

Kan – og skal – stress behandles?

Professor Tage Søndergård Kristensen

Der går næsten ikke en dag, hvor medierne ikke beskæftiger sig med danskernes stress. Andelen af stressede personer varierer alt efter den anvendte metode fra ca. 10% til over 60%. Stress kaldes »den nye sygdom«, og der er stigende pres fra medier, behandlere og fagforeninger for oprettelsen af stressklinikker efter svensk forbillede.

De fleste af de undersøgelser, der omtales i pressen, har store metodemæssige svagheder, og kun lidt viser sig at holde vand ved nærmere eftersyn. Ikke desto mindre er denne stadige strøm af undersøgelsesresultater med til at sætte den politiske dagsorden. Det må derfor hilses velkomment, at *Lander et al* i dette nummer af Ugeskriftet [1] tager hul på en egentlig forskningsmæssig belysning af problemet. Artiklen har tre vigtige pointer: For det første at tilgangen til de arbejdsmedicinske klinikker af patienter med stressrelaterede lidelser har været stærkt stigende i de senere år. For det andet at en meget stor andel af disse kommer fra social- og sundhedssektoren. Og for det tredje at 48% var i arbejde ved afslutningen af behandlingsforløbet mod 40% på henvisningstidspunktet. Om det er et godt eller skidt resultat, kan vi ikke vide, da undersøgelsen ikke inkluderer en kontrolgruppe. Som på så mange andre områder er man startet med at opføre et patientmateriale for at have et udgangspunkt for den videre forskning. De randomiserede undersøgelser er på vej.

Efter læsning af *Lander et al's* artikel melder spørgsmålet sig: Kan (og skal) vi overhovedet begynde på at »behandle« stress, som jo ikke er nogen sygdom? I den internationale litteratur er der to hovedopfattelser, som til gengæld er diametrale modsætninger. Ifølge den ene er stress, udbrændthed og lignende tilstande sociale konstruktioner, der medvirker til en omfattende medikalisering af samfundet. Sygefraværet, antallet af patienter og førtidspensionister stiger sammen med de offentlige udgifter. Resultatet er ikke flere raske mennesker, men kun større hjælpeløshed og sygeliggørelse.

Ifølge den anden opfattelse er stigningen i stressrelaterede lidelser et reelt problem, der afspejler udviklingen i det moderne samfund, specielt arbejds- og familielivet. Denne udvikling kræver både nytænkning og en systematisk samfundsmæssig indsats for ikke at løbe os over ende.

Uanset hvordan man forholder sig til disse to opfattelser, står Danmark over for en situation, hvor der er en enorm efterspørgsel efter (be)handling på området, og hvor udbuddet af behandlinger er kaotisk og af meget blandet lodighed. Udfordringen er derfor at få tilvejebragt en situation, hvor de tilbud, der gives til de »stressramte«, lever op til tre kriterier:

For det første skal der være en dokumenteret effekt af ind-

satsen. På et nærliggende område, nemlig krisebehandling af posttraumatisk stress, ved vi fra Cochrane-*reviews* og andre oversigter, at den tilbudte behandling ikke har påviselig effekt, men at patienterne alligevel er glade for den [2]. I Danmark er krisehjælp uhyre populær til trods for den manglende evidens for gavnlige effekt. I forbindelse med behandling for arbejdsrelateret stress omtaler man ofte stressklinikken på Karolinska, selv om der heller ikke her er dokumenteret effekt af behandlingen [3]. Et godt sted at hente frugtbar inspiration vil være Holland, hvor man har udarbejdet evidensbaserede retningslinjer på området [4].

For det andet er det vigtigt at undgå sygeliggørelse af mennesker, der ikke har en egentlig sygdom. Specielt er det vigtigt, at man ikke anmelder patienterne som arbejdsskadede. Det er almindelig kendt, at det er meget svært at blive rask, når man skal bruge al sin tid på at bevise, at man er syg. På et beslægtet område, nemlig ryglidelser, har man vist, at anmeldelse og erstatning gør patienterne mere syge og mindsker tilknytningen til arbejdsmarkedet [5].

For det tredje skal indsatsen foregå i samarbejde med arbejdspladsen. I Danmark er vi ikke gode til arbejdsfastholdelse, og en nærliggende risiko ved en øget indsats med stressbehandling er, at man individualiserer problemerne og glemmer patientens tilknytning til arbejdsmarkedet.

Hvis man kan undgå disse tre faldgruber – manglende effekt kombineret med sygeliggørelse og udstødning fra arbejdsmarkedet – kan de arbejdsmedicinske klinikker komme til at indtage en nøgleposition på området sammen med de praktiserende læger, kommunerne og arbejdspladserne.

Korrespondance: Tage Søndergård Kristensen, Arbejdsmiljøinstituttet, Lersø Park Alle 105, DK-2100 København Ø. E-mail: tsk@ami.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Lander F, Friche C, Knudsen H. Stressbehandling, sygefravær og arbejdsfastholdelse. Ugeskr Læger 2006;168:4091-4.
2. Rose S, Bisson J, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Cochrane Review). I: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software, 2002.
3. Perski A, Grossi G. Behandlingen av långtidssjukskrivna patienter med stressdiagnoser. Läkartidn 2004;101:1295-8.
4. Van der Klink JJJ, van Dijk FJH. Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care. Scand J Work Environ Health 2003;29:478-87.
5. Rohling ML, Binder LM, Langhinrichsen-Rohling J. Money matters: a meta-analytic review of the association between financial compensation and the experience and treatment of chronic pain. Health Psychol 1995;14:537-47.