

Aleksander Perski, leg psykolog, Stressmottagningen vid Institutet för psykosocial medicin och Karolinska institutet, Stockholm (aleksander.perski@ipm.ki.se)

Rehabilitering av stressjukdomar sker i olika faser och blir ofta lång

År 2000 öppnades Stressmottagningen vid IPM/KI för att studera stressrelaterade sjukdomars diagnostik, biologi, behandlings- och rehabiliteringsfrågor. Sedan dess har ca 400 patienter behandlats. Två studier har genomförts och publiceras snart (om behandlingens effektivitet respektive patienternas sömnstörningar), och flera andra är i gång. Mottagningen är multidisciplinär: Förutom allmänläkare och psykiater arbetar psykologer, beteendevetare, sjukgymnaster och rehabiliteringsspecialister på mottagningen. Även österländsk medicin ingår i behandlingen. Artikeln sammanfattar våra erfarenheter kring rehabiliteringsproblematiken.

Första fasen – omhändertagandet

Man kan skönja några mer eller mindre tydliga faser i förloppet efter det stressrelaterade hälsosammanbrottet. I första fasen är de drabbade oerhört stresskänsliga och mer eller mindre utslagna [1]. Det viktiga under denna första fas är ett grundläggande mänskligt omhändertagande med mycket stöd och stor förståelse för den uppkomna situationen. Vid Stressmottagningen har vi funnit att många patienter faktiskt har behövt hjälp och stöd dygnet runt. De behöver dra sig undan från hemarbete, förvärvsarbete och alla andra krav som ställts på dem i deras liv – speciellt gäller detta kvinnor [2].

Medicinsk personal kan ibland ha svårt att ställa rätt diagnos på de här patienterna i det akuta skedet, eftersom kunskaperna alltjämt är bristfälliga på många håll inom detta område. Det kan då vara till hjälp att ställa frågor om den rådande livssituationen. Om upplevelser av överbelastning och otillräcklighet dyker upp i patientens berättelse kan man anta att sjukdomstillståndet har med långvarig stress att göra [3].

Rent medicinskt vet vi ännu ganska litet om vad som är optimal behandling, men sjukskrivning och i vissa fall inläggning på sjukhus eller hälsohem med specialiserat program för stressrelaterade sjukdomar är vad som idag praktiseras i de svåra fallen. Man får försöka att i möjligaste mån behandla de symtom som följer med stressammanbrottet. Den behandling som ges i nuläget är antidepressiva preparat av SSRI-typ när depressiva inslag finns med i bilden. Dessa preparat kräver dock försiktighet vid doseringen, eftersom de vanligen är utprovade på i övrigt »friska« deprimerade personer. Oftast börjar man med lägsta möjliga dos och ökar försiktigt. En noggrann genomgång av sömnproblemen är viktig, så att man snabbt kan komma fram till rätt sömnmedel, gärna något be-

Sammanfattat



Efter ett stressrelaterat hälsosammanbrott är patienten extremt stresskänslig, och grundläggande i en första rehabiliteringsfas är bra sömn och mänskligt omhändertagande med mycket stöd.

Under den andra fasen hjälps patienten att med olika medel återfå en kropp och själ i balans, t ex genom att delta i en stressbehandlingsgrupp.

Den tredje fasen innebär arbetslivsinriktad rehabilitering, inklusive samarbete för att skapa en optimal arbetssituation och förebygga nya stressproblem.

Stressrelaterad ohälsa

Gästredaktör: Sten Iwarson

Se tidigare artiklar i serien i nr 12 och 13 2004 samt på sidan 1295 i detta nummer.

prövat medel med liten tillväjningsrisk. Adekvat sömnråd-givning är också viktig.

Den första fasen kan bestå i flera månader. Långvarig stress exponering innebär ofta att man har befunnit sig i en extrem fysiologisk situation under månader eller år. Det är möjligt att kroppens återuppbyggnadsaktiviteter har blivit åsidosatta under lång tid och stresståligheten är mycket liten. Målet blir i första hand att försöka upprätta goda sömn- och livsvanor och få igång de regenererande krafterna i celler och organ.

Andra fasen – att återskapa resurser

I nästa behandlingsfas måste patienten försöka återfå en kropp och själ i balans. Detta sker bl a genom försiktig fysisk träning av olika slag, sjukgymnastik och avslappningsövningar [4, 5]. Även en del österländska behandlingsmetoder, som akupunktur, qi gong eller meditation, kan vara till hjälp, liksom värme, massage och andra kroppsbehandlingar.

