

KROPPENS SPOR - EN UTFORDRING I PSYKIATRIEN

Rapport fra prosjektet «Fysioterapi i psykiatri».

Regionsykehuset i Tromsø, 1999.



KROPPENS SPOR -
EN UTFORDRING I PSYKIATRIEN

Rapport fra prosjektet «Fysioterapi i psykiatri».

Regionsykehuset i Tromsø, 1999.

Anne Gretland

©Anne Gretland
E-post: angretla@online.no

Sammendrag

Kroppen er lite tilstede i psykiatrisk litteratur, tenkning og behandling. Men den er sterkt tilstede i dagliglivet til psykiatriske pasienter og deres behandlere. Pasientene har mange kroppslige plager, symptomer og uttrykksmåter som påkaller oppmerksomhet. Denne erkjennelsen danner bakgrunn for prosjektets problemstilling: Hvordan kan fysioterapeuters kompetanse kan være til hjelp i behandlingen av psykiatriske pasienter?

Problemstillingen er forsøkt belyst gjennom å innhente erfaringskunnskap om fysioterapi i psykiatrien. Prosjektets empiriske materiale er basert på 1-2 ukers feltarbeid på 3 strategisk utvalgte psykiatriske sykehus i Skandinavia, og er innhentet gjennom observasjoner, intervjuer og uformelle samtaler, samt skriftlige kilder. Informantene representerer ulike yrkesgrupper, og er strategisk valgt ut fra antatt god kjennskap til fysioterapeuters arbeid i psykiatri gjennom erfaring over lang tid.

Som bakgrunn for drøfting av prosjektets materiale redegjøres innledningsvis for aktuelle perspektiver på kroppsforståelse. Kroppsforståelse innenfor psykiatri beskrives og drøftes i lys av erfaringsbasert kroppsforståelse. Kommunikativ kroppsforståelse integrerer og systematiserer erfaringskunnskap, og fremsettes som et alternativ til en dualistisk og reduksjonistisk forståelse, og som teoretisk bakgrunn for drøfting av empirisk materiale. Det redegjøres også kort for nevrofysiologisk viten med spesiell relevans for klinisk fysioterapi.

Gjennom prosjektets empiriske materiale dokumenteres erfaringskunnskap om fysioterapi i psykiatri. Bakgrunnen for at andre trekker inn fysioterapeuter i undersøkelse og behandling er vanligvis hvordan pasienters psykiske lidelser kommer til uttrykk kroppslig, f.eks. i form av disosiasjon, påfallende bevegelsesmønstre, kroppslig usikkerhet, angst for berøring osv. Fysioterapi relateres ikke til spesielle diagnoser.

Materialet viser entydig at informantene har erfaring for at fysioterapi er til hjelp for psykiatriske pasienter på flere nivå:

Fysioterapeuters undersøkelse er viktig i diagnostisk arbeid ved at de bygger på annerledes informasjon om pasienten enn verbale utsagn. Kroppsundersøkelse bidrar til å bekrefte og utdype den psykiatriske vurdering, og kan også fungere som et diagnostisk korrektiv.

Fysioterapi som behandling stimulerer til kroppskontakt og opplevelse av avgrensning og helhet. På kort sikt virker dette stabiliserende og samlende på mange fragmenterte og urolige pasienter. Men dette forstås også i sammenheng med og som forutsetninger for individualisering og utvikling av identitet, autonomi og sosialt liv. Fysioterapi tillegges også betydning ved at en kroppslig tilnærming kan gjøre det lettere å etablere kontakt med pasienten enn gjennom samtale.

Fysioterapeuter i psykiatri har hovedsaklig disse arbeidsområdene: Undersøkelse, behandling, trening og formidling. Ulike former for undersøkelse beskrives og drøftes kort. Gjennom eksempler belyses hvordan fysioterapeuter kan arbeide i individuell behandling og i gruppebehandling. Praksiseksemplene drøftes så i lys av innledende teori. Framstillingen av

fysioterapeutenes arbeidsmåter avsluttes med mere generelle betraktninger over mål, prinsipper og virkemidler i fysioterapi.

Spørsmålet om psykiatriske pasienter har nytte av fysioterapi besvares på bakgrunn av prosjektets materiale med et klart "ja" m.h.t. et korttidsperspektiv. Materialet gir mindre grunnlag for å trekke konklusjoner om virkninger på lang sikt. Det er derfor kontekstualisert til skriftlige kilder som kan bidra til å utfylle bildet. Kvalitative likhetstrekk i beskrivelser gir grunnlag for å anta at fysioterapi også kan være til hjelp på lang sikt. Skriftlige kilder bekrefter også dette prosjektets materiale m.h.t. at fysioterapi oppfattes som annerledes enn øvrige psykiatriske behandlingstilbud, og utfyller disse.

Relevante opplysninger om de aktuelle sykehusene er gjengitt sammen med empirisk materiale om samarbeidsforhold og organisering av fysioterapitjenestene. Beskrivelse og drøfting av dette er begrenset til forhold som virker hemmende eller fremmende for hvordan fysioterapeuters kompetanse kommer til anvendelse.

Prosjektet konkluderes med at kroppen representerer en utfordring både i forhold til tenkning og praksis i psykiatri. Både teori og prosjektets empiri tyder på at det er et stort potensiale i å integrere fysioterapi i behandling av psykiatriske pasienter. Ved at kroppen er i fokus både i undersøkelse og behandling, er fysioterapi kvalitativt annerledes enn andre psykiatriske behandlingstilbud, og har således en utfyllende, mer enn overlappende og konkurrerende funksjon i psykiatrisk behandling.

Forord

Dette arbeidet ble initiert og er finansiert av Regionsykehuset i Tromsø (RiTø). Bakgrunnen var et ønske om å vurdere, eventuelt begrunne et antatt behov for utvikling av fysioterapitjenester i psykiatrisk virksomhet i sykehuset. Gjennom innledende møter ble initiativtaker, undertegnede og veileder enige om at arbeidet skulle gjennomføres som en kvalitativ studie av veletablerte fysioterapitjenester ved 3 strategisk utvalgte sykehus.

Arbeidet skulle kunne ut i en rapport som gir eksempler på hvordan fysioterapi kan være til hjelp for innlagte psykiatriske pasienter og på hvordan fysioterapi kan integreres i og utfylle andre faggruppers arbeidsmåter og tilnærminger. Bak dette ligger også et ønske om å formidle kunnskap til personell i psykiatrien som har liten erfaring fra samarbeid med fysioterapeuter.

Oversikt over personer involvert i prosjektet:

Adm. ansvarlig:	Sjef for medisinske serviceavdelinger Trine Magnus, RiTø.
Prosjektleder:	Fysioterapeut, høgskolelærer Anne Gretland, Høgskolen i Tromsø.
Referansegruppe:	Sjef for medisinske serviceavdelinger Trine Magnus, RiTø Rådgiver Carl-Erik Pettersen, RiTø Sjefsfysioterapeut Anne Ringheim, RiTø Fysioterapeut Hildegunn Nyre, Psykiatrisk senter for Tromsø og Karlsøy, RiTø.
Veileder:	Avdelingsoverlege Tordis S. Høifødt, Psykiatrisk avd, RiTø Fysioterapeut, dr. phil., 1.amanuensis Eline Thornquist, UiTø

Arbeidet med prosjektet har vært lærerikt og morsomt. Det har vært lett å få både fysioterapeuter og deres samarbeidspartnere i tale. Mange har satt av mye tid til intervjuer og samtaler, de har hjulpet meg med litteratur og praktiske gjøremål. Jeg har også sluppet inn bak "fasaden", ved at jeg har fått observere både fysioterapeuter og andre i deres arbeidssituasjoner. Jeg har inntrykk av at informantene synes det er viktig å bruke tid på å få kunnskap om fysioterapi i psykiatri ut over deres eget arbeidssted. En psykiater sa det slik: "jeg vil gjerne være med på å spre det gode budskap!"

Flere av informantene har brukt mye av sitt yrkesaktive liv på å utvikle kunnskap og praksiskompetanse, de ser mening i arbeidet sitt, og de ønsker å formidle mulighetene som ligger i denne formen for fysioterapi videre. Dette har selvfølgelig vært viktig for å få fram kunnskap om virksomheten. Men det har også vært en stor glede for meg personlig å bli så godt mottatt.

Jeg har et meget stort materiale etter feltarbeidene, og med potensialer til belysning av mange forhold som faller utenfor rammene av denne prosjektrapporten. Selv om noe er utelatt her, har all informasjon jeg har fått av alle informanter vært viktig også i forhold til denne rapporten, ved at det har bidratt til grunnleggende innsikt og forståelse for feltet.

Eline Thornquist har vært med på å skrive ut deler av rapporten. Takk for all god hjelp i arbeidet!

Tromsø, juni 1999

Anne Gretland

Innhold

1.0 Innledning og bakgrunn	1
2.0 Problemstilling	2
3.0 Utvalg, arbeidsmåte og materiale	3
3.1 Utvalg.....	3
3.2 Arbeidsmåte og materiale.....	4
3.3 Framstilling av materiale.....	5
4.0 Teoretiske perspektiver	5
4.1 Kroppsforståelse i psykiatri.....	6
4.2 Livserfaring og erfaringsbasert kunnskap	8
4.3 Kommunikasjonsteoretiske perspektiver	9
4.3.1 Analytiske grunnsetninger	10
4.3.2 Kommunikasjon i et utviklingsperspektiv	12
4.4 Nevrofysiologiske perspektiver.....	16
5.0 Fysioterapi i psykiatrisk praksis	20
5.1 Hva er grunnlaget for å trekke fysioterapeuten inn i behandlingsopplegg?	20
5.2 Fysioterapeutisk undersøkelse.....	25
5.2.1 Undersøkelse av kroppsforhold	26
5.2.2 Undersøkelse av forestillinger om kroppen	31
5.2.3 Hva mener samarbeidspartnere om fysioterapeutenes bidrag til utredning av pasienter?.....	32
5.3 Fysioterapi som behandling.....	36
5.3.1 Fysioterapi som individuell behandling.....	36
5.3.2 Individuell behandling, gruppebehandling eller både-og?.....	45
5.3.3 Ulike bevegelsesgrupper	48
5.3.4 Trening og mosjon	56
5.4 Mål, prinsipper og virkemidler.....	59
5.4.1 Mål for fysioterapi	59
5.4.2 Middel og mål	59
5.4.3 Direkte og indirekte kontakt	62
5.4.4 Forholdet mellom ord og kropp	63
5.5 Har pasientene hjelp av fysioterapi?.....	66
6.0 Beskrivelse av aktuelle sykehus	72
6.1 Sykehus A	73
6.2 Sykehus B	75
6.3 Sykehus C	76
6.4 Generelt om fysioterapeutene og deres forhold til institusjonene	79
6.4.1 Samarbeid og formidling	79
6.4.2 Tilpasning til avdelinger	80
6.4.3 Hvem bestemmer hvor fysioterapeutene arbeider?.....	82
7.0 Konklusjon	84
Litteratur	89

1.0 Innledning og bakgrunn

Det kan sies å ha blitt en gradvis økende interesse for kroppen innenfor psykiatri. Dette kan være en side ved en generell kulturell tendens; kroppen vekker interesse innenfor mange fag som f.eks. sosiologi, antropologi, litteraturvitenskap og filosofi. Mange (eks. Starobinsky 1992, Skårderud 1994, Scheper-Hughes og Lock 1986) hevder at vi lever i en tid med generell kroppssopptatthet. En stigende interesse for kroppen innen psykiatrien kan være en speiling av dette. Men det kan også ha sammenheng med at pasientgrupper¹ med større tydelighet begynner å uttrykke sine problemer gjennom kroppen. Et eksempel er pasienter med spiseforstyrrelser, hvor kroppen er det dominerende og av og til overveldende uttrykket for pasientens lidelse. Et annet eksempel er de siste tiårs "oppdagelser" av seksuelle overgrep som har aktualisert spørsmål om hvordan kroppen kan være en viktig kilde til innsikt om traumatiske erfaringer.

Det kan se ut som om kroppen er lite tilstede i psykiatrisk litteratur, i faglig tenkning og handling. Men den er sterkt tilstede i dagliglivet for psykiatriske pasienter og deres behandlere. Pasientene har mange kroppslige plager, symptomer og uttrykksmåter som påkaller oppmerksomhet. "Alle" observerer kroppen i sin daglige omgang med psykiatriske pasienter (som med andre). Men sammenhenger mellom pasienters psykiske problem og deres kroppslige uttrykk og væremåte, eller hvordan kroppen kan være innfallsvinkel til å fremme helse og redusere lidelse reflekteres i liten grad i teoretisk kunnskap. Noe av bakgrunnen for dette finnes i psykiatriens historiske utvikling der den er medisinsk spesialitet (Løchen 1967, Scheper-Hughes og Lock 1987, Thornquist 1992). Psykiater Kringlen² (1997) viser i likhet med mange andre til arven fra Descartes når han skal forklare hvorfor "det har tatt 300 år å vende tilbake til gamle sannheter" (1997: 242) om sammenhenger mellom "kropp og sjel". Mye tyder imidlertid på at den dualismen Descartes formulerte, fortsatt har betydning i kunnskapsutvikling og behandling i somatiske såvel som psykiatriske helsetjenester. Det er derfor god grunn til å se på hvordan den tradisjonelle **dualistiske menneske/kroppsforståelse** preger dagens psykiatri.

Den såkalt vitenskapsbaserte kunnskap står i kontrast til allmenn **erfaringsbasert kroppsforståelse**, og den strider mot den erfaringskunnskap alle som arbeider i psykiatrien utvikler og bruker i sitt daglige virke: En legger merke til kroppslige forhold som f.eks.

¹ I denne rapporten brukes begrepet "pasient" gjennomgående, framfor begrepene "klient" eller "bruker". Dette avspeiler begrepsbruken til prosjektets informanter, som konsekvent bruker betegnelsen "pasient".

² Kringlen skriver paradoksalt nok dette under overskriften "Psykosomatikk". Om en forlater en dualistisk menneskeforståelse vil dette begrepet være meningsløst, siden **alt** da vil være "psykosomatisk". Det kan se ut til at det er et stykke vei å gå før "gamle innsikter" er fullt integrert i faglig tenkning.

bevegelsesmåter og stillinger og oppfatter det som verdifulle bidrag til forståelse av og tilnærming til pasienten. Implisitt i dette ligger at en har en forståelse av at kroppen er meningsbærende, at den uttrykker noe om pasientens verden. En slik allmennforståelse rommer det en kan kalle en **kommunikativ kroppsforståelse**, men denne er i liten grad begrepsfestet og reflektert systematisk over. All behandlingsvirksomhet er sosial praksis der alt involverte parter gjør har kommunikativ betydning. Derfor er det sentralt å redegjøre for hvordan kroppen kan forstås og møtes i et kommunikativt perspektiv.

