

Stressaflastning og forebyggelse

To psykologer har gennemført intervention for stressaflastning og forebyggelse for sygeplejersker på et hospital i hovedstadsområdet. Artiklen gennemgår projektet, som var baseret på anvendelsen af en ny kombination af eutoni og multimodal terapi.

Forskning III

Af Berta Vishnivetz og Henriette Aaby Jensen

Blandt de ansatte i sundhedsvæsenet er stresstilstand hyppigt forekommende (Oliver, 1990; Shinn, 1984). Stress kan defineres som en dynamisk tilstand af uligevægt og ubalance, som forårsages af yderst komplekse interaktioner mellem personen og miljøet.

Utallige undersøgelser (fx Selye 1956; Lazarus, 1984, 1986, 1991; Levi, 1972; Cox, 1978, 1985; Frankenhauser, 1981; Nielsen, 1985, 1994; Zachariæ, 1995) beskriver de psykofysiologiske forstyrrelser, som en stresstilstand medfører: Helbredstilstanden svækkes, arbejdsindsats og livskvalitet nedsættes. Dette kan registreres i form af forskellige symptomer: Muskel-skeletsygdomme, hovedpine, træthed, irritabilitet, negative tanker, uoplagthed, vægttab, spiseforstyrrelser, fordøjelsesproblemer, manglende koncentration, søvnløshed m.m. (Se fx Kendal et al., 1991; Mirdal, 1990, 1993; Zachariæ, 1995; Goleman 1995).

Stress er blevet undersøgt fra vidt forskellige perspektiver

såsom biologiske, antropologiske, etologiske, kulturelle og psykologiske. Forskning i stress har afdækket en del medicinske metoder til behandling af stress såsom beroligende og angstdæmpende stoffer, men den almindelige befolkning kan ikke gøre brug af disse metoder i hverdagen uden lægelig supervision.

Der har derfor været forsket en del i udviklingen af psykologiske og adfærdsmæssige teknikker, som alle kan bruges efter passende instruktion. Brugen af afslapningsteknikker og meditation kan måske ikke forklares videnskabeligt, men har virket for mange i flere forskellige udformninger. Biofeedback har også føjet værdi til den psykologiske tilgang, ej heller kan denne forklares videnskabeligt, men den kan lære individer at identificere en stresstilstand. Hvad enten det gøres instinktivt eller instrumentelt, kan de automatisk undgå eller modificere deres gensvar (Selye, 1993).

Ud over de kropslige teknikker til at mindske stress er tilstanden på det psykologiske plan især behandlet med en kognitiv og adfærdsterapeutisk indfaldsvinkel (bl.a. Bandura et al., 1988; Pretzer, Beck & Newman, 1989; Craigie, 1992). Generelt har kombinationen af fysiske teknikker og psykologisk terapi god effekt på oplevelsen af stress. Dog kan man sige, at de hidtidige undersøgelser enten karakteriserer en tidskrævende behandling, hvor man modtager behandling 3-4 timer ugentligt i ca. 3 måneder, eller et ultrakort dagskursus, hvor begge typer behandling foregår uden for det stressfremkaldende miljø. De ultrakorte kurser giver ikke tid til at afpasse og indlære copingrespons, mens de længerevarende behandlinger er ressourcekrævende både tidsmæssigt og økonomisk. Desuden kan meditation og afslapningsteknikker kritiseres for, at de ikke kan udøves i den stressende situation. (Mirdal 1990, Palmer et al., 1995).

I denne undersøgelse vil vi anvende en kropslig teknik, eutoni, som kan anvendes i det daglige arbejde uden at kræve megen plads eller lang tid. I anerkendelsen af det vigtige i en behandling, som er skræddersyet til den enkelte person, kombineres eutonien med multimodal terapi, som er en kognitiv terapi, der arbejder ud fra en grundig vurdering af patientens klager og ressourcer inddelt i forskellige modaliteter (adfærd, kognition, emotion, sansning, mentale forestillingsbilleder, biologi/helbred samt social funktion).

Projektets originalitet består således i den unikke kombination af multimodal terapi og eutoni (psykofysisk pædagogik) i forhold til stress. Der findes intet studie, hvor begge teknikker er blevet anvendt og afprøvet samtidig. Historisk set er dette projekt det første.

