

Psykomotorisk fysioterapi – en praksis i bevegelse

Festskrift til Gudrun Øvreberg

Redaktører:

Nina Tvedten og Alette Ottesen

Redaksjonskomite:

Berit Ianssen Alette Ottesen Eli Rongved Kari Steinsvik Nina Tvedten

*ISM skriftserie
blir utgitt av Institutt for samfunnsmedisin,
UiT Norges arktiske universitet.*

*Forfatterne er selv ansvarlige for sine funn og
konklusjoner. Innholdet er derfor ikke uttrykk
for ISM's syn.*

*The opinions expressed in this publication are those
of the authors and do not necessarily reflect the
official policy of the institutions supporting this research.*

ISBN -13: 978 - 82 - 90263 - 93 - 0
2016



Gudrun slik mange av oss husker henne
på instituttet i Harstad

(Foto: Privat)

KJÆRE GUDRUN,

Gratulerer med 80-årsdagen på nyttårsaften!

Du er fortsatt i bevegelse – på mange måter og bokstavelig talt - til fots, på ski og på sykkel. I høst har du også beveget deg fra ditt kjære hjem i Heggen-veien til nybygd leilighet ved kanten av Vågsfjorden på Trondenes i Harstad. Livet er bevegelse og det er omstillinger hele veien. Nettopp bevegelse og omstilling er sentrale begrep i psykomotorisk fysioterapi - og utgangspunktet for arbeidet ditt i en lang, klinisk yrkeskarriere.

Psykomotorisk fysioterapi som forståelse og metode, representerte for flere av oss en ny verden innen fysioterapifaget – en verden vi møtte gjennom fysioterapeutforbundets kurs og i hospitantpraksis ved ditt institutt i Harstad. Vi var mange som dro til deg for å lære. Så vidt vi vet har i hvert fall 35 fysioterapeuter hospitert på ditt institutt i Harstad.

Vi i redaksjonskomiteen for dette festskriftet gikk inn portrommet og opp trappene på instituttet i «gågata» - Rikard Kaarbøs- gate - i ulike perioder fra tidlig i 1980-årene. Noen av oss kom dit til undervisning, veiledning og klinikker, mens andre av oss arbeidet side om side med deg over noe tid og i mange år. Da vi startet med videreutdanningen, var vi unge, uerfarne og fulle av spørsmål. Du var opptatt av alt vi kunne og ga oss full tillit fra første dag. «Nå er det learning by doing», sa du – og videre: «Ikke glem at dere er fysioterapeuter».

Vi som arbeidet på instituttet hadde alltid mulighet til å spørre deg og være med deg inn i behandlingsrommet - og du var med oss. På kveldstid var det ofte undervisning. Da la vi fram kasuistikker – noen ganger med pasienter til stede. Vi diskuterte fag og vi øvde håndverket på hverandre. I en periode kom Tom Andersen, daværende professor i sosialpsykiatri ved Universitetet i Tromsø, til instituttet hver måned. Da var det samling, gjerne i reflekterende team med en pasient som var i behandling hos en av oss hospitantene. Vi snakket *med* pasienten og ikke *om*, og vi tematiserte og øvde på å møte pasientene der de var – både med hensyn til hva de ville prate om og hva kroppen deres uttrykte. Dette har vi tatt med oss videre i vår praksis.

Bevegelsesgrupper, *Trim og avspenning* som de ble kalt, var en sentral del av tilbudet ved Øvrebergs Fysikalske Institutt og det var en selvfølge at vi som hospiterte skulle

ha slike grupper. Det var bare å kaste seg utpå og gjøre som best vi kunne. Du gav oss frihet til å gjøre det på vår måte, men vi kan vel ikke si annet enn at vi innledningsvis kopierte deg etter beste evne. Det var på et vis trygt – og nødvendig. Etter hvert har vi kunnet finne vår form og gjort bevegelsesmaterialet i psykomotorisk fysioterapi til vårt eget. Men sporene etter deg som var vår mester i utdanningen, er nok ikke vanskelig å få øye på den dag i dag i bevegelsesgruppene våre. Og Polkadots and Moonbeams spilles enda....

Vi tror du har bidratt til å styrke vårt mot til selv å tørre å vise hva vi gjør – både overfor kollegaer og ikke minst samarbeidspartnere. Du inviterte samarbeidende leger inn i behandlingsrommet. Kunne de se og kjenne det du kjente og så? Kunne de få et utvidet blick på pasientene de henviste, og som de skulle følge videre i sin fastlegepraksis? Slik du har delt praksiserfaringer har vært betydningsfullt - både som undervisning og i samarbeidet rundt pasienter. Sårbarheten i å vise hva vi gjør, kan vi alle merke. Det er dessuten mange faglige og etiske hensyn å ta – som i all fysioterapeutisk fagutøvelse.

Du var aktiv kursleder i Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) i en årrekke og underviste også medisinerstudenter i Tromsø – et såkalt «muskelkurs» over tre dager. Studentene var mange. Du «dro oss med» og vi deltok i gruppene med studenter som øvde på hverandre. De skulle lære å se på holdning og pustemønster og palpere muskulatur. Vi lærte mye selv og har senere møtt mange av legene utdannet i denne perioden i Tromsø. På NFF-kursene fikk vi også være med som hospitanter. Vi opplevde alltid at vi var ønsket med, selv om vi kanskje ikke hadde så mye faglig å bidra med de første årene.

Praksis og arbeid med pasienter samt veiledning og undervisning, har vært i sentrum i hele din yrkeskarriere. For dette har du fått kongens fortjenestemedalje og du er også utnevnt til æresmedlem av NFF's faggruppe for psykomotorisk fysioterapi. I en alder av snart 80 år, har du fremdeles lisensen din som fysioterapeut og tar i mot pasienter til psykomotorisk fysioterapi.

Når det gjelder foredragsvirksomhet, synes den faktisk økende. Forespørslene du får, favner bredt og det virker like interessant for deg å undervise i Prostata-foreningen, for sanitetskvinnene på Andørja eller for fysioterapeuter på Universitetet. Du «treffer» tilhørerne og berører dem på den måten du snakker om kropp, bevegelse og helse.

Senest i september i år ble Alette stoppet på gata i Lillehammer av en familieterapeut. Hun hadde vært på en landskonferanse for familieterapeuter i Harstad og spurte: «Kjenner du til Gudrun Øvreberg?». Du hadde holdt et foredrag og «koplet på» den levende kroppen fortalte hun. Familieterapeuten beskrev det som en sjelsettende opplevelse. Hun var berørt og ble minnet om noe så – tilsynelatende selvfølgelig - som sine egne følsomme bevegelser, på kroppslige vaner, stivheter og muligheter.

For deg – som for oss – er faget og livet knyttet tett sammen. Kropp og liv, bevegelse, stabilitet og omstilling angår oss alle – hele tiden. Derfor har du også vært mer enn en lærer for oss Gudrun. Du har hatt stor betydning for hvordan vi selv forstår og lever våre liv. Det har vi takket deg for mang en gang – og gjør det igjen!

Desember 2016

Berit Ianssen Alette Ottesen Eli Rongved Kari Steinsvik Nina Tvedten

TABULA GRATULATORIA

Forouz Abazari

Birgitte Ahlsen

Christel Almnes

Tor Kåre Andersen

Bodil Anderson

Mildri Urke Andreassen

Sidsel Arnesen

Bente Lise Austad

Aud Irene Aunvold

Ingvild van der Beld

Randi Bentzen

Margit Berg

Julie Berger

Unni Bilden

Ellinor Bjerkholt

Eva Bjurhult

Stine Kvammen Bjørlykhaug

Elisabeth Bjørnland

Line Bjørnås

Inger Borhaven

Lisbeth Borelly

Kate Brandal

Lise Brauten

Linda Bremseth

Ingrid Norendal Braathen

Berit Heir Bunkan

Kari Irene H. Busvold

Tom Christensen

Emilie Hagelsteen Dalelid

Marit Danielsen

Tove Dragesund

Harald Dramsdahl

Birgitte Drogseth

Sissel Dyrkorn

Cathrine Egeness

Aud Egge

Kirsten Ekerholt

Aase Drabløs Eklund

Kirsti Elgvin

Jostein Ellingsen

Hilde Engebretsen

Henny Enger

Liv Marit Enoksen

Sten R. Fagerberg

Kari Farsjø

Ylva Fernros

Heidi Ann Fiske

Ruth Fjose

Lene Hubak Fleischer

Eli Flydahl

Jane Gabrielsen
Line Giske
Helene Giskeødegård
Bente Aarskog Gjestad
Anne Gretland
Nada Zafran Groh
Bård Hallaråker Grov

Einar Hafsaahl
Stein Kvaal Hageberg
Bernt Halvorsen
Maren Johanne Lundskog Halvorsen
Laila Solum Hansen
Tove Hansen
Ingeborg Hanssen
Harriet Harrysson
Anette Hartmann
Kari Randen Hatløy
Gro Sannæs Hauger
Nils Harald Haugli
Aggi Heen
Anne-Mette Heide
Jorunn Almaas Helgesen
Aud Hellesnes
Nina Elisabet Henriksen
Sigrid Hensrud
Inger Anita Herheim
Tove Ystgaard Hjulstad
Kjersti Eir Holand
Anne Margrethe Holmboe
Aud Holmboe

Jens Harald Holmboe
Svein Holmås
Bente Stangnes Holmquist
Magrit Kvisler Holsten
Sidsel Hopstock
Tina Hostrup
Hanne Højbak-Nielsen
Tina Hundstad
Henriette Huus
Karin Bråthen Hvattum
Kårhild Ås Hvidsten

Berit Ianssen
Renate Ingebrigtsen
Inger Birgitta Ingvaldsen
Turid Elise Iversen

Elsbeth Jacobs
Merete Jessen
Sidsel Jacobsen
Jahn Gustav Johansen
Monica Johansen
Ragnhild Johnsgård
Hilde Jorem

Sissi Karlstrøm
Mona Lønning Kjos
Britt Tove Klevmo
Målfrid Klingenberg
Marta Knutsen
Solveig Kobro

Liv Kolby

Brit Kongsrud

Morten Kristensen

Linda Dreiem Kvamme

Ingar Kvebæk

Synnøve Kåresen

Kristin Larssen

Inger Leivdal

Jorunn Lien

Linda Aarøen Lien

Maren Mørch Lind

Kathe Lindbach

Helene Magnus

Berit Lunde Malde

Anne Cecilie Mathiesen

Karen Marie Mathismoen

Bram van der Mee

Anne Marit Mengshoel

Siri Munkvold

Aase Irene Remen Myklebust

Kristin Sør Dahl Myklestad

Kristine Myksvoll

Else Mølbach

Tine Møller

Ester Mølstad

Astrid Mørch

Elisabeth Møyner

Kari Nedgård

Hildegunn Nyre

Turid Bondhus Often

Åsne Oma

Bjørn Erik Opaas

Alette Ottesen

Sigrid Karine Paulsen

Merete Pihl

Anne Presthus

Ilse de Raad

Kia T. Randen

Gunnhild Skjeggstad Rangnes

Ellen Raugstad

Ingvild Raustøl

Eli Refsnes

Inger Reinholtsen

Kirsten Rogg

Eli Rongved

Hjørdis Ross

Ida Rump

Elisabeth Rygge

Tina Skot-Hansen

Mette Schrøder-Nielsen

Ina Solberg

Merete Sparre

Karen van der Starre

Kari Steinsvik

Grete Stokkenes

Kristin Storm

Hilde Storm-Hansen

Eva Sundsvold

Liv Svendsen

Randi Sviland

Karen Margrethe Sæbø

Lars Sætre

Anne Berit Wang

Marit Weideborg

Gjertrud Welde

Anne Øien

Aud-Marie Øien

Turid Øverli

Gro A. Øyehaug

Ingvild Teigen

Maria Lilja Thomessen

Bente Thon

Eline Thornquist

Monica Leine Tokheim

Elna Marie Tonheim

Mariann Toppol

Kari Toreskaas

Unn Torgersen

Eva-Sissel Torsvik

Nina Tvedten

Kirsten Tveter

Kari Tybring-Petersen

Merete Tønder

Torunn Aaberge

Astrid Aalvik

Liv Aartun

Sissel Aasegaard

Anne-Lise Vangen

Inger Vetlesen

Borghild Johanne Viem

Rolf Vik

Snorre Vikdal

Kirsti Voldhaug

Hanne Kristine Voll



(Foto: Heidi Johnsen,
Fysioterapeuten nr 10/2011)

INNHOOLD

Kjære Gudrun

Berit Ianssen, Alette Ottesen, Eli Rongved, Kari Steinsvik, Nina Tvedten	1
Tabula Gratulatoria	4
Innledning	
Nina Tvedten og Alette Ottesen.....	13
Kan du høre kroppen hviske?	
Ellinor Bjerkholt	16
Respirasjonen er ledetråd i psykomotorisk fysioterapi	
Berit Bunkan	25
Pasienterfaringer med psykomotorisk fysioterapi	
Kirsten Ekerholt.....	35
Når pasienten er utrygg	
Generelle betraktninger og en pasientbeskrivelse	
Einar Hafsahl	47
Gutt med spenningsplager - en fortelling om et barn i psykomotorisk fysioterapi	
Ingeborg Hanssen.....	57
Egne erfaringer og praksis	
Berit Ianssen	63
Positivismideologi og kroppens kompetanse	
Ingar Kvebæk.....	72
Psykomotorisk fysioterapi	
– også på nevrologisk avdeling	
Synnøve Kåresen.....	82
Psykomotorisk fysioterapi på lukket psykiatrisk avdeling – våre erfaringer	
Kristine Myksvoll og Ellen Raugstad	88
Det terapeutiske samspill – en utfordrende balansegang	
Elisabeth Møyner.....	95
Å forstå og håndtere kroppen	
Psykomotorisk fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom	
Alette Ottesen og Gro Askland Øyehaug	105

Trimmen	
En praktisk beskrivelse av bevegelsesgrupper for pasienter og ikke-pasienter	
Eli Rongved	114
Refleksjon over håndverk som kunnskapsform	
Kari Steinsvik.....	124
Psykomotorisk fysioterapi og spiseforstyrrelser	
Kristin Storm	133
Mellom sansning og forståelse – tydningens betydning i psykomotorisk fysioterapi	
Randi Sviland	139
Utviklingstrekk og utfordringer for fysioterapi som profesjon	
Eline Thornquist	150
Fysioterapeuters bevegelsespraksis - hva slags deltakelse inviterer vi til?	
Nina Tvedten	162
Å skape nye bevegelsesvaner	
Aud Marie Øyen.....	170
Fingerspitzgefühl	
Observasjon og erfaring som kilde til kunnen og kunnskap om anspenhet og frigjøring av respirasjon	
Tom Christensen	181
Samarbeid mellom barnelege og fysioterapeut	
Harald Dramsdahl.....	191
Psykomotorisk fysioterapi i en lungemedisinsk hverdag	
Nada Zafran Groh og Jens Harald Holmboe	193
Allmenmedisinsk praksis- med øye for hele kroppen	
Sigrud Hensrud	199
TAKK!	204

INNLEDNING

Med dette festskriftet, *Psykomotorisk fysioterapi – en praksis i bevegelse*, ønsker vi å markere Gudrun Øvreberg sin 80-årsdag. Festskriftet er arbeidet fram for å hylle og takke henne for alt hun har betydd, og for alt hun har delt av sin kunnskap i klinikk, undervisning og formidling av psykomotorisk fysioterapi. Det har samtidig vært en anledning til å skrive og formidle fagtekster, og en mulighet til å synliggjøre og forhåpentligvis videreutvikle det særegne ved vår kunnskap om bevegelse, kropp, funksjon og helse.

Et festskrift kan være en samling fagtekster eller det kan være en bok om den som fyller år. Vi valgte den første varianten og inviterte til å skrive rene fagtekster. Tekster som skulle handle om psykomotorisk fysioterapi og ikke om Gudrun, eller være fylt av hilsener til henne. Slik vi kjenner Gudrun, er det i tråd med hennes ønske om oppmerksomhet på faget. Det er dessuten av betydning for fagets framtid at det ikke knyttes til enkeltpersoner. I legenes tekster har vi likevel gitt rom for en mer personlig vinkling. De som har skrevet disse tekstene er invitert til å skrive på bakgrunn av at de har hatt et tett og årelangt samarbeid med Gudrun. Det var naturlig at det fikk prege deres tekster.

Utdanningen i psykomotorisk fysioterapi/psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi har utviklet seg fra mester-svenn læring til at det i dag er en videreutdanning på Høgskolen i Oslo og Akershus og et masterstudium ved Universitetet i Tromsø- Norges arktiske universitet. Det er en nødvendig utvikling der teoretiske perspektiver og nye stemmer og hender kan oppfylle kravene i dagens utdanningssystem. Vekting av teori versus praksis diskuteres i mange sammenhenger. Faget vårt trenger begge deler. Men – hva er god teori og hva er god praksis når det gjelder psykomotorisk fysioterapi?

Faget vårt – *om bevegelse* - er og må være *i bevegelse*. Fag og fagutvikling bør til en hver tid være gjenstand for diskusjon og refleksjon. Det er mange spørsmål som kan løftes fram: Hvilke vilkår har psykomotorisk fysioterapi for å utvikle seg og hvilken retning ønsker vi å styre mot? Hvilken grunnlagsforståelse bygger vi praksis på? Og – hvilke pasienter skal prioriteres til psykomotorisk fysioterapi i et presset helsevesen?

Festskriftets tilblivelse

Våren 2015 gikk ideen om å lage et festskrift til Gudruns 80-årsdag fra sør til nord der Gudrun har praktisert mesteparten av sitt lange yrkesliv. Det var naturlig å utgi festskriftet ved Universitetet i Tromsø (UiT) hvor Gudrun har undervist medisinstudenter og videreutdannings-/masterstudenter i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Hennes samarbeid med psykiater Tom Andersen som arbeidet ved Institutt for samfunnsmedisin (ISM), resulterte i mer enn 30 års undervisning av medisinstudenter. Gudrun sin praksisnære undervisning gjorde inntrykk på studentene og de kjente på egen kropp hva psykomotorisk fysioterapi handler om. Når vi i dag møter dem som erfarne leger, har flere fortalt at muskelkurset fikk betydning for deres lege-praksis og noen refererer til hva Gudrun sa om kroppen deres den gang de var unge medisinstudenter. Det sier noe om styrken, på godt og vondt, i at noen ser og setter ord på det de mener å vite om kroppene våre. Her berører vi kanskje grunnlagstenkning og et spenningsfelt i faget vårt. Hva kan vi fysioterapeuter vite om andres kropp og hva er det hver og en vet best selv?

Vi var glade og takknemlige for UiT/ISM sin positive respons på henvendelsen om å gi ut et festskrift til Gudrun, og begynte å tenke på veien videre. Da meldte det seg et behov for å få med flere til å bidra med retning og rammer for det videre arbeidet. Vi henvendte oss derfor til tre kollegaer vi ønsket å samarbeide med; Berit Ianssen, Eli Rongved og Kari Steinsvik og sammen dannet vi en redaksjonskomite. I desember 2015 hadde komiteen sitt første møte i Oslo.

Når det gjelder invitasjonen til å skrive, gikk vi bredt ut. Vi ønsket oss både nye og erfarne stemmer; de som er vant til å skrive og de som kunne ha lyst til å skrive. Fortrinnsvis henvendte vi oss til kollegaer i fagfeltet, samt noen leger Gudrun har samarbeidet tett med. De som ble spurt kunne selv velge den tekstformen som passet dem best. Vi ønsket å gi rom for denne bredden, men satte noen rammer for form og innhold. Gudrun har alltid framholdt praksis som helt sentralt i fagutøvelse og fagutvikling. Med det som utgangspunkt skrev vi i invitasjonen: «Psykomotorisk praksis og fagutvikling står som en tematisk ramme for festskriftet. Det innebærer å belyse og reflektere over hva vi gjør, ser og tenker - fundert i psykomotorisk fysioterapi – gjerne fra flere ståsted». Mange meldte tilbake at de kunne tenke seg å bidra, og leverte en skisse på hva de ønsket å skrive om.

Det er selvfølgelig gjort vurderinger og valg underveis. Mange diskusjoner og mye tid har redaksjonskomiteen brukt på tilbakemeldinger og korrekturlesing. For oss har det vært interessant å få ta del i de ulike stemmene til bidragsyterne, og å se hvordan tekstene har utviklet seg underveis i prosessen. Mye hyggelig kontakt har vi også hatt med bidragsyterne! Arbeidet har vært vitaliserende og krevende. Vi har hatt mange fruktbare fagdiskusjoner innad i komiteen, og samvær og felleskap rundt denne oppgaven har vært berikende for oss. En stor takk til dere i redaksjonskomiteen!

Gerd Furumo som har vært vår primære kontakt og støtte ved ISM, har hjulpet oss i våre diskusjoner rundt hvilke krav vi skulle sette til tekstene. «I et festskrift bør man være raus», sa hun. I tråd med dette er den enkelte tekst hver forfatters eget ansvar. Tekster om faget er også et personlig uttrykk med individuelle stemmer som vi har ønsket å respektere og videreformidle.

Tekstene er tidligere upubliserte og presenteres i festskriftet i alfabetisk rekkefølge etter forfatterens etternavn. Først kommer alle fysioterapeutenes tekster, og til slutt legene sine tekster samlet i en egen bolk. Vi håper festskriftet kan være berikende å lese, og at det kan inspirere til refleksjon både over praksis og teorigrunnlag i psykomotorisk fysioterapi.

Tusen, tusen takk til alle bidragsytere!

Nina Tvedten og Alette Ottesen

KAN DU HØRE KROPPEN HVISKE?

Ellinor Bjerkholt

Kroppens rop og hvisking

Skal vi lytte til kroppen? «Nei,» svarer de som mener at å lytte til kroppen betyr å fokusere på symptomer, «det kan føre til engstelse, hemmet livsutfoldelse og hyperkondri». Og det er kanskje ikke så rart at det å lytte til kroppen for en del betyr å fokusere på symptomer? Smerte, som muligens er det vanligste symptomet, krever full oppmerksomhet (1). Siden smerte i utgangspunktet handler om å varsle om vevsødeleggelse, eller fare for vevsødeleggelse, er smerten slik at vi ikke skal kunne overhøre den. Jeg kaller smerte og andre påtrengende symptomer som utmattelse, kvalme og svimmelhet «kroppens roping». Det vi ikke kan overhøre. Og kanskje er det derfor at symptomer og plager er det vi lettest tenker på når vi snakker om å lytte til kroppen- fordi det er disse vi «hører» best.

Samtidig er det så mye mer vi kan kjenne i kroppen. Den roper ikke bare, men snakker gjennom oss på stillere vis. Pusten og bevegelsene taler mer forsiktig, men har noe å si oss. Jeg tenker at jeg gleder meg til en hendelse, så hvorfor går jeg dit med tunge skritt? Jeg sier: «Ja, det går fint. Det kan jeg gjøre», men jeg krøller tærne nedi skoene. Jeg mener jeg klarer meg fint alene, men når jeg blir møtt av venninna mi som lytter til meg, så kjenner jeg tårer i øynene. Det kommer noen lange utpust og skuldrene ramler ned. Så godt det var å bli møtt med forståelse og medfølelse! Så godt i kroppen!

Jeg har bevegelsesbasert gruppeterapi ved Coperiosenterets dagrehabilitering for sammensatte plager. Pasientene jeg møter der hører mest av smerter og/eller utmattelse når de lytter til kroppen. Når smerter og utmattelse roper høyt, kan det bli vanskelig å høre de mer forsiktige signalene fra kroppen. For noen kan det ha startet der. De har lært å ikke tillate seg å lytte til det jeg kaller «kroppens hvisking»; til egne behov, ønsker og grenser (2). Kroppen snakker da gradvis høyere for at nødvendige behov skal bli hørt (3). For andre kan det ha startet med sykdom som med sine symptomer har gitt så mye roping at hviskingen blir overdøvet. I det følgende vil jeg

beskrive noe av det vi gjør i bevegelsesgrupper for å gjenoppdage kroppens hvisking. Beskrivelser fra bevegelsesgruppa er satt i kursiv, mens mine tanker og refleksjoner rundt det vi gjør og teori som dette hviler, på kommer i mellom – i vanlig skrift.

Å lytte til «krise-grensa» og «go´grensa»

«Nå reiser vi oss», sier jeg før jeg stiger opp av stolen. Så strekker jeg armene og vrir på nakken. Deltakerne på rehabiliteringsgruppa hermer etter mine bevegelser. De har sittet stille en stund, og jeg har observert at noen har begynt å vri på seg. «Ja, dere må gjerne bevege dere som meg» fortsetter jeg, «eller dere kan gjøre noe annet. Det er mange muligheter. Armene kan gå opp og ned og foran og bak. Vi kan bevege på brystkassa og ryggen. Eller bare på lillefingeren. Kjenn etter hva som kjennes behagelig ut!» Nå gjør de ulike bevegelser. Noen rører på kjeven og fingrene, mens andre henger fremover med ryggen og hodet. Og noen strekker seg mot taket. Noen skumper borti hverandre, og det høres latter og små samtaler. Plutselig er det mer liv i rommet. Når vi setter oss ned igjen, spør jeg: «Hvordan var det å reise seg og bevege på seg?» Noen sier at det var godt, behagelig, deilig. Jeg spør videre: «Før vi reiste oss: Var det noen av dere som tenkte at Nå hadde det vært godt å reise seg?». Nei, det var det ingen som hadde tenkt. Da måttet de ha sittet en stund til. De sier at først når det begynner å gjøre skikkelig vondt, eller de blir svimle eller ikke har krefter til å sitte på stolen mer og de ikke klarer å følge med på samtalen, først da kan de kjenne: Jeg må bort. Jeg må reise meg. Jeg må. «Krise-grensa», som jeg kaller den, er nådd.

Krise-grensa er det mange forbinder med grenser. Krise-grensa er den du når når kroppen roper: «Jeg klarer ikke mer!» Når du bare må reise deg. Eller hvis du har vært i bevegelse en stund og bare må legge deg. Mens hvis du lytter til kroppens hvisking, så kan du høre det jeg kaller «go´grensa». Det er den du når når du faktisk kan holde ut mer, men det likevel kjennes bedre ut å forandre på noe. Når du setter deg ned midt i husarbeidet og kjenner hvor godt det var med en pause- selv om du kunne holdt på lengre. Eller når du går ut og hjem fra selskapet og kjenner hvor godt det var å være alene- selv om du alltid hadde klart å bli litt til. Eller som med noen av disse gruppedeltakere, som hadde «overlevd», som de ofte sier, om de hadde sittet en stund til og vridd seg på stolene sine, men da de reiste seg og bevegde på seg fikk kjenne

hvor godt det var. Og noen kan erfare: Når de lytter til kroppens hvisking, svarer den med avspenning og en dypere pust - og økt velvære.

Fordi naturen fant gaven med ren overlevelse ikke var stor nok, virker det som om den kom på en god ide senere: Det medfødte maskineriet for livregulering sikter seg ikke inn mot en nøytral tilstand midtveis mellom liv og død som hverken er hummer eller kanari. Homeostasen bestreber seg i stedet på å sørge for noe bedre enn en nøytral livstilstand, nemlig det vi som tenkende og velutrustede skapninger identifiserer som sunnhet og velvære (3 s 35).

Jeg kaller de første, forsiktige signalene fra kroppen, den første lille følelsen av behag eller ubehag, fornemmelsene «ja» eller «nei» eller «kanskje...» for «kroppens hvisking» - altså signaler som handler om behov, grenser og ønsker. Det kan dreie seg om en begynnende sultfølelse eller en liten temperaturøkning som gjør at du tar jakka av. Fornemmelser i kroppen kan bidra til å regulere om du trekker deg en halv meter lengre unna den andre i en samtale- eller lener deg litt framover. Vi har mulighet til å kjenne hvor tett vi vil ha andre mennesker på oss - hvor intimsoneen vår går. Vi kjenner det i kroppen. Fornemmelser handler også om signaler som forteller oss hva vi har lyst til eller ønsker oss - eller ikke -den første lille fornemmelsen av «ja» eller «nei» som kommer før resonnering og argumentering. Et eksempel på dette er pasienter som forteller om ubehag og rastløshet i bryst og mage når de er uenige i noe som skjer eller noe de ikke vil delta i (2). Når ønsker oppfylles, når behov blir dekt eller grensene overholdes, kan det gi en følelse av velbehag og kanskje glede (4,5). Jeg forstår dette som kroppens måte å fortelle oss at dette er godt for deg, eller dette trenger du. Det er deilig når vi får et glass vann når vi er tørste, og det er føles godt å komme inn i varmen når vi fryser.

Å lytte til ulik grad av bruk av krefter

Så er vi i gang med en bevegelsesøkt. Vi bøyer og strekker rytmisk på knærne, og armene pendler. Jeg observerer mange armer som svinger svært høyt. De drar skuldrene med seg oppover. Og noen av deltakerne trekker munnvikene ut til sida hver gang armene er på sitt høyeste. Sett utenifra ser det ikke ut som om de har det godt. Jeg lager mine bevegelser mindre uten at det fører til at de forandrer på sine bevegelser. Jeg prøver med ord. Jeg forklarer hvordan man kan gjøre bevegelsene

større og mindre, og hvordan armene kan få pendle høyere eller lavere. Så kan de selv prøve ut: «Hva kjennes mest behagelig ut?» En ler når hun oppdager at det går an å bevege seg uten at hun selv påfører seg ubehag. «Jeg tror ikke jeg tenker særlig over at jeg kan bevege meg på forskjellige måter,» reflekterer hun: «Jeg bare kjører på til det gjør vondt.» En annen protesterer: «Men skal vi ikke ta i, da?» Jeg spør da om vi har noen latsabber på gruppa. Er det sånn at de sliter med slitenhet og utmattelse fordi de ikke har tatt i nok? Det er kanskje derfor de har blitt syke? Men ingen kjenner seg igjen i den beskrivelsen.

Tvert imot har jeg i mitt møte med smerte- og utmattelsespasienter gjennom mange år hørt gjentakende historier om mennesker som har trent hardt og tatt i, men likevel har blitt i stadig dårligere form. Jeg sier: «Det er ikke galt å bruke krefter, men kan dere prøve ut om det er mulig å gjøre bevegelsene på en litt annen måte? Er det en variasjonsmulighet der?» Da setter en av dem seg ned på en stol og synker sammen: «Jeg har alltid kjempet. Jeg er så sliten av det. Jeg vil ikke kjempe mer!»

Å lytte til avspent og anspent

Alle bevegelser kan gjøres på en mer og mindre avspent- eller anspent- måte. Vi trener derfor på å slippe armene ned når de pendler. Dette til forskjell fra å føre armene ned. Når vi fører armene ned, bruker vi musklene til å bremse bevegelsen nedover. Musklene jobber eksentrisk. Men for å kunne slippe armene ned, må vi spenne av i skuldre og armer. Noen av deltakerne har problemer med å slippe armene ned.

Jeg undrer: «Er det slik det blir når de i mange år har tatt hånd om så mange ting? Har disse skuldrene og armene båret tungt på andre?» Forskning tyder på det. Økte muskulære spenninger, kroppslig stivhet og bremset respirasjon er funnet hos pasienter som faller inn i kategorien «over-streched children», altså personer som tidlig i livet kom inn et mønster med å oppfylle andres ønsker og behov på bekostning av å kjenne og sette egne grenser og ta vare på egne behov (2).

Etter at vi har kjent på hvordan det er å føre armene ned og å slippe dem ned, prøver vi ut en tredje variant. Vi fører armene ned med kraft og hurtighet. Jeg rekker ikke å spørre om hvordan det kjennes ut før en begynner å le. «Du ler...», sier jeg avventende. «Ja, det kjentes rart ut». «Uff!, Uff!?!», gjentar jeg spørrende. «Ja, det kjentes så sint ut. Uff!». «Liker du ikke å være sint?», spør jeg. «Nei, ikke når det blir

voldsomt.» Hun ler igjen, og bekrefter på mitt oppfølgingsspørsmål: «Ja, dette kjentes for voldsomt ut.» En annen på gruppa bryter inn: «Er det ikke bare litt bestemt, da? Det hender jeg gjør sånn når jeg snakker til ungene.» «Nei uff!», sier den første igjen. «Jeg vil ikke være sint på ungene. Jeg kan ikke være sint på ungene». Da sier den andre igjen: «Men hvis du er litt bestemt, kan det ikke da være at du slipper å bli så sint... at det ikke koker over». Og den første innrømmer: «Jo, kanskje jeg skal prøve det. Det er så ekkelt når det koker over!». En tredje person sier så: «En sånn sint bevegelse, det har jeg aldri gjort før!».

Bevegelsespraksis som integrerer lytting til bevegelseskvalitet og følelser, som her aggresjon, kan altså føre til økt kontakt med følelser. Undertrykking av aggressive uttrykk kan knyttes til økt forekomst av somatiske plager (4,6).

Å lytte til følelser

Følelser kan ses på som kroppens måte å snakke høyere på når vi overhører kroppens hvissing. Antonio Damasio skriver om det neurobiologiske grunnlaget for følelser:

I alt fra kjemiske homeostatiske prosesser til egentlige emosjoner har livsregulerende fenomener uten unntak direkte eller indirekte sammenheng med organismens uskaddhet og sunnhet. Og uten unntak er alle disse fenomenene knyttet til adaptive justeringer av kroppstilstanden og fører i siste instans til de forandringene i hjernens kartlegging av kroppstilstander som danner grunnlaget for følelser (3 s 47).

Jeg leser Damasio dit hen at følelser kan oppstå for å fortelle oss om ubalanse i livsregulerende mekanismer. Han eksemplifiserer: «Tilfredsstillelse av drifter - for eksempel sult, tørst og sex - skaper glede. Når man forsøker å hindre disse driftene i å bli tilfredsstilt, kan resultatet derimot bli sinne, fortvilelse og tristhet»(3).

Også fra et psykodynamisk ståsted kan følelser oppstå for å forteller oss om våre behov blir dekt eller ikke, om grensene overholdes, og om vi får det vi ønsker oss- eller ikke (4).

«From a motivational perspectiv, feelings reveal which of our needs are met or unfulfilled. They propel us towards what we want» (4 s 33).

Heldigvis er det slik. Hvis vi var like glade enten vi fikk det vi hadde behov for eller ikke, ville vi bli nettopp det: likeglad. Og det ville også være farlig for oss om vi var likeglad til våre egne behov. «Jeg er sulten, men jeg bryr meg ikke.»

Å lytte til pusten

Bevegelsesgruppa fortsetter. Vi trener på å legge merke til pusten under de tre forskjellige måtene å føre armene ned på. Flere kjenner at pusten slippes ut når de slipper armene ned. Men hva skjer når vi rolig fører armene ned i en bremsende bevegelse? Mange kjenner at pusten bremses når armbevegelsen bremses.

Det psykomotoriske teorigrunnet fremholder at pust og bevegelser er nært knyttet til hverandre (2,7). Å fokusere på pusten separat, å gjøre pusteøvelser for å lære seg å puste riktig, kan slik sett sammenliknes med å se på blodets gang i årene uten å se det i sammenheng med hjertets pumping. Som pust og følelser henger sammen, så er bevegelser også nært knyttet til følelser (2,7). Vi beveger oss og blir beveget. I forsøk der man har bedt personer puste på bestemte måter, har dette resultert i at de har følt gitte følelser ut fra måten de har pustet på (8).

Jeg fortsetter å utforske pust og bevegelser med deltakerne i rehabiliteringsgruppa. Vi kjenner på hva som skjer med pusten når vi beveger armene raskt og kraftfullt nedover. Pusten følger med ved at den støtes ut. Magemusklene trekker seg sammen og gir trykk på utpusten. Legger vi på et ord samtidig, gis ordet ekstra kraft: «Nei!» «Nok!». Pusten, bevegelsen og ordene uttrykker grenser og følelser. Som når vi kjente på den kraftfulle bevegelsen av armene, kommer det reaksjoner når vi legger på ord: «Det er så vanskelig å si nei!.....» og «Å si ifra på denne måten er ikke helt meg...Jeg tror jeg trenger å trene mer på dette».

Tidligere har flere av deltakerne fortalt om opplevelser av å ikke bli hørt og respektert. Kan det knyttes til det uvante med å legge kraft på ord, pust og bevegelser? Tidlige negative erfaringer med å prøve å sette grenser for andres krav, kan føre til vanskeligheter med å si nei i voksen alder (2).

Å lytte til hva som er godt

Vi legger oss ned på matter på gulvet. Jeg går rundt til den enkelte og prøver meg frem: «Skal jeg prøve å legge litt under ryggen din?» , «Vil du ha en pute?» og «Vil du ha litt støtte under skuldrene?» Ofte får jeg slike svar: «Det går greit.», eller: «Jeg overlever.» Men jeg ønsker at de skal oppdage noe ved å lytte mer til kroppen- til hva som er godt for kroppen. Så jeg spør om jeg får lov til å prøve. Og får jeg et «ja», så legger jeg litt støtte under skuldrene. Og da kan noen kjenne: «Det var deilig!» Og får de noe under ryggen og hodet i tillegg, hender det at noen utbryter: «Så godt har jeg aldri ligget før!» Men noen kjenner ingen forskjell, og det aksepterer jeg. Jeg kan ikke tvinge det frem, men jeg prøver litt til. Jeg legger en pute under dem, ber dem kjenne, tar den bort, og ber dem kjenne igjen: «Er det en forskjell?»

I individuell behandling trener vi også på kjenne forskjellen på «go´grensa» og «krise-grensa». For eksempel har en del pasienter hatt vonde erfaringer knyttet til berøring. Men så kommer de til behandling fordi de har smerter i kroppen, og da tenker de at det må vel berøring til for å få skikk på kroppen? De sier det er «greit» når jeg tar på dem. Men jeg lurder likevel, for jeg ser at pusten beveger seg fort. Er det så greit? Manglende pauser mellom inspirasjon og ekspirasjon er karakteristisk ved frykt og engstelse (8). Eller jeg kjenner at hendene er kalde. Både manglende pauser mellom respirasjonsfasene og kalde hender er tegn på aktivering av det sympatiske nervesystem. Er kroppen på vakt? Så jeg prøver meg frem. «Hva føles best, at jeg tar her...(så flytter jeg hendene)... eller her?» Noen ganger kan jeg også be dem legge merke til pusten. Når puster de roligere? Når jeg står rett ved dem og legger hendene på dem, eller når jeg flytter meg bort? Dette er å lytte til kroppens hvissing- som ofte blir overdøvet av kroppens roping. Og for mange er dette helt nytt. Men slik, å lytte til behag og ubehag og pusten, kan være måter å oppdage de fine grensene de har- for så å oppdage hva som skjer om de respekterer dem.

Å lytte etter behov og ønsker

Min erfaring er at mennesker som lytter til og trekker slutninger ut fra det de kjenner av symptomer, ofte konkluderer med: «Det har blitt for mye!» Jeg spør dem da: «Hva har det blitt for lite av?» Min påstand er at det gjerne er lettere å si noe om hva man ikke vil ha enn hva man ønsker seg mer av. Eksempelvis kan jeg høre utsagn som sier noe om hva man ønsker seg vekk fra: «Jeg skal i hvert fall ikke tilbake til den jobben!»,

«Henne er jeg helt ferdig med!» og «Kroppen min tåler ikke trening!». Ved å la tankene stadig dreie som om hva det kan bli for mye av og hva som kan være skadelig, aktiveres en «pass-på-holdning» som øker angstnivået og lyttingen etter symptomer. Å lete etter det man har godt av, derimot, aktiverer følelser knyttet til lyst, motivasjon og glede (4,5). Og vi har andre muligheter enn å tenke oss til svaret. Vi kan kjenne oss til det. Vi kan bli kjent med hva som er godt for oss selv gjennom å lytte til kroppens hvisking. Rent konkret kan vi derfor bytte ut det intellektuelle: «Hva kunne jeg tenkt meg?» med det sanselige: «Hva hadde vært deilig nå?» «To understand one's emotions and needs through the awareness of the body were understood as the base for self-confidence, trust in one-self, and the ability to take care of oneself and one's needs physically and mentally» (9 s 1).

Å lytte til den andre

Basert på mine erfaringer som fysioterapeut i møte med pasienter med smerter og utmattelse kan det å bli kjent med egne behov handle om alt fra fysiske behov (som mat, drikke, søvn, bevegelse) til psykiske (som anerkjennelse, trygghet, autonomi, tilhørighet, kjærlighet) til eksistensielle: å leve et liv med mening der man selv er i førersetet. Grenser kan dreie seg om hvor nærme man vil ha et annet menneske eller hvor mye man vil fortelle om seg selv, til alt som handler om hva som er «passelig mye»: Passelig mye belastning, passelig mye hvile, passelig mengde mat, passelig mengde utfordring, passelig mengde stimuli. Økt kroppslig tilstedeværelse og bevissthet fører videre til at vi har lettere for å kjenne hva som beveger seg også i andre mennesker. Dermed kan vi forstå mer av deres følelser, grenser, behov og ønsker, og slik føle mer samhørighet med andre - et av våre dypeste behov. (4).

På vei ut av rommet sier den ene gruppedeltakeren til den andre: «Hvordan har du det egentlig? Skuldrene dine er på vei opp til ørene, og du ser ikke helt glad ut». «Nei...», svarer den andre, «Jeg blir bare urolig av å ligge sånn.» «Samma her!» sier den første. «Bare mer stress. Det der er ikke noe for meg! Jeg vil heller ta en tur i skogen!» Og så ler de riktig godt sammen. Og så oppdager de at jeg har hørt dem. Og jeg ler med, og de ler enda mer. Og når latteren stilner, spør jeg: «Hva skjedde med skuldrene dine nå?»

Ellinor Bjerkholt

Spesialist i psykomotorisk fysioterapi

Psykomotorisk Senter/Coperiosenterets spesialiserte rehabilitering for sammensatte lidelser

Referanser

1. Eccleston C & Crombez G. Pain demands attention: A cognitive–affective model of the interruptive function of pain. *Psychological Bulletin* 1999;125(3), 356-366.
2. Ekerholt K, Schau G, Mathismoen KM, Bergland A. Body awareness – a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Phys Ther* 2014; 30(5), 312-318.
3. Damasio AR. På leting etter Spinoza: glede, sorg og den følende hjernen. Oslo: Pax; 2004
4. Frederickson J. Co-creating change. *Effective Dynamic Therapy Techniques*. Kansas City, MO: Seven Leaves Press; 2013.
5. Fredrickson AL. The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden and Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist* 2001; 56(3):218-26.
6. Liu L, Cohen S, Schulz MS, Waldinger RJ. Sources of somatization: Exploring the roles of insecurity in relationships and styles of anger experience and expression. *Soc Sci Med* 2011; 73(9): 1436–1443.
7. Øvreberg G, Andersen T. *Aadel Bulow-Hansens fysioterapi*. Skarnes: Compendius forlag; 2002.
8. Pierre Philippot , Gaëtane Chapelle & Sylvie Blairy. Respiratory feedback in the generation of emotion, *Cognition & Emotion* 2002; 16:5, 605-627.8
9. Gyllensten AL, Skar L, Miller M, Gard G. Embodied identity- a deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice* 2010;26(7):439-46.

RESPIRASJONEN ER LEDETRÅD I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

Berit Bunkan

Pusten reagerer på alt som skjer i oss og med oss og er sentral i psykomotorisk fysioterapi (1,2). I psykomotorisk teori viser Braatøy (1) til interaksjonen mellom respirasjonen, kroppsholdning, bevegelser og muskulatur. Han var inne på at tarmlyder kunne komme under avspenning, men lite inne på sammenhengene mellom respirasjonen og funksjonen i indre organer (indre kropp). I en pilotstudie i forbindelse med embetseksamen i medisin har Næss og Bunkan påvist sammenheng mellom respirasjonen og hjerteratevariabilitet (3).

Innebygget i forståelsen av psykomotorisk fysioterapi er tre viktige respiratoriske diafragmaer. Sammenhengen mellom disse og indre kropp blir ofte oversett. Betydningen av bevegelsen i disse respiratoriske diafragmaene åpner et større og betydningsfullt arbeidsfelt innen denne fysioterapitradisjonen.

I denne artikkelen legger jeg vekt på de tre respiratoriske diafragmaer og den betydning disse har for det som skjer i indre kropp. Utgangspunktet er midtre, nedre og øvre diafragma, og hva hemmet respirasjonsbevegelse i disse kan føre til (3).

Pusten skal kunne flyte fritt

Pusten skal kunne foregå fritt uten at noe stivt parti i kroppen holder igjen (4). Pusten er vanligvis ubevisst inntil vi tenker på den. Hovedbevegelsen foregår først og fremst i mellomgulvområdet (midtre diafragma). Alt etter behovet for luft, vil den ideelle bevegelse spre seg oppover i brystkassen, nedover i bukhulen og bakover mot lumbalregionen og sacrum (1). Når mellomgulvet beveger seg nedover på inspirasjonsfasen, utvides brystkassen, trykket der minsker, og blodet strømmer til hjerte og lunger. Under ekspirasjonen minsker volumet i thorax og blodet strømmer ut til andre deler av kroppen. Det motsatte skjer i abdomen. Under ekspirasjonsfasen øker volumet i abdomen fordi diafragma går opp mot sin hvilestilling, og blodet strømmer inn i abdomen. På inspirasjonsfasen minsker volumet i abdomen fordi diafragma går ned når den trekker seg sammen, og blodet strømmer ut i ekstremitetene og opp i brystkassen.

Respirasjonssenteret

Respirasjonssenteret ligger øverst i hjernestammen og styrer respirasjonsbevegelsen automatisk, alt etter behovet for luft. Siden mellomgulvet er innervert både fra ANS (n.vagus), og av sentralnervesystemet, kan vi selv gripe inn i bevegelsen. Min kliniske erfaring sier at for mye fokus på respirasjonen lett fører til hyperventilasjon hos personen. Det er heller ikke uvanlig at ansente personer kjenner at brystkassen er trang, at halsen snurper seg.

I behandlingen er det et mål å oppnå passiv ekspirasjon

Betydningen av passiv ekspirasjon skiller psykomotorisk fysioterapi fra de andre kroppsterapiene jeg kjenner til. Da jeg arbeidet på lungeavdelingen ved Rikshospitalet i Oslo (nå Oslo Universitetssykehus), observerte jeg at en rekke av pasientene hadde aktiv ekspirasjon i hvile. Det gjaldt pasienter med astmatiske respirasjonsbesvær eller betydelig angst. Jeg benyttet flere fremgangsmåter for å få frem passiv ekspirasjon. Når dette lyktes, så det ut som om spenningene i glatt muskulatur i bronchialtreet også ble påvirket. Pipingene ble borte og pusterytmen bedret seg. Pasienter kunne slippe medisiner.

Hjertet

Dette hviler på mellomgulvet. Hjertets pericard er festet til diafragmas sentralsene (5). Det betyr at diafragmabevegelsene vil utøve et drag på hjertets perikard. Diafragmabevegelsene gir variasjoner i trykkforholdene i thorax og influerer derved på gjennomstrømningen i koronarsystemet. Ved dette får diafragmabevegelsen betydning for hjertets helsetilstand.

Hemmet pust er del av stressreaksjonen

Hemming eller begrensning av respirasjonsbevegelsen kan oppstå ved forbindelse med trening som feilbelaster/overbelaster respirasjonsmuskulaturen. Den kan også påvirkes av klesmoter som begrenser bevegeligheten i abdomen og bekkenregionen. Smerte, ikke minst i rygg eller mage kan også begrense respirasjonsbevegelsen. Innen psykomotorisk fysioterapi er vi vel kjent med at respirasjonsbevegelsen er

svært sensitiv for emosjoner (6). Sorg, sinne, skam, skyld eller annen frustrasjon kan hemme bevegelsen. Derimot vil avspenning, opplevelse av mestring, hulkegråt, bukletter, glede og lyst kunne frigjøre bevegelsen. Min erfaring er at den spontane hyperventilasjon, som kan oppstå under behandlingen, er gull verdt. Dette synes som en måte kroppen kan frigjøre seg for anspenhet på. Den spontane hyperventilasjon er noe helt annet enn den aktive hyperventilasjon som benyttes av mange andre kropps-terapeuter for å presse frem følelser. Der ber terapeuten pasienten om å puste helt inn og helt ut.

Stress og spesifikke reaksjoner i kroppen

Noen kan oppleve at stress alltid uttrykkes ved samme organ eller organsystem - uansett type stress (7). Slik spesifisitet vil si at noen alltid får hodepine, mens andre får forstoppelse eller respirasjonsbesvær ved uønskede opplevelser. Klinisk erfaring har vist meg fire hovedmåter å reagere på ved overbelastning. Enkelte reagerer først og fremst psykisk og blir bekymret, nedtrykt, engstelige eller forvirret. Andre får først og fremst lidelser i musklene og skjelettet - (det motoriske system) (7). Dette er vanligvis ikke så farlig, men kan være smertefullt. Den tredje gruppen får lettere problemer i indre organer - (det autonome-endokrine nervesystem). Det kan dreie seg om symptomer fra lunger, magesekk, urinveier, tarm eller lignende. Slike lidelser kan utvikle seg og bli alvorlige. Atter andre reagerer først og fremt med immun systemet og blir forkjølet, febril eller har vansker med å komme seg hver gang de blir utsatt for infeksjoner. Noen reagerer litt i alle systemer når de blir overbelastet. Da blir belastningen spredt og det blir mindre belastning på det enkelte system.

Tre viktige respiratoriske diafragmaer

Sammenhengen mellom de tre diafragmaene kan synes lite påaktet. Det virker som begrepet diafragma oftest assosieres med mellomgulvet som er den midtre og største diafragmaen i kroppen. Hvis man tenker seg trunkus som en sylinder, er det en diafragma i midten og en mindre i hver ende. Den midtre kan sees på som en pådriver av de to andre. I nedre ende ligger diafragma urogenitale som samarbeider med resten av bekkenbunnen. Den øvre diafragma oris, dannes av munn gulvet som

først og fremst samarbeider med tungen med musklene rundt den samt de hyoide muskler.

Midtre diafragma vår viktigste pustemuskel

Denne diafragmaen er som kjent en sterkt kuppelformet muskel som skiller thoraxhulen fra abdominalhulen. Muskelen i seg selv er relativt liten, men har en betydelig sene i midten og senefester i ytterkanten. Disse er integrert med festene for de dype ryggmusklene; m.quadratus lumborum, m.iliopsoas, m.transversus abdominis og delvis m. latissimus dorsis nedre senefeste. Da jeg arbeidet på lungeavdeling på Rikshospitalet på 1960-tallet, kunne jeg selv ta med pasienten fra undersøkelsesrommet og over gangen til gjennomlysning. Jeg kunne da se at på dårlige kols-pasienter beveget diafragma seg omtrent ikke under inspirasjonen, mens hos sangere og idrettsfolk så jeg at diafragmabevegelsen var rundt 15 cm.

Uheldig bruk av midtre diafragma

For en del trening er målet flat abdomen. Folk lærer ofte å blåse luften ut. Dette skjer for mange med spiss munn og samtidig som navlen trekkes inn mot ryggraden under ekspirasjonen. Under trening kan kanskje slik pusting forsvares. For mange blir denne pustemåten en (u)vane som fortsetter i dagliglivet. Da holder ofte personen magen inn ved hjelp av statisk muskelkontraksjon. Dette er uheldig fordi diafragma samt muskulaturen både i abdomen og ryggen kan bli anspent, forkortet og føre til stivhet og smerter. Min erfaring er at smerter i ryggen svarende til diafragmafestene ikke er uvanlig å se.

Undertrykking av følelser

Når sterke følelser undertrykkes, hemmes respirasjonen, og hele thorax kan bli anspent og hard. Wilhelm Reich (8) kalte dette *brystpanser*. Ved brystpanser er thorax hard og lar seg ikke presse tilstrekkelig sammen ved en kroppsundersøkelse. Eksempel på dette er gutt som skrek svært meget som baby. Diafragma ble anspent og draget på diafragmafestene førte til en betydelig inndragning av diafragmamuskulaturen. Det var oppstått en såkalt snørefure rundt brystkassen

svarende til 9.-10. costa, mens 11. - 12. costa som er lite berørt av diafragmafestene, sto ut som et skjørt. Denne formen på nedre del av brystkassen sammen med en stiv brystkasse, hadde han beholdt langt opp i voksen alder. Som voksen ble han en god idrettsmann, men kunne nok vært bedre, om ikke inndragningen av intercostal - musklene hadde begrenset ham. Spørsmålet er hva som hadde ført til inndragningene. I fysioterapien kom det frem at han var utrolig redd for sin far.

Midtre diafragma og organene over

Ved normal respirasjon i hvile er ekspirasjonen overveiende passiv og luften strømmer ut. Inspirasjonen er lett aktiv, på toppen av den er det en umerkelig pause før ekspirasjonen begynner. I overgangen mellom ekspirasjon og inspirasjon er det også en liten hvilepause. Aktiv ekspirasjon vil si at ekspirasjonsmusklene kontraherer seg. Når aktiv ekspirasjon overdrives, anspennes muskulaturen i thorax. Derved øker det «intra-thorakale» trykket. Det «equal pressure point» (9) hvor trykket utenfor og innenfor bronkien er likt, rykker mer sentralt. Dette gjør at de mest perifere og minste bronkiene trykkes sammen. Da begrenses utluftingen av de perifere deler av lungene. Når slim i de mer perifere deler av lungene blir liggende, øker risikoen for bronkitt og lungebetennelse og på sikt økt risiko for svekkelse av lungevevet. Ved atelektase i lungene blir det ofte inndragninger av intercostalmuskulaturen på inspirasjonsfasen (6).

Midtre diafragma og organene under

Blodsirkulasjonen i organene i bukhulen er avhengig av den respiratoriske trykkvekslingen som understøtter organenes egen nutrisjon. Med andre ord: organene trenger den indre massasjen for å fungere optimalt. For det gastro-intestinale området understøtter diafragmabevegelsen ernæringen og peristaltikken i ventrikkelen, tarmene, nyrene og kjertelfunksjonen i abdomen. Nedsatt bevegelse av mellomgulvet har konsekvenser for colons funksjon og kan gi hard eller treg mage. Hos pasienter som har smerter, særlig hos personer som er operert i de diafragmanære områdene, nedsettes ofte respirasjonsbevegelsen. Disse pasientene kan få vansker med luftavgang, urin og avføring. I slike situasjoner kan rolig, aktiv og basal respirasjonsbevegelse forbedre funksjonen i disse organene og spare pasienten for mye smerte, ubehag og for smertestillende medisiner.

En pasient med astma bronkiale som hadde sittet i sengen både under søvn og våken tilstand i 2 år, ble innlagt på Lungeavdelingen. I tillegg til astma hadde pasienten problemer med å få avføring. Under fysioterapi-behandlingen en dag ble pusten hans rolig, og jeg hjalp ham til utstrakt ryggeleie. Pasienten undret seg over at dette gikk bra. Etter en stund kom det buldrende lyder fra hans abdomen, og da han kom tilbake til avdelingen, hadde han kraftig diare. Neste dag var pusten lettere.

Fordi sener og fascier fra den midtre diafragma blander seg med festene for mage-, rygg- og hoftemusklene i lumbalregionen, kan musklene og festene på ryggsiden bli anspente, harde og korte. Da kan det oppstå flate partier i øvre del av lumbalcolumna. Disse vises best når pasienten krummer ryggen. Slik muskelanspenthet kan trolig føre til degenerative leddlidelser. I følge Rinvik (5) kan det bli nedsatt sirkulasjon i mikrokapilærene som går til de små nervene til mellomvirvelskivene. Dette kan bidra til iskemiske smerter i området og er vanskelig å diagnostisere.

Nedre diafragma er en del av bekkenbunnen

I denne forbindelse betraktes nedre diafragma og resten av bekkenbunnen som omfatter levator-, obturatorer og fascier, under ett. Selv om man kan bevege området viljestyrt, er bevegelsene her først og fremst automatiske. Når mellomgulvet beveger seg ned på inspirasjonsfasen, trykkes bekkenbunnen nesten umerkelig nedover. Ved bevegelsen oppover på ekspirasjonsfasen, vil bekkenbunnen også stige litt oppover.

Når mellomgulvet har redusert bevegelse for eksempel ved at abdomen holdes inn, svekkes respirasjonsbevegelsen i bekkenområdet derved også av bekkenbunnen. Dette reduserer pumpingen av blod og lymfe. For anspent eller for slapp muskulatur i området kan føre til lekkasjer fra urinrør og anus. Redusert sirkulasjon bidrar til at det lettere oppstår infeksjoner i urinrør og skjede. Andre aktuelle lidelser her er menstruasjonsproblemer, hemoroider, gjentatte blæreirritasjoner, etc. For en del mennesker reduseres livskvaliteten ytterligere ved at seksualfunksjonen hemmes på forskjellig vis.

I tråd med forståelsen av respirasjonsfunksjonen, er det nærliggende å stille spørsmålet om ikke sittestilling med spiss vinkel i hofteleddene øker trykket foran i

hoft- og bekkenregionen. Det er ikke utenkelig at prostatakjertelens funksjon hemmes når stilling inntas i mange timer daglig over år. Skrivebord som kan reguleres mellom sittende og stående arbeidsstilling gir variasjonsmuligheter for nedre deler av kroppen.

Respirasjonens innflytelse på sirkulasjonssystemene

Den generelle sirkulasjon i kroppen understøttes av respirasjonsbevegelsen. Som nevnt medvirker trykkvekslingene i thorax og abdominalhulen til å bringe væske ut i kroppen og tilbake til hjerte og lunger. I dette systemet er samspillet mellom midtre diafragma og bekkenbunnen tydeligst. Lymfen renser kroppen og er en viktig faktor i immunsystemet. Den flyter langsomt og trenger gode respirasjonsbevegelser for at den skal fungere optimalt. I venene er det klaffer som hindrer blodet i å flyte nedover. Ved «stinne» legger etter at man har stått, sittet lenge eller jogget uten trening, er det ofte lymfen som ikke befordres hurtig nok. Trykker man da på leggen over tibia, blir det ikke fingeravtrykk. Er det svikt i den venøse sirkulasjon, vil et trykk mot forsiden av leggen gi et avtrykk (pitting ødem) (10). Bevegelesene av midtre og nedre diafragma/ bekkenbunnen fungerer sammen med leggmusklene i et vekslende trykk på årene under bevegelser. Dette er avgjørende for at sirkulasjonen skal skje optimalt.

Den øvre diafragmaen

Diafragma oris og tilstøtende muskler danner munngulvet. Tungen er en muskel og beveges av de innebygde og tilheftede muskler. Munngulvet fester seg til innsiden av mandibelen. Tunge- og tungebensmuskulaturen er sentrale i svelging, tale, sang, kremting, hosting og gjesping. Ved orale spenninger er det ikke uvanlig at folk trekker tungen bakover mot svelget eller holder tungen trykket opp mot ganen som om de suger på noe. I hvile skal tungen ligge flatt inni munnen, på eller rett bak tennene. Den lille gutten jeg nevnte foran, som skrek så mye, hadde tungen trukket langt bak i halsen/svelget. Der lå den som en tykk klump med et spent tungebånd foran. For at han skulle få beveget tungen bedre, klippet legen opp tungebåndet.

Området for øvre diafragma omfatter mange viktige muskler. I ekstreme tilfeller må personen bøye hodet frem eller legge hodet bakover for å få svelget. Derved virker

øvre diafragma også på nakkens stilling. Hodestillingen er derfor viktig for tungegulvets funksjon, for talen generelt og også for nakkens bevegelser.