Både kroppsforståelse og kommunikasjonsforståelse vil følgelig bli utdypet i teorikapitlet. På bakgrunn av dette vil jeg så beskrive og drøfte utsagn fra informanter, og eksempler på hvordan fysioterapeuter arbeider i psykiatri.

2.0 Problemstilling

Prosjektet tar sikte på å få fram **erfaringskunnskap** blant fysioterapeuter og deres samarbeidspartnere om hva fysioterapeuter kan tilføre i undersøkelse, vurdering og behandling av psykiatriske pasienter, hvordan og på hva slags grunnlag andre trekker fysioterapeuter inn i behandlingsforløp, og hvordan de vurderer betydningen av fysioterapeutenes undersøkelse og behandling.

Forholdet mellom teori og praksis har også en annen side i dette arbeidet. Fysioterapi er et fag som er utviklet gjennom praksis, og det læres i stor grad gjennom praksis. Det er gjort få studier som grunnlag for teoriutvikling på fagets egne premisser, altså ved systematiske beskrivelser og refleksjon over praktisk handling. Dette kan resultere i en mangelfull og/eller misvisende språklig formidling av faglig virksomhet. Samtidig opptrer fysioterapeuter i mange sammenhenger der verbal formidling av eget fag er den eneste mulige, som på tverrfaglige møter, i pasientjournaler osv. Det er derfor av interesse ikke bare å høre hva fysioterapeutene sier om arbeidet sitt og hvordan de tenker, men også hvordan de blir forstått av sine samarbeidspartnere.

Fysioterapeut Thornquist (1992, 1998) har beskrevet både hvordan fagkunnskap har organisatorisk feste i helsevesenet, og hvordan organisatoriske rammer påvirker fagutøvelse. Jeg skal ikke gå langt i dette problemkomplekset her, men vil kortfatte trekke inn forholdet mellom organisatoriske rammer og fagutøvelse

Hovedproblemstillingen for prosjektet er å besvare spørsmålet

- Hvordan kan fysioterapeuters kompetanse være til hjelp i behandling av psykiatriske pasienter?

Denne problemstillingen kan presiseres slik:

- Hva kan fysioterapeuter gjennom en kroppslig innfallsvinkel tilføre av forståelse og kunnskap om pasienters problemer?
- Hvordan kan fysioterapeuter bidra til behandling av pasienter med psykiske lidelser?
- Hva hemmer eller fremmer aktiv bruk av fysioterapeuters kompetanse?

3.0 Utvalg, arbeidsmåte og materiale

Arbeidet er basert på 1-2-ukers feltarbeid på 3 strategisk utvalgte sykehus i Skandinavia, kalt sykehus A, B og C. Materialet er basert på observasjoner, intervjuer og uformelle samtaler, samt skriftlige kilder. Nedenfor følger en mer detaljert redegjørelse for utvalg, arbeidsmåte og materiale.

3.1 Utvalg

Kriterier for utvelgelse som ble satt opp på forhånd var som følger:

- Institusjonene skal alle være sammenliknbare med Åsgård m.h.t. type og grad av psykiske lidelser hos pasientene
- Institusjonene skal alle ha en veletablert og anerkjent fysioterapitjeneste med god kontinuitet og flere fysioterapeuter ansatt
- Fysioterapeutene ved alle arbeidsstedene skal ha presentert egne arbeid i faglige publikasjoner
- Utvalget skal samlet representere en viss bredde i faglige forståelses- og praksisformer.

Det endelige utvalget framsto som resultat av et stort antall telefoniske kontakter til kollegaer i hele Skandinavia. Gjennom det fikk jeg kjennskap til institusjoner som hadde anerkjennelse fra kollegaer, og som således ble antatt å holde høyt faglig nivå. For å ivareta en ønsket faglig bredde i utvalget ble en institusjon fra hvert av de tre skandinaviske landene valgt ut.

Samtalepartnere på de aktuelle sykehusene er valgt ut fra at de har lang erfaring i samarbeid med fysioterapeuter, og derfor må antas å ha opparbeidet erfaringskunnskap om temaet.

Utvalget av observerte behandlinger i gruppe og individuelt er gjort av fysioterapeutene ut fra hva de synes har kunnet være forenlig med å ivareta pasientene og sin relasjon til dem.

3.2 Arbeidsmåte og materiale

Observasjon: For å samle informasjon som kan besvare problemstillingen har jeg foretatt observasjoner av individuelle behandlinger, gruppebehandlinger og samarbeidsmøter, og jeg har vært deltakende observatør i mer uformelle sammenhenger fysioterapeutene imellom.

Under møtene noterte jeg underveis. I forhold til de fleste behandlinger individuelt og i grupper noterte jeg i ettertid. Omfanget av observerte behandlinger ble begrenset av hensyn til pasientene utfra fysioterapeutenes vurderinger. Fremstilling av fysioterapeutenes arbeidsmåter er derfor også basert på intervjuer og samtaler med dem.

Intervju: Jeg har intervjuet både fysioterapeuter og mange samarbeidspartnere fra ulike yrkesgrupper for å få tilgang til deres erfaringer, intensjoner og situasjonsbeskrivelser. Alle bortsett fra fire ble tatt opp på lydbånd. En sosionom ønsket ikke selv å bli tatt opp på bånd. Under intervjuer med en psykiater og en fysioterapeut noterte jeg fortløpende, da båndspilleren gikk tom for batterier. En hjelpepleier ble intervjuet i en situasjon hvor jeg ikke var forberedt på muligheten og følgelig ikke hadde båndspiller. Jeg har intervjuet 6 psykiatere/overleger/sjefslege, 1 psykolog, 2 sosionomer, 4 sykepleiere, 1 hjelpepleier og 9 fysioterapeuter. Tilsammen utgjør dette materialet 22 lydbånd.

Utdrag fra intervjuer i rapporten er forkortet av hensyn til meningsfortetting og redigert noe for å få klarhet i saksframstilling. Alle intervjuer er oversatt til norsk av meg.

Video: På et sykehus hadde en fysioterapeut nettopp gjort video-opptak av intervjuer med samarbeidspartnere om fysioterapeutens rolle og funksjon i psykiatri. Det var fysioterapeuten selv som stilte spørsmål. Under oppholdet på sykehuset spilte jeg av disse intervjuene med psykiater, psykolog, sosionom og sykepleier, og repeterte viktige sekvenser. Knapp tid gjorde at det var hensiktsmessig å bruke denne kilden framfor å intervjuer aktuelle personer selv. Intervjuene her dekker mange av de tema jeg har ønsket å belyse, men det er en ulempe at jeg ikke kunne stille spørsmål ut fra egne tanker og behov.

Skriftlige kilder: Skriftlige kilder er av tre typer:

- fysioterapeuters faglige produkter (journaler, fagartikler, faglige notater)
- fysioterapeuters skriv knyttet til arbeidssituasjon og organisasjonsform
- generell informasjon om institusjonen osv.

Jeg har lest journaler der jeg har hatt tid og fått tillatelse.

3.3 Framstilling av materialet:

Det empiriske materialet er mangefasettert. Det er likhetspunkter i måten fysioterapeutene arbeider på, men også forskjeller. Videre er det fellestrekk, men også ulikheter i fysioterapeutenes omtale av hva de gjør. I framstillingen legges det vekt på å få fram fysioterapeutenes handlemåter og prinsippene for dem, mer enn å beskrive navngitte behandlingsmetoder/systemer. Når det gjelder samarbeidspartnere innen ulike yrkesgrupper er det fellestrekk og forskjeller i deres omtale av fysioterapi.

Ved gjennomgang av materialet har det etterhvert blitt klart at et kommunikasjonsteoretisk perspektiv kan være fruktbart i organiseringen av den deskriptive framstillingen, ikke minst for å få fram sammenhenger og likheter innenfor de varierte formene for praksis. Samtidig kan det bidra til å tydeliggjøre hvilke funksjoner ulikhetene har.

Informantene er anonymisert ved at de er "navngitt" ved tilfeldige valg av forbokstaver.

4.0 Teoretiske perspektiver

Thornquist (1992) dokumenterer at fagpersoners kroppsforståelse er bestemmende for vurdering og bruk av fysioterapi i psykiatrien. Jeg vil derfor først i dette kapitlet drøfte noen sider ved kroppsforståelse i psykiatrien som virker hemmende eller fremmende på om fysioterapeuters kompetanse etterspørres og brukes, for så å skissere et kommunikativt perspektiv på kroppen. Det redegjøres også kort for aktuell nevrofysiologisk viten med relevans til klinisk fysioterapi.

4.1 Kroppsforståelse i psykiatri

I psykiatriens barndom ble psykiske lidelser beskrevet og analysert i overensstemmelse med den biologiske sykdomsmodell, og terapi dreide seg om påvirkning av biologisk-fysiologiske forhold (Haugsgjerd 1986). I 80-90 år har psykiatrien vært preget av en biologisk orientering. Den biomedisinske forståelsen er i høyeste grad levende fortsatt, det drives blant annet utstrakt forskning der en søker forklaring på psykiske lidelsers biologiske genese, og det drives utstrakt medikamentell behandling av mennesker med psykiske lidelser.

I psykiatrisk litteratur framstilles kroppen som en biologisk organisme, uavhengig av menneskers erfarings- og meningsverden. Med unntak av Skårderud (1994) er kroppsforståelse ikke tematisert i noen bøker jeg har kommet over³. Noen tendenser kan etter mitt syn allikevel trekkes ut.

Lærebøker i psykiatri viser en tendens til en grunnleggende dualistisk og instrumentell forståelse av kroppen. Innenfor en biologisk tradisjon har kroppen interesse som mulig biologisk årsak til psykiske lidelser. En "oppfatter psykiske lidelser som somatiske sykdommer" (Kringlen 1997:42); dvs. som følge av og uttrykk for biologiske dysfunksjoner. Tilsvarende har kroppen interesse som innfallsvinkel for regulering av psykiske lidelser. "Somatisk behandling" omtales som medikamentell behandling og behandling med elektrosjokk (Kringlen 1997). En slik forståelse finner vi også hos Haugsgjerd & al. (1998), selv om psykiater Haugsgjerd neppe kan defineres å tilhøre en biologisk tradisjon. Mangelfull refleksjon omkring kroppsforståelse kan dermed se ut til å ende ut i det Thornquist (1992) kaller vanetenkning og -handling. Kroppen framstår som et middel til å redusere psykiatriske symptomer. Dette avspeiler et instrumentelt kroppssyn: Kroppen brukes som redskap til å påvirke kjemiske prosesser, og tillegges ikke betydning ut over det. I psykiatrisk litteratur aktualiseres kroppen først og fremst i forbindelse med psykosomatiske sykdommer, hypokondri eller somatisering; dette er fenomen som utfordrer den dualistiske tenkemåten (f.eks. Kringlen 1997, Haugsgjerd & al. 1998).

Den dualistiske tenkemåte er en bærebjelke i vestlig tenkning alment, og den dominerende i helsetjenesten (Skjervheim 1984, Romøren 1980, Scheper-Hughes og Lock 1987). Vi er i generasjoner sosialisert til å tenke på kropp og sjel som adskilte og uavhengige - som **uavhengig** eksisterende. Den dikotome forståelsesramme er nedfelt i begrepsapparat og

³ Kringlen har en kort, forsøksvis drøfting (1997:243), men gjør ingen forsøk på å etablere noe alternativ til den dualistiske menneskeforståelse han omtaler som medisinens 300 år gamle problem.

teorier og er dermed en del av vår **virkelighetsoppfatning**. Innenfor helsevesenet er det tradisjonelt medisinen som representerer den "sanneste" og høyest ansette kunnskapen om kroppen. Statsviteren Berg (1978) framholder at kunnskapsutviklingen her er knyttet til det dualistiske og reduksjonistiske perspektiv. Denne tenkemåten har f.eks. også organisatorisk feste i helsevesenet gjennom adskillelsen av psykiatriske og somatiske helsetjenester (Thornquist 1998). At fysioterapeuter vanligvis ikke regnes med blant psykiatrisk helsepersonell kan vanskelig fortolkes som annet enn en arv fra denne vanemessige tenkningen (Thornquist 1992).

Psykiatrien representerer ikke noe enhetlig kunnskapsfelt, og omfatter idag tradisjoner med ulik sykdomsforståelse og dermed ulike syn på hva som er adekvat behandling. Ulike kunnskapstradisjoner finnes side om side både i litteratur og praksis. I tillegg til den biomedisinske tradisjonen har andre tenkemåter også vunnet fotfeste. Psykiske lidelser betraktes av mange som mellommenneskelige problemer der det dreier seg om å forstå og fortolke handlinger og utsagn. Terapi er tilsvarende orientert mot meddelelse og samtale om hva som skaper og opprettholder lidelse (Haugsgjerd 1998, Skårderud 1994). I en relasjonell forståelse av psykisk lidelse blir kommunikasjon et nøkkelfenomen både i forståelse og behandling: En relasjon er ikke tenkelig uten kommunikasjon (Østerberg 1994). I et relasjonelt eller kommunikativt perspektiv på psykisk lidelse er alle menneskelige ytringsformer av interesse. Dette innbefatter både verbale og ikke-verbale ytringer og uttrykksformer. I et slikt perspektiv oppfattes kroppen som meningsbærende uttrykk for personens livshistorie og situasjon. Og den er å forstå som vår måte å erfare verden på. En slik forståelse kan hente inspirasjon fra fenomenologisk/hermeneutiske kunnskapstradisjoner.

I utviklingspsykologi omtales kroppen først og fremst i forhold til barnets utviklingsfaser. Mens det i tidlige arbeider legges stor vekt på en symbolsk forståelse av kroppen med grunnlag i Freuds driftstenkning, har senere arbeider vært opptatt av det konkrete kroppslige samspill (se f.eks. Stern 1991, Bråten 1998). Her betraktes god kroppskontakt med andre som fundamentalt for barnets utvikling og vekst. Hvordan barnet blir berørt og tatt hånd om, forstått og imøtekommet er bestemmende for kroppsjeg'ets utvikling, og dermed for barnets muligheter til opplevelse av helhet og avgrensing, og utvikling av individuasjon og autonomi. Men det ser ut til at interessen for kroppen avtar i tråd med at barnet forventes å kommunisere på symbolsk nivå. I tilnærmet all psykoterapi er det språket som anses som det sentrale, det egentlige; kroppen er fraværende.