Multimodal tilgang blev udviklet af A. Lazarus (1976, John Hopkins University, USA). Eutoni (psykofysisk pædagogik) blev udviklet af Gerda Alexander (1941 København). Forfatteren anvendte EPPF i stedet for de afspændingsteknikker og andre fysiske trænings teknikker, som bruges i MMT. Grundargumentet har været, at afspændingsteknikker

virker pacificerende/beroligende og kun som en lappeløsning. Lige så snart personerne er tilbage i deres vante omgivelser, træder de gamle vaner i kraft igen. (Mirdal,1993). Anden forskning om stress (Long, 1993; Cragie, 1992) anvender afspænding eller aerobics i de kropslige aflastningsteknikker. Disse bygger på nogle helt andre præmisser end eutoni (psykofysisk pædagogik).

Formål med projektet er:

At udarbejde et terapeutisk forløb, der omfatter to psykoedukationelle systemer; et kropsligt (eutoni) og et mere kognitiv/emotionelt orienteret (multimodal psykoedukation, MMPE).

At afprøve egnetheden af disse psykoedukationelle metoder til at aflaste og forebygge stress hos en faggruppe inden for sundhedssektoren.

At finde strategier, der vil kunne bruges til stressaflastning og -forebyggelse i den danske befolkning som helhed.

Behandlingsmetoder

Teori og arbejds-hypoteser:

Til grund for den multimodale intervention ligger den "multimodale stressmodel", se figur 1 (A. Lazarus 1989,1991; Palmer og Dryden, 1995). Her er det de psykologiske processer, som danner grundlaget for stress. "En persons måde at reagere på en begivenhed er hovedsagelig forårsaget af hendes perception af den og af hendes selv-vurderede færdigheder til at håndtere denne begivenhed, mere end selve den konkrete situation." (frit oversat efter Palmer og Dryden, 1995, s. 4)

[FIGUR 1]

Palmer og Dryden's multimodale stress-management-model (1995) baserer sig på A. Lazarus' "assessment" procedure til behandling af stress udviklet i 1970'erne. Denne procedure indebærer, at konsulenten vurderer klientens situation ud fra syv modaliteter: Adfærd, følelse, sansning, tanke, forestillingsbilleder, helbred og interpersonelle relationer. Lazarus påstår, at de syv modaliteter og deres indbyrdes dynamiske interaktion omfatter hele personlighedsspektret.

Modellen gør det muligt systematisk at anvende varierende teknikker, da den eklektiske tilgang til stressbehandling ellers let kan blive forvirrende og føre til en ineffektiv behandling (Elsass, 1992; Palmer og Dryden,1995).

Behandlingen tager udgangspunkt i information om klientens kvaliteter, som vurderes igennem interviews baseret på "Multimodal Life History Inventory, MHLI . Dens bearbejdelse fører til klientens modalitets-profil (eller BASIC ID), dennes behov og krav til behandling, konsulentens kliniske færdigheder og specifikke teknikker, tilpasningsevne samt krav og forventninger i forhold til konsulenten. Konsulenten

skal tage specielt hensyn til, hvilken form for terapeutiske forhold der er den mest hensigtsmæssige for den enkelte klient. A. Lazarus siger eksempelvis, at nogle klienter har mere brug for en vejledende og omsorgsfuld terapeut. Andre fortrækker en mere distant og tilbageholdende terapeut, med hvem klienten føler sig fri til selv at bestemme.

Modalitetsprofilen bidrager med information om, hvilken modalitet der især trigger stressresponsen hos det enkelte individ, og hvorledes de forskellige modaliteter interagerer under stress. Denne profil bruges som udgangspunkt for planlægning af den følgende terapi. Her bestemmer deltageren i samråd med terapeuten, hvilken modalitet man skal starte med at bearbejde.

Eutoni (psykofysisk træning)

Ordet *eutoni* er hentet fra græsk – *eu* betyder godt eller optimalt afbalanceret, *tonus* grundlæggende muskelspænding. Det betegner den størst mulige balance/ligevægt, som et menneske kan opnå i sin organisme, i samspillet mellem den og sine omgivelser. I 1957 kaldte Gerda Alexander sin metode om udvikling af selverkendelsen (self-knowledge) gennem kropslige oplevelser for eutoni. I nutiden tales der meget om "at lytte til sin krop". Men få mennesker ved, hvordan dette kan lade sig gøre uden at bryde ind i de naturlige neuro-fysio-psykologiske processer.

Eutoni fokuserer på en bevidstgørelse af kroppens rum, form og kontaktflade. Det er en meget præcis nuanceret metode til at forstå og genoprette kroppens balance gennem handling. Eutoni-metoden kan beskrives som en "non-interference" pædagogik. Dette betyder, at individet til enhver tid besidder valgfrihed, og at "lærerens" rolle begrænser sig til et forslag. Bagefter deler deltageren sine oplevelser gennem kommentarer, beskrivelser. De reaktioner, som hver deltager oplever, bliver accepteret, som de er, og på det niveau, hvor de opleves. Følelserne fortolkes ikke.