De viktigste suprahyoide muskler kommer fra sternumområdet og fester seg på os hyoid (tungebenet). Dette kan palperes i kjeve-halsvinkelen. Tungebenet beveges litt fremover når vi trekker tungen fremover, og tungemuskulaturen aktiveres når vi rører tungen under tale eller slikker oss rundt munnen. De viktigste infrahyoide muskler går mellom tungebenet og sternumområdet. Disse musklene er med og trekker tungevevet ned etter svelging.

Svelging er altså et samspill mellom supra- og infrahyoide muskler. Ved ansent tungebensmuskulatur får man lettere maten i vrangstrupen eller svelger luft. Opplevelser av klumpen i halsen når gråten holdes tilbake, henger også sammen med spenninger i dette området.

Innen psykomotorisk teori skal gjesping åpne både kjeve, svelg og ansikt for øvrig. Hvis man stadig trekker tungen tilbake i halsen under gjespingen, øker ansentheten i hals og tunge. Ideelt skal tungen under gjesping ligge relativt flatt oppå tennene eller ligge litt fremover. Dyr, som katter og hunder, strekker tungen ut når de gjesper og derved tøyer de ut spenninger i de bakre svelgmusklene.

De aksessoriske respirasjonsmuskler og de hyoide muskler er i samspill. I cervicaldelen omfatter disse musklene først og fremst de hyoide muskler samt sternocleido- og skalenusmuskulaturen. De settes inn ved forsert pust som ved løping eller andre fysiske anstrengelser, men også ved høythoracal (aktiv) hyperventilasjon, angst eller panikkanfall. De er betydelig aktivert ved eksempelvis asthma bronchiale og obstruktive lungesykdommer. Den sistnevnte lungelidelsen er den fjerde største dødsårsak på verdensbasis (11).

De fremre aksessoriske musklene i cervicaldelen bidrar til å utvide thorax oppover under forutsetning av at hodet er punktum fiksum. Når sternum er fiksasjonspunktet og musklene forkortet, utvides ikke thorax, men hodets hvilestilling blir trukket fremover og litt ventralflektert. Når personen holder hodet i 0-stilling som er loddrett, trekkes kjeven nedover. Dette kan være tydelig hos enkelte barn som er habituelle «gapere». Ved ventralflektert hode skyves halsen bakover og halsen kan bli trang. Dette er medvirkende til at personer med kort tungebensmuskulatur bøyer hodet ytterligere litt fremover for å åpne halsen under svelging.

Personer med kort tungebensmuskulatur må ofte kontrahere øvre nakkemusklene for å få hodet i nøytralstilling. Derved blir det mye statisk muskelspenning i nakkerosetten. Dette kan føre til nakkesmerter. Hos noen kommer smertene helt frem i pannen og øynene. Med andre ord, det kan være sammenheng mellom høycostal pust, nakkespenninger og problemer i øye - området.

Smerter og degenerative leddlidelser i cervicaldelen kan sees i sammenheng med anspent respirasjon og redusert diafragmafunksjon. Muskulære spenninger i halsregionen kan videre irritere nervus vagus og ha betydning for de organene denne nerven innnerverer. Dessuten kan respirasjonsmønstret påvirke hele skulderbuen og ha betydning for «thoracic outlet syndromes» (12,13). Dette kan gi smerter helt ned i fingrene.

Mer om forskning på respirasjonsbevegelser

De siste 30 år har det foregått forskning på kroppsundersøkelser ved Divisjon for psykiatri, Avdeling for forskning og undervisning ved Ullevål universitetssykehus. I de senere årene har Seksjon for fysioterapiforskning ved Universitetet i Bergen og Universitetet i Umeå, Sverige gjort det samme. Forskningen viser samstemmig at sub-skalaene og totalskåren for respirasjon skiller mellom grupper av pasienter (14-17). Sub-skalaene inkluderer grad og lokalisasjon av respirasjonsbevegelser og grad av muskelspenninger uttrykt ved aktiv ekspirasjon, for korte ekspirasjonsmuskler og urytmisk respirasjon. Noen av sub-skalaene skiller mellom pasienter med smerter og pasienter med psykoser.

For den store betydning respirasjonsfunksjonen har for kroppen som helhet og for lidelser i indre organer, er det all grunn til å investere i mer forskning på dette området. Ute i verden er det stor etterspørsel etter slik forskning.

*Berit Bunkan
Psykomotorisk fysioterapeut
Magister i psykologi/ PhD
Kompetansesenter for seniorer ved Høgskolen i Oslo og Akershus*

Referanser

1. Braatøy T. De nervøse sinn. Oslo: Cappelen; 1947.
2. Bülow-Hansen AA. Problemer ved behandling av muskelspenninger. Tidsskrift for den norske lægeforening. 1967;77:1.
3. Næss TK. Does respiration movements and the position of thorax predict heart rate variability? [Prosjektoppgave ved Profesjonsstudiet i Medisin]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2015.
4. Waal N. Psykiater, Reichianer som startet Nic Waal klinikk for barn. Personlig samtale. 1956.
5. Rinvik E. Professor i anatomi ved Anatomisk institutt. Oslo Universitet i Oslo. Personlig samtale. 1986.
6. Lange Nielsen F. Lungelege. Rikshospitalets lungeavdeling. Personlig samtale. 1966.
7. Malmo RB, Shagass C. Symptom Specificity and Bodily Reactions During Psychiatric Interview. Psychosomatic Medicine. 1950;12: 362-376.
8. Reich W. Character Analysis W. Reich. Infant Trust Fund. Library of Congress catalog card. 1949; 49-5130.
9. Giæver P. Lungesykdommer. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
10. Gilje O. Ulcus cruris. Copenhagen: Munksgaard; 1958.. .
11. WHO. Chronic Respiratory Diseases –Burden 2009. www.who.int/respiratory/coped/burden.
12. Caillet R. Shoulder pain. Philadelphia: FA Davis Company; 1964.
13. Friis S. The Global Body Examination. A useful instrument for evaluation of respiration. Advances in physiotherapy. 2012; 1-9
14. Bunkan BH. Kropp Respirasjon og kroppsbilde. Oslo: Gyldendal; 2008
15. Bunkan BH. The Comprehensive Body Examination. [Doctoral theses]. Oslo: University of Oslo. 2003.
16. Hallberg KM. Relevance of Resource Oriented Body Examination (ROBE-II). Advances in Physiotherapy. 2003; 5:1-13.
17. Kvåle A. Measurement properties of a Global Physiotherapy Examination in patients with long-lasting musculoskeletal pain. [Doctoral thesis]. Bergen: University of Bergen. 2003.
18. Sundsvold M. Muscular pain and psychopathology. In: Hoskins MT, ed. International perspectives in physical therapy. London: Churchill Livingstone 1984.

PASIENTERFARINGER MED PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

Kirsten Ekerholt

Innledning

I det følgende vil noen av funnene fra to forskningsprosjekter om pasienterfaringer med psykomotorisk fysioterapi bli presentert. Prosjektene ble gjennomført med 15 års mellomrom (1, 2). Tilsammen 17 personer ble intervjuet om sine tanker og erfaringer med psykomotorisk fysioterapi. Alle behandlingsprosessene var avsluttet i god tid før intervjuene, slik at informantene hadde fått tid til å reflektere over behandlingsprosessene og hvilket utbytte de hadde hatt av å få denne behandlingstilnærmingen.

Bachelor (3) viser i en stor analyse av pasienter og terapeuters syn på terapeutiske prosesser, at aktørenes syn ikke alltid stemmer overens, og at terapeuter derfor bør være aktive i å etterspørre pasienters erfaringer fra felles behandlingsprosesser. Mine spørsmål til informantene var variasjoner over temaet «Hva var viktig for deg i den psykomotoriske behandlingen?» Intervjuene i prosjekt 1) ble analysert med Grounded Theory (4) og intervjuene i prosjekt 2) med Systematisk tekst kondensering (5).

Forskning på hva som er virksomme faktorer i ulike former for terapi viser at fellesfaktorene håp og forventning, terapeutisk allianse/relasjon og pasientrelaterte faktorer utenfor terapirommet, utgjør hovedtyngden av de nødvendige endringsskapende faktorene for å få til et positivt behandlingsresultat. Selve metoden eller teknikkene som ble brukt, regnes til å utgjøre ca 15 % av de endringsskapende faktorene (6). De erfaringene som presenteres her, vil ikke berøre alle elementer som inngår i terapeutiske allianser og terapeutiske prosesser, men kan gi noen refleksjoner om psykomotorisk fysioterapi sett fra pasientenes perspektiv.

Aktuelle resultater fra analysen av materialet blir presentert i korte avsnitt, der utvalgte sitater fra informantene illustrerer teksten. Sitatene er skrevet i kursiv. Jeg bruker

betegnelsen «informanter» i datapresentasjonen, men hovedsakelig «pasienter» i drøftingen, da fokus her i en viss grad flyttes fra de aktuelle informantene.

Mange plager, men ble ikke tatt på alvor

Informantene i de to prosjektene var i alderen 28 – 68 år. De hadde alle avsluttet psykomotoriske behandlingsprosesser. Noen hadde hatt opp til 1,5 års behandling (prosjekt 1), mens andre kun hadde fått 6 måneders behandling (prosjekt 2). De vanligste diagnosene var langvarige smertetilstander, søvnproblemer, pusteproblemer, angst og depresjon. Mange fortalte at de hadde jobbet svært mye, vært pliktoppfyllende og alltid følt seg presset til å skulle prestere. Mange hadde hatt vansker med å si nei og å sette grenser, og en del hadde levd/levde i vanskelige psykososiale forhold. Stresset, slitenheten og utbrentheten hadde for noen ført til at de kjente seg som mentalt fraværende i hverdagslivet. Mange hadde opplevd å ikke bli tatt på alvor i helsevesenet, noe som var som en ekstra belastning i en allerede vanskelig livssituasjon.

Jeg begynte å slite så veldig med pusten, samtidig som jeg fikk mye ryggsmarter. Jeg har hatt veldig dårlig søvn, veldig. Jeg var helt kjørt, jeg har slitt med dette i mange år, men ble ikke tatt alvorlig, hverken av fastlegen eller noen.

Sitatet kan illustrere et vanlig fenomen i helsevesenet, hvordan subjektive lidelser uten objektive funn kan være vanskelig å diagnostisere, og ofte forbli diffuse og uklare for de ulike aktørene i helsevesenet.

Et tillitsskapende møte preget av ro og god tid

Det første møtet med den psykomotoriske fysioterapeuten ble godt beskrevet av informantene, og analysen viser mange positive refleksjoner rundt dette møtet. Terapeutene hadde virket interessert i å bli kjent med dem som mennesker og informantene hadde fornemmet en positiv holdning til dem som pasienter, ved at

terapeutene hadde lyttet og snakket med dem på en måte som var forståelig og skapte mening. Men fortellingene viser også noe av den usikkerheten det kan innebære å skulle starte med en ny type behandling, særlig når navnet inneholder forstavelen «psyko». Navnet kunne dermed indikere at man trengte psykologisk/psykiatrisk behandling, noe flere ga uttrykk for at de ikke hadde behov for. Fortellingene synliggjør at det kan være krevende å skulle etablere et samarbeidsforhold med en ukjent person, der en skal eksponere seg og synliggjøre sine problemer og vanskeligheter.

Psykomotorisk, - hva er det jeg har begitt meg ut på? Jeg er vanligvis veldig anspent i møte med sånne terapeuter, må sjekke veldig ut stemningen, hva forventer hun av meg? Men det var en veldig rolig terapeut som møtte meg, hun tok seg god tid, hørte på meg, stilte gode spørsmål.

Analysen viser at informantene hadde fått stor tillit til terapeutene etter det første møtet og at de mente at terapeutene «kunne jobben sin». Dette fordi både anamnesen og kroppsundersøkelsen ble oppfattet som grundig og seriøs, og selv om kroppsundersøkelsen var ny og annerledes for mange, ga det informantene en følelse av at terapeuten tok dem på alvor når deres symptomer og plager ble sett i sammenheng med forhold i deres dagligliv.

Terapeuten så hele meg, hun hadde god tid, og hun gjorde en grundig kroppsundersøkelse. Hun hørte på meg og tok på alvor det jeg hadde å si, det var helt suverent. Vanligvis har fysioterapeuten bare sett på der jeg har vondt, så er det opp på benken. Det at terapeuten har god tid, er viktig, veldig viktig. En får jo bare 10-15 minutter hos legen.

Dette sitatet synliggjør pasientens behov for nok tid til å kunne presentere sin historie, og at terapeuten ikke blir for opptatt av diagnosen og de mest fremtredende symptomer og plager.

Sårbarhet og behovet for oppmuntring

Sårbarheten man har som pasient og hvor lite som skal til for å ødelegge en terapeutisk relasjon ble beskrevet av en av informantene. Sitatet viser samtidig betydningen av å erfare en positiv holdning fra terapeutens side.

Når en er syk og sliten, da er en veldig sårbar, det skal veldig lite til før jeg tenker hva mente hun med det? Hvorfor sa hun det sånn? Det skal så lite til før en snur det til noe negativt, - men det var bare positivt. Du har masse ressurser, dette får vi til, men du må gi deg tid. For meg er sånne positive oppmuntringer veldig viktig.

Materialet viser at informantene tidligere hadde gjort mye for å komme i bedre form, de hadde forsøkt mange ulike former for trening. Men treningen var ofte blitt av kort varighet, noe som ga "dårlig samvittighet" når de ikke orket å fortsette. Til forskjell fra tidligere fysioterapi ble de nå oppmuntret til å finne enkle, dagligdagse og mindre krevende fysiske aktiviteter, der det viktigste var å finne aktiviteter som ga glede og mestring. Ved å ta større hensyn til dagsformen, ble det lettere å starte på nytt uten nederlagsfølelse dersom de i perioder ikke hadde mestret å være fysisk aktive.

Det som er fint nå er vær mer i aktivitet, gjør det du har lyst til og finn det du liker, så kommer du mer i aktivitet, - jeg har økt aktivitetsnivået, - det kjennes. Hun har aldri sagt noe negativt om jeg ikke har orket å gjøre det jeg hadde planlagt, men kommet med nye positive innspill. Alltid!

Sitatet viser hvordan informanten har oppfattet at den fysiske aktiviteten ble individuelt dosert, og at dette var motiverende og ga en følelse av mestring.

Økt kontakt med kroppen – «Hele greien henger sammen»

I løpet av behandlingsprosessen skjedde en endring i informantenes kroppskontakt og kroppsbevissthet. Det var ikke lenger bare smerter og plagsomme symptomer som dominerte kroppsopplevelsen. Analysen viser hvordan bedre kroppskontakt kunne gjøre det lettere å kjenne hvordan enkelte deler av kroppen påvirket hverandre.

Jeg ble oppmerksom på min egen kropp, hvordan jeg sto, satt, pustet, det å kjenne etter hvordan kroppen egentlig er. Det begynte med hånda, så ble jeg mer oppmerksom på kjeven, at den var viktig for nakken, det var det med helheten, jeg forstår jo at hele greien henger sammen.

Det å la seg bevege passivt var vanskelig for flere av informantene. Det var vanskelig å gi fra seg kontrollen over kroppen, og materialet gir innblikk i hvor krevende det kan være å skulle la terapeuten bevege ulike deler av kroppen. Noen av informantene hadde erfart at de ble mer urolig når de ikke hadde full kontroll over det som skjedde, og at de kunne gjenkjenne tilsvarende reaksjoner når de ikke hadde full kontroll i dagliglivet. «Jeg kjente at jeg strittet i mot, da hadde jeg ikke kontroll. Jeg har holdt kontrollen i mange år, det var ikke bare å slippe kontrollen, jeg ble urolig av det».

Bedre kroppskontakt gjorde at informantene kunne kjenne at de hadde kontakt med underlaget, både i stående, sittende og liggende stilling. Informantene opplevde dette som en kroppslig forankring, og at de gjennom denne forankringen kunne kjenne på noe av sin egen styrke. Det å kjenne forankring og styrke gjorde at de lettere kunne slippe noe av spenningen i muskulaturen, og at dette også påvirket måten de pustet på.

Jeg lærte å stå på føttene og bevege meg frem og tilbake for å kjenne at føttene får kontakt med gulvet. Jeg lærte å gi slipp i kjeve, munn, armer, skuldre. Kjeven var så anspent. Når jeg beveger på kjeven, da puster jeg lettere, da løsner noe.

Akkurat som om fokuset blir flyttet, jeg kan kjenne på egen styrke. Dette med forankring til underlaget, det skulle alle lære, også barna i barneskolen.

Materialet viser hvordan opplevelser i behandlingssituasjonen rundt muskelspenninger og kontrollbehov, men også styrke ble sett i sammenheng med dagliglivets erfaringer. Dette gjorde at informantene ble oppmerksom på hvordan emosjonelle og kroppslige reaksjoner kunne være forbundet med hverandre, og at kroppslige spenninger kunne la seg påvirke dersom emosjonelle reaksjoner fikk komme til uttrykk.

Nå kjenner jeg at hvis jeg er stresset eller irritert, da kan jeg bite sammen kjeven. Jeg har aldri lagt merke til dette tidligere. Jeg kan kjenne at jeg spenner meg. Nå tillater jeg meg å kjenne på det som plager meg og jeg kan si noe om det, ikke bare late som om det ikke er der. Jeg er blitt bedre til å slippe.

Materialet viser at når erfaringer i behandlingsrommet ble overført til dagliglivet, kunne dette gi innsikt i hvordan kroppslig og emosjonell spenning kan la seg påvirke.

Jeg satt alltid på spranget, satte aldri noen grenser. Nå skal jeg ha forankring til underlaget når jeg sitter og står. Da blir jeg roligere, åh, det er så godt. Det handler om å forandre livet mitt, jeg må lære å puste, må lære å slippe spenningen når jeg kjører bil, når jeg sitter på bussen. Hvorfor er det ingen som har sagt dette tidligere?

Dette sitatet viser hvordan fokus har skiftet i løpet av behandlingsprosessen. Tidligere var vanemessige handlingsmønster viet lite oppmerksomhet, nå gjorde en mer nyansert kroppsopplevelse det mulig å se at vaner og handlingsmønster kunne påvirkes.

Kroppsbehandling og samtale - det er kombinasjonen som er viktig

Psykomotorisk fysioterapi består av massasje, øvelser og samtale. Materialet viser at informantene var opptatt av innholdet i samtale, og at de ønsket at terapeutenes innspill skulle bidra til at de lettere kunne se sammenhenger mellom symptomer og plager og de erfaringene som ble gjort i og utenfor behandlingsrommet. Det kan virke som om terapeutene har unngått å komme med raske svar, men har stilt relevante spørsmål på en slik måte at pasientene selv har kunnet reflektere videre.

Det er kombinasjonen av samtale og det hun gjør, hvis jeg hadde kommet dit og legg deg ned, og så bare få massasje og gjøre noen øvelser og så ut, så hadde det manglet noe. Hvis vi ikke hadde snakket om hvordan jeg har det, hadde det også manglet noe. Det er kombinasjonen, det har vært fint å sette ord på ting. Hun er veldig flink til å stille meg spørsmål som gjør at jeg reflekterer mer over ting, at jeg ser ting på en annen måte. Jeg trenger feedback og utfordringer, ikke bare at terapeuten sier det skjønner jeg er vanskelig.

Noen hadde imidlertid erfart at terapeuten av og til kunne bli litt for ivrig til å samtale mens det samtidig ble jobbet med massasje eller øvelser. Dette gjorde det vanskelig å konsentrere seg om å gi slipp på spenninger og kontroll så lenge en samtidig måtte føre en samtale. «Jeg ble nesten redd for å ta opp et tema, for da visste jeg at vi måtte snakke om det også mens jeg fikk massasje på benken». Denne erfaringen synliggjør betydningen av at både pasient og terapeut har sin oppmerksomhet fokusert på det som foregår her og nå i behandlingen. De virkningene som en kroppsbehandling kan gi, kan lett bli oversett dersom begge parter er mest opptatt samtalen mellom dem.

Kroppen, tanker og følelser – «Det er ikke bare min skyld»

Materialet viser hvordan informantenes tankemønstre og emosjonelle reaksjoner ble viktige deler av behandlingen. Noen av informantene erfarte at når fokus på og bevisstheten om kroppen økte, ble strømmen av negative tanker mindre fremtredende. Andre startet terapien med størst fokus på vanemessig tankemønster, slik at de lettere kunne fokusere på det som skjedde i kroppsbehandling.

«Behandlingsopplegget har hatt mye fokus på tankene mine i forhold til følelsene mine, jeg har måttet sortere ut tanker før jeg kunne begynne med øvelsene».

En annen sier: *«Når jeg kjenner at jeg har kontakt med kroppen, kan jeg slippe noe av tankesurren».* Det å få en forståelse for og større bevissthet om sammenhengen mellom tanker og kroppslige spenninger, ga informantene større mulighet til avspenning.

Evne til avspenning er vesentlig for søvnkvaliteten, og for flere var dette et viktig vendepunkt. *«Jeg er blitt mer bevisst på både tanker og kropp, jeg har klart å bryte et mønster, har jobbet mye med meg sjøl. Når jeg legger meg, slapper jeg helt av, da går det bra. Nå sover jeg hele natten».* Ved å reflektere sammen med terapeuten om hvordan følelsesmessige og sosiale forhold kan ha betydning for kroppslige reaksjoner, ble kunnskap om samspillet mellom psykologiske, sosiale og kroppslige forhold fremhevet som viktig og avgjørende for informantenes prosess mot bedre helse.

Jeg har hatt krevende personer rundt meg og jeg har lurt på om dette var med på å gjøre at jeg fikk vondt. Jeg har alltid tenkt - kan jeg ikke bare tåle dette? Det var en lettelse å få forklaring på sammenhengen mellom det fysiske og det psykiske, - det er sånn vi reagerer allmenn- menneskelig. Å forstå er veldig sentralt. Dette er ikke din skyld. Det var veldig befriende, -det er ikke det å ta seg sammen som gjelder.

Analysen viser at flere av informantene alltid hadde tatt mye ansvar for andre, slik at kunnskap om og betydningen av grensesetting hjalp dem til å sette grenser for egen aktivitet i forhold til mennesker rundt seg.

Grensesetting – «Når er nok egentlig nok?»

Økt kroppsbevissthet og kontakt med egne følelser, sammen med opplevelse av hvordan symptomer og plager kunne ha forbindelse med spenning i pust og

muskulatur gjorde at informantene lettere så hva som kunne føre til økt spenning, og hva de kunne prioritere for å få overskudd og energi. For mange innebar dette å stille mindre krav til seg selv og å kunne sette grenser i forhold til andres krav og forventninger. Å bli i stand til å sette ord på opplevelser og følelser var et viktig element i positive atferdsendringer for informantene.

Det å bli kjent med kroppen og følelsene mine, - det var veldig til hjelp. Jeg er mer bevisst på å si fra når nok er nok, jeg har lært å prioritere. Jeg har erfart på kroppen at jeg ikke kan være så pirkete lenger, nå kan det være mere rot rundt meg uten at jeg blir stresset. Hun har fått meg til å tørre å si fra, tørre å si nei, det var vanskelig. Jeg er ikke lenger redd for å si fra hva jeg mener. Jeg fikk motet tilbake.

Materialet viser at informantenes helsetilstand etter avsluttet behandling var varierende. Noen var svært mye bedre, andre hadde fortsatt plager. Det som var felles for alle informantene var at de taklet symptomer og plager på en annen måte enn tidligere. «*Dette med pusten, når jeg tenker på det når det gjør vondt, da slapper jeg mer av, jeg takler det bedre. Det er en hard jobb å gjøre endringer i eget liv, men det er absolutt verdt det.*» Dette kan forstås som en viktig form for grensesetting, da det å få et repertoar til å påvirke spenninger og pust og derigjennom kunne påvirke smerter og symptomer, var for mange av informantene den viktigste erfaringskunnskapen de satt igjen med fra behandlingsprosessen i psykomotorisk fysioterapi.

Diskusjon

Analysen av informantenes opplevelse fra psykomotoriske behandlingsprosesser viser at det var to hovedtemaer som ble fremhevet: forholdet til terapeuten og deres økte bevissthet om egen kropp og egne reaksjoner. Disse to forholdene var grunnlaget for de kroppslige, kognitive og emosjonelle endringen som skjedde med dem i løpet av prosessen.

For å få til en god terapeutisk relasjon, må terapien bygge på samhandling, gjensidig tillit, trygghet og opplevelse av troverdighet og tilknytning (7; 8) og en klar opplevelse av terapeutens kompetanse (8). Analysen viser hvor avgjørende det første møtet mellom pasient og terapeut er, og hvor sensitive pasienter kan være overfor terapeutens holdning til dem. Et viktig aspekt ved det første møtet, er opplevelsen av å få nok tid til å fortelle sin historie og at terapeutene signaliserer at pasientens opplevelse av egen situasjon er betydningsfull. Dette er viktige aspekter i det å etablere en terapeutisk relasjon, da følelsen av trygghet er avgjørende for at det kan etableres tilknytning til terapeuten (9). Et minimum av allianse må være etablert før en er klar til å starte et endringsarbeid, da det å eksponere sin usikkerhet og sårbarhet forutsetter tillit til terapeuten, slik at unødvendig angst og forsvarsholdning ikke aktiveres (9). Det kan synes som om terapeutene klarte å skape et godt samarbeidsmiljø, ved at de fremsto som lyttende, undrende og uten ferdig utarbeide behandlingsopplegg, og at de ikke dominerte situasjonen ved å vise sin medisinske makt ut fra sin behandlerposisjon i pasient-terapeutrelasjonen (8). Ved å avstå fra denne ekspert-posisjonen, økte symmetrien i relasjonen. En terapeutisk relasjon preget av *Collaborative Work Relationship* vurderes av både pasienter og terapeuter som et av de viktigste faktorene i et godt terapeutisk samarbeid (3). Gjensidig tillit er her sentralt. Terapeuten trenger pasientenes tillit for å kunne utøve sitt fag, samtidig som terapeuten må vise tillit til og tro på pasientens bidrag inn i relasjonen. Det betyr at terapeuten må tro på pasientens engasjement, samarbeidsevne, vilje og mulighet til å bidra inn i det terapeutiske prosjektet (3; 6; 8).

Psykomotorisk fysioterapi starter vanligvis med anamnese og en hel kroppsundersøkelse, basert på fysioterapeutenes biomedisinske fagkunnskap. I vurdering av funn fra undersøkelsen, settes opplevde symptomer og plager inn i ulike kontekstuelle og relasjonelle forhold som den enkelte pasient står i. Dette innebærer at pasienters innenfra-kunnskap, deres «kontekstuelle erfaringskunnskap» (7;10), blir innlemmet i prosessen. Analysen viser at kombinasjonen mellom naturvitenskapelig fagkunnskap og kontekstuell, relasjonell erfaringskunnskap ble opplevd som meningsfull av pasientene. De forsto hvordan emosjonell belastning og fysiske symptomer og plager kan være forbundet. Følelse av sammenheng og mening er viktige elementer i et helsefremmende arbeid (11).

Rudebeck (12) beskriver hvordan vi tar kroppen som en selvfølge så lenge vi er friske og ikke har nevneverdige problemer, men at sykdom og plager gjør at kroppen ikke lenger er «taus». Når symptomer og plager melder seg vil det smertefulle og vonde være det som fyller vår bevissthet. Analysen viser hvordan pasientenes opplevelse av kroppen hadde endret seg i løpet av behandlingsprosessen. Fra tidligere å være fokus for smerter og negative opplevelser, ble kroppen etterhvert en kilde til innsikt i egne reaksjonsmønstre. Begrepet kroppskontakt hadde fått nytt innhold for informantene, og materialet viser hvordan deres kroppsbevissthet ble en grunnleggende faktor i å forstå seg selv og sine egne reaksjoner. Analysen av materialet viser at prosessene har vært preget av gjensidig oppmerksomhet på pasientens kroppslige og følelsesmessige reaksjoner underveis, og at det gradvis ble satt ord på hva disse reaksjonene kunne representere. Det synliggjøres her hvordan evnen til selv-forståelse og mentalisering økte gjennom fokusert oppmerksomhet på kroppslige fenomener (9).

Det kan synes som om den psykomotoriske behandlingsprosessen var preget av anerkjennelse og et jeg-du forhold, dvs. subjekt-subjektforhold i en symmetrisk relasjon (13). En anerkjennende væremåte bidrar til at den enkelte selv får «eie» sine opplevelser, og dermed legge grunnlag for undring og utforskning av seg selv, noe som er vesentlig for utvikling av selvtillit, selvaktelse (13) og utvikling av selv-identitet (14). Det er en tett sammenheng mellom disse begrepene, og identiteten er ikke en «ting» som er fast og uforanderlig, men en prosess som er under konstant revisjon og avhengig av hvordan vi fortolker oss selv og hvilke relasjoner vi inngår i.

Konklusjon

Materialet beskriver terapeutiske møter mellom pasienter og psykomotoriske fysioterapeuter der pasientene opplevde at de fikk nok tid til å bli sett og hørt, og der terapien var preget av å være et felles utprøvende prosjekt. Kombinasjonen mellom kroppsbehandling, terapeutisk samtale og egen aktivitet ble fremhevet som betydningsfull. Materialet viser at økt kontakt med og bevissthet på kroppen, tanker og følelser og hvordan dette kan sees i sammenheng med egne relasjonelle forhold, var ny og viktig erfaringskunnskap for pasientene.

Informantene i disse to prosjektene var tilfredse med behandlingen. Det er forholdsvis få informanter som ble intervjuet. Det er derfor et behov for videre utforskning av flere sider ved pasienters opplevelser med psykomotorisk fysioterapi.

Kirsten Ekerholt

Spesialist i psykomotorisk fysioterapi

Førstelektor, Høgskolen i Oslo og Akershus

Referanser

1. Ekerholt K. Psykomotorisk fysioterapi, behandling og samhandling. Psykomotoriske prosesser belyst med pasienterfaringer. [Hovedfagsoppgave]. Bergen: Universitetet i Bergen; 2002.
2. Bergland A, Ekerholt K. Kvalitativ oppfølgingsstudie av brukeres erfaring med norsk psykomotorisk fysioterapi. Oppfølging av RCT studien Livskvalitet, smerte, mestring, fysisk, psykisk og sosial funksjon hos mennesker som har fått norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). Pågående studie. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus. Upublisert materiale.
3. Bachelor A. Clients' and Therapists' Views of the Therapeutic Alliance: Similarities, Differences and Relationship to Therapy Outcome. Clin. Psychol. Psychother. 2013; 20:118–135.
4. Denzin NK, Lincoln YS. The Landscape of qualitative research: Theories and issues. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 2000.
5. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. Scandinavian Journal of Public Health. 2012; 40: 795–805.
6. Bakke T. Virksomme faktorer i terapi. <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/oppsummert-forskning/virkosomme-faktorer-i-terapi>
7. Hatling T. Bærende relasjoner. <http://www.napha.no/content/13881/Relasjoner>
8. Grimen H, Terum LI. (red.) Evidensbasert profesjonsutøvelse. Oslo: Abstrakt forlag; 2009.
9. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stänicke E. Psykiatriboken: Sinn – kropp- samfunn. Oslo; Gyldendal Akademisk; 2010.
10. Hatling T. Psykisk helsearbeid som kunnskaps- og kompetansefelt. Tidsskrift for Psykisk helsearbeid. 2011; 8: 2:143-153.
11. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco; London: Jossey- Bass; 1979.
12. Rudebeck, CE. Grasping the existential anatomy: The role of bodily empathy in clinical communication. I: Tombs K.: The phenomenology of the body. Utrecht: Kluwer Academic Publishers; 2001.
13. Løvlie Schibbye AL. Relasjoner. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
14. Zahavi D. A Distinction in Need of Refinement. I: Fuchs T, Sattel HC, Henningsen P. The Embodied Self. Dimensions, Coherence and Disorders. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2010.

NÅR PASIENTEN ER UTRYGG

GENERELLE BETRAKTNINGER OG EN PASIENTBESKRIVELSE

Einar Hafsaahl

Innledning

Min erfaring som psykomotorisk fysioterapeut siden 1986 tilsier at ikke alle pasienter som kan ha nytte av psykomotorisk fysioterapi (PMF), tåler en tilnærming med undersøkelse og behandling i sittende – stående - og liggende stilling tidlig i behandlingsfasen. At de er for avkledd kan også bli en for stor påkjenning. Det er min erfaring med de svært utrygge personene jeg vil skrive om.

Alle forhold mellom pasient og terapeut er relasjonelle - jeg og du (1). Utrygge pasienter er sårbare i behandlingssituasjonen. Om de sitter, står eller ligger kan ha betydning for hvor trygge de er som pasienter. Hvor jeg befinner meg i forhold til dem og hvordan jeg beveger meg, bruker kroppen og snakker vil kunne virke inn på hvor trygge de er. Jeg må improvisere gjennom dialog med hvordan pasienten reagerer under behandling. Hver time kan bli forskjellig og er uforutsigbar.

I denne teksten vil jeg beskrive de utrygge pasientene generelt og i tillegg bruke en kvinnelig pasientkasus som jeg har valgt å kalle Mette. Jeg bruker ord som utrygg, engstelig og traumatisert om hverandre for å beskrive pasientene.

Utrygghet som fenomen

Utrygghet, tenker jeg, er en vedvarende tilstand ved personer som har utviklet seg gjennom vanskelige/traumatiske menneskelige relasjoner. Personene kan være traumatisert gjennom slag og/eller seksuelt misbruk, men de kan også ha blitt skadet gjennom å leve under truende og angstfylte forhold uten fysisk vold. De bærer sin utrygghet med seg i det daglige liv; både i relasjonelle situasjoner og når de er aleine.

Jeg må observere hvordan pasientens væremåte endrer seg under behandlingen. Hvis jeg fysisk forflytter meg, sier noe eller foretar meg noe annet som endrer pasientens ansenhet/utrygghet, må dette trekkes inn i behandlingen som en bevisstgjøring overfor den andre. Jeg kan for eksempel merke at pasientens blick viker; enten ved at hun ser bort eller ned. Kroppen hennes stives av, pusten holdes og blir mer overfladisk.

Hun kan knytte hendene sammen, krysse beina eller samle knærne tett sammen. Disse reaksjoner kommenteres gjerne ved spørsmål først om den andre merket endringene, og så eventuelt hjelpe henne til å kjenne etter hva som skjedde.

Hensynet til den utrygge

Utrygge personer reagerer forskjellig ut fra deres egne erfaringer knyttet opp til traumer, såkalt åstedsspesifikke reaksjoner (2). Noe ved behandlingen kan assosieres til et tidligere traume. En situasjon i behandling som oppleves trygg for en pasient, kan utløse sterk engstelse hos en annen pasient. Med situasjon mener jeg for eksempel hvordan vi sitter eller står fysisk i forhold til hverandre, eller hvordan jeg berører fysisk/masserer personen.

Hva kjennetegner disse pasientene?

Mange av pasientene har smerter fra hele kroppen. De er i en uavbrutt beredskap overfor en mulig fare. Smertene er ofte rent muskulært betinget, noe som kommer til uttrykk gjennom mine funksjonsprøver og palpasjon knyttet til PMF.

De er ofte svært utrygge tidlig i behandlingsforløpet. De har ikke satt tilstrekkelig grenser for andre og utsetter seg for fysisk og psykisk ubehag i behandling, hvis de ikke får motforestillinger. De kan gå inn i en pasientrolle der de gjør hva de tror blir forventet av dem, og da blir de mer utrygge. De utsetter seg for påkjenninger som gir engstelse eller uro, siden de underordner seg behandling. «*Dette må jeg tåle*», sier de. «*Nei*», sier jeg. «*Kjenn hvordan du reagerer, kjenn på ubehaget. Trenger du å utsette deg for dette? Hvem bestemmer over din kropp*», sier jeg. De som reagerer sterkest i behandlingssituasjonen, har svært traumatiserte livshistorier.

Trygghet i relasjonen

Pasientenes utrygghet kan «smitte» over på meg og jeg må konsentrere meg for å beholde roen. Det skjer en overføring. Trygghet er et nøkkelord, og det tar tid å opparbeide tillit i sammenhenger der pasienter har opplevd gjentatte tillitsbrudd (3). Hvorfor skal de stole på meg som de ikke kjenner, tenker jeg. De prøver å være rasjonelle og si at jeg er en behandler som vil hjelpe. Kroppen formidler ofte noe annet enn ordene deres. De vil samarbeide og tilpasser seg ofte hva de tror jeg forventer. Jeg forsøker å bevisstgjøre dem på hvordan de kommuniserer med kroppen; hva de formidler av pust, muskulær anspenthet og øvrige kroppslige uttrykk. At de kan godta

og utforske egen utrygghet. De skal ikke trenge å forestille seg, men kjenne etter om det er samsvar mellom deres kroppslige uttrykk og ordene. Å innrømme utrygghet er ingen svakhet, men ofte jobber vi med at de må akseptere og ikke fordømme eget reaksjonsmønster.

Om samarbeid med andre

Mange pasienter har gjennomlevd store traumer. Mye kan være kaotisk og ubearbeidet. Verst er det ved store traumer fra barndoms - og ungdomstiden; skadene er da større (2). Det kan derfor være nødvendig med samarbeid med psykolog/psykiater. Pasienten jeg skal skrive om er i behandling hos psykolog.

Det første møtet

Enhver undersøkelse begynner med at jeg kommer ut på venterommet til det første møtet for å møte den nye personen. Vi presenterer oss for hverandre. I møtet med den andre observerer jeg hvordan den andre reagerer på meg. Har vi blikk kontakt eller ser pasienten ned? Håndtrykket er vår første fysiske berøring og hvordan er det? Hvor mye av den annens hånd kommer jeg i kontakt med, får jeg kjenne på? Slipper den andre meg helt inn i sin hånd, eller er det bare det ytterste av hånden jeg får kontakt med? Hvor hardt trykker personen meg i hånden? Hvor tett er håndtrykket og hvor lenge holdes det? Jeg forsøker å tilpasse meg den andre og ikke være den som bestemmer, men om mulig la den andre velge hvor mye av hånden jeg skal få kjenne på og hvor nært og hvor lenge kontakten mellom oss skal vare. Allerede her kan jeg få en mistanke om at den andre er svært utrygg. Anspenheten hos den andre kan ha tiltatt fra personen reiste seg fra stolen og vi tok hverandre i hånden. Kan full undersøkelse med PMF bli for krevende? Dette må jeg ha i tankene. Jeg kan ha fått en mistanke om at visse deler av PMF må utelates inntil videre.

Mette - En pasient

Hun møtte blikket mitt første gangen jeg så henne på venterommet. Håndtrykket til kvinnen, som var ung, var fast; men med en viss skjelving. Mette gikk noe nølende inn i behandlingsrommet, og øynene hennes tok undersøkende inn hele rommet. Overkroppen holdt hun ganske stivt og oppstrammet, og hun beveget seg ufritt og forsiktig. Jeg lot henne gå inn først til mitt felles kontor - og behandlingsrom.

Rommet er om lag 25 kvadratmeter stort og med ekstra takhøyde. Kontoret ligger i tredje etasje og har to rekker med vinduer over hverandre. Vinduene sees med en gang man kommer inn. De nederste vinduene har lukkede persiener grunnet innsyn, men de øverste vinduene har fri utsikt mot himmelen. Lengst vekk fra døren er et kontorbord med en stol på hver side av bordet. Her sitter pasientene når jeg tar opp anamnesen første gangen. Pasienten sitter med ryggen mot utgangsdøren, men likevel nærmest utgangen. Midt i rommet står behandlingsbenken. Til side for benken er en krakk for pasienten under behandling, som av og til byttes ut med stoler med ryggstø. Personen sitter enten med ryggen mot vinduene eller mot en vegg. Det er mulig med en fri passasje mot døren, avhengig av hvor jeg setter meg. Beskrivelsen av rommet er viktig i denne sammenheng fordi jeg utnytter rommet og møblene på bestemte måter i behandlingen av den svært utrygge pasient.

Anamnese

Anamnesen blir tilpasset den enkelte. Det er gjerne åpne spørsmål, slik at den andre kan velge hvor privat og personlig svarene er (4). Private spørsmål om familieliv kan være krenkende og invaderende. Ofte lar jeg de fortelle uforstyrret om seg selv. De kan trenge å fortelle uforstyrret sin historie. Jeg lar ofte pasienten fortelle fritt om sine plager. Hele tiden observerer jeg den andre sin kropp. Skjer det endringer i kroppen mens de forteller? Hva skjer hvis de forteller om noe ekstra vanskelige fra livet sitt; gjenspeiles dette i endringer i pasientens stemme og pust? Anspenner de seg ved måten de endrer stillinger på armer, bein og overkropp?

Mette under anamnesen

Mette og jeg ble sittende overfor hverandre med skrivebordet mellom oss. Hun holdt overkroppen uendret stiv og lente seg ikke bak mot ryggstøet. Under anamnesen fortalte hun om store påkjenninger i oppveksten i forhold til begge foreldre. Mette hadde vært utsatt for slag mot store deler av kroppen i hjemmet under oppveksten med en svært uforutsigbar mor. Hun ble ikke merkbart mer anspent mens hun fortalte. Mette hadde en lengre utdanning og var i 50 % jobb og 50 % AAP. Hun var gift og trygg sammen med mannen. De var uten barn. Mette hadde mye smerter rundt i kroppen som vekslet mellom å være lokaliserte i nedre og/eller øvre del av kroppen. Smertene i kroppen var årsak at hun ikke var i full jobb.

Generelt om kroppsundersøkelsen

Etter anamnesen fortsetter kroppsundersøkelsen i en annen del av rommet. Jeg lar alle pasienter beholde sine inneklær på under undersøkelse og behandling i sittende og stående stilling. Klærne er for mange en nødvendig beskyttelse i begynnelsen. Å være avkledd innebærer å være sårbar og forsterker asymmetrien i maktforholdet mellom meg og pasienten. Først forut for en eventuell undersøkelse på benk skifter de. I forhold til avkledning er mange pasienter ambivalente. De er klar til å kle av seg hvis de tror jeg forventer dette, og at behandlingen så kalt krever dette. Hvis de kan fritt velge, foretrekker utrygge kvinner å beholde klærne på. Flere kvinner, og særlig de unge, velger å skifte bak et skjerm Brett. De tar på seg en shorts. Noen foretrekker å ha en joggebukse som de kan rulle opp slik at nedre del av lårene blir synlig sammen med leggene. Noen vil gjerne ha en singlet på overkroppen. Jeg velger av til å stanse med videre undersøkelse etter undersøkelse med pasienten på krakk, men jeg kan også stanse etter stående undersøkelse og således utsette undersøkelse på benk. Jeg fortsetter ikke hvis den andre blir for utrygg, noe som viser seg i reaksjonsmønster med tiltakende muskulær anspenhet og en mer utrygg/ overfladisk pust. Dette blir likevel mitt subjektive valg, fordi pasientene sjeldent sier tydelig i fra på et tidlig stadium i behandling.

Kroppsundersøkelsen av Mette

Hun satte seg på krakken og jeg satte meg et stykke unna på en krakk med hjul; på skrått overfor henne slik at hun hadde fri passasje til utgangsdøren. Hun var nå mer anspent enn under anamnesen. Hun pustet mer urolig og blikket var mer flakkende. Flyttet jeg krakken nærmere, ble hun mer anspent i kroppen. Knærne hennes kom tettere sammen. Jeg flyttet meg lengre unna igjen til pusten roet seg. Vi snakket om hennes reaksjon. Hun hadde kjent økt trykk i brystet og tilløp til hjertebank da jeg kom for nære. Dette avtok igjen gradvis da jeg fjernet meg. Vi fant ved å prøve ut at den trygge avstanden var flere armlengder mellom oss. Hun satt fortsatt oppstrammet i ryggen og ikke ned på krakken, men som på nåler. Fingrene var knyttet tett sammen og knærne var presset mot hverandre. Krakk var ikke greit, tenkte jeg. Hun måtte få prøve en stol med ryggstø.

Jeg har to stoler; den ene stolen er i støpt plast og omslutter personen bak og på sidene. (Eames plastic arm chair daw). Mette fikk prøve denne første og en annen stol

med ryggstø. (Panton one). Den siste stolen var hun tryggest i. Hun lente seg likevel fortsatt ikke inn til stolryggen. Da hun, etter oppfordring, lente seg bakover ble pusten mer overfladisk og hun kjente mer trykk i brystet. Så fant jeg en pute hun kunne ha i ryggen. Da ble hun sittende rett opp og ned i ryggen og hun pustet roligere. Alt dette hjalp, men for at hun skulle slappe bedre av måtte hun sitte nær veggen, fant jeg/vi ut. Mette kunne i den forbindelse fortelle at hun mislikte å ha noen bak seg. Dette gav mening for oss begge. Hvor skulle jeg gjøre av meg? Dette med avstand var avklart. Mette visste hvor nære hun ville ha meg. Hun kjente det på kroppen og jeg kunne registrere det på måten hun pustet eller anspente rygg, armer og bein. Hva med min plassering i rommet? Hun måtte ha fri tilgang til utgangsdøren og jeg satte meg derfor rett overfor henne slik at jeg ikke befant meg mellom døren og henne. Skulle jeg sitte bak benken med kun overkroppen synlig? Nei, hun ville se hele meg. Hva mer skulle til for å roe henne ned? Beina var fortsatt tett samlet. Hun fikk et teppe over beina, og da kunne hun slippe knærne mer fra hverandre. Hjemme hadde hun gjerne et teppe over beina, kunne hun fortelle. Jeg var kjent med bruken av teppe før på utrygge pasienter som en del av tildekking og beskyttelse.

Gjennom hele denne prosessen ble hun gradvis roligere i samklang med en dypere pust. Teppet hadde hun trukket helt opp under armhulene. Naturlig nok brukte vi tid på å finne ut av alt dette, men vi hadde en god kommunikasjon under hele forløpet. Vi hadde utforsket det hele med en gjensidig nysgjerrighet, og Mette hadde også en humoristisk sans som gjorde at hun kunne le av alle disse hensyn som måtte tas for at hun skulle ha det best mulig. Nå var utgangsstillingen klar for videre øvelser. I stående stilling kjente hun seg for blottlagt. Undersøkelse og behandling i liggende stilling ble også utsatt.

Generelt om behandling av pasienter i sittende stilling

Pasientene kan bli mer anspent mens de gjør øvelser i sittende stilling. De kan kjenne seg svært ufri mens de sitter. De kan skifte stilling eller stol, foreslår jeg. Noen velger å forlate krakken og kryper opp i en stol med beina under seg. Mange liker stolen med karmen rundt. Noen vil ha et teppe over nedre del av kroppen. Flere av dem reiser seg fra stolen og går litt rundt i rommet før de eventuelt setter seg igjen. Jeg spør hvor de ønsker jeg skal være. «*Bare bli sittende hvor du er*», sier de fleste. Mange roer seg ned etter å ha gått litt rundt i rommet og kan fortsette behandling med øvelser på krakk.

Noen blir likevel sittende i stolen med teppe over seg. Behandlingen avrundes med samtale rundt det som har skjedd eller om det er noe annet de vil fortelle.

Om øvelser i forhold til den utrygge. Grensesetting

Ofte vil den utrygge pasienten samle seg omkring midten av kroppen; armene føres sammen inn mot kroppen, beina samles inn til hver andre, eventuelt krysses og overkroppen bøyes ned. Hos min kasuistikk var overkroppen oppreist og oppstrammet, men hun kompenserte for åpenheten ved ofte å dekke overkroppen med et teppe. Alle bevegelser som får pasienten ut av denne sammentrukne stilling vil kunne oppleves truende. Øvelser kan derfor forsterke pasientenes utrygghet. Det betyr ikke at jeg lar være å bruke øvelser i slike sammenhenger, men det er viktig å tilpasse øvelsene slik at reaksjonene til pasientene ikke blir for sterke og ubehagelige. Å senke hodet for langt ned innebærer tap av synskontroll, og dette kan for mange bli for ubehagelig og gi sterke reaksjoner. Da er det mulig å prøve ut små bevegelser av nakken slik at pasienten kan beholde synskontrollen. Sidebøyning av hodet innebærer også tap av kontroll.

Å strekke en eller begge armer frem kan medføre tap av kontroll for pasienter. Helst vil de ha armene samlet tett inn til kroppen. Likevel kan de gjerne strekke en eller begge armer noe frem uten å bli for anspente og urolige. De kan gjøre øvelsene en eller få ganger. Ved for mange gjentakelser blir de kanskje mer anspente. Gjennom utprøving kan de lære noe vesentlig om hva de er komfortable med.

Jeg er opptatt av armenes bevegelse. Nølende og ujevne bevegelser forteller ofte om utrygghet, men denne måten å bevege på kan samtidig forsterke deres utrygghet. Utrygg måte å bevege på kan forsterke utryggheten. Er det mulig å bevege armene mer beslutsomt? Ofte kjenner ikke disse pasientene etter om øvelsen gjør dem mer anspente og utrygge. De unnlater å gi beskjed om kroppslig ubehag. Jeg tar «pasientens parti» gjennom opphold i øvelsene og forsøker å lede deres oppmerksomhet mot de endringer i kroppen som har skjedd. Det er en læring og bevisstgjøring i dette som er mer på å tilpasse bevegelser etter egne grenser, behov og ønsker.

Kasustikk med Mette fortsetter

Mette begynte med øvelser i sittende stilling. Hun gjorde en for stor bevegelse da hun senket hodet fremover, og hun ble mer anspent i hele kroppen. Skulle hun unngå å bli stivere og mer urolig i kroppen, måtte hun bare gjøre en nikkebevegelse. Hun jobbet med å strekke en og en arm ut fra kroppen. Jeg lot henne prøve ut ulike måter å strekke armen/armene frem på ved å vise først. Hennes venstre arm var under bevegelse mer nølende enn høyre arm. (Dette har blitt stående som et mønster, uten at vi har funnet noen forklaring så langt på dette). Det var godt for Mette å ikke strekke albuen helt ut i noen av armene. Samtidig kjente hun seg tryggest ved å kombinere strekk av albu med dorsalfleksjon i håndledd og ekstenderte fingre. Gjennom vår samtale om valg av bevegelse, forstod hun at også at denne bevegelsen markerte en stopp for en mulig tilnærming fra en annen.

Behandling på benk

Det er viktig at den utrygge personen er mentalt til stede. Under behandling på benk kan indre uro og angst lettere blusse opp. Jeg har ikke lenger samme kontakt med dem når blikket blir fjernere, pusten mer urolig osv. Det gjelder å komme personen til unnsetning, hvis de ikke selv tar affære. Jeg oppfordrer ofte personen til å reise seg opp på benken. De kan få vann å drikke. Evnen til å tenke klart og selvstendig hos pasienten er ofte svekket. Registrerte personen hva som skjedde kroppslig? Tenkte han/hun på noe? Pasientenes egne ord om opplevelse av det som skjedde kan skape klarhet, ro og orden. For å gjenvinne kontroll og trygghet, kan det være nødvendig for pasienten å komme ned av benken og kle på seg. Jeg kommer med oppfordringer om dette hvis det er nødvendig. Tankekjør og kaos kan roe seg ned hvis pasienten får komme ned på gulvet og sette seg opp i stol og få snakke fritt ut.

Fortsettelse av kasustikken

I løpet av våren har Mette forsøkt behandling på benk i ryggeleie flere ganger. Hun har alltid ligget høyt med hodet for å følge med som skjer under behandling, ikke minst følge med på mine handlinger. Hun har alltid hatt en trøye som dekker overkroppen og en joggebukse som hun ruller opp. Jeg har vært nøye med hvordan jeg har stått/sittet i forhold til henne, og jeg har fortalt i forkant hva jeg har tenkt å foreta meg. Viktig har det vært det at hun har hatt fri passasje til døren. Hun må oppleve at det venstre beinet som er nærmest døren må være fritt. Hun må ikke oppleve å bli holdt fast. Det må kun

være en hånd på venstre beinet, men jeg kan ha to hender samtidig på det høyre beinet. Samtidig må det være et løst grep.

I perioder med mer anspenhet, som følge av økte påkjenninger i hverdagen, sløyfes behandling i liggende stilling. Over tid, i trygge perioder, har hun kunnet senke hodet lenger ned i sittende stilling uten å bli mer anspent. Hun har kunnet bevege armene mer i ulike retninger med mer styrke og besluttsomhet. Pledd over kroppen, har hun i trengt i mer utrygge perioder. Da kan hun finne på det selv og reiser seg og henter det.

Mette har gitt stadig tydeligere beskjed om hva og hvor lenge hun vil prøve ut av ulike behandlingstilnærminger. Hun har blitt modigere og våger å gi tydeligere beskjed i hverdagen om hva som er greit og ikke i forhold til medmennesker. Hun lytter og er mer i kontakt med hva kroppen formidler.

Min presenterte kasuistikk er foreløpig tidlig i behandlingsfasen, men jeg tror at hun etter hvert kan bli trygg nok til å tåle stadig mer omfattende og langvarig behandling på benk uten å bli mer anspent.

Ideelt bør personen få roet seg mest mulig ned før hun/han forlater timen. Den frie og oppsummerende samtalen kan være en god måte å avslutte en time. På min kasuistikk har dette fungert godt. Vi har hatt tid til at hun har kunnet snakke fritt om hvordan timen var, og hun har vært roligere på vei ut av behandlingslokalet enn når hun kom inn.

Sluttord

Gjennom pasienten Mette og den generelle omtale av utrygge pasienters ulike reaksjonsmønstre, har jeg forsøkt å si noe om hvordan mitt nærvær, oppførsel og plassering i rommet påvirker disse pasientenes trygghet. Min erfaring er også at rommets størrelse og utforming sammen med pasientenes mulighet for valg av krakk eller stol, kan ha betydning for hvor godt disse pasientene faller til ro. På sikt har jeg erfart at de fleste av disse utrygge pasientene gradvis kan utfordres mer og mer på den gode behandling som PMF er. De blir såpass trygge at de i gode perioder kan slippe opp mer av den muskulære anspenhet og bli friere i pusten mens massasje og øvelser for hele kroppen pågår i liggende stilling. I så måte er behandlingen i en kontinuerlig utvikling.

Einar Hafsahl
Spesialist i psykomotorisk fysioterapi
Hafsahl Fysikalske Institutt, Sandnes

Referanser

1. Gretland A. Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid. Bergen: Fagbokforlaget; 2007.
2. Kirkengen AL og Næss AB. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. 3 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2015.
3. Grimen H. Hva er tillit? Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
4. Thornquist E. Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. 2. utgave. Oslo: Gyldendal forlag; 2009.

GUTT MED SPENNINGSPLAGER - EN FORTELLING OM ET BARN I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

Ingeborg Hanssen

Jeg har vært heldig som over flere tiår har sett Gudrun Øvreberg behandle barn. Det var tidligere ingen selvfølge at barn kunne nyttiggjøre seg psykomotorisk fysioterapi. Men det har Gudrun Øvreberg viselig både demonstrert for sine kollegaer og skrevet om (1-3).

I de siste to-tre årene har vårt institutt, Harstadhamn Psykomotorisk fysioterapi, erfart en økt henvisning av barn og ungdom. Det er ansente unge mennesker som har et sammensatt symptombylde. Ofte handler det om smerter i kroppen; spesielt mage-smerter, hodepine og slitenhet. Over tid gir plagene ringvirkninger som forstyrret søvn, og for flere betyr dette en gradvis uteblivelse fra skole og fritidsaktiviteter. I det følgende vil jeg fortelle om et behandlingsforløp som startet med slike spenningsplager.¹

Kristian, snart 9 år, ble henvist til psykomotorisk fysioterapi for et par år siden. Han gikk hos meg i 3/4 år over 12 ganger. Legen som henviste, hadde ringt instituttet og bedt om en snarlig vurdering. Situasjonen for 9-åringen var blitt vanskeligere. Denne gutten kom seg lite på skolen fordi han ofte hadde hodepine og smerter i kroppen. I tillegg hadde han et problem med sin prating. Han ble ertet fordi han ikke snakket rent. Diverse undersøkelser hadde ikke gitt medisinske funn. Legen ønsket nå at en psykomotorisk fysioterapeut skulle undersøke gutten for å finne ut om hans problemer hadde noe med anspenning å gjøre.

Kristian kommer til første timen sammen med sin pappa. Inne på behandlingsrommet har jeg ordnet til med tegnesaker og småting; små baller, pøller, krakker og matter. Jeg prater først med Kristian. Vi lager en stor tegning av en kropp, det skulle være hans kropp. Så får han fargelegge og peke på tegninga hvor han har vondt. Innimellom forteller pappa litt om hverdagene og om situasjonen med skolefravær. Jeg spør Kristian om det pappa sier. Om han kan peke på hvor de leggkrampene kommer, de som pappa forteller om. Slik får jeg hans versjon og jeg får høre hvordan det er når han snakker. I løpet av denne første timen får jeg sett litt på beina i lek på matte med en liten pigball. Oppå benken får han vise hvordan han kan rulle seg sammen og

¹ Pasienten er anonymisert.

strekke seg ut. Jeg får også glimt av hans spenningsmobilisering når han konsentrerer seg nøye om noen streker på tegninga og mens han strever med å løse opp en knute på et putebånd. Timen går fort. Før vi avslutter viser jeg han trimrommet. Jeg forteller at han neste time kan ta med gymshorts, så kan vi være i det store lyse rommet vårt. Jeg ser tydelig gløden i øynene når han ser de store ballene, ballongene og alt vi har der.

Denne ene timen gir meg noe innblikk i Kristians problemer. Han har vondt i kroppen. Han fargelegger selv med skarpe røde farger - angitt som vonde partier - på leggene, armene, kinnene og hodet; «*under håret*» som han selv sier. Han strever litt når han prater. Hans pappa forteller at pratinga har forverret seg de siste par måneder. Uttalen av hvert enkelt ord er utydelig. Hjemme forstår de hva han sier, men på skolen har de problemer. Han kan også stoppe opp i setningene, glemme seg bort på hva han skal si og kommer ikke videre. Kristian bruker lang tid på å få sove om kveldene. Det blir ofte langt på natt før han sovner. Dette begynner å slite på de andre hjemme. Foreldrene har observert at han gnager tenner når han sover. Det gjorde han aldri før. Han er ofte kjempetrøtt om morgenen og det er blitt vanskeligere å få ham avgårde på skolen. Kristian klager mest på vondt i hodet og i beina. Han er helt ute av form og vil ikke være ute å leke.

Andre time er vi først i trimrommet. Jeg lager til forskjellige leker. Særlig liker han *Pippileken*² med regelen om ikke å komme borti gulvet, når matter, baller og puter er strødd utover. Jeg får også se han balansere på luftputer og gjør noen balanseutfordringer på de store ballene. Vi bygger tårn med krakkene. Han blir engasjert og varm, ordene hakker litt, men det stopper ham ikke.

Vi avslutter denne timen på behandlingsrommet. Jeg får undersøkt beina og hjelper han med tøyninger av legger og lår. Helt forunderlig så roer han seg fint. Kristian sier spontant at beina blir så gode og varme av det jeg gjør og det finnes ikke vondt. Jeg foreslår at neste gang skal jeg lære pappa hvordan han kan hjelpe Kristian med tøyning av leggene. Som hjemmeoppgave gir jeg Kristian en øvelse for tunga. Han skal sirkle tunga rundt og rundt inne i munnen og strekke den ut av munnen når han ser på i

² Pippileken er som den leken Pippi Langstrømpe laget av å komme seg rundt i rommet uten å være borti gulvet. Pippi brukte bord og stoler og seng og taklampe. Vi legger utover på gulvet i gymsalen puter og matter, piggballer og krakker.

speilet, gjøre dette flere ganger f.eks. etter at han har pusset tennene. Jeg viser også Kristian sin pappa hvordan dette gjøres. Det blir mye latter. Kristian prøver iherdig og sier: «*Dette er rare greier*».