Innenfor dualistisk tenkning gis det ikke rom for den levende, erfarende kroppen som er menneskets eksistensform. Den ekspressive kroppen som er kjernen i all kommunikasjon, "finnes ikke". Dette forholdet antas å være en av grunnene til at kroppen i liten grad har vært involvert i psykiatrisk behandling. Det er ikke tradisjon for å tillegge kroppen mening; tvertimot er det tradisjon innenfor helsevesenet for å behandle kroppen som upersonlig og meningsløs. En konsekvens av dette kan være at en i psykiatrien anser kroppen som noe "på siden" av det egentlige, som for psykiatriens vedkommende er de psykiske sider ved mennesket, og som innenfor fagområdet først og fremst anses å ytre seg symbolsk; verbalt eller gjennom andre former for symboler.

Denne dualistiske forståelsesrammen står i kontrast til livserfaring og mye erfaringsbasert kunnskap; etterhvert også til forskningsbasert viten innenfor ulike fag som nevrofysiologi og kommunikasjonsteori.

4.2 Livserfaring og erfaringsbasert kunnskap

Det er grunn til å tro at bildet er annerledes i praksis enn i teorien (Thornquist 1992). Alle mennesker lever i kroppslige samspill med andre som gir opplevelse og etterhvert forståelse av egne og andres kroppslige uttrykk. Thornquist og allmennpraktiserende lege Kirkengen (1997) sier at vi alle tillegger kroppen mening:

Kroppen er innforlivet liv; livet som kroppslig uttrykt. På en måte - den almenmenneskelige, vet vi at dette er sant. Vi vet alle at det synes på oss og på andre hvor lenge vi har levd og på ulike måter også hvordan livet har vært. Arr vitner om skade og inngrep; deformeringer om ulykker og sykdom; kroppsformen om askese, trening og overflod; kroppsholdningen om selvbilde, tilstand og stemning, bevegelser om følelser, øvelse og kraft - og mye mer. Vi gjenkjenner andre og er selv gjenkjennelige for andre gjennom kroppen. Det som framstår som jeg, det er mitt kroppslige, levde jeg. Ikke slik å forstå at mitt livsløp kan synes utenpå meg som en klartekst; min kroppslighet er ikke entydig (1997: 5).

Alle som arbeider i psykiatrien har egen livserfaring der kroppslige uttrykksformer tillegges mening både når det gjelder egen og andres person. Selv om vi er lært opp til å se på menneskekroppen som et naturlig, biologisk materielt objekt og livet i kroppen som en strøm av ulike stoffer og energier styrt av naturlover i komplekse samspill, har vi livserfaringer som ikke umiddelbart er forenlige med den biomedisinske forståelsen. Kroppen er noe mer, noe utover naturlover. Vi vet at kroppen kommuniserer **mening**; vi kjenner igjen smil som noe annet enn å vise tenner, vi vet at rødming forteller om følelsesmessig ubehag, vi vet at vi får

hjerterbank når vi er redde, vi vet at det å være nedtrykt også er en kroppslig holdning. Språket er fullt av uttrykksmåter som forbinder kroppslige uttrykk og følelser. I møte med pasienter aktualiseres slik kunnskap, men på et uklart teoretisk grunnlag. "Kunnskapen" anses ikke som fullverdig kunnskap, og kan vanskelig konkurrere med en biomedisinsk forståelse som har en lang tradisjon som "den sanneste" og mest relevante kunnskapen.

Som nevnt er kroppens uttrykk sjelden entydig. "Fordi vi er biologiske og sosiokulturelle og historiske vesener samtidig, kan det være vanskelig å tolke kroppslige tegn. Farene for forenklinger og feiltolkninger er mange" (Thornquist 1998:141).

Tidsperspektivet er her et sentralt element. Hva er kroppens/personens uttrykk for øyeblikket? for den aktuelle livssituasjon? og hva er spor fra tidligere erfaringer i livet? Og videre: Hvordan henger fortid og nåtid sammen i kroppsforannelser og forestillingsverden, i kroppsholdning og bevegelser, i blikk og mimikk, i pust og autonome funksjoner?

Måten en person bruker sin kropp - bruker seg selv - er en integrert del av vedkommendes identitet og selvfølelse, og kan i sin tur bidra til å endre eller opprettholde psykiske problemer, bestemte forsvarsmekanismer og virkelighetsoppfatninger.

Kroppslige ubalanser, reaksjons- og væremåter som etableres skaper kroppslige spor som nedsatt bevegelse og nedsatt strekkbarhet, hypertrofi eller atrofi av vev. Dette kan over tid bidra til utvikling av såvel lokale som generelle kroppslige plager (f.eks. ulike former for muskelskjelettlidelser), og er også av betydning for restituering og rehabilitering ved skader og når sykdom er utviklet (som eksempelvis etter brudd og slag, og ved sykdom som astma og revmatiske lidelser).

4.3 Kommunikasjonsteoretiske perspektiver

Vår livserfaring til tross, er det ingen selvfølge hverken i psykiatrien eller andre faglige sammenhenger å se på kroppen i et kommunikasjonsteoretisk perspektiv. Her følger en kort redegjørelse for det teoretiske grunnlaget for en slik forståelse, og noen implikasjoner for praksis.

En kommunikativ innfallsvinkel til kroppen og kroppsbehandling forutsetter at kroppen forstås både som sentrum for erfaring og erkjennelse, og som uttrykksfelt. Vi mennesker ikke

bare **har** en kropp, men vi **er** kroppen (Merleau-Ponty 1994, Leder 1990, 1992). Kroppen er ikke bare et redskap for instrumentelle formål, ei heller bare et objekt for erkjennelsen; kroppen er personlighetens subjekt, og det er gjennom kroppen at bevisstheten tar form. Det er med kroppen vi er tilstede i verden og er i kontakt med andre mennesker, tingene og livet selv. Det er **som kropp** vi erkjenner, snakker og utvikler bevissthet eller "sjel". Vi er imidlertid sosialisert til å tro at bevisstheten og det som knytter seg til vår erfarings- og meningsverden er noe i seg selv - løsrevet fra kroppen.

Ut fra en forståelse av at kroppen alltid både er subjekt og objekt, både sentrum for erfaring og uttrykkfelt, er den av spesiell betydning i alt sosialt liv.

"Utveksling av kroppslige budskap regulerer menneskelig samhandling og samvær. Dermed er interesse, oppmerksomhet og anerkjennelse, slik dette uttrykkes kroppslig, vesentlig i ethvert møte mellom mennesker" (Thornquist 1998:136).

Tilsvarende kommer **manglende** interesse, oppmerksomhet og anerkjennelse til uttrykk på kroppslig vis, og har innflytelse på deltakernes handlinger og samhandling.

4.3.1 Analytiske grunnsetninger for kommunikasjon/interaksjon ⁴

Watzlawick & al. (1967) har foreslått noen analytiske grunnsetninger for kommunikasjon, der målet er å få fram et interpersonlig perspektiv. Forfatterne påpeker at det alltid kommuniseres når flere enn en person er tilstede. Aktivitet eller inaktivitet, ord eller taushet - all adferd i mellommenneskelige situasjoner har budskap. Godtar vi dette, har vi ikke lengre å gjøre med en ensidig og entydig informasjonsenhet, men heller med en flytende, mangefasettert mengde av adferdsformer - verbal, tonal, postural osv. - som gir mening til alt det andre. Spørsmålet blir ikke **om** det foregår kommunikasjon, men **hvordan** kommunikasjon foregår, og **hva** som kommuniseres.

Enhver kommunikasjonssekvens har et innholds- og et rolle- eller relasjonsaspekt⁵. Det første refererer seg til saksforhold, det andre til til hvem partene er for hverandre. Det siste klassifiserer det første, og kan derfor betraktes som en slags metakommunikasjon. Innholds- og rolle- eller relasjonsaspektet er analytiske begreper. De viser til fenomener som i praksis går over i hverandre, og kan hjelpe oss til å forstå hva som skjer når mennesker møtes.

⁴ Ordene kommunikasjon og interaksjon brukes synonymt i denne rapporten

⁵ Watzlawick & al. bruker begrepene "report" og "command aspect". Begrepet "command" kan gi militære assosiasjoner, og her brukes begrepene rolle- eller relasjonsaspektet som synonyme, og istedet for en direkte oversettelse av det engelske "command".

Mennesker kommuniserer både verbalt og ikke-verbalt. Begge former finnes side om side. Innholdsaspektet overføres hovedsaklig verbalt, mens de relasjonelle aspekter fortrinnsvis er ikke-verbale av natur. Verbal kommunikasjon kjennetegnes blant annet ved at den hovedsaklig er avbrutt og bevisst styrt, til forskjell fra ikke-verbal kommunikasjon: I ethvert direkte møte mellom mennesker foregår det en **vedvarende** utveksling av budskap gjennom kroppen. Denne kommunikasjon skjer hovedsaklig ubevisst, både for sender og mottaker.

I mye menneskelig kommunikasjon er de relasjonelle aspekter mest sentrale; innholdet i det som sies er av underordnet betydning i forhold til hva vi formidler om oss selv, hverandre og situasjonen. Mange pasienter i psykiatrien har problemer med å etablere kontakt og kommunikasjon med andre. Relasjonsaspektet i helsepersonells kommunikasjon er derfor svært avgjørende - kanskje til og med en forutsetning for meningsfull innholdsorientert samtale og behandling. Nettopp fordi personer i direkte møter i stor grad "forteller" hverandre hva de synes om seg selv og hverandre gjennom sine kroppslige uttrykk og væremåter, har dette stor terapeutisk relevans. Og nettopp fordi relasjonsaspektet formidles og mottas ubevisst, er det viktig å rette søkelyset på dette og reflektere over dets betydning.

I alle sosiale sammenhenger står menneskers selvfølelse og selvrespekt på spill; i psykiatrien er dette kjernespørsmål.

All kommunikasjon er enten symmetrisk eller asymmetrisk, avhengig av om den er basert på likhet eller ulikhet mellom partene. Symmetrisk kommunikasjon kjennetegnes ved at forskjellen mellom partene minimaliseres. Asymmetrisk kommunikasjon innebærer at forskjellen mellom dem maksimeres. Den ene parten er "one-up" (f.eks. som den hjelpende, givende, kompetente), den andre "one-down" (f.eks. som den trengende, mottakende, inkompetente). En partner påtvinger et asymmetrisk forhold på en annen, men denne må avfinne seg med situasjonen for at en asymmetrisk relasjon skal opprettholdes.

Mennesker kommuniserer alltid innenfor bestemte sammenhenger, som bidrar til å skape mening til interaksjonen. Budskap i omgivelsene bidrar til vår forståelse av situasjonen, men også til å prege våre kommunikative handlinger (Thornquist 1998). Omgivelsene vekker minner og aktiviserer erfaringer fra tidligere liv. Hva som virker skremmende eller beroligende kan vanskelig forutsies, og er avhengig av den enkeltes forhistorie og meningsverden. En har imidlertid mulighet til å velge hva slags assosiasjonsverden en vil stimulere. Det er ikke vanskelig å forestille seg at ikke bare samtaler, men også kroppslige behandlinger utvikler seg forskjellig avhengig av om de finner sted i en gymnastikksal med

treningsutstyr, speil og anatomiske plakater på veggene, eller i et enkelt og trivelig behandlingsrom.

4.3.2 Kommunikasjon i et utviklingsperspektiv

Bråten (1998), som er sosiolog og psykolog, beskriver fire "lag" med prosesser og ferdigheter som er virksomme under menneskelig samhandling, og som tilsvarer aldersrelaterte trinn i barns kommunikative, emosjonelle og kognitive utvikling. Det første, dype laget definerer han som **kroppslig gjensidig kontakt** med kroppsspråklige inntrykk og uttrykk for følelser gjennom berøring, gester, toneleie, kroppsstillinger og bevegelser. Dette sanses direkte, og innbyr til finstemt oppfølging og etterlikning av hverandres uttrykk og bevegelser i affektiv samstemthet. Utviklingen videre går mot **oppmerksomhetskontakt om objekter** som er gjenstand for felles oppmerksomhet og som innbyr til gjengjeldelse og imitativ læring av objekthåndtering gjennom delaktighet i den andres bevegelser. Disse første utviklingstrinnene danner grunnlaget for **meningsfylt symbolsk samhandling** gjennom verbale uttrykk og inntrykk som blir meningsfylte i kraft av en fellesspråklig meningsverden. Det siste (og "høyeste") laget er knyttet til **mental stimulering av mentale prosesser i andre**. Dette skjer gjennom tankemessige forsøk med mentale modeller av andres sinn og åpner for å foregripe og forestille seg andres forestillinger, tanker og følelser.

Dette må forstås som en utviklingsprosess, der før-språklig kroppslig kommunikasjon understøtter utvikling og bruk av språklig kommunikasjon. Kroppen og kroppssopplevelse - sansing - er grunnlaget for språkutvikling (Rommetveit 1981, Nergård 1989, Bråten 1998). Symboliseringsevne og språkutvikling forutsetter et godt fotfeste i kontakten med nære andre for at vi skal få et språk som kan brukes på en personlig måte til å uttrykke oss oppriktig til andre og kunne tenke omkring erfaringer og følelser (Gilbert 1989). Dette viser hvordan mennesket er grunnleggende avhengig av andre mennesker og menneskelig kontakt.

Prosesser og ferdigheter på alle fire utviklingstrinn kommer til samspillsnær utfoldelse under barns kommunikative utvikling, og fortsetter å være virksomme under sosial samhandling og konflikt livet gjennom, med mindre en rammes av forskjellige slags forstyrrelser som påkaller klinisk behandling og omsorg (Bråten 1998). Det er m.a.o. ikke sånn at tidlige eller dype kommunikative trinn forlates etterhvert som en utvikler kompetanse på senere eller høyere trinn; dette må ses som **utvidelse** av handlingsrepertoar framfor at det erstatter dypere lag.

Filosofen Johnson (1987) hevder at kroppslige erfaringer danner utgangspunkt og basis for vår språkbruk og forståelse av verden. Grunnleggende kroppslige erfaringer preger språket på alle nivå: Vi vet hva det vil si å miste balansen, men vi kan også snakke om en ubalansert framstilling. Vi vet forskjellen på ned og opp, men vi kan også snakke om å være nedfor eller ovenpå. Vi vet hva det vil si å miste fotfestet når vi går, men vi kan også snakke om å miste fotfestet i tilværelsen. Mennesker har normalt felles kroppslige erfaringer som gir mening til slike begreper også når de brukes på høyere abstraksjonsnivåer eller kommunikative trinn.