Eutoni-metoden består af bevidst hudstimulering, at udvikle bevidsthed om knoglenes placering, strukturfunktioner, "bevidst kontakt"-teknik, passive og aktive bevægelser, oplevelse af kropsrummet og volumen, velovervejet og præcis anvendelse af sin egen styrke i bevægelser såsom at skubbe og løfte, genoprettelse af adækvat muskelelasticitet gennem "transport-princippet", dvs. at bevidstgøre de holdningsreflekser, som har indflydelse på alle bevægelser og holdninger, integration af disse principper gennem frie bevægelser i de daglige opgaver og i arbejdslivet.

Perceptionen af egne kropslige funktioner indskærpes, således at man efterhånden kan genkende nogle af sine mest karakteristiske reaktioner. På den måde kan deltagerne mærke, når de er på vej til at blive ude af sig selv eller udmattede. Også gennem brug af nogle af de lærte handlinger stopper og skifter tilstanden.

I eutoniundervisning lægges der vægt på at forstå, acceptere og anvende de kropslige reaktioner som et budskab om kroppens nuværende tilstand. Efterhånden bliver individet bevidst om sin egen krop, så han kan foretage de ændringer (såvel fysiske som psykiske), som er nødvendige for at opnå den personlige balance, eotonus. Den harmoniske balance er individuel. Eutoni vækker de kropslige reaktioner, følelser, billeder, erindringer, tanker i den "fænomenologiske virkelighed", og de bliver accepteret på den måde, som de bliver oplevet – oplevelser bliver hverken kvalificerede eller diskvalificerede. Deltageren lærer at acceptere, at der ikke er rigtige eller forkerte reaktioner.

Proces

Deltagerne

Sygeplejerådet i København hjalp med at etablere kontakten til et hospital i hovedstadsområdet, hvor projektet blev godkendt af direktionen. Tillidsrepræsentanter assisterede med at rekruttere de frivillige deltagere ved at sende information til alle afdelinger.

Der meldte sig 20 sygeplejersker til eutonigruppen og 11 til kontrolgruppen. Alle var arbejdsdygtige, hvilket vil sige, at de var ansat enten på det pågældende hospital eller på en anden institution i hovedstadsområdet. Gruppens deltagere blev ikke randomiseret, dels da det drejede sig om en pilotundersøgelse, og dels grundet det lave antal deltagere. De blev efter eget valg delt i to grupper (på baggrund af deres arbejdspligter og andre opgaver). Der var intet frafald hverken i eutonigruppen eller i kontrolgruppen.

Deltagerne var i en særlig stressende situation på grund af omstrukturering af arbejdspladsen. De gav udtryk for, at de følte sig ekstra belastet og udpræget angst og usikre på grund af den pågående ændring i organisationen.

Efter det første møde kunne forfatteren mærke den belastede arbejdssituation. De individuelle møders varighed, som oprindeligt var planlagt til at vare 1 time, blev derfor forkortet til 30-40 minutter. Gruppeundervisningen blev forkortet fra 2-3 gange ugentligt til kun at skulle foregå én gang om ugen i 1½ time ad gangen.

Beskrivelse af intervention

Under de individuelle møder mellem forsker og deltager blev der truffet fælles aftale om emnet og den terapeutiske strategi, som skulle anvendes den dag.

Selv om eutoni og den kropslige "metode" var udgangspunkt for intervention, fik deltagerne mulighed for at vælge, hvilke interventionsformer de ønskede at modtage. Nogle deltagere valgte derfor kun at deltage i en samtale og andre kun at modtage eutoni, mens andre igen skiftede mellem metoderne, afhængigt af hvordan de havde det den dag.

Målemetode

Ved starten og slutningen af interventionerne udfyldte deltagerne tre spørgeskemaer: Subjektiv Stress Skala (VAS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI 1,2) og Jenkins A-type Behaviour Survey (JAS).

VAS er en visuel analog skala, hvor en linje er delt i 10 lige store stykker nummereret 0-10, den enkelte deltager bedes markere det stressniveau, vedkommende har haft gennem den sidste uge (0 angiver minimalt oplevet stress, og 10 angiver maksimalt oplevet stress). STAI 1, 2 måler det generelle og aktuelle angstniveau og består af to spørgeskemaer med hver tyve næsten enslydende spørgsmål. På STAI 1 angives, hvordan man har det lige nu med hensyn til uro, træthed m.m. På STAI 2 angives, hvordan man har det generelt. Til hvert spørgsmål gives fire svarmuligheder, der scores fra 1-4, så scores ligger mellem 20 og 80 points. JAS er et spørgeskema, der traditionelt bruges inden for stressforskning. Det omfatter 65 spørgsmål, der belyser arbejdsbelastning, sygdomme, uddannelse, hvordan man vurderer sig selv i forhold til andre m.m. Det opgøres på fire skalaer og er mere detaljeret end STAI og VAS, men kræver normalt en længere interventionsperiode for at kunne vise en forandring.

