

Copingstrategier för att hantera stress och oro hos KBT- och övriga studenter

Katarina Aadland

Örebro universitet

Sammanfattning

Hur stress och oro hanteras är avgörande för hälsan. För att utveckla kunskapen om stresshantering syftar denna studie till att undersöka skillnader i förekomst och samband mellan problemfokuserad, emotionsfokuserad och undvikandeorienterad coping samt defensiv pessimism. En kvantitativ enkätundersökning genomfördes med 62 KBT-studenter och 87 övriga studenter från olika utbildningar. Resultaten visade att KBT-studenter använder problemfokuserad coping mer än övriga studenter, att övriga studenter använder emotionsfokuserad coping mer än KBT-studenter, samt att äldre KBT-studenter använder defensiv pessimism mindre än yngre KBT-studenter. Dessutom hittades ett negativt samband mellan problemfokuserad och emotionsfokuserad coping och ett positivt samband mellan emotionsfokuserad coping och defensiv pessimism. Sammanfattningsvis visar studien att det finns samband mellan, samt ålder- och utbildningsskillnader i användande av olika copingstrategier.

Nyckelord: *Stress, oro, defensiv pessimism, problemfokuserad-, emotionsfokuserad-, undvikandeorienterad coping*

Handledare: Reza Kormi-Nouri

Psykologi III-uppsats, 15hp

HT2015

Copingstrategies to handle stress and anxiety among CBT- and other students

Katarina Aadland

Örebro University

Abstract

How stress and anxiety are handled is vital to health. To develop knowledge about coping this study aims to investigate differences in the prevalence and correlation between problemfocused, emotionfocused and avoidanceoriented coping and also in defensive pessimism. A quantitative survey was conducted with 62 CBT-students and 87 other students from different courses. The results showed that CBT students use problemfocused coping more than other students, that other students use emotionfocused coping more than CBT-students and that older CBT-students use defensive pessimism less than younger CBT-students. A negative correlation was also found between problemfocused and emotionfocused coping and a positive correlation between emotionfocused coping and defensive pessimism. In summary, the study shows that there are correlations between, as well as age- and educational differences in the use of different coping strategies.

Keywords: Stress, anxiety, defensive pessimism, problemfocused-, emotionfocused-, avoidanceoriented coping

Psychology III, Fall 2015. Supervisor: Reza Kormi-Nouri

Copingstrategier för att hantera stress och oro hos KBT- och övriga studenter

Aktuella siffror från Försäkringskassan (2015) visar att stress är den vanligaste orsaken till sjukskrivning och att sjukskrivning på grund av psykisk sjukdom ökar för tredje året i rad. För att förstå mänskligt fungerande och kunna förebygga ohälsa, finns det behov av forskning kring hur stress och oro hanteras, samt kring hur olika strategier samverkar. För att specifikt förstå om blivande KBT terapeuter skiljer sig från övriga studenter och om ålder spelar någon roll för hur copingstrategier används, så har dessa variabler valts att studeras. Likaså finns ett särskilt intresse för hur defensiv pessimism relaterar till de mer generella strategierna.

Förklaringen till stress har sin grund i den så kallade S-R-psykologin, där stress har definierats som antingen stimulus (S) eller respons (R). Den stimulusbaserade definitionen beskriver stressorer (händelser) i miljön, exempelvis naturkatastrofer, skilsmässa, sjukdom eller mer vardagliga irritationsmoment som ger upphov till stress. Den responsbaserade definitionen beskriver stress som kroppens respons på krav som ställs på den, vilket sker i olika stadier. Först uppstår en alarmreaktion då kroppen mobiliseras för kamp eller flykt, sedan följer motståndsstadiet då kroppen anpassar sig och gör motstånd och till sist utmattningsstadiet då kroppen utmattas av misslyckade försök till anpassning (Andersson, 2009).

Kritiken mot de stimulus och responsbaserade definitionerna har handlat om att de har gett mer normativa och generella förklaringar till stress, utan att ta hänsyn till individuella skillnader och till den mänskliga förmågan till stresshantering. Detta har lett till utvecklingen av interaktionella modeller som förenar nivåerna och lägger fokus på individens tolkning och värdering (cognitive appraisal) av en situation. Stress har utifrån det kommit att definieras som "en relation mellan personen och miljön som bedöms av personen som krävande eller som överstiger hans eller hennes resurser och riskerar hans eller hennes välbefinnande" (Lazarus & Folkman, 1984, s.21, förf. översättn.). Definitionen innebär en negativ syn på stress där stress utgör ett hot mot hälsan.

Samtidigt finns studier som visar på en god sida av stress, så kallad eustress, där påfrestning och utmaningar upplevs positivt och verkar mer stärkande än nedbrytande (Hargrove, Becker &

Hargrove, 2015). Ett positivt perspektiv innebär att hälsosamma nivåer av stress bidrar till att uppnå mål och förbättra prestationer på individ och yrkesnivå. Detta är i enlighet med den så kallade "Yerkes-Dodsons lag", som med sitt ursprung i behavioristiska djurexperiment i början på 1900-talet, beskriver att det finns en optimal nivå av spänning för de flesta uppgifter. För lite stress och oro kan leda till otillfredställelse och apati liksom för mycket kan leda till sjukdom och ångest (Corbett, 2015). Varför personer hanterar och reagerar olika på stress föreslås bero på styrkan och effektiviteten i de psykologiska resurserna, det vill säga på skillnader i emotion, intellekt och beteende hos individen (Lazarus & Folkman, 1984).