Bråten (1998) beskriver normal utvikling av kommunikative mønstre, og han berører i noen grad hvordan kommunikative forstyrrelser kan oppstå, arte seg og behandles. Men en kan allikevel ikke ta for gitt at det er meningsfylt å overføre hans skjematiske framstilling for utvikling av kommunikative ferdigheter og forståelse til behandling. Pasientene er f.eks. ikke barn, selv om de kan fungere dårlig på enkelte områder og ha aldersrelaterte utviklingsforstyrrelser/psykiske lidelser. Behandling foregår i andre sosiale rammer enn barns utvikling. Organisatoriske rammer i helsevesenet gir andre forutsetninger for utvikling enn et tett samvær i familier. Kjennskap til rekkefølgen i utvikling kan altså ikke reservasjonsløst settes opp som ideal for behandling. Men med denne reservasjonen i mente, kan den skjematiske tenkningen hjelpe til å skape klarhet i og tydeliggjøre mønstre i de deltakende fysioterapeutenes kommunikasjon med pasienter, og også belyse deres arbeidsmåter.

Sviktende funksjon knyttet til tidlige/dype kommunikative lag kan relateres til kliniske problemstillinger. Bråten (1998) eksemplifiserer dette. Han refererer til at kjernen i ulike former for autisme ofte sees som en svikt i å forstå andres sinn og forståelse, og spør om denne svikten kan overkommes gjennom kognitiv trening. Selv svarer han at "kanskje er slike forstyrrelser på høyeste kommunikative trinn utslag av forstyrrelser som tidligere har gjort seg gjeldende allerede i basistrinnene med kroppslig kontakt og oppmerksomhetskontakt, som stenger for samspillmessig næring og utvikling av ferdigheter også på høyere trinn" (Bråten 1998: 227).

Rutter (1985) hevder at schizofrenes problem ikke så mye dreier seg om kognitive prosesser i å regulere og organisere sine tanker, som den sosiale prosessen av å uttrykke og kommunisere tankene på en måte som tilhørere kan forstå og følge. Deres vanskeligheter ligger i det å ta den andres rolle. "They asked inappropriate questions and gave inappropriate answers; what was missing was the redundancy and predictability of normal encounters". Om en skal følge Bråtens tankegang kan det kanskje være fruktbart å arbeide med en kroppslig innfallsvinkel for å redusere en slik kommunikativ forstyrrelse.

Følelser oppstår i og oppleves gjennom kroppen. Kroppen besvarer sosiale situasjoner umiddelbart. Samtidig bidrar kroppslige reaksjoner til å regulere sosiale samvær. Dette gjelder som tidligere nevnt mellom mennesker, men det er også slik at for den enkelte vil egne kroppslige impulser, reaksjoner og uttrykk fungere regulerende for egne handlinger.

Gjennom å oppleve kroppslige reaksjoner som at hjertet slår fortere, vi svetter mer og lukter annerledes, vi blir kalde på hender og føtter, får urolig mage, puster fortere og blir tørre i munnen, blir vi oss bevisste at vi er nervøse, hvis vi har et begrep om nervøsiteten. Hvis ikke kan reaksjonene framstå som meningsløse. Kroppslige signaler er som nevnt sjelden entydige. Vi kan få "sug i magen" fordi vi er sultne, eller fordi vi gruer oss til noe. "Suget" må fornemmes, gis et (kroppslig) uttrykk og forstås av omgivelsene for at barnet skal få det det trenger i situasjonen. Vi må lære å forstå sammenhengen gjennom andres affektive innlevelse og handling i forhold til våre reaksjoner for selv etterhvert å kunne oppleve og gjøre fornuftige fortolkninger av kroppslige impulser og handle meningsfylt (Gretland 1992, Bråten 1998).

Evnen til fortolkning av egne kroppslige signaler er av stor betydning for selvopplevelse, identitet og avgrensning. Nettopp her svikter det ofte hos mange pasienter i psykiatrien. Dette betraktes vanligvis som uttrykk for tidlige utviklingsforstyrrelser.

Normalt er det mengder av somatosensorisk informasjon som ikke når bevisstheden. En viss utvelgelse og filtrering av slik informasjon er en forutsetning for å unngå kaos av sanseinntrykk og samle oppmerksomheten mot noe. "Sensur" av somatosensorisk informasjon til bevisstheden er en normal adapteringsfunksjon. Å skifte bevissthetstilstand og å bruke oppmerksomhetsstrategier er viktige funksjoner for alle mennesker ved å gi beskyttelse mot kaos (Brodal 1995, Axelsen 1998, Mesulam 1998, van den Kolk & van der Hart 1989). Psykiateren Janet, Freuds samtidige, var den som først beskrev ulike disosiasjonsfenomener (1889). I prinsippet dreier det seg om en utvidet og vedvarende bruk av "sensur" som beskrevet ovenfor, men Janet reserverer bruken av begrepet disosiasjon til patologiske tilstander der voldsomme følelser utløst av traumatiske opplevelser medfører avspaltning av følelser eller kroppslige fornemmelser fra bevisstheden. Skillet er viktig. Mens den normale "sensur" er fleksibel og situasjonsavhengig, er persepsjonen som følger av traumatiske erfaringer nettopp ikke fleksibel og situasjonsavhengig.

Signifikant korrelasjon mellom disosiasjon og traumatiske erfaringer er dokumentert i flere studier. Når det gjelder seksuelle overgrep, viser noen studier også sammenheng mellom

overgrepens alvorlighetsgrad, hvor vedvarende overgrepene var og hvor tidlig i livet de fant sted (f.eks. Kirkby et al 1993). Andre legger vekt på sosiale og kulturelle forhold, hva slags relasjon det var mellom de involverte parter, hvilke meningskontekst overgrepene fant sted i etc (f.eks. Kirkengen 1997).

Disosiering av kroppslige fornemmelser er et utbredt fenomen blant psykiatriske pasienter, og er av stor betydning for fysioterapeuters arbeid. Relatert til kroppen kan dette arte seg som følelseløshet, anestesi, syns- og hørselsforstyrrelser, opplevelse av at kroppen mangler grenser og/eller kroppsdel, at den er forvridd eller usammenhengende.

Ved tabuiserte traumer avspaltes ofte det som har skjedd. Personen husker ikke på vanlig måte, men gjennom sansemodalitene (Axelsen 1997, Kirkengen 1997, van den Kolk & van der Hart 1989). Traumatiske erfaringer lagres i hukommelsen på spesielt vis. De blir ikke integrert i personens kognitive hukommelse, og synes å skape en særmerket sårbarhet. Tidligere erfaringer aktiviseres i situasjoner og gjennom sanselige fornemmelser som likner de opprinnelige. Personene har problemer med å skille noe her-og-nå fra noe der-og-da. Det er i liten grad snakk om bevisste og reflekterte gjenkjennelse; det dreier seg mer om navnløs og forvirrende redsel. I tillegg til manglende og/eller forstyrret persepsjon kan redselen ytre seg på mange kroppslige vis som smerter, kramper, svimmelhet, hjertebank og svetting.

Psykiater Laing (1961) beskriver en form for selvspлтtelse som innebærer at en persons eksistens blir spaltet i en av-sjelet kropp og en sjel som er løsrevet fra kroppen. For den schizofrene er det ikke engang sikkert at han har en kropp, er levende, virkelig, substansiell og at han eksisterer som et sammenhengende vesen som er ett sted på et tidspunkt og et annet sted på et annet tidspunkt, mens en hele tiden er dens samme. Når denne "basis" mangler, mangler man den vanlige følelse av personlig enhet, en følelse av at man selv styrer sine handlinger og ikke er en robot, en ting. Man mangler følelsen av selv å være herre over sine sanseintrykk, men føler snarere at en annen bruker ens øyne, ører, osv.

Laing forstår dette som et desperat forsøk på å mestre en ontologisk uttrygghet.

Diffuse kroppssoner kan forstås som et uttrykk for benekting av kroppsområder som har en angstladet og symbolsk verdi som forbudt område. Uklar og manglende opplevelse av kroppsgrensene (hud, muskler og ledd) gjør det vanskelig for personen å avgrense seg fra andre (Fischer og Cleveland 1968).

Disosiasjon og omforming av kroppslige fornemmelser kan forstås som en måte å "håndtere" overveldende og traumatiske erfaringer på - erfaringer personen ikke har maktet å

bearbeide og integrere. Janet selv omtalte dette som kreative løsninger for mennesker som var i uutholdelige situasjoner. Følelsesløsheten kan også være en måte å unngå retraumatisering på. Dette innebærer at en kroppslig tilnærming til pasienten krever stor oppmerksomhet fra fysioterapeuten på kroppslige og verbale uttrykk for å hindre at behandlingen innebærer nye grensekrenkelser og retraumatisering. Kort sagt, at følgene av tidligere krenkelser ikke blir grunnlag for nye krenkelser. Berøring og bevegelse av kroppen kan innebære reaktivering av traumatiske opplevelser og følelser, og kan medføre ytterligere disosiering av kroppslige fornemmelser og følelser og også psykotiske reaksjoner. Men slik kroppslig tilnærming kan også fungere terapeutisk ved bedret følelsesmessig kontakt, bearbeiding og integrering av erfaringer. Behandlerens oppgave er å hjelpe pasienten til å skille fortid fra nåtid for å hindre stagnasjon og repetering - for å bidra til utvikling av en ny fremtid.

Noen kroppslige tegn er **alltid** viktig å merke seg under undersøkelse og behandling. Respirasjonsmønstre, autonome reaksjoner, sanseforstyrrelser, fjernhet og motorisk uro/passivitet står sentralt siden alle disse fenomenene er intimt forbundet med følelsesmessige forhold (Braatøy 1947, Brodal 1995).

Den reorientering som har funnet sted i psykologisk tenkning fra en mer psykoanalytisk inspirert konfliktmodell til en opptatthet av kontakt og relasjon (objektrelasjonsteori), innebærer at svikt forbindes mindre med impuls- og driftskontroll, og mer med mangel på og kvalitativt sett lite tilfredsstillende kontakt og relasjon. Dette åpner perspektivene på det potensielt terapeutiske i bruk av kroppslige tilnæringsmåter. Det forutsetter en erkjennelse av at kroppen "husker" det personen med sin bevissthet ikke husker, eller kanskje rettere sagt: Kroppen lagrer erfaringer som aldri eller i liten grad er begrepsfestet og aldri eller i liten grad helt har nådd bevisstheten.

4.4 Nevrofysiologiske perspektiver

Forskningen innen nevrofysiologi har vært eksplosiv de senere tiårene. Den har gitt ny kunnskap, ikke minst om hjernens kompleksitet og interaksjon mellom ulike hjerneavsnitt og -funksjoner⁶. Dette viser sammenhenger mellom biologiske, kognitive og emosjonelle forhold.

⁶ Som eksempel kan nevnes Brodals framstilling av fylogenetisk eldre, dype lag av sentralnervesystemet. Han sier at de er "koblingspunkter" mellom sensoriske, autonome, motoriske og kognitive funksjoner. Det dreier seg her om så tett sammenfiltrede funksjoner at det bare er av pedagogiske grunner det går an å skille dem (Brodal 1995). Det er forøvrig interessant at forskere som Brodal viser til **erfaring** i mange forhold der en (ennå) ikke har kunnskap om de nevrofysiologiske prosessene.

Hensikten med dette avsnittet er ikke å redegjøre detaljert for nevrofysiologisk kunnskap, men å trekke ut aktuell viten på et nivå som er relevant for klinisk fysioterapi.

Oppfatning av kroppen og våre omgivelser forutsetter at informasjon fra forskjellige reseptortyper differensieres, samtidig som hjernen bringer sammen og syntetiserer informasjon fra dem (Brodal 1995). Denne informasjonen gjennomgår omfattende assosiativ og oppmerksomhetsstyrt modulering på flere nivåer i sentralnervesystemet før inkorporering i "bevissthetens teksturer" (Brodal 1995, Mesulam 1998). Ledningsbaner for sensorisk informasjon er organisert slik at selektiv påvirkning av sanseinformasjon fra forskjellige kroppsavsnitt og fra bestemte reseptortyper er mulig. Den informasjonen som hjernen tilslutt mottar er derfor i betydelig grad sensurert, og kanskje fordreid i forhold til hva reseptorene mottok av stimuli. Organiseringen av synapser gir muligheter for både seriell og parallell stimulus-formidling og hemming, og gjør det mulig at hver sensorisk "hendelse" kan utløse multiple kognitive og adferdsmessige følger (Mesulam 1998, Brodal 1995).

Den senere tids forskning understreker også at nervesystemet har evne til forandring, og at denne plastisiteten varer livet ut. Dette er en forutsetning for læring, og gir grunnlag for utvikling og tilpasning til miljøpåvirkninger. Brodal hevder at restitusjon av skadet hjernevev "forutsetter en læringsprosess, og at denne er underlagt de samme lover som gjelder for læring i et intakt nervesystem. Nyetablering og eliminering av synapser og bruksbetinget endring av synaptisk styrke skjer hele livet, og er sannsynligvis nervesystemets måte og tilpasse seg nye og endrede krav på - uansett årsaken til endringene" (1995: 169-70).

Brodal påpeker betydningen av fokusert, selektiv oppmerksomhet og motivasjon som forutsetninger for effektiv læring. Han viser til at **læring** gir økt synapsedannelse i hjernen, og understreker (utfra dyreforsøk) at økning i synapsedannelse ikke er relatert til **mengde** motorisk aktivitet, men til **læring** av nye motoriske ferdigheter (Brodal 1995).

Det er grunn til å fremheve hjernens plastisitet i forhold til klinisk relevans. Kjennskap til denne gir grunnlag for å anta at utvikling kan skje gjennom læring, både når en legger en psykologisk og en biologisk sykdomsmodell til grunn for forståelsen av funksjonsforstyrrelser.

Tidligere nevrofysiologisk forskning baserte seg i stor grad på eksperimenter med dyr. De siste ti-årene har det også vært gjort mye forskning relatert til mennesker som har vært utsatt

for traumatiske erfaringer⁷. Dette har gitt ny kunnskap om sammenhenger mellom menneskers livserfaringer, nevrofysiologiske og nevrostrukturelle forhold.

Flere studier viser langtidsvirkninger på hjernens strukturer og funksjon hos personer som har vært utsatt for traumatiske erfaringer av ulike slag (se f.eks. Henry 1997, Ito et al. 1993, Ito & al. 1998, Stein & al. 1997, Bremner 1999, Bremner & al. 1997, Bremner & al. 1999, Kirby et al. 1993, van den Kolk & van der Hart 1989). Noen studier dokumenterer f.eks. reduksjon i volumet av hippocampus, mens andre undersøkelser viser funksjonelle forandringer både i hippocampus og andre regioner av hjernen. Nedsatt blodtilførsel til deler av hjernebarkens frontallapp er også dokumentert, et område som antas å spille en sentral rolle i forhold til emosjoner.

Hippocampus er involvert i hukommelse, sansepersepsjon og emosjoner - ikke minst i **integreringen** av ulike inntrykk, og er av betydning for læring. Noen forskere fremhever at hippocampus antas å være spesielt viktig i integreringen av sanseintrykk som berøring, smak, syn og hørsel (Bremner et al. 1997) og forklarer traumatiserte pasienters kroppslige forstyrrelser og fragmenterte hukommelse med henvisning til nevrofysiologiske forandringer i hippocampus.