En del patienter behöver kompetent endokrinologisk hjälp

för utredning av vilka hormonella störningar som uppkommit och hur man eventuellt kan åtgärda dem. Några kan behöva kontakt med psykiatrisk expertis, som kan utvärdera vilket stöd och vilka behandlingar som kan komma ifråga på längre sikt för att åtgärda de psykiska konsekvenserna av långvarig stress. Vissa av de drabbade kan behöva psykoterapeutisk behandling.

Det kan också vara till stor hjälp att få träffa andra personer med samma problem. Någon typ av handledd gruppverksamhet där gemensamma stressproblem ventileras kan vara mycket värdefull. Man kan annars känna sig oerhört ensam och utsatt. Den kognitiva inriktningen i dessa gruppaktiviteter eller i individuella patientkontakter kan vara till stor hjälp för att förstå kopplingen mellan hur man har levt och det sjukdomstillstånd som blivit konsekvensen. Man kan härigenom också få insikt i de värderingar och andra faktorer som ligger bakom ens oförmåga att komma ur eller förändra en långvarigt påfrestande och nedbrytande situation.

Ju mer man som terapeut arbetar med dessa patienter, desto mer övertygad blir man om att det i den andra fasen behövs kompetens från flera olika specialistområden. Dels är vi ju alla litet olika, dels kan ett stressambrott leda till många olika sorters störningar. Det är därför svårt att tro att en mottagning som bara har en specialist, t ex sjukgymnast, psykolog eller psykiater, kan hjälpa individer med multifaktoriella stressrelaterade problem av den dignitet vi här talar om. För mig är det uppenbart att vi behöver professionella arbetslag som representerar flera olika discipliner.

Stressbehandlingsgrupper

I den behandlingsmodell som vi nu provar vid vår stressmottagning utgörs grunden av gruppsammanskomster under cirka ett halvår [6]. Innan grupperna startar har patienterna genomgått en medicinsk, psykologisk och psykosocial undersökning, där man kartlagt aktuell hälsa och psykosocial situation. En behandlingsgrupp inräknar sex till sju personer. I gruppen får man lära sig olika sidor av stress och hur man själv och de andra i gruppen hanterat i ett stressambrott. Slutligen får man träna på alternativa sätt att vara. Kanske måste man omformulera sina mål i livet. Man kan då få stöd med att genomföra de praktiska förändringar som kan krävas. Patienterna i gruppen får också lära sig avslappningsteknik och övningar i medicinsk qi gong parallellt med gruppsammansomsterna.

Efter några veckor i detta program sätter vi oss ner med patienterna och resonerar om vilken typ av individuell hjälp som kan behövas. En sådan individuell planering kan leda till en närmare kontakt med sjukvården, ibland för allmänmedicinska, kardiologiska eller psykiatriska konsultationer. Dessutom erbjuder vi individuell psykoterapi under en tidsbegränsad period. Vi förmedlar också individuella kroppsinriktade behandlingar som massage, sjukgymnastik eller andningsbiofeedback, en teknik där man använder biologisk återkoppling för att lära patienterna att andas med diafragma och undvika hyperventilationssyndrom.

Kognitiva funktioner återställs mycket långsamt

De båda inledande behandlingsfaserna kan ta tre till sex månader i anspråk, men ibland längre tid. Ändå är detta bara början på en process som kan behöva pågå ytterligare flera år för en del patienter. Att rehabiliteringen tar så lång tid är naturligtvis svårt att uthärda för såväl patienten som dennes omgivning. Det kan finnas tre huvudanledningar till att rehabiliteringsprocessen ofta blir utdragen. En sådan är att stressambrottet inneburit en allvarlig påverkan på såväl det centrala som delar av det perifera nervsystemet. Den regenerationsprocess som sker i dessa system kanske har en helt an-

Det sprack för mig. Jag insåg att jag inte skulle klara den stora produktionen utan att bryta ihop. Trodde att jag var så dålig för att jag hade ont i ryggen och tog Alvedon morgon, middag, eftermiddag för att orka jobba. Grät och var alldeles utschasad. Blev sjukskriven för stress. Vägrade låta läkaren skriva stress, fick henne att ändra till ryggont. Tyckte det var förfärligt att jag skulle vara så stressad. De ersatte mig med två personer!

Kvinnlig patient, 45 år

nan tidsdimension än skador eller förändringar i andra vävnader. Detta gäller inte minst för patienter med svåra minnesproblem (pseudodemenssymtom), där man kan misstänka en kraftig begränsning i hippocampus funktion [7]. De kognitiva funktionerna brukar dock långsamt återkomma, särskilt om man under rehabiliteringsperioden får möjlighet att finna vägen till ett mera balanserat liv.