Der blev anvendt et semistruktureret interview ved start og slutning af interventionen. Interviewet adresserede oplevelse af stress, forventninger til intervention og oplevelse af denne. Interviewet blev analyseret ved hjælp af Kvale (1997) og Edwards (1998) metodologi. Kvaless analysemetode sætter fokus på den pædagogiske proces og Edwards' på den terapeutiske proces og valideringen af behandlingseffekt.

De enkelte deltagers stressreaktioner blev kategoriseret i forhold til de syv modaliteter, som er beskrevet under multimodal terapi. Dette frembragte som nævnt en karakteristisk profil for den enkelte, som i starten dannede baggrund for interventionen.

I resultatafsnittet præsenteres de mest karakteristiske stressreaktioner inden for hver modalitet, den såkaldt vertikale, analyse samt den horisontale analyse, som viser variationen i rækkefølgen af modaliteterne, og som danner det enkelte individs stressmønster.

Resultater

Kvantitativ analyse

Følgende analyse er baseret på de 20 deltagere, der fik intervention. Gruppen kaldtes eutonigruppen. Gruppens scores blev bearbejdet i forholdet til kontrolgruppens 11 deltagere. Denne gruppe modtog ikke nogen intervention i de 3 måneders forløb.

Gennemsnitsalderen i eutonigruppen var 39,6 år (SD 12), den yngste var 25, og den ældste 68 år. Gennemsnitsalderen

i kontrolgruppen var 40,5 år (SD 10,4), yngste deltager var 28, og den ældste 61 år. I eutonigruppen havde alle en mellem-lang uddannelse (sygeplejerske, 3-4 år) på nær en, som gik ud af 10. klasse, og to, som havde en universitetsuddannelse. Alle i kontrolgruppen havde en mellem-lang uddannelse (3-4 år).

Gruppeundervisning og individuelle møder

Gennemsnitligt modtog hver deltager 3½ gruppelektion (max. 10 gange, min. 0 gange), hvilket svarer til ca. 5¼ time. To deltagere modtog aldrig gruppeundervisning på grund af vagttidspunkt.

Gennemsnitligt modtog hver deltager 5,2 individuelle møder (max. 9 gange, min. 2 gange), hvilket svarer til ca. 2,60 timer.

Resultater

Tabel 1 viser de opnåede resultater før/efter-STAI1 scores blandt de personer, som enten modtog eutoniundervisning eller anden undervisning. Ved hjælp af 2-sidede pairede t-test er det testet, hvorvidt ændringen i STAI1-scoren er signifikant. Med hensyn til kontrolgruppen er differencen klart insignifikant. Med hensyn til eutonigruppen er der et næsten signifikant fald i STAI1-scoren ($p=0.086$), såfremt der testes på 5 %-niveau.

Der var ikke nogen "missing data". Means, standard deviation, difference SEM, P-værdi er vist i Tabel 1 og 2 for resultater af STAI.

[Tabel 1]

[Tabel 2]

Af tabel 2 fremgår det, at der er et statistisk signifikant fald i STAI2-scoren ($p=0,012$) for den gruppe, som har modtaget eutoniundervisning. Dette er ikke tilfældet for kontrolgruppen ($p=0,545$). Antallet af "eutonimøder" var ikke af betydning for resultatet.

Der ses således et næsten signifikant fald i det aktuelle angstniveau målt ved STAI 1 samt et signifikant fald i generelt angstniveau målt ved STAI 2 for den gruppe, som modtager intervention.

Subjektive stress-skala

Resultater af VAS test viser signifikant fald i de subjektive stressoplevelser efter interventionen, hvorimod dette ikke kendetegner kontrolgruppen. Det er testet, hvorvidt efter-scores på den subjektive stress-skala er signifikant lavere end før-scores. Testene er foretaget ved hjælp af en non-parametrisk, marginal homogenitetstest, se tabel 3:

[Tabel 3]

Gennemsnit af VAS ved start: 7.05 +- 2,14, ved slut: 4,35+-2,11. Ved start og slut falder eutonigruppen 3,7 skalatrin, mens kontrolgruppen ikke flytter sig. Resultater af JAS var alt for varierede til at kunne bearbejdes i noget videre omfang.