Hos tidlig misbrukte barn er det påvist hjerneforandringer i venstre hemisfære, og manglende koordinering mellom høyre og venstre hemisfære (Ito et al 1993).

Forsøk med dyr gir holdepunkter for at en rekke påvirkninger kan fremkalle analgesi såvel som hypersensibilitet. Det som er felles for disse påvirkningene er at de representerer situasjoner der dyret ikke kan slippe vekk fra noe ubehagelig eller truende. Brodal sammenlikner dette med den velkjente virkningen angst kan ha på menneskers smerteopplevelser: Angst kan på den ene side forsterke smerteopplevelser, på den andre siden kan opplevelse av smerte undertrykkes i farlige situasjoner som krever oppmerksomhet mot noe annet (Brodal 1995).

Vi er avhengig av følelsesimpulser for å kunne opptre forstandig. Autonome responser er med å danne grunnlaget for "magefølelse", intuisjon, fornemmelser som gir grunnlag for forstandig opptreden, før eller uten at personen selv vet det (Damasio 1994 og Bechara 1997, gjengitt etter Bråten 1998). Om en av en eller annen grunn er avskåret fra å sanse sine autonome reaksjoner, oppstår det som Damasio har kalt "Descartes error"; et skille mellom

⁷ Spesielt er studier av overlevende fra Vietnam-krigen og ofre for seksuelle, psykiske og fysiske overgrep utført.

"kropp"og "sjel". Fenomenet er vel kjent ved frontallappslesjoner. Brodal (1995) skriver at frontallappen er sentral for å

- kunne danne og holde på en indre forestilling om at et objekt eksisterer i tid og rom, selv om det ikke lengre sees
- reagere adekvat og skifte respons etter skiftende stimuli
- reagere emosjonelt på hendelser; trekke ut det vesentlige fra en kompleks situasjon og reagere adekvat og forutsigbart.

Hvis disse funksjonene svikter, har personen vansker med å se konsekvenser av egne handlinger og dårlig evne til innlevelse i andres situasjon, noe som fører til dårlig sosial tilpasning og isolasjon. Skader i hjernens frontallapp hindrer at impulser fra dypere følelseslag, knyttet til autonome funksjoner, når opp til høyere lag som er forbundet med fornuftsmessig regulering; det er som om forstandige valg ikke er mulig uten korrigerende følelsesimpulser (Damasio 1995, gjengitt etter Bråten 1998). Men også sosiale forhold kan ligge bak lignende kommunikasjonsforstyrrelser. Bråten (1998) viser til understimulerte barn fra Romania som hadde blitt føret mekanisk og oppbevart i gittersenger uten mulighet for sosial kontakt. Selv de som var bare 6 måneder da de ble overført til gode fosterforeldre og har vært der i mange år, ser ut til å oppvise avvik i sosial kontakt. Dette sier også noe om at psykososiale forhold setter rammer for læringsmulighetene. I slike tilfeller er det utfra nyere nevrofysiologisk kunnskap grunnlag for å anta at både funksjonelle og strukturelle forandringer har funnet sted i nervesystemet. Dermed ikke sagt at en skal utelukke læring og utvikling, men det krever spesiell innsats.

Cerebellum og basalganglier, tidligere forstått som utelukkende involvert i fysiske bevegelser, viser seg gjennom nyere forskning å delta i informasjonsprosesser på et kognitivt nivå (Feinberg & Guazelli 1999). Dette kan oppfattes å bekrefte hypotesen om at det er de samme hjernestrukturene som kontrollerer den komplekse sensomotoriske integrasjon som kreves for fysisk bevegelse som også deltar i kognitive prosesser og bevissthetens sensoriske opplevelser. Utfra en slik kunnskap er ikke motorisk påvirkning av antipsykotiske medikamenter bare å forstå som **bi**-virkninger, men de er integrerte virkninger av den psykosedempende effekt.

Kompleksitet og interaksjon mellom hjernens ulike funksjoner aktualiserer spørsmål knyttet til klassifisering av ulike lidelser og til hva som kan fungere terapeutisk og antiterapeutisk. Eksempelvis kan en lure på om det er sammenheng mellom klossethet og dissosiative forstyrrelser, like gjerne som det i dag antas at det er hjerneorganiske skader som forårsaker

funksjonsforstyrrelser som klossethet. Utfra kjennskap til hjernens plastisitet kan en også lure på om sansemotorisk trening innenfor en kommunikativ forståelse er nyttig - uansett årsaksforhold. Dagens kunnskap og forskning innen nevrofysiologi inviterer helsepersonell til å integrere psykodynamiske, kognitive og biologiske perspektiver.

5.0 Fysioterapi i psykiatrisk praksis

Fra teori til praksis: Dette kapitlet skal i første omgang gi leseren innblikk i samarbeidspartneres erfaringskunnskap og tanker om fysioterapi. Også enkelte utsagn fra fysioterapeuter gjengis. Deretter redegjøres for fysioterapeuters praksis; først gjennom eksempler som belyses i lys av innledende teori. Jeg vil også tydeliggjøre noen prinsipper, mål og arbeidsmåter i fysioterapi ut fra eksemplene.

Fysioterapeutenes arbeidsoppgaver består hovedsaklig av fire deler: undersøkelse, behandling, trening og formidling.

5.1 Hva er grunnlaget for å trekke fysioterapeuten inn i behandlingsopplegg?

Fysioterapeuter brukes både til vurdering/diagnostisering og behandling. Ved en avdeling ble fysioterapeutens undersøkelse og vurdering rutinemessig brukt som en del av den samlede utredning av pasientene. Ved de andre avdelingene gjøres utvalg av hvem som skal undersøkes, vurderes og behandles av fysioterapeut. Det er da interessant å se nærmere på hvordan samarbeidspartnere reflekterer over hvorfor fysioterapi er viktig, og hva slags problemer de oppfatter som en mulig indikasjonsgrunnlag til kroppsbehandling for psykiske lidelser. Noen eksempler kan belyse hva slags problemer andre behandlere ser hos pasientene, og hvor de mener fysioterapeuten har noe å tilføre:

Psykiater R: De guttene⁸ som vi har med personlighetsforstyrrelser, de har alltid vondt. De er alltid skadet fordi de bruker kroppen feil, de feilbelaster, får vondt i ryggen eller noe annet, de somatiserer fryktelig mye og de feiltolker kroppen. De må lære å kjenne kroppen sin bedre; de har jo ofte en rar oppfatning av den. Ser vi på de schizofrene, så er det ingen tvil om at de har dårlig basis i sine kropp. Vi har mange som er så syke at det er litt til og fra om de kan ha nytte av fysioterapi, men når fysioterapeuten når dem og de er positive, så vinner de **alltid** på det. De synes de får det bedre. Vi andre kan også nå dem da.

⁸ "Guttene" psykiateren refererer til er ungdom og voksne menn

Psykiater V.: Våre anorexijenter har så dårlig fornemmelse av og en forvrengt oppfatning av sin kropp, de har så vanskelig for å kjenne seg selv ordentlig. Nesten alle av de vi får har jo et dårlig fundament identitetsmessig, de er usikre, og da synes jeg det er klart at det er mening i å gi dem et skubb i riktig retning på det kroppslige området også. Man kan se at de ikke bruker sin kropp som de skulle, at det liksom er noe i deres utvikling som de ikke har fått med. Det er en identitetsusikkerhet, det gjelder jo også en fornemmelse av kroppens grenser. Der synes jeg fysioterapien har mye å tilføre; der arbeider man aktivt med det på en mer **konkret** måte enn vi gjør med mere verbale teknikker.

Psykolog Ø.: Kroppen er så viktig i forhold til ens egen avgrensning, identitet og autonomi. Den psykologiske utvikling og kroppen henger jo sammen, det synes jeg er helt basalt. I forhold til pasienter som er traumatisert og segregert er det klart at kroppsbehandling kan gi økt avgrensning, og at pasienten kan få en bedre forståelse for hvordan grenser er blitt forstyrret. Ved at fysioterapeuten kan arbeide med pasienten og respektere de kroppslige grensene kan pasienten få en bedre fornemmelse av at her er en person som jeg kan være i nærheten av, men som respekterer ens grenser. Og det er lov å si fra.

Psykiater U.: Det er ikke sånn at en kan si at fysioterapi er viktigere ved en diagnosegruppe enn andre. Sånn tenker jeg ikke. Jeg tenker mer på individet, uansett hva diagnosen er, hvordan de framstår, og selvfølgelig også hva deres problem er. Men om det er en schizofren eller en som har en borderline-diagnose eller en spiseforstyrrelse, det er sånn sett mindre vesentlig. Det er helhetsproblemet som er det vesentlige, synes jeg. (..) Da jeg var ung, lærte jeg at man ikke kunne sende pasienter som var psykotiske til fysioterapi, fordi de var for skrøpelige. Men jeg synes det går utmerket, det må henge sammen med hva slags behandling man gir dem. Og ihvertfall har jeg stor glede av - ja, f.eks. med sånne unge, schizofrene menn som har levd i sin sinnsyke, kaotiske verden og knapt kjenner seg selv - de profiterer på, får en hjelp gjennom fysioterapi. De blir annerledes å se på, de går annerledes. De som har dette med kroppslig usikkerhet og identitetsproblematikk og psykosomatiske forstyrrelser, de har glede av fysioterapi".

Fysioterapeut O. forteller at mange av de schizofrene som blir gjeninnlagt selv ber om å få fysioterapi på bakgrunn av tidligere erfaring. Dette kan ses i sammenheng med psykiater S.'s utsagn: Jeg har selv sett at engstelige, urolige og oppløste pasienter kan få ro og trygghet, at de kan kjenne at gulvet finnes, at jeg finnes her i verden, og jeg står.

Psykiater U.: Du kan jo se på folk hvis de har det dårlig, de kan mentalt sveve litt rundt, de har ikke bakkekontakt, de tør ikke trå på gulvet, de smyger seg langs veggene - deres kroppsspråk avspeiler jo mye av hva som er inne i dem, ikke sant (..) Jeg har en klar fornemmelse av at pasientene er meget glad for behandlingen og profiterer på den. De blir mer avslappet, de kan konsentrere seg bedre, de har det helt annerledes rett etter behandlingen enn før, og gir selv spontant uttrykk for det. Ja, de befinner seg vel med det. Den stimuleringen man gir kroppen, den påvirker jo det sensoriske system, og dermed de psykiske reaksjoner.

Gjennomgående beskriver informantene funksjonsforstyrrelser knyttet til pasientenes kroppsrelaterte opplevelser, uttrykk og bevegelser som grunnlag for en kroppslig tilnærming. Dette knyttes til en forståelse av at det er en sammenheng mellom dette og pasientens psykiske lidelse. Diagnoser nevnes, men ikke som begrunnelse for fysioterapi.

Språket kan være en vanskelig tilnæringsform til pasienter, og faggrupper som i større grad bruker språket som innfallsvinkel har vansker med å komme i kontakt med pasienten. Psykiater R. sier at "språket er en veldig stiv måte å få kontakt på. De orker jo ikke, de har vært gjennom så jævli mye psykiatri der man bare sitter og prater og prater. Da når man dem lettere når man gjør noe sammen. Også på det språklige planet, ikke sant. Man kan nå disse alexithyme mennene gjennom å jobbe med kroppen".

Psykiater S: Samtalen er ofte vanskelig for pasientene som instrument til å skape trygghet og gi støtte. Derfor er kroppen desto viktigere.

Psykiater V.: Det er jo sånn med denne unge gruppen, at det kan være vanskelig å få dem inn i et verbalterapiforløp, både fordi at de kan være i opposisjon til voksne, og at en del av dem ikke har forutsetningene i begrepsapparat eller tålmodighet til å gå inn i det. Det er noe i fysioterapien som er tiltrekkende for vår aldersgruppe.

Sykepleier E.: Mange har vært utsatt for fysiske overgrep, oftest seksuelle, og da gjør jo fysioterapeutene våre en stor innsats. Pasientene våre fornekte jo kroppen sin på en eller annen måte, og mange liker ikke berøring. Når de får individuell fysioterapi arbeider våre fysioterapeuter mye med å trene på en opplevelse av sin kropp, sine grenser og utseende. Pasientene blir mer avslappet, det er lettere med fysisk kontakt.

I⁹: Tenker du at når de kommer nærmere sin egen kropp, så blir det lettere med kontakt med andre?

E: Ja, der ser jeg jo en klar kobling.

Disse uttalelsene refererer til ulike innfallsvinkler for kroppsbehandling; lek og sport (psykiater R.), individuell behandling med vektlegging av somatosensorisk stimulering (psykiater V., sykepleier M, psykiater S.). Felles for uttalelsene er at de formidler erfaring om at en kroppslig tilnærming kan gi bedret kontaktevne; kroppslig aktivisering på ulike nivå kan være en hjelp til bedre sosial fungering.

Fysioterapi brukes også som "gulerot" for pasientene. De kan tilbys fysioterapi som belønning for "god oppførsel", eller fratras tilbudet som sanksjon for uønsket oppførsel. Sykepleier T. sier at "de jentene som kommer inn med anorexi får alltid fysioterapi på et eller annet tidspunkt.

⁹ For å få fram mening gjengis enkelte steder utdrag i intervjuform. I. står da for intervjuer.

De er jo meget kroppsbevisste, og da blir det gjerne sånn at det blir en gulrot for dem om du sier at om du veier så og så mye, så starter vi med fysioterapi. De nyter ofte den berøringen de får".¹⁰

Psykiater U. forteller om en schizofren kvinne med rusproblem. Hun brøt alle avtaler med avdelingen, men ikke med fysioterapeuten. "Vi ble enige om at hvis ikke den guleroten det var å kunne fortsette i fysioterapi fikk henne til å samarbeide bedre med oss, så måtte vi slutte med det."

"Gulerot" -funksjonen avhenger av at pasientene gjerne vil ha fysioterapi, som så tillegges motiverende funksjon også i forhold til mål som ligger utenfor fysioterapien¹¹.

Men selv om de fleste bruker fysioterapi som en del av behandlingen av pasientens psykiske lidelser, fortsatt finnes det psykolog Ø. kaller "en gammeldags holdning".

I: Fysioterapeuter får jo ofte henvist pasienter på grunnlag av kroppslige plager. Nå er kanskje ikke det så utbredt her?
Ø: Jo, det er det. Man tenker litt sånn gammeldags at da skal det fysioterapi til. Hvis man går feil, så skal man til fysioterapeut. Hvis noen har dårlig holdning, så er det noen, psykiatere iallefall, som tenker at nå skal de ned til fysioterapeuten. Det går mer på den fysiske fysioterapi. Den innfallsvinkelen som er her, ligger jo på et helt annet plan ut fra et helhetsbilde. Man ser mer etter hvordan personen er og kommer til uttrykk gjennom kroppen. Hvordan har den psykiske sykdom satt seg i kroppen?

