på Arbejdsmedicinsk Klinik, nu medejer af Kognitiv Terapi Center Århus

Greta Lassen Lund, greta@as.aaa.dk, er ansat på Arbejdsmedicinsk Klinik og har stået for halvdelen af gruppeforløbene.

Morten Vejs Willert, wille@as.aaa.dk, er ansat på Arbejdsmedicinsk Klinik som projektleder på MARS-projektet.



> **Stress og kognitiv terapi**

Med baggrund i den øgede efterspørgsel efter virksomme behandlingsindsatser og ovenstående teoretiske overvejelser begyndte psykologerne Janne Hertz og Rikke Brix i 2005 at udvikle den stresshåndteringsmanual, som denne artikel beskriver erfaringerne med at implementere. Interventionen blev udviklet på basis af velkendte kognitive adfærdsterapeutiske metoder, som de kendes fra fx behandling af angst og depression – metoder, som i en række studier er fundet virksomme over for disse tilstande (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006).

Da stress-symptomer er højt korrelerede med både angst- og depressionssymptomer, var det nærliggende at danne den hypotese, at kognitiv adfærdsterapi kunne danne en virksom behandlingsmodel for arbejdsrelateret stress.

I arbejdet med at udvikle manualen til behandling af arbejdsrelateret stress kom begreberne coping, leveregler og dysfunktionelle antagelser til at stå centralt. I grupperne kom dette til at udmønte sig i to forskellige arbejdsfoci: Arbejdet med coping-strategier, som primært retter sig mod at ændre adfærd, og arbejdet med leveregler og dysfunktionelle antagelser, som giver indblik i de mekanismer og mentale strukturer, der danner baggrund for den enkeltes typiske adfærd.

Rammer for behandlingen

Det blev besluttet at lade grupperne mødes 8 gange a 3 timer over en periode på 3 måneder. De første fire gange mødes grupperne hver uge, og de sidste fire gange hver anden uge for at give mere tid til det hjemmearbejde, der lig-

ger mellem moderne. I hver af grupperne er der 9 deltagere, og gruppen ledes af en psykolog.

For at være egnet til deltagelse i grupperne skal der være tale om en betydelig grad af oplevet arbejdsrelateret stress (>4 uger) og betydelige psykologiske og fysiologiske stress-symptomer. Deltagerne er sygemeldte via deres egen læge på tidspunktet for henvendelse, medens ikke-sygemeldte deltagere skal score over en fastsat tærskelværdi på en anerkendt stress-skala (Perceived Stress Scale, PSS-10 (Cohen & Williamson, 1988)) for at være egnede til at deltage. Alle deltagere skal have en tilknytning til deres arbejde under gruppeforløbet og være motiverede for at bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Selve behandlingen følger et manualiseret program, hvor det skriftlige materiale foreligger i form af et slideshow og en mappe til hver deltager med kopi af de viste slides og de øvelsespapirer, der skal bruges i øvelserne. Arbejdet i grupperne foregår som en vekslen mellem oplæg ved psykologen ud fra slides, diskussion i plenum, gruppearbejde i mindre grupper samt hjemmearbejde.

Indhold i behandlingen

Det blev besluttet at følge den etablerede arbejdsform i kognitiv adfærdsterapi bestående af: 1) Identifikation af situationer, der udløser eller vedligeholder symptomerne. 2) Identifikation af negative automatiske tanker i disse situationer og identificere bagvedliggende, vedligeholdende dysfunktionelle antagelser. 3) Gennem vejledt opdagelse, kognitiv omstrukturering og adfærdseksperimenter at modificere de negative automatiske tanker og dysfunktionelle antagelser, således at de kritiske situationer kan håndteres mere hensigtsmæssigt.

Ud over de centrale kognitive teknikker indgår der i interventionen et omfattende element af psykoedukation (viden/dokumentation om stress, symptomer, sygdomsrisici), enkle opmærksomhedsøvelser, træning af kommunikationsfærdigheder og arbejde med tilbagefaldsforebyggelse.

Det overordnede mål for stresshåndteringsprogrammet er således at give deltagerne et *udvidet og mere fleksibelt* repertoire til at håndtere svære arbejdsmæssige situationer.

Fokus på løsninger

Som nævnt tager interventionen/programmet klart udgangspunkt i individuelle copingstrategier. Dette kan for-

veksles med at tilskrive individuelle og psykologiske forhold som den primære årsag til, at deltagerne har udviklet stress-symptomer. Det at tage udgangspunkt i individuelle strategier er imidlertid ikke ensbetydende med, at det er den enkeltes skyld eller fejl, at de er blevet overbelastede.

Vores udgangspunkt for interventionens fokus er simpelt hen pragmatisk og til dels evidensbaseret: Med ret enkle midler kan vi give den enkelte strategier til at håndtere arbejdsmæssige krav på nye måder, der giver umiddelbar lettelse og reducerer risikoen for overbelastning. Valget af fokus siger således intet om årsagerne til problemerne, dvs. om det er faktorer ved individet eller arbejdets beskaffenhed, som har udløst den problematiske situation.