Kvalitativ analyse fra første interview

Resultater fra analyse af interview 1

Tabelfordeling af stressreaktioner over de 7 modaliteter:

Opdeling i de syv modaliteter gør det nemmere at få en bredere oversigt over personens træk og tendenser og viser på mere nuanceret og dynamisk vis det enkelte individs unikke måde at opleve og håndtere stress. De mest fremtrædende karakteristika var:

[Tabel 4]

Tabel 4 viser resultatet af den vertikale analyse af det indledende interview. Her ses deltagernes stressreaktioner fordelt på de forskellige modaliteter. Tallene i parentes angiver, hvor mange deltagere der oplevede den enkelte stressreaktion. I tabel 5 vises resultatet af den vertikale analyse af interviewet efter interventionen. Heraf ses de forbedringer, deltagerne opnåede.

[Tabel 5]

Da deltagerne alle havde ens uddannelse og arbejdede med det samme, antog vi tentativt, at der måske vil være en ensartet profil, men analysen viste, at alle deltagere havde forskellige reaktionsmønstre under stress. Den førstnævnte modalitet er den, som udløser den kædereaktion, som påvirker og forstærker de følgende negative reaktioner. Alle modaliteter interagerer og bliver gensidigt påvirket af de negative reaktioner. Interaktionen bliver synlig, når reaktionerne i den ene modalitet præger andre modaliteter.

Kombinationer med de andre modaliteter var yderst varierede, fx "Sammensætning" af modaliteter hos nogle deltagere viser følgende mønstre:

En deltager udtrykte sine reaktionsmønstre i denne rækkefølge: Adfærd-interpersonel-biologi-følelser-selvbillerede-fornemmelse-tanker.

En anden deltagers mønstre var (også med adfærd som første modalitet): Adfærd-fornemmelse-interpersonel-tanker-selvbillerede-følelser-biologi

En deltager viste følgende sammensætning/sekvens af modaliteter: Fornemmelser-interpersonel-selvbillerede-følelser-tanker-adfærd-biologi.

Resultater af den kvalitative analyse af andet interview

Der var intet frafald hos deltagerne igennem hele forløbet. De samme strukturer blev analyseret i det andet interview. Alle deltog i individuelle møder. Færre deltog i gruppeundervisning.

Generelt var de beskrevne reaktioner mere handlingsorienterede. Deltagerne forholdt sig forskelligt til de samme stressorer.

Hvad betød interventionen for den enkelte deltager?

Analysen af interview to viser, at hver deltager gennemførte betydningsfulde kvalitative ændringer i deres tilværelse. Disse ændringer var bevidst planlagte. Alle afprøvede det, som enten blev drøftet, øvet eller aftalt under møderne. Deltagerne valgte selv at administrere, hvad der skulle laves om, hvornår og hvordan. Efter interventionen kunne deltagerne genoprette nogle af de afbrudte relationer. Der var dynamik og gang i udviklingsprocessen, selv om stresssymptomer stadig lurede (de eksisterende reaktionsmønstre forsvinder aldrig, de er neurologisk indprintet i nervecellerne) (Kandel, 1991, Wyke's seminar, 1979-1985). Det kunne aflæses, hvordan deltagerne var på vej til at genoprette deres kropsfornemmelse og deres rummelighed, samt at de forstod betydningen af disse oplevelser.

Modalitetens indhold: De forskellige reaktioner har tydeligvis fået en kvalitativ drejning, der er sket en ændring i retning fra klager og nederlag, utilfredshed og frustration, dvs. følelsesprægede udsagn, til for de flestes vedkommende aktion, refleksion, planlægning/prioritering, forståelse, fleksibilitet. Jeg mener, at de kan sætte sig i en andens sted, tankerne har en anden retning.

Det ser ud til, at deltagernes handlemuligheder blev udvidede og mere nuancerede. Det ser ud til, at de bevidst vælger deres handlinger med den konsekvente kontrol eller ansvar for resultater, der hjælper dem til ikke at "kaste sig hovedløst ud i de problemer", som en af deltagerne beskrev det, eller at reducere deres skyldfølelse.

Det er vigtigt at lægge mærke til de udsagnsformer, som bruges på tværs af modaliteter: "Jeg har lært noget, jeg kan bruge, jeg har fået indsigt i, jeg er mere bevidst om, jeg kan bedre styre, jeg har mere kontrol over ...".