I denne timen har jeg fått litt mer oversikt. Jeg observerer Kristian sin motorikk. Han har på seg shorts og har bar overkropp. Han belaster venstre og høyre side jevnt, fin balanse, med gode diagonale bevegelser i armer og bein. Han er godt og jevnt bygget. Men det er ikke til å unngå å se hans brystkasse. Han er heist opp i skuldrene. Han er på innpust med et søkk innover i magen. Kristian blir fort sliten. Når han blir sliten kommer det frem både kremting og presset svelging og pratinga blir mer lukket med en litt uklar uttale.

Tredje time er vi halve tiden i trimrommet og halve tiden inne på behandlingsrommet. Kristian er nå blitt mer kjent og virker tryggere. På slutten av denne timen får jeg kjenne på armer og ryggen, undersøke litt oppover nakken og hodebunn. Jeg lirker litt og leder ham inn i sirkelbevegelser for skuldrene og får han til å strekke ut i armene. Hele tiden observerer jeg hans pust, prat og behov for pauser. Og som det ofte skjer; han strekker hele seg og gjesper så usigelig. Pappa ser på og smiler. «*Jøss, det så godt ut*», sier han.

Så viser jeg pappa hvordan han kan massere beina og hjelpe Kristian med øvelser for å få mere strekk i leggene. Kanskje de kan gjøre dette før sengetid for å se om det hjelper disse vonde og spente leggmusklene?

Jeg har nå undersøkt muskelkonsistens og observert pusten hans. For det første er Kristians leggmuskler noe av det strammeste jeg har kjent på et barn. Generelt er det også mye stram og kort muskulatur. Det kommer klart til syne når han sitter i langsittende på benken. Kristian har en brystkasse som er i innpust stilling, med et markert innhult område inn under brystkassen. Pusten kommer ikke særlig ned i magen. En dyp og fyllende pust blir bare observert når han gjesper så nydelig på benken. Skulderbuene er oppheiste, musklene i området står i et anstrengende arbeid. Begge halsmusklene på forsiden av halsen er tydelige. Kjevespennet er der, hodebunnen er øm og vond. Som de hjemme har observert, er dette spennet der når han sover. Kristian gnisser tenner og har en urolig søvn, - «*når han endelig sovner*» sukker pappaen. Ikke rart at Kristian klager på smerter. Han får kramper i leggene, blir fort sliten og er ute av søvnrytme.

Jeg noterer fra de neste tre timene at vi deler tiden mellom trimrommet og behandlingsrommet. På trimrommet bygger vi mye med krakker. Vi lager tunneller for å kripe gjennom. Piggballer og balanseputer blir lagt hulter i bulter. Sammen lager vi regler for hvor vi skal tråkke. Etter hvert finner han på nye aktiviteter og drar både pappaen og meg med i leken.

Inne på behandlingsrommet klatrer han rett opp på benken og etter hvert vet han akkurat hva han skal tøy. Leggene er allerede blitt bedre, - «*ikke så vonde*», sier Kristian. Han viser stolt at han er blitt sterkere i å strekke ut i begge knærne. I mageleie får jeg skjøvet ned korsryggen, rigger skulderblad og etter hvert masserer jeg litt på armer og bein. Jeg gjør ikke mange grep før han setter i gang med å gjespe og etter hvert strekker han på seg - helt ut til fingerspissene. Pappaen bare ler. Han forteller at Kristian sover bedre og at han har vært på skolen flere dager på rad nå.

Ut i neste timen går jeg gjennom «svelgeøvelsen»³ med Kristian og pappaen. Jeg har ut fra pustemønster og spenninger sett en litt tvungen ansent svelging. Jeg følger opp temaet etter leken i trimrommet. Setter frem tre glass med vann på et lite bord. Da forteller pappaen at Kristian ofte svelger i vrangen. De trodde at det var fordi han alltid har det så travelt og tygger for lite. Og at Kristian stadig klager på vond hals og som en klump i halsen. Legen har undersøkt, men der er ingen betennelse eller noe annet galt som er påvist. Så øver vi på å svelge vann. Jeg viser hvordan, og pappa og Kristian hermer: først åpne for pusten, så svelge, for så å slippe pusten med en lyd etterpå. Slik «melkesvelgelyd» som barn ofte gjør og som mange voksne gir seg selv etter en herlig slurk i bekken. Og så det viktige; vente litt slik at pusten får komme av seg selv. Kristian synes dette er morsomt, det med den lyden. Han overdriver litt, men kommer fint inn i øvinga med svelg og pusteslipp i riktig rekkefølge.

Den niende timen kommer Kristian tydelig glad og stolt til timen. Han forteller at han har fått en ny kompis; Resa. En gutt fra et annet land, han snakker ikke så godt norsk, men han er så god i fotball. Nå skal Kristian lære ham mange norske ord og så skal Resa lære ham noen lure triks i fotball. De var på fotballtrening dagen før. Han er et stort glis. Nå vil Kristian inn i det store rommet og sparke fotball. Vi løser det med å bruke ballonger. Jeg glemmer aldri denne timen. Kristian er så full av liv, finner på ting

³ Svelgeøvelse som skal fremme svelgrefleksjonen - hjelpe strupehodet ned i avspenningssposisjon.

og er konsentrert uten å hakke når han prater. Han blir ikke sliten, bare varm. Inne på benken lar han seg fint tøye og jeg får lirket til bevegelser både i armer og bein. Det er tydelig at han ikke er så øm i kroppen. Og stadig kommer gode gjesp. I denne timen viser Kristian meg hvor godt han får til å rugge tunga. «*Jeg er bedre enn alle de hjemme*», sier han.

Det går en stund til neste time. I mellomtiden har jeg snakket med pappa på telefonen. Han forteller at det er så bra med Kristian for tiden, han er mer aktiv og fornøyd, klager ikke på smerter og pratinga er bedre. Han sovner, god og trøtt om kveldene og han sover roligere. Kristian er opptatt av fotball og er mye sammen med sin nye kompis.

Den 12. og siste timen før sommerferien får Kristian velge hva vi skal gjøre i trimrommet. Det blir fotball med ballong. Fart og bevegelser. Jeg kan nesten ikke kjenne igjen gutten fra første time. Det samme er erfarer jeg med behandlinga på benken. Anspenheten er ikke der. Han er myk og ledig. Skulderbladene er bevegelige. Bein og armer kan strekkes fritt og han holder ikke i kjeven.

Som avslutning på timen tar jeg frem tegninga Kristian laget for 7-8 måneder siden. Han ser på den og sier: «*Det var da jeg hadde sånn vondt i hodet og hele meg*». Jeg spør om han kan tegne en ny tegning. Joda, han setter seg ved kontorpulten min, tegner en ny kropp, vel og merke med fotballtrøya på - med klubben sine farger. Og et stort smilefjes. Så tegner han en stor rød flekk på det ene kneet. «*Der har jeg vondt i dag, tippa på sykkelen i går...*», forteller han.

Jeg avtaler med pappaen at de kan ta kontakt med meg til høsten dersom ikke Kristian fortsetter fremgangen. Jeg har ikke hørt noe fra dem siden den gang.

Tanker ut fra historien med Kristian?

Kristian hadde på et vis dratt inn pusten, slik at brystkassen stod spent. Mulig var han bekymret og redd. Uten å tillegge for mange psykologiske forståelser, blir Kristian uroet av noe som setter ham i denne beredskapen. Uroen i kroppen og alle spenningene ble en vond sirkel. Han ble fort sliten, pustearbeidet var tungt og ga dårlig oksygenutveksling. Alt fra leggekramper til kjevespenninger gjorde det vanskelig å få kroppen i hvilemodus. Søvn ble et problem. Muskulaturen hos ham stod i spenn og ga forståelig nok smerter. Med spennet i kjeven, nakken og en tunge som ofte la seg oppe

i ganen, ble det tungt å prate. Negative bemerkninger fikk nok Kristian til både å bli lei seg og lite lysten på å være med de andre på skolen eller i fritida.

Med psykomotorisk fysioterapi fikk Kristian hjelp til å komme seg ut av anspenheten i kroppen. Han fikk sluppet pusten til, skuldrene kom ned og etterhvert slapp spennet i munngulv og kjeve. Han fikk til å bevege tungen igjen og artikuleringa kom seg. Beina ble ledige og gode. Og viktigst for ham i sin hverdag - han fant tilbake til leken og friheten i kroppen.

Og da er det mye som ordner seg.

*Ingeborg Hanssen
Spesialist i psykomotorisk fysioterapi
Harstadhamn Psykomotorisk fysioterapi, Harstad*

Referanser

1. Ottesen A. et al (2010/2014); Gudrun Øvreberg. Et liv i bevegelse. Dokumentasjon av psykomotorisk fysioterapipraksis, Deler og helhet i samspill. [Film]. Lillehammer; 2010/2014.
2. Øvreberg G. Psykomotorisk fysioterapi til barn? Spenningsnytt. 1991;27.
3. Øvreberg G. (2014) Psykomotorisk fysioterapi til barn". I Hanssen B, red. Bevegelse liv og forandring. 1997/2014. Oslo Gyldendal Akademisk/Trondheim: Fagtrykk

EGNE ERFARINGER OG PRAKSIS

Berit Ianssen

Denne teksten deler refleksjoner over egne erfaringer fra grunn- og videreutdanning som fysioterapeut og hvordan disse har gitt retning for faglig engasjement og klinisk praksis. De tidlige erfaringene fra 1980-tallet var rundt kroppssyn i fagfeltet, hvordan vi forholdt oss til kropp og følelser, hvordan pasienter ble fortolket inn i bestemte perspektiv og hvilke konsekvenser dette kunne få for den praktiske fagutøvelsen. Så beskrives elementer fra slik egen klinisk praksis utøves i dag, og refleksjoner over hvorledes praksisen har utviklet seg fra de tidlige erfaringene.

Grunnutdanningen

I over 35 år har jeg vært i fysioterapeut. Jeg husker ikke hvorfor jeg siktet meg inn på psykomotorisk fysioterapi (PMF), men dragningen startet på grunnutdanningen. Vi hadde Adel Bülow-Hansen i undervisningen en gang på skolen. Hun undersøkte tre medstudenter etter tur – mens de sto der framme alle – så vi kunne se forskjeller. Ellers husker jeg at lærerne fra PMF-feltet hadde et sterkt engasjement og en intensitet i sin formidling. Men de kunne også si ting jeg reagerte på. Vi hadde palpasjon av undersiden av overarmen (m.triceps), og læreren som kjente på meg sa – «*Si meg - har du ingen uvenner du?*». Kunne de et språk jeg hadde i kroppen min som jeg ikke kunne? En annen lærer undersøkte en medstudents rygg – «*Jøss - dette var en schizofren rygg!*».

Videreutdanningen

Etter noen år startet jeg på kursene som den gangen var en obligatorisk del av videreutdanningen. Jeg likte det, syntes vi lærte mye spennende ved å undersøke hverandre, lære av kurslederen og reflektere sammen. Noen ting likte jeg ikke. Det ene var når jeg var pasient og den andre øvde på meg, og pusten min slapp og den andre nesten stoppet opp – liksom understreket pustesvaret mitt. Jeg fikk åndenød etter hvert – ble forstyrret i det spontane og opptatt av pusten. Hvis hun i tillegg spurte – når pusten slapp – «*Hva kjente du nå?*», - ble det enda verre. Det jeg hadde kjent –

var at pusten slapp. Det var et for dårlig svar, tenkte jeg. Men jeg ville heller ikke anstrenge meg for å finne noen ord – det måtte komme naturlig. Den siste vanskeligheten – som egentlig handlet om det samme – var når vi skulle sitte i ring tilslutt etter kursdagen og snakke om hvordan det hadde vært. Det var ikke alltid det var så mange ord der. Ofte kom de senere – etter at det hadde gått litt tid.

Egenbehandlingen

Jeg pleide å ha time klokka halv ni på morgenen da jeg gikk i egenbehandling. En morgen jeg kom – kanskje 7. eller 8.gangen, spurte hun hvordan jeg hadde hatt det etter sist. Jeg fortalte det – tror ikke det hadde vært store ubehag. Og hvordan var det i dag? «*Ja – hm - jeg har egentlig ikke lyst på behandling i dag. Jeg kjenner meg så stram i kjevene – det er sikkert motstand mot den kroppslige omstillingen jeg er i*», sa jeg. «*Ja – det kan jo være. Hvordan har du det for tida?*», spurte hun. «*Jo – jeg sover litt lite – vårt yngste barn på ni måneder er så veldig urolig om natta nå – vet ikke helt hva det er. Så det blir veldig oppstykket søvn*». «*Ok. Ja – det å være i omstilling krever jo litt, så det kan jo også være derfor at du ikke har lyst på behandling i dag*». Åh – jeg husker dette så godt. Det var så – lettende. Ikke at det ikke nødvendigvis var motstand mot behandling – men dette at det var flere muligheter. Så arbeidet vi likevel gjennom timen – hun – med de trygge hendene – kjente – sjekket litt ut – arbeidet gjennom hele kroppen min. Og jeg hvilte i det.

Senere en av time spurte hun som vanlig – «*Hvordan var det etter sist?*». Jo – jeg fikk et sånt bilde av meg selv – det sto så tydelig for meg – jeg var i tiårs-alderen år – stod litt sjenert smilende på plena hjemme, i en lyseblå kjole, hårbånd, en blomsterbukett i den ene hånda og den lille pianoveska i den andre. Jeg skulle på avslutning. Sånn snill pike liksom. Vi snakket litt rundt det. Så fortsatte vi arbeidet fra sist.

En gang var Aadel Bülow-Hansen hos oss på instituttet, og vi fikk egenbehandling av henne. Da det ble min tur, sa jeg litt om hva vi arbeidet med for tida. Nå var det mere tranghet i halsen og i epigastriet. Ryggen var kommet mere i balanse, rumpa seget mere ned. Litt mindre løftet i brystet. Bülow stilte meg noen spørsmål jeg kjente hang sammen med der spenningene satt nå, og jeg svarte og reflekterte litt rundt det hun spurte om. Bülow arbeidet med hele meg og jeg hadde en sterk følelse av de trygge

øynene og hendene hendes – som fulgte med og kjente hva som var passelig. For meg.

Erfaringer og retning for engasjement

Da jeg tok PMF- eksamen i 1989, var det disse erfaringene jeg hadde med meg. Like etter kom Kirsti Monsens bok *Psykodynamisk kroppsterapi* (1). Boka tydeliggjorde det jeg hadde reagert på tidligere i fagfeltet. Jeg oppfattet at boka framstilte PMF som «bare» en kroppsbehandling – at man måtte lære samtaleterapi/psykoterapi i tillegg. Fordi det alltid *lå noe psykisk bak en muskelspenning*, som man måtte kunne samtale om. Jeg ble så opprørt. Hvordan kunne noen skrive noe sånt om dette faget – og om kroppen? Kroppen er jo meg – med alle følelsene mine! Ikke en ting!

Jeg skrev noe om dette – omtrent slik: «*Følelsene bor ikke et annet sted. De er den levende kroppen*» (2).

Jeg tenkte at en slik måte å forstå kroppen på, ville undergrave den fysioterapien jeg hadde erfart i utdanning og egenbehandling - som jeg hadde hatt sånt utbytte av selv på mange plan. Jeg tenkte også på pasientene jeg hadde. Hvordan de utviklet seg igjennom behandlingen. Jeg skrev litt mer:

*Det er som om man hele tiden skal behandle noe annet (de fortrengte følelsene) enn det man behandler (den levende kroppen), og man skal hele tiden se etter noe annet (det som ligger bak) enn det man faktisk ser. Det jeg prøver å si er at man beskriver hvordan man **tolker** funn. Man ser på kroppsholdning og ser for eksempel en forminskent bekkenhelning. Så «oversetter» man dette funnet til de mulige konflikter/fortrengte opplevelser dette kan være uttrykk for. Det er dette som systematisk gjøres. Kroppsfunnene er bare interessante i «oversatt»/tolket form. Denne fundamentale holdningen til faget, gjør at grunnlaget for å utvikle seg i det fysioterapeutiske arbeidet med kroppen blir vesentlig redusert. Man utvikler i stedet kompetansen på å arbeide med «oversettelsene». Pasientens manglende endring eller sterke ubehagelige reaksjon på psykomotorisk fysioterapi **kan** like gjerne si noe om vår dosering og manglende fleksibilitet, eller spesifisitet i kroppsbehandlingen, som at vi ikke snakker godt nok med pasienten.*

Det er som å skifte kunststart. I stedet for å trenge inn i dansens natur, utdype forståelsen for denne og bli en bedre danser, begynner man i stedet å skrive – om dansen – om dansens liv – menneskets liv, og blir forfatter. Da kan man ikke si at å skrive er noe mer enn å danse – det er noe annet (3).

Hvem er det jeg får henvist

I denne utforskingen av «dansen» gjennom årene - psykomotorisk fysioterapi i behandlingsrommet, er det hele tida bevegelse og endringer i praksisen. Det er et stort spenn i plager og vansker folk kommer med. Faget er en fordykning i fysioterapi og fysioterapi henvender seg bredt. Da jeg kom til småbyen jeg nå bor, i 1989, fikk jeg stort sett henvist de som var «gitt opp» av andre – og som hadde vært plaget veldig lenge. Det var det man trodde her at psykomotorisk fysioterapi kunne brukes til. Gjennom epikriser, pasienterfaringer og samarbeid med de andre aktørene i helsetjenesten i området, har spekteret blitt bredt i alder, plager og alvorlighetsgrad. Det er først og fremst fastlegene som henviser, men også leger i spesialisthelsetjenesten. I de senere årene er det kommet barn og unge fra idrettsmiljøene som plages med at de kaster opp når de blir veldig andpustne, eller som plages med pusten uten at det er astma. Vi har hatt konsultasjoner over en ganske kort periode, hvor vi oppdager bevegelsesmønstre og sammenhenger som de selv skjønner og kan arbeide med. Og gjennom dette lært seg hva de de kan gjøre når de kjenner at problemene er på vei. Det har gitt dem mindre plager.

Hva legger jeg vekt på første gang?

Jeg vil helst vite minst mulig om pasientene før de kommer første gang. Jeg pleier først å spørre om de kan si litt om hvorfor de kommer, hva de ønsker hjelp til – og om de har hatt noen spesielle plager opp igjennom årene. Alt etter hva de sier – følger jeg opp med nye spørsmål. Spørsmålene er ikke-vitende – altså jeg spør fordi jeg ikke vet svaret – men spørsmålet har en retning. Valget av spørsmål henger sammen med det de forteller og hva jeg det da tenker kan være nyttig å spørre mere om. Om de for eksempel forteller at hodepinen startet i voksen alder – spør jeg først om de hadde tannregulering eller mye øre, nese hals -problemer som barn eller ungdom. Fordi om

de hadde det – vet jeg ut fra erfaring at jeg kanskje kan finne bevegelsesmønster fra den tiden som har trigget i gang hodepinen i voksen alder – gjerne når voksenlivets påkjenninger starter. Om det er mere plager på forsida – mage, bryst, hals – kan jeg spørre når det startet - om det hendte noe spesielt på den tida? Jeg prøver å ha en følsomhet for hva de ønsker å fortelle og ha respekt for at historier kan få komme etter hvert – eventuelt. Det viktigste er å risse opp et bilde første gang – se litt hvor man kan starte. Så ut på gulvet – kanskje til vegg - på krakk – kanskje litt på benk. De beste førstegangstimene synes jeg er de hvor vi finner et lite spor å gå etter, en ny sammenheng – at de kjenner en forskjell – eller oppdager noe de gjør eller ikke gjør i kroppen. Det blir noe å gripe tak i – noe å arbeide videre med. Det kan være en veldig enkel ting. Det kan være bare å legge merke til det vi har oppdaget i timen – uten å gjøre noe med det – bare bli litt kjent med slik det er i hverdagen.

Et annet poeng den første timen er å prøve og gi et bilde av hva psykomotorisk fysioterapi er, gjennom det vi snakker om og det vi gjør. At det ikke handler om en årsak som gir en virkning. Men at alt er i en sammenheng. Om de for eksempel kommer med vondt i nakken og at de forteller om vonde opplevelser, så er det ikke nødvendigvis slik at den vonde opplevelsen fører til den vonde nakken – sånn direkte. At vi prøver å se og arbeide i en forståelse og praksis hvor flere elementene er viktige å arbeide med samtidig. Slik kan det bli en mer forståelig sammenheng i plagene og hvordan man kan komme seg videre. Å arbeide både med den vonde nakken og resten av kroppen som den henger sammen med – og snakke rundt det som er vanskelig, når man kjenner seg klar for det. Som et eksempel.

Timene videre

Timene starter alltid med at de setter seg på stolen og jeg på min krakk. Hos noen blir det annerledes – kanskje vi sitter på benken og ser ut vinduet. Eller de sitter på snurrekrakken⁴. Eller de vil kanskje stå/gå. Jeg spør hvordan det var etter sist. Både hvordan det kjentes i kroppen og hvordan de hadde det – om det var noe spesielt de tenkte på for eksempel. Veldig viktig dette – vite hva kroppen synes om det vi gjorde sist – slik at det er lettere å vite om man er på et passelig spor videre. Og så om det er

⁴ Varièr Move stol

noe spesielt i dag og hvordan de har det nå. Denne innledende samtalen varer alt fra et par minutter til lengre tid.

Min egen tidlige erfaring i feltet – på at jeg ble spurt – mens jeg lå på benken – og hadde et godt pustesvar – *Hva føler du nå?* og følelsen av å være langsom i det at det jeg kjente i meg fikk ord – gjør at jeg er veldig tilbakeholden med å spørre slike spørsmål når de ligger på benken. Dersom pusten går, med noen pustesvar i mellom – arbeider vi bare fredelig på benken. Om noe skjer – enten at pusten «stopper opp», de formidler ubehag eller begynner å gråte – da er det naturlig å spørre – ha dialog om det – endre litt. Kanskje fordi jeg arbeider mere på denne måten – blir starten på neste time veldig viktig – da sitter vi - i øyehøyde med hverandre – og snakker rundt det som eventuelt har dukket opp – tanker, fornemmelser, følelser, erfaringer og refleksjoner. Erfaringen fra studiedagene – *Jøss, dette var en schizofren rygg!* - har gitt en varsomhet for å fortolke funn og reaksjoner. Samtidig har vi lærdommen fra nevrofysiologien – kroppen fortsetter å gjøre det den er blitt vant til å gjøre når spenninger/mønster har stått over - var det tre måneder? At det å spenne seg er livsviktig – man gjør det for å beskytte seg – om det er på grunn av smerter fra bekkenproblemer eller spenninger på grunn av traumatiske erfaringer. Når de kommer til fysioterapi – kanskje med andre plager – og vi ser spenningsmønsteret – vet vi at det kan være mange grunner til at det er blitt slik – og den kunnskapen bærer vi med oss i møtet med pasienten. Det blir et annet utgangspunkt enn å fortolke funnene direkte.

Understøttelse

De siste årene er jeg blitt veldig opptatt av hvordan understøttelsen er for pasienten på benken. Jeg har begynt å understøtte mere. Ikke som en regel – men det skjer ofte - der det blir naturlig. I framliggende er det ikke lenger bare den lille puta under magen – nei – ei vanlig hodepute – som legges fra hoftekam og helt opp i øvre thorax-området. Da blir det ikke så mye strekk på brystets forside og det blir ikke så ubehagelig i nakke/hals når hodet ligger til siden. Det gjør det lettere å bruke tid på å arbeide på denne siden av kroppen. I ryggleie – etter at lumbalcolumna er trukket godt ned av pasienten, eventuelt ved hjelp fra meg, har jeg begynt med – ikke bare en liten pølle under knærne – nei – gjerne den samme puta fra framliggende – og noen ganger

– hvor det er veldig kort på bolens framside – ei hel dyne som brettes slik at den ligger oppunder rumpeskalken, under lårene, knærne og leggene. Derved tipper ikke bekkenet opp når bena legges ned, bena får mulighet til å hvile bedre – og bolen, halsen/ forsida blir ikke liggende så på strekk. Det er lettere å arbeide fredelig med armer, thorax, nakke – ja, alt vi kan jobbe med i ryggeleie. Erfaringen er at det blir mindre ubehags-reaksjoner underveis og etter behandlingen, og at omstillingen glir med mindre ubehag.

Noe annet jeg har begynt med de siste årene, er at når vi kommer mot slutten av timen og kanskje før siste behandling av ansikt/panne, da spør jeg ganske ofte – *«Er det noe jeg skal gjøre en gang til eller er det noe jeg har glemt som du kjenner jeg skal gjøre?»*. Jeg synes det fungerer – ofte leder pasientene meg til der de kjenner at det trengs noe – så arbeider jeg litt der – går litt unna. *«Hvordan er det nå? Jo, nå kjennes det ok»*.

Så er vi kommet til hvil eller ikke. Her kan det ta litt tid før de blir kjent med hva kroppen «sier den vil». Hvile kan være del av behandlingen – kroppen fordøyer arbeidet/påvirkningen som er gjort. Men det kan også hende de *ikke* skal hvile – at de har ligget lenge nok i holdningsavlastet stilling. Hvis det kjennes som de skal opp – så skal de det. Men ikke fordi de tror at det er best for meg – at timen har gått eller at det er det de bør. Eller kanskje de vil hvile på sida? Med pute under kne og ankel kanskje? Her er mye utforskning og erfaringer som de bringer med seg tilbake til hverdagslivet. Også erfaringer med at noen ganger kjenner de at de skal opp og at andre ganger har de trang til å hvile etterpå.

Hva snakker vi om

Ja, hva snakker vi om i timene? Vi bruker jo mye tid sammen i rommet. Om jeg går tilbake til min retning for engasjement – med kritikken av Kirsti Monsens psykodynamiske kroppsterapi – tenker jeg i dag at hun tydeliggjorde for meg at det er viktig å problematisere og fortsette å reflektere over kroppssynet i fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi. Hva tenker vi om samtaler, kognisjon og den sansende kroppen som kilder til innsikt og erkjennelser? Å snakke med pasientene er i dag – uansett - en integrert og naturlig del av psykomotorisk fysioterapi på en annen måte enn for 25 år siden.

I det kroppslige arbeidet og refleksjoner rundt bevegelser og pustefunksjon erfarer jeg også at det har betydning for pasientene å høre og lære om hvordan kroppen fungerer, lungenes hjelpeløshet uten annen muskulaturs bevegelse, hvordan hjerteposen er vevet inn i diafragma, hvordan vi som tobeinte har en stor utfordring i å balansere halvannen til to meter på en liten flate – hvor lett – og naturlig - det er å komme ut av balanse – og hvordan det må kompenseres ved hjelp av muskelkraft – slik at vi ikke faller. Hvordan ingen av oss kommer unna tyngdekraftens påvirkning – hele tida. At når vi har det travelt eller har påkjenninger eller har hatt påkjenninger, så virker det på selve kroppen ved at vi strammer her, heiser der, og så blir det konsekvenser for beina på forskjellige måter. Og – at en snegle - som alltid er veldig myk - kan krype inn i huset sitt (de som har det da) når det blir redd – og slik er beskyttet – så har ikke vi som også er myke utenpå mulighet til det. Våre sanseorganer sitter på kroppen – nettopp fordi vi skal sanse – og vite når vi må beskytte oss. Vi har det harde skjelettet inni – så vi må stramme oss – for at sanseintrykkene ikke skal bli for sterke. Men når beskyttelsen gir oss plager må vi utforske om vi kan endre litt på måten vi beskytter oss på – og om vi trenger all beskyttelsen hele tida. Bli kjent med det.

Og så arbeider vi i stillhet også da. Arbeider fredelig – ha tillit til at det er passelig – ha tillit til kroppens iboende kompetanse til å komme mere i balanse når vi hjelper litt til ved å arbeide med vevet der det er litt «klumpete», dra og skyve litt i den retningen kroppen har vært før, se at pusten slipper mere til. Kommer en endring i gang, fortsetter ting å skje videre uten vår påvirkning.

Men utover det? Snakker vi om «vanlige» ting? Været? Noe aktuelt i nyhetene? Noe vi er spesielt opptatt av for tida? Ja, så klart vi gjør. I tillegg til at det er et spesialisert samvær, hvor pasienten bringer inn den spesielle kunnskapen om seg selv og jeg den spesialiserte kunnskapen fra fagområdet fysioterapi og psykomotoriske fysioterapi, er det også et samvær mellom to alminnelige mennesker. Som deler pluss minus 60 minutter – ofte med jevne mellomrom over en del tid. Jeg tenker noen ganger at det også er en form for dosering – det å snakke om alminnelige ting – når det er naturlig.

Slik håper jeg det virker

Jeg leste dette under en gang og tenkte – åh – jeg håper det oppleves slik å være i timene for folk:

*Det er kanskje ikke så åpenbart, men **tilstedeværelse** handler om at den du snakker med gir deg en form for tilknytning til den levende verden som andre mennesker ikke gir deg. Den personen har en måte å være på som gjør at du både føler deg mer knyttet til deg selv og til verden. Det er livgivende. Først tenker du at denne personen er spesiell, men gradvis merker du at du blir ledet mot å utforske deg selv (4 s. 168).*

Avsluttende ord

Det å ha arbeidet så mange år i klinisk praksis samtidig som eget liv leves, gir et stort tilfang av erfaring. Selv om vi er terapeuter, kan vi ikke beskytte oss mot påkjenningene livet gir. Det har vi felles med de som kommer til oss. Rommet vi arbeider i er et sted uten prestasjon. Det er et fredelig sted å snakke sammen uten avbrytelser, være stille, utforske forskjeller i funksjoner/bevegelser, utforske understøttelse og å arbeide med vev/muskulatur slik at endring i funksjon hjelpes på veg her også. Hensikten med arbeidet er at vi skal klare oss så godt som mulig i livets skiftende forutsetninger.

*Berit Ianssen
Spesialist i psykomotorisk fysioterapi
Eidsbotn fysioterapi, Levanger*

Referanser

1. Monsen K. Psykodynamisk kroppsterapi. En behandlingstilnærming basert på fysioterapi og psykologi. Oslo: Tano Aschehoug; 1989.
2. Ianssen B. Psykodynamisk kroppsterapi – en bokanmeldelse. Fysioterapeuten. 1990; 4.
3. Ianssen B. Spøkelser og psykodynamisk kroppsterapi. Fysioterapeuten. 1991;3: 32.
4. Vedeler A.H. Den bekymrede vandringsmannen. Intervju med John Shotter om Tom Andersen. Fokus på Familien. 2007; 3: 168.

POSITIVISMEIDEOLOGI OG KROPPENS KOMPETANSE

Ingar Kvebæk

På fysioterapihøyskolen (1983-1986) lærte vi som studenter hvordan muskelspenninger kunne oppstå. Hovedinnsikten i historien om *The startle pattern* er at noe skremmende, kanskje et traume, gir den som blir utsatt for dette et bestemt spenningsmønster. Hvis et pistolskudd blir avfyrt bak ryggen din, så vil den naturlige reaksjonen være å spenne musklene. Dette er en naturlig kroppslig reaksjon og den er hensiktsmessig der og da. Problemet oppstår når spenningsmønsteret vedvarer i årevis etter hendelsen. Faren er borte, men muskelspenningene består.

De færreste av oss opplever å få en pistol avfyrt bak vår rygg. Det kan imidlertid være mange andre hendelser som setter spor i kroppene på ulike måter. Muskelspenninger kan være et resultat av livet man har levd, og måten man har lært å håndtere utfordringer som møter en i livet. Norge er i dag verdens beste land å bo i. Det er ikke krig. Vi sulter ikke. Vi lever lenger enn før. Paracetbruken blant unge øker. Diffuse muskel-/skjelettplager øker. Lettere psykiske plager øker. Hvordan kan dette forstås?

Når det gjelder hva som er våre livsutfordringer, så mener jeg vi ikke kommer unna å snakke om de samfunnsmessige og kulturelle livsbetingelser, de normer og verdier, som er fremtredende i vår tid. Som mange påpeker lever mange av oss oppjagede liv. Det er krav og forventninger fra omgivelsene, både på arbeid, i familieliv, og til og med krav til hvordan vi bør tilbringe vår fritid. Med den nye mediale virkelighet leser vi jobb-mailer hele døgnet, nyheter fra hele verden strømmer innover oss. I aviser, ukeblader og blogger «flyter det over» av kostholds- og treningsråd. «Sommerkroppen» skal jobbes frem. I «det vellykkede livet» hører det med at man skal ha mange venner, og man skal ha det gøy med sine venner. Det moderne mennesket skal være lykkelig og vellykket, og kravet om å være lykkelig kan i seg selv være tungt å bære.

Har det blitt slik, i dag, at de umettelige kravene kommer fra oss selv? Kanskje er det slik at mange av oss kan bli våre verste fiender, ved at vi internaliserer og inkorporerer noen umettelige krav? Jeg mener at pistolen i det overnevnte *startle pattern* i dag også

er å finne i det dominerende språket, i kunnskapen og i holdningene våre. Jeg vil reflektere videre over dette med utgangspunkt i to pasienthistorier. Jeg vil ha et kritisk blikk på det mange tar for gitt er positivt i *det gode*. Hva er skyggesidene og omkostningene i en positivisme-ideologi? Kan positivisme-ideologien forstyrre kroppens egenkompetanse? Jeg mener det er en fare for at det skygger for den kompetansen som ligger i oss, livskraften. Jeg vil i denne teksten også si noe om dette, og jeg vil vise til noe i oss som har denne kompetansen.

To pasienthistorier

Nedenfor presenteres to pasienthistorier⁵. Mitt ønske er å vise at det kan være forhold som fører til muskelspenninger som ikke skyldes tydelige traumer, som vi lærte ved *The startle pattern*. Det er ikke krig. Det er ingen tydelig ytre fare. Allikevel er det noe som truer oss. Er denne trusselen dobbelt truende, i og med at det ikke er en tydelig ytre negativ trussel å skylde på?

Pasienthistorie 1

Det var en gang en 18 år gammel gutt som var på fest. Det var vinter og tyve kuldegrader ute. Han hadde drukket litt. Han ble med ei jente inn på et rom. Han ble varm. Han kjente plutselig at han måtte ha frisk luft. Han løp bort til et vindu, åpnet det opp. Det åpnet seg.

utover, og det gjorde han også. Han falt ut av vinduet, fra andre etasje, landet på nakken i snøen. Det knaket i nakken og han rakk å tenke "au, dette var ikke bra", før han besvimte. Etter en stund fant vennene ham, de ristet liv i ham, og han våknet. "Går det bra med deg eller? Ja, det går bra med meg!", svarte han. I behandlingsrommet, nå 45 år gammel, og ute av arbeid de fire siste årene, og i utredning til uførestønad sier han: "- og det har jeg sagt resten av livet".

Det har vært mange belastende hendelser i denne mannens liv, både før og etter denne episoden. I oppveksten levde han etter stefars motto: "Det er viktig å ta ansvar",

⁵ Det er innhentet skriftlig, informert samtykke fra begge pasientene og de har lest og godkjent teksten.

som etter dette ble forsterket med hans eget motto: "Det går bra med meg!". Selvfølgelig er det fint og viktig "å ta ansvar", selvfølgelig er det fint og viktig å være optimist og håpe at "det skal gå bra", men er det sannferdig? Kan det bli for mye av *det gode*?

Pasienthistorie 2

Jeg fikk en henvendelse fra barne- og ungdomsavdelingen på sykehuset om ei jente på 16 år. Hun hadde vært på legevakta gjentatte ganger, og hun har vært innlagt på sykehuset flere ganger de fire siste årene med voldsom hodepine og akutte magesmerter, uten medisinske funn. En lege tok seg litt tid og pratet med henne. Hun ble lei seg, gråt litt og fortalte om en traumatisk opplevelse for fem år siden. Hun ble truet på livet av en klassekamerat, som hun hadde tatt seg litt ekstra av, fordi han trengte det. Han dyttet henne foran en bil, men hun ble ikke truffet. Skolen tok det på alvor og satte en ekstra lærer inn for å ha oppsyn med ham i timene. Alle pustet lettet ut. Jenta var sosial, blid, trente mye, og alle trodde problemet var løst. Men det var allikevel tydelig at hun selv ikke pustet lettet ut! Hun sluttet å rekke opp hånden i timene, hun åpnet ikke munnen i løpet av ungdomsskole-tiden. Hun ble stille, hun ble taus. Sakte og sikkert utviklet hodepine- og magesmertesyndromene seg. Symptomene ble aldri satt i sammenheng med den dramatiske hendelsen. Den ubehagelige saken med den truende gutten ble jo løst, tenkte man. Hun var sosial, treningsglad, sunn og frisk. Hun gjorde alle de rette tingene. Igjen spør jeg; Kan det bli for mye av det gode?

Da hun kom til undersøkelse hos meg var det et tydelig generelt muskulært spenningsmønster i hele kroppen, spesielt uttalt i høyre side av thorax. Hun var veldig sensitiv for berøring av nakke og ansikt. Jeg tenker at det har vært fire år med det som idehistorikeren Karin Johannisson (1) omtaler som en *hvit sorg*; en sorg som er så altomfattende at man ikke engang vet at man opplever et tap. Jenta hadde tapt sin grunnleggende trygghet, men alt og alle rundt henne tenkte at nå var alt i orden. Problemet med gutten var håndtert og løst. Det er ikke vanlig å tenke at det å være sosial, blid og hyggelig og å trene jevnlig kan ha noe negativt ved seg. Jeg tror at det var i disse årene den mest uttalte kroppslige spenningen etablerte seg. I iveren etter å

komme seg videre, legge det vonde bak seg og tenke positivt om fremtiden, kan det bygge seg opp et muskulært spenningsmønster. Hun stivnet i inspirasjonsstilling. Det er vanskelig å si noe negativt om det som av samfunnet betraktes som en positiv livsførsel, men i den ubevisste hvite sorgen kan det se ut som om jentas behov for å erkjenne og bearbeide hendelsen ble tatt for lett på. De muskulære spenningsmønstrene vedvarte, ble sterkere og gav etter hvert uutholdelige symptomer, som hodepine og magesmerter.

«Viljen til kun det gode avler sin indre negasjon» - positivismeideologi og sykdom

Hva er det jeg vil si noe om, med disse to eksemplene?

Forfatteren Barbara Ehrenreich (2) har satt ord på optimisme som en slags ideologi i det moderne samfunn. Hun viser hvordan positiv tenkning gjennomsyrrer alle sider ved USA, fra menighetsliv, til business og langt inn i de medisinske korridorer. Positiv tenkning, med fravær av kritikk, fravær av melankoli og sorg blir fremholdt som noe som skal kunne helbrede alle tilstander. Samfunnets forventninger til at vi alle skal ha en positiv holdning og livsstil, undertrykker og snevrer inn det rommet og den toleransen som samfunnet bør ha for ulike følelser og sinnstilstander, sier Ehrenreich. Å være lei seg, å være redd, å være utilpass, å ikke ha det bra, kan se ut til å være et slags tabu i samfunnet, mener hun. Disse følelsene eksisterer imidlertid, uansett om de blir akseptert eller ikke.

Kan det være noe i holdningene, og i språket som har stivnet i en hyper-forventningsfull optimisme? Jeg har i de siste årene hatt et motto - i tenkning, i lesning og i behandling. "Viljen til kun det gode avler sin indre negasjon". Jeg husker ikke hvor jeg har det fra, men det har vært viktig for meg, viktig for å tenke om det er noe negativt i det positive og om det er noe positivt i det negative. Med erfaringer fra behandlingsrommet over 26 år som psykomotorisk fysioterapeut, tror jeg at lav toleranse for det som ikke betraktes som positivt, som sorg, nedstemthet og redsel, kan gi kroppslige symptomer.

Jeg tenker at det er noe i oss vi kan ha en grunnleggende tillit til, at det er en kroppslig kompetanse i oss. Huden vil holde deg på plass og skjelettet vil holde deg oppe. Luften vil strømme inn og ut av lungene dine, og blodet vil strømme gjennom årene så lenge hjertet slår. / *seg selv, som seg selv, av seg selv*. Du kan ikke bli noe annet enn deg selv. Du vil ikke finne noe annet enn deg selv, det er umulig det. Det er ikke sikkert du vil like det hele tiden eller at andre vil like det, men du har en mulighet til å bli kjent med det, og etterhvert kanskje forstå det?

Konfucius har sagt: "Det er bedre å tenne et lys enn å forbanne mørket" (3). Jeg tror ikke på det. Tvert imot. Jeg tror mere på Tor Ulven som sier i et intervju med Alf Van der Hagen: "En banal devise sier at det er bedre å tenne et lys i mørket enn å forbanne mørket. Men det er kanskje bedre å lære mørket å kjenne enn å risikere å sette fyr på hele huset" (4). Og vi vet jo det, av kroppslig erfaring alle sammen, at vi ser bedre etter få sekunder, at øyet innstiller seg i mørket slik at det blir lysere. Det gjør det, vi må ikke glemme det.

Tilbake til pasienthistorie 1 - en fysiologisk beskrivelse

Tenk på eksemplet jeg har beskrevet. Den unge mannen, som falt ned fra andre etasje på en fest. Han har i ettertid *tatt ansvar* (stefarens livsmotto). Det har også senere vært livshendelser som har vært vonde og vanskelige, hvor stemmen til stefar har tatt plass i han. Dette er forsterket av hans eget motto: "Det går bra med meg". Denne livsholdningen og måten å takle livets utfordringer på, setter seg i kroppen. Og hos denne pasienten sitter det dypt. Først setter det seg i pusten. Pustemusklene m.diaphragma og mm.intercostalis begynner å utvikle en spenningstilstand. Spenningstilstanden gir litt uro, litt magesug, litt oftere hodepine. Som vi har sett så har 45- åringen ingen grunn til å klage – «*det går bra med meg*» Etter hvert blir det slitsomt å holde følelsene unna og opprettholde denne tilstanden av at alt er bra, når det faktisk ikke er bra. Muskelspenningene er det 45- åringen tyr til for å holde følelsene på avstand. For ham blir det mest nærliggende (bokstavelig talt) å koble på de musklene som ligger nærmest m.diaphragma, som var den muskelen som først stivnet til. Slik jeg tenker det ofte er i utviklingen av et muskulært spenningsmønster. Det er i første omgang m.iliopsoas og m.quadratus lumborum. Samtidig, og i meget avanserte

glidende overganger kobler mm.multifidii seg på. Det er ikke så lett å beholde frie rotasjoner i columna, når m.diaphragma og mm.intercostalis har stivnet. «Opprettingsarbeidet» biståes av mm.multifidii, «Da ser holdningen jo så bra ut.» Han får en oppreist rank holdning: "*Se der ja, det er gutten sin det!*". Musklene har trukket seg sammen for å gi ham en oppreist og rank holdning. «*Det går bra med meg!*», sier han.

Allikevel, korsryggplagene tiltar, paracetbruken for hodepinen øker også. Flere besøk hos lege og fysioterapeut. Ingen feil funnet. Han er «flink» til å trene, han tar ansvar for egen helse. Siden skuldrene er i ferd med å bli protraherte, får han noen øvelser for å rette opp skuldrene. Tiden går, grunnspenningen i pust og i dybden av bolen forsterkes. For å få skuldrene i en rettere posisjon kobler han nå på m.latissimus dorsi og m.teres major/minor. Det smerteskapende spenningsmønsteret tiltar. Kyfosen i columna har blitt lang i løpet av de sist årene. "*Han har arvet den lute holdningen fra faren*" sier de som kjenner han. Det er vanlig å tenke på symptomer som sykdom eller arv, men det finnes mer enn sykdom og arv. Livet uttrykker seg kroppslig. Situasjonen for denne pasienten ble uholdbar. Han fikk store kroppslige plager, som gjorde ham arbeidsufør.

Jeg lærte i fysioterapistudiet at et område under hjernebarken, substansia nigra, ble kalt "den mystiske grå substans". Det ble beskrevet at det var aktivitet der, men man visste ikke da hva den hadde betydning for. Substansia nigra ble sammenlignet med svarthvit flimringen på TV, som før i tiden kom etter at programmene var slutt. Nå har ny teknologi bl.a. vist at det er en økt blodgjennomstrømning til de dypere, tidligere kalt primitive, områder i hjernen når man hviler, og ved dyp søvn. Pussig nok kalt Default Network Mode (DNM), default = the failure to do something required by law. Nå viser det seg at aktiviteten i substansia nigra ikke bare har betydning for underbevisstheden og drømmer. Man forsker nå på betydningen dette har på cellenivå (se epigenetikk og neuroplastisitet) (5). Det er hypoteser om at det som foregår i denne substansen kan ha betydning for å ikke utvikle sykdommer. Den grå substansen er ikke mystisk lenger. Man mener at dyp psykoterapi, yoga, meditasjon og andre kvalitative kroppstilnærminger med fokus på pust og avspenning kan virke inn på

blodgjennomstrømningen i dypere lag av hjernen, og hjelpe den plastiske hjerne til å finne nye synapser, som kan hindre sykdomsutvikling. Dette er meget spennende forskning, som kan bidra til å forstå sammenhenger som også er relevante for psykomotorisk fysioterapi.

I vårt fag blir det vist til forskning om *The startle pattern*. Kropper går fortrinnsvis inn i et fleksjons-, innadrotasjons- og adduksjonsmønster når mennesket bli skremt. Denne stillingen er ikke kulturelt akseptert og vi løser det med å forsterke et spenningsmønster preget av ekstensjon og inspirasjon. Vi føler oss straks bedre og ser tilsynelatende godt ut. En positiv innstilling, en god holdning og et godt humør gir et positivt omdømme, og bidrar til et godt selvbilde - en stund. Så begynner symptomene å sive innover oss. Finner man ikke noe galt, blir vi rådet til å trene mer og å tenke positivt. Dette vil over tid også prege det autonome nervesystem (ANS). Den sympatiske delen av ANS, som forbindes med *fight or flight*, «liker seg best» sammen med fokus og oppstrammethet. Sympaticus, det ligger også i navnet, appellerer mer til optimisme og fremtidsrettethet. Parasympaticus, som forbindes med «rest and digest», assosieres mer med resignasjon og pessimisme.

Kan vi tenke oss, at innerst inne, så har ANS en dyp kompetanse, som vil oss vel? Jeg tror det. Det jobbes konstant i oss for å gjenopprette en balanse. Dette arbeidet pågår på et helt annet nivå enn vi kan få til ved bevisst tenkning. I det første pasienteksemplet jeg beskriver tenker jeg at besvimelsen var en naturlig reaksjon. Fallet fra andre etasje gikk faktisk ikke særlig bra. Derfor tok parasympaticus over styringa og gutten besvimte. I det han ble vekket opp, slo sympaticus inn: «*Det går bra med meg!*». I denne posisjonen har mannen forblitt de neste årene, med «god støtte» av ekstensjons- og inspirasjonsmuskulatur og stefarens: «*Ta ansvar!*».

I starten av behandlingen av jenta jeg har beskrevet, ble hun preget av trøtthet og tristhet. Ut fra en psykomotorisk forståelse, kom hun gjennom arbeidet med å løse opp i det muskulære spenningsmønsteret og i arbeidet med frigjøring av pusten inn i en tilstand hvor basisfunksjonene fikk større plass. Jenta hadde nok med «rest and

digest,» og parasympaticus fikk anledning til å virke. Det ble en krevende prosess over mange måneder. For mange nær henne var det vanskelig å forstå at hun skulle få slike reaksjoner. At hun var så trøtt og at hun ikke var i godt humør hele tiden. Hvor var det blitt av den blide og treningsivrige jenta? Det er dessverre ikke uvanlig, på grunn av den nevnte optimistiske ideologien, å forvente at når problemet er løst så vil symptomet bli borte. Slik de tenkte når problemet etter traumet ble løst, og senere når man fant noe i kroppen hennes, som var de massive muskelspenningene. Foreldre og venner opplevde at det var fire positive år etter traumet, selv slet hun med store hodepine- og magesmerter. For mange kan det være vanskelig å forstå at skader av denne type trenger tid, slik at de basale kroppsfunksjoner igjen kan få anledning til å virke. Selve traumet er tydelig, forståelig og tilgjengelig. Hvorfor gir ikke symptomene seg hvis problemet som gav traumet er løst?

Om man kan gi den kroppslige behandlingen og helningsprosessen den tiden det trenger, tror jeg det kan åpne seg «et rom i kroppen». Et erkjennelses- og refleksjonsrom, som er nødvendig for å komme i en ny balanse. I PMF har vi en mulighet til å bidra til å åpne dette rommet. I det arbeidet vi gjør, ved å løse opp tilstivnede muskler. Ved å åpne opp for en friere pust. I samhandling, i dialog med pasienten.

Jeg tenker at pasienter og behandlere med fordel kunne overgi seg til en større tillit til kroppens egen evne til å hele seg selv. Gi kroppen tid og rom til å la de basale funksjoner gjøre sin jobb. Parasympaticus må få virke i de kroppene som har opplevd utfordrende situasjoner, som har satt seg fast som statiske muskulære spenningsmønstre. Pasienten trenger å få gyldiggjort behovet for tilbaketrekning og hvile. De må få støtte i hvilke behov kroppen faktisk har. Dette står i kontrast til medienes evige mas og råd om hvordan vi alle skal leve våre liv, for å leve opp til det moderne samfunnets standarder. Hver enkelt av oss må bli klar over det massive presset vi står i til daglig, som vi gjør om til egne krav til oss selv. Vi må bearbeide og forstå disse påvirkningene. Og da, da kan vi virkelig begynne å snakke om å bruke hodet. Da kan vi koble sammen den kompetansen som ligger i hjernebarken

(kognisjonen) med den sensitiviteten som ligger i kroppen, i nervesystemet. Det er ikke så komplisert. Det er komplekst. Det er vi utrustet til!

Avslutning

Jeg har forsøkt å beskrive den kompetansen som ligger i oss, og undrer meg over om positivismeideologien kan forstyrre denne kompetansen? Jeg viser til de basale behovene, spesielt den kompetansen som ligger i oss i det autonome nervesystem. Jeg erfarer at det er de basale funksjonene som begynner å virke i folk i gode behandlings-prosesser. Når muskelspenningene endrer seg og kroppene åpner seg, så blir det tydeligere for pasientene hvordan de reagerer og hvem de kan bli. Dette er en kroppslig prosess og en erkjennelsesprosess som går parallelt og som kan lede pasientene inn på en vei med mindre ubehag. Når pasientene erkjenner og kjenner sin kroppslige tilstand, utvikles en egen kompetanse om seg selv.

Jeg har ønsket å belyse det som står i fare for å havne mørket. Samtidig har jeg sådd tvil om optimismens stråleglans. Alt lys avgir skygger. Jeg avslutter med et dikt av Torunn Borge (6). For meg er poesien en viktig arena som viser meg, og påminner meg alt som finnes.

En blomst lukker seg mot natten.

En barnehånd åpner seg mot den samme natten.

Vi omgår eller utsetter den. (Hvordan lærte vi å bli så redde?)

Nå er vi enige om at netter finnes bare fordi det er praktisk,

nettenes kraftfelt har opphørt å eksistere i vår verden.

Snart skal strålingen fra dagene også bli for sterk,

dagen er en grønnsakeng som betrakter omgivelsene, blindt og med følsomme

tentakler. Vi holder det ikke ut, det gror for sterkt og kommer ikke fra oss.

Med hvilken død skal vi besegle livet, vi som salderte natten på dagens vegne?

Ingar Kvebæk
Spesialist i psykomotorisk fysioterapi
Lillehammer psykomotorisk fysioterapi

Referanser

1. Johannisson K. Melankoliska rum. Stockholm: Albert Bonniers Forlag; 2013.
2. Ehrenreich B. Bright-Sided. How positive thinking is undermining America. New York: Metropolitan Books; 2010. Norsk overs. Bjørn Alex Herrmann. Livets lyse side. Oslo: Oktober; 2011.
3. Konfucius. Kinesisk lærer og filosof. 551-479 f.kr. Wikipedia.
4. Ulven T. Samtale med Alf van der Hagen. Vagant. 1993;4.
5. Næss, T. Kropp og psyke. Prosa. 2011;4.
6. Borge, T. Dikt i samling s.48. Oslo; Oktober Forlag; 2015.

PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI – OGSÅ PÅ NEVROLOGISK AVDELING

Synnøve Kåresen

Hva kan en fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi bidra med i den somatiske delen av dagens sjukehus, her med nevrologisk avdeling som eksempel? Og kan en psykomotorisk tilnærming rettferdiggjøre sin plass i akuttavdelinger der det er viktig å få pasienter raskest mulig gjennom for gi plass til nye pasienter som trenger hjelp?

Det er et stort trykk på dagens helsevesen. Forventningene til hva som er helsevesenets oppgaver har endret seg, og kanskje også forventningene til hva helsevesenet kan utrette. Stadig flere oppsøker helsehjelp for lidelser som tidligere ble håndtert utenfor helsevesenet. De som blir innlagt i sjukehus blir vanligvis regnet som ferdigbehandlet når utredningen er ferdig, operasjonen er utført, pasientene er vurdert som medisinsk stabile eller når den medisinske behandlingen er igangsatt eller avsluttet. Det er kostnadseffektivt, reduserer ventelister og for de fleste pasientgrupper er det best å komme «raskt» gjennom behandlingsforløp. Noen pasienter kan imidlertid, selv etter en sjukehusinnleggelse med en grundig medisinsk utredning, sitte igjen med utfordringer og mange spørsmål.

Flere pasienter blir innlagt på nevrologiske avdelinger for utredning fordi de har symptomer som kan tyde på ulike nevrologiske sykdommer uten at det finnes organiske substrat for det. Mange har ventet lenge og har store forventninger til utredningen, til at de skal få en forklaring på - og behandling for plagene sine. Pasienter som får stilt en nevrologisk diagnose får informasjon om den biomedisinske forståelsen av sykdommen og behandlingen av den. Helsevesenet har dessuten de senere årene hatt økt oppmerksomhet på at kroniske sykdommer virker inn på pasientens og pårørendes liv. Pårørende inviteres ofte til samtale om disse utfordringene. Imidlertid kan den kroppslige innfallsvinkelen og/med en videre forståelse av pasientenes funksjonsproblem mangle.

Litt om min bakgrunn og arbeidsplass

Jeg har arbeidet som fysioterapeut ved nevrologisk avdeling på Molde sjukehus siden 1980, ble spesialist i psykomotorisk fysioterapi i 1991 og tok master i helsefag fra 2004-2006 der kronisk utmattelsessyndrom var tema for masteroppgaven. Jeg valgte dette som tema siden mange pasienter med utmattelse ble innlagt for utredning ved avdelingen. Dette var en pasientgruppe som var lite beskrevet på den tiden. Jeg hadde behov for en dypere forståelse for denne pasientgruppen for å kunne hjelpe. Mange av pasientene som ble utredet for utmattelsessyndrom var innlagt i avdelingen i flere dager.

Nevrologisk avdeling på Molde sjukehus ble opprettet som det første nevrologiske tilbudet i fylket i 1959 i tilknytning til polioepidemien i 1950. Fysioterapeutene hadde da en sentral rolle i forhold til rehabilitering av disse pasientene og fikk derved en stor og viktig plass i avdelingen. Mot slutten av 1980-tallet var vi to fysioterapeuter ved avdelingen som fikk innvilget permisjon for å ta videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Dette til tross for at psykomotorisk fysioterapi tradisjonelt ikke hadde hatt noen plass i somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten. En erfaring etter hvert var at fysioterapeutene med videreutdanningen tilførte avdelingen et nytt blikk og en utdypet forståelse, for blant annet sammensatte lidelser. I dag er det slik at mange av pasientene innlagt på avdelingen blir henvist til fysioterapeut for vurdering som ledd i den medisinske utredningen, og noen ganger for igangsetting av behandling.

Psykomotorisk fysioterapi i avdelingen

Psykomotorisk fysioterapi er blitt en integrert del av fysioterapitilbudet på avdelingen, og har ført til at også de andre fysioterapeutene har fått innsikt i psykomotorisk forståelse og tilnærming. Alle fysioterapeutene har gode kunnskaper i nevrologi, og nevrologisk undersøkelse hører med i vår praksis. Pasientene tilbakemelder at de opplever det som tillitsvekkende at fysioterapeuten viser bred faglig innsikt. Fysioterapeuten setter dessuten av mer tid til vurderinger enn legene, og det er vanlig at vi forteller om hva vi undersøker og ser, og om hva ulike funn kan bety.

Den kliniske undersøkelsen som nevrologen og fysioterapeuten utfører, blir supplert av blodprøver, røntgen og andre relevante undersøkelser i forhold til symptomer. Noen

får en diagnose, mens andre får avkreftet mulig sykdom. Dersom det startes behandling, får noen pasienter bli et par ekstra dager på avdelingen. Noen følges opp videre av fysioterapeuten poliklinisk, ved pasienthotellet eller ved dagposten. Andre henvises videre til førstelinjetjenesten, eller søkes til rehabiliteringsinstitusjoner, psykiatrien eller annet.

Dersom det er normale funn og ingen påvist nevrologisk sykdom, har pasienten ofte mange spørsmål det er verd å bruke tid på. Som eksempel er det av stor betydning for pasienten å bli trygg på at lammelsen i bena eller skjelvingen i hendene, ikke skyldes skade i hjernen eller i det perifere nervesystemet. Den omfattende utredningen som er gjort viser normale funn. Plagene kan ha sammenheng med stress eller store belastninger i livet. Ved å tematisere dette, kan en erkjennelses- og behandlingsprosess starte fordi pasienten får en begynnende innsikt og forståelse for sammenhengene mellom liv og plager.

Med bakgrunn i at mange av disse pasientene forut for innleggelsen kan ha vært omfattende utredet og ha prøvd ulike behandlingsformer, også psykomotorisk fysioterapi, kan det å bli sett i et miljø med bred faglig tyngde være av stor betydning for at de skal komme seg videre. Når den psykomotoriske fysioterapeuten er knyttet til avdelingen og tilnærmingen blir bekreftet og verdsatt av avdelingens leger, skaper det også ofte trygghet og tillit.

Kristine – ei ung kvinne innlagt til nevrologisk utredning

Kristine er 18 år og innlagt nevrologisk avdeling for utredning på grunn av rykninger i ansiktet og venstre arm. Det kommer frem av anamnesen at hun lenge har vært sliten uten helt å skjønne hvorfor. Klinisk nevrologisk undersøkelse viser ingen nevrologiske utfall, bortsett fra at balansen er nedsatt både når hun står og går med lukkede øyne samt de nevnte rykningene. MR av hjernen og øvre del av ryggmargen er tatt for å utelukke demyeliniserende sykdommer – som for eksempel MS. Denne og andre undersøkelser viste normale funn.

Kristine blir henvist til psykomotorisk fysioterapeut som møter ei jente som holder seg fast i stolen hun sitter på. Skuldrene er løftet opp, knærne holdes sammen og bare tærne er i gulvet. Hun presser sammen leppene, det er synlige rykninger i venstre

skulder og hun har enkelte rykninger i ansiktet. Hun har et svært høyt spenningsnivå i kroppen. Det er vanskelig å bevege kroppsdeler passivt. Nesten alle musklene i kroppen er stramme, de verker konstant og er vonde ved palpasjon, spesielt nakke- og kjevemusklene. Brystkassen er stiv og hun har små bevegelsesutslag i bryst og mage når hun puster.