Psykiater R.: Alle vet at man trenger fysioterapi når man har brukket beinet, men det er ingen som vet hvor mye nytte man kan ha av dem i mange andre sammenhenger! I.: Fordi det krever erfaring? R.: Ja, akkurat.

Psykiater U. minner om at "vi har jo noen som skal ha ganske alminnelig fysioterapi, som ikke er psykiatrisk fysioterapi. Noen med lungelidelser, eller opptrening av et brukket bein og denslags".

Fysioterapeutene på sin side forteller at de ofte kan ta utgangspunkt i slike "kroppslige feil" som en innfallsvinkel til å redefinerer problemer: Folk kan bli henvist med vondt i hoften, vansker med å gå - da er det slitasjegikt, eller noe annet som vi kan gi medisin og gjøre noe med. Men forståelsen for at det kan skyldes holdningen, gangen eller noe kroppsuttrykk som kan bunne i noe annet, det er ofte vanskelig å få kommunisert videre. Men jeg synes også at det er mange som lytter (fysioterapeut Å.).

¹⁰ Fysioterapeutene sier at disse pasientene oftest har et ambivalent forhold til berøring; det kan oppleves som godt, men også truende. De legger derfor stor vekt på å respektere pasientens grenser slik de framkommer verbalt og gjennom kroppslige tegn. Det er kanskje et resultat av denne forsiktigheten at pasientene opplever det som godt, som sykepleieren sier?

¹¹ Bruk av fysioterapi som "lokkemiddel" er selvfølgelig problematisk: Fysioterapi bør som all annen behandling tilbys ut fra faglige vurderinger av pasientens behov. I forhold til anorexi-jentene er det imidlertid også faglige begrunnelser: De må opp i en viss Body Mass Index for at det vurderes som medisinsk forsvarlig å begynne med fysioterapi.

Fysioterapeut P: Av og til hører jeg om folk som har vondt i nakken, i skuldrene og ryggen [på behandlingsmøtene]. Vi må ikke glemme at det kan være en viktig innfallsvinkel, for det er ikke alle behandlere som tenker at vi kan gå inn uten at det er noen symptomer - "bare" ved at pasienten har angst, er anspent eller rett og slett psykisk syk. Det er jo også en kjempeviktig innfallsvinkel for oss, men det er det mange som glemmer. Selv om de synes vi er kjempeviktige, så glemmer de det når de får en angstpasient. (..) Når jeg hører om en pasient som har veldig mye fysiske smerter, er svimmel eller noe sånt, så tenker jeg at det kanskje dekker over angst.

Ved å knytte kroppslige forhold til observasjon av daglige væremåter, utvider fysioterapeutene forståelse av kroppen.

På behandlingsmøte kan de f.eks. si at "pasienten er så varierende, den ene dagen kan hun være - bare i løpet av dagen også, så kan hun være ganske oppegående, men så i neste øyeblikk er hun ute og svever eller-" Her kan jeg gå inn, hun er i ubalanse, tenker jeg. Hun er ustabil, hun er en som trekker seg med en gang. Jeg tenker med en gang på hvordan hun er rent kroppslig. Hvordan står hun? Tør hun å markere seg? Og da tenker jeg rent kroppslig og sier noe om det - lurer på om det ikke kunne være nyttig.....(fysioterapeut P.)

Mange pasienter gir også på eget initiativ uttrykk for at de vil ha fysioterapi. Det kan være på bakgrunn av samtaler med andre pasienter, eller det kan være på bakgrunn av egne erfaringer fra tidligere innleggelse (fysioterapeut O.).

Psykolog Ø. gir et overordnet perspektiv på forholdet mellom kroppen og psykiske lidelser: Ved **alle** slags psykiske lidelser, så er jo kroppen på en eller annen måte rammet. Kroppsoppfattelsen, kroppsbevisstheten og kroppsformemmelsen er rammet. Så på en eller annen måte kan man jo sette inn på mange steder.

Men allikevel er det ikke slik at alle pasienter skal ha fysioterapi. Både samarbeidspartnere og fysioterapeutene selv vurderer av og til at pasientene ikke skal ha fysioterapi (se også kap. 5.2.1). Noen pasienter er for dårlige til fysioterapi, eller det blir for mye for pasienten:

Psykiater V.: De litt bedre psykotiske pasientene kan ha glede av behandlinger med å merke kroppens grenser og sånn. Men jeg har kjent flere av de dårligste psykotiske pasienter som ikke har kunnet tåle den nære relasjonen til fysioterapeuten. (..) Det kan også være et problem at vi noen ganger er for ambisiøse på pasientens vegne. I og med at vi har muligheter for en mangefasettert tilnærming kan vi iblant sette inn for mye.

Oppsummerende kan vi si at når andre trekker inn fysioterapeuten, så er det som oftest ut fra en forståelse av at kroppen har grunnleggende betydning for utvikling av identitet, avgrensning, autonomi og sosialt liv. Svikt i motorisk funksjon, sensorisk/perseptuelle problemer med kontakt med egen kropp, angst for berøring, vrangforestillinger om egen

kropp er sentrale dimensjoner hos mange psykiatriske pasienter. Erfaringene som beskrives tyder på at fysioterapi kan være et viktig bidrag til å redusere slike problemer, og dermed gi pasienter en tryggere identitet og mer autonomi. En kroppslig tilnærming kan også være viktig for å få pasienten i tale og til å få kontakt med andre.

Det tradisjonelle skillet mellom "psykiske" og "somatiske" plager og symptomer utviskes når informantene beskriver hva slags problemer som gir grunnlag for å trekke inn fysioterapeuten. Det er også verd å merke seg at begrunnelsene som gis for å trekke inn fysioterapeuten er nært knyttet til erfaringer: Begrunnelsene ligger (tildels) i gode erfaringer med fysioterapi.

5.2 Fysioterapeutisk undersøkelse

Informasjon om kroppslige forhold kan innhentes på mange måter. Dels er det utviklet strukturerte undersøkelser, dels foretas mer ustrukturerte observasjoner og undersøkelser. Fysioterapeutene i materialet bruker flere former. Valg av undersøkelsesform reflekterer faglige og situasjonsavhengige vurderinger.

Fysioterapeutene ved sykehus A gjennomførte systematisk helhetsorienterte **kroppsundersøkelser**¹² på nær alle pasientene de fikk henvist. På sykehus B var det variasjon i praksis m.h.t. undersøkelser, mens de på sykehus C sjelden gjorde kroppsundersøkelser. De brukte derimot ofte undersøkelser som ga informasjon om pasientenes **forestillinger** om egen kropp. Jeg skal kort redegjøre for de ulike undersøkelsesformene som brukes, og gjennom eksempler fra informanter vise hva slags betydning de tillegger dette m.h.t. forståelse og behandling av pasienter.

¹² Mange av fysioterapeutenes samarbeidspartnere bruker betegnelsen "psykosomatisk undersøkelse" om fysioterapeutenes undersøkelse. Selv bruker de betegnelsen "ressursorientert kroppsundersøkelse" (ROK). De har imidlertid utvidet fortolkningsperspektivet ved at de foretar en kvalitativ sammenfatning og fortolkning av kroppstegn, der de tillegger kroppens tegn mening i både et livshistorisk og et psykodynamisk perspektiv. Betegnelsen ROK kan dermed virke noe misvisende, se senere i kapitlet.

5.2.1 Undersøkelse av kroppsforhold

Helhetsorientert kroppsundersøkelse

Helhetsorientert kroppsundersøkelse er utviklet med utgangspunkt i psykomotorisk fysioterapi¹³. Undersøkelsen i psykomotorisk fysioterapi kalles psykomotorisk prøvebehandling, og er tilsiktet dynamisk i den forstand at en ikke bare vil ha fram et øyeblikksbilde av kroppens tilstand, men også ha kjennskap til hvordan pasienten reagerer på undersøkelse og behandling. Undersøkelsen i seg selv innebærer derved en tilsiktet påvirkning av pasientens kroppslige forsvar. Enhver undersøkelsessituasjon innebærer selvfølgelig at begge parter gjør en ny erfaring, og følgelig påvirkes av situasjonen. Den helhetsorienterte kroppsundersøkelsen er utviklet for å redusere inngripende påvirkning, samtidig som en fortsatt har hele kroppen som interessefelt: Hensikten med undersøkelsen er på systematisk vis å få kjennskap til pasientens kroppslige forhold, spesielt knyttet til mønstre i respirasjon, bevegelser, muskulære spenninger, kroppsholdning, og autonome funksjoner. Fysioterapeutens oppmerksomhet er rettet mot pasientens respiratoriske, motoriske, autonome og verbale reaksjoner under hele undersøkelsen. Anamnese hører også til undersøkelsen, og utføres som halvstrukturert intervju. Tema for anamnesen kan være pasientens erfaringer, tanker og følelser knyttet til kropp og plager, og kroppserfaringer relatert til livserfaringer. Pasienten har bare undertøy på seg under kroppsundersøkelsen.

Undersøkelsen avsluttes med at enkeltfunn fra undersøkelsen sammenfattes for å se hvilke mønstre som framtrer. Thornquist (1988) gir eksempler på hvordan slike mønstre kan beskrives og forstås i forhold til en psykodynamisk forståelsesramme. Hun framholder at det er **mønstre**, ikke enkeltfunn, som er grunnlag for fortolkning av kroppsfunn, og gir noen eksempler på hvordan slike mønstre kan arte seg. Om tvangsnevrotiske personer sier hun at mønsteret preges av at "kroppsfunn bekrefter hverandre: den spente og korte muskulatur, den bremsede og påholdne pust, det mimikkfattige ansikt, de stive og stakkato-pregede bevegelser, den aktive og anspente kroppsholdning og lukkede autonome funksjoner forteller om langvarig og omfattende bremsing og tilbakeholdenhet. Mønsteret som framtrer er entydig. Kroppen mangler fleksibilitet og omstillingsevne" (s.160).

Hos pasienter med borderline-personlighet er mønsteret annerledes. Her fremtrer oftest et "mønster av motstridenhet og sprik. Hvert funn for seg, derimot, forteller ingenting om personens indre splittethet og kaos. Først når vi ser kroppens deler og funksjoner i sammenheng med hvordan personen forholder seg til seg selv og

¹³ Psykomotorisk fysioterapi (PMF) ble utviklet av fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen i nært samarbeid med psykiater Trygve Braatøy i årene 1947-53. Begge arbeidet da ved psykiatrisk avdeling på Ullevål Sykehus. PMF er en inngripende og omstillende behandlingsform, og brukes fortrinnsvis overfor jeg-sterke pasienter med somatiske og lettere psykiske problemer. I dag brukes PMF sjelden som behandling i psykiatriske sykehus. Dette antas å ha sammenheng med endringer i innlagte pasienters problematikk gjennom de tiårene som er gått. PMF står imidlertid fortsatt sentralt gjennom sitt bidrag til forståelse og undersøkelse av kroppslige forhold (Sternberg 1998). De fleste av fysioterapeutene i prosjektet har videreutdanning i PMF.

omverdenen, har vi grunnlag for faglig fortolkning. At personligheten har mangelfull struktur og integrasjon kan vi få informasjon om via kroppen forutsatt at undersøkelsen er helhetlig orientert og helhetlig sammenfattet. Da ser vi at kroppen som personen viser et "enten-eller"-preg, en veksling mellom kontroll og oppgitthet, kontakt og tilbaketrekning. Det som isolert sett kan oppfattes som positivt, dvs som fleksibilitet og omstillbart, blir vurdert i sammenheng med andre funn mangel på stabilitet, utflytenhet og mangel på grenser" (Thornquist 1988:160).

Undersøkelsen er semistrukturert; fysioterapeuten har en plan for hva slags kroppslige forhold hun skal undersøke. Men pasienten inviteres hele tiden inn som aktiv deltaker ved at hans reaksjoner, tanker og følelser etterspørres. Det er også vanlig at fysioterapeuten melder sine funn og tanker om dem til pasienten, og at hun etterspør pasientens oppfatninger om dette. Innenfor et struktur som i utgangspunktet gir asymmetriske roller, brytes mønsteret ved at pasienten aktiviseres som "ekspert" på egne opplevelser.

Fysioterapeutene på sykehus A brukte denne undersøkelsesformen systematisk, og det ble vurdert som svært nyttig i diagnostisk sammenheng av samarbeidspartnere, se senere. Fysioterapeutene på sykehus B brukte denne undersøkelsen når de utførte systematiske undersøkelser. Når de av ulike grunner ikke kunne gjennomføre systematiske undersøkelser, brukte de elementer fra denne undersøkelsen som grunnlag for observasjon.

På sykehus C ble denne undersøkelsen brukt dersom pasientene ga uttrykk for problemer knyttet til anspenhet og spenningsrelaterte smertetilstander, ellers ikke.

Ressursorientert kroppsundersøkelse (ROK)

ROK er utviklet av fysioterapeut og psykolog Bunkan (1994,1996), og har vesentlige fellestrekk med det jeg har beskrevet som helshetsorientert kroppsundersøkelse. Men mens denne sammenfattes og konkluderes i et livshistorisk og psykodynamisk perspektiv, konkluderes ROK i forhold til en endimensjonal, lineær framstilling der ytterpolene er definert som "belastede" og "ikke belastede ressurser". Konklusjonen kan dermed framstille grader av patologi, men det er vanskelig å skille mellom ulike typer patologi innenfor den framstillingsformen Bunkan (1996) anviser for konklusjon.

Global Muskel-Funksjonsundersøkelse (GFM)

GFM er utviklet av fysioterapeut Sundsvold (1982), også denne med utgangspunkt i den psykomotoriske prøvebehandlingen. I GFM tilstreber en imidlertid standardisering av undersøkelsessituasjonen og kvantifisering av undersøkelsesfunn. Undersøkelsens summeres og "konkluderes" med tall. Forskning har vist at undersøkelsen gir tilfredsstillende inter-

reliabilitet mellom trente fysioterapeuter, og at den gir valide resultater m.h.t. å skille mellom ulike typer og grader av psykopatologi (Sundsvold & al. 1982).

Det er viktig å merke seg at denne undersøkelsen legger mindre vekt på autonome funksjoner enn de ovenfor nevnte. Det er bare temperatur og svette som registreres, og bare på ett bestemt tidspunkt i undersøkelsen. En mister derved mye meningsfull informasjon om pasientens reaksjoner knyttet til spesielle undersøkelser. Om en pasient f.eks. får gåsehud ved palpasjon av glutealområdet, vil de fleste fysioterapeuter tillegge det vekt som en situasjonsavhengig, meningsbærende reaksjon. Viktig informasjon "går tapt" ved at det ikke gjøres relevant i skjema for undersøkelse.