Det engelska ordet coping används ofta i svenskan istället för stresshantering och kan i vissa sammanhang bytas ut mot ordet bemästring (Andersson, 2009). Coping definieras som "kognitiva och beteendemässiga ansträngningar, som ständigt ändras, att klara av specifika externa och/eller interna krav som bedöms som svåra eller överstiga personens resurser" (Lazarus & Folkman, 1984, i Andersson, 2009, s.124). Copingstrategier beskrivs som sammanhängande mönster av dessa ansträngningar. Antaganden finns att dessa mönster eller strategier utvecklas över tid och fyller någon funktion för individen, men behöver inte innebära att de är effektiva (Norem, 2014).

Copingstrategier kan delas in i två generella kategorier; problemfokuserad coping och emotionsfokuserad coping. Problemfokuserad coping handlar om att minska och bli av med stress genom att försöka lösa problem i omgivningen. Detta innebär att samla och utvärdera information om alternativa lösningar, söka konkret hjälp och aktivt ta itu med en stressig situation. Emotionsfokuserad coping innebär att ändra eller minska på den känslomässiga responsen på stress. Detta kan ske genom att söka känslomässigt stöd från andra eller genom att föra en positiv inre dialog. Det kan också innebära att undvika eller förneka ett problem för att minimera det emotionella obehaget. Som strategi handlar inte emotionsfokuserad coping bara om att bemästra krav eller en stressfylld händelse, utan också om att tolerera och acceptera situationer som inte kan påverkas (Lazarus & Folkman, 1984). I och med det blir bedömningen avgörande från situation till situation om den anses vara påverkbar eller inte.

Även om både problemfokuserad och emotionsfokuserad coping handlar om att få kontroll över stressen och ofta samverkar så finns ett antagande om att den problemfokuserade stresshanteringen i mindre grad leder till kronisk stress än strategier som är emotionsfokuserade. Det finns flera copingstrategier som utgår ifrån, omdefinierar eller kompletterar de problem- och emotionsfokuserade strategierna. Ett exempel på en generell kategori som nämns utöver de ovannämnda är undvikandeorienterad coping som innebär att stressande situationer undviks genom att söka socialt stöd eller distrahera sig med annan aktivitet (Endler & Parker, 1990). Denna kan dock uppfattas som en variant av emotionsfokuserad coping (Andersson, 2009).

Denna studie har inte undersökt samband mellan copingstrategier och välbefinnande eller personlighetsdrag hos studenterna (vilket tas upp som en svaghet i studien), men hypoteserna utgår ifrån tidigare forskning på området. En tidigare studie (Cohan, Jang & Stein, 2006) undersökte samband mellan problemfokuserad, emotionsfokuserad och undvikandeorienterad coping och depression, ångest och olika karaktärsdrag i femfaktormodellen av personlighet. Studien visade att depression och oro har ett negativt samband med problemfokuserad coping hos universitetsstuderande samt ett positivt samband med emotionsfokuserad coping hos dessa. Hos en grupp med volontärer i samma studie visade emotionsfokuserad coping ett positivt samband med neuroticism och ett negativt samband med extraversion och vänlighet, och problemfokuserad coping visade ett negativt samband med neuroticism samt ett positivt samband med vänlighet och samvetsgrannhet. Den undvikandeorienterade skalan visade sig ha låg reliabilitet i studien och föreslogs att utvecklas vidare.

Defensiv pessimism är en mer specifik copingstrategi som används av personer som oroar sig för sin prestation i kommande händelser, men som ändå i regel visar bra resultat (Norem, 2001). Till skillnad från ovannämnda strategier så används oro istället för att den undviks, minskas eller tas bort. Genom att tänka negativt, planera noggrant och förvänta sig det värsta kanaliseras oron för ett möjligt misslyckande till en lyckad prestation. Tidigare experiment med defensiva pessimister har

visat att prestationer blir sämre när deltagarna uppmuntras till avslappning och positivt tänkande (Norem & Cantor, 1986).

Defensiv pessimism har visat sig ha flera positiva funktioner; de låga förväntningarna gör personen mer förberedd på misslyckande och framgång blir en trevlig överraskning. Genom att oroa sig och reflektera över alla tänkbara scenarion kan personen förbereda sig och förebygga misslyckande, samt vända oron till ökat självförtroende i situationen. När självförtroende och känslan av kontroll ökar, så ökar också chansen till framgång samtidigt som oron på sikt minskar. Däremot visar defensiv pessimism samband med prestationsångest, neuroticism och generellt lägre självförtroende (Norem, 2001; Norem & Chang, 2002). För en defensiv pessimist är det dock inte alltid högsta prioritet att bli av med negativa känslor och tankar, något som kan vara svårt för en mer positiv och mindre orolig person att acceptera (Baumgardner & Crothers, 2009; Norem, 2001).

Två formella aspekter på copingstrategier, komplexitet och flexibilitet, innebär att en person kan använda en eller flera olika strategier vid olika tidpunkter (komplexitet) och/eller variera mellan olika strategier i olika eller i samma situationer (flexibilitet). Forskningen har visat motsägelsefulla resultat kring komplexitet då den relaterar både till minskad oro och till ökad depression. Flexibilitet däremot har visat starkare samband med resiliens (återhämtningsförmåga) än rigida copingstilar (Lazarus & Folkman, 1984).

Att ålder kan ha en effekt på stresshantering visar en longitudinell studie (Hertel, 2015) med 634 arbetare mellan 16 och 65 år. Resultaten visar att de äldre arbetstagarna använder problemfokuserad coping mer än de yngre, samt att de äldre arbetstagarna upplever sig mindre ansträngda än de yngre. Detta skulle, enligt studien, innebära att äldre arbetstagare har en mer effektiv stresshantering i arbetet och föreslår att de yngre kollegorna därför bör ta lärdom av de äldre. Kan detta stämma även för studenter? Även om denna studie inte undersöker välbefinnande, så görs ändå ett antagande kring ålderskillnader i användande av problemfokuserad coping utifrån den ovannämnda studien.