Fysioterapeuten samtaler med Kristine under undersøkelsen, forteller henne hva hun ser og finner, og spør hva hun merker og om hun kjenner seg igjen i det fysioterapeuten sier. Kristine bekrefter at hun lenge har følt seg stiv og anspent, men at hun ikke hadde vært klar over at hun hadde så store spenninger. Når hun med litt lirking og enkle grep får hjelp til å løse opp spenninger i skulderbuen, gape og bevege ansiktsmukler og til å slippe pusten, merker hun at rykningene i skulderen og ansiktet avtar. Kristine får oppleve at dette er noe hun faktisk kan påvirke selv. Hun forteller at hun lenge har hatt disse rykningene og at de forverrer seg når hun er sammen med andre. Hun har et par gode venninner, men holder seg unna større sosiale sammenhenger i fritiden. På skolen er det spesielt vanskelig når hun skal frem og presentere oppgaver. Hun har gode karakterer. Fysioterapeuten formidler at spenningene kan være en måte å holde tilbake tanker og følelser på, og at hun med en annen forståelse av sine kroppslige plager kan få et utgangspunkt til å gjøre noe med dem.

Fysioterapeut, lege og eventuelt andre faggrupper snakker sammen og finner en felles forståelse. Det er viktig at de ulike fagpersonene rundt Kristine ikke kommer med sprikende forklaringer, men bekrefter hverandre. Det at kliniske vurderinger sees sammen med annen utredning, gir trygghet for at det ikke er noe som er oversett.

Kristine kunne blitt utskrevet med beskjed om at hun ikke hadde noen nevrologisk sykdom - uten å få en undersøkelse hos fysioterapeut. Da ville hun trolig blitt sittende igjen med spørsmål - hva er det da? Fastlegen ville fått epikrise og måtte følge opp. Kristine ville fortsatt hatt sine plager. I stedet fikk Kristine forståelse for at slike plager ikke nødvendigvis innebærer nevrologisk sykdom, hun fikk oppleve at dette var noe det er mulig å gjøre noe med, og at hun selv kunne gjøre mye når hun fikk en bedre forståelse for sammenhenger. Hun trengte imidlertid videre hjelp og støtte.

Trenger vi alltid en diagnose?

Diagnoser er i dagens helsevesen inngangsbilletten til rettigheter og behandling, derfor kan pasientene fortsette en langvarig vandring i helsevesenet for å få et navn på sine plager. Tilnærmingene kan bli fragmenterte fordi ingen ser pasientenes totalsituasjon. Det er ofte lange ventelister i spesialisthelsetjenesten, så utredninger kan ta tid. Ikke alle helseplager kan forklares, forståes eller oppdages av medisinsk teknologi som blodprøver, røntgen eller andre undersøkelser. Pasienter og kanskje helsevesenet, har ofte forventning til å finne en årsak til deres plager, og at dette er noe som kan behandles med medisiner eller annet. Som fysioterapeuter har vi erfaring med mange kroppslige uttrykk uten medisinske funn.

Hjernens kompleksitet og det faktum at kroppslige og følelsesmessige uttrykk er sammenkoblet i kompliserte nettverk, er med på å bekrefte at kroppen ikke kan sees skilt fra tanker, følelser og det livet vi har levd og lever. Diagnoser som «somatiseringslidelse» eller « funksjonell lidelse» er kategoriseringer man kan reise spørsmål om har noen verdi i forhold til å hjelpe pasientene. Disse pasientene kan slik jeg har erfart, og mange med meg, ikke behandles med enkle behandlingstilnærminger, eller standardiserte behandlingsmanualer. De må møtes som enkeltpersoner og forståes i sammenheng med det livet de har levd og lever i, i den kulturen de har vokst opp i og lever i, og den kroppen de har og lever i. Med det som grunnlag kan de få hjelp til å bli kjent med noe av det kroppen uttrykker, og til å sette ord på noe av det.

Avslutning

Grundig utredning utelukket alvorlig somatisk sykdom for Kristine. Med det som bakteppe og med klinisk kompetanse, kunne lege, fysioterapeut og andre yrkesgrupper forstå at hennes plager var sammensatte. De bekreftet hverandres forståelse. Kristine følte seg trygg på at ikke noe var oversett. Gjennom den psykomotoriske kroppslige tilnærmingen fikk hun dessuten starthjelp til å redusere spenninger og få bedre balanse gjennom frigjøring av bevegelser og respirasjon. Hun fikk også en begynnende forståelse for hva kroppen uttrykker og hjelp til å kommunisere noe av det hun tidligere ikke kunne sette ord på.

Nevrologiske sykdommer med avvik i form av livlige reflekser, pareser, ukoordinerte bevegelser, balanseproblem og annet, kan medføre uheldige kompensatoriske bevegelsesmønstre. Pasientene kan stive av mer enn utfallene skulle tilsi, bevege seg lite funksjonelt og kontrollere pusten. Psykomotorisk fysioterapi rettet mot hele kroppen er ofte en god innfallsvinkel til disse plagene og psykomotoriske øvelser kan i tillegg forebygge smerteproblematikk og stivhet som ofte er en del av sjukdomsbildet. Pasientene sliter ofte også med eksistensielle utfordringer knyttet til tapt funksjon, at de kan falle ut av yrkeslivet og at livet endres. De trenger hjelp til å leve sine liv med de begrensninger sykdommen setter - at de ikke blir sykdommen, men lever med den.

Nydiagnostiserte pasienter har ofte hatt funksjonsutfall, balanseproblem, smerter og diffuse plager over en viss tid før de kommer til nevrologisk avdeling for utredning. Disse pasientene har ofte kroppslige og eksistensielle tegn på at de har strevd lenge, og det å få en nevrologisk diagnose er en stor belastning. Oftest er det kroniske sykdommer og også med progredierende forløp. Psykomotoriske bevegelser/øvelser fungerer svært bra for mange av disse pasientene – som noe annet en tradisjonell trening. Aktivitet og muskelbruk kan graderes og tilpasses i forhold til krav til funksjonsnivå. Bevegelser kan gjøres i ulike utgangsstillinger og med variert treningsutstyr. Pasientene får hjelp til å se muligheter med de begrensninger sykdommen setter.

Også på vår avdeling merker vi at trykket på at pasientene skal fortere gjennom utredning øker. Vi får imidlertid noen tilbakemeldinger fra fysioterapeuter i førstelinjetjenesten om at de av pasientene som blir en ekstra dag eller to for at fysioterapeutene ved avdelingen skal starte en behandlingsprosess, ofte er enklere å hjelpe videre.

I tråd med mine erfaringer er det grunn til å spørre om kravet til lønnsomhet og effektivitet bidrar til at helsevesenet beveger seg i retning av mer fragmenterte tilnærminger der færre ser pasientenes totalsituasjon. Kan dette skape flere langtidssjukemeldte, gjengangerpasienter og at utredningene tar lenger tid – eller i verste fall aldri tar slutt? Vi har erfart at vi ikke alltid trenger så lang tid for å starte gode prosesser, når disse blir satt i gang i et faglig sterkt miljø som skaper trygghet og tillit.

Synnøve Kåresen
Spesialist i psykomotorisk fysioterapi
Nevrologisk avdeling, Molde sjukehus

PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI PÅ LUKKET PSYKIATRISK AVDELING – VÅRE ERFARINGER

Kristine Myksvoll og Ellen Raugstad

Innledning

På mange lukkede psykiatriske avdelinger har fysioterapitilnærmingen tradisjonelt sett vært fysisk aktivitet og gruppebehandling. Mange steder er det ikke fysioterapeuter ansatt. Vi mener alle innlagte psykiatriske pasienter har behov for individuell fysioterapi med fokus på bedre kroppsforståelse og kroppskontakt, slik at de kan gjenkjenne kroppslige signaler og håndtere disse på egenhånd. Altså øke deres evne til selvregulering⁶ (1).

Psykomotorisk fysioterapi ble i utgangspunktet utviklet til mer jeg-sterke pasienter, da behandlingsformen har fokus på frigjøring av pust og å redusere muskelforsvaret. Pasienter innlagt på lukket psykiatrisk avdeling er i en så sårbar fase at de er i behov av forsvaret sitt. Da psykomotorisk fysioterapi er en fleksibel behandlingsform, kan den tilpasses pasientens grad av belastning, og er derfor også egnet for disse pasientene. Vår oppfatning er at det fortsatt er helsepersonell, både i Norge og ellers i verden, som mener at man ikke skal berøre eller massere psykotiske pasienter. Erfaringene våre er derimot at individuell behandling med bruk av «hands-on»- teknikker har god effekt på psykotiske og sterkt angstpregede pasienter. Videre vil vi beskrive hvordan vi tilpasser psykomotorisk fysioterapi til denne pasientgruppen.

Beskrivelse av arbeidsplassen vår

Avdelingen vi jobber på består av fire lukkede intensivposter, hvor pasienter med alvorlig psykisk lidelse er innlagt i gjennomsnitt 9 uker. De er diagnostisert med alvorlige psykoselidelser, som schizofreni og bipolar lidelse, samt alvorlige

⁶ Selvregulering: Det å utøve kontroll over handling, tenkning og emosjoner i tråd med hva som er til beste for personen i det lange løp.

personlighetsforstyrrelser. Pasientene er mellom 18 og 65 år og har ulik kulturell bakgrunn. Noen har flyktet fra krig. Mange har opplevd traumer. Noen er dømt til behandling⁷ (2). Mange har også rusavhengighet i tillegg.

Felles for mange av pasientene er at de «er mye i hodet» og har nedsatt kroppsbevissthet. De kan være plaget av tankekaos, bekymringer, stemmer, angst, stress, vrangforestillinger og forvirring. Kroppen kan oppleves fjern, usammenhengende, smertefull, uvirkelig og urolig. De er ofte grenseløse, både hva gjelder kroppens fysiske avgrensning og hvor grensen for nærhet og avstand går. Mange av pasientene er i tillegg inaktive, tilbaketrukket, initiativløse og mangler motivasjon til å bevege seg. Pasientene kan i tillegg oppleve kroppen som tung, stiv, kraftløs og energiløs, delvis på grunn av bivirkninger av medisiner. Vektøkning blir for noen en tilleggsproblematikk.

Undersøkelse og behandling

De første møtene med pasienten innebærer som regel samtale (anamnese) og undersøkelse. I psykomotorisk fysioterapi er det den Ressursorienterte Kroppsundersøkelsen (ROK) (3) som brukes. Vi har erfart at det er vanskelig å utføre en hel ROK fra «A til Å» på disse pasientene, fordi undersøkelsen er for overveldende. Vi bruker ikke ROK skjematisk, men har med oss kunnskapen om hva pust, holdning, spenningsmønster, bevegelsesmønster, blikkontakt og autonome reaksjoner forteller oss. Dette bruker vi som ledetråder i alle møter og behandlingstimer med pasientene for å finne den rette behandlingen til hver enkelt pasient. Vi må hele tiden være vare og «sense» hva pasienten formidler både bevisst og ubevisst. Sammen med pasienten utforsker vi ulike tilnærminger der målet er hjelp til selvhjelp.

⁷ Dømt til behandling: En dom som kommer i stedet for fengselsstraff for personer som har begått en alvorlig straffbar handling, var utilregnelig i gjerningsøyeblikket, og det foreligger fare for nye alvorlige straffbare handlinger.

Kroppsildetesten (3) hjelper med å billedliggjøre pasientens indre opplevelse av seg selv. Denne testen kan være en god måte å finne frem til hva vi kan starte med i behandlingen. Testen gjennomføres som et kroppsintervju. Resultatene pleier vi å gjøre om til en tegning sammen med pasienten, hvor terapeuten fører pennen. Sammen snakker vi om figuren som kommer frem, om pasienten kjenner seg igjen i det den ser. Eksempelvis kan en pasient oppleve bena som lange og tynne, og kan oppleve at de ikke bærer dem så godt. Tegningen kan vise hvor vaklevoren personen må føle seg. Å forklare at groundingøvelser⁸ (4) og stimulering av benas sanser gjennom avgrensede grep, klapping, rulle med knotteball, styrkeøvelser eller annet kan gi bedre kontakt og stødighet til de bærende bena, blir da mere meningsfullt for pasienten. Kanskje pasienten i utgangspunktet var henvist med nakke- og skuldersmerter, og det å starte med fokus på føttene kan da virke uforståelig. Testen er også fin å gjøre som retest, enten som start og slutt i behandlingsforløpet, eller før og etter en bestemt øvelse.

I individuell behandling bruker vi ofte benk og «hands-on»-teknikker. Spesielt bruker vi fotmassasje, kroppsavgrensede grep på føtter og legger, armer og hele kroppen, samt approximasjon for å samle og berolige. Vi doserer med å bruke blant annet knotteball og tepper, der hvor berøring blir for vanskelig eller pasienten er utrygg. Vi tilpasser utgangsstilling etter pasientens ønske eller reaksjoner vi observerer. Pasientene har som regel alltid klærne på i timene for ikke å gjøre dem mer sårbare eller øke stressnivået, som ofte er høyt allerede. Grepene er faste og konkrete, samtidig vare og sensitive.

Utover i behandlingsforløpet ønsker vi at pasientene kan bruke metoder de lærer gjennom fysioterapitimene for å håndtere smerter, angst og uro. De får øvelser de kan gjøre på rommet alene. Videre i behandlingen har vi mer og mer fokus på at pasientene skal øve på teknikkene, slik at de skal kunne bruke dem i nye situasjoner, som å delta

⁸ Groundingøvelser: øvelser som stimulerer til å kjenne at en har føttene på bakken. Grounding har også en utvidet betydning der personen vet hvor han står og vet hvem han er. Personen er rotfestet i bakken, identifisert med kroppen sin, bevisst sin seksualitet og orientert mot velvære. Disse kvalitetene mangler når personen er «up in the air» eller er i hodet sitt og uten kontakt med føttene sine.

i grupper, ta bussen, være på NAV-kontoret, være hjemme, sove eller der hvor vanskelighetene oppstår. Pasientene har etter behandlingsforløpet ofte tilegnet seg mer kunnskap og forståelse av kroppen, og den gjensidige påvirkningen kroppen og psyken har på hverandre, slik at de er mer rustet til å håndtere de kroppssignalene som skal fortelle dem hva de er i behov av.

Når vi bruker «hands-on»-teknikker i den individuelle behandlingen, stimulerer vi taktil- (berøringssansen) og proprioceptivsansene (muskel-leddsans). Disse sansene snakker til reptilhjernen, den eldste delen av hjernen, den som blir utviklet først i fosterlivet. Den taktile sansen må stimuleres hele livet, fra fødsel til død. Den er essensiell for vår emosjonelle utvikling. Ved hudkontakt utløses velværehormonet oxytocin, som har en beroligende virkning på kroppen og medvirker til kroppens selvhelbredelse. Den proprioceptive sansen forteller hjernen hvor kroppen er. Får ikke hjernen stimuli fra denne sansen, kan det føre til uro, angst, smertetilstander og i verste fall psykose. (5) Når man er i stor angst, psykose eller dissosiasjon, er det vanskelig å prate til den kognitive, tenkende og fornuftige hjernen. Personen er da overaktivert eller underaktivert, og reguleringen av nervesystemet må skje via reptilhjernen. Reguleringen kan vi fremheve gjennom den kroppslige tilnærmingen, slik at pasienten kommer innenfor sitt toleransevindu⁹ (6). Det er først da de blir tilgjengelig for å kunne lære seg selvreguleringsmetoder.

Case-eksempel 1

En pasient i psykose, som snakket høyløyt med sine indre stemmer på ulike språk, kjente mye spenninger i hodet og plagdes med sterk hodepine. Hun skrek høyt i smerte. Hun satt på en stol mens terapeuten la hendene på hodet hennes, og trykket med faste, brede hender. Dette opplevde hun behagelig og ønsket å legge seg ned på magen, så hele baksiden av kroppen kunne få samme behandling. Terapeuten stilte spørsmål underveis om hvordan hun opplevde trykket fra hendene de ulike stedene

⁹ Toleransevindu: en modell over menneskets aktiveringstilstand, hvor toleransevinduet tilsvarer mellomstiltet mellom overaktivering og underaktivering, der vi føler oss komfortable og klarer å være mentalt påkoblet i sosiale sammenhenger.

på kroppen for å hjelpe henne til å holde fokus her og nå. Hun opplevde etterpå, etter 10 minutters behandling, mindre pågang fra stemmene, økt ro og at hodepinen ble mindre. Hun snakket ikke utflytende under behandlingen og hadde ikke lenger trang til å skrike høyt. Som selvhjelp fikk hun låne knotteball til å rulle på eget hode når hun merket at spenningene og smerten tiltok.

I dette tilfellet gikk pasienten fort tilbake til å snakke med stemmene, og å bli urolig og hektisk igjen. Effekten av behandlingen er ofte kortvarig i tidlig fase, men pasienten har fått 10 minutters pause i en ellers strevsom hverdag. Etter hvert som den positive kroppsopplevelsen blir gjenkjennbar og mer og mer integrert, erfarer vi at pasientens evne til tilstedeværelse, samt effektens varighet, kan øke.

Mange av pasientene har opplevd traumatiske hendelser, som krig, tortur og flukt og seksuelle, psykiske og fysiske overgrep. Når det blir for vanskelig med berøring, må vi finne andre tilnærminger for å skape trygghet og tilstedeværelse.

Case-eksempel 2

En pasient som lett dissosierte når kroppsopplevelsen ble for u håndterbar, hadde god effekt av å kaste ball. Hun var tidligere håndballspiller på høyt nivå, og når hun hadde ballen i hendene følte hun at hun hadde et våpen til å forsvare seg med. Hun kunne fokusere på erfaringene hun hadde med seg fra håndballen med å skåre mål, opplevelse av seier og suksess, bryte gjennom et forsvar, angripe og føle seg sterk. Dette fikk henne ut av dissosiasjonen og tilbake til her og nå.

Når pasienten er regulert inn i sitt toleransevindu, vil de være mer tilgjengelige for å jobbe med selvreguleringsmetoder. Da jobber vi videre med å styrke den intellektuelle, friske og voksne delen av pasienten, for eksempel gjennom psykoedukasjon.

Case-eksempel 3

En pasient, sterkt plaget av angst, kunne oppleve at hele kroppen raknet og fløt utover når hun fikk angstanfall. Hun hadde en forestilling om at sener og muskler var som løse spaghettitråder som hang og slang inni kroppen. Ved å se sammen i et anatomisk atlas, og kjenne med fingrene på egen kropp, hvordan musklene er festet med sener

til skjelettet, fikk pasienten normalisert sin kroppsoppfatning. Denne kunnskapen og erfaringen brukte hun når angsten kom, og hun trygget seg på at kroppen ikke kunne rakne.

Pasientene rapporterer til oss at de under og etter behandlingen opplever en endring i kroppen og endringer i sitt kroppsbilde. De beskriver en økt ro i form av mindre ansenhet og uro, at det blir lettere å puste og mindre tankekaos. Kroppen, eller den delen som er behandlet, føles ofte lett eller har en god tyngde, de kjenner seg selv tydeligere, de føler seg helere, mer til stede, på plass i seg selv og dermed har bedre kontroll over seg selv. Jo mer kroppsbevissthet og oppmerksomhet i kroppen pasienten får, jo mindre er han i psykosen, i angsten eller smerten. Nevrobiologien bak dette er beskrevet i «Balansekode» (7): Hjernennettverkene som behandler kroppsbilde/måltrettede handlinger, angst, smerte og fokusert oppmerksomhet, er delvis overlappende og vil derfor lett påvirke hverandre.

Avslutning

Vi ønsker å inspirere andre til å se nærmere på hvilke tilnærminger de gir sine pasienter på psykiatriske avdelinger. Vi bruker også fysisk aktivitet, gruppebehandling og elementer fra andre metoder i behandlingen, men synes det er svært viktig å løfte frem de individuelle tilnærmingene vi har fortalt om her. Ved å tilby individuell psykomotorisk behandling kan vi tilpasse behandlingen bedre til hvert enkelt individ.

Vi ser et stort behov for å ha psykomotorikere på Distriktpsykiatriske sentre (DPS) som kan jobbe videre med den individuelle tilnærmingen og hjelpe pasientene i overgangsfasen fra utskrivelse til hjemmet. Dette er ofte en sårbar fase, hvor det kan være vanskelig å skulle huske på nye handlingsmåter og hvordan de kunne håndtere kroppssignalene som dukker opp. Når vi skriver pasientene ut og de ikke lenger kan komme til fysioterapitime på sykehuset, er det ofte 6-12 måneders ventetid hos psykomotorikere i primærhelsetjenesten. I denne ventetiden hadde det vært ønskelig at helsevesenet hadde økt tilbud om psykomotorisk fysioterapi på DPS.

For å synliggjøre effekten av psykomotorisk fysioterapi til pasienter med alvorlig psykisk lidelse, ser vi behovet for å gjøre erfaringene mer målbare. Dette vil være nødvendig for å styrke fagets posisjon generelt og for å kunne få behandlingsformen inn som en anbefalt tilnærming i f.eks. den norske psykoseveilederen. Bruk av VAS-skala¹⁰ (8) eller Den Omfattende Kroppsundersøkelsen (DOK) (9) tenker vi kan være nyttige redskaper til dette arbeidet. Fremfor alt ønsker vi å fremme fysioterapeutens rolle og viktigheten av å alltid ha den kroppslige tilnærmingen med i all behandling i psykisk helsevern.

Kristine Myksvoll

Spesialist i psykomotorisk fysioterapi

Psykiatrisk klinikk, Lovisenberg Diakonale sykehus, Oslo

Ellen Raugstad

Fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi

Psykiatrisk klinikk, Lovisenberg Diakonale sykehus, Oslo

Referanser

1. Store norske leksikon. Hentet 10.august 2016 fra <https://snl.no/selvregulering>
2. Psykisk Helsevernlov, Kap. 5 «Dom på overføring til tvunget psykisk helsevern».
3. Bunkan BH. Kropp, Respirasjon og Kroppsbilde. Oslo: Universitetsforlaget; 1997.
4. Lowen A.The Energy of Bioenergetics. Hentet 16. august 2016 fra <http://alexanderlowenfoundation.com/groundning.html>
5. Gammeltoft BC. Sansestimulering for voksne. Haslev: Gammeltoft; 2009.
6. Siegel D. Toleransevinduet. Hentet 8. juli 2016 fra www.sor.rvts.no
7. Fadnes B, Leira K. (2006) Balansekode, Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
8. Faiz, K.W. (2014) VAS – visuell analog skala, Tidsskrift for Den Norske legeforening. 2014;3: 134: 323.
9. Bunkan BH. Den Omfattende Kroppsundersøkelsen (DOK). Oslo: Gyldendal; 2003.

¹⁰ VAS-skala: er en visuell analog skala for å gradere subjektive plager eller symptomer. Angir på en skala fra 0-10 nivået av ulike type plager. Skalaen er ikke inndelt i 11 punkter, og pasienten markerer selv på skalaen sin subjektive opplevelse.

DET TERAPEUTISKE SAMSPILL – EN UTFORDRENDE BALANSEGANG

Elisabeth Møyner

Innledning

Etter mange års praksis med psykomotorisk fysioterapi (PMF), har jeg blitt stadig mer opptatt av det relasjonelle forholdet mellom terapeut og pasient som utspilles gjennom et behandlingsforløp. Betydningen av begreper som terapeutisk allianse, empati, anerkjennelse og relasjonskompetanse, var lite belyst under videreutdanningen på 1980-tallet. Sentrale tema var å kunne forstå og vurdere sammenhenger mellom muskelspenninger, pust og bevegelser. Aktuelle kroppsfunn ble sett i lys av eventuelle tidligere belastende livserfaringer og tilbakeholdte følelser (1).

Under videreutdanningen hadde jeg en skjellsettende opplevelse: Pasienten jeg presenterte for veileder *passet ikke* til PMF, da han viste lite tegn til omstilling. Behandlingen måtte avsluttes. Den avvisningen jeg da måtte fremføre overfor en stor, ansent kar, står enda for meg som en svært ubehagelig opplevelse. Behandling var allerede igangsatt, muligens var et håp om bedring tent, - så avsluttes behandlingen fordi han ikke egner seg for PMF. Det var kanskje da jeg begynte å innse at man som terapeut vikles inn i ulike relasjonelle utfordringer?

Tidligere ble det sagt at terapeuten skulle være en «klagemur» for pasienten og henvise til andre dersom pasienten tok opp personlige problemer eller reagerte emosjonelt (1). Å være en klagemur innebærer å være taust lyttende, uten eget uttrykk, slik jeg ser det. For noen pasienter kan det å formulere og høre sin egen historie uttalt, og samtidig dele den med en annen, være nyttig. Men de fleste vil trenge noen som er aktivt lyttende og speiler, anerkjenner, og ikke minst: utfordrer dem.

Allerede i 1986 ble det stilt følgende spørsmål: «Hvor mye og hva slags konfliktstoff kan/bør fysioterapeuten håndtere? Når bør fysioterapeuten henvise til psykoterapi?» (1, s115). Disse spørsmålene er like aktuelle i dag. Som fagansvarlige ved videreutdanningen på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), får vi disse spørsmålene fra studentene når de starter med PMF-praksis. De lurer på hvordan de skal

kommunisere med pasientene, hvor stor plass samtalen skal ha, samt egen rolle. Som de sier: «*Vi er jo ikke psykologer, akkurat*».

I en nylig publisert artikkel beskriver jeg hvilke utfordringer fysioterapeutstudenter på bachelorutdanningen møter når de er treningskontakter for pasienter med alvorlige psykiatriske lidelser (2). Studentene stiller uten tidligere behandlererfaring, og gjennom sitt nybegynnerblikk beskriver de sine opplevelser i møte med det ukjente. Fortolkning av intervju materialet viser hvordan ulike terapeutposisjoner opptrer som dialektiske motsetninger. Eksempler på slike motsetningspar er: objekt/subjekt, åpne/lukke, tillit/mistillit, utfordre/stabilisere, nærhet/distanse, involvering/avgrensning og privat/profesjonell. Som terapeuter beveger vi oss, ofte ubevisst og intuitivt, frem og tilbake mellom disse ulike posisjoner.

I denne teksten ønsker jeg å se nærmere på hvordan vi deltar og utfordres i det relasjonelle samspillet med pasientene, og hvordan de nevnte terapeutposisjonene kan spilles ut i PMF. For å belyse dette trekkes det inn eksempler fra egen praksis og fra studentpraksis ved HiOA. Løvlie Schibbyes dialektiske relasjonsteori (3) trekkes inn som en viktig inspirasjonskilde i diskusjon av praksiserfaringene.

Objekt eller subjekt

Martin Buber beskrev allerede i 1923 forskjellen mellom det å se en annen person som et subjekt (Jeg - du) eller et objekt (Jeg – det). Forholder vi oss som tilskuere og betrakter den andre som et objekt, eller lar vi den andre tre fram som et meningsberettiget subjekt (3,4)? Disse ulike holdningene kan utledes til tre terapeutposisjoner. Terapeuten kan observere og undersøke pasienten og bestemme tiltak (objektivering), eller henvende seg til pasientens opplevelsesverden og derved gi han en subjektposisjon. En tredje posisjon er preget av intersubjektivitet, der partene opplever, deler og utvider sin forståelse sammen (3).

I PMF veksles det mellom de ulike posisjonene. Pasienten objektiveres når kroppslige uttrykk som holdning, bevegelsesmåter og pustemønster observeres ut fra normgitte kriterier. Faglig kunnskap innretter blikket mot hva terapeuten tenker er sentralt i situasjonen. Elementer som terapeutens autoritet, makt og defineringsrett av hva som

er viktig, kan forsterke objektiveringen. Men i det øyeblikk vi etterspør pasientens tanker, erfaringer og opplevelser, vil relasjonen bli mer preget av gjensidighet og likeverd (5). Når pasienten får subjektposisjon kan det fremme deltakelse i egen prosess.

Den intersubjektive posisjonen forutsetter at terapeuten har god relasjonskompetanse. Dette innebærer at terapeuten kan skape kontakt, etablere en relasjon og vedlikeholde og avslutte den profesjonelt. Viktige komponenter vil være situasjonsforståelse, kulturell sensitivitet, selvinnsikt og en empatisk holdning hos terapeuten (5). All terapi bygger på en mellommenneskelig relasjon der det er en gjensidig påvirkning mellom det som partene gjør, sier, tenker eller føler. Relasjon og kommunikasjon er altså uløselig knyttet til hverandre (3). Men det er ikke gitt at samspillet mellom terapeut og pasient alltid fungerer som tenkt. Friis hevder at gode relasjoner kan bidra til bedring, mens uheldige relasjoner kan ha skadelig effekt i form av økt symptompress og mer uro (6). Det er derfor nyttig å reflektere over hvordan det relasjonelle samspillet fungerer.

Åpne eller lukke

Når terapeuten hilser på pasienten, så tas den andre inn gjennom bevegelsesmåte, blikk, stemmebruk, pust, gester og håndtrykk – og vice versa. Umiddelbart påvirkes vi av hverandre, og ideelt sett vil terapeuten tone seg inn mot pasienten. Intersubjektiv deling handler om et følelsesmessig fellesskap basert på likeverdighet og tillit, der personene relaterer seg til hverandre og begge utviser oppmerksomhet i sin tilstedeværelse. Relasjonen må være så trygg at det gir rom for affektiv deling. Dette forutsetter at personene er emosjonelt tilgjengelige for hverandre (3,5). Terapeuten må med andre ord være oppmerksomt tilstede og ha emosjonell kapasitet til å åpne opp for, og ta imot, pasientens erfaringer og fortellinger.

Det bør være en balanse mellom å stille spørsmål som åpner for saksopplysninger, refleksjoner og viktige fortellinger, - og det å være aktivt lyttende. Terapeuten bør innta en ikke-vitende posisjon, og være åpen og uforutinntatt (3,5). En innfallsvinkel kan være at pasienten innledningsvis får snakke uforstyrret om hvorfor han kommer og hvilke forventninger han har til behandlingen. Hvis pasienten har forventninger om at

egen smertetilstand skal være i fokus, kan det oppleves vanskelig å få spørsmål vedrørende eget liv. Slike spørsmål må derfor settes inn i en meningsfylt sammenheng for pasienten.

Orker vi å ta imot pasientens historie? Allerede i det første møtet kan pasienter fortelle historier som kan være vanskelige å forholde seg til. Terapeuten kan da umiddelbart skifte tema, eller unngå å følge opp utsagn med utdypninger eller spørsmål. Dette kan handle om å beskytte seg selv, eller være et ønske om å beskytte pasienten for ikke å aktivere følelser unødvendig. En motsatt reaksjon vil være å åpne opp for videre fortelling og anerkjenne det som er vanskelig eller sårbart. Terapeutrollen vil altså kreve at en kan være i et bredt spekter av følelsesmessige tilstander, uten å distansere seg ved bruk av avvergestrategier når vanskelige følelser dukker opp (5).

Lytte eller spørre

Etter deltakelse på et seminar om dialektisk relasjonsforståelse med Løvlie Schibbye, fikk jeg virkelig øynene opp for hvor betydningsfullt det er at terapeuten selv kan tåle stillhet. Samtaler kan gå i «stå» når pasienten leter etter ordene. Da er det lett å «hjelp» den andre ved å fullføre setningen, slik terapeuten fortolker den til å skulle være. Med andre ord velger terapeuten et meningsinnhold som virker opplagt ut fra egen forståelse og fortolkningsramme. Det *kan* være en hjelp til å finne ordene, men det kan like gjerne bli en irriterende avsporing for den andre. Dersom terapeuten lener seg tilbake og avventer situasjonen, får den andre nok tid til å tenke seg om og finne uttrykk som kan være dekkende for det de vil formidle. På den måten kan «stillhetens rom» gi mulighet for ettertanker, grublerier og uttrykk for egne tanker. Slik kan viktige erfaringer, av betydning for behandlingen, komme fram (3).

Balansegangen mellom det å være lyttende og å stille gode spørsmål, kan være vanskelig. Følgende eksempel kan kanskje belyse disse ulike rollene:

Thore, 45 år hadde uttalt sykdomsangst og mye kroppslige plager. Han fortalte at han hadde vært mye syk under oppveksten, og klaget over at han aldri ble anerkjent og sett av egne foreldre. Han var den puslete, syke Thore. Behandlingstimene fikk etter hvert et eget mønster. Thore ville først snakke om egne opplevelser og hvilke symptomer han hadde hatt siden sist. Han reflekterte stadig over sin nåværende

situasjon sett i lys av fortiden. Mine eventuelle innspill kunne virke forstyrrende på hans tankegang og resonnering, så etter hvert lot jeg han prate uforstyrret. Jeg bekreftet at jeg forstod med små anerkjennende tegn og ord, og ga innimellom en kort oppsummering for å forsikre meg om at jeg hadde forstått ham riktig.

Intuitivt skjønnte jeg at pasienten måtte få fortelle alt han hadde på hjertet. Men min indre dialog kunne være slik: Skal jeg bryte inn? Hvor lenge skal jeg la han fortelle, om mye av det samme? Hvilke innspill kan jeg komme med som kan gi nye tanker og andre refleksjoner? Ville budskapet bli nedtonet og mindre verdifullt om innholdet ble noe alminneliggjort? Er dette terapi? Faglig sett følte jeg meg litt «parkert» ved å miste styring og kontroll på hva timen skulle inneholde. Men etter at halve tiden hadde gått med til prat, ville pasienten ha behandling på benk. Da byttet vi på en måte roller.

En bekreftende holdning, der lytteren anerkjenner den andres fortelling, kan oppfattes som at fortelleren føler seg forstått og at det han kommer med er av verdi. Det i seg selv kan virke angstdempende. Dette står i motsetning til om man kommer med fortolkende utsagn og prøver å forstå hva som *egentlig* ligger bakom det som fortelles (7). Det å være lyttende kan, som i dette eksempelet, derfor være trygghetsskapende og av stor betydning for en som sjelden har blitt lyttet til. Handlingsmønsteret sees da i lys av aktuelle situasjon og pasientens tidligere erfaringer. Hartmann beskriver hvordan hun lar pasientenes egne valg være viktige og overlater mer kontroll i terapisisituasjonen, dersom de i liten grad fikk være medbestemmende som barn (7). Sett ut fra en slik argumentasjon, kan disse samtalene ha hatt større betydning for pasienten enn jeg opprinnelig trodde.

På den annen side kan det i mange sammenhenger være behov for å stille spørsmål, gjerne i form av speiling av historien. Mange sitter fast i egne fortolkninger og negative forventninger, noe som kan være bremsende for en kroppslig omstilling.

Eksempelvis hender det at pasienter sier: «*Jeg har fortalt dette til legen mange ganger, men det er akkurat som om han aldri hører etter*». Det kan i slike tilfeller være nyttig å speile egne emosjonelle reaksjoner som oppstår i møte med historien som fortelles. Det kan benyttes utsagn som: «*På meg virker det som om...*», eller «*Jeg kjenner på et sinn når jeg hører din fortelling, - aktiverer det noen følelser hos deg? Kan din historie vekke tilsvarende følelser hos andre?*» En klagende stil kan fort skape irritasjon,

trøtthet og motstand hos den som lytter. Dersom samme historie fortelles om og om igjen, kan det bety at ingen faktisk har lyttet engasjert til historien, og at fortelleren aldri har følt seg tatt på alvor eller forstått. Tas det utgangspunkt i terapeutens egne reaksjoner, kan pasienten reflektere over hvordan han kan oppfattes av andre. Da unngås påpekning av uheldige mønstre som kan gi pasienten en følelse av at det man gjør er *feil*, noe som ellers kan medføre en opplevelse av manglende mestring og lav selvfølelse (7).

Tillit eller mistillit

I PMF kan viktige fortellinger, kanskje helt uventet for begge parter, komme fram gjennom kroppslig berøring eller aktivitet. Følgende eksempel kan belyse dette: Trine 35 år, henvist med utbredte smerter, generell trøtthet, hodepine og svimmelhet. Trine kunne ikke selv sette sine plager i noen sammenheng med belastende situasjoner. Ved førstegangs undersøkelse ble hun svimmel ved stående ventralfleksjon, men ville fortsette etter en liten pause. Da jeg skulle teste fleksibilitet ved passiv bevegelse av hofta, registrerte jeg stor motstand. Trine fikk høycostalt pustemønster, rødmet og ble flakkende i blikket. Jeg stoppet umiddelbart opp, og spurte om det var ubehagelig. «*Nei, det går greit, bare fortsett*». Jeg forklarte at det kunne jeg ikke, da hennes kroppsreaksjoner fortalte meg at jeg overskred hennes grenser. Da satte hun seg brått opp, så rett på meg, og sa: «*Jeg har blitt voldtatt. Det har jeg aldri fortalt til noen*». Så kom hennes historie, etterfulgt av tårer og dype sukk. Senere i behandlingsforløpet kom hun stadig tilbake til dette øyeblikket der hennes reaksjoner ble anerkjent, og hun ble hjulpet til å sette grenser for seg selv. Det hadde gitt en grunnleggende tillit til meg som terapeut. Ved å bli sett og anerkjent på sin væremåte, kunne Trine våge å gå inn i egen historie og se hvordan hennes erfaringer hadde gitt kroppslige uttrykk.

Når terapeuten viser forståelse for, og anerkjenner den andre, gir det et grunnlag for å etablere en god terapeutisk allianse basert på tillit, trygghet, troverdighet og tilknytning (3,5). Eksempelet viser betydningen av at terapeuten er oppmerksomt nærværende og lytter med hele seg. Schibbye mener det er en forutsetning at terapeuten er emosjonelt tilgjengelig og kan gi trygge rammer, for at historier kan komme fram (3). På den annen side skal det ikke så mye forstyrrelser inn i eget liv før terapeuten sender motsatte signaler, lettere overser detaljer i kroppslige uttrykk eller unnlater oppfølgende spørsmål i samtalen. Da kan pasienten føle seg avvist eller misforstått,

og det kan gi en opplevelse av at relasjonen preges mer av mistillit og utrygghet, enn det motsatte.

Utfordre eller stabilisere

På videreutdanningen viser studentene video fra egen PMF-praksis, og dette kan gi gode faglig diskusjoner. Følgende eksempel kan synliggjøre dette: Filmen viser en behandlingssekvens av en 15 år gammel jente som er innlagt på psykiatrisk avdeling på grunn av selvskading. Hensikten med behandlingen er å øke pasientens kroppskontakt og kontakt mot underlaget, samt å gi gode kroppsopplevelser. Terapeuten møter pasienten med en utforskende holdning, og gjør øvelser sammen med henne stående og sittende på gulvet. Sittende på gulvet fikk pasienten massasje på sine skamferte armer. Hun smilte og så ut til å like dette. Etter videovisningen stilte en medstudent følgende spørsmål: *«Hvorfor ber du ikke pasienten om å strekke seg mer opp? Hun står med bøyde armer, sammensunken overkropp og bøyd nakke. Hvis hun får bedre strekk i kroppen kan pusten frigjøres, og stram muskulatur slippe taket»*. Terapeuten forklarte: *«Jeg følte at hun hadde et behov for å beskytte seg, så jeg ville ikke utfordre henne med dette»*.

Hva bygget terapeuten sine antagelser på? Hun fornemmet noe som var vanskelig å sette ord på; en type taus kunnskap. En mye benyttet metafor er at terapeuten bruker seg selv som instrument og stemmer seg inn mot den enkelte pasient. Ved hjelp av egne sanser, fornemmelser, intuisjon og tidligere erfaringer, fortolkes tegn og uttrykksmåter. Å utvikle slik taus kunnskap forutsetter empatisk holdning og mentaliseringsevne (3,8). Mentaliseringsevne defineres til å kunne se seg selv utenfra og andre innenfra. Det innebærer også å kunne ha en forståelse av selve relasjonen og konteksten denne utspilles i (3). Video-observasjon av pasienter mister disse dimensjonene, og faglige vurderinger kan fort baseres på den objektiverte pasient. Diskusjonen som fulgte handlet om balansegangen mellom når det skal utfordres mer, kontra det å anerkjenne at det som gjøres er bra nok. Terapeutens valg kan sees som en støttende holdning der pasienten godtas med alle sine sider; både de sidene hun selv liker, og de som kan være av en mer skamfull eller skremmende karakter (7). På den annen side er det mulig at det å strekke seg kunne oppleves som frigjørende og godt. Schibbye påpeker at individet har en relasjon til seg selv i tillegg til at man inngår

i relasjoner med andre. Man er både subjekt og objekt samtidig, og det opplevende subjektet kan ha en indre dialog og reflektere over seg selv som objekt. Ved å erfare kroppen sin på nye måter, kan personen bli tydeligere for seg selv og dette kan gi styrket selvfølelse (3).

Kunne pasienten fått nye viktige erfaringer ved å strekke seg og «åpne kroppen mer opp» i trygge omgivelser, eller ville en slik instruksjon gjort at hun mistet en for tiden nødvendig kroppslig kontroll? Ville en mer utfordrende tilnærming ødelegge noe av den oppnådde relasjonen dem imellom, eller styrke den? Her er ingen klare svar. Diskusjonen viser flyten mellom terapeutposisjonene å utfordre eller stabilisere, og hvordan intuitive, ubevisste valg forankres i taus kunnskap.

Involvering og avgrensning

Følgende eksempel viser hvordan terapeuten kan veksle mellom flere ulike posisjoner som nærhet/distanse, privat/profesjonell, involvering/avgrensning og avhengighet /selvstendighet.

Eva, 15 år, bor på en barnevernsinstitusjon. Henvisningsdiagnose var nakkesmerter og hyppig hodepine. Mitt første inntrykk var at hun virket til dels ganske avvisende og utilnærmelig, og lite interessert i behandling. Delvis gjennomført undersøkelse viste generelt stor fleksibilitet, og til dels lav stivhetsgrad i muskulatur, med unntak av nakke/skulderområdet. Behandlingen bestod av massasje, kroppsbevissthet og stabiliserende øvelser. Eva likte massasjen godt, og under massasjesekvensene fortalte hun mye om eget liv. Kort fortalt: en barndom med alkoholiserede foreldre, mye forsømmelse, utprøving av alkohol og narkotika for egen del, voldtekt og abort. Da Eva forstod at jeg ikke hadde noen forhåndsinformasjon om hennes liv, og at det som ble delt på behandlingsrommet forble mellom oss to, tror jeg la grunnlaget for et tillitsforhold til meg som voksenperson. På institusjonen ble alt av personlig informasjon eller betroelser til andre voksne delt videre med alle ansatte på rapporteringsmøter, og hun følte at hun ikke hadde noe privatliv. Eva møtte for første gang til alle oppsatte timer i et behandlingsopplegg.

Dette kan høres ut som et idealisert og vellykket gjennomført behandlingsopplegg, men terapeutrollen ble absolutt utfordret. Min første utfordring var at jeg ble veldig

engasjert i, og emosjonelt berørt av, Eva og hennes historie. Vi fikk god kontakt og jeg kjente et inderlig ønske om å hjelpe henne. En god porsjon omsorg og varme av tydelige voksne, ville gitt de rammene hun så sårt trengte. Rollen «den gode mor» var nærliggende, med fare for å *overinvolvere* seg og glippe på egne *grenser* og *profesjonalitet*. Å være avgrenset innebærer å unngå emosjonell smitte eller overføring av den andres følelser (3,5).

Eva viste seg å være temmelig grenseløs og utfordrende. Jeg fikk nærgående spørsmål om for eksempel seksuelle erfaringer: «*Jeg har prøvd sånn og sånn..., har du det?*». Jeg ble provosert, og satte grenser for hva hun kunne spørre om. Hun ble mutt og stille og følte seg nok avvist. Kanskje ga slike tema anerkjennelse i andre miljøer? Førte hennes oppførsel ofte til negativ oppmerksomhet? Ville hun teste meg og se hvor mye jeg tålte før jeg avviste henne? Umiddelbart ble jeg usikker på om Eva tålte min grensesetting og om tillitsforholdet ble ødelagt. Schibbye hevder at det er spesielt viktig overfor barn og ungdom at terapeuten trer fram som et tydelig subjekt gjennom grensesetting. Pasienten får noen «å speile seg mot» hvis terapeuten opptrer som en avgrenset autonom person (3). Det er mulig at Eva fikk en tydeligere opplevelse av eget selv, eller lærte noe om grensesetting uten avvisning, ved å bli imøtegått.

I videre samtale fortalte Eva at hennes adferd ofte utløste sinne hos andre, og hun kunne bli straffet for sine handlinger. Hun hadde ikke tenkt over at hennes handlinger kunne utløse andre følelsesmessige reaksjoner. Ved at vi sammen reflekterte over situasjonen kunne Eva observere seg selv og sine egne handlinger utenfra. På den måten kan selvrefleksivitet utvikles. Selvrefleksivitet innebærer en evne til å se hvordan en selv oppfattes av andre, og samtidig kunne ta den andres perspektiv på det den andre opplever (3).

En utfordring i PMF er at mange pasienter er i behandling over svært lang tid. Når pasienter har samme alder, livssituasjon og felles interesser som terapeuten, kan relasjonen erfaringsmessig få mer privat karakter. Skillet mellom det å være terapeut og venn kan bli vanskeligere å opprettholde. I eksempelet over, vises til morsfølelse. Denne kan også vekkes ved behandling av voksne, med stor fare for overinvolvering og avhengighetsforhold. Behandling bør ta sikte på at pasienten får styrket sin

selvfølelse gjennom mestring og økt tiltro til seg selv. Dette står i sterk motsetning til lært hjelpeløshet som kan oppstå dersom pasienter blir objekter som hele tiden skal hjelpes og ordnes for. Likeverdighet er knyttet sammen med prinsippet om selvbestemmelse, og det er et sentralt skille mellom å ta ansvar *for* og ansvar *fra* den andre (9).

Avslutning

Terapeutisk samspill der en er i flyt mellom ulike terapeutposisjoner, kan være utfordrende. Som terapeuter må en bringe inn seg selv som person, og kunne lytte til pasientens fortellinger, men også sette grenser for hvor mye en selv kan håndtere. Terapeuten bør ha evne til både selvrefleksjon og å kunne reflektere over relasjonen man er i. Slike refleksjonsformer kan gi ny innsikt og forståelse av både en selv og situasjonen, og er sentralt i all terapi. De innledende spørsmålene kan vanskelig besvares, men det er viktig å samarbeide med flere fagpersoner når utfordringsnivået overstiger eget mestringsnivå. Dette for å ivareta både pasient og terapeut.

Elisabeth Møyner
Spesialist i psykomotorisk fysioterapi
Høgskolelektor, Høgskolen i Oslo og Akershus

Referanser

1. Thornquist E, Bunkan BH. Hva er psykomotorisk behandling? Oslo: Universitetsforlaget; 1986.
2. Møyner E. Terapeutrollen belyst ved studenterfaringer. *Fysioterapeuten*. 2016;4:16-20.
3. Schibbye ALL. Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
4. Buber M. Jeg og Du. 2.utg. Oslo: J.W.Cappelens Forlag AS; 1992.
5. Røkenes OH, Hanssen PH. Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget; 2012.
6. Friis S. Skjerming – straff eller støtte. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2015;1:135:8.
7. Hartmann E. Det kliniske intervjuet i et personlig psykoanalytisk perspektiv I: Rønnestad MH og Lippe A, red. Det kliniske intervju. Bind 1. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2013, s.73-85.
8. Vetlesen AJ. Profesjonell og personlig? Legerollen mellom vellykkethet og sårbarhet. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2001;121:1118-21.
9. Wormnes B, Manger T. Motivasjon og mestring. Veier til effektiv bruk av egne ressurser. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.

Å FORSTÅ OG HÅNDBERE KROPPEN PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI I SKOLEHELSETJENESTEN FOR UNGDOM

Alette Ottesen og Gro Askland Øyehaug

Flere og flere ungdommer er de siste årene blitt henvist til psykomotorisk fysioterapi i våre praksiser i primærhelsetjenesten. Vi tenker at vi skulle ha møtt dem tidligere, noe som er i tråd med helsepolitiske ord om å forebygge framfor å reparere, styrke lavterskeltilbud og intervenere tidlig (1). Disse ordene omsettes i praksis blant annet ved å styrke skolehelsetjenesten, og etter forskriften skal et tverrfaglig team i skolehelsetjenesten ha en fysioterapeut (2).

Psykomotorisk fysioterapi blir ofte assosiert med kurativ virksomhet, lang ventetid for å komme til behandling og langvarige behandlingsforløp. Med denne teksten ønsker vi å løfte frem psykomotorisk fysioterapi i skolehelsetjenesten som har tre motsatte fortegn: forebygging av plager og sykdom, god tilgjengelighet og tidlig innsats framfor behandling.

Ida går i første klasse på videregående skole. Hun har det siste halve året hatt hodepine, smerter i nakke og skuldre og vanskeligheter med å sovne om kvelden. Av og til får hun pusteproblemer, og hun kjenner seg stresset og urolig. Ida er bekymret for om det feiler henne noe alvorlig, men hun har det travelt og synes det er vanskelig å bestille time hos fastlegen. Derfor tar Ida heller kontakt med fysioterapeuten på skolen og håper hun kan få hjelp til å finne ut av plagene sine. Hvordan møter fysioterapeuten Ida når hun oppsøker skolehelsetjenesten?

I det videre vil vi kort presentere helseutfordringene til dagens ungdom og trekke opp noen perspektiver på helse og helsearbeid. Deretter ser vi på hvilke muligheter som ligger i fysioterapeutisk forebyggende arbeid på gruppenivå og i en-til-en-møte med elever som søker skolehelsetjenesten. Vi ønsker å belyse hvordan fysioterapi kan bidra til å støtte ungdom til å ta vare på egen helse – til å forstå, kjenne og håndtere kroppen sin. Kunne fysioterapeuten på skolen hjelpe Ida og i så fall hvordan?

Vi har tidligere ved flere anledninger rettet oppmerksomhet på fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdom (3 -5). Vår erfaring er at et møte med en fysioterapeut kan utgjøre en forskjell for mange ungdommer.

Ungdom og deres helseutfordringer i dag

Dagens unge er opptatt av sunnhet og av kroppen sin. Noen er overvektige, andre er undervektige. Noen er inaktive, andre er overtrente. Unge i dag røyker mindre, bruker mindre rusmidler og har mindre atferdsvansker sammenliknet med generasjoner før dem. Samtidig sliter mange med uro, stress, smerter, nedstemthet og utmattelse (6,7). Helseutfordringen til unge i dag beskrives som stress og psykisk helse (7). Kroppslige uttrykk for hvem de er og hvordan de har det, virker sammensatte, kontrastfylte og ikke alltid lett å forstå i en kropp i endring.

Unge stressrelaterte og psykiske helseplager har i den senere tid fått stor plass i ulike medier. Oppslag som f.eks *Gåten Martin* i Aftenpostens A-magasin 12.02.2016 og fjernsynsseriene *Sykt perfekt*, *Skam*, *Unge lovende* og *Jeg mot meg* gir innblikk i hvordan ungdom i dag lever og hva de sliter med. De representerer en generasjon med egne utfordringer knyttet til kropp og helse.

Helse og helsearbeid

Helse handler om kroppen. Når vi har det bra og engasjerer oss i ulike aktiviteter og samvær med andre, kjennetegnes kroppen av å være i bakgrunnen og med fravær av vår oppmerksomhet (8,9). Engelsrud uttrykker det som en bekymringsløs glemsel overfor kroppen og at livet leves best mellom å *kjenne seg selv* og å *glemme seg selv* (10). Når kroppens ytre får mye oppmerksomhet og om kroppens uttrykk og symptomer blir fremtredende, rokkes det ved dette forholdet. En kropp som er stresset «snakker» høyt og tar mye oppmerksomhet – slik Ida merket, men ikke forstod. Når kroppen kommer i forgrunnen og «man kjenner seg selv for mye», kan det være i form av ansente muskler, belastningsskader, hodepine, angst, uro og problemer med pusten, vekt og søvn.

Uttrykkene og symptomene kan forstås som en ressurs og veiviser til å merke seg selv og bli klar over egne behov og grenser. Satt inn i en sammenheng kan symptomene hjelpe til å oppdage egen individualitet og å forstå seg selv og den konteksten man lever i (11,12). Stressrelaterte og psykiske helseplager kommer ikke over natten, de utvikler seg oftest over tid. Et sentralt element i å ta ansvar for egen helse er, slik vi

ser det, å forsøke å forstå og håndtere de kroppslige uttrykkene før de «vokser seg» til plager og sykdom.

Gadamer sier at helse ikke er en tilstand som vi kan føle i oss selv, snarere er det en tilstand av å være involvert i verden, være en del av samfunnet, en del av gjengen og det sosiale liv gjennom givende engasjement i hverdagslige aktiviteter (13). Nettopp betydningen av en slik deltakelse – og å hindre utenforskap - i sosiale nettverk, skole og i arbeidsliv, ligger til grunn for helsepolitiske prioriteringer (14,15). Sentrale punkter i en nylig utarbeidet ungdomshelsestrategi er å gi ungdom bedre tilgang til lavterskel helsetjenester, styrke deres medvirkning og det tverrfaglige samarbeidet rundt dem (15).

Når det gjelder forebyggende helsearbeid for ungdom, kan man spørre seg om hva det er som skal forebygges. De fleste barn og unge i Norge i dag har i utgangspunktet god helse. I friske kropper ligger det en mulighet til å fremme en bekymringsløs glemsel med hensyn til kroppen (16). Kan dagens uttalte oppmerksomhet på helsefremmende tiltak og sykdomsforebygging forstyrre en slik bekymringsløs glemsel og i seg selv bidra til stress og helseangst? Samfunnets fokus på helse og livsstil og også helsetjenestens påtrykk mot barn og unge om stadig å forbedre helsen sin, kan muligens gi inntrykk av at alle hele tiden må streve etter å leve sunnere og bedre. Er da kroppen aldri bra nok som den er?

Kropp og utseende henger sammen med hvorvidt ungdom er fornøyd med seg selv (7). Skårderud har ved flere anledninger snakket om kroppsmisnøye som et utbredt fenomen og knyttet til unges helse. Lite oppmerksomhet på kropp og utseende hjemme, men mer på hva kroppen kan brukes til, synes å bidra til at ungdom blir mer fornøyd med kroppen sin (17). Samtidig viser det seg at god støtte fra foreldrene påvirker unges helse positivt og at unge i dag generelt har et godt forhold til foreldrene sine (7,18). Med bakgrunn i nevnte funn, lurer vi på hva som er god foreldrestøtte og hvordan foreldre best kan hjelpe sine unge til å leve kropper på gode måter. På Helsedirektoratets Toppmøte om ungdomshelse i februar 2016 problematiserte psykiater Anne Kristine Bergem nettopp hvilke rollemodeller dagens ungdom har i foreldre – og også besteforeldre – når det gjelder higen etter å være «sykt perfekt» og ha oppmerksomhet på prestasjon, kropp og utseende. Kan dages unge forstås som et speilbilde av foreldrene sine? På helsestasjonen for de yngste barna legges det stor helsefremmende og forebyggende innsats i foreldrerollen. Har helsetjenesten hatt for

lite oppmerksomhet på foreldrene som forbilder og ressurs for ungdom og ungdoms helse?

Forebyggende og helsefremmende fysioterapi i skolehelsetjenesten

Å øve opp et variert samspill av bevegelser er en del av naturlig motorisk utvikling og kan forstås som en ledetråd i psykomotorisk fysioterapi. Når vi møter ungdom henvist til fysioterapi i primærhelsetjenesten, ser vi ofte at deres bevegelser har stivnet og stilnet – noe som også var i ferd med å skje for Ida sin del. Ida trente og beveget seg mye. Det kunne imidlertid synes som om hun beveget seg i et ensidig spor, at hun ble mer og mer anspent i kroppen og stereotyp i bevegelsesmønsteret sitt. Selv om fysisk aktivitet er et sentralt helsefremmende tiltak, var hun både urolig og stresset i kroppen. Ida er et eksempel i tråd med undersøkelser som viser at ungdom som sliter psykisk, trener nesten like mye som ungdom forøvrig (7). Det kan betraktes som et interessant funn fordi det spriker fra annen forskning som dokumenterer at fysisk aktivitet og trening både har forebyggende og behandlende virkning med hensyn til psykiske helseplager. Hvordan kan dette forstås?

Mange fysioterapeuter har rettet oppmerksomhet på fysisk aktivitet og trening som et tvetydig prosjekt (16,19 - 21). På den ene siden tematiseres å ta vare på kroppen gjennom bevegelsesutfoldelse og bevegelsesglede og å minne om kroppen som kilde til erkjennelser. På en annen side legges det ofte vekt på hvilken effekt trening har på kondisjon, kroppsvekt, muskelstyrke, angst, depresjon og evne til å tåle stress. Det førstnevnte perspektivet kommer gjerne i skyggen av det sistnevnte. Trening synes også for tiden som en del av et identitets- og selvrealiseringsprosjekt. For noen leder det inn i en overdreven disiplinering av, kontroll over og modellering av kroppen - det siste også kalt kosmetisk trening.

Ungdom med nedsatt funksjon fortalte på det nevnte Toppmøte om ungdomshelse at flere av dem går ut av videregående skole uten vitnemål fordi de ikke har deltatt i kroppsøving. De har ikke kunnet delta i den ordinære undervisningen og har ikke fått tilbud om et alternativt opplegg. Det er mange elever som kan trenge tilpasset kroppsøving: de som er inaktive og overtrente, overvektige og undervektige, elever som strever med uro, angst, søvn, nedstemthet, smerter, slitenhet, skader eller sykdom. Fysioterapeuten i skolehelsetjenesten kan bidra med sin kunnskap for å

tilpasse kroppsøvingundervisning individuelt. Ulike bevegelsesgrupper kan være en måte å tilpasse undervisning i kroppsøving på – og kan kanskje også være et bevegelsestilbud til alle i skolehverdagen?

Da Solfrid Bratland Stranda snakket om ungdom, helse og fysisk aktivitet på Toppmøtet om ungdomshelse, delte hun erfaringer om at elever som faller ut av skolen, først dropper ut av kroppsøvingstimene. Når ungdom uteblir fra kroppsøvingstimene, synes vi at de bør få møte en fysioterapeut i skolehelsetjenesten. Hvorfor velger ungdom bort å delta i kroppsøving og hva slags forhold har disse ungdommene til kroppen sin og til bevegelse? Hvordan kan det forstås at å droppe kroppsøving kan bli starten på å falle utenfor i skolesammenheng?

Livsmestring og folkehelse er begrep i tiden og løftes frem som prioriterte tema som skal inn i flere fag i skolen (22). Inkluderer det kroppen – den tvetydige og kompetente kroppen? Med bakgrunn i at man kan sosialiseres til å forvente terapeutisk hjelp med sine vansker (23), er det rimelig å anta at undervisning og en tverrfaglig skolehelsetjeneste også kan sosialisere ungdom i motsatt retning - styrke ungdoms tro på og tillit til at de fortrinnsvis kan håndtere egen kropp og eget liv. Å forstå, mestre og håndtere hverdagen beskrives av Antonovskys som en *opplevelse av sammenheng* og som en fellesnevner for å skape god helse (24). Antonovskys teori kan underbygge betydningen av å støtte ungdom til å forstå og håndtere kroppen sin. Fysioterapeuters helsefaglige kompetanse om kropp, bevegelse og funksjon - i vid forstand - er etter vår vurdering sentralt for å understøtte en slik forståelse og utforskning av kroppen.