Kravene fra omgivelserne er stort set ikke ændret. De er stadig udsat for det beskrevne "kroniske livspres". Arbejdsbyrden er den samme.

Oplevelsen af kroppens rummelighed blev det nye fokus for deres opmærksomhed og et anker for deres behov, valg, styring af dem selv eller situationer og deres relationer.

Der skete en udvikling i retning af:

Fra klager over manglende handling, hvor de orienterer sig efter en på forhånd defineret løsning, går deres udvikling i retning af bevidst handling.

Fra tidskrav og pligt til oplevelse af kroppen, rummet, ro og indsigt.

Fra mangel på kontrol til beskrivelse af, at de har mere styr på deres tanker, på situationer. Nogle har genoprettet en rolig nattesøvn, andre har styr på at lindre smerte eller rydder op i tankerne.

Deres ego – engagement er stadig højt i forhold til deres arbejde, og nu virker deres coping-strategier mere tilfredsstillende specielt over for de konfliktvækkende situationer

I forbindelse med selvaktualisering, om at forstå mennesket i kontinuerlig udvikling, mener nogle, at de stadig har spændinger, men at de er på vej. For forfatterne at se har de nu forventninger til fremtiden og er ikke bange for at opleve nogle ændringer. Ændringer virker ikke truende.

Fra at holde sig til strenge principper udvikler de sig hen imod åbenhed, dvs. at kunne se den andens situation, forstå den anden og at kunne tåle den angst, som den konstante udvikling kunne vække. Fx "Jeg har stadig spændinger, men jeg føler, at jeg er på vej".

Strukturflexibilitet viser, at de nu kan genoprette deres fleksibilitet. Derved kan de håndtere konfliktsituationer mere alsidigt og ikke kun se situationen fra deres egen synsvinkel, men kan også medinddrage den andens synsvinkel i deres opfattelse af situationen.

Det kan ses, hvad interventionen betød for det enkelte livsforløb.

Omverdenens krav er muligvis de samme, men personens oplevelse er ændret, og måden, hun håndterer de belastende situationer på, er anderledes nu.

Det ser ud til, at de handler mere i kongruens med deres værdier og ønsker.

Angående fravær og sygemelding fortalte to deltagere, at de havde haft færre sygedage i perioden mellem januar og maj 1998. En deltager havde flere sygemeldinger i den samme periode, end hun ellers plejede at have. Hun fik en forståelse af at sætte grænser og ikke tage på arbejde, når hun havde det dårligt, uden at få dårlig samvittighed over det.

Det fremgår, at nogle tilegnede sig nye færdigheder, mens andre lærte at bremse op eller hæmme uønskede reaktioner. Generelt viste det sig, at deltagerne var blevet mere bevidste om deres reaktioner og udviste mere kontrol over deres tanker. I alle modaliteter gives der udtryk for, at der er mere fleksibilitet i tankeprocesserne og handlingerne. Deltagerne er i stand til at beskrive de strategier, som de brugte til at

standse op, som følger: At mærke deres krop, kropsgennemgang, fordele opgaver i kroppen, give opgaven en "kase". Argumenter for "at have det bedre" lyder som følger: Jeg er blevet mere fleksibel i mine indre krav, jeg giver mig selv lov. Det at have kontrol over dårlig samvittighed bliver i al almindelighed ikke længere omtalt i deltagernes beretninger.

Sammenfatning

Ifølge resultaterne kan det konkluderes, at deltagernes angstniveau og niveau af oplevet stress blev reduceret signifikant hos den gruppe, der modtog intervention, både i form af eutoni og multimodal terapi. Der sås ikke signifikante fald af de ovennævnte scores i kontrolgruppen. Disse resultater ligger til grund for en foreløbig konklusion om, at intervention med en kombination af eutoni og multimodal terapi kan have en positiv effekt i aflastning af stress.

Resultater af den kvalitative analyse fører til dybere forståelse og refleksion over menneskers oplevelse af stressprocessen og dens betydning og konsekvens for menneskets liv. Resultaterne af interviewene viser, at de i løbet af de tre måneder har fået nogle brugbare værktøjer og dette på trods af ganske få individuelle møder af en halv times varighed, højst tre kvarter. Mange fik indsigt i deres situation eller handlinger og blev i stand til at tackle de vanskelige situationer mere tilfredsstillende eller at bevare kontrol over situationen.

Forfatterne giver speciel plads til de kropslige reaktioner (der er beskrevet i modaliteterne fornemmelsen, biologi og suppleret i adfærd og selv billede), fordi den grundlæggende tilgang er eutoni-pædagogik, som udvider personens bevidsthed om dennes (psykiske og) fysiske funktioner.