Utifrån tidigare forskning och teori kring stress, oro och stresshantering, så syftar denna studie till att undersöka skillnader i förekomst och samband mellan copingstrategier hos olika studentgrupper. Genom att undersöka utbildnings- och åldersskillnader så bidrar studien till att komplettera och utveckla tidigare forskning kring användande av copingstrategier, samt redogöra för samband mellan de fyra olika typer av strategier som undersöks.

De grupper som undersöks i den här studien är studenter som studerar Kognitiv beteendeterapi (KBT) i två olika ålderskategorier (18-40 och 41-58 år), samt övriga studenter från olika utbildningar i en ålderskategori (18-40 år). Kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett paraplybegrepp för psykoterapier som har sin grund i beteendeterapi och kognitiv psykoterapi (Kåver, 2006). KBT syftar till att hjälpa människor att hantera oro och ångest, depression och irrationella beteenden genom att träna välfungerande beteenden i kombination med tankar som ger en realistisk bild av individen och dess olika livssituationer. Detta sker i huvudsak genom att hitta alternativa sätt att tänka och agera på i likhet med problemlösning, samtidigt som senare tids KBT också betonar vikten av att acceptera det som inte går att förändra. Metoden har starkt forskningsstöd och har visat bra resultat i behandling för bland annat oro, depression och fobier av olika slag (se t.ex Kim, S. et al., 2008; Sudak, 2011; Öst, 2008).

Anledningen till att KBT studenter jämförs med övriga studenter, kommer utifrån ett intresse av att se vilka strategier blivande KBT terapeuter själva använder sig av och om de skiljer sig på något sätt från övriga studenter. Det finns också ett antagande om att dessa skiljer sig på grund av sin undervisning och praktisering (i klientpraktik) av KBT i form av alternativa strategier och acceptans. Inga tidigare studier på KBT studenter har hittats.

För att kunna jämföra de olika studentgrupperna, samt kunna se samband mellan olika copingstrategier så valdes en kvantitativ design med enkätfrågor. Kvantitativ metod används för att kunna se och analysera variation hos ett större antal respondenter. På grund av att studien genomförts på en begränsad tid och för att få så många studenter som möjligt att svara på enkäten,

så användes kortare versioner av två olika skalor som mätte problemfokuserad, emotionsfokuserad och undvikandeorienterad coping samt defensiv pessimism.

De frågor som studien syftar till att besvara är: Finns det skillnader i användande av olika copingstrategier mellan KBT studenter i olika ålderskategorier? Finns det skillnader i användande av olika copingstrategier mellan KBT studenter och övriga studenter? Finns det något samband mellan de fyra olika copingstrategierna; problemfokuserad, emotionsfokuserad och undvikandeorienterad coping och defensiv pessimism?

Utifrån tidigare empirisk forskning och teoretiska utgångslägen tror jag att (1) äldre KBT studenter använder problemfokuserad coping mer än yngre KBT studenter, att (2) KBT studenter använder problemfokuserad coping mer än övriga studenter, och även att (3) KBT studenter använder emotionsfokuserad coping mindre än övriga studenter, samt att (4) KBT studenter använder defensiv pessimism mer än övriga studenter. Utifrån att problemfokuserad coping handlar om att lösa problem i omgivningen och defensiv pessimism innebär att planera noggrant och prestera bra, så antas också att (5) problemfokuserad coping har ett samband med defensiv pessimism.

Metod

Respondenter

Respondenterna i studien bestod av 149 studenter mellan 18 och 58 år som studerade KBT (Kognitiv beteendeterapi) på en privat utbildning, samt på olika universitetskurser och program. Avsikten från början var att jämföra två olika studentgrupper; KBT-studenter och övriga studenter, men då oväntat stora ålderskillnader fanns i gruppen med KBT-studenter så delades den in i två olika grupper baserat på ålder. För att öka statistisk power så slogs de båda KBT grupperna ihop vid analyser som inte visade någon ålderskillnad. Gruppen med KBT studenter var ett klusterurval då alla studenter på utbildningen (förutom de som inte närvarade vid datainsamlingen) fick frågan om de ville delta i studien. Gruppen med övriga studenter var ett bekvämlighetsurval, då det fanns för stora könsskillnader för att kunna kallas ett slumpmässigt urval.

Den privata KBT utbildningen utbildar blivande terapeuter i kognitiv beteendeterapi (KBT) - ”Steg 1”, på halvfart under tre terminer. Forskaren har själv studerat på skolan och har kontakt med ledarna, men kände ingen av respondenterna i studien. Vid datainsamlingens tidpunkt fanns sammanlagt 76 studenter på KBT utbildningen. Av dessa befann sig 62 studenter på plats vid de olika insamlingstillfällena vilket innebar ett externt bortfall på 14 (18,42%) personer. Den första gruppen med KBT-studenter (Grupp A) bestod av 24 respondenter som vid datainsamlingen var mellan 18 och 40 år och utgjordes av 16 (66,7%) kvinnor och 8 (33,3%) män. Medelåldern var 34,75 år ($SD = 4,62$). Den andra gruppen med KBT-studenter (Grupp B) bestod av 38 respondenter som vid datainsamlingen var mellan 41 och 58 år och utgjordes av 30 (78,95%) kvinnor och 8 (21,05%) män. Medelåldern för denna grupp var 47,42 år ($SD = 5,20$). De två KBT grupperna tillsammans var mellan 18 och 58 år, och utgjordes av 46 (%) kvinnor och 16 (%) män, där medelåldern var 42,52 år ($SD = 7,95$).