Basert på perspektivene vi har beskrevet over, lar vi følgende stikkord stå for fysioterapeutisk bidrag inn i en helsefremmende og forebyggende skolehelsetjeneste på gruppenivå: samarbeid med lærerstaben og det tverrfaglige skolehelsetjenestetteamet, undervisning, deltakelse på foreldremøter og foreldreundervisning, større variasjon i innholdet i kroppsøvingstimene, tilpasset kroppsøving, og mulighet til å influere på tenkning omkring kropp og helse i skolen.

Fysioterapi til elever som oppsøker skolehelsetjenesten

At ungdom skal ha tilgang til noen å snakke med, ligger som et bakteppe for å styrke skolehelsetjenesten til å møte unges stressrelaterte og psykiske helseplager. Samtaler

er tradisjonell tilnærming til psykiske plager og dokumentaren *Jeg mot meg* (NRK 2016) viser hvordan ungdom som sliter psykisk kan få hjelp av gruppesamtaler hos psykolog.

På en annen side forteller mange unge oss at fysioterapi og kroppen som innfallsvinkel, gir innsikt og kunnskap om seg selv på en annen måte enn ord alene. Kroppen forstått som grunnlag for menneskers erfaring, oppvurderer sansene og toner ned tenkning. Et slikt kroppssyn utfordrer tidens oppmerksomhet på kognisjon (24) og en forestilling om *the silent body and speaking mind*. Helsesøstre og psykologer vi samarbeider med, legger merke til og kommenterer at fysioterapeuters utgangspunkt i kroppen ofte hjelper ungdom til å sette ord på hvordan de har det. Vår erfaring er at dagens ungdom opplever tematisering og utforskning av å være og leve kropp som «spot on». At en fysioterapeut ser, lytter og snakker - også med hendene – og samtidig kopler kropp og liv, kan åpne for erkjennelser, følelser og for samtaler. Slik sett kan fysioterapi tilføre en annen tilnærming og en utvidelse av tilbudet om noen å snakke med i skolehelsetjenesten. Mange unge synes dessuten det er vanskelig å snakke om følelser. Følelser kan være utydelige, men den konkrete kroppen er tydelig (26). Hvilken betydning kan det gis i skolehelsetjenesten?

Ungdom, slik som Ida, oppsøker også skolehelsetjenesten for å søke råd om plager og smerter i kroppen. En fysioterapeut kan møte dem med en samtale og en kroppsundersøkelse. Ida blir oppmerksom på at hun heiser skuldrene, holder armene aktivt inntil kroppen, puster høyt i brystkassa og har nedsatt bevegelighet i rygg og nakke. Det Ida merker, vises i kroppen hennes. Fysioterapeuten snakker med Ida om at det er ikke noe feil eller galt med kroppen hennes, men at det kan se ut som om hun – sikkert av ulike grunner - spenner musklene sine uhensiktsmessig og bruker unødige krefter. Fysioterapeuten sier at om kroppen/Ida ikke spenner av, hviler og beveger seg variert – så er det ikke rart hun blir sliten og at musklene sier ifra. «*Kjenn etter hva du liker Ida, og om det er noe du har mulighet til å gi slipp på. Kan du prøve ut mer varierte måter å bevege deg på?*».

Kroppsundersøkelse og samtale med fysioterapeuten gir Ida en forståelse av at alle delene i kroppen hennes henger sammen. Hun ser plagene sine i sammenheng med det hun står i hver dag - uttrykkene blir naturlige og «friske» svar – ikke sykdom. At muskelspenningene kan berøres, beskriver Ida som å bli tatt på – på alvor. Hun sier at hun får flere aha-opplevelser sammen med fysioterapeuten. Ida lærer noe om seg

selv, om sammenhenger i den konkrete kroppen og hvordan kroppen uttrykker livet hun lever. Sammen med rådgiver på skolen får hun dessuten hjelp til å sortere og prioritere skolearbeidet. Ida ble lettet og fikk det bedre.

Som et alternativ til å være med på treningen i kroppsøvingstimene i jakten på å få karakteren 5 eller 6 på Cooper-testen (løpe 3000 m på bane på tid), fikk Ida tilbud om å være med på en av fysioterapeutens bevegelsesgrupper på skolen. Der utforsket hun varierte måter å bevege seg på, kontakten med kroppen sin og eget kroppsbylde.

Avslutningsvis

Ida fikk hjelp til å slippe tak i helseangsten, forstå kroppens uttrykk bedre, skape mer og andre bevegelser i pust og muskulatur og å gjøre prioriteringer i hverdagen sin. For andre kan det dreie seg om andre forhold. Ungdom kan oppsøke fysioterapeuten i skolehelsetjenesten for ulike psykososiale problemstillinger, sykdom, plager eller skader som kjennes og uttrykkes i og med kroppen. Vi ønsker å understreke at psykomotorisk fysioterapi er en forståelse som er relevant i alt helsefremmende arbeid og en tilnærming som er indisert ved et bredt spekter av helseproblemer; sykdommer, symptomer og uttrykk fra muskel- skjelettsystemet.

Mange ungdommer lever kropp i lite bevegelse og i vanskelige liv. De kan trenge behandling – ofte tverrfaglig. På en annen side er vår erfaring at det for mange andre kan være lite som skal til for å skape bevegelse der bevegelser har stivnet – endringer som også kan bevege atferd, tanker og følelser. Kroppen kan forstås som grunnlag for eksistens og språk og knyttet til alle uttrykk for helse. Slik forstått har fysioterapeuter «det grunnleggende» som sitt arbeidsfelt når kroppen og livet buter - en kompetanse vi mener kan anvendes på alle nivåer i skolehelsetjenesten.

Takk til Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter og til Lillehammer og Ski kommune for økonomisk bidrag gjennom satsningen på FYSIOPRIM. Takk også til Wenche Schrøder Bjorbækmo som veiledet oss og var medforfatter til artikkelen som denne teksten springer ut fra.

Alette Ottesen
Spesialist i psykomotorisk fysioterapi
Lillehammer psykomotorisk fysioterapi
Hospitant i FYSIOPRIM, Universitetet i Oslo

Gro Askeland Øyehaug
Spesialist i psykomotorisk fysioterapi
Follo Fysioterapi, Ski
Hospitant i FYSIOPRIM, Universitetet i Oslo

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted – til rett tid. Oslo: Departementet; 2008. Meld St 47, 2008–2009.
2. Sosial- og helsedirektoratet. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Oslo: Direktoratet; 2003. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450.
3. Øyehaug GA, Ekløf-Flugstad A. Fysioterapi i skolehelsetjenesten. Ungdom og stressrelaterte plager. Rapport. Oslo: Universitetet i Oslo/FYSIOPRIM /Ski kommune; 2014.
4. Ottesen A, Øyehaug G.A. Styrk skolehelsetjenesten. 2.desember 2014.
5. Ottesen A, Øyehaug GA, Bjorbækmo WS. Fysioterapi i skolehelsetjenesten perspektiver og praksis. Fysioterapeuten. 2016; 4: 48-52.
6. Seippel Ø, Strandbu Å, Sletten M.A. Ungdom og trening. Endring over tid og sosiale skillelinjer. Rapport. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA); 2011.
7. Bakken A. (red). Ungdata. Nasjonale resultater 2014. Rapport. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA); 2014.
8. Leder D. The absent body. Chicago: University of Chicago Press; 1990.
9. Shusterman R. The Silent, Limping Body of Philosophy. In T.C.a.M.BHansen (Ed.), The Cambridge Companion to Merleau-Ponty pp. 151-181. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
10. Engelsrud G. Kvinner i bevegelse – mellom lengsel og lyst. Oslo: Universitetet i Oslo, Senter for kvinneforskning; 1995. Arbeidsnotat 5/95.
11. Løkke PA. Ungdommens følelser og møte med den instrumentelle fornuft. Tidsskrift for norsk psykologforening. 2011; 48: 242-250.
12. Ottesen A, Mengshoel AM. (U)synlig og (u)forståelig – avhengig av hva man retter blikket mot. Fysioterapeuten. 2016; 3: 30-33.
13. Gadamer H-G. The enigma of health (2004 ed.). Stanford: Stanford University Press; 1996.
14. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Departementet; 2014. Meld. St. 26, 2014–2015.

15. Departementene. # Ungdomshelse. Regjeringens strategi for ungdomshelse 2016-2021. Oslo: Departementet; 2016.
16. Smedbråten BK, Råheim M, Heiberg E. Alle musklene og tankene roet seg...- et kroppsfenomenologisk perspektiv som kilde til innsikt i unges livsverden. *Fysioterapeuten*. 2003; 6: 25-30.
17. Gattario KH. *Body Image in Adolescence: Through the Lenses of Culture, Gender and positive Psychology*. Gøteborg: Universitetet i Gøteborg; 2013. Doktorgradsavhandling.
18. Andersen PL, Bakken A. *Ung i Oslo 2015. Rapport*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
19. Engelsrud G. *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
20. Moe S. Et kroppsfenomenologisk perspektiv på fysisk aktivitet og bevegelse. *Fysioterapeuten*. 2009; 4; 17-21.
21. Thornquist E. *Movement and Interaction; The Sherborne Approach and Documentation*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
22. Kunnskapsdepartementet. *Fag – Fordypning – Forståelse: en fornyelse av Kunnskapsløftet*. Oslo: Departementet; 2016. Meld. St. 28, 2015–2016.
23. Skårderud F, Haugsgjerd S, Stänicke E. *Psykatrieboken: Sinn – kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
24. Antonovsky A. *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal norsk forlag; 2012.
25. Sviland R, Råheim M, Martinsen K. (2009). Å komme til seg selv – i bevegelse, sansning og forståelse. *Matrix*. 2009; 2: 257-275.
26. Skårderud F. (2011). *Flukten til kroppen – fem refleksjoner om selvskade*. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*. 2011; 131: 486.

TRIMMEN

EN PRAKTISK BESKRIVELSE AV BEVEGELSESGRUPPER FOR PASIENTER OG IKKE-PASIENTER

Eli Rongved

Min lange praksis som psykomotorisk fysioterapeut har hatt et bredt aktivitetsfelt. Et arbeidsområde som har gitt mange positive tilbakemeldinger fra deltakerne, har vært bevegelsesgruppene. I gruppene har både deltakerne og jeg sett og kjent at kropper og mennesker kan forandre seg; i løpet av år, i løpet av timer, i løpet av en bevegelse.

Det er *noe* som virker i bevegelsesgrupper, når målet er å endre bevegelser og bevegelsesmønster fra anspent til avslappet, fra smertefullt til gjennomførbart, fra stivt til ledig. Jeg tar ikke her sikte på å utrede hva dette *noe* er, men vil gi en praktisk beskrivelse av hvordan man kan legge opp gruppetimene, i den hensikt å inspirere kolleger til å starte med grupper.

I 2009 var jeg informant for kollega Nina Tvedten i hennes masteroppgave «*Å være i bevegelse*». Jeg møtte en forsker som seriøst utfordret meg til å beskrive det som til da hadde vært taus kunnskap om gruppenes effekt og hensikt. Mitt opplegg hadde fram til da vært utviklet gjennom intuisjon, egne ordløse påfunn og behov, samt kopiering eller «herming» av det jeg opplevde at andre bevegelsesgrupper gjorde. Gudrun Øvreberg står her i en særstilling som læremester og kilde til inspirasjon. Gjennom Ninas spørsmål ble jeg bevisstgjort og fikk satt ord på hva jeg gjorde, hvorfor jeg gjorde det, og hvilke tanker jeg hadde om gruppene. Men fremdeles oppleves det vanskelig å beskrive gruppenes praksis. Brei erfaring har ofte så få ord! Interesserte kolleger blir heller bedt om å være med på gruppetimer, og slik oppleve og erfare selv.

Jeg har tatt for gitt at det å bevege seg under ledelse i en gruppe sammen med andre, akkompagnert av musikk, er fullt forenlig med prinsippene og intensjonene i psykomotorisk fysioterapi: At en fri pust, vektlegging av fundament og strekk, tilrettelegging for kroppens naturlige responser som gjesp, sukk, tretthet, lekenhet, fornemmelse for og justering av bevegelser, kan rommes i en ledet gruppeaktivitet.

Timene har hatt en struktur, et mønster eller en oppbygging som har vært gjenkjennbar fra time til time. Innholdet i strukturen, agendaen for timen, har variert. Ikke fra gang til gang, men musikk og innhold har skiftet ca. hver tredje time.

Videre har jeg konsekvent unnlatt å korrigere deltakernes egne bevegelsesuttrykk i timen. Jeg har minnet dem på å slippe pusten til, å kjenne etter hva de gjør osv, men jeg har ikke korrigert dem. Dette fordi det etter min oppfatning ikke finnes kategorier som «riktig» eller «galt» når det gjelder bevegelser og uttrykk. Det finnes valg og muligheter, og det finnes betingelser som fremmer eller hemmer opplevelsen av å ha valg – også når det gjelder bevegelsesutslag og - uttrykk.

De aller første bevegelsesgruppene jeg ledet fant sted på Solli Nervesanatorium i Bergen. Deltakerne var en blanding av pasienter og ansatte. Pasientene var både inneliggende og polikliniske. Gymsalen var stor og romslig, med vindusvegg, flygel og stereoanlegg. I kjelleren var det svømmebasseng, der hadde vi grupper med bl.a. vanngymnastikk. Jeg var fysioterapistudent i praksis og, så vidt jeg husker, merkbart nervøs foran mine første grupper. Jeg fikk solide forbilder i de tre psykomotoriske fysioterapeutene på Solli, Gerd Grotmol, Turid Iversen og Elin Brun. De ledet gruppene på sine helt ulike måter, de satte sine individuelle og personlige preg på form og innhold i timene. Dette har hatt betydning for min forståelse for at det finnes flere format og muligheter for gruppeaktiviteter under den psykomotoriske overbygningen.

Som selvstendig næringsdrivende fysioterapeut i psykomotorisk videreutdanning kom jeg til Bø i Vesterålen i Nordland i 1981. Her startet jeg en bevegelsesgruppe for stedets damer på kveldstid. Etter ett år flyttet jeg til Melbu i Vesterålen, og samarbeidet der med en kollega som også tok videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Hun hadde da drevet en bevegelsesgruppe for damer på stedet i flere år. Det var stedets populære dametrim, kalt Trimmen.

De første årene var jeg deltaker og av og til vikar på min kollegas gruppe. I tillegg startet jeg opp en liten gruppe på instituttet med seks - syv pasienter. Vi startet også

sammen opp en herregruppe, som vi ledet hver vår gang. Min kollega flyttet, og jeg overtok «trimpartiene», som på det tidspunktet var to grupper med ca. tyve deltakere på hver.

Gruppene levde en omflakkende tilværelse på stedet gjennom flere år – vi holdt til i idrettslagets klubbhus, i skolens bomberom, på videregående skoles gymsal, på loftet i stedets jernvareforretning, i gymsalen i Heimevernsleiren (her måtte vi søke til Forsvaret i flere omganger før vi kunne starte opp), i to ulike kulturhus (i det ene hadde vi tett samboerskap med en voksende forsamling nervøst pilende mus). Etter hvert flyttet instituttet til romsligere og musefrie lokaler, og siden begynnelsen på 1990-tallet har «trimmen» i hovedsak holdt til i instituttets lokaler. Romarealet har variert mellom 50 og 200 m². Nå har jeg et kvadratisk lokale på 110 m² med fint gyngende tregulv i 2. etasje i en forretningsgård.

Det var få eller ingen deltakere som sluttet på gruppene, og det kom stadig forespørsler om å få være med. Det ble fristende å inkludere så mange som mulig i hver gruppe. For meg har det alltid vært vanskelig å avvise interesserte. Jeg vet om andre fysioterapeuter som leder grupper som ikke tar inn nye i det hele tatt. Jeg prøvde å finne plass til alle, og litt etter litt har antallet grupper økt i takt med interessen. I dag har jeg fem grupper, fire damegrupper og en herregruppe. Alle på mandager, slik har det vært i nesten alle år. Jeg har en damegruppe klokken halv tre, herregruppen halv fire, og tre damegrupper på kvelden. En kort periode fordelte jeg gruppene på mandager og tirsdager, men la så alle til mandagene for ikke å være opptatt og bundet på to ukedager. Alle gruppene varer en time. Det er ingen pauser mellom de to ettermiddagsgruppene, og heller ikke mellom de tre kveldsgruppene.

Antallet deltakere varierer litt. Primært gir jeg plass til tyve på hver gruppe. Det hender det er flere. Men herregruppen er full med tolv deltakere. Menn tar mer plass.

Dette med antall er et interessant tema. Det er en sammenheng mellom opplevd energi i gruppa, og antall deltakere. Blir gruppa for liten, blir den tung i drift. Særlig i våre

dager, hvor folk reiser mer, må man regne med at noen er borte hver gang. På alle gruppene er det noen som er borte pga. ferie og Syden-turer to eller tre eller fire ganger hver sesong. Og har man en gruppe på ti deltakere, hvor fem plutselig er borte, kan det bli en tung oppgave å lede den timen.

Jeg tilbyr 12 ganger trim i høsthalvåret, og 12 ganger i vårhalvåret. Det vil si at cirka halve året er jeg bundet til å være til stede hver eneste mandag på grunn av gruppene.

Type grupper

Alle på mine grupper betaler for deltakelse i gruppen. Arbeidstiden med gruppene er utenfor vanlig arbeidstid. Jeg har altså ingen rene pasientgrupper og ingen som deltar på gruppene kommer med rekvisisjon. Noen deltakere har vært pasienter, som etter avsluttet behandling har begynt på gruppe.

Alle gruppene har fått sin egen signatur, sin egen atmosfære.

I *1430-gruppen* er det flest tidligere pasienter. Dette er den gruppen hvor tempo, tyngde og krav til koordinasjon er lavest dosert. Denne gruppen er stor, og er også den gruppen hvor det er mest gjennomtrekk. Noen går over i andre grupper, noen slutter, noen tar en pause for så å komme tilbake.

1530-gruppen er en ren herregruppe og er den minste gruppen. Her er det bare 12 deltakere, men de fyller rommet. Noen få er tidligere pasienter. Aktivitetsnivået er høyere enn på gruppen foran.

1800-gruppen kaller seg selv selvvironisk for «sexpartiet», og er gruppen med høyest gjennomsnittsalder. Mange er pensjonister, noen kjører flere mil med full bil for å delta. I denne gruppen har vi en forholdsvis lang sekvens med bevegelser på krakk før vi går over til stående og gående bevegelser.

1900-gruppen er den gruppen som har flest medlemmer fra oppstarten. Noen av deltakerne har gått på trim i over førti år. Her er mange såkalt spreke damer helt opp til 75 år, men de fleste er i 45 – 65 års alderen.

2000-gruppen er en relativt «ung» gruppe med flere nyere deltakere. Disse to siste gruppene er gruppene med høyest krav til tempo, utholdenhet og styrke. Her er det bare en pensjonist, og hun går her med sin datter. Jeg har flere ganger hatt tre generasjoner deltakere – fordelt på ulike grupper.

Øvelser

Øvelsene skal være lette å gjøre i begynnelsen av hver sekvens. De springer ut fra vanlige bevegelser som variasjoner over for eksempel å gå, å bøye og strekke knærne, å løfte bena, å stole på bena, å snu seg, å løfte eller svinge armene, å bevege nakke og brystkasse. Det skal føles naturlig og enkelt å gjøre bevegelsene. En av deltakerne sa en gang: *«Det er jo så enkle bevegelser at jeg blir fullstendig lykkelig av å gjenta dem»*. I løpet av hver enkelt sekvens stilles det gradvis økende krav til koordinasjon, styrke, eller til å slippe seg til. Målet er at deltakerne skal slappe av og puste naturlig gjennom alle sekvensene, også når det begynner å bli tungt. Derfor er det en gradvis økning i krav som stilles til oppmerksomhet, styrke eller utholdenhet. Jeg legger inn mange øvelser som innebærer bevegelse i hofter og bekken, brystkasse og skuldre. Videre vektlegges ulike former for sving & svikt, rotasjoner, kontakt med underlaget, enkle dansetrinn, samt strekkøvelser. Øvelsene skal henge sammen med musikken.

Musikk

Musikken er viktig. Den skal stimulere og understøtte bevegelsene, den skal inspirere og gjøre det lettere å bevege seg. Det er definitivt det elementet jeg bruker mest tid på: lete fram musikkstykker, prøve ut musikken til bevegelsene. Her må den enkelte gruppeleder prøve seg fram, det er ved å prøve, erfare, prøve igjen og utforske, at man

kan utvikle en treffsikkerhet i musikkvalget. Personlig smak og stil, egne bevegelser og musikalsk erfaring spiller inn.

Oppbygging av hver time:

1. Oppmyking av fot og kontakt med underlag
2. Balanse og stabilitet i stående stilling
3. Oppmyking av alle kroppens ledd, ledighet og «oppvarming». Bevegelsesfrihet. Gjøres stående og/eller sittende.
4. Kontaktøvelser, styrke og svakhet, spenning og avspenning.
5. Utprøving av tempo, koordinasjon og variasjon.
6. Strekk og utprøving av grenser for egen bevegelse
7. Liggende styrke og kontakt
8. Strekk og slipp i liggende eller sittende på gulv
9. Avspenning, hvile, kontakt med underlaget.
10. Avslutning, oppvåkning.

Øvelse/sekvens	Musikk/kommentar	Hensikt
<p>1. Oppmyking føtter, stående</p> <p>Bøye og strekke tærne</p> <p>Løfte indre og ytre fotrand</p> <p>«Krafse med tærne», gå på tå/hæl, løpeskritt</p> <p>Strekke vristen, rotere foten osv.</p>	<p>Med og uten pinner.</p> <p>Oppmerksomhet.</p> <p>Sakte og forholdsvis grundig.</p> <p>Ikke musikk.</p>	<p>Forberede foten på å ta vekten av kroppen, slik at bevegelsene kan bli ledige og uanstrengte. Sikre en naturlig pust.</p> <p>Holde foten bevegelig</p>
<p>2. Balansetrening</p> <p>Stå på en og en fot. Holde kroppen rolig, eller bevege kroppen og det andre benet</p> <p>Slippe skuldre, stole på foten/ankelen</p> <p>Skyve vekten fra fot til fot</p>	<p>Med og uten puter eller annen redskap. Med åpne og lukkede øyne.</p> <p>Sakte og oppmerksomt</p> <p>Øke vektarmen ved å strekke og bevege overkroppen/armene</p> <p>Ikke musikk.</p>	<p>Vedlikeholde balansen</p> <p>Trene koordinasjonen rundt leddene</p> <p>Bedre stabiliteten i leddene</p> <p>Bevisstgjøre på lavt tyngdepunkt</p>
<p>3. Oppvarmingsdel, ledighetstrening, stående eller på krakk</p> <p>Bevege armer og brystkasse</p> <p>Bevege nakke og skuldre</p> <p>Slippe hofter og knær</p> <p>Løfte bein og bevege bekken og rygg</p> <p>Ulike steg og trinn</p> <p>Sette hele kroppen i bevegelse</p>	<p>Rytmissk og lett musikk som understøtter bevegelsene, for eksempel countrymusikk, pop og jazz</p> <p>Bevege alle kroppsdelene</p> <p>Sikre naturlig pusterytme – enkle bevegelser uten store krav. Mest mulig "vanlige" bevegelser</p>	<p>Bli varm og smidig i ledd og muskulatur.</p> <p>Vedlikeholde ledigheten i hvert enkelt ledd og kroppsdel, samt i kroppen som helhet. Derfor både enkle og sammensatte bevegelser.</p> <p>Få fram en bevegelsesglede uten store krav til prestasjon – få lyst til å bevege mer.</p> <p>Kjenne kroppen som beveger og utforsker, leker.</p>
<p>4. Stående styrke og kroppskontakt</p> <p>Knebøy og strekk, enkel og dobbel</p> <p>Løfte 1 og 1 bein i ulike retninger og med ulik stilling i kneet</p> <p>Utfall og lounges</p> <p>Hopp og landing</p>	<p>Vurdere behov for om du trenger skotøy</p> <p>Musikk som legger vekt på rytmen i bevegelsen, mer "teknisk" musikk, rock</p> <p>Øvelsene skal kunne gjentas flere ganger, gjerne repeteres i serier på 3x.</p>	<p>Oppnå kontakt med muskulaturen og leddene, særlig i beina, som skal bære kroppen og sikre avspent overkropp.</p> <p>Sikre avspente og naturlige bevegelser i underkroppen, komme ut av eventuelle spenningsmønstre.</p>

Styrke i beina kombinert med krav til pust og kondisjon	Tenke variasjon: For eksempel når man har arbeidet mye med forsiden av kroppen, gå over til baksidemusklene Kan bruke for eksempel baller eller vekter	Også øve på kontakt med holdningsmusklene i rygg/hofte og nakke/overarmer
5. Strekk og slipp stående Kombinasjoner av trinn og strekk Sving og sviktøvelser Framoverfellende øvelser med slipp av nakke og armer	Musikk som er flytende men likevel har rytme	Bevisstgjøre sammenheng mellom strekk og pust Få kontakt med strekkmuskulaturen for å bryte anspenningen Avspenne etter styrkedel
6. Liggende/sittende ledighetsøvelser Vekt på rotasjonsøvelser, strekk og pust Øvelser som myker opp ryggen og som oppøver kontakt med ryggen	Musikken litt mindre viktig, mer oppmerksomhet på egne kroppsopplevelser	Tilbake til naturlig ledighet, men i andre utgangsstillinger Utfordre ledigheten i leddene, øke bevegeligheten
7. Liggende/sittende styrke og kontakt Særlig kontakt med bukmuskulatur, bekkenbunn og setemusler	Musikken understøtte bevegelsen	Oppøve kontakt med kroppens midtparti. Grunnen til at disse øvelsene gjøres liggende, er at det kreves styrke her for å kunne reise seg, rulle rundt, forflytte seg i liggende stilling osv.
8. Strekk og slipp liggende/sittende I kontakt med sin naturlige pust	Flytende og rolig musikk, kan også droppe musikken helt	Slippe pusten til, avslutte økten, oppleve kroppen som avslappet og naturlig sliten.
9. Avspenning	Musikk uten tekst, og uten rytmiske innslag	Dypere avspenning og påminnelse om sin egen naturlige pust

Skriftlig introduksjon til deltakerne på gruppen:

Velkommen til bevegelsesgruppe/trimgruppe på Institutt for PMF Melbu.

Her på gruppen handler det hele tiden om å finne sin egen pust og sine egne bevegelser. Måten vi bruker kroppen på, det vil si måten vi beveger oss på og måten vi er stille på, er høyst individuell og varierer fra person til person. Bare ta deg tid noen minutter og se på hvordan folk beveger seg på gata eller i et rom. Hver eneste person har et karakteristisk og unikt «mønster». Derfor finnes det ikke «feil» bevegelser. Vi kan ikke bevege oss feil, men vi kan bevege oss mer eller mindre anspent eller funksjonelt, det vil si hensiktsmessig eller avslappet. Bare tenk på hvordan du løfter armen hvis du slapper av og nyter bevegelsen mens du strekker deg, sammenlignet med hvordan du tvinger armen opp hvis du har vondt og biter tennene sammen mens du beveger. Det er stor forskjell, bare prøv.

Trimgruppene handler om å inspirere til ulike bevegelser slik at du etter hvert kan føle seg fri til å finne dine egne, behagelige og hensiktsmessige bevegelser, oppdage og oppleve din egen pust og dine personlige uttrykk.

Derfor vil trimtimene alltid foregå uten at jeg går rundt og korrigerer eller retter på bevegelsene. Jeg kan imidlertid minne dere på at dere skal puste, at dere bør belaste beina istedenfor overkroppen, eller at dere skal prøve å holde knærne over tærne. At dere kan slippe dere til i bevegelsene, slik at bevegelsene blir deres egne.

Deltakelsen i gruppen skjer på eget ansvar, og eventuelle plager eller helseproblemer kan tilsi at du på forhånd bør avklare med lege eller fysioterapeut hvorvidt bevegelsesgruppe er noe for deg.

Hver time avsluttes med liggende avspenning. Dersom dette er vanskelig, er det selvsagt helt i orden at du sitter, enten på en krakk eller på gulvet, støttet opp mot veggen. Du vet antagelig selv best hva som passer for deg.

Jeg håper du vil trives på gruppen, og dersom det skulle være noe du vil ta opp med meg, er det bare å ringe.

Beste hilsen Eli

*Eli Rongved
Spesialist i psykomotorisk fysioterapi
Institutt for psykomotorisk fysioterapi, Melbu*

REFLEKSJON OVER HÅNDVERK SOM KUNNSKAPSFORM

Kari Steinsvik

Med utgangspunkt i egen yrkeserfaring som psykomotorisk fysioterapeut, vil jeg i denne teksten reflektere over hvordan en del av håndverket i psykomotorisk fysioterapi, nærmere bestemt den delen av det som vi kaller massasje, kan være eller ikke være en profesjonsfaglig kunnskapsform.

Håndverk er et begrep som refererer til de praktiske sidene ved et kunnskapsfelt, men som brukes i flere betydninger. Det kan ha en bokstavelig betydning, og dermed referere til praksiser der man spesifikt bruker hendene i skapende eller produktiv virksomhet. Noen ganger snakkes det om å «beherske håndverket» når det gjelder fag og yrker der man i konkret forstand ikke bruker hendene spesifikt, f. eks innenfor jus, journalistikk eller politikk. En vanlig engelsk oversettelse er «crafts» eller «skill». Med disse begrepene dekkes både det skapende og tilvirkende i håndverksbegrepet, og den totale, sammensatte kyndighet og kompetanse som ligger i det å beherske et fag- og kunnskapsfelt i praksis.

I fysioterapifaget kan vi snakke om håndverket som en sammensatt kunnskapsform, men også i mer bokstavelig forstand om «hands-on»-deler av håndverket, der vi spesifikt bruker hendene i funksjonsundersøkelse, instruksjon, veiledning og behandling. I den psykomotoriske tradisjonen inngår massasje som et ledd i den terapeutiske delen av håndverket, samtidig som der også er et utforskende og undersøkende element i massasjen. Dette kan skape et viktig felles erfaringsfelt for fysioterapeut og pasient, og være et særegent utgangspunkt for endring og omstilling, refleksjon og erkjennelse.

Når jeg særlig vil reflektere spesielt over massasjens plass i håndverket, så er det fordi den synes å ha en usikker plass i fysioterapiyrket generelt for tiden. Gjennom mange år har jeg hørt fortellinger fra pasienter som har etterlyst massasje hos fysioterapeuter. Jeg får inntrykk av at et gjennomgående svar er at «*det er ikke massasje, men din egen innsats gjennom trening som vil gjøre deg bedre*». Pasienten henvises altså til egentrening, og massasje argumenteres bort som et relevant behandlingstilbud. Eller massasje avvises helt, og begrunnes med at «*vi driver ikke med passive behandlingsformer her*». En tredje variant er begrunnelser i retning av at «*som*

fysioterapeut har jeg altfor lang utdannelse til å drive med massasje». Den siste varianten er spesielt interessant for min refleksjon over håndverk generelt, og massasje spesielt, i et kunnskapsperspektiv. Det bærer i seg et bestemt kunnskapssyn, der praktiske kunnskapsformer anses å befinne seg på et lavere nivå enn kunnskap man får gjennom teoretisk utdanning. Utdanning innebærer kunnskap om teori, som deretter skal anvendes og tillempes på praksis. Slik kunnskap synes å være rangert høyere på kunnskapsstigen enn håndverkskunnskap som massasje.

Fra min bakgrunn som psykomotorisk fysioterapeut i hospitantpraksis hos Gudrun Øvreberg, er en slik kunnskapsforståelse i strid med min egen erfaring. Håndverket, som inkluderer massasje, var og er for meg en uhyre sentral uttrykksform for kunnskap om kropp, bevegelse og funksjon. Måten vi griper og begriper kroppen på er et uttrykk for en faglig forståelse der flere kunnskapselementer er integrert. Det krever tid, oppmerksomhet og øvelse å utvikle gode håndgrep, som innebærer å kunne fortolke informasjon om pasientens kropp gjennom fingrene, og å kunne gi passende svar til pasientens kropp gjennom håndgrepet. Så for meg er massasje, som et av flere ledd i en håndverkspraksis, en del av en profesjonsfaglig kunnskap.

Det profesjonsfaglige elementet ved massasje er ikke like selvfølgelig for et allment publikum – og kanskje heller ikke for helseprofesjoner. Massasje tilbys i mange ulike sammenhenger og under mange ulike tradisjoner og begreper, både innenfor rammer av helsetjenester og i markedet for skjønnhets- og velværetilbud. Det kan framstå som en entydig vare som er den samme overalt og som virker på samme måten. Forskjeller i effekt tilskrives gjerne massørens dyktighet alene. Det er sjelden tematisert hva som skiller massasje som ledd i en profesjonsfaglig kunnskapstradisjon fra andre massasjeformer.

Med utgangspunkt i en personlig massasjeerfaring, vil jeg reflektere over elementer som nettopp skiller massasje som et ledd i en profesjonsfaglig håndverkstradisjon, fra massasjeformer som ikke er dette. Dette vil jeg gjøre i lys av min egen bakgrunn og erfaring i den psykomotoriske håndverkstradisjonen, og samtidig reflektere over elementer som gjør håndverket i psykomotorisk fysioterapi til en høyverdig, verneverdig og spesialisert kunnskapsform.

En massasjeerfaring

Jeg er kunde på et hotell i utlandet der jeg kjøper en times kroppsmassasje. På menylisten over massasjeformer velger jeg en som har et langt, indisk navn, og som er ukjent for meg. Etter at jeg er dandert på benken med duftende håndklær og levende lys rundt benken, begynner massasjen. Massøren smører hendene med en slags olje med sterk duft. Her begynner den første innvendingen fra fysioterapeuten i meg. Jeg liker ikke dette at hun tilfører et glidemiddel for hendene sine som hjelper henne til å holde seg på overflaten. Mens det jeg ønsker er at hun skal bevege seg under overflaten, eller under huden for å arbeide med muskulaturen. Finne hvor det knyter seg, oppdage spenninger jeg selv har mistet forbindelse med, eller finne den irriterende knuten som jeg ikke får til å slippe. Finne koblinger til pusten min i stramme punkter, slik at jeg kan kjenne at noe slipper. Dette ligger jeg og ønsker meg. Men det er ikke dette som skjer.

I stedet kjenner jeg hender som glir langs ryggen min, stopper her og der med forsiktige roterende bevegelser, stryker igjen, knar og elter muskulaturen litt, gjentar det hele. Når det har gått en stund av timen, så begynner jeg å lure på når hun skal komme til saken. Og «saken» for meg vil være en berøring som treffer noe i meg, setter i gang en bevegelse i meg, eller rører ved noe som jeg ikke får tak i eller tilgang til selv. Jeg venter på at jeg skal komme inn i et samspill av bevegelse og pust gjennom håndgrepene hennes. Men jeg blir liggende og vente på noe som ikke kommer. Det er som om kroppen min blir skuffet når hendene hopper over og overser steder og spenningsfelt som trenger oppmerksomhet. Om det er hensikten at dette skal bidra til avspenning eller velvære, så er det ikke dette som skjer. Tvert imot. Jeg merker hvordan min egen anspenning og utålmodighet stiger. For jeg blir ikke berørt og håndtert på en måte som inviterer til avspenning. Jeg reflekterer over hvor tydelig jeg merker, på et kroppslig nivå, et fravær av retning, styring og mening med det som disse hendene gjør. Og derfor spør jeg meg selv om hva som mangler i denne massasjen? Fra perspektivet av min psykomotoriske bakgrunn tenker jeg at det mangler et overordnet grep av kunnskap som er iboende i dette håndverket.

Så kan det innvendes at jeg er urimelig i min bedømmelse av denne timen. Jeg har faktisk kjøpt et «produkt» i et marked som selger velvære, og som ikke lover mer enn en times behagelig massasje. Eller at massasjen skal ha virkninger som peker ut over denne ene timen. Jeg er sikker på at massøren gjør så godt hun kan og at hun vil meg

vel. Og kanskje er dette tilbudet godt nok for de fleste kunder som kjøper denne tjenesten.

Men jeg kan likevel ikke unngå å reflektere over forskjellen mellom massasje som uttrykk for en faglig kunnskap, og dette jeg faktisk får her. Dette er en behandling av noen som har lært seg noen begrensede tekniske ferdigheter ved massasje. Som hun utfører nokså repeterende, ensformig og mekanisk. Hun forholder seg ikke til variasjoner i pust og bevegelse - og mangel på bevegelse - i min kropp. Og her er kjernen i det som mangler for meg. For jeg får ikke noen impulser som kroppen min kan svare på. Og da virker massasjen automatisert og manualstyrt, en slags gjentakende elting av kroppen som ikke har virkning utover følelsen av mekanisk trykk. «Så ensformig det må være for henne å arbeide på denne måten», tenker jeg. Jeg trekker paralleller til min egen praksis. Den er ikke ensformig, fordi jeg hele tiden er oppmerksom på hva pasienten uttrykker med pust og bevegelse, og hvordan jeg selv svarer på dette. Jeg er orientert mot å bidra til bevegelse og endring, noe som uttrykker seg i håndgrepene mine på ulike måter i samspill med pasientens svar. Og dersom jeg stadig er urimelig i min vurdering av dette «produktet» jeg har kjøpt her, så er det fordi jeg har lært å forbinde massasje med et uttrykk for en bestemt type fagkunnskap. Da tenker jeg på summen av erfaringer jeg har fra egenbehandling og utdanning som psykomotorisk fysioterapeut, og på behandlings - og veiledningssituasjoner i løpet av et langt yrkesliv i fysioterapifeltet.

Når massasje er fagkunnskap i handling

Så hva er det som skal til for å innfri min forventning til et kunnskapsbasert håndverk? En forutsetning for å være til stede med kunnskap, vil være å kjenne godt til det anatomiske landskapet i teori og praksis, og vite noe om hva det kan åpne for som erfaringsfelt for levende kropper. Da kan massasje være et spesialisert profesjonelt håndverk der en fagkunnskap kommer til uttrykk. Den kan være en slags interaktiv kommunikasjon, der terapeutens grep aktivt forholder seg til de svar som kroppen gir, og der massasjen er en integrert del av en kontinuerlig undersøkelse med hendene. Der ligger en verden av bakgrunnskunnskap i de valgene som terapeuten gjør av grep og bevegelser. I massasjeerfaringen jeg forteller om så mangler alt dette. Erfaringen

er ikke så ulik det man opplever i en massasjestol: Helt lik behandling for alle kropper, der hjulene som masserer kroppen ruller og går med samme kraft og fart.

I kontrast til en slik massasje, har psykomotorisk fysioterapi en ambisjon som peker mot omstilling og endring av kroppen. Å utvikle gode grep for dette krever ferdighetstrening i form av mye praktisk øvelse på mange ulike kropper. Gjentatte øvelser med tilbakemeldinger fra andre på hvordan grepet blir erfart i den andres kropp, er en viktig læringskilde. Vi kan gripe på måter som oppfordrer/gir mulighet til bevegelse, avspenning, kontakt med kroppen og konsentrert tilstedeværelse. Vi kan gjøre grep som kan forløse pusten når dette er hensikten. Vi må vite når vi skal stoppe for å gi plass til pusten, og når det trengs at vi demper vår egen påvirkning på den andres pust gjennom håndgrepet.

Men det er mange flere dimensjoner ved det psykomotoriske håndverket enn den tekniske utførelsen av håndgrep. Dette håndverket kan ikke utøves via retningslinjer og prosedyrer alene. Der må være et personlig subjekt som fortolker hver enkelt situasjon, som vurderer hva, hvordan og hvorfor noe skal gjøres. Kort sagt: Som uttrykker en bestemt forståelse og kompetanse gjennom håndverket. Det vi forstår av den totale sammenhengen mellom kropp, liv og helse kommer til uttrykk i det vi gjør, i måten vi bokstavelig talt griper kroppen an. Ord er ofte, men ikke alltid nødvendig for å begripe og bekrefte det som skjer. Noen ganger handler det om å bli værende i en erfaring av en bevegelse og et grep, og tolkningen av hva det kan inneholde av mening kan komme i etterkant, i ettertid, og kanskje utenfor behandlingsrommet. Om den kommer. Vi kan si det sånn at kunnskapen er iboende i det vi gjør i praksis. Når vi observerer kolleger eller studenter i behandling, kan vi følge deres forståelse av psykomotorisk fysioterapi i de valgene de gjør i form av instruksjoner og spørsmål, bevegelser og håndgrep i forhold til en konkret pasient. Uten at vi trenger å begrunne eller forklare hvert eneste steg i behandlingstimen, så demonstrerer fysioterapeuten sin fagkompetanse i handling. Dette kan vi gjøre fordi praktisk kunnskap ikke bare er en individuell kunnskap, men det er fagtradisjonens kunnskap som individet gjør til sin egen gjennom en kollektiv praksis (2).

Oppsummert tenker jeg at massasje kan være en kunnskapsform når den inngår i rammen av et spesialisert profesjonsfaglig håndverk, og når den utøves med

utgangspunkt i nærvær, dømmekraft og innsikt. Om massasje derimot utøves på en ensformig, instrumentell eller standardisert måte, som ikke forholder seg til pasienten som en levende, sansende og erfarende kropp, så kan det være grunn til å tvile på massasje som en profesjonell og virksom terapeutisk tilnærming. Massasjeformer uten en profesjonell forankring kan åpenbart dekke et mangfold av behov hos ulike klienter og kunder. Men slike former for massasje må ikke forveksles med massasje som et ledd i et terapeutisk håndverk, og som inngår i en profesjonsfaglig ramme, slik massasje i psykomotorisk fysioterapi gjør.

Utgangspunktet for denne refleksjonen er et inntrykk av en tendens til marginalisering og usynliggjøring av massasje som en virksom terapeutisk tilnærming i fysioterapi generelt. Så kan jeg stille spørsmål ved om dette i så fall kan være et uttrykk for at skillet mellom massasje som et uttrykk for en faglig håndverkskunnskap, og andre massasjeformer som ikke er dette, ikke er tydelig nok framhevet i faget? Slik at fysioterapeuter kan komme til å avvise massasje på prinsipielt grunnlag, framfor å framheve, utvikle og utforske det terapeutiske potensialet som ligger i god håndverksutøvelse. Men en annen mulig bakgrunn for at håndverkstilnærminger, som inkluderer massasje, kan ha fått en lavere status enn de fortjener, kan ha å gjøre med en bestemt kunnskapsforståelse i helsefagene som har dominert de siste årene. Dette innebærer en tendens til en marginalisering av den praktiske kunnskapen i profesjonsfagene på bekostning av klassiske akademiske kunnskapskrav.

Kort blikk på kunnskapsbegrepet

Etter akademiseringen av profesjonsyrkene som har skjedd i de skandinaviske landene de siste tiårene, har kvalifiseringen til yrkesutdanningene fulgt tradisjonelle akademiske kriterier i større grad enn krav fra praksisfeltet. Dette har vært gjennomgående for flere profesjoner, og problemet er reist i ulike sammenhenger. Det har vært en overveiende vekt på at kunnskap må være forskningsbasert på en bestemt måte, nærmere bestemt gjennom kontrollerte, randomiserte forsøk, eller det såkalte RCT-designet. I dette forskningsdesignet søker man kunnskap om sannsynligheten for en sammenheng mellom bestemte behandlingstilnærminger og effekt på bestemte lidelser eller diagnoser. Når en slik sannsynlig sammenheng er etablert gjennom flere gjentatte studier, regnes kunnskapen som valid og med et potensiale for generalisering

ut over den aktuelle studien den er produsert i. Jo større potensiale for generalisering til store grupper, jo bedre dokumentasjon anses denne forskningen å ha for anvendelse i profesjonell praksis. Den evidensbaserte forskningsmodellen for å kvalitetssikre kunnskap, har hatt stor dominans i naturvitenskapelige fag, men også for kunnskapsdannelse generelt i helse- og sosialprofesjoner. Dette er utvilsomt en viktig kilde til kunnskap i medisinske og naturvitenskapelige fag.

Men det er ikke vanskelig å se hvordan håndverket i fysioterapi kan få et dokumentasjonsproblem som metode innenfor en slik kunnskapsforståelse. Håndverk er en praktisk kunnskapsform, som inkluderer personlig erfaring, kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og pasient, og utvikling av en kroppslig erfaringsbasert kompetanse hos fysioterapeuten. Dette er vanskelige variabler å måle, standardisere og generalisere. Kliniske møter er ofte mangetydige, komplekse, skiftende og ubestemte, og fysioterapeuten må ofte bruke sammensatte kunnskapsformer for å svare godt på hver enkelt utfordring i møtet med pasienten. Kunnskap som er stedbundet, personlig erfart og situasjonsbestemt, kan ikke uten videre generaliseres til andre personer, andre praksiser og situasjoner på denne bestemte måten. Profesjonelle praksiser må dermed kunne dokumenteres og utforskes også på andre måter, som er orientert mot å nettopp framheve det kontekstuelle, det personlig erfarte og lokale sidene ved kunnskapsutøvelsen.

Praktisk kunnskap og dømmekraft

En side ved evidensbasert kunnskap som er problematisk for praktiske yrker, er steget fra forskningsbasert teori til bruk av teorien i praksis. Hvordan skal f.eks fysioterapeuten i behandlingsrommet ta i bruk denne generelle kunnskapen i forhold til konkrete pasienter i praksis? Bjørg Fossetøl peker på at evidenstradisjonen innebærer en oversettelse av forskningskunnskapen til kliniske retningslinjer, behandlingslinjer og handlingsregler. Denne tenkningen har tyngdepunkt i en forståelse av at profesjonalitet dypest sett handler om å anvende teori(3). Nettopp derfor kan den, slik jeg forstår kunnskap, bli rammet av en tilsvarende kritikk som det jeg gir til massasjeerfaringen min. Om god praksis anses som bruk av generelle prosedyrer og retningslinjer i tråd med denne tenkningen, så blir kunnskapen nettopp manual- og prosedyrestyrt. Uten et personlig subjekt som gjør den til sin egen gjennom

erfaring og dømmekraft, så blir dette en sum av tekniske ferdigheter som ikke tilfredsstillende et kompetansenivå som vi etterstreber i profesjonell yrkespraksis, og som holder mål for å løse komplekse og skiftende utfordringer i møte med pasienter, klienter og brukere.

Anders Lindseth berører det samme spørsmålet. Han skriver om endringer i kunnskapsbegrepet fra klassisk til moderne tid, og peker på det moderne kunnskapsbegrepet forstått som «velbegrunnet antakelse», i motsetning til et klassisk kunnskapsbegrep forstått som (subjektiv) innsikt og dugelighet i livet. Men så spør han: Når kunnskapen frakobles subjektet og reduseres til informasjon i bøker og databaser - hvordan kan slik kunnskap hjelpe oss i praktisk handling? Vitenskapelig begrunnede hypoteser og teorier gjør seg jo ikke gjeldende i verden av seg selv. I den praktiske verden må en profesjonsutøver finne ut hvordan teoriene kan komme til nytte. Og da trengs det en praktisk kunnskap, som er noe helt annet enn en velbegrunnet hypotese. Lindseth kaller en slik praktisk kunnskap for «svarevne», altså en evne til å svare på konkrete utfordringer i livet (4).

Fossestøl peker på det samme: For profesjonsutøverne som skal bruke denne kunnskapen i praksis, handler det alltid om noe mer enn å ta i bruk forskningsbaserte prosedyrer. De må hele tiden foreta vurderinger og avveininger av hvordan anvendelse av slik kunnskap skal skje. Og hvordan forholdet mellom forskning og bruk av forskningen skal skje, er i liten grad problematisert. Hun peker på at bruken av forskningsbasert kunnskap må gjennom et fortolkningsarbeid av profesjonsutøveren selv, der den hele tiden avveies mot etisk/moralske hensyn i forholdet til klienter og brukere. I en alternativ forståelse av profesjonalitet, vil anvendelse av dømmekraft utgjøre kjernen i profesjonaliteten (5). Dømmekraft er basert på flere kunnskapskilder, og handler om å kunne løse praktisk-etiske utfordringer i ofte komplekse møter med klienter. Det handler om å kunne bedømme hva som er klokt å gjøre akkurat her og nå, og i denne bestemte relasjonen.

Håndverk som en sammensatt kunnskapsform

Diskusjoner om hva som er kunnskap har røtter til antikken. I helsefagenes kunnskapsteori har det skjedd en restaurering eller gjenoppdagelse av de aristoteliske kunnskapsformene. Skillet mellom episteme, techné og fronesis (6) svarer til

dimensjoner ved kunnskapsbegrepet vi kjenner også i dag, og som i en moderne versjon også er blitt omformet til *påstandskunnskap*, *ferdighetskunnskap* og *fortrolighetskunnskap* (7). Psykomotorisk fysioterapi er en sammensatt kunnskapsform som omfatter alle disse dimensjonene ved kunnskap. Kompetent profesjonsutøvelse avhenger av en terapeut som behersker et vidt spekter av teoretisk kunnskap fra flere fagområder, fra anatomi, fysiologi og sykdomslære, til teorier om mennesket i utvikling, relasjoner og samfunn. Samtidig behersker hun grep og begrep som inngår i psykomotorisk undersøkelse og behandling, og som utvikles og fordypes med erfaring. Og en kombinasjon av dette er den praktiske dømmekraften som sier noe om når, hvordan og hvorfor summen av egen kunnskap skal komme til uttrykk i møtet med hver enkelt pasient. Massasje som en terapeutisk og kontinuerlig undersøkende tilnærming inngår som et ledd i denne kunnskapen, og er etter min oppfatning en avansert kunnskapsform som det tar tid å utvikle. Det er mitt ønske at den styrkes, utforskes og utvikles, både i psykomotorisk og allmenn fysioterapi, framfor å bli devaluert eller forvekslet med massasje av ulike slag som ikke bygger på slik fagkunnskap.

Kari Steinsvik

Fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi/PhD

Førsteamanuensis ved Profesjonshøgskolen, Nord Universitet, Bodø.

Referanser

1. Jannik A. Kunnskapsbegreppet i praktisk filosofi. Symposium. Stockholm; 1996.
2. Fossetøl B. Evidens og praktisk kunnskap. Fontene Forsking. 2013; 2: 55-66.
3. Lindseth A. Svarevne og kritisk refleksjon - Hvordan utvikle praktisk kunnskap? I McGuirk J, Methi JS, red. Praktisk kunnskap som profesjonsforskning. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.
4. Fossetøl B. Kunnskapsbasert praksis i sosialtjenesten. Om profesjonalitet og dømmekraft i sosialt arbeid. [Avhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2012.
5. Aristoteles. Den nikomachiska etiken. Stockholm: Daidalos; 1987.
6. Johannesen K.S. Praxis och tyst kunnande. Stockholm: Dialoger; 1999.

PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI OG SPISEFORSTYRRELSER

Kristin Storm

En spiseforstyrrelse kan være en alvorlig sykdom, og er ansett som vanskelig både å forebygge og behandle. Jeg får derfor ofte spørsmål om å dele av min erfaring. I løpet de 36 årene jeg har arbeidet som psykomotorisk fysioterapeut, har jeg behandlet mange pasienter med spiseforstyrrelser.

Så hva kan vi som psykomotoriske fysioterapeuter bidra med?

I vår tilnærming til psykiske lidelser har vi et unikt utgangspunkt ved å ha kroppen som innfallsvinkel og arbeidsfelt. Så å si alle med spiseforstyrrelser er uvanlig opptatt av egen kropp, og har samtidig et distansert forhold til den. De fleste misliker og forakter kroppen sin og føler at den er alt for tykk og ekkel, uansett hvor tynne de er. Da er det et klart mål å få dem til å bli bedre kjent med og få et bedre forhold til sin egen kropp, oppleve glimt av gode fornemmelser i kroppen, våge å bevege seg friere, og også bli bekreftet rent kroppslig ved å kunne motta en god berøring.

Mange unge strever med å finne en balanse mellom sunn livsstil versus overdreven trening og usunt kroppsfokus, og mellom sunne ambisjoner versus perfektjonisme. Det er et sterkt fokus i media på utseende, slanking, helse og «sunn mat», og det er blitt «normalt» å være misfornøyd med kroppen sin. Så når blir det sunne sykt?

Det er ikke lett for noen å forstå i en tidlig fase av denne sykdommen hvor altoppslukende og farlig fokuset på mat, vekt og trening kan bli. De fleste som har en spiseforstyrrelse er normalvektige og mange benekter at de har et problem. Diagnosen ved henvisningen til oss fysioterapeuter kan ofte være muskelsmerter, angst, depresjon eller lignende, og vi må derfor ha spiseforstyrrelse i tankene hvis vi opplever rask vektreduksjon eller store vektsvingninger, rigide regler i forhold til mat og trening, stor misnøye med seg selv og sin egen kropp eller forstyrret kroppssoppfatning.

Hvis vi er så heldige å få de unge til behandling i denne tidlige fasen, er det større sjanse for at de tidlig erkjenner at de har et problem og innser at de trenger hjelp. Her kan vi fysioterapeuter være en viktig innfallsport da det for mange er lettere å oppsøke fysioterapeut for vonde skuldre og hodepine enn å oppsøke psykolog for vanskelige følelser. Å få være med på å snu en negativ utvikling er noe av det som gjør dette arbeidet så verdifullt og givende.

Vi må være ekstra nøye med å gjøre møtene med disse pasientene så trygge og gode som mulig. Jeg bruker god tid på å bli kjent. Hvis pasienten er undervektig, passer jeg på at det er ekstra varmt i rommet. Da kan det også være godt å få en varmpakning i fanget som hun kan fikle litt med. Foreldrene til de unge er hjertelig velkommen til å være med inn i behandlingsrommet hvis det er ønsket både fra den unge og foreldrene. Det gir ofte et godt grunnlag for videre samarbeid at mor eller far er med ved første konsultasjon. En viktig støtte for behandlingen av barn og unge er et godt samarbeid med foreldrene og med annet helsepersonell når det er mulig.

Jeg undersøker alltid disse pasientene med klærne på, og tilpasser undersøkelsen til hva som føles riktig der og da. Noen vil gjerne fortelle hele sin historie og kvier seg for kroppslig undersøkelse første gangen, mens andre er lei av å snakke om det som er vanskelig, og foretrekker å fokusere på kroppen. Det vi ikke får snakket om eller undersøkt første gang, har vi god anledning til å komme tilbake til senere. Jeg er opptatt av at dette skal være en god opplevelse. Forutsetningen for at jeg kan få gjort noe som helst er at de føler seg trygge hos meg, at de vil komme tilbake til behandling og synes det er meningsfylt det vi gjør.

Det jeg ønsker å få noen svar på i de første møtene er hva pasientene selv ønsker å jobbe med, hvordan de har det, hvordan de opplever kroppen sin, hvordan kroppen og pusten fungerer, og graden av sårbarhet, anspenthet og kroppsbildeforstyrrelse. Vi kan eventuelt bruke selvtutfyllingsskjema, f. eks. SCL-90-R, BAT Body attitude test, BARQ Body Awareness Rating Questionnaire, SKO spørreskjema om kroppsopplevelse og SILHUETTEtest. Men jeg unngår som regel dette, siden mange har svart på utallige slike spørreskjema tidligere, og gir uttrykk for at de synes det er vanskelig å vite hva de skal svare, og foretrekker heller å snakke om det. Jeg føler også at noen av disse spørsmålene kan være litt brutale, som f.eks. spørsmål om selvmordstanker. Slike spørsmål kan kverne rundt i hodene deres i lang tid hvis de ikke har noen å dele dem med der og da.

Jeg har for øyeblikket 16 pasienter med spiseforstyrrelser av ulik alvorlighetsgrad. Mange av dem har vært innlagt på psykiatriske og somatiske avdelinger, samt spesialavdelinger for spiseforstyrrelser. Flere av dem har også andre diagnoser som depresjon, angst, posttraumatisk stresslidelse og tvangslidelse. Det er store forskjeller i hvordan de har opplevd sin barndom og ungdomstid. Noen har hatt det svært vanskelig både hjemme og på skolen, mens andre opplever at de har hatt en god

barndom med kjærlige og omsorgsfulle foreldre og har vanskelig for å forstå hvorfor de har fått en spiseforstyrrelse. Det er fremdeles mye vi ikke vet når det gjelder årsaker, og vi må være åpne for at det er mange ulike faktorer som spiller inn.

Skam og skyld er følelser som går igjen. Pasientene har ofte skyldfølelse, blant annet for at de påfører andre bekymringer, og for at de ikke klarer å spise og trene på normal måte. Selvforakt og perfeksjonisme er ofte svært fremtredende. Ingenting føles bra nok. De fleste har forstyrret kroppsoppfatning i varierende grad. Noen har forestillinger om at alt som er mykt på kroppen er fett, og at man legger på seg umiddelbart etter at man har spist. Det er ekstra vanskelig når man ikke kan stole på sine egne sanser, når man både ser og føler at kroppen eser ut og blir mye større enn den egentlig er. Første gang jeg forstod hvor skiftende kropps bildet kan være, var da en av mine pasienter fortalte hvordan ribbena, som var svært synlige i speilbildet, etter noen sekunder forandret seg til fettvalker. Disse forestillingene er så sterke at det sjelden hjelper med mer kunnskap om kroppen, eller å være utdannet lege, sykepleier eller psykolog som flere av pasientene mine er. Fornuften og følelsene strider mot hverandre.

En av pasientene mine som veier under 40 kg føler at hun burde ha kjøpt to billetter på trikken da hun kjenner at kroppen flyter ut over begge setene, og våger knapt å gå ut på dagtid da hun ikke vil at noen skal se hvor tykk hun er. Hun sier at hun kjenner seg som en flodhest og det er spesielt ille rett etter at hun har spist. Derfor kaster hun vanligvis opp etter hvert eneste måltid, og det er forbundet med en lammende angst å spise sammen med andre. Hun sitter med bena trukket godt opp i stolen og gjemmer kroppen under store gensere. Hun synes det er veldig utfordrende å sitte vanlig på en stol da hun føler at lårene flyter ut og hun vil verken kjenne eller se sin egen kropp. Hun forklarer at det kjennes som om hun har vått, ekkelt regntøy på og prøver å unngå å komme borti det. Hun kryper sammen og puster veldig grunt og overfladisk.

For henne har det vært avgjørende at hun får bestemme tempo i behandlingen og at hun vet at jeg respekterer hennes grenser. Vi har nærmet oss kroppen på forsiktig måte, og tatt utgangspunkt i de partiene som føles ok for henne. Vi har begynt med små øvelser sittende ved siden av hverandre på matten. For å gjøre det lettere for henne å sitte på en stol, har hun fått en skammel under føttene. Vi begynte også med massasje av føttene og hodebunnen da det var partier som hun syntes var litt godt å bli tatt på. Vi har hatt fokus på opplevelsen og hva som føles bra.

Vi har etterhvert utvidet både øvelses - og berøringsrepertoaret. Jeg bruker nå mye berøring eller massasje der vi sammen oppdager spenninger som slipper, pust som endres, og finner frem til øvelser som styrker eller strekker på muskulatur som trenger akkurat det. Hun sier at hun blir mer til stede i kroppen sin på en god måte når jeg tar på og samtidig formidler hva jeg kjenner. Det er utrolig spennende å få være med på kroppslige aha- opplevelser sammen med henne. Det ender av og til med en god latter og av og til kommer tårene frem.