Et annet viktig problem, er at standardisering innebærer at det er fysioterapeuten som styrer hele undersøkelsen. Skjema for undersøkelse avgjør hva som er relevante spørsmål, svar, kroppslige bevegelser og reaksjoner. GFM gir dermed føringer mot en asymmetrisk relasjon mellom behandler og pasient.

En av prosjektets informanter henviser til GFM, men bruker bare deler av den i sin praksis.

Body Awareness scale (BAS)

Hensikten med BAS er å beskrive pasientens aktuelle tilstand både fra pasientens og behandlerens perspektiv. For dette formålet består BAS av et strukturert intervju og en strukturert bevegelsestest (Roxendal 1993). Roxendal, som er fysioterapeut, sier dessuten at BAS er et redskap for å evaluere behandling, ved at en kan "måle" forskjeller før og etter behandling. BAS består av svært mange "items". Både av hensyn til å redusere omfanget av undersøkelsen, men også av logiske grunner anbefaler Roxendal at en gjør utvalg av "items" i praksis-situasjoner. "Det er aldrig lämplig att summera skattningspoeng för hele skalaen. De olika items står för så skilda meningsinnehåll att det skulle blir nonsens-informasjon" (Roxendal 1993:36).

Pasienten har alltid klær på, og det er ingen direkte kroppskontakt som i en helhetsorientert kroppsundersøkelse. Fysioterapeuten instruerer bevegelser, som i stor grad er hverdagslige bevegelser som å gå, stå, jogge, hinke, hoppe, ligge, sitte, gå opp på en stol, trampe i gulvet osv. Noen bevegelser er hentet fra bevegelsessystemet Basal Kroppskänndom (BK)¹⁴.

Fysioterapeuten gir så "score" for utførelse etter en gitt skala. Observasjon av bevegelser og stillinger knyttes i hovedsak til pasientens forhold til midtlinjen, forhold til underlaget, mental tilstedeværelse og flyt i bevegelsene.

¹⁴ Basal Kroppskänndom er et bevegelsessystem som er utviklet av Roxendal, og bygger på enkle, innledende bevegelser til T'ai Chi.

Det er vesentlige problemer knyttet til bruk av BAS. Undersøkelsen er konstruert i forhold til bevegelsessystemet BK, og er først og fremst egnet til å evaluere endringer før og etter behandling med BK (Madsen 1997). Som for GFM, vil standardisering innebære at relasjonen mellom fysioterapeut og pasient i situasjonen blir asymmetrisk. Roxendal (1993:34) gir også en viktig innvending: All information som intervju og bevegelsestest gir kan ikke bokføres i siffror. Det er ofte väl så viktig information som inte kommer til synes i protokollet. Dessa rapporter och iakttagelser antecknas i form av kommentarer til respektive items". Alt som ikke kan tallfestes faller imidlertid utenfor synsfeltet ved summering av "scores". Roxendal (1993:38) avslutter med å si at "Fältet er fritt för en kreativ utväckling av olika sätt att bearbeta skattningsresultaterna av BAS".

Det drives p.t. utstrakt arbeid med utprøving av BAS' anvendelighet i forhold til ulike pasientgrupper og problemkategorier.

Ingen av mine informanter gir uttrykk for at de bruker BAS i sin helhet. Flere bruker imidlertid deler av undersøkelsen.

Ustrukturerte undersøkelser - prøvebehandlinger

Fysioterapeutene foretar ikke alltid fullstendige og systematiske undersøkelser, men **vurderer når og hvordan undersøkelser skal utføres**. Slike vurderinger kan ha utgangspunkt i pasientens problematikk, som her:

Jeg hadde en pasient som ikke visste om han var levende eller død. Han var en meget dårlig schizofren. Da tenkte jeg at for det jeg skal gjøre for ham, trenger jeg ingen fullstendig, stringent undersøkelse. Da valgte jeg å si at han skal ha behandling kort tid ad gangen, og så prøver jeg noen forskjellige kroppslige stimuli for å se hvordan reaksjonene er. Da ser jeg både på kroppslige tegn og kontakten. Noen ganger sier de ikke så mye, for de tror de skal. Da ser jeg på respirasjonen, øyekontakten, ser om de er tilstede, og så kjenner jeg på hva som skjer under hendene mine. Spenner han seg? Slapper han av og nyter det? Og så spør jeg hvordan det er (fysioterapeut Å.).

Istedet for en strukturert undersøkelse gjøres her en prøvebehandling, hvor pasientens reaksjoner avgjør videre behandling. Men en ser ellers at fysioterapeuten vektlegger de samme kroppslige fenomen som en gjør i en helhetsorientert kroppsundersøkelse. En legger også merke til at fysioterapeuten ikke tar for gitt at spørsmål til pasienten er tilstrekkelig for å få informasjon; hun "tar høyde for" at pasientens ord kan stå i motsetning til kroppslige budskap. Dette tillegges også en relasjonell forståelse; utsagnet om at "de tror de må" avspeiler at hun mener pasienten inntar en underordnet rolle. Ved å arbeide respektfullt med utgangspunkt i pasientens kroppslige grensesetting samtidig som hun aktivt etterspør pasientens opplevelse, kan hun bidra til å skape en mer likeverdig relasjon.

Fysioterapeuter som arbeider på **akuttavdelinger** forteller at de opplever det som feil bruk av tid å gjøre fullstendige undersøkelser. Fysioterapeut K. sier at hun undersøkte mer før, men at hun etterhvert opplevde det som "litt overdrevet": Tiden det tok å etablere kontakt og foreta undersøkelsen, medførte at hun såvidt ble ferdig før pasientene ble utskrevet. Pasientene selv fikk dermed ikke noe nytte av undersøkelsen i form av oppfølgende behandling. Også fysioterapeut J. begrenser sin undersøkelse ut fra at pasientene har kort tid på akuttavdelingen. Men hun har "en undersøkende holdning" til pasientene i forskjellige behandlingssammenhenger:

Du ser jo veldig fort om pasienten er i ekstensjons- eller fleksjonsholdning, eller om det er hyperekstenderte knær og en slapp holdning. **Ansiktet** er jeg veldig opptatt av, mimikken, blikket, stemmenivået. Hvordan pasienten sitter eller står, om det er noe respirasjonssvar noe sted - sånne ting forteller mye, og vi har øvd og øvd på å lære å se, selv om pasienten har klær på. Det er veldig viktig i forhold til hvordan du nærmer deg pasienten og dosering (..) Og så spør vi vel alltid -hvordan kjennes kroppen din? (fysioterapeut J.)

Fysioterapeuten kan bli nødt til å begrense undersøkelsen av andre grunner enn tidspress også. Kroppslig nærhet kan av og til være en stor belastning for pasienten.

Når pasienten kommer inn, så ser jeg hvordan hun går, hvordan hun står, gjør litt undersøkelser av stabilitet, ser hvordan hun står eller hviler mot underlaget. Og selvfølgelig, det vi tar inn med en gang, er pusten. Hvordan beveger hun seg, hvordan lar hun meg bevege seg? Men jeg er ikke så systematisk eller grundig i undersøkelsen, for mange her kan jo ikke kle av seg - jeg kan ikke **be** dem om det engang. Det er jo ikke sikkert at jeg kan nærme meg pasienten; kanskje jeg må holde en meters avstand. Men det er utrolig hva erfaringen gjør, hva du fanger opp allikevel (fysioterapeut P).

Fysioterapeutene bruker elementer fra helhetsorientert kroppsundersøkelse i sin observasjon, men bruker kunnskapen fleksibelt i møte med pasienten. Pasienten blir derved "medbestemmende" for fysioterapeutens handlinger, og dette bidrar til at relasjonen mellom behandler og pasient blir likeverdige. Det siste eksempelet viser at anerkjennelsen også omfatter kroppslige forhold; fornemmelser av behov for kroppslig avstand styrer om fysioterapeuten ber pasienten kle av seg eller ikke.

Alminnelige fysioterapeutiske undersøkelser

I tillegg til undersøkelser som er omtalt ovenfor, brukes ofte enkeltstående undersøkelser av balanse og stabilitet sammen med mer generelle funksjonsundersøkelser som f.eks. observasjon av gange. Barn undersøkes med en funksjonsundersøkelse, som i store trekk er konstruert for å vurdere nivå for motorisk utvikling og sanseintegrasjon.

Fysioterapeuten ved en avdeling på sykehus B foretar systematisk testing av kondisjon og styrke som et ledd i utredning av unge schizofrene. Mange viser seg å være i ekstremt dårlig form.

Testene gir jo miljøpersonalet en veldig god forståelse for at vedkommende ikke kan orke mer. Jeg som har jobbet 30 år i psykiatrien, er jo skremt over hvor dårlig form de er i. Du får jo folk som rett og slett kan få hjertestans og kollapse ved en spasertur. Du tenker ikke på det, du ser for deg en ungdom og tenker "han må vel klare mer enn det!" Og så er det altså som å jobbe på gamle hjem når det gjelder fysikk (sykepleier B.).

Testene hjelper miljøpersonalet til å ha realistiske forventninger til pasienten, og gir trygghet både for pasient og personale. De brukes også som grunnlag for å lage treningsprogram. Også pasienter fra andre avdelinger som bruker trimrommet, blir testet.

5.2.2 Undersøkelse av forestillinger om kroppen

EGON

EGON består av fem delundersøkelser for undersøkelse av forestillinger om kroppen: 1) Måling av subjektiv oppfatning av kroppens størrelse gjennom spesielt utviklet apparatur (Visual Size Estimation) og måling av objektive kroppsmål. 2) Standardisert spørreskjema om opplevelse av egen kropps utseende. 3-5) Tegnetester: Tegn et menneske, tegn en av det andre kjønn, tegn deg selv.

Fysioterapeut Majewski (1996) har evaluert undersøkelsens kvantitative del, og sier at måling av subjektiv kroppsstørrelse med denne metoden kan være en måte å evaluere effekten av kroppsbevissthetstrening hos pasienter med spiseforstyrrelser. Undersøkelsens kvalitative del er ikke evaluert systematisk, men brukes mye i praksis og tillegges stor vekt av fysioterapeuten som uttrykk for kroppslig disosiasjon (forvring av kroppsbilde, manglende avgrensning). Tegnetest er også beskrevet hos Bunkan (1996).

Undersøkelsen brukes systematisk på pasienter med spiseforstyrrelser på sykehus C. Forøvrig inngår gjerne spørsmål om kroppsoppfatning i andres undersøkelser også, men undersøkes ikke systematisert som her.

"Jeg spør pasienten"

Fysioterapeut N. legger hovedsaklig pasientens verbalt uttrykte ønsker til grunn for behandling.

Det jeg spør meg selv om, og det jeg spør pasienten om, er hvordan han har det med kroppen. Og jeg forsøker å høre etter hva slags kroppslige behov pasienten har. Om pasienten har vondt, om han kjenner seg stiv noe sted, om han er fornøyd med sin kondisjon, om han sover, om han lider mye av spenninger og sånt. Og det jeg mener med kroppslige behov, er f.eks. at om pasienten har vanskelig for å sove, så kan han kanskje lære en måte å slappe av på som gjør at han får sove. Om pasienten har lett for å gå opp i vekt og lider av det, så kan vi kanskje finne et treningsprogram som pasienten kan tenke seg for å bli mer bevegelig og kjenne at kroppen er mer med, at han kjenner seg bedre.

Fysioterapeuten legger stor vekt på pasientens verbale utsagn som utgangspunkt for hva hun gjør. Hun presiserer at kontakt mellom behandler og pasient gir grunnlaget for hvordan de kan arbeide sammen, og anerkjenner alltid pasientens utsagn.

"Jeg kan jo foreslå ting, lokke med at jeg har erfaring for at dette hjelper; **det** gjør jeg jo. Men om pasienten av en eller annen grunn sier nei takk, så må vi gjøre som pasienten foreslår. (...) Ofte foreslår jeg jo ting, og det hender vi må endre det etterhvert. Men oftest er jo pasientene med på det".

Relasjonen mellom fysioterapeut og pasient bryter her et vanlig mønster for samhandling mellom behandler og pasient. Fysioterapeuten bruker sin i utgangspunktet overordnede posisjon i relasjonen til å la pasienten bli "overordnet". Fysioterapeuten legger da også stor vekt på relasjonens betydning for utvikling og vekst.

Om utgangspunktet for behandling **ensidig** bygger på en anerkjennelsen av pasienten verbale utsagn, aktualiseres imidlertid spørsmålet om forholdet mellom ord og kropp; bevissthet og kroppslige tegn. Ord og kroppslige uttrykk kan være motstridende. Det å anerkjenne verbale utsagn kan innebære en underkjennelse av pasientens kroppslige uttrykk, og bidra til at pasienten selv fjerner seg ytterligere fra kroppen.

5.2.3 Hva mener samarbeidspartnere om fysioterapeutenes bidrag til utredning av pasienter?

Fysioterapeutenes undersøkelse har viktige funksjoner som ble omtalt av mange av deres samarbeidspartnere. Som nevnt er det hovedsaklig helhetsorientert kroppsundersøkelser fysioterapeuter bruker når de undersøker pasienter strukturert og systematisk, og det er denne undersøkelsesformen, evnt. med tilleggsundersøkelser, som danner grunnlag for andres vurderinger. Jeg lar informanter fortelle:

Psykiater V.: Vi har det som rutine at alle våre unge blir psykosomatisk undersøkt og at det blir gjort funksjonsundersøkelser [fysioterapeutens undersøkelser, min anm.]. Det tenker jeg på som en viktig del av

utredningen ved innleggelse. Like viktig som at vi får utført en alminnelig kroppsundersøkelse av lege, tatt blodprøver, kanskje, og får gjort psykologiske tester, er at vi får en fysioterapeutisk vurdering.

I.: Hva synes du det tilfører?

V.: Hvis vi snakker om funksjonsundersøkelser, så kan jo det jo dels være om det er noen tegn på medfødte vanskeligheter, noe hjerneorganisk et sted. Vi leger utfører jo det vi kaller en funksjonsnevrologisk undersøkelse, hvor vi ser på hvordan barna beveger seg, hvor langt de er kommet med hensyn til balanse og stabilitet, koordinasjon og sånt. Jeg synes at den fysioterapeutiske undersøkelsen er et viktig supplement til den, for fysioterapeutene ser kanskje litt andre ting enn vi ser. Tilsammen kan det gi et godt bilde av om det er noe hjerneorganisk, noe nevrologisk som vi skal henvisse videre. Med hensyn til den psykosomatiske undersøkelsen er den til hjelp for å overveie om barnet kan ha glede av et behandlingstilbud. Men den er også viktig i utredning av barnets problem hvor vi kan være litt i tvil: Hva er det **egentlig**, hvor dårlig er barnet? Flere ganger har jeg opplevd at denne kroppsundersøkelsen har gitt en pekepinn på at dette barnet har noen kroppslige ressurser og egentlig ikke er så dårlig psykisk og har så alvorlig psykopatologi som vi trodde. Andre ganger kan barna framstå som rimelig kompetente, men så kan man se av kroppsundersøkelsen at de er svake på noen punkter. Jeg synes undersøkelsen er en hjelp til å diagnostisere.