Gruppen med övriga studenter (Grupp C) bestod av 87 respondenter som vid datainsamlingen var mellan 18 och 40 år och utgjordes av 67 (77,01%) kvinnor och 20 (22,99%) män. Medelåldern för denna grupp var 24,88 år ($SD = 5,46$). De studerade på olika kurser och program, till exempel systemvetenskap, tekniskt basår, medie- och kommunikation eller på civilekonom-, jurist- eller läkarprogrammet. Mest förekommande var civilekonomprogrammet som utgjorde 10,3% samt juristprogrammet som utgjorde 9,2% av de 87 respondenterna.

Mätinstrument

De enkäter som delades ut bestod av tre demografiska frågor om kön, ålder och utbildning samt av två olika självskattningsskalor. För att mäta problemfokuserad, emotionsfokuserad samt undvikandeorienterad coping användes CISS-SF (Coping Inventory for Stressful Situation-Short Form, Cohan et al., 2006). Skalan har 21 frågor sammanlagt med 7 frågor för respektive strategi. Svartalternativen sträcker sig mellan 1-5 och skalan innehåller inga omvända frågor. Cronbach's alpha värdet på skalan för problemfokuserad coping visade $\alpha = .78$ och innehöll påståenden som till

exempel: ”Fokuserar på problemet och hur jag kan lösa det”, ”Tänker på hur jag har löst liknande problem tidigare” och ”Bestämmer mig för en strategi och genomför den”.

Cronbach's alpha värdet på skalan för emotionsfokuserad coping visade $\alpha = .89$ och innehöll påståenden som till exempel: ”Klandrar mig själv för att jag har hamnat i den här situationen”, ”Oroar mig över att inte kunna hantera situationen” och ”Önskar att jag kunde ändra på det som hänt eller hur jag känner”. Cronbach's alpha värdet på skalan för undvikandeorienterad coping visade $\alpha = .63$ och innehöll påståenden som till exempel: ”Unnar mig själv min favoritmat eller godis/snacks”, ”Besöker en vän” och ”Tar en paus och undviker situationen”. Alla tre ovannämnda subskalor visade på god reliabilitet, dock hade skalan för undvikandeorienterad coping lägre alpha nivå än de andra och har tidigare visat sig innehålla två skalor med mer specifika undvikande beteenden som beskrivs som ”kontakta en vän” respektive ”ta hand om sig själv” (Cohan et al., 2006).

För att mäta defensiv pessimism användes DPQ-Short5 (Defensive Pessimism Questionnaire-Short Form, Norem et al., 2015). Skalan innehåller fem påståenden och visade ett Cronbach's alpha värde på $\alpha = .84$, vilket visar god reliabilitet. Svartalternativen sträcker sig mellan 1 och 7 och skalan innehåller inga omvända frågor. Exempel på påståenden i DPQ-Short5 är ”Jag brukar förbereda mig på det värsta”, ”Jag överväger noga alla möjliga utfall” och ”Jag fokuserar på specifika detaljer när jag tänker på vad som kan hända”. Resultatet av skalan består av summan av de fem påståendena. För att kunna kalla sig ”defensiv pessimist” enligt Norem (2015) så krävs ett resultat på över 30 på DPQ-Short5 skalan som har 35 som maxantal.

Procedur

Enkäten delades ut och samlades in vid tre olika tillfällen av forskaren i de tre olika KBT-klasserna, i anslutning till föreläsningar. Detta bidrog till att externt och internt bortfall kunde undvikas då forskaren var på plats för att kunna svara på eventuella praktiska frågor rörande enkätens upplägg. Under samma tidsperiod (två veckor) låg enkäten uppe i internetgruppen ”Dom kallar oss studenter” för övriga studenter som har 9528 medlemmar i skrivandets stund, samt på forskarens

facebookside där enkäten låg öppen för offentligheten. Studenter på Psykologprogrammet undanbads att delta i studien utifrån att de skulle påminna för mycket om KBT-studenterna. Det gavs information om att enkäten skulle ta 2-3 minuter att fylla i och ingen belöning utlovades. Alla frågor i internetenkäten var obligatoriska, vilket innebar att respondenterna inte kunde skicka in resultatet om inte alla frågor var ifyllda. Detta innebar att internt bortfall kunde undvikas.

Enkäten innehöll följande instruktioner och information om hur den skulle fyllas i:

”Frågorna handlar om hur du tänker och känner inför och reagerar i svåra, stressfyllda eller upprörande situationer och du markerar/ringar in i vilken grad som du tycker påståendena passar in på dig.” Information gavs också utifrån individskyddskravet (Vetenskapsrådet, 1990) och de fyra huvudkraven; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Informationskravet tillämpades genom att syftet med studien beskrevs i följebrevet, och i enlighet med samtyckeskravet informerades de om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta studien när som helst. Utifrån konfidentialitetskravet bedömdes risken att identifiera någon enskild individ som liten eftersom den ifylldes anonymt på internet samt samlades in slumpvis på KBT utbildningen. Förutom kön, ålder och utbildning samlades ingen övrig information in som skulle kunna identifiera respondenterna. Utifrån nyttjandekravet har enkäterna använts endast till denna studie och har inte lagrats i någon databas, vilket också respondenterna informerades om.

Statistiska analyser

För att analysera resultatet av enkäterna användes one-way ANOVA i statistikprogrammet SPSS, där skillnader i medelvärden undersöktes mellan de två, respektive tre olika studentgruppernas användande av de fyra olika copingstrategierna. För att undersöka skillnader i defensiv pessimism så jämfördes Grupp A (KBT studenter 18-40 år) med Grupp B (KBT studenter 41-58 år). Då det fanns en signifikant skillnad mellan dessa grupper på grund av ålder, så jämfördes endast Grupp A med Grupp C (övriga studenter 18-40 år), då en eventuell skillnad mellan Grupp B och C exempelvis skulle kunna bero på både ålder och utbildning. Vidare för att undersöka problemfokuserad coping så jämfördes först Grupp A med Grupp B. Då det inte fanns någon

signifikant skillnad mellan grupperna så jämfördes dessa tillsammans med Grupp C. På samma sätt som det sistnämnda undersöktes också emotionsfokuserad och undvikandeorienterad coping. I ytterligare ett steg undersöktes samband mellan de fyra strategierna i sex olika korrelationsanalyser.