Konklusion

Undersøgelsens resultater er lovende i forhold til problemstillingen. Med forbehold for deltagerantallets størrelse og den manglende randomisering peger kvantitative og kvalitative data i retning af, at interventionen har haft den ønskede effekt, og dermed, at kombinationen af multimodal terapi og eutoni er virksomme i behandling af stress.

På den visuelle skala ses en signifikant sænkning af stressniveau i forhold til kontrolgruppen i løbet af behandlingens periode. Desuden ses signifikant fald af selvrapporteret angstniveau.

Det kvalitative interview viser en ændring af deltagernes coping i forhold til stress. Således viser interviewene ved behandlingens start og slut, at deltagerne oplever en højere grad af kontrol og mestring i forhold til stress. De er blevet bedre til at "være" i situationen, har en bedre tidsfornemmelse og er bedre til at tage ansvar og træffe beslutninger.

Perspektivering

Sammenlignet med andre undersøgelser af stressbehandling ses det, at der her er givet minimal intervention, hvilket gør den mere overkommelig i forhold til en stresset situation. Den er desuden givet tæt på den stressfremkaldende situation – her arbejdet – hvilket også betød, at det var mere overkommeligt at deltage i forsøget. Derudover var problemerne var tæt på, ny erhvervede færdigheder kunne let afprøves, og indlært viden huskes bedst i den kontekst, den indlæres i.

Man kan diskutere, hvorfor der ses effekt på trods af den korte intervention. Det, der er anderledes i forhold til de andre kropsinterventioner, er, at de enten har været meget aerobic-prægede eller fokuserede på afslapning. Således fokuseres eutoni-interventionen på en generel øget bevidsthed om kroppens rum og giver måske derved en højere form for kropsfornemmelse og dermed større grad af frihed til at vælge, hvad kroppen har behov for (styrkepræget aktivitet, konditionsgivende aktivitet, bevægelse eller afslapning), frem for kun at have lært et redskab.

Hvad angår valget af kvantitative test, kan vi sige, at Jenkins nok kun skal bruges ved længerevarende intervention, og at man måske burde undgå inddelinger af den visuelle skala VAS for at modvirke en menneskelig tendens til at placere krydset lidt over midten. Senere har det vist sig, at der er andre udenlandske test, som kunne være gode at bruge (som fx Bandura 1989, Situational Confidence Questionnaire, SCQ; Antonovsky 1987, Sense of Coherence Scale; Peacock et al.1990, Stress Appraisal Measure; Moos et al.1990, Coping Response Inventory). Problemet er dog manglende danske normer.

Validiteten af den kvalitative modalitetsprofil vil kunne øges ved at supplere den indledende undersøgelse med en illustration, som er en udvidelse af det modalitetsinterview, som blev administreret. Praktisk set var den multimodale strukturering af stressreaktionerne en fordel for både terapeut og deltager og en praktisk måde at højne deres selvbevidsthed på. Den stiller høje krav til terapeuten om at være parat til omstillinger og tage udgangspunkt i deltagerens behov.

Berta Vishnivetz er cand.psych. og ph.d.

Henriette Aaby Jensen, cand.psych.

Litteraturliste:

Alexander, G. 1977. *Le Corps Retrouvé par L'Eutonie*. Tchou, France.

Antonovsky, A. 1987. *Unravelling the Mystery of Health*. San Francisco Jossey-Bass Publishers.

Bandura, A., Cioffi, D., Barrtaylor, C., Brouillard, M. 1988. Perceived Self-Efficacy in Coping with Cognitive Stressors and Opioid Activation. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988, Vol. 55, No. 3, pp. 429-488.