Deltagernes baggrund

Deltagerne er som gruppe karakteriseret ved være hårdt arbejdende, ansvarsfulde, engagerede og med høje krav til egne præstationer. Det er mennesker, som gennem lang tid har ydet en ekstraordinær indsats, og som har været tilbøjelige til at ignorere fysiske og psykiske belastningssymptomer i form af søvnproblemer, nedtrykthed, nedsat energi, smerter og angstelse.

Det fremtrædende problem for størstedelen af deltagerne har været at håndtere det oplevede misforhold mellem forestillinger om, hvordan arbejdet *burde* udføres, og de reelle rammer for arbejdets udførelse. Og ikke mindst deres egne muligheder for at påvirke dette. Det er i dette felt, arbejdet i grupperne har haft sit fokus ved kognitivt at udfordre deltagernes antagelser og tilbyde dem alternative strategier.

De typiske arbejds historier er i nogen udstrækning præget af multiple omstruktureringer, oplevet organisatorisk utryghed, nedskæringer, ændrede krav og øget kompleksitet i arbejdet. Der er dog langt fra altid tale om arbejdsvilkår præget af ekstraordinære belastninger. I nogle tilfælde ser vi også en langvarig faglig og personlig udmattelse, som ikke udelukkende lader sig begrunde med specifikke arbejdsbelastninger.

Fem centrale temaer

I arbejdet med at identificere vedligeholdende psykologiske faktorer er der fem temaer, som vi har fundet centrale for deltagerne: Præstation, Perfektion, Kontrol, Sociotropi og Ansvarlighed. Alle deltagere har ret hurtigt i projektfor-

>

- > løbet beskrevet, at deres primære leveregler er centreret omkring mindst ét af ovenstående temaer. Disse leveregler (se eksempler i boks) er tæt relateret til, hvad deltagerne hidtil har opfattet som centrale værdier.

I sig selv er der på ingen måde tale om karakteristika, som er "negative", men som set i lyset af deltagernes konkrete arbejdsmæssige rammer ikke er hensigtsmæssige. Arbejdet med de individuelle leveregler handler således om at udforske og udfordre reglernes hensigtsmæssighed samt fordele og ulemper ved disse. Altså modificering snarere end forkastelse af levereglerne.

Det er vores erfaring, at arbejdet med at modificere levereglerne kunne udfordre deltagernes ofte dikotome forestillinger om godt og dårligt ("Hvis jeg ikke gør det på den gamle måde (dvs. perfekt), går det helt galt."). Dette har givet anledning til at opstille gode tanke- og adfærdseksperimenter for at efterprøve effekten af den gamle og den modificerede leveregel.

Deltagernes erfaringer

Ifølge samtlige deltagere har været et vigtigt element i behandlingen, at de har fået almengjort deres stressproblematik. Dette har været en medvirkende faktor i erkendelsesprocessen med at forstå og tage egne symptomer alvorligt. Her har gruppen spillet en afgørende rolle for at lade deltagerne spejle sig i hinandens historier og erfaringer. Deltagerne angiver også, at det har været hjælpsomt at få adskilt tanker og følelser og herudover at få udfordret egne dysfunktionelle antagelser.

Dette arbejde har ført til en øget opmærksomhed på egne kognitive forvrængninger samt uhensigtsmæssige leveregler med efterfølgende tiltag mod at modificere uhensigtsmæssige mønstre. Deltagerne oplever, at det har givet såvel et større psykisk overskud som en ændret adfærd. Af mere konkrete redskaber nævner deltagerne, at symptomregi-

strering har været et hjælpsomt redskab til at stoppe op i tide i hverdagen og også til at få planlagt "åndehuller" fremadrettet.

Hjemmearbejdet har fra gang til gang været omdrejningspunktet og ifølge deltagerne været det, der har fastholdt fokus og motiveret til forandring. Det er også deltagernes erfaring, at arbejdet med at forandre vaner og holdninger tager tid og kræver en vedholdende indsats.

Deltagerne har været motiverede. frafaldet har været lavt, og de fælles erfaringer og berøringspunkter så mange, at der hurtigt er blevet skabt en fornemmelse af solidaritet, genkendelighed og høj overførselsværdi blandt deltagerne.

En "god nok" indsats

Et centralt tema i denne intervention har været deltagernes tilbøjelighed til at overpræstere arbejdsmæssigt og stille urealistisk høje krav til deres egen indsats. Derfor har der gennem forløbet været arbejdet målrettet med at motivere den enkelte til at tilpasse sin indsats til de reelle præmisser og aktuelle ressourcer. Vi vurderer, at deltagernes arbejdsindsats normaliseres, så at de tangerer en mere afbalance-ret indsats, som opfylder kravet om at være "god nok" (men ikke perfekt).