Resultat

För att besvara frågeställningen och hypoteserna kring skillnader i användande av olika copingstrategier mellan KBT studenter i olika ålderskategorier (18-40 år och 41-58 år), och mellan KBT studenter och övriga studenter, så jämfördes medelvärden i one-way ANOVA. Till att börja med jämfördes de två olika KBT gruppernas medelvärden på problemfokuserad coping utifrån ålder. Resultatet visade inte på någon signifikant skillnad mellan grupperna. Därmed förkastades hypotesen som antog att (1) äldre KBT studenter använder problemfokuserad coping mer än yngre KBT studenter. Då ingen signifikant skillnad hittades slogs grupperna ihop (A+B) för att öka antalet i gruppen. Denna grupp jämfördes sedan med övriga studenter (C) och en statistisk signifikant skillnad hittades mellan grupperna ($F(1,147) = 14.10, p < .001$), där KBT studenter använde problemfokuserad coping mer än övriga studenter (se Tabell 1). Därmed verifierades hypotesen som antog att; (2) KBT studenter använder problemfokuserad coping mer än övriga studenter.

I likhet med problemfokuserad coping hittades ingen skillnad i medelvärden mellan Grupp A och B på emotionsfokuserad coping. Dessa slogs ihop till en grupp och jämfördes med Grupp C, där en statistisk signifikant skillnad hittades mellan grupperna ($F(1,147) = 21.66, p < .001$) som visade att KBT studenter använde emotionsfokuserad coping i mindre grad än övriga studenter (se Tabell 1). Därmed verifierades hypotesen som antog att; (3) KBT studenter använder emotionsfokuserad coping mindre än övriga studenter. Medelvärdesjämförelser genomfördes också mellan grupperna på undvikandeorienterad coping. Detta redovisas dock inte i någon av tabellerna ingen skillnad hittades mellan grupperna.

Tabell 1

Medelvärdesjämförelse mellan KBT-studenter (18-58 år) och övriga studenter på två olika copingstrategier, med test för skillnader mellan dessa grupper med ANOVA

	KBT studenter (18-40 år)		KBT studenter (41-58 år)		Övriga studenter			
	A		B		C			
	(n = 24)		(n = 38)		(n = 87)			
	Problemfokuserad coping				Emotionsfokuserad coping			
	M	SD	Fg	F	M	SD	Fg	F
Grupp A+B	3,98	,50			3,04	,87		
Grupp C	3,60	,67			3,67	,78		
Grupp A+B>C			1, 147	14,10***	Grupp A+B<C		1, 147	21,66***

Not. n = antal personer; M = medelvärde; SD = standardavvikelse; fg = frihetsgrader; $p < ,001$, påvisade genom one-way ANOVA. Skalan som mäter problemfokuserad och emotionsfokuserad coping sträcker sig mellan 1-5.

*** $p < ,001$

Tabell 2

Medelvärdesjämförelser mellan två grupper KBT studenter och övriga studenter på en copingstrategi, med test för skillnader mellan dessa grupper med ANOVA och post hoc

	KBT-studenter (18-40 år)		KBT-studenter (41-58 år)		Övriga studenter	
	A		B		C	
	(n = 24)		(n = 38)		(n = 87)	
	M	SD	Fg	F	Defensiv pessimism Post hoc	
Grupp A	4,06	1,48	23	180,82*	A>B	
Grupp B	3,20	1,21	37	262,06*	A>B	
Grupp C	4,62	1,22	86	1251,91		

Not. n = antal personer; M = medelvärde; SD = standardavvikelse; fg = frihetsgrader; $p < ,05$, påvisade genom Bonferroni post hoc test. Skalan som mäter defensiv pessimism sträcker sig mellan 1-7.

* $p < ,05$

För att undersöka ålderskillnader i användande av defensiv pessimism jämfördes de två KBT gruppernas medelvärden. En signifikant skillnad hittades, där de yngre KBT studenterna använde defensiv pessimism i större grad än de äldre KBT studenterna. Eftersom det fanns en skillnad mellan grupperna så jämfördes endast Grupp A (KBT 18-40 år) med övriga studenter i samma ålderskategori. Ingen signifikant skillnad hittades mellan grupp A och C på defensiv pessimism (se

Tabell 2). Därmed förkastades hypotesen som antog att; (4) KBT studenter använder defensiv pessimism mer än de övriga studenterna.

Ytterligare en analys gjordes hos grupperna på defensiv pessimism. För att kunna kalla sig ”defensiv pessimist” enligt Norem (2015) så krävs ett resultat på över 30 på DPQ-Short5 skalan som har 35 som maxantal. I gruppen med övriga studenter så fick 14 personer (11 kvinnor och 3 män) mellan 30-35 på DPQ-Short5 skalan, vilket motsvarar 16,09% av alla övriga studenter ($n = 87$). I den yngre gruppen med KBT-studenter (18-40 år) så fick 2 personer (1 kvinna och en man) mellan 30-35 på DPQ-Short5 skalan, vilket motsvarar 8,33% av gruppen ($n = 24$). Anmärkningsvärt var att i gruppen med äldre KBT-studenter ($n = 38$, 41-58 år) så var det ingen som fick 30 eller mer på skalan som mäter defensiv pessimism.