En annen av mine pasienter har beskrevet anoreksien som en tornado som hun blir dratt ned av. Hun sier at hun føler seg skitten og skamfull, og at det å motta en god berøring og bli bekreftet rent kroppslig, har vært en viktig motkraft til den tornadoen som trekker henne ned. Hun sier at hun opplever at jeg ikke har noe i mot å berøre henne, og at det demper noe av følelsen av at kroppen er motbydelig og at det er måten hun kan komme tilbake til livet på.

Vi gjør alltid øvelser sammen og benytter enkle stabiliseringsøvelser, balanseøvelser, strekk og tøyninger, pendelbevegelser og øvelser som fremmer grensesetting og bedrer kontakt med kroppen. Etterhvert utforsker vi nye bevegelser, leker oss frem til nye opplevelser og forhåpentligvis ny erkjennelse av egen kropp, og hvordan kropp og følelser henger sammen.

Når det gjelder berøring eller massasje, benytter jeg meg av strykninger, og kroppsavgrensende, løsgjørende og stimulerende grep. Hvis vi er lydhøre, bruker antennene, og hele tiden observerer kroppsspråk, respirasjon og autonome reaksjoner, er det ikke farlig å ta på, men vi må sammen med pasienten finne ut hvordan og i hvilket tempo.

Jeg har god erfaring med at vi av og til går ut av behandlingsrommet. Jeg har hatt pasienter som har kviet seg for å gå ute alene, og som har kjent en god følelse i kroppen ved at vi sammen har gått tur i skogen, øvd balanse ved å hoppe fra sten til sten, kjent på kroppsgrensene ved å la solen steke på leggene eller vasse i kaldt vann.

Mange av disse pasientene har beskrevet negative opplevelser i møte med helsepersonell som har fulgt et rigid behandlingsopplegg og ikke tatt nok individuelle hensyn, eller vært uforsiktig med ordbruken. Som eksempel kan jeg nevne en jente som hadde gått til psykolog i lang tid hvor fokuset var på konflikter i familien, til tross for at denne jenta følte at hun hadde et svært godt forhold til alle i familien, og var helt

overbevist om at familieforholdene ikke hadde noe med hennes spiseforstyrrelse å gjøre. Hvis ikke kartet stemmer med terrenget, er det kanskje lurt å finne et mer passende kart. En annen hadde fått avspenningsbehandling hvor hun ble bedt om å kjenne at kroppen flyter eller eser ut. Det ble vanskelig for henne. Da kan det være mer skånsomt å be dem kjenne på hvordan underlaget tar imot kroppen. Det å kommentere at «*nå ser du godt ut*», kan for noen oppfattes som «*nå ser du tykk ut*» Det er også flere som har reagert negativt på behandlingsrom med speil eller øvelser foran speil. Det misliker de fleste.

Å arbeide med pasienter med spiseforstyrrelser krever tid, interesse, tålmodighet og kreativitet. Noen ganger føles det som en ørkenvandring der det er vanskelig å komme noen vei, mens det andre ganger er en positiv utvikling fra første stund. Det finnes ikke noe enkelt svar på hva som gir gode resultater, men en forutsetning for at man skal komme noen vei i det hele tatt, er at man har en god allianse, at man virkelig bryr seg, og at man skreddersyr behandlingsopplegget til den enkelte ved tett og god kommunikasjon. Man må våge å vise varme og kjærlighet. Først da kan vi ha et håp om å utvide følelsesregisteret og bevegelsesrepertoaret, løsne på stivheter i kroppen, og forhåpentligvis myke opp rigide tanker og regler.

Kristin Storm

Spesialist i psykomotorisk fysioterapi

Steinerudterapeutene, Oslo

Nyttig litteratur

Christensen K. Matens mysterium. Stavanger: Hertervig forlag; 2002.

Danielsen M. Kroppsbilde, spiseforstyrrelse og fysioterapi – en kaserapport, Fysioterapeuten. 2006; 12:

Danielsen M, Bratberg GH, Kroppsbildeforstyrrelser hos kvinnelige pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse, Fysioterapeuten. 2013; 6:

Nilsen M, Danielsen M, Grønland GE. Veileder for fysioterapi og spiseforstyrrelser http://www.nmsf.no/fysioterapi/fysioterapi_og_spiseforstyrrelser.pdf

Espeset EMS. Komplekse kroppsbilder hos pasienter med anoreksi. <http://www.fhi.no/artikler/?id=92643>

Røer A. Spiseforstyrrelser. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2009.

Skårderud F, Haugsgjerd S, Stånicke E. Psykiatriboken: Sinn – kropp- samfunn. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.

Skårderud F, Sommerfeldt B, Fonagy P. Den reflekterende kroppen, mentalisering og spiseforstyrrelser. Mellanrummet, tidsskrift om barne og ungdomspsykiatri www.mellanrummet.net/nr26-2012

Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. Nature Reviews Neuroscience. 2009; 10: 573.

www.fhi.no folkehelseinstituttet

MELLOM SANSNING OG FORSTÅELSE – TYDNINGENS BETYDNING I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

Randi Sviland

Kroppen er uttrykksfelt og sentrum for menneskers erfaring. Den er kilde til erkjennelse og forteller vår historie (1, 2). Dette er grunnleggende forståelse i psykomotorisk fysioterapi (PMF) og understøttes av kliniske studier (3-12). Hvordan nye kroppslige erfaringer og omstilling kan gi pasienter ny forståelse av seg selv, er tema for denne artikkelen.

En praksis som PMF er og må være i utvikling. Vår tids teoretiske perspektiv kommer til uttrykk i fagmiljøet, f.eks. med kognitivt orienterte begrep som psykoedukasjon. Med hjerneforskningen og traumeteori følger erkjennelsen av at språket ofte kommer til kort. Dette har bidratt til økt forståelse for kroppslig tilnærming, og kunnskap om hvordan pasienter kan koble ut oppmerksomheten i behandlingssituasjonen, en utfordring som alltid har vært tema i PMF. I traumeteori heter dette dissosiasjon. I dette språket er affektregulering sentralt, pasientene går i *parasympatisk frys* eller *sympatisk hyperaktivering*, de er da *utenfor toleranse vinduet, dominert av reptilhjernen* og da er ingen *hjemme i frontallappen*. Hva gjør dette språket med vår praksis, vår forståelse og det språket vi fører i samtalen med pasientene?

Nevrologi og psykologi har stått sentralt i teorigrunnet for PMF, men Braatøy advarte sterkt mot en tilnærming til pasientenes liv med et abstrakt og kategoriserende språk. Både Bülow-Hansen og Braatøy hadde mer tillit til hverdagspråket og det skjønnlitterære språket enn det medisinske. Var dette fordi forskningen på den tid var kommet så mye kortere enn nå, eller var det uttrykk for en grunnleggende holdning?

Behandling av nervøse pasienter har ifølge Braatøy (13) en dobbelt oppgave: man må vedvarende berolige pasienten dernest bruke muskulære teknikker. Vi trenger språklig samhandling for å skape en trygg situasjon, men også for å gi pasienten rom til å bearbeide opplevelsene. Flere PMF terapeuter har bidratt til å utdype kommunikasjonens betydning (1, 14, 15). I denne artikkelen vil jeg reflektere over tydingens betydning i den kroppslig baserte omstillingsprosessen i PMF, basert på tidligere arbeid med Braatøys tenkning i lys av Løgstrups sansefilosofi, og pasienters

erfaring belyst i to kliniske studier (11, 12, 16-18). Først belyses språk ut fra noen teoretiske perspektiver og pasienterfaringer. Derneft drøftes tydning i lys av pasienterfaringer med utgangspunkt i Ritas fortelling om PMF. I noen avsluttende betraktninger trekkes tydningens betydning frem fra analyse av andre pasienterfaringer.

Tydning, sansning og språk i lys av Løgstrup og Braatøy

Språket er på den ene siden kulturelt og historiske formet, felles for oss alle. Samtidig er enkeltindividets særegne språklige uttrykk en måte å formidle seg selv og sine særskilte livserfaringer, stemte uttrykk for stemte inntrykk. Selv om vitenskapelige termer glir inn i et hverdagsspråk i endring, kan vi lære noe av Løgstrups forståelse av dagligspråket til forskjell fra et definerende og kategoriserende språk. Dagligspråket, altså det talte språket som vi bor i, er et menneskelig grunnvilkår. Som uttrykksutfoldelse er det alltid allerede der som en suveren makt vi er vevd inn i. At mennesket uttrykker stemte inntrykk og med det formidler stemtheten, er ikke grunnleggende sett opp til det enkelte individ. Dette er noe som er gitt ved livet selv, det virker bak vår rygg, mente Løgstrup. Ordene har vidde og meningsfylde og gir, sammen med pust, rytme og bevegelser som støtter opp om uttrykket (geberder), store muligheter for nyanserte beskrivelser (19-22).

Braatøy så også begrensninger ved vitenskapelig språk. For å gjøre uttrykk entydig og kirurgisk presist, abstraheres livet fra språket. Han insisterte på at nervøse lidelser må forståes i lys av individets spesielle erfaringer. Da er nyansene viktigere enn kategoriene. Løgstrup hevdet at entydighet i form av kategorier og definisjoner faktisk hindrer at det som er mangetydig kan uttrykkes presist. Både Løgstrup og Braatøy fremhevet at vi med dagligspråket kan komme tett på livets mangetydige erfaringer. Med dagligspråket kan vi komme livet på sanset hold og forstå og følge pasientens personlige språk. Det kan sette oss på sporet av de livserfaringene som har bidratt til å låse bevegelse fast.

Tydning versus tolkning

Kombinerer man denne nevromuskulære behandlingen med en psykoanalytisk innstillet tydning av innfall og lignende vil man kunne tydeliggjøre at iakttagende holdning i tilværelsen kan være en

distanserende holdning. Før denne er påvirket og oppløst klarer ikke pasienten å slippe seg umiddelbart til. (13 s. 634).

Braatøy bruker her tydning og ikke tolkning. Behandling innebærer å hjelpe pasientens tydning av seg selv knyttet til kroppslig forankret erkjennelse gjennom å kjenne sine egne reaksjoner. For å forstå noe av det pasienten forsøker å uttrykke, krever det terapeutens tydning gjennom å se, lytte og føle i åpent sanselig nærvær. Det er i måten fortellingen blir fortalt på, i spenning, pust, tone, holdning og geberder at pasientens situasjon blir begripelig. Braatøy utdypet ikke forskjellen mellom tydning og tolkning. Det gjør derimot Løgstrup.

I logiske slutninger og intellektuell aktivitet er tolkning jfr. Løgstrup (22) uttrykk for den betydningen vi tillegger sanseintrykk. Det er altså først og fremst resultat av menneskets egen ytelse. Men mer grunnleggende er den tilgang vi har til verden i førbevisst stemt sansning. Her er subjektets ytelse mindre, og sansningen bærende og bevegende. Vi er åpne til verden i sansningen. Inntrykkene er til å stole på, men skal vi forstå sanseintrykk må det klargjøres. Når vi med språkets hjelp blir klar over det som har gjort inntrykk, er vi like åpne til verden i tydningen som i sansningen. Stemte inntrykk beveger oss, og bevegelse foregår i oss, vi får noe på fornemmelsen. Inntrykk beveger oss til å uttrykke oss kroppslig og lydlig. Forbindelsen til sansningen er avgjørende for ordets betydning. Gjennom tydningen er språket forbundet til våre sanselige erfaringer. Det vi fornemmet kan klargjøres ved at vi finner treffende ord som forløser betydning i det vi åpent har tatt imot. På den måten kan vi bli klar over oss selv, og det som har gjort inntrykk og beveget oss. Det er tydningen som gjør det mulig for oss å uttrykke og utveksle sanselige erfaringer språklig i refleksjon og samtaler. Ordene artikulerer inntrykket som beveget oss, men gir også avstand til sansningen ved at tingene får navn. «*At noget bliver bragt på sproget er den eneste mulighed til å få det til å vise seg*», Løgstrup siterer Lipps (22 s. 124).

Den sanselige stemte klangbunnen er forutsetning for menneskers emosjonelle liv. Stemninger, erindringer, følelser og affekter inneholder erkjennelse som vil artikuleres og uttrykkes. Ord for følelsesreaksjoner er ikke ord for hva vi umiddelbart sanser, men ord for hvordan vi tyder dette. Når vi kan oppleve at følelsesmessige problemer kan være vanskelig å uttrykke, er det fordi vår usikkerhet er stor når det gjelder å tyde dette

(20).

Historisk-kulturell innflytelse på individuelt språk

Braatøy beskrev betydningen av å forstå pasientens dobbelte stemme, på den ene siden det kroppslige uttrykket, på den andre den veldisiplinerte og dannede pasienten (23 s. 184). Løgstrup utlegger språk som uttrykksutfoldelse og grunnvilkår, men for å utdype noen historisk-kulturelle sider ved språket som disiplinerende kan den russiske filosofen og litteraturkritikeren Bakhtin bidra. Han viser til to sider ved språkets mangetydighet, heteroglossis og polyphony (24). Heteroglossis innebærer at vi i vårt språk uttrykker generaliserte andre gjennom ulike koder fra mange forskjellige samfunnsarenaer/grupper. Pasientene vil forstå sin situasjon og uttrykke denne med terminologi fra pågående offentlige debatter og fra ulike profesjoner som har bidratt med kunnskap pasientene har tatt opp i sin selvforståelse, eg. dårlig affektregulering. I tillegg vil en persons stemme ha gjenklang av betydningsfulle andre og av forventet respons. Bakhtin kaller dette polyphony. Kommunikasjon mellom fysioterapeut og pasient vil med andre ord romme ord for stemte uttrykk for stemte inntrykk, men også for generelle andre og spesifikt betydningsfulle andre, i tillegg til forventede responser. Dette vil gjelde fysioterapeut så vel som pasient.

Tydning i lys av pasienterfaringer

I en studie basert på fokusgrupper (12) med pasienter som hadde gått i PMF, kom det tydelig frem at samtalen hadde vært en viktig del av behandlingen, særlig for å etablere en relasjon der tillit var mulig, og der de hadde kunnet føle seg trygge. Det gav pasientene trygghet at terapeuten, i motsetning til å ha en plan, faktisk tok utgangspunkt i pasientens egen opplevelse som om terapeuten tenkte: *Hvordan kan jeg snakke med deg for å løse på dine spenninger?* Det var veldig tillitsvekkende. Samtalene bidro til refleksjon omkring hvordan kropp og følelser henger sammen. De lærte å forstå seg selv gjennom kroppen. De oppdaget at smerter og symptomer ikke var løsrevet og ubegripelige, men snarere lot seg forstå i lys av sammenhenger i livet. Det var særlig to tema som berørte samtalen i denne studien. Det ene var å *finne sin egen stemme* ved å kjenne sin egen kropp og å utforske kroppslige reaksjoner og sånn bli bedre kjent med seg selv. Det andre var å *få tale ut*. Informantene vektla veldig sterkt betydningen av å bli respektfullt lyttet til.

En fortelling om Rita

Rita, 26 år, var en av informantene i dette fokusgruppeintervjuet. Hun hadde hatt sterk angst med konstant indre uro og mye plager med astma og allergier. Som 18-åring var hun innlagt på psykiatrisk sykehus i 5 måneder pga. selvmordsfare. Verken psykoterapi eller annen behandling hadde virket for henne, sa hun. Hun hadde gått til PMF i 4-5 år, og hadde nettopp hatt et gjennombrudd, en konkret åpenbaring av ro som en fysisk følelse i egen kropp. Dette vendepunktet hadde gitt Rita håp om et bedre liv. 3 år seinere utdyper hun, i et dybdeintervju, sine PMF-erfaringer og hvordan livet hadde utviklet seg (foreløpig upublisert). Da var det et år siden hun hadde avsluttet behandlingen pga. flytting. Hun hadde fått et nytt liv, fullført utdanning, forlovet seg og fått fast jobb. Fortsatt kontakt med fysioterapeuten via e-post og telefon gav ekstra trygghet.

Rita ble henvist til PMF som 21-åring. Det var smertefullt og flere dager ble ødelagt hver gang hun gikk dit, men tross all angsten ga hun ikke opp behandlingen. Kanskje holdt hun ut av rein desperasjon, men hun tror at hun ubevisst oppfattet at denne behandleren var riktig type for henne, en hun kunne opprette tillit til, med tid.

Det hadde tatt lang tid før Rita våget å gi rom for tilliten. Kaos, massiv angst, konstant indre uro, søvnproblemer og mangel på sammenheng dominerte. Hun manglet språk til å fortelle om sine opplevelser, men det ble tidlig klart for henne at håndteringsmønstrene ble etablert i barne- og ungdomsårene, da mor var syk og far var aleine med ansvar for mange søsken. Hun hadde tatt ansvar sjøl, skulle ikke belaste, heller skjule.

Lenge trengte Rita mye tid før hun var klar til å starte den kroppslige behandlingen. De snakket om alt, været, skolen, jobb. De kunne nærme seg kroppen ved at hun kjente etter beina i bakken, rompen på stolen, støtten i ryggen, før massasje og bevegelse. I stede for å si stopp slo hun bare av og koblet ut hvis et minne meldte seg gjennom en samtale eller en sanselig opplevelse, eller hvis hun ikke klarte å si «nei». Sånn klarte hun å gjennomføre mye, uten å være i kontakt med seg selv.

Allikevel følte Rita at behandleren leste henne «som en åpen bok». Uten at hun selv ante noe, kunne fysioterapeuten spørre «*hva skjer nå?*» Da først oppfattet Rita at noe hadde skjedd. Det hadde vært skummelt at en annen person leste henne så godt, når

alle følelser skulle skjules. At fysioterapeuten kunne se angsten i det den kom, måtte bety at den hadde et kroppslig uttrykk. Sånn oppdaget Rita det muskulære i angsten.

De hadde arbeidet med at Rita skulle finne sine ord. Fysioterapeuten foreslo ord som Rita kunne kjenne seg igjen i eller ikke. Dette illustrerer hvordan Rita tar opp i sitt språk ord fra fysioterapeuten som betydningsfull person, som Bakhtin kaller polyfoni. Det er verd å merke seg at de arbeidet med dette på en måte som gav Rita rom til å kjenne etter om ordene stemte for henne. Når hun hørte ord som hun fikk til å passe, kunne det overføres til neste gang hun følte noe tilsvarende. Etter hvert som Rita kunne finne ordene på egenhånd, klarte hun å dele opp og klargjøre opplevelser for seg selv. På den måten ble de mer konkret og lettere å håndtere på egenhånd, men også å dele med andre.

Metaforer innebærer å se noe som noe annet, absurd logikk kan gi ny mening (25). En dinosaur er noe annet enn et menneske. Den har en kraftig hale å støtte seg på. Når tyngdekraften faller sentralt gjennom menneskekroppen kan den gi støtte til den oppreiste holdningen. På den måten kunne dinosaurhale være en kreativ metafor for en ekstra støtte. Rita forsto hva fysioterapeuten mente, men «dinosaurhale» ga ingen følelsesmessig mening for henne. «Å legge ting på en hylle» var også for konkret. For Rita følte det som å rydde vekk ved å knytte sammenhenger. Casestudien om Ingrid (11) viste hvordan ny kroppslig sanselig erfaring kan gi liv til døde metaforer som er blitt standard talemåte, som for eksempel «å stå på egne bein». For Rita var også den konkrete sanselige erfaringen mest fruktbar. Å kjenne støtten under seg, kjenne føttene i bakken, betyr mye. Det er veldig konkrete reelle erfaringer og ikke metaforer, understreker hun. Behandleren hadde hele tiden forsikret Rita om at det var mulig for henne å finne ro, men først da roen ble konkret erfaring, ikke bare noe teoretisk, ikke bare ord, ble dette virkelig for henne.

Å tyde sammenheng mellom kroppslige følelser og tidligere hendelser

En viktig sammenheng hadde åpenbart seg en dag Rita og fysioterapeuten slo følge gjennom parken på veien hjem etter behandlingen. I det en regndråpe falt i Ritas bakhode meldte et minne seg. Hun ble overveldet av en sterk følelse av at «nå har jeg fått nok, nå trenger jeg å be om hjelp». Hun var tilbake i skolesituasjonen der hun hadde lang erfaring med mobbing. Dråpen hadde utløst minner der medelever hadde

spyttet på henne. Hun søkte hjelp hos lærerne, men ble avvist. Fysioterapeuten oppdaget at noe skjedd med Rita før hun var klar over det selv. «*Rita, hva skjer med deg nå?*», spørsmålet fra fysioterapeuten brakte henne tilbake til parken, men fortsatt omgitt av følelsene fra den gang. Rolig fortsatte de å gå hjemover. Bevegelsen gjorde det lettere for henne å ikke fortape seg i fortiden, mens hun i korte trekk fortalte hvilke minner som hadde dukket opp. Da hun skjønnte at det var regndråpen som hadde utløst den sterke følelsen, kunne hun koble følelsene til situasjonen hun erindret. Den kroppslige fornemmelsen knyttet til disse sterke følelsene hadde de vært innom flere ganger i behandlingssammenheng, men uten at hun kjente igjen situasjonen. Det var dråpen i bakhodet som bandt følelsen og erindringene sammen. Det var befriende å koble følelsen til hendelsen: «*å skjønne at denne følelsen kommer fra det minnet. De to hører sammen*».

Rita oppdaget at angsten hadde klar sammenheng med faktiske hendelser. Braatøy beskrev hvordan muskulære konflikter har rot i konkrete hendelser og livserfaringer, og hvordan nervøse pasienter hindret stemninger i å bryte igjennom til bevisstheten ved å holde bevegelser i sjakk. Inntrykk fra enkeltstående dramatiske hendelser, vonde erfaringer, men også vedvarende hemmende stemninger over tid kan føre til reaksjoner som nedfeller seg i holdningsmuskulaturen som holder affektbevegelse i sjakk. Tilbakeholdelse over tid kan bli en så effektiv affektspærre at personen selv ikke opplever det som skjer. Reaksjoner kan bryte frem den dagen terskelen for forurettelse overskrides. Da kan reaksjoner fra tidligere erfaringer bryte ut fragmentert og løsrevet fra minnet om hendelsene, og oppleves som ubegripelige. Visse typer sanseintrykk som er blitt fastlåst til en spesiell betydning, kan vekke gamle stemninger som et signal for den konkrete situasjon i fortiden. Følelsene svarer til det som var aktuelt da, men er ikke nødvendigvis adekvat i den nye situasjonen (13, 17).

Anspenhet holdt kanskje stemte inntrykk fra skoledagene i sjakk så følelser, minner og kroppslige reaksjoner var blitt fragmentert for Rita. I tydingen av de sanseutløste erindringene og sine kroppslige reaksjoner fant Rita sammenheng i sin historie. Opplevelsen av dette skjedde rett etter en behandling. Kanskje var hennes muskulære hold på affektene mindre mobilisert enn til vanlig. Hun fikk hjelp av sin sansevare fysioterapeut som så reaksjonene, da hun var overveldet av minner. Rita understreket hvordan bevegelse gjorde det lettere for henne å holde fast i nåtid mens hun fortalte om

sine erindringer. Det er som Braatøy påpekte «*lettere for dem å holde på, eller bremse sine affekter og den indre uro i gående eller stående stilling*» (25 s.41).

Tydning av tid og sted – en ny måte å være i verden på

Rita skjønnte plutselig at hun hadde kjent den samme følelsen tidligere i tilsvarende situasjoner. Følelsen kan fortsatt komme igjen. Nå klarer hun å avslutte redselen, skuffelsen og følelsen av tillitsbrudd ganske fort. Før kunne den henge over henne lenge fordi hun trodde det var tilknyttet det som skjedde rundt henne i nåtid. Da prøvde hun å komme ut av situasjonen, ved å lukke seg inne eller «forsvinne».

Angsten er helt reell fortsatt, men den har ikke betydning for det som er her og nå. Hun behøver ikke flykte. Hun sorterer i forhold til tid, men også ved hjelp av sanseinntrykk. Hun har lært seg å kjenne fysisk etter: «*Jeg har beina i gulvet, jeg har rompen på stolen jeg har støtten jeg trenger rundt meg, det er ingen grunn til å være redd. Det er ikke farlig nå*». Hun skiller mellom følelsen inni seg selv og det sanselige rundt henne: «Ja, det som jeg erfarer, ser og kjenner her og nå hører ikke sammen med den kroppslige angsten som jeg kjenner».

Braatøy viser hvordan følelser fra fortiden kan overvelde et menneske i nåtid. Både Ricoeur og Løgstrup fremhever at tid må forstås både som subjektiv opplevelse og som kronologisk tid (26, 27). Når angsten melder seg, ser det ut til at Rita arbeider hardt med å tyde inntrykkene rundt seg for å holde fast i kronologisk tid slik at inntrykkene fra den subjektivt erfarte tidsdimensjonen ikke skal ta overhånd. Rita beskriver sin nåværende tilværelse slik:

Nå lever jeg i min egen kropp istedenfor å leve på siden av meg sjøl og jeg lever med min egen historie istedenfor å leve i min egen historie. Jeg lever ikke i følelsene jeg hadde den gang, jeg lever med dem. Jeg håndterer nye ting på en helt annen måte, hvis jeg får gjenkjennelser så vet jeg at jeg kan håndtere det.

Avsluttende betraktninger

Fortellingen om Rita viser ulike sammenhenger av tydingens betydning. Andre informanter fra samme studie (12) fortalte også om erfaringer som belyser tydingen som fenomen. Joanna hadde oppdaget et frø inni seg som slo rot gjennom beina. I hennes tyding ble det til styrken som vokste inne i henne og som hun seinere hadde støttet seg til i et oppgjør med en betydningsfull person i hennes liv. Mary kjente at erindringer fra vanskelige opplevelser i barndommen vokste inni henne etter hvert som spenningene i armene og brystet slapp taket og pusten ble friere. Gjennom å fortelle og bli lyttet til ble det i hennes tyding klart at det som hadde skjedd den gangen ikke hadde med henne å gjøre, sånn som hun alltid hadde trodd. John oppdaget at kroppen bare hadde vært et redskap til å prestere med. Gjennom massasjen og opplevelsen av tyngdekraften i kroppen fikk han nye kroppsopplevelser som i hans tyding gav han erkjennelse av at: Å være en kropp er å være seg selv.

For Ingrid (11) var konkrete kroppslige erfaringer i PMF viktig hjelp til å erkjenne det hun i psykoterapi arbeidet veldig hardt for å forstå. Etter 10 år i PMF oppsummerte hun fysioterapibehandlingen som å erfare sine egne ressurser. Ved hjelp av rytmisk stabilisering i firfotstående og aksetrykk hadde hun oppdaget sin eksistens i kroppen. I hennes tyding gav det erkjennelsen: «*Jeg er*». Hun oppdaget tyngde og bæreevne og kontakt med quadriceps gjennom å strekke knærne mens hun sto med ryggen inntil veggen. Hun kunne reise seg. I hennes tyding gav det erkjennelsen: «*Jeg kan*» Ved å holde fast i tid og sted holdt hun ut angsten som ble utløst av at skulderbladet ble løftet ut fra thorax. Sånn opplevde hun at angst kunne utfordres, den var til å tåle, til befrielse kom ved at pusten slapp. I hennes tyding gav det erkjennelsen: «*Jeg er her og nå, det er noe annet enn der og da*». Hun oppdaget også at når jeg løftet skulderbladet, kunne hun stoppe meg ved å bevege armen. I hennes tyding gav det erkjennelsen: «*Jeg kan sette grenser, styre og bestemme*».

Tyding spiller seg ut i flere sammenhenger, i pasientens tyding av konkrete kroppslige reaksjoner, erfaringer og sanseinntrykk i sin egen kropp og/eller i omgivelsene, i terapeutens tyding av pasientens reaksjoner og uttrykk, og i relasjonen mellom terapeut og pasient.

Braatøy advarte mot abstraherende språk fremfor å følge pasientens personlige snakkemåte i uttrykk, pust og ord. Det ligger, sier Løgstrup (28), alltid noe av den

andres liv i vår hånd, noen ganger mye, andre ganger bare litt. I terapi er det ofte ganske mye. Hvis pasienter tar opp behandleres språk i sin selvforståelse, ligger det en etisk fordring i å reflektere over det språket vi fører.

Takk til Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte og til professor Målfrid Råheim og professor emerita Kari Martinsen, mine trofaste veiledere fra hovedfag-, Phd avhandling og på veien videre.

Randi Sviland
Spesialist i psykomotorisk fysioterapi/ PhD
Førsteamanuensis, Høgskolen i Bergen.
Klinisk praksis Starvhusgaten, Bergen.

Referanser

1. Thornquist E. Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
2. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag. Bergen: Fagbokforl.; 2003.
3. Ekerholt K, Bergland A. Massage as interaction and a source of information. *Massage as interaction and a source of information.* 2006;50(2).
4. Ekerholt K, Bergland A. Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action. *Physical Therapy.* 2008;88(7):832-40.
5. Ekerholt K. Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patients' experiences in psychomotor physiotherapy. *An International Journal for Theory, Research and Practice.* 2011;6(2):103-15.
6. Ekerholt K, Schau G, Mathismoen KM, Bergland A. Body awareness a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy Theory and Practice,* 2014, Vol30(5), p312-318. 2014;30(5):312-8.
7. Øien AM, Råheim M, Iversen S, Steihaug S. Self-perception as embodied knowledge - changing processes for patients with chronic pain. *Advances in physiotherapy.* 2009;11(3):121.
8. Øien AM, Iversen S, Stensland P. Narratives of embodied experiences ; therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in physiotherapy.* 2007.
9. Øien AM. Change and Communication. Long-Term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain. Universitetet i Bergen; 2010.
10. Dragesund T, Rheim M. Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice,* 2008, Vol24(4), p243-254. 2008;24(4):243-54.
11. Sviland R, Råheim, M. and Martinsen, K. . Touched in sensation – moved by respiration. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2012;26:811–9.
12. Sviland R, Martinsen K, Råheim M. To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal

- problems. *Medicine, Health Care and Philosophy*. [journal article]. 2014;17(4):609-24.
13. Braatøy T. De nervøse sinn 1-2 (The nervous minds 1-2) 2ed. Oslo: J.W. Cappelens Forlag; 1979.
 14. Gretland A. Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid: Fakkbokforlaget; 2007.
 15. Øien AM, Steihaug S, Råheim M. Communication as negotiation process in long term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010;25(1):53-61.
 16. Sviland R, Martinsen K, Råheim M. Hvis ikke kropp og psyke – hva da? (If not body and mind – then what?) *Fysioterapeuten* 2007(12):23-8.
 17. Sviland R, Råheim M, Martinsen K. Å komme til seg selv - i bevegelse, sansning og forståelse (To come to oneself – in movement, sensation and understanding). *Matrix*. 2009(2):257 – 75.
 18. Sviland R, Råheim M, Martinsen K. Språk – uttrykk for inntrykk (Language – expressions of impressions). *Matrix*. 2010(2):132 – 56.
 19. Løgstrup KE. *Metafysik : 1 : Vidde og prægnans : sprogfilosofiske betragtninger*. Copenhagen: Gyldendal; 1976.
 20. Løgstrup K. *Kunst og erkendelse. Metafysik II (Art and apprehending. Metaphysics II)* Copenhagen: Gyldendal; 1983.
 21. Løgstrup K. *Ophav og omgivelse. Metafysik III (Origin and environment. Metaphysics III)* Copenhagen: Gyldendal; 1984.
 22. Løgstrup K. *Solidaritet og kærlighed (Solidarity and love)*. Copenhagen: Gyldendal 1987.
 23. Braatøy T. *Pasienten og lægen : med fragmenter av en polemisk selvbiografi*. Oslo: Cappelen; 1952.
 24. Frank AW. *Practicing dialogical narrative analysis. Varieties of narrative analysis*. 2012:33-52.
 25. Braatøy T. *Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevrose o.l. Bevegelse, affekt og holdning. Respirasjon, affekt og ord (Psychology versus anatomy in physiotherapy treatment of arm neurosis etc. Movement, affect and attitude/posture. Respiration, affect and words)* In: Bunkan B, Radøy L, Thornquist E, editors. *Psykomotorisk behandling Festskrift for Adel Bülow-Hansen* Oslo: Universitetsforlaget; 1982.
 26. Ricoeur P. *Den fortalte tid (The narrated time)* In: Ystad H, editor. *Eksistense og hermeneutikk*. Oslo: Aschehoug & Co; 1999.
 27. Løgstrup K. *Skabelse og tilintetgørelse. Metafysik IV (Creation and destruction. Metaphysics IV)* 2ed. Copenhagen: Gyldendal; 1995.
 28. Løgstrup KE. *Den etiske fordring: Klim*; 2015.

UTVIKLINGSTREKK OG UTFORDRINGER FOR FYSIOTERAPI SOM PROFESJON

Eline Thornquist

Å snakke om tause kunnskaper er å utfordre det etablerte synet på kunnskapens natur Michaels Polanyis berømte utsagn: «We can know more than we can tell» er å anse som en provokasjon om man refleksjonsløst har akseptert det dominerende paradigme i kunnskapsteorien. Men den refleksjonsløsheten må man kvitte seg med (1 s 144).

Mange fysioterapeuter er opptatt av fagets praktisk/kliniske kompetanse. Gudrun Øvreberg er en typisk representant i så måte. Hun har i flere tiår stått sentralt i opplæringen av psykomotorikere i Norge.

Teksten som følger er en lett bearbeidet versjon av et foredrag jeg holdt på NFFs fagkongress i mars 2015, der ivaretagelse av fysioterapifagets praktisk/kliniske profil er et gjennomgående tema. Slik er teksten i tråd med Gudruns virksomhet i årenes løp. Det samme gjelder epigrammet jeg har valgt: Det er ment som en påminning om hvor viktig det er med debatt om kunnskapsformer i faget.

Aller først vil jeg markere vårt *samfunnsmandat*. Fysioterapeuter har – som andre profesjoner – et formål utenfor oss selv; vi skal løse bestemte oppgaver, være til nytte for samfunnet og realisere dets verdier. Det er viktig å ikke miste dette av syne. Skal vi tas alvorlig må vi løfte blikket og se eget fag i større sammenheng. Det fører oss til kjernen i profesjonsbegrepet.

Profesjonsteori og fysioterapi

Profesjonelle utøvere er kjennetegnet av at de kan noe andre *ikke* kan, og samfunnet anerkjenner dem for dette (2-4). Det spesielle er altså at de – vi – har en handlings- og vurderingskompetanse. Fagets berettigelse er knyttet til vår evne til å vurdere og løse

spesielle oppgaver – ta *selvstendige* avgjørelser. Dersom denne kompetansen ikke videreføres til nye generasjoner har vi utspilt vår rolle i helsetjenesten. Utdanningsspørsmål hører derfor med i enhver debatt om fagets fremtid.

Status i moderne samfunn er knyttet til *formell og vitenskapsbasert* kunnskap (2-4). De viktigste kildene til anerkjennelse og prestisje ligger i forskning og teoriutvikling.

Håndverkskompetanse – manuell dyktighet – står lavere på rangstigen. Her gjelder altså det rådende kunnskapshierarkiet: ånd over hånd. Det er en innebygd logikk – og *fare* – i profesjonsbestrebelse: Yrkesgrupper som ønsker å bli mer verdsatt, søker anerkjennelse hos dem som står høyere på statusstigen, og som altså tillegger formell og vitenskapsbasert kunnskap størst verdi (5).

Det er derfor så avgjørende at det legges vekt praktisk/klinisk opplæring i grunnutdanningen – bachelorutdanning som det nå heter. Det er også viktig å ha kliniske, fagspesifikke masterstudier. Heldigvis har vi fem slike i fysioterapi – alle utviklet på 2000-tallet, og det viser at yrkesgruppen har vært opptatt av å videreføre og videreutvikle fagets praksistradisjoner.

Men det er langt fra gitt at praktisk og klinisk kompetanse ivaretas fremover: Strukturelle føringer går i motsatt retning. For eksempel veier akademisk skoling med doktorgrad tungt ved tilsetting av lærere ved våre utdanninger, ikke praksiserfaring. Utfordringen fremover er å ikke bygge opp under hierarkiet mellom teori og praksis; det er kombinasjonen – *integrasjonen* – som er nøkkelen i faget.

I profesjonslitteraturen er *autonomi* et kjernebegrep, og det understrekes at profesjonelle utøvere har stor *handlingsfrihet*. Til gjengjeld må de bygge opp tillit og legitimitet for sin virksomhet (2-4).

Frihet er profesjonenes privilegium – og den forplikter: Vi må *vise* vår nytte; rettfærdiggjøre vår funksjon og rolle. Her kommer dokumentasjonsplikten inn i bildet. Debatten om journaler og epikriser som gikk i Fysioterapeuten i 2014-2015 minnet oss på at journal- og epikriseskriving er en lovpålagt oppgave og en selvfølgelig del av profesjonell virksomhet (6).

Her vil jeg fremholde betydningen av å tydeliggjøre kliniske funn og funksjonsorienterte vurderinger. Gjennom hva vi skriver, skapes et bestemt bilde av hva fysioterapi går ut på, og det vil i neste omgang være avgjørende for forventninger til og bruk av fysioterapi. Poenget må være å få frem fagets *særtrekk* i all dokumentasjon. Ellers risikerer vi å undergrave vår egen virksomhet.

Derfor vil jeg løfte frem den undersøkelsestradisjon vi har i norsk fysioterapi. Opplæring i grundige funksjonsvurderinger har stått sentralt i grunnutdanningen i mange tiår (7), noe det er avgjørende å holde fast ved. Det bidrar til å sikre relevans og kvalitet i fysioterapitjenester.

På denne bakgrunn er det nedslående at mange effektstudier gjennomføres med medisinske diagnoser – *ikke* funksjonsvurderinger – som utvelgelseskriterium for pasienter. Like nedslående er det når terapiformer sammenlignes uten at det fremgår hva de består av, som når man benytter kategorier som «vanlig fysioterapi» – *som om* fysioterapi var en standardisert virksomhet, et «program» uten individualisering.

Så til noen spenningsfelt i faget.

Sentrale spenningsfelt

Fra 1980-tallet ble økende vekt lagt på formell kvalifisering generelt i samfunnet, og som en følge av en rekke reformer i helse- og utdanningsvesenet i årene deretter, preges fagutviklingen i fysioterapi av et spenningsfelt mellom en *akademisk* og *praktisk* kunnskapstradisjon.

Et annet spenningsfelt fra de senere år knytter seg til forholdet mellom *tverrfaglighet* og *fagspesifisitet*. Her kommer myndighetenes stadige understreking av *profesjonsnøytralitet* inn i bildet med ønsker om en fremtid der fagspesifisitet nedtones og der helsepersonell har en mer allmenn profil slik at de kan påta seg ulike oppgaver avhengig av behov. For det tredje har vi spenningsfeltet mellom *sykegymnastikk* og *friskgymnastikk* som har preget norsk fysioterapi fra starten av,¹¹ og det har fått ny aktualitet med sterkere satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid.

¹¹ Her kan føyes til at sykegymnastikk var opprinnelig betegnelsen på fysioterapi. Yrkesbetegnelsen ble endret fra sykegymnast til fysioterapeut først i 1969, men den ble benyttet i fagmiljøet i mange år før det.

Det fins tilsvarende spenningsfelt i andre land, men vi må ta høyde for *nasjonale* forskjeller. For det er store forskjeller på fysioterapi i ulike land med hensyn til både kunnskapsfelt og hvilken rolle fysioterapeuter tilskrives i de ulike lands helsetjenester.

Velferdsstaten og milepæler i fysioterapi

I Norge har vi en *velferdsstat*, bygget opp i det 20. århundre, fremst og fremst fra etterkrigstiden og med spesiell vekst og ekspansjon på 1970-tallet (8,9). Velferdspolitikken tar sikte på en mer rettferdig fordeling av goder og byrder enn det markedet ville gitt. Velferdsstaten er kjennetegnet ved at det *offentlige* har hovedansvar for planlegging, styring og finansiering av våre institusjoner. Videre er det en tett kopling mellom staten og profesjonene i Norge som i Skandinavia generelt.

Frem til 1980-90-tallet var det stor oppslutning om velferdsstaten. Så begynte en viss skepsis å gjøre seg gjeldende, og dagens situasjon er preget av en viss polarisering og politisk spenning.

Ser vi på fysioterapeutgruppens historie i Norge fra starten av – *før* velferdsordninger var på plass, kan den beskrives som en utvikling der de første sykegymnastene sto *utenfor* helsetjenesten og strevde med å komme *inn* (10,11). De arbeidet i private institutter og hjem; sykegymnastikk var lite kjent og de hadde et usikkert levebrød. Langsomt ble de integrert i helsetjenesten. Plassen er knapp, men jeg vil trekke frem noen få milepæler som forteller om viktige skritt mot større anerkjennelse og integrasjon i det norske helsevesen:

- 1909: En refusjonsordning innføres for sykegymnastikk utenfor sykehus. Det skjedde i forbindelse med den første lov om sykeforsikring.
- 1914: De første offentlige stillinger for sykegymnaster opprettes i tilknytning til trygdekassene rundt om i landet.
- 1936: Offentlig autorisasjon ble oppnådd takket være iherdig innsats fra sykegymnastene med støtte fra flere hold. Med Lov 19. juni 1936 nr. 2 om sykegymnaster og massører fulgte yrkes- og tittelbeskyttelse.

1936 var med andre ord et spesielt år. To andre begivenheter fant også sted da:

- Stillinger ble opprettet for første gang i norske sykehus. Inntil da hadde sykehusene kjøpt tjenester av privatpraktiserende sykegymnaster.
- Dessuten ble et landsforbund stiftet, «Norske Sykegymnasters Landsforbund».¹²

Tar vi et hopp i historien frem til 1980-tallet, er kommunereformen et illustrerende eksempel på at fysioterapeutgruppen ble integrert i et velferdsstatlig prosjekt: Med denne reformen ble fysioterapi en *lovpålagt* tjeneste – en «skal-tjeneste», en ordning de fleste var fornøyd med. Fastlønnsstillinger ble opprettet og driftsavtaler innført. Men reformen skapte misnøye blant en del privatpraktiserende som dannet sin egen organisasjon i protest, Privatpraktiserende Fysioterapeuters **Forbund**, PFF. De mente den grep uheldig inn i deres næringsvirksomhet. Med dette introduseres nok et spenningsforhold, mellom privat og offentlig virksomhet.

Fra da av var det to organisasjoner for fysioterapeuter i landet. På 2000-tallet ble det tre da en del manuellterapeuter brøt ut av Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) og stiftet sin egen organisasjon, Norsk Manuellterapeutforening, NMF.¹³

Jeg fortsetter med de store linjer.

Nye tider – nye betingelser

På 2000- tallet ble «skal»-tjenestene opphevet. Med nye betingelser preget av mer marked og konkurranse, og reformer som fremmet tverrfaglighet og profesjonsnøytralitet, ble spenningene mellom privat og offentlig virksomhet forsterket.

Flere eksempler på kompetansestrid i kommunehelsetjenesten kan knyttes til en økende tendens til å *nedtone* fagspesifisitet, som når fysioterapeuter ble satt til pleie og stell med henvisning til at dette er samarbeid (12). NFF argumenterte med at alle yrkesgrupper må brukes på måter som er i samsvar med deres kvalifikasjoner; alt

¹² Tidligere var det kun lokalforeninger, knyttet til store byer.

¹³ Det kan nevnes at Norsk Mensendieckforbund ble innlemmet i NFF i 1980. Forholdet mellom fysioterapeuter og mensendieckere var anstrengt i mange år, nå lever vi godt sammen.

annet er uakseptabel bruk av ressurser. Selv vil jeg føye til at en utilsiktet virkning var at en del fysioterapeuter ble «skremt over» i privat praksis.

I de senere år har NFF blitt møtt med økende krav fra medlemmene om å drive politisk påvirkningsarbeid for å sikre gode rammebetingelser i forbindelse med omorganiseringer og oppgaveforskyvningene i helsevesenet. *Samtidig* har det vært uro og vekst i privat praksis.

Et blikk på forarbeidet til helsepersonelloven som ble iverksatt i 2001 og som nå erstatter tidligere fagspesifikke lover, viser med all tydelighet at fordeling av oppgaver og ansvar mellom yrkesgrupper slett ikke er en enkel sak:

*En psykolog vil for eksempel være kvalifisert til på selvstendig grunnlag å behandle psykiske lidelser. På samme måte vil en kiropraktor være kvalifisert til å behandle ryggglidelser og en **fysioterapeut kvalifisert til å behandle sykelige tilstander relatert til muskel og skjelett** (13 s18, min utheving).*

Her kan man spørre: Er ikke «ryggglidelser» en muskelskjelettlidelse, og på hvilket grunnlag skilles det mellom fysiske og psykiske lidelser? ¹⁴

I loven er «*faglig forsvarlighet*» et sentralt uttrykk, og det understrekes at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med sine kvalifikasjoner. Men hva som regnes som faglig forsvarlig er ikke gitt en gang for alle. Det er manuellterapeutene et eksempel på. De fikk status som primærkontakt i 2006 (sammen med kiropraktorene) og med det en autonomi – en utvidet rolle – de færreste kunne forestilt seg noen år tidligere.

Et viktig poeng fra profesjonsteori er dette: *Både oppgaver og profesjoner formes over tid – i samspill og brytning med tilstøtende fag og yrkesgrupper. Og profesjonalisering handler oftest om å utvide et felt – og få kontroll over det (2-4).* Utenfor våre rekker gjelder det først og fremst psykologer, i våre rekker har faggruppen for psykomotorikere signalisert at de vil arbeide for å oppnå en primærkontaktfunksjon. I

¹⁴ Når det gjelder *leger* skal de «ta beslutninger i ... *medisinske spørsmål ...*», men det sies også at det kan være vanskelig å angi "hva som er medisinske spørsmål i forhold til andre fagområder» (13 s17).

den forbindelse vil jeg peke på betydningen av utdanningstilbud som sikrer den nødvendige bredde både teoretisk og med hensyn til klinisk kompetanse.

Klimaet rundt tusenårsskiftet var preget av debatter om endringer i sykdomsbildet i befolkningen og om økningen i sykefravær med mye oppmerksomhet på belastningslidelser og psykososiale problemer.

Spesielle utfordringer

«Muskel- og skjelettplager» og «belastningslidelser» brukes ofte om hverandre. Førstnevnte viser til *lokalisasjon*, jf. muskel og skjelett, sistnevnte til *årsaksforhold*. Hva som inkluderes i begrepet «belastning» er følgelig et springende punkt. I de siste tiår er belastningsbegrepet utvidet: *Ulike* sider ved menneskers arbeid og liv inkluderes som potensielt sykdomsskapende. Denne utvidelsen har høy relevans for oss, og hvordan vi følger den opp er avgjørende for vår fremtid.

Fra 1990-tallet ble arbeidslivet satt på den politiske dagsorden. Sentrale stikkord er: Inkluderende arbeidsliv – gradert sykemelding – restarbeidsevne. I økende grad ble arbeid fremstilt som et gode; som *helsefremmende* - ikke *sykdomsskapende* (14). Denne satsingen satte sitt preg på fysioterapi, og stadig flere ble opptatt av arbeid og sykefravær i praksis og forskning, jf. navnet på en av NFFs spesialiteter «Helse/miljø, ergonomi og *arbeidshelse*».

I årene som fulgte ble det mer og mer snakk om psykiske og sammensatte lidelser. Flere yrkesgrupper var på offensiven og ønsket større handlingsrom. Med dette fulgte kontroverser mellom yrkesgrupper.¹⁵

I vår historie har arbeids- og ansvarsfordelingen mellom leger og fysioterapeuter stått sentralt. I dag er samarbeidet med leger lite preget av konflikt, selv om det fortsatt er noen problemområder. Det er primært i forhold til *andre* yrkesgrupper at kompetansestrid og grensetvister gjør seg gjeldende.

¹⁵ I forarbeidet til loven ble profesjonsspesifikke lover omtalt som et *hinder* for samarbeid mellom yrkesgruppene, og det ble vist til at utdanningssektoren har et spesielt ansvar for å fremme en *felles* identitet hos helsepersonell.

Med utgangspunkt i vårt kunnskapsfelt kropp, bevegelse og funksjon, arbeider vi alle – og alltid – med fysisk og psykisk helse, om vi er oss det bevisst eller ei. Dokumentasjonen om sammenhenger mellom belastninger i livet og sykdomsutvikling er omfattende (15-17). Uansett hvor vi jobber møter vi resultatet av negative erfaringer i form av dysfunksjoner og kroppslige plager – også i muskel- og skjelettsystemet. Dette må være premissgivende for vår funksjon og rolle i helsetjenesten.

Her er det viktig å skjerpe tanken: For livsproblemer kan være sykdomsskapende, men all sykdom er ikke skapt av livsproblemer. Gitt dagens medikaliseringsklima er det viktig å motarbeide tendenser til å behandle mer eller mindre bagatellmessige plager – både av hensyn til den enkelte og til samfunnet som helhet, samtidig som det gjelder å holde fast ved at vedvarende stress og psykiske belastninger har helsemessige omkostninger.

Mange har etter hvert uttrykt bekymring over at helsevesenet stadig utvider sitt ansvarsområde og virkefelt, et tema som har vært lite debattert i fysioterapi. Også vi bør ta inn over oss at vi ikke lenger har et bærekraftig helsevesen – og se kritisk på eget fag.

I tråd med tradisjonell tenkning plasseres vårt kunnskapsfelt – kropp, bevegelse og aktivitet – vanligvis i somatikken, mer eller mindre *avsondret* fra psyke og kognisjon, mening og sosialitet. Utfordringen er å overskride denne todelingen. Hvis vi holder fast ved den, har vi lite å stille opp med overfor mange av dagens helseproblemer, og vi har definert oss ut av psykisk helsevern.

Behovet for grunnlagsdebatt forsterkes av en økende vekt på pasientsentrering. Ingen er uenige i at pasienter – brukere – skal stå i sentrum i helsetjenesten, men det er langt fra konsensus om hva det innebærer. Tenk på kirurgi og fysioterapi ved artrose: Kirurgi har høy prestisje sammenliknet med egeninnsats. Nyttens av mange operative inngrep er tvilsom, men det hjelper lite på hva pasienter helst vil ha.

Hva kan vi lære av det? Jo, at individer påvirkes av allmennkulturelle forestillinger og av hva medisin og helsevesenet presenterer som vesentlig og verdifullt. Dagens befolkning har høye og økende forventninger til hva helsepersonell kan utrette, og

tilliten og prestisjen som knytter seg til avansert teknologi er utbredt. Prototypisk uttrykt: vondt i kne = MR = kirurgisk inngrep. Dette er holdninger som må utfordres så vel blant helsepersonell som i befolkningen, og det er tilsvarende viktig at vi som yrkesgruppe legger vekt på kroppslig erfaring, og ikke føyer oss inn i dagens uttalte opptatthet av informasjon *om* kropp og helse.

Bevegelse – aktivitet i nye tider

Helsegevinsten ved bevegelse og aktivitet har alltid stått sentralt i fysioterapi; det er en arv å ta vare på, og det har aldri vært tette skott mellom sykegymnastikk og friskgymnastikk. Etersom bevegelse og aktivitet inngår i all form for fysioterapivirkosomhet, er det grunn til å ha en løpende debatt om vår forståelse og bruk av disse virkemidlene, og jeg vil peke på noen sentrale utfordringer.

Det er vel kjent at teknologi har endret våre liv på fundamentale måter. Det dreier seg om langt mer enn å overta muskelkraft. Selve *betingelsene* for vår livsførsel er endret, og med det mulighetene for å utnytte kroppens potensialer. Vi "skånes" for bevegelser, og dermed blir det opp til den enkelte å motarbeide inaktivitet. Dette perspektivet er viktig å ha med for å ikke bli moraliserende og ensidig individorientert. Viktig er det også å erkjenne at vaner og livsførsel har med sosial tilhørighet å gjøre og angår den enkeltes selvfølelse. Å endre vaner – et sentralt aspekt i fysioterapi – er ingen enkel sak (5,18).

Det er ikke plass til utdyping, men det finnes teori som kaster lys over *hvordan* vi som mennesker vokser inn i sosiale normer og verdier også på *kroppslig vis*, og slik videreføres – *reproduseres* – sosiale mønstre. Det er avgjørende at vi tar dette inn over oss, siden høy sykkelighet er positivt korrelert med lav sosioøkonomisk status.

I dag presenteres fysisk aktivitet ofte som et universalmiddel; «alt» blir bedre bare vi beveger oss *mer* – og helst «trener». Det er all grunn til å bekymre seg over at mange mennesker i dagens samfunn beveger seg lite, men det fører oss på avveier dersom vi begrenser vårt fokus til et spørsmål om *mengde* – hvor *mye* vi beveger oss – selv om det selvsagt er bra for mange å ta flere skritt. Viktigst er det å skape interesse for forskjelligartete aktiviteter og for hvordan vi lever våre liv mer generelt – for *deltakelse* og *variasjon*.

Det jeg ser som en trussel mot folkehelsen er kombinasjonen av *lite* aktivitet og *lite variert* aktivitet i arbeid og dagligliv, med tendenser til å redusere det meste som har med kropp og fysisk aktivitet å gjøre til sykdomsrisiko, perfeksjon og utseende, og at dagens kroppsideal er så massivt og ensidig.

Det er og blir viktig å utfordre kroppens yteevne – å belaste ulike vevsstrukturer og kroppssystemer, men ikke nødvendigvis i form av «trening» og med *fysioterapeut* som rådgiver og instruktør. Mange yrkesgrupper satser for tiden på helsefremmende og forebyggende arbeid. Spørsmålet er om vi er bedre enn andre til å drive denne slags virksomhet.

Det er også betimelig å peke på at trening kan overdrives og fungere som flukt og avverge – ja, for noen blir trening selve livsinnholdet; den fyller all tid og tanke. At trening kan fungere slik, er noe vi ikke kan neglisjere. Spesielt ikke i dag med økende oppmerksomhet og interesse for psykisk helse og psykiske lidelser, samtidig som det stadig rapporteres om overtrening. Jeg minner om at både inaktivitet og overaktivitet er symptom på psykisk ubalanse, noe som er spesielt tydelig i psykisk helsevern.

I en hektisk og treningsorientert tid er jeg mest opptatt av vår *kliniske* tradisjon – av hvordan den kan ivaretas i utdanningssystemet og anvendes og argumenteres frem i helsevesenet. Derfor vil jeg rette oppmerksomheten mot at vi i dag er den eneste profesjon som på systematisk vis benytter en «gammeldags» klinisk tilnærming med bevegelse og «hands-on» – i undersøkelse og på alle intervensjonsnivå. I en tid med økende vekt på teknologi, er det grunn til å oppvurdere disse særtrekkene, for de gir pasienter – brukere – spesielle muligheter til å delta, og å få nye, positive og annerledes erfaringer. Vi snakker om en *annen form for deltakelse og medvirkning* enn den som preger helsepolitisk debatt (5). Her vil jeg understreke at «hjelp til selvhjelp» har vært et sentralt motto i den psykomotoriske tradisjon fra starten av (19, 20).

Forskning og akademisk skolering hører med i profesjoners virksomhet. Premisset for en nyttig akademisering – slik at profesjonen kan leve opp til samfunnsmandatet – er en klar praktisk og klinisk forankring.

Jeg har understreket at praksis er *kjernen* i faget, men ikke *all* praksis er god praksis. Den bør derfor undersøkes systematisk med mål om både å bevare, videreutvikle og fornye (21). Til det trengs nettopp teori og akademisk skolering, og da er det ikke likegyldig hvor vi henter teoretiske perspektiver fra og hva slags forskningstradisjoner vi skriver oss inn i.

Eline Thornquist

Spesialist i psykomotorisk fysioterapi/ PhD

Professor, Høgskolen i Bergen, Professor II Universitetet i Tromsø

Nesttunhjørnet Psykomotorisk Praksis, Bergen

Referanser

1. Johannessen KS. Tause kunnskaper i et nytt lys? Norsk filosofisk tidsskrift 2013; 48 (2): 144-154.
2. Abbott AD. The system of professions. Chicago: University of Chicago Press; 1988.
3. Freidson E. Professionalism: The third logic. Cambridge: Polity Press; 2001.
4. Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
5. Thornquist E. Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
6. Fysioterapeuten 11/2014, 4/2015, 7/2015 og 8/2015.
7. Dahl E. Eksamen ved Oslo ortopediske institutt. Sykegymnasten 1950; 17 (1):13-16.
8. Seip AL. Veiene til velferdsstaten. Oslo: Gyldendal forlag; 1994.
9. Hatlestad A, Kuhnle S, Romøren TI, red. Den norske velferdsstaten. Oslo: Gyldendal akademiske; 2006.
10. Haugen KH. En utdanning i bevegelse: 100 år med fysioterapiutdanning i Norge. Oslo: Universitetsforlaget; 1997.
11. Thornquist E. Fysioterapeutene. Fra kosmologi til fagpolitikk. I: Slagstad R, Messel J, red. Profesjonshistorier. Oslo: Pax forlag, 2014, s. 138-76.
12. Garbo GL. Fysioterapeuter under press: Må jobbe kveld og ta del i stell. Fysioterapeuten 2012; 79 (5): 5-6.
13. NOU 1993:33 Helsepersonells rettigheter og plikter. Utkast til lov med motiver.
14. Hagelund A. Sykefraværets politikk. Oslo: Cappelen; 2014.
15. Lanius RA, Vermetten E, Pain C, red. The impact of early life trauma on health and disease. The hidden epidemic. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
16. Mäkinen T. et al. Associations of childhood circumstances with physical and mental functioning in adulthood. Soc Sci & Med 2000; 62: 1831-9.
17. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities. Building a new framework for health promotion and disease prevention. JAMA 2009; 301: 2252-9.
18. Thornquist E. Movement and Interaction. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
19. Bunkan Heir B, Radøy L, Thornquist E. Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bülow-Hansen. Oslo: Universitetsforlaget; 1982.

20. Øvreberg G. Svikt og balanse – en trenbar allianse. I: Bunkan Heir B, Radøy L, Thornquist E, red. Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bülow-Hansen. Oslo: Universitetsforlaget; 1982.s. 209-14.
21. Thornquist E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.

FYSIOTERAPEUTERS BEVEGELSESPRAKSIS - HVA SLAGS DELTAKELSE INVITERER VI TIL?

Nina Tvedten

Innledning

Hvilken plass er det til pasientens/deltakerens bevegelsesutforskning og opplevelse i psykomotoriske bevegelsesgrupper? Spørsmålet kan på forunderlig vis dukke opp i mange sammenhenger; hos erfarne fysioterapeuter som har grupper, hos fysioterapistudenter som øver seg i å instruere og i mer teoretiske, faglige diskusjoner. Det berører hvordan kroppens tvetydighet kan håndteres i praksis - i bevegelsesgrupper. Er det den biologiske kroppen som trenes med tradisjonelle øvelser eller er det bevegelser som berører og påvirker oss i vid forstand? Eller er det begge deler – samtidig?

I denne teksten vil jeg se nærmere på hvordan noen psykomotoriske fysioterapeuter som har hatt bevegelsesgrupper i mange år, forholder seg til spørsmålet rundt kroppssyn i sin praksis. Utgangspunktet for refleksjonene er mitt masterprosjekt «*Å være i bevegelse. Fysioterapeuters kunnskapsutvikling gjennom egen bevegelsespraksis*» (1). Det er en kvalitativ studie basert på et feltarbeid blant fem erfarne psykomotoriske gruppeinstruktører.