- Cox, T. 1978. *Stress*. Macmillan Press Ltd.
- Cox, T. & Mackay C. 1985. The Nature and Measurement of Stress. *Ergonomics*, vol 28 No.8, 1155-1163.
- Craigie, F.C. 1992. Evaluation and Six Year Follow-up of a Community-based Christian cognitive-behavioral Stress Management Program. *Journal of Psychology and Christianity*. Fall vol.11(3) p.269-276.
- Edwards D.J.A.: Types of case Study Work: A Conceptual Framework for Case Based Research. In *Journal of Humanistic Psychology* vol.38 No. 3 summer 1998 Sage Publ.
- Elsass, P. 1992. *Sundhedspsykologi*. Gyldendal, København.
- Folkman, S.1984: Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1984 vol 46 Nr. 4, pp. 839-852.
- Folkman, S.; Lazarus R.; Dunkel-Schetter, C; De Longis, A; Gruen, R: Dynamics of a Stressful encounter: cognitive Appraisal, coping and Encounter outcomes. *Journal of personality and Social Psychology*, 1986 vol 50 No. 5, pp.992- 1003
- Frankenhauser, M. 1981. Coping with Job Stress- A Psychobiologic Approach. *Working Life* s. 213-231. Red. Gardell & Johanson G.. Wiley.
- Goleman, D. 1995. *Emotional Intelligence*. Bantam. N.Y., USA.
- Kandel E., Schwartz J., Jessel Th., 1991 *Principles of Neural Sciences*. Prentice Hall International Inc. USA.
- Kendall, P.C.; Ford, J.D. 1988. Manejo cognoscitivo comportamental del Stress como Estrategia en Medicina Conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*; vol.20(1) p.55-70.
- Kvale, S. 1997. Interview. Hans Reitzel F., Kbh..
- Lazarus, A. 1976. *Multimodal Behavior therapy*. New York. Springer
- Lazarus, A. 1976: *Multimodal Behavior therapy*. New York. Springer.
- Lazarus, A.: *The Practice of Multimodal Therapy*. Baltimore, MD 1989. The John Hopkins University Press.
- Lazarus, R.S. 1991. *Emotion and Adaptation*. Oxford Univ. Press, USA.
- Levi, L. 1972. Stress and Distress in Responses to Psychosocial Stimuli. *Acta Medica Scandinavica*.
- Long, B.C. 1993. Aerobic Conditioning (jogging) and Stress Inoculation Interventions. *Special Issue: International Journal of Sport and Psychology*; Apr.-Jun. vol.24(2) p.94-109.
- Moos R. and Schaefer. 1993. Resources and Process; Current Concepts and Measures. Ed. Goldberger L. and Berznik, ch. 13, pp. 243-257.
- Mirdal-Gretty, M. 1993. *Psykosomatik*. Munksgaard, København.
- Nielsen, Thomas. 1994. *Psyke og Cancer*. Dansk psykologisk Forlag, København.
- Oliver, R.; Bock, F.A. 1990. Alleviating the Distress of Caregivers of Alzheimer's disease patients. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy*; Spr. vol.8(19) p.53-69.
- Palmer, S. & Dryden, W. 1995. *Counselling for Stress Problems*. Sage Publ., London.
- Pretzer, J.L.; Beck., A.; Newman, C.F. 1989. Stress and Stress Management. *Journal of Cognitive Psychotherapy*; Fal vol.3(3) p.163-179.
- Selye, H. History of Stress Concept. In *Handbook of Stress*, ed. Godlberger L. and Breznik S.ch.2, pp.7-20.
- Shinn, M., Rosario, M., Mørch, H., Chestnut, D. 1984. Coping with Job Stress and Burn Out in the Human Services. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984 Vol. 46, No. 4, pp. 864-876.
- Zachariae R. 1995. Foredrag fra Kongressen i Psykosomatik i Israel.

Resumé

Artiklen bygger på en gennemført intervention for stressaftagning og forebyggelse for sygeplejersker på et hospital i H:S-området. Der blev anvendt en ny kombination af to behandlingsmetoder: Eutoni (psykofysisk pædagogik) og multimodal terapi.

Der deltog 20 i eutonigruppen og 11 i kontrolgruppen, alle fortrinsvis sygeplejersker og alle arbejdsaktive under forløbet. Interventionsperioden varede 3 måneder, hvor deltagerne modtog gruppeundervisning i eutoni af 1½ times varighed om ugen og individuelle møder af ca. ½ times varighed om ugen. Der anvendtes enten eutoni eller multimodal terapi, alt efter deltagerens behov.

Data blev indsamlet ved test: State-Trait Anxiety Inventory (STAI) og Jenkins Activity Survey (JAS) og Subjektiv Stress Skala (VAS) til den kvantitative del plus semistrukturerede interview i starten og i slutningen af processen til den kvalitative bearbejdelse.

Resultater viser kvantitative, signifikante forskelle på STAI og VAS før og efter interventionen.

Den kvalitative analyse tog udgangspunkt i en fænomenologisk-eksistentiel teoretisk tilgang. Denne peger på de aspekter af deltagerens dagligliv, personlighed og sociale situation, der blev forbedret. Ligeledes peger den kvalitative analyse på de ressourcer, deltagerne udviklede, og som derved satte dem i stand til bedre at håndtere stressfremkaldende situationer. Gennem en teoretisk refleksion og praktisk bearbejdelse blev stress sat i et nyt perspektiv, og stressmanagement blev i langt højere grad muliggjort i daglige aktiviteter.