För att besvara frågeställningen och hypotesen kring samband mellan de fyra copingstrategierna genomfördes sex olika korrelationsanalyser. Av dessa hittades ett signifikant positivt samband mellan defensiv pessimism och emotionsfokuserad coping inom gruppen ($n = 149$, $r = .39$, $p < .01$). Ett signifikant negativt samband hittades också mellan problemfokuserad och emotionsfokuserad coping inom gruppen ($r = -.39$, $p < .01$). Dessutom hittades ett signifikant positivt samband mellan emotionsfokuserad och undvikandeorienterad coping inom gruppen ($r = .24$, $p < .01$). I och med detta förkastades hypotesen som antog att; (5) problemfokuserad coping har ett samband med defensiv pessimism.

Diskussion

Resultaten i denna studie styrker att det finns skillnader i användande av copingstrategier och visar på specifika ålders- och utbildningsskillnader i olika studentgrupper. Skillnaderna innebär att studenter beter sig olika i svåra, stressfyllda eller upprörande situationer, genom att fokusera på att antingen acceptera, minska på eller använda sig av stress och oro. Studien visar också att det finns olika samband mellan strategier. Ett negativt samband innebär att ju mer respondenterna använder sig av en strategi, desto mindre använder de sig av den andra. Ett positivt samband innebär att ju mer en strategi används, desto mer används också den andra.

Hur stabila dessa mönster (skillnader och samband) är över tid kan bara visas genom flera mätningar med samma urvalsgrupper. Forskning enbart utifrån personlighetsdrag har kritiserats för att ge statistiska mått på generella drag och alltför stabila copingstrategier, medan en processororienterad utgångspunkt tar större hänsyn till individuella skillnader och till att personer tänker och agerar olika i olika situationer. Det innebär att forskningen kring copingstrategier blir mer komplex och kräver att individer undersöks i många olika situationer för att kunna se mönster mellan olika copingstilar (Cohen & Lazarus, 1973; Lazarus & Folkman, 1984).

Till skillnad från den tidigare studien kring åldersskillnader (Hertel, 2015) så visade resultaten att ålder inte hade någon effekt på problemfokuserad coping hos de olika KBT grupperna. Möjligtvis hade åldersskillnader hittats om studenterna inte hade gått på samma utbildning, eftersom de yngre studenterna studerar KBT i samma utsträckning som de äldre. Om data också hade samlats in från motsvarande äldre åldersgrupp (41-58) hos övriga studenter, hade dessa kunnat jämföras med de yngre övriga studenterna. Detta gjordes dock inte utifrån tidsbrist och utifrån en bedömning av att det skulle vara svårt att hitta studenter i den åldersgruppen.

Däremot visade resultaten att KBT studenter använder problemfokuserad coping mer än studenter på övriga utbildningar. Orsaken till detta kan tänkas ligga i att utbildningen i kognitiv beteendeterapi (KBT) betonar alternativa sätt att tänka och agera på i likhet med problemlösning. Dessutom utbildas KBT studenterna till blivande terapeuter vars yrke innebär att aktivt bemöta människor och deras problem. Hur de formas i sin yrkesroll skulle kunna innebära att de också blir mer problemfokuserade som privatpersoner. Detta kanske inte är något överraskande resultat, inte mindre kan det visa på att KBT inte bara är en terapiform som utövas för att behandla specifika besvär hos patienter, utan kan också innebära att KBT visar en effekt på terapeuternas egen stresshantering i form av problemlösning. Samtidigt befann KBT studenterna sig i samma rumsliga situation vid datainsamlingen, förmodligen till skillnad från de övriga studenterna. Denna situation kan ha gjort att de ville framstå som mer problemfokuserade utifrån social önskvärdhet och den blivande yrkesrollen, vilket kan ha påverkat resultatet.

Skillnader hittades också i användande av emotionsfokuserad coping, där övriga studenter använde emotionsfokuserad coping mer än KBT studenter. Detta kan tänkas bero på samma saker som för skillnaderna mellan grupperna i problemfokuserad coping, eftersom ett negativt samband hittades mellan dessa två strategier. Antagandet att problemfokuserad coping leder till kronisk stress i mindre grad än emotionsfokuserad (Lazarus & Folkman, 1984) skulle kunna innebära att KBT studenter har mindre problem med stress än övriga studenter. Detta får vidare forskning undersöka. Om KBT studenterna själva har gått i kognitiv beteendeterapi framgår dock inte, eftersom det inte är obligatoriskt i utbildningen. Hade uppgifter kring KBT studenternas eget terapi samlats in, skulle resultaten kunnat jämföras ytterligare. KBT studenterna skulle också kunnat genomföra enkäten på internet vilket eventuellt hade minskat risken för social önskvärdhet.

Hypoteserna kring defensiv pessimism grundade sig på ett antagande om att defensiv pessimism är mer problemfokuserad än emotionsfokuserad. Antagandet visade sig felaktigt då defensiv pessimism visade ett positivt samband med emotionsfokuserad coping. Detta verkar dock inte helt osannolikt utifrån att båda dessa strategier tidigare har visat samband med neuroticism (Cohan et al., 2006; Norem, 2001; Norem & Chang, 2002) och fokuserar på att hantera den känslomässiga responsen i stressade situationer. Ändå var det oväntat utifrån att målet med emotionsfokuserad coping är att minska och bli av med stress och emotionellt obehag, till skillnad från defensiv pessimism, vars mål inte är att bli av med oron utan att använda sig av den (Norem, 2001). Det kan dock tänkas att respondenterna varierar mellan dessa strategier från situation till situation.