Faglig perspektiv og tradisjonens betydning

Et sentralt mål i helsefremmende arbeid er å sette folk i stand til å ta vare på egen helse. I arbeid med grupper vil fysioterapeutens faglige perspektiv og valg av aktivitet, øvelser, formidling og kommunikasjon være avgjørende for hvilken opplevelse, motivasjon og mening bevegelsene gir for pasientene.

Trening og bevegelse gis ofte «gyldighet» ut fra en taus, implisitt forståelse av at øvelsene i seg selv gjør godt for kroppen målt i forhold til styrke, utholdenhet, bevegelighet eller vekttap. Det betyr ikke så mye hvordan vi erfarer bevegelsene; om vi kjeder oss mens vi gjør det eller disiplinere oss til å gjøre det. Det er resultatet eller effekten på kroppen i etterkant som teller. Et slikt utgangspunkt kan frita instruktøren fra oppmerksomhet på pasientens erfaringer og opplevelse av å være i bevegelse. Dette er et vanlig utgangspunkt for trening og fysioterapi.

Når utgangspunktet er at kroppen er det vi erfarer, erkjenner og opplever med, vil det kunne endre hva vi ser på som meningsfullt med bevegelsesgruppene. Deltakernes opplevelse og erfaring med kroppen der og da, blir viktig sammen med kroppslige endringer og læring de har nytte av i hverdagen. Dette gir fysioterapeuten et større ansvar for deres opplevelse.

Feltarbeidet blant de erfarne fysioterapeutene (1) viste at de hadde en samtidig oppmerksomhet på kroppens funksjon og sammenhenger, og kroppen som kilde til erkjennelse og opplevelse. Alle informantene sa at de etter mange års praksis opplever kunnskapen som sin egen. Det er deres egne verdier og forståelser som styrer deres handlinger. Det har blant annet ført til en endret terapeutisk holdning. De sier ikke lenger at det er de som skal skape endring i forhold til en gitt standard. De legger til rette og så virker det i folk som det gjør.

Samtidig har jeg hos alle sett en praksis som er noenlunde lik i oppbygning og innhold i timene. Praksisen er godt gjenkjennbar fra deres læremester, Gudrun Øvreberg, sin praksis. Fysioterapeutenes forståelse bærer i seg tradisjonens eksplisitte og implisitte grunntanker samtidig som den er personlig og individuell. Er dette en motsetning? Hvor mye av bevegelsene og interaksjonen i gruppen er styrt av tradisjonen? Hvor bevisst er valgene? Hvor personlige? Hvordan virker det inn på plassen de gir pasientenes bevegelsesutforsking?

Den konkrete kroppen

Bodil, en av informantene, presiserer at yrkesutøvelsen er personlig. I en gruppe vil det alltid være forskjellige meninger og ulike erfaringer. Tidligere prøvde hun å tilpasse seg forskjellige ønsker. Nå er hun tryggere og tydeligere på at hun må gjøre det på sin måte – «*like it or not*». Samtidig er hun mer var for hva som skjer i gruppen. Hennes praksis er forankret i et kroppssyn hun engasjert setter ord på. Bevegelsene er basert på vanlig fysioterapikunnskap og kunnskap om kroppens funksjon. Hun beskriver det i intervjuet som sin kjepphest:

Jeg er opptatt av den konkrete kroppen, det med funksjon og hvordan den henger sammen og det betyr ikke at jeg behandler kroppen teknisk eller som en ting, men at det er kroppen som et levende subjekt som er påvirket av

tyngdekraft og at vi faktisk skal balanser oss på to små føtter, en sånn to meter høy stave skal balansere seg. Det å holde på, det å tørre å fordype meg i selve kroppen sin funksjon, at det ikke er tingliggjøring eller ikke objektgjøring (1 s.61).

Bodil sitt engasjement kan tolkes som en understreking av det betydningsfulle i å arbeide med kroppen, å bli sterkere, friere og mer nærværende, og det er den levende kroppen som nødvendigvis blir det. Samtidig høres en frustrasjon over faglige diskusjoner der de som er opptatt av den konkrete kroppen «beskyldes» for å behandle kroppen som en ting.

Bodil sin vektlegging av den konkrete kroppen som levende subjekt, er sentralt i praksisen som undersøkes. Oda følger opp med å si at hun tror at de begge bruker ordet kropp om følelser. Det er ikke kroppen og hodet, kroppen er følelsene våre som sitter i magen og i brystet og i gåsehuden og i tåa og i uroen i leggene og smerten i hjertet, det er kroppen. Hun sier det ofte i gruppa, at når hun snakker om kroppen så tenker hun på følelsene og tankene og forestillingene deres.

Det er en selvfølgelighet, basert på erfaring, at vi er kroppslige, sansende vesener. Den konkrete kroppen er utgangspunkt for å utforske egne bevegelser og vaner uten at helheten og følelsenes plass problematiseres. Det sier kanskje noe om det problematiske med å prøve og fange en levende og sammensatt praksis i teoretiske begreper uavhengig av vårt eget ståsted og erfaring. Hva hver enkelt deltaker erfarer i bevegelsen kan ikke vites noe om med et blikk utenfra. Det stemmer med min egen erfaring som forsker og deltakende observatør i en av gruppene. Mine opplevelser varierte fra å tenke at dette er litt tungt, teknisk og kjedelig, men sikkert sunt, etter mange knebøyninger og repetisjoner av hoftebevegelser, til å bli hensatt til en slags god felles bølgebevegelse og rytme i rommet, til å overraskes av en tristhet som møtte meg i avspenningen.

Rammene og intensjonen må være tydelig

Når jeg spør Ellen, som har ledet trimgrupper for stedets damer i mange år, om hvordan hun ser at den helhetlige tankegangen i psykomotorisk fysioterapi er ivaretatt i gruppene, svarer hun at bevegelsene er fullt forenelig med prinsippene og intensjonene i psykomotorisk fysioterapi. Det handler om frigjøring av pust, vektlegging

av fundament og strekk, tilrettelegging for kroppens naturlige responser og fornemmelser for og justering av bevegelser. Samtidig sier hun at hun ikke ser på gruppene som behandling eller terapi. Deltakerne er ikke henvist fra lege, de fleste melder seg på selv. Noen få har vært hennes pasienter. Dette er en trimgruppe og det er noe kvalitativt annet enn bevegelsesterapi. Hun har arbeidet mye med bevegelsesterapi hvor interaksjon, prosess, rollefordeling og samtale har mye bredere plass. Ellen er opptatt av at rammene må være tydelige. En erfaring mange år tilbake var medvirkende til denne forståelsen. Hun hadde en trimgruppe selv og skulle overta en annen gruppe for en kollega.

Og da opplevde jeg at den første gruppen, den som jeg hadde startet og på en måte gitt rammene mine til, de var med på alskens spillopper når det gjaldt lek og utfordringer og sånne ting som jeg likte å prøve meg ut på. Mens i den nye gruppen opplevde jeg at pusten stoppet helt opp hvis jeg ba de gjøre noe tullete. Da sprengte det rammen og gjorde dem forvirret i forhold til det og jeg likte ikke at de ble forvirret. For da ble det vanskelig for meg å takle det. Og så gikk jeg noen runder da etter hvert som årene gikk med hva kan jeg innføre av dette her. Hvor mye tull tåler de? Hvor mye tull tåler jeg at de ikke tåler? (1 s.38).

Ellen sine valg er bestemt ut fra hensyn til hva hun forstår er det beste for deltakerne. Hennes erfaring med hvordan uklare rammer og intensjon skaper utrygghet for både henne og deltakerne er bestemmende. Begrensningen av samarbeidsøvelser og kroppslig kommunikasjon er uttrykk for et bevisst valg. Hun sier til og med at hun ser det som en verdi at deltakerne kan slippe å forholde seg, at de kan få utforske bevegelser i sitt eget rom for eksempel når de går rundt i gymsalen.

Jeg presiserer faktisk at du ikke trenger å forholde deg til de du møter hvis du ikke vil. Du kan være for deg selv, selv om du går her i litt trengsel og det har med egne opplevelser å gjøre. Hvis ikke det er rammer for at vi skal møtes, at ikke det er en del av opplevelsesrammen, så kan det fort bli litt sånn hemmende for observasjon og opplevelse av en selv (1 s.38).

Begrensningene i bevegelsesutforskningen i denne situasjonen ligger i pasientens-/deltakerens forventninger, mulighet og motivasjon. Det de er med på må være

passelig uvanlig. Ellen sin kunnskap om hvordan vi kroppslig beskytter oss mot følelser og hennes sensitivitet og oppmerksomhet for hva som foregår mellom henne og gruppen, er en viktig del av hennes kunnskap og utgangspunkt for hennes valg.

Rytmene

De erfarne fysioterapeutenes sans for musikk og rytmer viser seg å være et vesentlig element i forhold til å skape en atmosfære, og å formidle bevegelsenes kvalitet og flyt. Det har gitt meg en ny forståelse av rytmenes betydning i opplevelsen av bevegelsene. Alle fysioterapeutene hadde et aktivt forhold til bruk av musikk. De beskriver hvordan de intuitivt vet om musikken de bruker er feil eller riktig for dem. Det personlige i hver enkelts rytme blir tydelig i forskjellene mellom fysioterapeutene. Noen liker faste rytmer som inspirerer og styrer bevegelsene, andre mer flytende rytmer som skaper rom til egne variasjoner og noen veksler mellom rytmer og stillhet, uten musikk. Det er erfaring med at jo mer kontakt de får med kroppen, jo større er behovet for å dvele og bevege seg langsomt. De er blitt mer tålmodige og kan holde på lenge med det samme. Det tar tid å tilegne seg nye bevegelser. I stillheten og dvelingen er det muligheter for at noe nytt oppstår.

Det passet kroppen min

Å arbeide med bevegelsesutforskning hos deltakerne kan være helt konkret; å løfte armen uten samtidig å løfte skulderen. Oda beskriver det slik:

Det var en befrielse da jeg kom på gruppen hos Gudrun. Jeg fikk lov til å slippe ryggen min. Jeg hadde lært tidligere å stramme musklene mellom skulderbladene for å bli rettere, men det hjalp jo ikke på min stive brystkasse. Så det var en kroppslig erfaring og kroppslig tilnærming til å bli interessert i psykomotorisk fysioterapi. Fordi det rett og slett passet for kroppen min, det stemte. Så kjente jeg at jeg var stram i hofta og at jeg måtte jobbe for å slippe ryggen og pusten. Jeg synes jeg gjorde mange sånne aha-opplevelser som jeg ikke stilte spørsmålsteget ved fordi jeg bare synes det var godt (1 s.55).

Meningen i de nye erfaringene sa seg selv. Det krever kanskje en kontakt med kroppen og en evne til å stole på og kjenne hva som er godt, i utgangspunktet? Fysioterapeuter

er ofte vant til å arbeide med egen kroppsbevissthet. Pasientene trenger hjelp til å øve seg i dette og dermed i å forstå og kjenne meningen med det de gjør.

Ordene og instruksjonens betydning

Min forskning har gjort det enda tydeligere hvor viktig det er hvilke ord som brukes for å inspirere til at bevegelser bli en oppdagelse og ikke en prestasjon med rett eller galt. Informantene brukte ord som legg merke til, kan du kjenne om det er noen forskjell, kjenn hva som er en god måte for deg å gjøre dette på. De sa samtidig ikke noe om hva pasienten skulle oppleve, de stolte på pasientens egen evne til å kjenne hva som ga mening. Ellen forteller:

Det jeg vil er å skape en atmosfære hvor mine forslag til bevegelse oppleves som interessante eller meningsfulle for de som gjør det, slik at de har lyst til å komme igjen for å gjøre det flere ganger, kanskje finne ut nye ting. Så jeg tror nok at det å gi en kroppslig opplevelse av seg selv, en opplevelse av styrke, og bevegelse og hva det vil si at pusten fins, i en sammenheng sammen med andre, at det å bruke kroppen til musikk er noe som automatisk går an, det får de til. Jeg sier verken fint eller ikke fint for jeg kan ikke bedømme det. Det skal ikke være en utvendig bedømming. Det er ikke noe de presterer (1 s.41).

Ellen brukte malende bilder som strekk nakken som om du skal til å synge, åpne hofta, slipp baken, ha oppmerksomheten på armen, hoften, ryggen. Hun gjorde alle bevegelsene selv og ga små hentydninger med forslag. Kjenn hva kroppen har behov for, å strekke seg, bevege seg? Deltakerne gjorde ting i sitt eget tempo etter hvert. I avspenningen ba hun dem ha oppmerksomhet på følelsen i kroppen – varm, tung, urolig, god? Det er ikke så viktig hvilken følelse, oppmerksomheten er viktigst, sa hun.

Både fysioterapeuter og gruppedeltakere kan kjenne det som et press å skulle få en følelsesmessig opplevelse. En fysioterapeut i feltet snakker om hvordan hennes forventning om opplevelse stengte for å oppleve noe. «Jeg har ventet på mine egne opplevelser bestandig og blitt skuffet». Først når hun sluttet å vente på opplevelse av tyngde for eksempel, så var den der. Hun prøver mindre og mindre å formidle fokus på resultater, men å bli kjent med det du faktisk kjenner.

Gunn Engelsrud hevder at hvis pasienter skal øke sin kunnskap med og om kroppen må de ikke få kroppen årsaksforklart, men støttes i å bli mer erfarende. Ved å våge å gå nær kroppens erfaringer, uten å definere dem eller stenge sider av den ute, kan vi øke tillit til egen kropp og livserfaringer. Det er vanskelig å endre en tilstand uten først å akseptere den (2).

Inspirasjon fra andre tradisjoner

Innenfor feltet psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi defineres formålet med bevegelsesgrupper ofte tydelig i retning av bevegelsesutforskning og egenopplevelse. Danseren og bevegelsesfilosofen Rudolf Laban sin bevegelseslære er en inspirasjon for mange til slike grupper (3). Utforskning, eksperimentering og personlig utvikling er sentralt. Dans, improvisasjon og oppgaver der den enkelte får mulighet og ansvar for å finne egne svar og løsningsmuligheter på oppgaver, gis plass. Det kan handle om samarbeid, grensesetting, kroppens forhold til underlaget, bevegelser til musikk eller liknende. Det er vesentlig at bevegelsene ikke er styrt av ferdige oppskrifter med rett og galt. Deltakerne gis anledning til å bevege seg ut fra sin egen situasjon, behov, lyst og behag. Ved å utforske sine egne bevegelsesmåter, kan det skapes tillit og tro på at egne erfaringer er gyldige. Det kreves nærvær, tid og motivasjon for å arbeide på denne mer uttalte utforskende måten med bevegelser.

For flere av de erfarne fysioterapeutene (1) har deltakelse på Gunn Engelsrud sine bevegelsesseminarer, der det å arbeide utforskende og konkret med egen bevegelsesmåte, vært vesentlig. Det har gitt dem en erfaring med bevegelse som har hjulpet dem å forstå perspektiv og teori der kroppen forstås som relasjonell og subjektiv (4). Oda forteller at hun *flere ganger har begynt på originaltekstene til Merleau-Ponty og så har hun lagt dem bort. Gjennom å lese Merleau-Ponty i Gunn Engelsrud sine tekster og bevege seg på hennes kurs, har teorien blitt forståelig. «Hva subjektet selv erfarer og hva det betyr for subjektet å bevege seg, kan i tråd med en fenomenologisk forståelse, ikke tas for gitt, men må utforskes og undersøkes»* (5 s.15). Møtet med denne kunnskapen i praksis og teori har vært viktig for at fysioterapeutene legger mer vekt på bevegelsesutforskning i sin praksis.

Avslutning

Har jeg funnet ut noe mer av mine opprinnelige spørsmål og det som forundret meg med dem? Forundringen henger vel sammen med at spørsmålene rundt kroppssyn og perspektiv på bevegelser på den ene siden vedvarer å være faglig problematisk og til tider oppleves som et dilemma, mens det på den annen side kjennes opplagt at vi alltid er konkrete, fysiske og levende kropper samtidig. Det er noe med forholdet mellom kropp og følelser, kropp og erfaring som har bidratt til diskusjon og forundring til alle tider. Kanskje må vi fortsette å leve med det – til både frustrasjon og inspirasjon.

Metoden, øvelsene og bevegelsesmaterialet kan ikke sees uavhengig av situasjonen og personene som deltar. Utviklingen av tillit, atmosfære og de kvalitative sidene av treningen og relasjonen er overordnet øvelsen i seg selv. Fysioterapeutene har en samtidig oppmerksomhet på den konkrete kroppens funksjon og sammenhenger, og kroppen som kilde til erkjennelse og opplevelse. Deres egen kropp er et naturlig utgangspunkt for kommunikasjon og valg i situasjonen. Perspektiv hvor det sanselige er en selvfølgelig del av vårt følelsesliv, våre bevegelser og møter med andre gjør at tvetydigheten i kropp, trening og hvem jeg er, inkluderes. Det er hvordan treningen skjer som er viktig. Undersøkelsen har vist meg at fysioterapeutene hadde en praksis som overskred det opplevde dilemma av en motsetning mellom oppmerksomhet på relasjon og opplevelsesdimensjonen, og oppmerksomhet på den konkrete, biologiske kroppen.

Referanser

1. Tvedten N. Å være i bevegelse. Fysioterapeuters kunnskapsutvikling i egen bevegelsespraksis. [Masteroppgave]. Bodø: Universitetet i Nordland; 2011.
2. Engelsrud G. Fysioterapiens kropp – hvordan styrke kroppens kunnskap? Danske Fysioterapeuten. 1998; (5):4-17.
3. Houmark P. At danse med livet. Danske Fysioterapeuter. 1998; (15): 4-15.
4. Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag A/S; 1994.
5. Engelsrud G. Bevegelse som utforskning og utfoldelse. Fysioterapeuten. 2005;(7):15-19.

Å SKAPE NYE BEVEGELSESVANER

Aud Marie Øyen

Innledning

Hensikten i artikkelen er å undersøke erfaring av endring av bevegelsesvaner over tid fra pasientens perspektiv i samspill med fysioterapeut i psykomotorisk fysioterapi praksis. Det valgte case, et av to opprinnelige, inngikk som empirisk materiale i hovedfagsoppgaven *Å utvikle kunnskap om egen kropp – en kvalitativ studie av psykomotoriske behandlingsforløp* (1). Mine beskrivelser av det valgte case kan sees i tråd med beskrivelsene av enkeltbehandlinger i *Aadel Bülow -Hansens fysioterapi, en metode til omstilling av ansent muskulatur og hemmet respirasjon* (2). De detaljerte beskrivelsene i egen studie og av Bülow-Hansens konkrete tilnærminger til kroppen som funksjonell og samspillende enhet av pust, muskulære spenninger, bevegelse, balanse og følelser, åpner muligheter for å gripe nyanser av endring i en behandlingssesjon.

Å begripe hva som skjer i praksis er i tråd med metodens opprinnelse. I begynnelsen av 1950 årene utviklet og utforsket fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykoanalytiker Trygve Braatøy psykomotorisk fysioterapi med utgangspunkt i erfaring og teoretiske perspektiv fra fysioterapi praksis, ortopedi, psykoanalyse og nevrobiologi (3). Studier om og i psykomotorisk fysioterapi finnes (4-7) men få vektlegger behandling over tid (1,3, 8). Utover det psykomotorisk teoretiske perspektivet, er ulike perspektiver brukt i drøfting av pasienters erfarte endring over tid, for eksempel narrativt perspektiv (9). Steinsvik (8) undersøkte endring i lys av ulike typer profesjonskunnskap. I denne case studien presenterer og drøfter jeg funn i lys av Merleau-Ponty (10) sitt persepsjonsfenomenologiske perspektiv med vekt på vaner som utvikling av kunnskap om seg selv.

Problemstilling: Hvordan erfarer pasient med kroniske smerter endring av vaner over tid?

Persepsjon, vaner og kunnskap om seg selv

Her presenterer jeg utvalgte begrep fra Merleau-Pontys (10) persepsjonsfenomenologiske perspektiv, som jeg vurderer som relevante for å belyse funn fra studien mer allment i diskusjonsavsnittet. Merleau-Ponty (10) vektlegger at kunnskap bygger på subjektets direkte eller kroppslig levde erfaring av verden, inkludert ting, andre og seg selv. Den levde kroppen, en enhet av funksjoner, er i bruk på ulike måter via sanser, bevegelse, kognisjon, følelser og uttrykk. Gjennom å bevege og uttrykke seg i verden har kroppen, definert som subjekt, en grunnleggende kraft til å gi noe mening.

Persepsjonsfenomenologi omfatter hvordan bevissthet om mening av erfaring av fenomener framkommer. Essensen av bevissthet er å gjenoppdage nærværet til seg selv. Å utvikle kunnskap om seg selv innebærer å involvere seg i verden. Enheten mellom subjektet og verden er levde, før vi utvikler kunnskap om den, det vil si skiller et fenomen fra et annet gjennom spesifikke identifikasjonshandlinger. I bevegelse, sansning og tale deltar subjektet i erfaringsprosesser som avgrenser objektet eller fenomenet. Kunnskap om verden og seg selv peker mot kroppens tvetydighet av erfaringer av mer generell karakter, det vil si nedfelta lag av vaner, for eksempel å holde tilbake følelser via forøkede muskulære spenninger, og erfaringer i øyeblikket, som for eksempel uttrykk av uro. Subjektet tilegner seg nye vaner gjennom å gripe og inkorporere bevegelsen, uttrykket og betydningen av disse. Tilsynekomst av motoriske og perseptuelle vaner kan forståes som tilegnelse av en ny verden eller eksistensmodus, det vil si nye måter å være og handle i verden (10).

Metode

I denne longitudinelle studien, som omfattet undersøkelse av et behandlingsforløp over syv måneder, deltok pasient og fysioterapeut. Inklusjonskriterier for fysioterapeuten var lang klinisk erfaring fra poliklinisk psykomotorisk fysioterapipraksis og veilederkompetanse. Den strategisk valgte fysioterapeuten hadde 40 år med klinisk erfaring. Fysioterapeuten forespurte pasienter fra venteliste om å delta i studien utfra kriteriene: diagnose av kroniske muskulære smerter, og funn ved psykomotorisk fysioterapiundersøkelse som pekte mot ressurser av omstillingsmuligheter. Pasienten, Tone 42 år, som deltok i behandlingsforløpet var henvist fra allmennpraktiker med

diagnosen myalgier og spenningsplager. Hun var utdannet og jobbet 100% i helsesektoren, var skilt og bodde alene med sitt 12 år gamle barn.

Datamaterialet omfattet observasjon og video-opptak av fire behandlinger med en til to måneders mellomrom, intervju med pasienten i for- og etterkant av observasjonsperioden, og avsluttende intervju med fysioterapeuten. Analysen omfattet rekonstruksjon av en case-rapport basert på analyse av video-opptak og intervju. Hvert video-opptak var grovtranskribert, inndelt i meningsfulle sekvenser som ble oppsummert, og deretter sammenlignet. For å tydeliggjøre endring over tid, mikro-analyserte jeg utvalgte behandlingssekvenser av hvert video-opptak ved bruk av del-prosess analyse (11). Hvert intervju ble transkribert og inndelt i meningsenheter som ble gruppert under felles tema, for eksempel endring av balanse. Deretter fortolket jeg meningsenhetene i henhold til ulike nivåer av kontekst, det vil si tekstnært, kritisk allment og teoretisk nivå (12). Regional Medisinsk Etisk komite godkjente studien. Deltakerne samtykket skriftlig.

Funn

Innledende intervju med pasient. Presentasjon av smertefulle erfaringer

Å holde avstand. Den utydelige kroppen

Tone formidlet at hun kjente seg anspent, håndterte ikke sterke følelser og holdt avstand til andre. Hun ønsket hjelp til å åpne seg i nære forhold. Beskrivelsene av hva Tone kroppslig kjente i vanskelige situasjoner var utydelige. I situasjoner av stress, nærhet, og snakk om vanskeligheter og følelser, beveget noe seg inni brystet. Skjelvinger kunne oppstå. I stressende jobbsituasjoner erfarte Tone å bevege seg hurtig og ukoordinert, bruke krefter på å holde seg sammen, samt skape spenne i halsen og slik stenge for ord i møte med personer uten rom for hele henne. Å være avspennt var å være alene i ro.

Behandlingsprosess: Fra å oppdage motstand til å merke at jeg ikke kjenner egen kropp, til gradvis å bevege seg og kjenne det usikre fundamentet

Psykomotorisk funksjonsundersøkelse

Fra intervju med fysioterapeut: I første møte med fysioterapeuten formidlet Tone å være generelt anspent, ha redusert kroppskontakt og opplevelse av situasjonsavhengig sperr i halsen.

Funksjonsundersøkelse i stående stilling indikerte oppstivet holdning, og tilbaketrasket overkropp i forhold til underkropp. Pustens bevegelser i stående stilling var bremset og lokalisert til midt-thoracalt område, mens den i liggende stilling fremkom mer basalt. Aktive funksjonsprøver av thoracale og cervicale områder viste redusert fleksibilitet. Tone tillot å la seg passivt bevege. Palpasjon av muskulatur viste forøket stivhetsgrad i skuldre, nakke og kjeve. Ved palpasjon av underekstremiteter framkom spontane spenninger i beina, magen og diafragma, noe Tone ikke kjente. I etterkant av undersøkelsen kjente hun seg anspent.

Oppsummert vurderte fysioterapeuten at funnene og sykehistorien indikerte omstillingsmuligheter. Hun vurderte omfang og grad av holdningsmessig ubalanse, redusert fleksibilitet og forøket muskulær stivhetsgrad av overkropp i sammenheng med å ta seg sammen og kontrollere følelser over tid. Ressurser inkluderte evne til fleksibilitet for øvrig, evne til passiv bevegelse og endring av pusteleie. Pasienten uttrykte noe innsikt i sammenheng mellom relasjonelle følelsesmessige belastninger og kroppslige reaksjoner, selv om hun uttrykte begrenset kontakt med sine kroppslige reaksjoner. I umiddelbar etterkant av behandling, uttrykte hun økt anspenhet, noe som indikerte evne til å sette grenser.

Observasjon og videoopptak av valgte behandlingssekvenser

Behandlingsforløpet, innledende samtale og bevegelsessekvenser, omfattet utvalgte sekvenser som pekte mot endring. Bevegelsessekvensene omfattet hovedsakelig stående utgangsstillinger. Begrunnelsen for dette valget var at gjennomgående tema i behandlingsforløpet var å fremme kontakt med beina samt erfare balanse i kroppen som helhet. Den psykomotorisk fysioterapitradisjonen vektlegger å stå på egne bein (2).

Første videoopptak: Å oppdage motstand

I innledende samtale om uro etter forutgående behandling formidlet pasienten at utgangspunktet for å velge behandling var erfaringer av uro, og tro på at behandling kunne gi mindre uro og mer kontroll. I etterkant av forutgående behandlingssesjon kjente Tone uro, men vektla at forståelse av sammenhengen mellom erfaring av uro og stress roet henne. Fysioterapeuten stilte spørsmål ved nytten av valgt behandlingstidspunkt, noe Tone avviste.

Bevegelsessekvens i stående stilling: Å kjenne at jeg spenner og avspenner

I første videosekvens var temaet å fremme kontakt med muskulær spenning og avspenne nakke- og skulderregion. Når fysioterapeuten forsøkte å bevege Tones nakke passivt, manglet bevegelsen flyt. Tone lurte på om det var mulig å la seg bevege passivt. Fysioterapeuten spurte om hun kjente at bevegelsen skjedde uten flyt. Tone bekreftet. Fysioterapeuten forlot nakkeområdet og utforsket hvordan Tone bidro til å avspenne muskulatur i skulderegionen. Følgende dialog illustrerte hvordan de fremmet kontakt og avspenning her: Fysioterapeuten: *"Nå skal du ikke hjelpe meg her"* (Instruksjonen var tydelig og vennlig). Tone avspente skuldermuskler gjennom å bevege armene lett. Fysioterapeuten bekreftet og fortsatte: *"Jeg tar forsiktig her."* Hun trakk venstre skulderblad utfra thorax. (Tone syntes å være oppmerksomt tilstede). Fysioterapeuten gjentok bevegelsen. Tone lot seg passivt bevege og kommenterte alvorlig: *"Jeg må konsentrere meg for å slippe."* Fysioterapeuten gjentok bevegelsen: *"Ja. Og du må kjenne etter."* Tone avspente skulder og spesifiserte: *"Jeg må passe på å ikke stritte imot."* Fysioterapeuten: *"Kjente du at du begynte å stritte imot og så ga etter?"* Tone nikket.

Andre videoopptak: Å kjenne beina utydelig

I innledende samtale om uro og gryende bevissthet formidlet Tone at uro forekom etter forutgående behandling. Erfaring av muskulære spenninger i skulderregionen var tydeligere.

Bevegelsessekvens i stående stilling: Mellom å kjenne og ikke kjenne

Tema i denne sekvensen var mer kompleks enn i første video-opptak. Hensikten var å utforske å bøye og strekke beina uten å øke muskulære spenninger i overkroppen. Fysioterapeuten instruerte gjentatte ganger bevegelse av beina. Samtidig utforsket

hun, via observasjon og berøring, muskulære spenninger i armer og rygg. Tone kjente spenning i armene. Når fysioterapeuten instruerte å strekke knærne ved å skyve føttene mot gulvet, kjente ikke Tone at hun avspente overkroppen: *"Nei det tenkte jeg ikke på"*. (Stemmen uttrykte forbauselse. Å rette oppmerksomheten flere steder samtidig framsto som krevende.) Videre vektla fysioterapeuten oppmerksomhet fra Tone ved utforsking av tyngdefordeling over føttene. Tone uttrykte usikkerhet. Senere, ved bevegelse av beina i liggende stilling erfarte Tone at beina var diffuse og fjerne: *"Jeg har ikke tenkt på at de ikke er der"*.

Tredje videoopptak: Å kjenne at kroppen henger sammen. Å bruke nakken som ankerfeste

I innledende samtale var ikke hovedtemaet diffus uro, men erfaring av sinne og tristhet fordi jobbkollega skulle slutte. Fysioterapeuten bekreftet og etterspurte kroppslige reaksjoner og erfaring av følelser i situasjonen. Tone formidlet at hun tenkte over erfaringene i etterkant av situasjonen.

Bevegelsessekvens i stående stilling: Å stå på usikker grunn

Tema var å utforske balanse, som skjedde gjennom å erfare forskjell på å stå med tyngden framme på foten, midten eller hælene, samt mellom å overstrekke og strekke knærne. Erfaring av sammenhenger mellom ulike kroppsdeler framkom. Følgende dialog illustrerte temaet. Tone: *«Når jeg står beint, kjenner jeg det i nakken og alle veier»*. Fysioterapeuten: *«Kjenner og stoler du på balansen?»*. Tone (ettertenksomt): *«Jeg bruker krefter på nakken»*. De reflekterte over kraftanstrengelsen. Tone begrunnet (med oppgitt stemme): *«Ellers synker jeg»*. Fysioterapeuten utdypet at Tone trodde hun falt sammen, og at hun holdt seg oppe ved å bruke nakkespenninger i motsetning til å stole på beina. Tone bekreftet dette med usikker stemme.

Fjerde videoopptak: Å differensiere bevegelse. Å gradvis bevege og kjenne det usikre fundamentet

Innledende samtale omfattet temaet å være på vakt. Tone og fysioterapeuten reflekterte over det å ikke kjenne ansenthet i situasjonen, men etterpå. Når fysioterapeuten etterspurte konkrete situasjoner, formidlet Tone at det var uvant å rette oppmerksomhet på seg selv når det skjedde mye på jobben: *«Det skal lite til før jeg*

kjenner at jeg blir på vakt, irritert over å ikke bli forstått eller anspent. Men det registrerer jeg ikke».

Bevegelsessekvens: Differensiering. Å kjenne og bevege den usikre grunnen

Temaet var å gradvis kjenne og håndtere nyanserte bevegelser gjennom å bevege seg fra sittende til stående stilling med tyngde over beina og avspent overkropp, og deretter veksle mellom å spenne og avspenne lårmuskler. Tone syntes å rette oppmerksomhet mot en større del av kroppen. Fysioterapeuten observerte, veiledet, og bekreftet når Tone oppmerksomt gjentok nevnte bevegelse. Hun differensierte tydeligere mellom hva hun kjente og hva hun var usikker på. Tone erfarte å gradvis avspenne muskulære ryggspenninger. Dialogen illustrerte endring av bevegelsesvaner. Fysioterapeutens spurte om Tone kjente føttene. Tone: «*Nå er det beina som løfter meg*». Fysioterapeuten: «*Nå bruker du ikke skuldrene, armene*» (Stemmen var spørrende). Tone: «*Nei jeg syns ikke det*» (Stemmen var rolig og lavmælt mens hun beveget seg oppmerksomt. Via ord formidlet hun kroppslige erfaringer). Fysioterapeuten: «*Så tar du forsiden der*». Hun berørte låret. Tone strakk knærne og aktiverte korsryggen. Fysioterapeuten: «*Beveg litt på tærne. På begge føttene. Kjenn om du må flytte tyngdepunktet*». Tone beveget seg ut av balanse. Fysioterapeuten kommenterte ikke dette. Tone berørte setet: «*Nå tar jeg setet med*». Fysioterapeuten: «*Kjente du det?*» (Spørrende, bekreftende tonefall). Tone erkjente. Fysioterapeuten satte seg på huk og instruerte å spenne og avspenne kneets strekkemuskler. Tone: «*Den foran*»? (Usikker stemme). Fysioterapeuten: «*Der ja*». Tone avspente lårmuskel. (Fysioterapeuten bekreftet begeistret, og undret seg): «*Kjenner du*»? Tone: «*Ja jeg slapp*», (Erkjennende tonefall. Videre spurte Tone usikkert): «*Er den andre spent?*» Fysioterapeut beveget kneskjellet på det andre beinet, og bekreftet: «*Nei, du slapp begge*».

Avsluttende intervju med pasient

«Jeg har ikke radaren så voldsomt ute»

Tone formidlet at det viktigste ved behandlingsprosessen var å bedre kontakt med kroppen, noe hun så i sammenheng med å kjenne seg selv. Hun erfarte muskulære spenninger, og skapte noen ganger avspenning. Tone prøvde å stå bedre balansert

med tyngde over føttene. I relasjonelle sammenhenger var hun mer bevisst hva hun kroppslig kjente og ikke kjente. Overfor kollegaer og andre var hun roligere og mindre sårbar. «Jeg er ikke så nærtakende. Jeg har ikke lenger radaren så voldsomt ute».

Diskusjon

I innledende intervju med pasienten, formidlet hun indirekte hvordan hun i relasjonelt stressende sammenhenger syntes å ta i bruk eksisterende nedfelte kroppslige vaner av å anspenne seg. Beskrivelsene av kroppslige reaksjoner var utydelige i situasjoner der hun erfarte begrenset anerkjennelse fra andre, for eksempel, «noe beveger seg inni brystet». Fra mitt perspektiv, syntes disse utydelige beskrivelsene av kroppslige reaksjoner å begrense eget handlingsrom.

Funn fra intervju med fysioterapeuten om første møte med pasienten inkluderte gjennomføring av anamnese og funksjonsundersøkelse. Pasienten beskrev generelle erfaringer av anspenhet, og redusert kontakt med egen kropp basert på tidligere og nåværende erfaringer. Ved palpasjon av muskulatur i underekstremitetene ansente pasienten seg uten å kjenne at det skjedde. Derimot erfarte hun anspenhet i etterkant av undersøkelsen. Kunnskap om verden og seg selv peker mot den levde kroppens tvetydighet av erfaringer av mer generell karakter, det vil si kroppslig nedfelte lag av vaner, og spontane erfaringer i øyeblikket (10). I denne fasen rettet pasienten lite oppmerksomhet mot seg selv i behandlingsøyeblikket. Via bevegelse og ord syntes pasienten å uttrykke kunnskap om seg selv som innebar å bruke sedimenterte vaner av å gjenskape muskulære spenninger.

I første videosekvens forsøkte fysioterapeuten å bevege pasientens nakke uten hennes aktive deltakelse, noe begge bekreftet var umulig. Når fysioterapeuten i bevegelsesøyeblikket påkalte pasientens oppmerksomhet gjennom å berøre nakken og samtidig spørre hva hun kjente, merket pasienten hva som skjedde. Å undersøke noe, innebærer å vite hva som skal undersøkes (10). Oppmerksomhet, en aktiv konstituering av et nytt objekt, tematiserer det som inntil nå er erfart som noe ubestemt (10). I det etterfølgende arbeidet å fremme avspenning i skulderregionen, la pasienten merke til egen repeterende spenningsvane i spenningsøyeblikket, samtidig som hun klarte å avbryte den. Persepsjon og bevegelse er i gjensidig avhengighet og skaper muligheter til å forholde seg til objektet (10). Å skape en ny bevegelsesvane var en

kompleks utfordring av å ikke bruke motstand, men ettergivenhet. I følge Merleau-Ponty (10) er vane en motorisk tilegnelse av ny mening. Pasienten utvidet sin mening fra å erfare muskulær spenning som noe ubestemt, til kontrast mellom spenning og avspenning, til kontrast mellom motstand og ettergivenhet.

I andre videosekvens økte kravene til oppmerksomhet i det fysioterapeuten instruerte pasienten å bøye og strekke knærne, og samtidig kjenne om overkroppen var anspent eller avspent. I første del av timen, gjennom gjentatte instruksjoner av bevegelse og berøring av rygg og armer, erfarte pasienten muskulære spenninger i armene. I følge Merleau-Ponty (10) avgrensers subjektet et objekt eller fenomen gjennom å delta i erfaringsprosesser som bevegelse, sansning og tale. Når subjektet oppmerksomt avgrensers noe konkret fra en utydelig bakgrunn begynner bevisstheten å eksistere (10). Ved gjentakelse av samme oppgave i andre video-opptak, å legge merke til skuldertensjoner, erfarte pasienten disse tydeligere. Senere, i oppgaven, å skyve føttene ned i gulvet, avspente hun armene, men kjente det ikke. Slik sett var det ikke skapt noen vane som innebar å veksle oppmerksomheten mellom bevegelse i en kroppsdel og kroppen som helhet, en gjensidighet som vektlegges i psykomotorisk fysioterapi (2). Men, utvikling av ny vane, det vil si motorisk utviklet kunnskap om å avspenne overkroppen, syntes å forekomme pre-reflektert. Ved utforskning av tyngdefordeling over føttene i stående stilling og bevegelse i liggende stilling var igjen pasientens beskrivelser preget av usikkerhet og uklarhet. I refleksjonen over erfaringen, utklar fornemmelse av føttene, syntes pasienten å utvikle bevissthet om uvitenhet om egne føtter.

Essensen av bevissthet er å gjenoppdage nærværet til seg selv (10). Bevissthet omfatter både sedimenterte og spontane erfaringer (10). Å være nær erfaring av usikkerhet og utydelighet av egne føtter åpnet muligheter for å bruke kroppen på nye måter. Det å oppnå en vane innebærer å bearbeide og fornye sitt kroppsskjema, definert som oppsummerte kroppslige erfaringer, og implisitt uttrykk for at kroppen er i og rettet mot verden (10). Å tilegne seg en vane innebærer å utvikle kunnskap gjennom kroppslig innsats mellom det som er gitt og det vi søker (10). Erfaringen av beina som diffuse og fjerne syntes indirekte å skape ønske om å oppnå tydeligere erfaring av balanse.

I tredje videosekvens utforsket og erfarte pasienten sammenheng mellom ulike kroppsdelar. Tones spontane uttrykk «*når jeg står beint, kjenner jeg det i nakken og*

alle veier» pekte på etablering av ny vane av utvidet kunnskap om seg selv. Denne nyetablerte vanen å erfare kroppen som sammenhengende skapte muligheter for ytterligere gjenoppdagelse av nærværet til seg selv. Dette skjedde når pasienten med oppgitt og usikker stemme uttrykte den følelsesmessig erfaringen av å synke. Hennes begrunnelse for å bruke krefter i nakken var å opprettholde balansen. Bevissthet er definert som en aktiv meningsgivende operasjon (10). Det følelsesmessige uttrykket, integrert i kroppens enhet av funksjoner, innebærer at kroppen er i bruk på ulike måter, det vil si via sanser, bevegelse, kognisjon, og følelse (10,2). For pasienten syntes tilegnelsen av denne vanen å omfatte levd integrering, det vil si erfaring av at bevegelse er integrert i og kommer til uttrykk i følelsesmessig usikkerhet.

I fjerde videoopptak, innledende samtale, bekreftet pasienten den sedimenterte vanen med å legge merke til anspenhet i etterkant av krevende situasjoner. Likevel, i det erfarte øyeblikket av krav i jobbsammenheng, fornemmet hun at det skulle lite til før hun kjente vaksomhet, irritasjon og anspenhet i møte med manglende forståelse fra andre. Fra mitt perspektiv, innebærer dette gryende utvikling av ny vane, i likhet med å uttrykke følelsesmessige erfaringer i bevegelsesøyeblikket i forutgående videoopptak. Kjernen av bevissthet består av øyeblikkets tvetydighet av sedimentering og spontanitet som innvevde og udelelige aspekter av et fenomen (10). Både i forutgående og i dette videoopptaket i samtale, bevegelse og berøring rettet pasienten og fysioterapeuten kontinuerlig oppmerksomhet mot pasientens fornemmelser av egen kropp. I tråd med Merleau-Ponty (10) hviler tanken på og forutsetter persepsjon.

I bevegelsessekvensen utviklet pasienten gradvis vanen å kjenne og håndtere bevegelsesnyanser, for eksempel å differensiere mellom avspenning og spenning i øyeblikket i ulike deler av kroppen. Dette kan sees i sammenheng med at kroppens grunnleggende intensjonalitet er en generell kraft til å sette seg selv i situasjon av handlingsmuligheter (10).

I avsluttende intervju vektla pasienten betydningen av å fremme kontakt med egen kropp, noe hun forsto som å kjenne seg selv. I følge Merleau-Ponty (10) har kroppen forstått og vanen er tilegnet, når den tillater å bli penetrert av ny betydning, som her å kjenne seg selv via kontakt med egen kropp. Gjennom å utvikle kontakt med seg selv, syntes implisitt pasientens anerkjennelse av seg selv å vokse. Behov for andres anerkjennelse avtok.

Konklusjon: Pasientens aktive og åpne involvering i behandlingsprosessen fremsto som avgjørende for å utvikle nye bevegelsesvaner og derved ny kunnskap om seg selv. Utvikling av kunnskap oppsto i gjensidig samhandling med fysioterapeuten gjennom arbeid med oppmerksomhet, repetisjon og utforskning av meningssammenhenger.

Aud Marie Øien

*Fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi/PhD
Førsteamanuensis Høgskulen i Sogn og Fjordane*

Referanser

1. Øien AM. Å utvikle kunnskap om egen kropp. En kvalitativ studie av psykomotoriske behandlingsforløp. [Master Thesis]. Bergen: Universitetet i Bergen; 1999.
2. Øvreberg G, Andersen T. Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi: En metode til omstilling og frigjøring av respirasjon. Skarnes: Compenduius forlag; 1986.
3. Øien AM. Change and Communication. Long-Term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain [Doctoral Thesis]. Bergen: Universitetet i Bergen; 2010.
4. Ekerholt K, Bergland A. Breathing: a sign of life and a unique area for reflection and action. *Phys Ther.* 2008;88(7):832-40.
5. Dragesund T, Råheim M. Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: patients' perspective on body awareness. *Physiother Theory Pract.* 2008;24(4):243-54.
6. Sviland R, Martinsen K, Råheim M. To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Med Health Care Philos.* 2014;17(4):609-24.
7. Kristensen G. Psykomotorisk fysioterapi i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2013.
8. Steinsvik K. Kunnskap om kroppen mellom grep og begrep [Doctoral Thesis]. Stockholm: Kungliga Tekniska Högskolan; 2008.
9. Øien AM. Fortellinger mellom nærhet og avstand til egen kropp. *Fysioterapeuten.* 2013;80(3):16-20.
10. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception.* London: Routledge; 2012.
11. Schibbye A-LL. Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
12. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju.* 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.

FINGERSPITZGEFÜHL OBSERVASJON OG ERFARING SOM KILDE TIL KUNNEN OG KUNNSKAP OM ANSPENTHET OG FRIGJØRING AV RESPIRASJON

Tom Christensen

Introduksjon

«Man skal ta det på følelsen. Det er intuisjonen som må trenes opp; se, lytte og ikke minst føle. En må være på vakt hele tiden for den minste reaksjon fra pasientens side». Dette sitatet fra Adel Bülow-Hansen kan tjene som inngang til å dele noen erfaringer med psykomotorisk fysioterapi som et instrument i allmennlegens verktøykasse. Kunne erfaring gjennom praktisk samarbeid avdekke om dette var et verdifullt tilskudd til det behandlingsrepertoar vi kjente til fra utdanningen? For å utforske dette tok noen allmennleger i Harstad imot tilbudet om samarbeid fra Gudrun Øvrebergs Fysikalske Institutt for psykomotorisk fysioterapi tidlig på 1980-tallet. Denne artikkelen er basert på erindringer fra dette samarbeidet fram til først på 2000-tallet.

Overstående sitat kan sies å være i beste Kierkegaardske tradisjon: «At man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er og begynde der. Dette er hemmeligheten i al hjælpekunst».

Det kan være behov for å si litt om forfatterens forforståelse. Utdannelsen i Bergen og Trondheim var i tradisjonell skolemedisinsk tradisjon. Studiet var inndelt i pre-klinikk og klinikk, og den første delen la vekt på studier av de basale prosesser. Fag som kjemi og biokjemi, samt detaljert anatomi og fysiologi fikk stor plass, men pre-klinikken inneholdt også filosofi og logikk. Basalfagundervisningen tok oftest utgangspunkt i hvileposisjon og betydningen av bevegelse opplevdes noe underkommunisert. Dette kan ha påvirket senere forståelse av symptomer og sykdom. I klinikkdelen av studiet, som ble gjennomført i Trondheim, var det en tydelig allmennmedisinsk vinkling, og studentene ble bedre rustet til større forståelse av symptomer og sykdommers sammenheng med individets ulike påkjenninger i nære relasjoner så vel som i større samfunnsmessige perspektiv. Det ble også stilt spørsmål om medisinsk kunnskap kunne baseres på dobbelt blinde kliniske studier alene, og studentene lærte å stole på egne gjentatte erfaringer. Mester- svenn tradisjonen ble holdt levende i mindre grupper á 2-5 studenter per kliniker med praktisering av ulike undersøkelses- og

behandlingsteknikker i reelle pasientsituasjoner. Vegetative symptomer så vel som mer psykosomatiske reaksjoner var heller ikke ukjent, ei heller at dette kunne være relatert til følsomme sinn så vel som til psykisk lidelse.

Mer basal forståelse av at kroppen både «husker» og «bærer» erfaringer, ble i mindre grad tilført gjennom grunnutdanningen. Medisinen var kanskje preget av Descartes' skille mellom kropp og sjel, og selv om studentene fikk god kjennskap til ulike psykoterapeutiske tilnærminger, hadde psykiatriundervisningen også et biokjemisk og farmakologisk perspektiv som tidvis kunne oppleves å overskygge annen tilnærming. Mange studenter satt nok igjen med et inntrykk av at fysisk sykdom er noe som oppstår, mens psykisk sykdom lettere kunne oppfattes å være noe en «er». Det ble dog vist til studier som viste tydelig sammenheng mellom kropp og psyke, blant annet med god effekt av trening for pasienter med psykiske lidelser.

Den kjente, norske psykiater Trygve Braatøy var derfor ikke helt ukjent for flere av studentene, og et av hans hovedverk, «De nervøse sinn» i to bind fra 1947, var med i pensumlistene. Braatøy vektla kroppens naturlige reaksjonsmåter ved ulike belastninger, og redegjorde for betydningen av mer sosiologiske forhold. Han var blant annet opptatt av at primære behov som sult, tørst og seksualitet skaper spenning og uro som oftest forsvinner når behovene tilfredsstilles. Han la vekt på betydningen av avspenning og frigjøring av bundet respirasjon som del av den psykoterapeutiske behandling, og var også opptatt av å tilrettelegge forbindelsen mellom avspenningsbehandling og annen psykoterapi.

Da undertegnede og en kollega etablerte allmenmedisinsk praksis i Harstad i 1983 og litt senere utvidet med ytterligere to leger og medarbeidere, var Øvrebergs institutt allerede godt etablert. De praktiserte en «mester-svenn» tradisjon for videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Øvreberg hadde vært Bülow-Hansens elev og brukte henne fortsatt i utvalgte klinikker. Vår forforståelse var nok medvirkende til at vi kunne gjenkjenne og forstå den tenkning som lå til grunn for metoden. Det var likevel overraskende da vi etter kort tid ble invitert til egenbehandling for å bli kjent med hva våre pasienter skulle erfare, om noen skulle henvises. Det var noe utfordrende at vi som behandlere selv skulle få behandling, men motforestillingene svant raskt. Noen av oss deltok også på gruppebehandling med øvelser til musikk; noe som bidro til uforbeholden munterhet blant de mer erfarne fysioterapeuter. Stivhet og keitethet hadde fått et nytt ansikt, og vi fikk oppleve latterens frigjørende effekt.

Legegruppen satt igjen med mange spørsmål. Hovedspørsmålet for oss var om psykomotorisk fysioterapi kunne ha effekt for pasientgrupper der vi enten manglet tilbud eller annen behandling ga utilfredsstillende effekt. Kunne det også være et førstevalg for utvalgte grupper? Hvilken kompetanse trengte vi for å identifisere pasienter som kunne profitere på psykomotorisk fysioterapi, og hvordan kunne vi oppnå slik kompetanse? Hva karakteriserer pasienter som kunne ha nytte av slik behandling? Hvilken kunnskap og erfaring var viktig å overbringe fra leger til fysioterapeutene? Hvordan gikk det med pasientene på kortere og lengre sikt? I det følgende vil jeg forsøke å besvare noen av disse spørsmålene basert på erfaringene som ble gjort.

Samarbeidet med fysioterapeutene

Det praktiske, kliniske samarbeidet fant sted mellom 1983 og 2001. For undertegnede fortsatte samarbeidet i ytterligere 3-4 år, men da med erfaringsbidrag på kurs og praktiske samlinger. Fire leger tok imot tilbud om egenbehandling og gruppedeltagelse. For øvrig henviste vi pasienter til vurdering og behandling, samt at pasienter deltok i klinikker.

Erfaringene ble således gjort ved egenbehandling, samarbeidsmøter og klinikker med utgangspunkt i enkeltpasienter, samt oppfølging av pasienter i behandling med dokumentasjon i den enkelte pasients journal. Mange av klinikkene ble dokumentert på video etter samtykke.

Egenterapi ble etterfulgt av teoretisk og praktisk kompetanseoverføring, herunder innøving av enkel undersøkelsesteknikk. Opplevd effekt av egenbehandlingen på egen kropp og sinn, med påfølgende undring og videre refleksjon bidro til utvikling av kompetanse på området.

De strukturerte samarbeidsmøter var pasientrettet med behandlingsansvarlig lege og fysioterapeut. Klinikker med pasientdeltagelse utgjorde utvalgte case med demonstrasjon av undersøkelse, funn og pasienterfaringer for etterfølgende faglig refleksjon. Det ble også avholdt større klinikker med bredere deltagelse av andre leger og fysioterapeuter. Aadel Bülow-Hansen deltok selv på utvalgte klinikker de første årene av samarbeidet. Pasientene som deltok ble i hovedsak foreslått av fysioterapeutene, og i noen tilfeller av legene. Det ble lagt vekt på komplekse og

instruktive pasientcase av presumtiv stor verdi for læring og utvikling av faglig samarbeid. Pasientkategorier som var spesielt godt egnet for psykomotorisk fysioterapi ble identifisert.

Utvidet sykehistorie og tilpasset undersøkelsesteknikk hos allmennleger var grunnlag for utvelgelse av pasienter til psykomotorisk fysioterapi. Ved usikkerhet omkring indikasjon for psykomotorisk fysioterapi eller behov for prioritering med hensyn til ventetid, ble det henvist til inntil tre vurderingstimer før det eventuelt ble henvist til lengre behandlingsforløp.

Behandlingsforløpene ble fulgt opp i kontrolltimer hos henvisende leger og pågående forløp hos behandlende lege og fysioterapeut ble evaluert i de strukturerte samarbeidsmøtene. Pasienter som var ferdigbehandlet hos lege, men fulgt opp i bevegelsesgrupper ble inkludert i evalueringen.

Diskusjon

Svært mange pasienter med ulike plager fikk god hjelp av dette tilbudet, ofte som førstevalg. Denne erfaringen forsøkes belyst som svar på delspørsmålene.

Hvilken kompetanse var nødvendig for å identifisere pasienter som kunne ha nytte av psykomotorisk fysioterapi?

Allerede ved de første beskrivelser og demonstrasjoner av det psykomotoriske behandlingstilbud, ble det klart at henvisende leger måtte ha kompetanse til å forstå og identifisere når muskulær anspenning og ufri pust kunne være en del av pasientens symptombylle. Legene måtte også kunne identifisere hvilke av pasientene som erfaringsvis kunne respondere godt og hvilke som neppe kunne nyttiggjøres seg behandlingen. I sykehistorien var det viktig å få rede på ulike livspåkjenninger som hadde satt spor i kropp og sinn, helt fra barndom og fremover. Skader, operasjoner, akutt eller kronisk sykdom, psykiske traumer og deres eventuelle relasjon til familie, barnehage, skole eller arbeid, sårbarhet og konstitusjon, søvnhistorie og psykiske lidelser. Nøye observasjon av pust, holdning og bevegelsesmønster under anamnese, ved avkledding og bevegelser, og ved undersøkelse i stående, sittende og liggende

stilling. Enkle tester for å identifisere anspenhet, manglende svikt i kroppen, stivhet, eller manglende evne til å gi slipp/avspenne inngikk i undersøkelsen.

Hvordan oppnå nødvendig kompetanse?

Undervisning, pasientdemonstrasjoner og faglige refleksjoner var viktige bidrag til å forstå hvilken kompetanse som trengtes. Felles forståelse av begreper som holdning, respirasjon, strekk, gjesp, sukk og muskelavspenning, samt sammenhengen mellom disse var viktig. Kjente medisinske begreper i pasientkommunikasjonen, så som «pust inn» eller «pust ut» ble erstattet av «slipp pusten til» og «slipp pusten». Dette framhevet det passive element i en naturlige og fri respirasjon, og var viktige verktøy i pasientkommunikasjonen ved undersøkelse.

Egenbehandling og klinikker demonstrerte betydningen av nøye anamnese, observasjon av bevegelse, mimikk og respirasjon under metodisk og helhetlig kroppsundersøkelse og vurdering. Dette ga gjenklang fra den allmenntilleggs utdannede hvor helhetlig tilnærming og sammenhengen mellom kropp, sinn og følelser var sentral i tillegg til relasjonelle og samfunnsmessige perspektiv.

Egenbehandling ga en kroppslig opplevelse av hvordan målrettet og passe dosert massasje eller stimulering fikk store ting til å skje. Kroppen ble avslappet og tung, ofte forutgått av spontane sukk og gjesp, og undertegnede sovnet regelmessig mot slutten av behandlingen i en tilstand av dyp avslappethet. Følelsen av velvære indikerte at her kunne også andre følelser slippe til under behandling. Legene fikk ny kunnskap og bedre grunnlag for egen undersøkelse og vurdering, og en grunnleggende forståelse av at det ikke handler om pasientene og oss, men om oss alle som medmennesker i ulike livssituasjoner med ulike erfaringer.

Hva karakteriserte pasienter som kunne profitere på slik fysioterapi?

Et større antall pasienter med smerter og andre symptomer ble gjennom årene identifisert med hemmet pust og muskulær anspenhet og henvist til psykomotorisk fysioterapi, ofte via en eller flere vurderingstimer. At pasienten fikk noe forståelse for teorien bak dette samt kontakt med muskulatur og kropp, viste seg å være viktige tilleggskriterier. En rekke pasienter vi tidligere ikke kunne tilby tilfredsstillende behandling, fikk nå et tilbud som ga effekt som holdt seg over tid. Pasienter med mer

kroniske symptomer kunne kontrollere disse ved å fortsette i gruppebehandling etter psykomotoriske prinsipper.

Alle ble utredet tradisjonelt etter medisinske kriterier fra utdannelse, spesialisering og praksis. Et voksende perspektiv, ble til et verktøy som utfylte og beriket. Symptomer som ble vurdert til å kunne henge sammen med anspenhet og hold i respirasjon, var dels et bifunn ved undersøkelse relatert annen sykdom, og dels funn uten påvisning av annen sykdom. Smerte som symptom fikk med dette utvidet innhold i en ny sammenheng. Det dreide seg ikke bare om muskelsmerter, myalgier, slik vi var opplært til som del av de tradisjonelle muskel-skjelett lidelsene, men vi kunne sette symptomer og funn i en større sammenheng. Smerter fra ledd, bihuleområdet, abdomen, bekken og ulike andre områder kunne etter nøyere sykehistorie og spesifikk undersøkelse settes i sammenheng med anspenhet og spesifikke funn. Eksempler på slike funn er iliopsoasmuskulatur som stramme barduner ved palpasjon i liggende stilling, «hoppende» øm og stram intern bekkenmuskulatur ved nøyaktig og nøye forberedt palpasjon under eksplorasjon, øm og stram mimisk ansiktsmuskulatur, og øm og stram quadriceps-muskulatur med lite bevegelige kneskjell. Pasienter med magesmerter, bekkensmerter og knesmerter med og uten condromalaci, fikk nå et tilbud vi tidligere ikke hadde kjent til.

Hodepine etter utelukking av annen sykdom, og etter påvisning av øm, anspent muskulatur var en annen kategori som egnet seg godt for behandling, og var ofte bidrag i kjente sykdomsbilder som migrene. Vi hadde ikke tidligere lært å identifisere øm og anspent mimisk ansiktsmuskulatur slik vi nå kunne. Svimmelhet og kvalme etter utelukkelse av annen sykdom kunne være relatert til anspenhet, og et enkelt spørsmål som: «Hvor er tungen din nå?»; kunne avsløre at pasienten stabiliserte sin stilling ved å presse tungen mot ganen. Uvant å tenke på i den medisinske tradisjon, men naturlig å tenke at den tilhørende muskulære tensjon kunne gi symptomer. «Klump i halsen», problemer med stemmen og andre hals- og svelgrelaterte symptomer viste seg ofte å henge sammen med anspenhet. Enkel observasjon ved svelging av en slurk vann kunne gi verdifull indikasjon på dette.

Ulike somatiske tilstander som artrose og utredet infertilitet viste seg tidvis egnet for slik tilnærming. Og det var virkelig til å undres over at infertile flere ganger ble gravide,

eller at artrose stagnerte etter en periode med psykomotorisk fysioterapi. Ulike psykosomatiske tilstander var godt egnet, og ulike nevroser med anspenhet og hold i respirasjonen var ofte godt egnet. Posttraumatiske tilstander kunne også være egnet, der en del av «kroppens hukommelse» ofte kunne være relatert til anspenhet eller hold i respirasjonen. I slike tilfeller var det ekstra viktig med varsom tilnærming og oppfølgende samtaler hos allmennlegen. Det var enkelte ganger behov for psykiatrisk tilleggsbehandling, og allmennlegen var alltid henviser i slike tilfeller.

Barn med ulike symptomer og med relevante funn fra muskulatur og respirasjon, var generelt meget mottagelig for psykomotorisk fysioterapi.