Der kan ofte være gode grunde til, at deltagerne har oppebåret de høje krav. Det kan have haft indlysende fordele: Respekt, selvtillid, central organisatorisk placering, anerkendelse og ikke mindst meningsfuldhed. Ikke at leve op til de sædvanlige standarder er forbundet med forestillinger om tab af image og identitet. En stor del af arbejdet går således ud på, at deltagerne øver sig i nye strategier og i at acceptere og rumme de konsekvenser – også negative – som dette får. Og her har de øvrige gruppedeltagere en helt central funktion, som vi tror langt overgår, hvad der kunne skabes i en individuel terapi: At bidrage med sympati, solidaritet, opbakning og ikke mindst gode ideer til nye strategier.

GOD NOK? ■ Typiske leveregler

- Hvis jeg ikke når alle opgaver til tiden, er jeg ikke dygtig nok.
- Det er mit ansvar og min pligt at få tingene til at fungere.
- Jeg bør være i stand til at gøre alle tilfredse.
- Hvis ikke jeg klarer det, er jeg svag.
- Jeg bør altid være god/dygtig til mit arbejde, ellers dur jeg ikke.

En helt konkret erfaring fra forløbene har også været, at enkelte deltagere på baggrund af den erkendelsesproces, de har været igennem, vælger at søge andet arbejde.

I og med at interventionen bevæger sig på grænsen mellem undervisnings-/kursusformen og kognitiv adfærdsterapi og samtidig involverer ni deltagere, har det været en konstant kunst at balancere mellem det at tilgodese gruppen og tilgodese den enkelte. Vores erfaring er, at en relativt stram struktur med fokus på at aktivere alle i gruppen har været mere effektiv end lange 'ophold' hos den enkelte. I mange af sessionerne har vi delt gruppen op i mindre enheder, som har arbejdet ud fra fastlagte spørgeguides, og det har i det store og hele fungeret godt og været med til at sikre den mere personlige refleksion og intimitet.

Deltagerne har overordnet accepteret og værdsat den relativt stramme form med fokus på undervisning, gruppe og hjemmearbejde. Dette ser vi i sammenhæng med, at der fra begyndelsen er givet klare udmeldinger om, hvad deltagerne kan forvente med hensyn til indhold og arbejdsform i forløbet.

Erfaringer opsamlet

Vi arbejder ud fra den antagelse, at det at være sygemeldt med "stress" ikke er en udtømmende beskrivelse af den enkeltes situation. Stressbegrebets mangetydighed fordrer en grundig afdækning af de nærmere forhold, og ofte ses betegnelsen anvendt om alt fra depressions- og angsttilstande, over reaktioner på konflikter til emotionelle tilstande som frustration, skuffelse, vrede og sorg.

Det er vores erfaring, at den intervenierende psykolog ud over et grundigt kendskab til stressfeltet bør besidde en god klinisk erfaring med tilgrænsende lidelser. Ofte kan arbejdsmæssige belastninger forekomme at være den umiddelbare figur – men disse begrænsninger kan udkrystalliseres på baggrund af sociale, personlighedsmæssige eller psykiske problemer. Det er derfor ikke altid kun det arbejdsmæssige fokus, der kan være relevant for at begribe den enkeltes vanskeligheder.

Projektet viser, at det giver god mening for såvel deltagere som intervenierende psykologer at tilbyde stresshåndteringsgrupper i dette format. Fremmødet er stort, og de umiddelbare tilbagemeldinger fra deltagerne er stort set samstemmende positive.

Programmet er ét bud på en konkret og praktisk gennemførlig behandling af stressrelaterede problemstillinger og ikke nødvendigvis den eneste anvendelige. Dette tilbud har sin begrænsning, idet ikke alle stressramte vil være i

stand til at abstrahere på det niveau, der lægges op til i kursets opbygning, hvor såvel symptomniveau som habituel refleksionsniveau spiller en rolle for udbyttet af kurset.

Den valgte gruppeform kræver, at psykologen tillader sig en mere direktiv rolle, end det er normen i mange former for terapi, da ønsket fra deltagerne om konkret rådgivning er stort, både med henblik på viden om stress og om det typiske forløb, der ses ved arbejdsrelateret stress. For deltagerne bliver der i gruppen sat en proces i gang, som forhåbentlig også på længere sigt kan hjælpe dem til at håndtere de belastninger, livet vil byde dem.

Janne Hertz, cand.psych.

Greta Lassen Lund, cand.psych., specialist i psykoterapi

Morten Vejs Willert, cand.psych., ph.d.-studerende



REFERENCER ■

- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Chandola, T., Brunner, E., & Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *British Medical Journal*, 332, 521-525.
- Cohen, S. & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Os-kamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-135.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Netterstrøm, B. (2007). Stress. In M. Kjoller, K. Juel, & F. Kamper-Jørgensen (Eds.), *Folkesundhedsrapporten 2007*. (pp. 275-286). København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Nielsen, L., Curtis, T., Grønbæk, M., & Nielsen, N.R. (2007). *Forebyggelse og behandling af stress i Danmark*. Statens Institut for Folkesundhed.