I stället för skillnader i användande av defensiv pessimism mellan utbildningar, visade det sig att ålder var den variabel som skilde grupperna åt. De äldre KBT studenterna använde defensiv pessimism i mindre grad än de yngre KBT- och övriga studenterna. Dessutom minskade antalet "defensiva pessimister" allteftersom medelåldern i de tre grupperna ökade, vilket skulle kunna indikera att defensiv pessimism avtar med åldern. Detta var också oväntat. Kanske beror det på att yngre studenter oroar sig mer än äldre och använder defensiv pessimism som strategi för att hantera

oron. Om detta är fallet kan en förklaring tänkas vara att de äldre studenterna har längre livserfarenhet och förmodligen större yrkeserfarenhet än de yngre studenterna, vilket gör att de oroar sig mindre. En annan hypotes kring detta är att yngre studenter upplever mer prestationsångest än äldre och har ett större behov av att använda defensiv pessimism.

Det positiva samband mellan emotionsfokuserad coping och undvikandeorienterad coping som också hittades i studien, kan bero på likheter mellan strategierna som tidigare antytts (Andersson, 2009), utifrån att båda strategier till viss del fokuserar på undvikandebeteenden som syftar till att minska på den känslomässiga responsen på stress. Utifrån detta kan det tyckas överflödigt att mäta den undvikandeorienterade strategin, men trots likheter så verkar mätinstrumenten skilja sig åt genom att den undvikande skalan handlar mer om yttre beteenden och den emotionsfokuserade om inre tankar och känslor. Inga skillnader hittades dock i användande av undvikandeorienterad coping mellan grupperna, trots att skalan visade godtagbart reliabilitetsvärde till skillnad från en tidigare studie (Cohan et al., 2006). Vad detta beror på är oklart och föreslås att undersökas i vidare studier.

Forskningen kring stress är omfattande och kan anta flera perspektiv utöver copingstrategier. Alla perspektiv bidrar till en helhetsbild över hur människor fungerar vilket är en förutsättning för att effektivt kunna förebygga ohälsa. En fördjupad förklaring till varför individer hanterar och reagerar olika på stress kan ges av den så kallade stress- och sårbarhetsmodellen som ger både inre och yttre förklaringar till varför vissa blir sjuka av stress och oro och andra inte. Genom att se till en individs sårbarhet (anlag), psykologiska och sociala faktorer kan risken för att visa sjukdomssymtom bedömas utifrån ett helhetsperspektiv av individen (Psychology Dictionary, 2015). Likaså kan Krav-kontroll-stöd modellen (Karasek, R. & Theorell, T., 1990; Theorell, T., 2003) bidra med förståelse kring en individs stressreaktion i en arbetssituation. Modellen visar på en nödvändig balans mellan de krav en arbetstagare ställs inför på en arbetsplats, möjligheten denna har att påverka sitt arbete och det sociala stöd arbetstagaren får.

Att bara hänvisa till copingstrategier i förhållande till stress och ohälsa vore att bortse från den yttre miljöns påverkan. Men faktumet att situationer definieras subjektivt är svårt att frångå. En bedömningsfokuserad (appraisal-focused) beskrivning av coping utgör en egen copingkategori som innebär att situationer ständigt omtolkas och omvärderas av en individ (Billings & Moos, 1982; Kyngäs et al., 2001).

Vilket samband resultaten har med respondenternas välbefinnande eller personlighetsdrag har inte undersökts i denna studie på grund av tidsbegränsning och omfattning. Detta kan ses som en svaghet då dessa inte går att jämföra med tidigare forskning kring samband mellan copingstrategier och individers stress och oro, eller se på konsekvenser av användandet av copingstrategier. Medelåldern i grupperna kan också innebära ett hot mot tillförlitligheten i studien. När Grupp A (KBT studenter 18-40 år) jämfördes med Grupp C (övriga studenter 18-40 år) så gjordes det utifrån den gemensamma ålderskategorin. Men medelåldern i grupperna skilde sig hela 10 år (34.75 mot 24.88). För att kvotera ut ålderskillnaderna i grupperna hade respondenter kunnat plockas bort, detta gjordes dock inte utifrån avvägningen att istället bevara antalet i grupperna.

Formuleringen av situationen i enkäten, som respondenterna ombetts att reflektera över, kan också innebära både en fördel och en nackdel för studien. I och med att den är generellt beskriven ("svåra, stressfyllda eller upprörande situationer") har det lämnat stort utrymme för tolkning. Eventuellt har de valt en situation som agerar som typexempel för hur de brukar hantera stress och oro. Fördelen med det är att skillnaderna kommer att representera mer generella mönster i människors vardag. Nackdelen är att det inte ger information om en mer konkret situation, som till exempel hur de agerar och reagerar inför en redovisning eller tentamen.

Som övriga svagheter kan könsfördelningen nämnas då respondenterna i alla tre grupper bestod av en övervägande andel kvinnor. Detta gör det svårare att generalisera resultaten så att de gäller även för männen. Dessutom bortser studien från eventuella könsskillnader hos KBT grupperna då de i två analyser slås ihop endast utifrån ålder. Bortfallet hos KBT studenterna på 14 (18,42%) personer gör också att resultatet inte är representativt för hela den grupp som studerar på

KBT utbildningen just nu. Det kan ändå säga något om de som var med i studien, och kan antas ha en viss överförbarhet på andra KBT studenter. I fördelningen av antal respondenter i varje grupp, var gruppen med de yngre KBT studenterna också i minsta laget ($n = 24$). För att kompensera för detta slogs KBT grupperna ihop ($n = 62$) i de mätningar där ingen åldersskillnad fanns mellan grupperna. Om detta utgjorde någon skillnad för resultaten har inte undersökts. Det lilla gruppantalet kvarstod dock i mätningen av defensiv pessimism där en skillnad hittades mellan KBT grupperna i ålder. Om detta påverkade resultaten eller inte är ovisst och en studie med fler respondenter skulle eventuellt kunna styrka eller ändra resultaten.