Funn av hypoton muskulatur og manglende kroppskontakt under undersøkelse og instruksjon, samt dårlig motivasjon og manglende forståelse av anspenhet som mulig årsaksfaktor; kunne være indikatorer på at en neppe kunne forvente god effekt av tilbudet. Ved tvil ble det henvist til vurderingstimer, gjerne etterfulgt av en samlet vurdering som del av samarbeidet. Disse pasientene unngikk dermed behandlingsserier med usikker effekt, og kunne med fordel bli henvist til alternative tilbud eller få hjelp til egenmestring.

Hvilken kunnskap og erfaring var viktige å overbringe fra leger til fysioterapeutene?

Fysioterapeutene fikk mer kunnskap om allmennlegenes og spesialistenes undersøkelser, vurderinger og behandlinger. Samtykkebasert kunnskap om pasientenes øvrige sykdomshistorie med tilleggsmomenter fra syke- og familiehistorie, kunne bidra til dypere forståelse av funn og utvikling av symptombildet. Allmennlegene kunne også bidra med forklaring eller tilleggsundersøkelser og utredning ved mistanke om andre tilstander, og der symptombilde og funn ikke hadde forklarlig sammenheng. Kunnskap og erfaring fra støttesamtaler og kognitiv tilnærming hos allmennlegen, og fra ulike behandlinger i spesialisthelsetjenesten ble også overført.

Hvordan gikk det med pasientene på kortere og lengre sikt?

Riktig utvelgelse viste seg ikke overraskende å være viktig for prognosen. En stor andel opplevde bedring av symptomene, og de aller fleste fikk forståelse av sammenhenger som gjorde det lettere å leve med symptomene. De som trengte oppfølging klarte seg ofte med gruppebehandlingen. Spesielt barn ble ofte vedvarende symptomfrie etter et fåtall behandlinger. Det var oftere tilbakefall hos barn i vanskelige livssituasjoner, men disse ble fulgt opp på andre måter, og psykomotorisk vurdering var ofte en del av utredningen. Voksne med anspenhet som skyldtes forbigående sykdom eller skade, fikk ofte rask og varig bedring når de uheldige spenningsmønstre ble brutt. Mange opplevde stor grad av ny innsikt i egen kropp og relasjonen til følelser, sårbarhet og subjektiv opplevelse av belastning. De lærte seg å forebygge tilbakefall ved å bli kjent med utløsende faktorer og betydninger av stress og livspåkjenning. Mange opplevde bedring av søvnmønster som tilleggseffekt. Symptomene fikk mindre plass, og hovedinntrykket var at tilbudet var godt og nyttig.

En del pasienter gikk inn i lengre behandlingsforløp, og selv om det ble lagt inn lange behandlingspauser for å prioritere mer behandlingstrengende pasienter, kom noen tilbake med behov for nye behandlinger. En andel pasienter gikk dermed inn i mer kroniske forløp med behov for gjentatte behandlinger der gruppebehandling av ulike grunner ikke var nok. Mange av disse kunne klare seg med gruppebehandling etter en tid.

Konklusjon

Psykomotorisk fysioterapi vurderes å være av stor betydning i klinikken. Metoden anbefales å få en relevant vurdering blant de behandlingstilbud allmennleger og spesialister tilbyr for utvalgte pasientgrupper. Kunnskap om den psykomotoriske undersøkelse og behandlingsmetode, samt hvilke pasienter som kan få nytte av behandlingen, anbefales å bli en fast del av legenes grunn- og spesialistutdanning. Egenbehandling og et strukturert samarbeid med pasientklinikker vurderes å styrke evnen til utvelgelse og gi gode forutsetninger for langtidseffekt. Forskingen kan ta utgangspunkt i at klinisk erfaring indikerer at dette tilbudet synes å ha effekt for flere

ulike symptomgrupper og lidelser der en anser at anspenhet og ufri respirasjon kan være av betydning. Korttidsbehandling kan ha spesielt god effekt på barn og tidlig i forløpene. Kapasiteten bør økes og tilbudet gjøres tilgjengelig for egnede pasientgrupper over hele landet.

Epilog

Ditt blikk så et panser,
hender berørte en mur.
Langsom aktivering av sanser.
Kan det finnes en kur?

Det er kun vare vegar inn.
Kjenne, må vite hva som må til.
Stryke vart det skjøre sinn
med berøring og ørsmå smil.

Tilbakefall. Ny blokkering.
Varsomt løsne det som er fast.
Kjenne hver minste radering,
demme for det som brast.

I respekt og varhet
ses pendelens rolige gang.
Gjennom mot og klarhet,
gjenfinnes puls og sang.

Bevegelse, balanse, ja flyte,
med rolige pust, drive med.
Pur eksistens, bare nyte;
dette øyeblikk av fred.

*Tom Christensen
Spesialist i allmennmedisin/PhD samfunnsmedisin
Prosjektdirektør i Helsedirektoratet*

SAMARBEID MELLOM BARNELEGE OG FYSIOTERAPEUT

Harald Dramsdahl

Da jeg jobbet som barnelege ved Harstad sykehus i årene 1977 – 2003, henviste jeg barn til psykomotorisk fysioterapi ved Gudrun Øvrebergs Fysikalske Institutt. Det dreide seg i første rekke om barn med symptomer på forøket muskelspenning. Og først og fremst var det barn med hodepine, som jeg utredet etter henvisning fra fastlege. Utredning av kronisk hodepine i barnealderen må betraktes som en spesielt stor utfordring.

Den diagnostiske tilnærmingen krever ofte stor erfaring, innsikt og tålmodighet. Kronisk hodepine kan ha flere årsaker, i verste fall er forklaringen en hjernesvulst. Det som står helt sentralt i vår søken etter en endelige diagnose er derfor å finne frem til et hodepine-mønster. Et entydig og klart hodepine-mønster fører oss langt på vei til en diagnose. Et uklart hodepine-mønster kan ha typiske trekk både av migrene og spenningshodepine, og dessuten inneholde trekk forenlig med tumorhodepine. Eventuelle tilleggssymptomer, adferdsforstyrrelser og personlighetsforandringer er viktig å få frem. En grundig og omsorgsfull anamnese danner derfor grunnlaget for den videre tilnærming. Forutsetning for å lykkes er at en får etablert god kontakt både med barnet selv og dets foresatte. Allerede i denne prosessen vil en ofte få gode holdepunkter for om hodepinen har en organisk årsak eller ikke. I tillegg til en grundig anamnese hører en omfattende klinisk undersøkelse, inkludert nevrologisk gjennomgang og vurdering av muskelstatus. Supplerende utredning blir deretter vurdert.

Gjennom et årelangt samarbeid med Gudrun Øvreberg har jeg lært mye om psykomotorisk fysioterapi – om undersøkelse/vurdering og om behandling. Jeg har fått lære noen enkle undersøkelser, f. eks "heng frem ned - prøven", som avslører forøket spenning i skulder/nakke/bakhode – området, og som kan forklare hodepinen. Dette har vært meget nyttig i mine kliniske vurderinger, og har gjort meg trygg på hvilke pasienter jeg burde henvise til psykomotorisk fysioterapi.

Nettopp denne økede forståelse gjorde at mine henvisninger ble naturlige og logiske. Og jeg forstod tilbakemeldingene. Gudrun Øvrebergs store forståelse for disse pasientene, de gode behandlingsresultater og den gode kommunikasjon oss imellom, var bakgrunnen for vårt nære og tillitsfulle samarbeide.

Flere barn med enkelte tumor-suspekterte trekk i sitt hodepine-mønster, viste seg etterhvert å ha spenningshodepine, migrene eller en kombinasjon av disse. Fysioterapiundersøkelse bidro til en diagnostisk avklaring, og jeg så tydelig at barn med spenningshodepine hadde meget god effekt av psykomotorisk fysioterapi.

Vesentlig for gode resultater var også den gode kontakten Gudrun Øvreberg etablerte under samtalen med barnet og dets foresatte. I denne helhetlige tilnærmingen ligger forutsetningen for forståelse og grunnlaget for videre oppfølging fra barnets og familiens side, med andre ord nøkkelen til en vellykket egenbehandling.

Mye av det jeg her har nevnt gjelder også barn med andre psykosomatiske symptomer. Som barnelege må en forholde seg til at øket muskulær spenning kan ytre seg som smerter lokalisert til mage-/brystregion eller andre steder i kroppen. Tranghetsfølelse i brystet, pustevansker, sukke-dyspne, svelgvansker, angstfølelse, søvnvansker, forstoppelse og urenslighet er andre eksempler på psykosomatiske symptomer. Disse barna krever ofte en tverrfaglig tilnærming, og min erfaring er at undersøkelse, vurdering og behandling hos psykomotorisk fysioterapeut er av spesielt stor betydning.

I mitt samarbeid med Gudrun Øvreberg lærte jeg mye om hva for eksempel pust, bevegelsesmønster og spenningstilstand kan fortelle om barnets plager. Hun fikk frem mønstre som jeg selv ikke hadde mulighet til å oppdage. Hos meg bygget det seg opp en enorm respekt for henne som fagperson og kollega. Jeg følte meg alltid trygg på Gudrun Øvrebergs vurderinger, og visste derfor hvilke barn jeg kunne henvise til psykomotorisk fysioterapi.

*Harald Dramsdahl
Tidligere barnelege ved Harstad sykehus*

PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI I EN LUNGEMEDISINSK HVERDAG

Nada Zafran Groh og Jens Harald Holmboe

Det lysnet i nord

Gudrun Øvreberg med familie flyttet til Harstad i 1968. Kort tid etter startet hun sin virksomhet i eget fysikalsk institutt. Etter hvert kom det mange positive tilbakemeldinger om behandlingen ved instituttet. Psykomotorisk fysioterapi brukt ved diagnostikk og behandling, var et nytt tilbud i nord.

Interessen for psykomotorisk fysioterapi ble raskt økende. Gudrun underviste kolleger, studenter, fysioterapeuter og leger i psykomotorisk undersøkelsesmetode og behandling. Hun kombinerte sykehistorie og kroppsundersøkelse på en måte som var ukjent for de fleste av oss. Undersøkelsene ga aha-opplevelser både for pasienter og "elever".

Gudrun var en foreleser som aldri sa nei til forespørsler om undervisning. Dyspne er en subjektiv opplevelse av pustebesvær. Vanskelig å beskrive, vanskelig å kvantitere, vanskelig å registrere og diagnostisere. Følelse av dyspne kan påvirkes av mange faktorer: sykdom, arbeidssituasjon, problemer i familien, tidligere opplevelser, økonomi, klima og sosiale faktorer. Gudrun var i stand til å samle og relatere mulige årsaker til pasients sykdomsopplevelse.

Diagnosestasjonen i Harstad bidro med utredning av pasienter med dyspne

Gudrun Øvrebergs ektefelle Knut Øvreberg var spesialist i lungesykdommer. Han fikk etter hvert en spesiell interesse for respirasjonsfysiologi og muskelspenning relatert til dyspne. Han ble i 1968 tilsatt som overlege ved Diagnosestasjonen i Harstad. Fra i hovedsak å være en poliklinikk for pasienter med lungeforandringer relatert til tuberkulose, ble Diagnosestasjonen raskt omgjort til en moderne lungemedisinsk poliklinikk med flere medarbeidere. Fra midten av 1970-tallet ble mye nytt og avansert utstyr for lungemedisinske undersøkelser tilgjengelig. Diagnosestasjonen i Harstad var en av de første institusjonene i landet som fortløpende anskaffet disse nye diagnostiske hjelpemidlene.

Ikke alle som har pipelyder i brystet har astma

I løpet av få år ble Diagnosestasjonen en foregangsinstitusjon for utredning av henviste pasienter med dyspne, hoste, pipelyder i brystet eller nedsatt fysisk belastningskapasitet. Det dreide seg om pasienter i alle aldersgrupper, fra små skolebarn til godt voksne personer. Mange av disse pasientene hadde luftveissymptomer ledsaget av tretthet, muskelsmerter, hoste og tendens til hodepine. Denne pasientgruppen var gjerne, før henvisning, uten bedring medikamentelt behandlet pga mistanke om astma, KOLS eller hjertesykdom.

Ved undersøkelser fant vi ofte øket muskelspenning som kunne føre til uønsket aktivering av muskulatur i hals, ekstremiteter, brystkasse, skuldre, rygg og buk. Astmamedisin kan også ha gitt bivirkninger som tremor, muskelkramper og øket muskelspenning. Respirasjonen ble påvirket av dette. Dette lot seg gjerne verifisere ved hjelp av riktig valg av lungefunksjonsprøver.

Via stetoskop var pipelydene hos denne pasientgruppen ofte best hørbare over strupehodet og trakea, svakere over perifere deler av lungen. Ved spirometri framkom ofte reproduerbare unormale flow-volum-kurver: I ekspiriet initialt langsomt stigende kurve med avrundet topp i PEF-området. Videre lett nedad-konveks kurve til avslutning av kurven på x-aksen. Ved full - loop registrering var den inspiratoriske del av kurven ofte avflatet. Ved gjentatte spirometri-forsøk kunne registrerte verdier og kurver variere mer enn det som er vanlig ved obstruktive lungesykdommer. Etter utredning ble en stor del av disse pasientene henvist til undersøkelse og behandling hos spesialister i psykomotorisk fysioterapi.

Lungene puster ikke av seg selv

Respirasjonsmuskulaturens funksjon er avgjørende for lungenes funksjon. Diafragma/mellomgulvet er viktigste muskel for inspirasjon: Den hever og senker seg som et stempel. Samtidig heves og utvides nedre del av brystkassen. Skalenusmuskulatur, m. sternomastoideus og interkostalmuskulatur bidrar også. Ekspiratorisk arbeid utføres av elastiske krefter, abdominalmuskulatur og til en viss grad av interkostalmuskulatur og m. pectoralis. Når vi sitter i ro arbeider inspirasjonsmuskulaturen, spesielt diafragma. Ekspirasjonen er da i hovedsak passiv.

Ved økende fysisk anstrengelse øker også ekspirasjonsmuskulaturens arbeid. Diafragma arbeider nå aktivt både i inspirasjon og ekspirasjon. Tidevolumet (VT) øker opp til ca 50-60% av målt vitalkapasitet (VC eller FVC). Ekspiratorisk reservevolum (ERV) og residualvolum (RV) reduseres. Samtidig øker den nyttbare inspiratoriske kapasitet (IC). Dette krever et godt samspill mellom aktivert muskulatur. Det kreves også at pasienten selv er trent og i fysisk form til å tilpasse seg øket fysisk aktivitet.

Hvem følger opp når pasientens pustebesvær vedvarer til tross for flere behandlingsforsøk?

Etter hvert ble tilgjengelig mulighet for diagnostikk og behandling ved problemstilling dyspne godt utnyttet i vårt område. Disse pasientenes hverdag var gjerne preget av stress både på jobb og hjemme - flest mulig oppgaver må utføres på stadig kortere tid. Det er nå hyppigere omstillinger med omorganisering, effektivisering og avbrudd. Stadig lengre tid anvendes foran dataskjermer. I tillegg kommer oppgavene i heimen. Dette kan gi somatiske symptomer som tretthet, tørrhoste, øket muskelspenning, lite bevegelse og dyspne selv ved små anstrengelser og i hvile. Ikke sjelden var pasientene unge, ofte i skolepliktig alder. Sykepleierne våre hadde et våkent blikk for denne problemstillingen. De betegnet disse unges plager som et «*flink pike syndrom*». Det eksisterer nok også et tilsvarende «*flink gutt syndrom*».

Gudrun Øvreberg undersøkte pasientens bevegelsesmønster grundig. På bakgrunn av foreliggende faktorer som muskelspenning, muskelfunksjon, muskelkonsistens, livssituasjon, tidligere sykdommer og mulige nye somatiske sykdommer ble det dannet et helhetsbilde av pasientens status presens. Pasient og behandler ble samtidig instruert i hvordan individuelt bevegelsesmønster, trening og eventuell oppfølging kunne tilrettelegges.

Dyspne ved stor fysisk og/eller psykisk belastning

I denne sammenheng må vi nevne en spesiell pasientgruppe. De kan vel knapt nok kalles pasienter - hardt trenende idrettsutøvere som etter hvert begrenses av dyspne ved uventet små fysiske anstrengelser. Ofte er tilstanden preget av irritasjonshoste og pipelyder i luftveiene. Astma-medisin er forsøkt uten nevneverdig effekt. Øket treningsintensitet har bare medført økende dyspne og forverrelse av

luftveissymptomer uten samtidig bedring av prestasjoner i konkurranser. Ofte høres disse sportsfolkene på lang avstand - det er pesing og pipelyder, hoste og harking. Disse plagene kan oppstå allerede i ungdomsskolealder.

Når stetoskopet blir brukt riktig, høres peselyder og pipelyder sterkest over strupehodet og trakea; svakere over andre områder i brystkassen. Fremmedlyder og en uvanlig flow-volumkurve kan forklare hvorfor mange av dem hadde fått astmamedisin; men uten registrerbar positiv effekt. Ved fiberoptisk undersøkelse av luftveiene kan en ved stor belastning ofte observere at stemmebåndene har tendens til å lukke seg. Det kan også oppstå en protrusjon av bløtdeler nær strupehodet. Denne tilstanden betegnes som Vocal Cord Dysfunction (VCD).

Noen av disse idrettsfolkene hadde trent mer enn vanlig i periodene før større, viktige konkurranser. Under hjerte-lunge-belastning på tredemølle kunne vi likevel hos enkelte av dem observere at tidevolumet (VT) var mindre enn forventet i forhold til vitalkapasitet (FVC og VC). Vitalkapasiteten var også redusert og residualvolumet (RV) øket. Dette medførte redusert inspiratorisk kapasitet (IC). Stram muskulatur i thorax, skuldre, rygg, abdomen og hals var sannsynligvis årsak til dette. Psykomotorisk fysioterapi kunne ha god effekt dersom tilstanden ikke hadde vedvart over flere år.

I denne sammenheng nevnes som eksempel en OL-kandidat, skiløper, som kan illustrere dette. Han gjorde det dårlig på NM i 15 km og 30 km. På 50 km gikk han fortere og fortere mot slutten av løpet. Han var da sliten, men følte seg likevel lettere i pusten. Sannsynligvis slappet muskulaturen nå mer av, han fikk øket tidevolum, øket inspiratorisk kapasitet, redusert respirasjonsfrekvens og større toleranse for anstrengelse før han nådde anaerob terskel med ledsagende økende dyspne. Dette kunne vi gjenskape ved hjerte-lunge-belastning på tredemølle.

Mange idrettsutøvere er opptatt av sitt eget høyeste maksimale oksygen-opptak. De velger gjerne toppidrettsfolk med topp oksygenopptak målt til omkring 90 ml oksygen/kg kroppsvekt/minutt som mål for egen prestasjon. Dette er nok en litt for enkel tankegang. Effekten av høyt oksygenopptak i belastet muskulatur reduseres dersom oksygen samtidig forbrukes i annen aktivert antagonistisk virkende muskulatur. Det er viktig at denne "pasient"-gruppen diagnostiseres og tidlig får psykomotorisk fysioterapi og et forslag til videre egen-øvelser. Går det lang tid før diagnostikk og terapiforslag iverksettes, kan dette medføre fiksert øket muskelspenning og et ufysiologisk bevegelsesmønster. Ved stram, overtrent

muskulatur abdominalt og i thorax-hals-området kan respirasjonen bli betydelig hemmet. Dette kan være forklaringen på at naturtalenter med gode prestasjoner og treningsmønster tilpasset eget ambisjonsnivå, opplever dårligere resultater når de inkluderes i et nytt, mer krevende, intenst treningsopplegg.

I denne sammenheng er det lett å komme i hug filosof og komiker Torkelsens utsagn: *"Gi ungane røyg og alkohol før idretten tar de"*. Dette er naturligvis ikke å anbefale, men det er lett å tenke på dette hjertesukket når idrettsfolk får langvarige belastningsskader, går lei og gir opp når gode resultater uteblir.

Takk for hjelpen!

Gudrun Øvreberg og hennes kolleger har medansvar for en viktig del av den kliniske undersøkelsen av pasienter med dyspne av ukjent årsak. Samarbeid med spesialister i lungemedisin er en gevinst for begge fagmiljø.

Tillegg

Enkelte forkortelser benyttet ved måling av respirasjon (spirometri):

Flow-volum-kurver: Gjenspeiler luftstrømmen (flow) ved utpust. Det anbefales også samtidig å registrere flow under innpust (Full-loop-kurver). Kurvene gjenspeiler pasientens samarbeid og respirasjonsmuskulær funksjon.

Vitalkapasitet (VK eller VC): Volum av luftmengden målt fra rolig, maksimal innpust til avslutning av påfølgende rolig maksimal utpust.

Forsert vitalkapasitet FVC: Volum av kraftig, rask utblåsing fra maksimal innpust til maksimal utpust. Når det ikke foreligger forandringer i lunger eller muskulatur er FVC og VK nokså like. Når målingene gir redusert FVC snakker vi om restriktiv ventilasjonsinnskrenkning. Forsert ekspiratorisk volum målt etter 1 sekund (FEV1): Gjenspeiler luftstrømhastighet i luftveiene målt 1 sekund etter at maksimal utblåsing startet. Hos friske personer er forholdet (ratio) $FEV1/FVC = ca\ 0.7$ Verdier < 0.7 kan en se ved obstruktive lungesykdommer (astma, KOLS), men også ved endringer muskulatur og lungevev.

Luftstrømmen måles nøyaktigere når luftstrøm (flow) registreres over en lengre periode under utpust. For eksempel flow målt mens pasienten puster ut fra 25% til 75% av luften (MEF 25-75).

Peak expiratory flow (PEF) er luftstrøm målt på det høyeste punktet av flow-volumkurven.

Resultatet er mer avhengig av innsats og teknikk enn for eksempel målte verdier av FEV1. PEF kan likevel være nyttige egenmålinger for å følge sykdomsutvikling og medisinerings.

Når en voksen person sitter i ro og puster rolig er hvert åndedrag (VT) 0.5 L. Når en sitter avslappet og i ro er respirasjonsfrekvens hos voksne ca 15 per minutt, altså ca 7,5 liter per minutt. Ved stor fysisk belastning kan pustekapasiteten øke til mer enn 15 ganger dette. Lungene har en stor reservekapasitet.

Selv ved rolig, kraftig utpust klarer en ikke å tømme lungene helt for luft; noe luft vil alltid være igjen. Dette kalles residualvolum (RV). Dette volumet kan øke ved økende luftveisobstruksjon eller ved endret funksjon i respirasjonsmuskulatur. Når RV øker reduseres muligheten for å trekke inn mye luft: Den såkalte inspiratoriske kapasitet (IC) og vitalkapasitet (VC) reduseres. Ved økende anstrengelser blir dette forsøkt kompensert med en økende respirasjonsfrekvens.

En voksen, frisk person på ca 75 kg har et totalt lungevolum (TLC) på ca 6 liter, et tidevolum (VT) i hvile på ca 0.5 Liter. Residualvolumet (RV) etter utpust er ca 1.5 liter.

*Nada Zafran Groh
Overlege lungemedisinsk poliklinikk
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad*

*Jens Harald Holmboe
Tidligere avd.overlege, Diagnosestasjonen for Lungesykdommer,
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad*

ALLMENNMEDISINSK PRAKSIS- MED ØYE FOR HELE KROPPEN

Sigrid Hensrud

Jeg har jobbet som lege i Harstad siden 1980, de aller fleste årene innenfor allmennpraksis. Som nyutdannet lege hadde jeg liten kunnskap om hvordan påkjenninger i livet setter seg i kroppen og hvordan feilbelastninger kan gi kroniske plager. Harstads miljø innenfor psykomotorisk fysioterapi med Gudrun Øvreberg som nestor, har gitt meg og mine pasienter verdifull kunnskap, innsikt og forståelse av slike sammenhenger. Jeg har også vært så heldig å få delta på pasientdemonstrasjon og undervisning som Øvreberg har holdt sammen med Aadel Bülow-Hansen.

Den psykomotoriske fysioterapeuten gjør en helhetlig vurdering av pasienten hvor pust og holdning er sentrale elementer. Jeg har erfart at en slik tilnærming ofte gir et bedre utbytte av behandlingen enn når fysioterapien kun retter seg mot ei smertefull skulder eller ei smertefull hoft.

Samarbeidet mellom allmennlegen og den psykomotoriske fysioterapeuten er svært viktig. Det er vesentlig at vi har en felles forståelse av problemstillingene rundt pasienten, og at pasienten vet at vi deler denne kunnskapen. Ved vårt legesenter har vi derfor i alle år hatt samarbeidsmøter med de psykomotoriske fysioterapeutene for å drøfte felles pasienter. Jeg opplever det som svært nyttig at kunnskap og innsikt utveksles både rundt enkeltpasienter, men også når det gjelder å få kjennskap til mer hvordan den psykomotoriske fysioterapeuten jobber.

Jeg har lært mye om sammenhenger mellom fysiske og følelsesmessige belastninger og hvordan disse kan "sette" seg i kroppen. De uforklarte smertene er ikke alltid uforklarlige, men sammenhengene er ikke åpenbare for verken pasienten eller legen. Veien kan være lang når det gjelder å erkjenne sammenhenger mellom mer utbredte spenninger i kroppen og kombinasjon med perioder med angst eller depresjon og dypere underliggende traumer. Prosessen er ofte trinnvis. Hos disse pasientene er det

spesielt viktig med kommunikasjon mellom den psykomotoriske fysioterapeuten og allmennlegen.

Hvordan jeg bruker psykomotorisk undersøkelse og forståelse i mitt arbeid

Ut fra samarbeidet med fysioterapeutene og hva jeg har lært om psykomotorisk fysioterapi, har jeg forsøkt å lære meg noen knep og utvidet måter å undersøke og forstå pasienters plager på. Dette bruker jeg etter beste evne:

Tung pust, brystmerter, luftveissymptomer

Hos pasienter med tung pust, brystmerter og luftveissymptomer vurderer jeg bevegeligheten i thorax samt hvor fri pusten er, og sammenholder funn med pasientens plager. Jeg finner dessuten ofte nedsatt bevegelighet i thorax hos pasienter med angstlidelser, eller personer som har opplevd stress over lang tid. Men jeg kan også finne det samme hos aktive idrettsutøvere. Pasienter som har hatt nedsatt bevegelighet i thorax, vil også over tid kunne få mer utbredte symptomer som f.eks smerter i skuldre og skuldertendinitter. Det er derfor viktig å være klar over disse sammenhengene. Jeg har god erfaring med å la disse pasientene få med seg et skjema med øvelser for å løse opp en stiv brystkasse.

Kjeve- og halssmerter

Når pasienter presenterer kjeve- og halssmerter, kjenner jeg etter spenninger i kjevemuskulatur og strupe. Her er det ofte også spenninger i thorax.

Epikondylitter

Ved mistanke om tendinitter undersøker jeg om det foreligger økt spenning i armmuskulaturen, og det finner jeg nesten alltid. Da viser jeg pasienten enkle øvelser som han kan gjøre, og forklarer at tilstanden ofte ikke bedres før muskulaturen slipper spenningen, og at dette gjerne tar lang tid.

Ryggsmerter

Hos pasienter med ryggsmerter har jeg nytte av å gjøre en vurdering i stående stilling. Hvor er tyngdepunktet? Hvordan er ryggkrumningene?

Avvik vil kunne gi økte muskelspenninger og smerter.

Smerter i bekken og underliv

Ved smerter i bekken og underliv finner jeg ofte spenninger i m. iliopsoas, og ikke sjelden er det underliggende seksuelle overgrep. Dette er utfordrende pasienter. En del av dem har ikke et aktivt minne om at det har skjedd overgrep, eller de synes det er for smertefullt å gå inn i dette. Det kan ta mange år før de kjenner seg sterke nok for å åpne opp for denne innsikten. En del vil aldri orke dette. Trygghet og tid er uansett en forutsetning for en god prosess, og kommunikasjonen mellom legen og den psykomotoriske fysioterapeuten er svært viktig når det gjelder hvilken tilnærming som velges. Det kan ligge et nødvendig forsvar i muskelspenningene som pasienten ikke er klar for å gi slipp på.

Bekkensmerter hos gravide

Alle gravide med bekkensmerter synes å ha nytte av å bli forklart hvordan de kan gå med normal gangavvikling og unngå å spenne muskulaturen i bekkenet unødige. Noen har fortsatt bekkenløsning med smerter over symfyse og iliosakralledd etter fødsel, men jeg synes at det for tiden er sjelden jeg har kvinner med bekkensmerter etter at svangerskapet er over.

Hofteproblemer, glutal-myalger og -tendinitter

Når det gjelder hofteproblemer, ser jeg på og vurderer hvordan pasienten går. Ofte spenner de seg, og særlig gjelder dette på vinteren når det er glatt føre. Nesten alle ser sammenhengen. Pasientene får råd om å gå med piggsko. Jeg viser også tøyningsøvelser.

Kneproblemer

Jeg palperer lårmuskulaturen og merker meg muligheten til å bevege patella.

Hvis patella er låst, er det viktig at pasienten får øvelser for å slippe holdet i m.quadriceps. I neste omgang kan dette redusere pasientens knesmerter.

Føtter

Smerter i føtter kan forplante seg oppover i kroppen. Det kan dreie seg om banale smertetilstander i foten eller mer omfattende problematikk. Jeg får ofte tilbakemelding fra den psykomotoriske fysioterapeuten om at hun må begynne jobbingen med en pasient med beina, før det er mulig å gå videre i behandlingen.

Forutsetninger for at pasienten skal kunne gjøre seg nytte av behandlingen

Jeg erfarer at pasienten må være åpen for å kjenne etter hvordan kroppen reagerer, og tåle at følelser kommer til overflaten. Her er samspillet mellom den psykomotoriske fysioterapeuten og legen viktig. Jeg merker meg fysioterapeutens vurdering vedrørende potensiale for endringer i forbindelse med behandlingen.

Hvis potensialet for endring er lite, tolker jeg dette som oftest slik at pasienten heller ikke er klar for, eller åpen for samtale og behandling hvor en går inn på dypere underliggende årsakssammenhenger til spenningene i kroppen. Særlig gjelder dette ved spenninger i bekken og m.iliopsoas. Da blir også min tilnærming til pasienten en annen.

Ro og tid i behandlingen er sentralt. Det er viktig at pasienten har god tid til å kjenne etter og reflektere. Det er også av stor betydning at jeg som allmennlege medvirker til at pasientene får rom til å jobbe med reaksjoner og følelser som kommer fram i behandlingen. For mange pasienter kan det derfor være nyttig med en sykemeldingsperiode, eventuelt at de er sykemeldt fra arbeidet den dagen de er til behandling.

Endringsprosesser tar tid. Det er blitt en utfordring for mange av dagens pasienter.

Trenden går mot at behandling av helseplager skal iverksettes raskt og det forventes en rask symptomlindring. Dette fører for mange pasienter til en rundgang hos mange forskjellige behandlere. En del av disse ville etter min vurdering kunne hatt mer nytte av en behandling som i større grad bidrar til å løse opp pust og spenninger i kroppen.

Mange av mine pasienter er takknemlige for veien de har gått sammen med den psykomotoriske fysioterapeuten i samarbeid med allmennlegen. Og for meg som allmennlege er det flott å se at pasientene har fått ny innsikt som fører til bedre livskvalitet.

*Sigrid Hensrud
Spesialist i allmennmedisin,
Vågsfjord legesenter, Harstad*

TAKK!

Takk til Nina Emaus, instituttleder ved Institutt for helse- og omsorgsfag og Arnfinn Sundsfjord, dekan ved Det helsevitenskapelige fakultet, som begge fra første stund var positive til vår ide om festskrift. Fakultetet og IHO ble enige om å dele på utgiftene til utgivelsen av festskriftet.

Takk til Gerd Furumo ved ISM for entusiasme og praktisk hjelp gjennom hele prosjektet og instituttleder ved ISM som la til rette for at det var mulig.

Redaktørene takker Fysioterapeututdanningen i Tromsø/FYSIOPRIM/Lillehammer kommune for velvillighet og noe tid til arbeidet med festskriftet.

ISM SKRIFTSERIE - FØR UTGITT:

1. Bidrag til belysning av medisinske og sosiale forhold i Finnmark fylke, med særlig vekt på forholdene blant finskattede i Sør-Varanger kommune.
Av Anders Forsdahl, 1976. (nytt opplag 1990)
2. Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger kommune 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene.
Av Anders Forsdahl, 1977.
3. Hjerte-karundersøkelsen i Finnmark - et eksempel på en populasjonsundersøkelse rettet mot cardiovasculære sykdommer. Beskrivelse og analyse av etterundersøkelsesgruppen.
Av Jan-Ivar Kvamme og Trond Haider, 1979.
4. D. The Tromsø Heart Study: Population studies of coronary risk factors with special emphasis on high density lipoprotein and the family occurrence of myocardial infarction.
Av Olav Helge Førde og Dag Steinar Thelle, 1979.
5. D. Reformen i distriktshelsetjenesten III: Hypertensjon i distriktshelsetjenesten.
Av Jan-Ivar Kvamme, 1980.
6. Til professor Knut Westlund på hans 60-års dag, 1983.
- 7.* Blodtrykksovervåkning og blodtrykksmåling.
Av Jan-Ivar Kvamme, Bernt Nesje og Anders Forsdahl, 1983.
- 8.* Merkesteiner i norsk medisin reist av allmennpraktikere - og enkelte utdrag av medisinalberetninger av kulturhistorisk verdi.
Av Anders Forsdahl, 1984.
9. "Balsfjordsystemet." EDB-basert journal, arkiv og statistikkssystem for primærhelsetjenesten.
Av Toralf Hasvold, 1984.
10. D. Tvunget psykisk helsevern i Norge. Rettsikkerheten ved slikt helsevern med særlig vurdering av kontrollkommisjonsordningen.
Av Georg Høyer, 1986.

11. D. The use of self-administered questionnaires about food habits. Relationships with risk factors for coronary heart disease and associations between coffee drinking and mortality and cancer incidence.
Av Bjarne Koster Jacobsen, 1988.
- 12.* Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark.
Av Anders Forsdahl, Atle Svendal, Aslak Syse og Dag Thelle, 1989.
13. D. Health education and self-care in dentistry - surveys and interventions.
Av Anne Johanne Søgård, 1989.
14. Helsekontroller i praksis. Erfaringer fra prosjektet helsekontroller i Troms 1983-1985.
Av Harald Siem og Arild Johansen, 1989.
15. Til Anders Forsdahls 60-års dag, 1990.
16. D. Diagnosis of cancer in general practice. A study of delay problems and warning signals of cancer, with implications for public cancer information and for cancer diagnostic strategies in general practice.
Av Knut Høltedahl, 1991.
17. D. The Tromsø Survey. The family intervention study. Feasibility of using a family approach to intervention on coronary heart disease. The effect of lifestyle intervention of coronary risk factors.
Av Synnøve Fønnebø Knutsen, 1991.
18. Helhetsforståelse og kommunikasjon. Filosofi for klinikere.
Av Åge Wifstad, 1991.
19. D. Factors affecting self-evaluated general health status - and the use of professional health care services.
Av Knut Fylkesnes, 1991.
20. D. Serum gamma-glutamyltransferase: Population determinants and diagnostic characteristics in relation to intervention on risk drinkers.
Av Odd Nilssen, 1992.
21. D. The Healthy Faith. Pregnancy outcome, risk of disease, cancer morbidity and mortality in Norwegian Seventh-Day-Adventists.
Av Vinjar Fønnebø, 1992.

22. D. Aspects of breast and cervical cancer screening.
Av Inger Torhild Gram, 1992.
23. D. Population studies on dyspepsia and peptic ulcer disease: Occurrence, aetiology, and diagnosis. From The Tromsø Heart Study and The Sørreisa Gastrointestinal Disorder Studie.
Av Roar Johnsen, 1992.
24. D. Diagnosis of pneumonia in adults in general practice.
Av Hasse Melbye, 1992.
25. D. Relationship between hemodynamics and blood lipids in population surveys, and effects of n-3 fatty acids.
Av Kaare Bønaa, 1992.
26. D. Risk factors for, and 13-year mortality from cardiovascular disease by socioeconomic status. A study of 44690 men and 17540 women, ages 40-49.
Av Hanne Thürmer, 1993.
27. Utdrag av medisinalberetninger fra Sulitjelma 1891-1990.
Av Anders Forsdahl, 1993.
28. Helse, livsstil og levekår i Finnmark. Resultater fra Hjerte-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III.
Av Knut Westlund og Anne Johanne Søgaard, 1993.
29. D. Patterns and predictors of drug use. A pharmacoepidemiologic study, linking the analgesic drug prescriptions to a population health survey in Tromsø, Norway.
Av Anne Elise Eggen, 1994.
30. D. ECG in health and disease. ECG findings in relation to CHD risk factors, constitutional variables and 16-year mortality in 2990 asymptomatic Oslo men aged 40-49 years in 1972.
Av Per G. Lund-Larsen, 1994.
31. D. Arrhythmia, electrocardiographic signs, and physical activity in relation to coronary heart risk factors and disease. The Tromsø Study.
Av Maja-Lisa Løchen, 1995.
32. D. The Military service: mental distress and changes in health behaviours among Norwegian army conscript.
Av Edvin Schei, 1995.

33. D. The Harstad injury prevention study: Hospital-based injury recording and community-based intervention.
Av Børge Ytterstad, 1995.
- 34.* D. Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse.
Av Åge Wifstad, 1996.
(utgitt Tano Aschehoug forlag 1997)
35. Dialog og refleksjon. Festskrift til professor Tom Andersen på hans 60-års dag, 1996.
36. D. Factors affecting doctors' decision making.
Av Ivar Sønbo Kristiansen, 1996.
37. D. The Sørreisa gastrointestinal disorder study. Dyspepsia, peptic ulcer and endoscopic findings in a population.
Av Bjørn Bernersen, 1996.
38. D. Headache and neck or shoulder pain. An analysis of musculoskeletal problems in three comprehensive population studies in Northern Norway.
Av Toralf Hasvold, 1996.
39. Senfølger av kjernefysiske prøvespreninger på øygruppen Novaya Semlya i perioden 1955 til 1962. Rapport etter programmet "Liv". Arkangelsk 1994.
Av A.V. Tkatchev, L.K. Dobrodeeva, A.I. Isaev, T.S. Podjakova, 1996.
40. Helse og livskvalitet på 78 grader nord. Rapport fra en befolkningsstudie på Svalbard høsten 1988.
Av Helge Schirmer, Georg Høyer, Odd Nilssen, Tormod Brenn og Siri Steine, 1997.
- 41.* D. Physical activity and risk of cancer. A population based cohort study including prostate, testicular, colorectal, lung and breast cancer.
Av Inger Thune, 1997.
42. The Norwegian - Russian Health Study 1994/95. A cross-sectional study of pollution and health in the border area.
Av Tone Smith-Sivertsen, Valeri Tchachtchine, Eiliv Lund, Tor Norseth, Vladimir Bykov, 1997.
43. D. Use of alternative medicine by Norwegian cancer patients
Av Terje Risberg, 1998.

43. D. Incidence of and risk factors for myocardial infarction, stroke, and diabetes mellitus in a general population. The Finnmark Study 1974-1989.
Av Inger Njølstad, 1998.
45. D. General practitioner hospitals: Use and usefulness. A study from Finnmark County in North Norway.
Av Ivar Aaraas, 1998.
- 45B Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi.
Av Ivar Aaraas, 1998.
46. D. No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn.
Av Jorid Andersen, 1998.
47. D. The Tromsø Study: Risk factors for non-vertebral fractures in a middle-aged population.
Av Ragnar Martin Joakimsen, 1999.
48. D. The potential for reducing inappropriate hospital admissions: A study of health benefits and costs in a department of internal medicine.
Av Bjørn Odvar Eriksen, 1999.
49. D. Echocardiographic screening in a general population. Normal distribution of echocardiographic measurements and their relation to cardiovascular risk factors and disease. The Tromsø Study.
Av Henrik Schirmer, 2000.
50. D. Environmental and occupational exposure, life-style factors and pregnancy outcome in arctic and subarctic populations of Norway and Russia.
Av Jon Øyvind Odland, 2000.
- 50B Russisk utgave av Skriftserie 50
51. D. A population based study on coronary heart disease in families. The Finnmark Study 1974-1989.
Av Tormod Brenn, 2000.
52. D. Ultrasound assessed carotid atherosclerosis in a general population. The Tromsø Study.
Av Oddmund Joakimsen, 2000.

53. D. Risk factors for carotid intima-media thickness in a general population. The Tromsø Study 1979-1994.
Av Eva Stensland-Bugge, 2000.
54. D. The South Asian cataract management study.
Av Torkel Snellingen, 2000.
55. D. Air pollution and health in the Norwegian-Russian border area.
Av Tone Smith-Sivertsen, 2000.
56. D. Interpretation of forearm bone mineral density. The Tromsø Study.
Av Gro K. Rosvold Berntsen, 2000.
57. D. Individual fatty acids and cardiovascular risk factors.
Av Sameline Grimsgaard, 2001.
58. Finnmarkundersøkelsene
Av Anders Forsdahl, Fylkesnes K, Hermansen R, Lund E, Lupton B, Selmer R, Straume E, 2001.
59. D. Dietary data in the Norwegian women and cancer study. Validation and analyses of health related aspects.
Av Anette Hjartåker, 2001.
60. D. The stenotic carotid artery plaque. Prevalence, risk factors and relations to clinical disease. The Tromsø Study.
Av Ellisiv B. Mathiesen, 2001.
61. D. Studies in perinatal care from a sparsely populated area.
Av Jan Holt, 2001.
62. D. Fragile bones in patients with stroke? Bone mineral density in acute stroke patients and changes during one year of follow up.
Av Lone Jørgensen, 2001.
63. D. Psychiatric morbidity and mortality in northern Norway in the era of deinstitutionalisation. A psychiatric case register study.
Av Vidje Hansen, 2001.
64. D. Ill health in two contrasting countries.
Av Tom Andersen, 1978/2002.
65. D. Longitudinal analyses of cardiovascular risk factors.
Av Tom Wilsgaard, 2002.

66. Helseundersøkelsen i Arkhangelsk 2000.
Av Odd Nilssen, Alexei Kalinin, Tormod Brenn, Maria Averina et al., 2003.
67. D. Bio-psycho-social aspects of severe multiple trauma.
Av Audny G. W. Anke, 2003.
68. D. Persistent organic pollutants in human plasma from inhabitants of the arctic.
Av Torkjel Manning Sandanger, 2003.
69. D. Aspects of women's health in relation to use of hormonal contraceptives and pattern of child bearing.
Av Merethe Kumle, 2003.
70. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen.
Av Olaug Lian, 2003.
71. D. Vitamin D security in northern Norway in relation to marine food traditions.
Av Magritt Brustad, 2004.
72. D. Intervensjonsstudien i Finnmark. Evaluering av lokalsamfunns basert hjerte- og kar forebygging i kystkommunene Båtsfjord og Nordkapp.
Av Beate Lupton, 2004.
73. D. Environmental factors, metabolic profile, hormones and breast and endometrial cancer risk.
Av Anne-Sofie Furberg, 2004.
74. D. Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege.
Av Eli Berg, 2004.
75. Kreftregisteret i Arkhangelsk oblast i nordvest Russland. Med en sammenligning av kreftforekomst i Arkhangelsk oblast og Norge 1993 - 2001.
Av Vaktskjold Arild, Lebedintseva Jelena, Korotov Dmitriij, Tkatsjov Anatolij, Podjakova Tatjana, Lund Eiliv, 2004
76. D. Characteristics and prognosis of long-term stroke survivors. The Tromsø Study.
Av Torgeir Engstad, 2004
77. D. Withdrawal and exclusion. A study of the spoken word as means of understanding schizophrenic patients.
Av Geir Fagerjord Lorem, 2005.

78. "Søkelys på samfunnsmedisinene." Evaluering av kommunal samfunnsmedisinsk legetjeneste, offentlig legearbeid og de forebyggende oppgaver i Fastlegeordningen.
Av Betty Pettersen og Roar Johnsen, 2005.
79. Prosjekt egenmelding Kristiansand kommune. Evaluering av kontrollert intervensjonsforsøk i stor skala, med utvidet rett til egenmelding i kombinasjon med økt og formalisert samhandling mellom arbeidstaker og arbeidsplassen ved sykefravær.
Av Nils Fleten og Roar Johnsen, 2005.
80. D. Abdominal aortic aneurysms: Diagnosis and epidemiology. The Tromsø study.
Av Kulbir Singh, 2005.
81. D. A population based study on cardiovascular diseases in Northwest Russia. The Arkhangelsk study 2000.
Av Maria Averina, 2005.
82. D. Exposure to exogenous hormones in women: risk factors for breast cancer and molecular signature.
Av Vanessa Dumeaux, 2005.
83. D. Repeated ultrasound measurements of carotid artery plaques in a general population. The Tromsø Study 1994-2001.
Av Stein Harald Johnsen, 2005.
84. D. Risk Factors For Fractures In Tromsø. The Tromsø Study.
Av Luai Awad Ahmed, 2005.
85. D. The quality and use of two health registries in Russia. The Arkhangelsk Cancer Registry and the Kola Birth Registry
Качество и использование двух медицинских регистров в России. Архангельск регистр рака и Кольский регистр родов
Av Arild Vaktiskjold, 2005.

86. D. Haemoglobin, anaemia and haematological malignancies.
Av Tove Skjelbakken, 2006
87. D. The sick-listed - an under-recognised resource in handling sickness absence.
Av Nils Fleten, 2006.
88. D. Longitudinal changes in forearm bone mineral density in women and men from 25 to 84 years.
The Tromsø Study.
Av Nina Emaus, 2006.
89. D. Asthma and allergy in children. An epidemiological study of asthma and allergy in schoolchildren living in Northern Norway and Russia with respect to prevalence trends 1985-1995-2000, geographic differences in prevalence and biomarkers.
By Anders Selnes, 2006.
90. D. "Nå ska du høre ka æ mene med arv." Samisk forståelse av arv som en utfordring i medisinsk genetikk.
Av Valeria Marton, 2006 -
Senter for Samisk Helseforskning
91. D. Sex steroids, bone loss and non-vertebral fractures in women and men. The Tromsø Study.
By Åshild Bjørnerem, 2007.
92. D. Substance use behaviour among ethnic diverse young people in North Norway in the 1990s.
"The North Norwegian Youth Study": A cross-cultural longitudinal study comparing smoking and drinking rates and patterns among young indigenous Sami and non-indigenous peers
Av Anna Rita Spein, 2007.
Senter for Samisk Helseforskning
93. D. Infection, inflammation and atherosclerosis.
Av Dag S. Halvorsen, 2007.
94. D. Hormones, Smoking and Mammographic Density in Postmenopausal Norwegian Women.
The Tromsø Mammography and Breast Cancer Study.
Av Yngve Bremnes, 2007.
95. D. Suicidal behaviour among indigenous Sami in Arctic Norway. A special focus on adolescents and young adults.
Av Anne Silviken, 2007.

96. D. Explaining the socioeconomic variation in incidence and survival of cancer. Analyses and multiple imputation of data from The Norwegian Women and Cancer Study and The Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health Cohort Study.
Av Tonje Braaten, 2008.
97. D. Local Public Health Physicians in Norway from 1994 to 2002. Workload, work content, and interaction. A story of everyday life in primary health care.
Av Betty Johanne Pettersen, 2008.
98. D. Iron status and prevalence of hereditary haemochromatosis in a multiethnic population in northern Norway. The SAMINOR study, The Sør-Varanger study, The Tromsø V study
Av Ann Ragnhild Broderstad, 2008.
99. D. The consumption of lean and fatty fish, different dietary patterns, and the risk of cancers of various sites.
Av Dagrun Engeset. 2008.
100. D. Coercion in the delivery of mental health services in Norway.
Av Knut Ivar Iversen, 2008.
101. DD. Explaining risk reductions in medical practice: Prevention or postponement?
Av Peder Andreas Halvorsen, 2008.
102. D. Ankylosing spondylitis, aortic regurgitation, acetabular dysplasia and osteoarthritis of the hip. An epidemiological survey in a Norwegian Sámi population.
Av Knut Johnsen, 2009.
103. D. Helicobacter pylori and dyspepsia from a public health perspective. The Sørreisa gastrointestinal disorder study.
Av Anne Mette Asfeldt, 2009.
104. D. The Murmansk County Birth Registry (MCBR)The implementation and applicability of a population-based medical birth registry in the Russian Arctic
Av Erik Eik Anda, 2009.

105. D. Diet, dietary supplements and dietary change in cancer survivors and cancer-free persons - the Norwegian Women and Cancer study and the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
Av Guri Skeie, 2009.
106. D. Some issues of provision and access to dental services in Norway
Av Birgit Abelsen, 2009.
107. D. A population-based study on cardiovascular risk factors and self-reported type 2 diabetes mellitus in the sami population. The SAMINOR Study.
Av Tove Anita Nystad, 2010.
108. D. Human exposure to perfluorinated compounds concentrations, dietary impact and molecular signatures.
Av Charlotta Rylander, 2010.
109. D. Hormone therapy use, sex hormone concentrations and gene expression - The Norwegian Women and Cancer study (NOWAC)
Av Marit Waaseth, 2010.
110. D. Abdominal aortic aneurysms: Risk factors and cardiovascular consequences. The Tromsø Study.
Av Signe Helene Forsdahl, 2010.
111. D. Young Adults and Seafood. Using the voice of consumers to develop new seafood product concepts aimed at increasing consumption
Av Themistoklis Altintzoglou, 2010.
112. D. The development and use of a new tool for estimating individual sun included vitamin D in epidemiological surveys.
Av Kåre Edvardsen, 2010.
113. D. Incidence of and risk factors for type 2 diabetes in a general population. The Tromsø Study.
Av Josepha Joseph, 2011.
114. D. Childhood Abuse - Pregnancy and Childbirth.
Av Mirjam Lukasse, 2011.
115. D. Ethnic discrimination and bullying in relation to self-reported physical and mental health in Sami settlement areas in Norway. The Saminor study
Ketil Lenert Hansen, 2011.

116. D. Body mass index and risk of malnutrition in community-living elderly men and women: Relationships with morbidity, mortality and health-related quality of life. The Tromsø and HUNT studies.
Av Jan-Magnus Kvamme, 2011.
117. D. Factors behind high cardiovascular disease mortality in Northwest Russia The Arkhangelsk study
Av Oleg Sidorenkov, 2011.
118. D. Functional ultrasound of the anal canal. The effect of pregnancy and childbirth.
Av Ingrid Petrikke Olsen, 2011.
119. D. Maternal concentrations, predictors and change in profiles of organochlorines, toxic and essential elements during pregnancy and postpartum. The Vietnamese Mother-and-Child Study and the Northern Norwegian Mother-and-Child Study.
Av Solrunn Hansen, 2011.
120. D. Morally bound medical work. An empirical study exploring moral conditions of doctors' everyday practice.
Av Kari Milch Agledahl, 2011.
121. D. A community-based factorial trial on Alzheimer's disease. Effects of expectancy, recruitment methods, co-morbidity and drug use. The Dementia Study in Northern Norway.
Av Fred Andersen, 2011.
122. D. Physical activity, osteoporosis, and fracture risk. Long-term associations in a general population.
Av Bente Morseth, 2011.
123. DD. Why don't we take a look at the patient? An anthropological analysis of how doctors become doctors.
Av Torstein Risør, 2011.
124. D. Aspects of health services in Sami areas.
Av Margrete Gaski, 2012.
125. D. Disease activity and outcome in juvenile idiopathic arthritis; a longitudinal cohort study in the Nordic countries.
Av Ellen Berit Nordal, 2012.

126. D. Carotid atherosclerosis, vascular risk factors and relation to cognitive test results. The Tromsø Study 1994-2008.
Av Kjell Arne Arntzen, 2012.
127. D. A doctor close at hand. A qualitative analysis of GPs' work in cancer care.
Av May-Lill Johansen, 2012.
128. D. Seasonal variation in incidence of acute myocardial infarction and cardiovascular disease risk factors in a subarctic population. The Tromsø Study.
Av Laila Arnesdatter Hopstock, 2012.
129. D. Nutrients and toxic elements in semi-domesticated reindeer in Norway. Nutritional and food safety aspects.
Av Amar Eltayeb Ali Hassan, 2012.
130. D. COPD in the elderly - diagnostic criteria, symptoms and smoking. Quantitative and qualitative studies of persons 60 years and older in The Tromsø studies.
Av Astri Medbø, 2012.
131. D. A study of fish consumption and cardiometabolic risk factors among the circumpolar population of the rural Nenets Autonomous Area in comparison with the urban population of Arkhangelsk County.
Av Natalia Petrenya, 2012.
132. D. Road traffic crashes in Arkhangelsk, Russia in 2005-2010.
Av Alexander Kudryavtsev, 2013.
133. D. Respiratory symptoms, lung function, and occupational exposure among seafood industry workers
A study among employees at Norwegian salmon factories and Russian North-West trawl fleet (Arkhangelsk)
Av Olga Shiryaeva, 2013.
134. D. Genetic susceptibility, lifestyle, ovarian hormones, and mammographic density - key factors in breast cancer development.
The Norwegian Energy Balance and Breast Cancer Aspects-I Study.
Av Anita Iversen, 2013.

135. D. Physical activity, mortality and breast cancer risk.
The Norwegian Women and Cancer Study.
Av Kristin Benjaminsen Borch, 2013.
136. D. Retinopathy with and without diabetes: Risk factors and visual impairment.
The Tromsø Eye Study and a Norwegian screening study.
Av Geir Bertelsen, 2013.
137. D. Age-related macular degeneration: Prevalence and risk factors - a cross-sectional study. The Tromsø Study 2007/2008.
Av Maja Gran Erke, 2013.
138. D. Staphylococcus aureus nasal carriage - Interplay between host, microbe and the environment.
- The Tromsø Staph and Skin Study.
Av Karina Olsen, 2013.
139. D. Blood gene expression, lifestyle and diet. The Norwegian Women and Cancer Post-genome Cohort.
Av Karina Standahl Olsen, 2013.
140. D. Human biomonitoring of perfluoroalkyl substances and cyclic volatile methylsiloxanes. Concentrations in plasma, serum and whole blood from pregnant, delivering or postmenopausal women, and cord blood.
Av Linda Hanssen, 2013.
141. D. A population-based study of health care utilisation according to care level, socio-economic group, and continuity of primary care. The Tromsø Study.
Av Anne Helen Hansen, 2013.
142. D. Social determinants of self-rated health and cardiovascular disease among the Sami and other Arctic indigenous peoples.
The SLiCA study and the SAMINOR study
Av Bent-Martin Eliassen, 2013.
143. D. Vertebral fractures: prevalence, risk factors, and health-related quality of life.
The Tromsø Study 2007/2008.
Av Svanhild Waterloo, 2013.

144. D. Genital *chlamydia trachomatis* infections among adolescents in a high-incidence area in Norway: genotypes, prevalence, early sexual behavior and testing patterns - a cross-sectional study. The Finnmark High School Study (FHSS)
Av Kirsten Gravningen, 2013.
145. D. Associations between Primary Health Care - and Hospital Utilization among elderly People in Norway.
Av Trygve Sigvart Deraas, 2013.
146. D. Prenatal exposure to DDT and other selected environmental contaminants and their predictors in malaria and non-malaria areas in coastal KwaZulu Natal, South Africa.
Av Kalavati Channa, 2014.
147. D. Predictors of progression of ultrasound-assessed carotid artery atherosclerosis. The Tromsø Study 1994-2008
Av Marit Herder, 2014.
148. D. A study of occupational health among mine workers in Murmansk Oblast, Russia.
Av Morten Skandfer, 2014.
149. D. Psoriasis, overweight and metabolic syndrome. The Tromsø Study.
Av Kjersti Danielsen, 2014.
150. D. Smoking and incidence and mortality of colorectal cancer.
Av Ranjan Parajuli, 2014.
151. D. Understanding temporality in human concentrations of organic contaminants. Considering human concentrations over time and through life in perspective of historic production and use.
Av Therese Haugdahl Nøst, 2014.
152. D. The Clinician in Leadership. Perceptions of Style. Perspectives from Rural Primary Medicine in Norway.
Av Jan Hana, 2014.
153. D. Aspects of Active Smoking and Breast Cancer.
Av Eivind Bjerkaas, 2014.

154. D. Fractional exhaled nitric oxide and its relation to exercise, asthma and allergic rhinoconjunctivitis in a subarctic childhood population.
A study of asthma and allergy among schoolchildren in Nordland County
Av Bjørg Evjenth, 2014.
155. D. Managing childhood obesity
The Finnmark Activity School.
Av Ane Sofie Kokkvoll, 2014.
156. D. "Light my fire" - perspectives on motivation, helpfulness and implementation of a guided internet-based cognitive behavioral therapy.
Av Maja Wilhelmsen, 2015.
157. D. Pulse oximetry in an adult population: Predictors of low oxygen saturation and associations with mortality.
The Tromsø Study 2001-2008.
Av Monica Linea Vold, 2015.
158. D. General Practitioners' Decisions to Refer Patients to Secondary Care -
Referral Rates, Reasons for Referral and Expected Medical Benefit of the Referrals
Av Unni Ringberg, 2015.
159. D. Persistent post-surgical pain
Prevalence, risk factors and pain mechanisms
Av Aslak Johansen, 2015.
160. D. Remuneration and organization in general practice:
Three essays on doctors' preferences
Av Jon Helgheim Holte, 2015.
161. D. Sámi ethnicity as a variable.
Premises and implications for population-based studies on health and living conditions in Norway
Av Torunn Pettersen, 2015.
162. D. Concentrations and predictors of persistent organic pollutants in pregnant women and associations with maternal and infant thyroid homeostasis.
The Northern Norway Mother-and-Child Contaminant Cohort Study.
Av Vivian Berg, 2015.

163. D. Atrial fibrillation in The Tromsø Study 1994-2007. Risk factors, occurrence and gender differences.
Av Audhild Nyernes, 2016.
164. D. Comparisons of sickness absence patterns, trends and attitudes in the health and care sectors in two municipalities in Norway and Denmark.
Av Line Krane, 2016.
165. D. The Northern Norway Mother-and-Child Contaminant Cohort study (MISA): Population Characteristics, Dietary Intake, and Predictors of Organochlorine Contaminants in Meconium and Maternal Serum and of Essential and Toxic Elements in Mothers' Whole Blood.
Av Anna Sofía Veyhe, 2016.
166. Du mao berre putla pao. Olav Helge Førde - 70 år. Ei festminnebok.
167. D. Use of analgesics in the general population. Trends, persistence, high-risk use and associations with pain sensitivity
Av Per-Jostein Samuelson, 2016.
168. D. Potato consumption and risk of colorectal and pancreatic cancer. The Norwegian Women and Cancer cohort and the HELGA cohort.
Av Lene Angell Åsli, 2016.
169. D. Suicides in The Nenets Autonomous Okrug, Russia.
Av Yury Alexandrovich Sumarokov, 2016.
170. D. Experiences with outpatient commitment orders from the perspectives of patients, relatives and staff. A qualitative study.
Av Bjørn Stensrud, 2016.
171. D. Using medical birth registries in the Kola Peninsula for birth defects surveillance and investigation of their risk factors
Av Vitaly Postoev, 2016.
172. D. Whole-grain bread, milk, and risk of colorectal cancer. The Norwegian Women and Cancer Study.
Av Toril Bakken, 2016.

De som er merket med D er doktorgradsarbeid.

De som er merket med DD er doktorgradsarbeid fra universitet i utlandet.

De som er merket med * har vi dessverre ikke flere eksemplar av.