Sannolikt innebär störningar i den neurohormonella regleringen förändringar i flera andra system [8], men den behandling som vi kan erbjuda inriktas mot serotoninssystemet. Behandlingen bör sannolikt på sikt kompletteras med försök att mera direkt påverka andra system, t ex dopamin- och acetylkolinssystemet.

Trots att vi vet ganska litet om läkningen i nervsystem och endokrina system kan man kanske ändå förutsätta att de här läkeprocesserna kräver en gynnsammare situation än vad läkningen i andra vävnader gör. Man kan misstänka att regeneration och återuppbyggnad i dessa system sker bara under korta stunder, när vi sover som djupast. Att återställa djupsömn har därför hög prioritet i behandlingen.

En tredje anledning till att rehabiliteringen tar lång tid har att göra med det faktum att en lyckad rehabilitering inte sällan innebär en total förändring av patientens hela livssituation, en omvärdering av målsättningar och hela sättet att fungera i livet. Sådana omställningar är inte lätta och tar tid.

Tredje fasen – den arbetslivsinriktade rehabiliteringen

Under fas tre fokuserar man på möjligheterna att återgå till ett normalt socialt liv och ett så normalt arbetsliv som möjligt. Även i denna fas är förmågan till stresshantering det viktigaste inslaget. Diskussionen inriktas nu på hur man behöver förändra sin verklighet för att förebygga nya stressproblem. I denna fas behövs praktisk hjälp av t ex kuratorer eller personalchefer, försäkringskassa, företagshälsovård, etc för att åstadkomma förutsättning för en optimal arbetssituation.

Enligt min erfarenhet innebär en framgångsrik rehabilitering inte bara förändringar i sättet att reagera på påfrestningar utan också signifikanta förändringar i den livs- och arbetssituation som man ska återgå till. Om marknadskrafterna får härska utan inskränkning är risken stor att den förbättrade livssituationen går i stöpet. Om denna tredje och sista fas av

Mötena var enormt betydelsefulla. Dels för att vi fick undervisning, dels för att vi mötte andra i samma belägenhet. Och dessa människor var inte alls knäppa och värdelösa latkorvar, utan högst normala, ambitiösa och rara. Det var en lättnad att få avdramatisera sin rädsla och skam på detta sätt.

Kvinnlig patient i stressgrupp

rehabiliteringen misslyckas är det troligt att man hamnar i ett kroniskt sjukdomstillstånd med förtidspensionering som slutresultat.

Vid Stressmottagningen har vi börjat fundera över hur vi ska stötta våra patienter, inte bara med individuella stödåtgärder, utan även genom att arbeta med en hel arbetsplats. I ett sådant projekt använder vi ett Internetbaserat hälsoverktyg (www.docco.se) för att alla anställda på företaget ska kunna kartlägga sin hälso- och stressituation. Vi får också in gruppdata och kan föra denna information vidare till mellanchefer, som kan arbeta utifrån dessa resultat tillsammans med personalansvariga.

Vi har också en föreläsningsserie för att höja de anställdas och chefernas kunskaper om stressrelaterad ohälsa och häl-

sofrågor över huvud taget. Anställda som uppfattas vara i riskzonen får stöd individuellt och i grupp. Personalansvariga har skolats i psykosocial prevention. Vi avser att presentera en utvärdering av en sådan intervention i snar framtid. Förmodligen är det den här typen av massivt stöd som behövs för att arbeta med stressprevention och för att öka kunskapen om problemet, så att stressutsagna personer på nytt kan finna en väg tillbaka till någon form av arbetsliv.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Glise K, Björkman Å. Utmattningsyndromet – klinisk bild och terapi. Läkartidningen 2004 (under tryckning).
2. Perski A, Grossi G, Evengård B, Blomqvist V, Yilbar B, Orth-Gomer K. Emotionell utmattning vanlig bland kvinnor i offentlig sektor. Läkartidningen 2002;99:2047-52.
3. Perski A. Ur balans. Stockholm: Bonnier fakta; 2002.
4. Roxendal G, Winberg A. Levande människa – Basal kroppskänedom för rörelse och vila. Stockholm: Natur och Kultur; 2002.
5. Blomberg M. Ökad kroppskänedom och avspänningsövningar medför bättre förmåga att hantera stress. Läkartidningen 2004 (under tryckning).
6. Perski A, Grossi G. Behandling av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser – resultat från en randomiserad interventionsstudie. Läkartidningen 2004;101:xx-x.
7. Sapolsky R. Varför zebror inte får magsår. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
8. McEwen B. Protective and damaging effects of stress mediators. N Engl J Med 1998;338:171-9.



= artikeln är referentgranskad