De styrkor som studien har är tillförlitligheten i mätinstrumenten (skalorna) och att den har utförts noggrant och med hänsyn till respondenternas konfidentialitet. Studien har också hittat signifikanta skillnader i användande av copingstrategier hos olika grupper och har tydliggjort relationer mellan strategierna. Detta bidrar till bättre förståelse kring strategiernas förekomst i urvalsgrupperna och för det komplexa begrepp som stresshantering innebär. Studien har också redogjort för och betonat vikten av att sätta resultaten i ett större sammanhang.

Vidare har denna studie kompletterat och utvecklat mer än den har ifrågasatt tidigare forskning och kan genom att visa på förekomst, skillnader och samband mellan copingstrategier hos KBT- och övriga studenter, fungera som underlag för vidare forskning. Copingstrategiernas samband med välbefinnande och eventuellt personlighetsdrag hos studenter föreslås att undersökas vidare, liksom strategiernas stabilitet över tid. Utifrån att stress också kan innebära något positivt och att defensiv pessimism innebär att använda sig av oro som drivkraft, efterfrågas också en mer nyanserad definition av coping. Utöver ett negativt fokus borde också en positiv syn på begreppen innefattas i definitionen. I en tid då många anges bli sjuka av stress av oro är en ökad förståelse för innebörden av stress och stresshantering högst väsentlig.

Referenser

Andersson, S.I. (2009) *Hälsa och psykologi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Baumgardner, S.R. & Crothers, M.K. (2009) *Positive psychology*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Billings, A.C. & Moos, R.H. (1982) Psychosocial theory and research on depression: An integrative framework and review. *Clinical Psychology Review*, 2, 213-237.

[http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(82\)90013-7](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(82)90013-7)

Cohan, S.L., Jang, K.L. & Stein, M.B. (2006) Confirmatory factor analysis of a short form of the Coping Inventory for Stressful Situations. *Journal of clinical psychology*, 62, 273–283.

<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20211>

Cohen, F. & Lazarus, R.S (1973) Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35: 5. Hämtad den 5 december 2015, från

<http://oru.summon.serialssolutions.com/search?spellcheck=true&s.&q=Active%20coping%20processes,%20coping%20dispositions,%20and%20recovery%20from%20%20#!/search?ho=t&l=sv->

[SE&q=Active%20coping%20processes,%20coping%20dispositions,%20and%20recovery%20from%20%20](http://oru.summon.serialssolutions.com/search?spellcheck=true&s.&q=Active%20coping%20processes,%20coping%20dispositions,%20and%20recovery%20from%20%20)

Corbett, M. (2015) From law to folklore: work stress and the Yerkes-Dodson Law. *Journal of Managerial Psychology*, 30, 741 - 752. <http://dx.doi.org/10.1108/JMP-03-2013-0085>

Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990) Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of personality and social psychology*, 58, 844-854.

<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>

Försäkringskassan (2015). Hämtad den 5 december 2015, från

https://www.forsakringskassan.se/wps/portal/!ut/p/a0/LYyxDsIwDAW_hSFzgtjYKsQXsECXyCJWMUlfotgNv0-RmE53w_nZ3_0MGrKQSQWV3R-

f53puZC93PE0uXCqMYberC62z6h8rp8SFkBguqP1SHISyn9Q41q6UGdGklKjvLWvuMiB
YfMvT4QsGjmdw/

Hargrove, H.B., Becker, W.S., Hargrove, D.F. (2015) The HRD eustress model: generating positive stress with challenging work. *Human resource development review*, 14, 279-298.

<http://dx.doi.org/10.1177/1534484315598086>

Hertel, G., et al. (2015) Are older workers more active copers? Longitudinal effects of age-contingent coping on strain at work. *Journal of Organizational Behavior*, 36, 4.

<http://dx.doi.org/10.1002/job.1995>

Karasek, R. & Theorell, T. (1990) *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic books.

Kim, S., et al. (2008) Use of skills learned in CBT for fear of flying: Managing flying anxiety after September 11th. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 301–309.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.006>

Kyngäs, H., et al. (2001) Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 10, 6-11.

<http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2354.2001.00243.x>

Kåver, A. (2006) *KBT i utveckling*. Stockholm: Natur & kultur.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Norem, J.K. & Cantor, N. (1986) Defensive pessimism: Harnessing anxiety as motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1208-1217. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1208>

Norem, J. K. (2001). *Defensive pessimism, optimism and pessimism*. I: E. C. Chang (Ed.) *Optimism and Pessimism: Implications for Theory, Research and Practice* (s. 77-100). Washington, D. C.: APA Press. <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.16.3.524>

Norem, J.K. & Chang, E.C. (2002) The positive psychology of negative thinking. *Journal of*

clinical Psychology, 58, 993-1001. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10094>

Norem, J. K. (2014) *The right tool for the job: Functional analysis of positivity and negativity*. I: W.G. Parrott (Ed.). *The Positive Side of Negative Emotions* (s. 247-272). New York: Guilford Press.

Norem, J. K., Butler, S. & Prayson, B. (2015) *Development of a new Defensive Pessimism Questionnaire-Short Form*. Poster presented at the annual meeting of the Association for Research in Personality, St. Louis, MO.

Psychology Dictionary (2015). Hämtad den 30 december 2015, från <http://psychologydictionary.org/stress-vulnerability-model/>

Sudak, D.M. (2011) *Combining CBT and Medication: An Evidence-Based Approach*. New York: John Wiley & Sons. <http://dx.doi.org/10.1002/9781118093368>

Theorell, T. (2003). *Psykosocial miljö och stress*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vetenskapsrådet (1990). Hämtad den 7 december 2015, från <http://www.vr.se> under länkarna Forskningsetik, Regler och riktlinjer.

Öst, L-G. (2008) Cognitive behavior therapy for anxiety disorders: 40 years of progress. *Nordic journal of psychiatry*, 62, 5-10. <http://dx.doi.org/10.1080/08039480802315590>