Psykolog Ø: Selvfølgelig kan man gjøre psykologisk vurdering gjennom samtale, men kroppen gir noen informasjonen som en ikke kan få gjennom ord. Det kan f.eks. være at forsvaret er mye mer skrøpelig enn det viser seg gjennom ord. Kroppsundersøkelsen kan være til hjelp for å finne ut av hvor pasientens ressurser ligger, og hvor den utviklingsmessige forstyrrelse ligger. Det henger selvfølgelig sammen med hvor forsvaret ligger. Mange har en utviklingsforstyrrelse i separasjons-individuasjonsfasen og slåss med autonomi, selvstendighet og sånt. Jeg har flere ganger opplevd at den fysioterapeutiske vurdering kom fram til det samme, fordi de kan se at en pasient kan ha vanskelig for å stå på egne bein og slå fra seg og altså, være meget regressiv. [Fysioterapeutens undersøkelse] rommer muligheter til å forstå kroppen og kroppens funksjon på en annen måte, man får et visuelt bilde av hva denne pasienten har problemer med. (..) Det kan være noen som har vært utsatt for incest hvor vi ønsker en kroppslig vurdering- hvor skrøpelig er deres forsvar? Det å supplere den psykologiske undersøkelsen med en kroppslig vurdering synes jeg har vært meget givende. Til tider bekrefter de hverandre, men man kan få med noen andre aspekter. (..) Ansvar og kompetanse er så forskjellig, det synes jeg har vært utrolig givende. Jeg har foretatt psykologiske undersøkelser, altså testing av pasienter, med Rorschach, intelligens-test og andre tester for å få en personlighetsmessig vurdering. Når fysioterapeuten har undersøkt og vi sammenlikner vurderingene, så supplerer de hverandre, og noen ganger får vi en bedre forståelse.(...) [Behandlingen] skal jo hele tiden gjøres i forhold til en vurdering av pasienten. Jeg synes fordelene ved å være i et system som dette her, med vekt på vurderinger og overveielser er at man ikke går igang uten å prøve å finne ut av hva man har med å gjøre.

Psykiater C: [Fysioterapeutens undersøkelse] er en fasett til å bygge opp bildet av hva slags pasient dette er, som fysioterapien kan, som psykologen kan, som jeg som kliniker og sykepleierens observasjoner kan [bidra til].

Sykepleier T.: Ut fra den psykosomatiske undersøkelsen kan fysioterapeuten si at denne jenta er meget skrøpelig, og da tenker vi at vi kanskje skal være mer forsiktig i vår omgang med henne.

I: Så fysioterapeutens vurderinger påvirker hva dere gjør også?

T: Ja, det synes jeg. (...) Noen ganger har vi tanker om at noen kanskje har vært utsatt for seksuelle overgrep, og da kan fysioterapeuten noen ganger si at "det jeg kan si, er at det godt kan se ut som om det har vært det. En kan jo selvfølgelig aldri si det hundre prosent sikkert, men funn i undersøkelsen kunne tyde på det".

Kropp og ord kan som nevnt motsi hverandre, men kroppen kan også bekrefte og utfylle verbal informasjon. Det er på dette grunnlaget at kjennskap til og forståelse for kroppslige uttrykk gir utvidet innsikt i pasienters problematikk. "Bildet" av pasienten bekrefte eller avkreftes, det blir nyansert og tydeligere for samarbeidspartnere.

Flere informanter forteller at konklusjoner på bakgrunn av en helhetsorientert kroppsundersøkelse har bidratt til at pasientens psykiatriske diagnose er blitt revurdert. Et eksempel gjelder en pasient som var diagnostisert som schizofren. Fysioterapeutens undersøkelse resulterte i at pasientens problem ble redefinert som posttraumatisk stressyndrom (fysioterapeut I.).

Et annet eksempel gir psykolog Ø.: Vi hadde en kvinne som hadde vært flere år i psykiatrien, og som var diagnostisert som en karakteravvikende person, altså uten behandlingsmuligheter. Hun ble gjenhenvist flere ganger, fordi hun fikk det tiltakende verre. Det kom fram at hun i flere år hadde levd i et meget voldelig forhold. Hun hadde mye somatiske symptomer, vondt i magen, vondt i hodet, og fungerte i det hele tatt dårlig. Men umiddelbart virket hun som en aggressiv og ganske sterk person. Ved vår samtale fikk jeg raskt inntrykk av at hun var mer skrøpelig enn som så, så jeg tenkte at det var viktig å vurdere hvor skrøpelig hun egentlig var. Selvfølgelig kan man gjøre det gjennom samtale, men jeg syntes det var viktig å supplere med en fysioterapeutisk undersøkelse. Pasienten ønsket det jo også selv, siden hun hadde så mange kroppslige symptomer. Jeg henviste så til fysioterapeut O., som ut fra undersøkelsen bekreftet at hun helt klart var utrolig mye mer skrøpelig enn det man fra psykiatrisk side vurderte henne til å være, for da vurderer man bare ut fra den verbale framturen. Den vurderingen fysioterapeuten kom med, bekreftet at hun faktisk hadde symptomer forenlige med posttraumatisk stressyndrom, og det gir egentlig en betydelig mer positiv innfallsvinkel enn karakteravvik.

Psykolog C. sier at "fysioterapeutens utredning er viktig. Vi har opplevd at vi ikke finner ut av pasientens problem uten den biten også".

Disse eksemplene og uttalelsene bekrefter Thornquists funn (1992), der fysioterapeutenes samarbeidspartnere uttrykker at den fysioterapeutiske undersøkelse bidrar til å bekrefte og

utdype den psykiatriske vurdering. Noen sier også at fysioterapeutene kan fungere som et diagnostisk korrektiv.

Betydningen av at en helhetsorientert kroppsundersøkelse gir informasjon som ikke kan nå gjennom ord, ligger først og fremst i de konsekvenser diagnostikk har for behandling. For eksempel har posttraumatisk stressyndrom helt andre perspektiver både m.h.t. behandlingsform, behandlingsmuligheter og dermed framtidsutsikter for pasienten enn både personlighetsforstyrrelse og schizofreni (jf. Husebø 1994).

Ikke alle som undersøkes får fysioterapi

Kontakten avsluttes noen ganger etter undersøkelsen. Fysioterapeutene vurderer selv om pasienten skal ha videre behandling, og eventuelt hva slags behandling (fysioterapeut O. og Å.). Begrunnelsene for dette kan være vurderinger av at pasienten ikke kan ha nytte av fysioterapi, eller at det kan være kontraindisert å arbeide med kroppen.

Vi har hatt en terapi sammen, med en kvinne som har vært utsatt for incest. Der har fysioterapeut O. vært veldig klar på at hun ikke kan arbeide med henne kroppslig før hun er blitt bedre istand til å sette ord på sine erfaringer, for ellers går hun helt i baklås kroppslig. Vi snakker sammen underveis¹⁵ om hvor pasienten er og hva vi må justere. Det synes jeg har vært utrolig givende, sammen med at vi har den samme utviklingspsykologiske forståelse (psykolog Ø.).

Fysioterapeuten bestemmer, og møter respekt for sin vurdering med bakgrunn i at de har felles teoretisk grunnforståelse og tenkning om sammenhenger mellom kroppslige og språklige uttrykksformer.

Når fysioterapeut og samarbeidspartnere har ulik forståelse kan det imidlertid oppstå uenighet både om pasienten skal ha fysioterapi, men også hva slags fysioterapi pasienten skal ha.

Vi kan ha noen kamper av og til, hvor jeg sier at der der, det kan jeg ikke arbeide med. Jeg er redd for å gjøre skade på pasienten. Men det er ikke ofte vi opplever det, de fleste er lydhøre og samarbeidsvillige. Men en gang imellom tror jeg ikke forståelsen stikker så dypt (fysioterapeut Å.).

Selv om kontakten med fysioterapeut avsluttes etter undersøkelse og vurdering av og til, er det vanligst at det går over i behandling.

¹⁵Ø. understreker at de innhenter pasientens tillatelse til å snakke sammen om overordnede problemstillinger i terapien.

5.3 Fysioterapi som behandling

Fysioterapi omfatter både individuell behandling og behandling i bevegelsesgrupper. Noen steder faller også mosjon og trening inn i fysioterapeutens arbeid. Flere forhold ligger til grunn for fysioterapeutenes vurdering m.h.t. valg av behandlingsform, og jeg redegjør for ulike synspunkter på dette senere. Først vil jeg eksemplifisere fysioterapeuters arbeid individuelt og i grupper, slik at leseren kan få en viss kjennskap til mulige praksisformer. Deretter forsøker jeg å forbinde praksis med innledende teori for å tydeliggjøre sider ved fysioterapeutenes arbeide med pasientene.

5.3.1 Fysioterapi som individuell behandling

Ved alle sykehusene gir fysioterapeutene individuell behandling. Fysioterapeutene påpeker at behovet er større enn de kan rekke over, og noen kompenserer da med å tilby deltakelse i bevegelsesgruppe istedetfor. Alle mener imidlertid at individuell behandling er verdifullt. Behandlingen kan individualiseres, og det bidrar til å skape trygghet for begge parter. Om dette nære samarbeidet gir pasienten opplevelse av at hans grenser respekteres, og at han "tas alvorlig" både verbalt og kroppslig, gir behandlingen grunnlag for det som Skårderud (1994) kaller en nærende relasjon. Fysioterapeut N. er opptatt av nettopp relasjonens betydning: "Å få et annet menneskes fulle oppmerksomhet en stund, det er livgivende. Og det synes jeg pasientene skal få, så mye vi bare orker. For **det** er de ikke bortskjemte med".

Fysioterapeut O. begrunner individuell behandling ut fra psykodynamisk forståelse, og viser til at pasientene ofte er fragmentert og kan bli ytterligere fragmentert i møter med flere mennesker. En jeg-du-kontakt kan derimot skape syntese, fordi da har man en hel person foran seg. Hun viser også til at berøring og kroppskontakt er avgjørende viktig for individuasjon og avgrensning, opplevelse av identitet, helhet og virkelighetskontakt, og mener altså at dette best kan imøtekommes i individuell behandling.

Alle påpeker betydningen av at individuell behandling gir mulighet for full oppmerksomhet mot pasienten. Behandlingen kan da vurderes og tilpasses fortløpende, med utgangspunkt i kroppslige forhold som også inngår i undersøkelsen innledningsvis (respirasjon, vegetative reaksjoner, motorisk respons, blikkontakt) og verbale utsagn fra pasienten.

Noen eksempler kan belyse hvordan individuelle behandlinger kan se ut. Eksemplene er valgt ut fra at de aktuelle pasientene tillot en observatør i rommet. Ingen behandlinger er like, men elementer av det samme kan gå igjen i mange enkeltbehandlinger. Hva slike felleselementer

kan være, vil jeg vise ved kommentarer til eksemplene. Fysioterapeutene har aldri diagnoser som utgangspunkt for sin behandling. De er mer orientert mot pasientens kroppslige funksjonsnivå og samhandling i situasjonen, mens de har kunnskap om pasientens spesielle psykiatriske lidelse som bakgrunnskunnskap. Selv om pasientene som beskrives her har diagnoser som schizofreni og anorexi, så har eksemplene relevans også i forhold til andre diagnose-grupper.

Eksempel 1: Behandling på benk og gulv: Fysioterapeuten¹⁶ (F) behandler Inger, en 14 år gammel jente som er inne på sykehuset for annen gang. F forteller meg før behandlingen at hun er innlagt p.g.a. anorexi-problemer, og at hun har hatt psykotiske stemmer som fortalte henne at hun ikke måtte spise. Forrige gang hun ble innlagt var Inger i 10-årsalderen og var sterkt overvektig. Bakgrunnen for innleggelsen nå var at hun hadde anorektiske problemer, og veide 40 kg; under halvparten av tidligere. Hun har et fattig språk, og de mener hun har lav intelligens. F sier at Inger har vanskelig for å tillate seg selv noe godt. Hun har dårlig kontakt med kroppen, og kjente f.eks. ikke forskjell på spenning eller avspenning. Inger var også klossete motorisk. Helhetsorientert kroppsundersøkelse viste at hun hadde dårlig stabilitet i kroppen og utbredt hypoton muskulatur, noe F sammen med andre funn forstår som uttrykk for oppgitthet. I begynnelsen fikk hun bare 10-15 minutters behandling pr. gang, hvor behandlingen bestod i massasje av føttene. F sier Inger er glad for behandlingen; "hun får mye positive assosiasjoner og bilder". Hun kommer alltid til timen, gjerne litt før. Men i begynnelsen ble hun veldig urolig, og ville bare gå. Litt etter litt har de kunnet ta "mere med", utvide behandlingsområdet og bruke lengre tid. Samtidig med dette har hun også begynt å spise mer. F sier at -"hun kan gi seg mer lov".

Den medisinske journalen viser at avdelingens leger vurderer om hun skal medisineres for psykose: Hun hører stemmer om at noen er etter henne og vil drepe henne og at hun ikke må spise. Hun har vært mye mobbet på skolen. En har lagt merke til at hun skvetter til når det kommer noen inn i rommet hvor hun er.

Inger kommer springende bortover korridoren før tiden, og forteller glad at hun skal slippe diett nå og få spise det hun vil. De snakker litt om dette, om hun skal farge håret, de nye skoene må vises fram og kommenteres, og de bekrefter avtalen om at jeg kan være der for å se på.

¹⁶ Fysioterapeuten i eksempelet er fysioterapeut D. I framstillingen av eksempler har jeg valgt å bare bruke betegnelsen "fysioterapeuten" eller (F). Begrunnelsen for dette valget er at det er fysioterapeuten som fagutøver, ikke som person som er interessant. Framstillingen blir forhåpentlig også lettere å lese. Kilder blir også i senere eksempler oppgitt i fotnoter.

- 00.00 Inger legger seg på ryggen på behandlingsbenken med klærne på. F stiller seg ved fotenden, slik at hun har hele pasienten i synsfeltet. F: Vi starter med beina dine - blir de trette? I: Nei. F "klapper" taktfast med begge hender I's hø. bein fra foten og opp til litt over kneet. F:-Hvordan kjennes det? I: -Fint! Hun legger seg med armene under nakken og tygger tyggegummi. F fortsetter, det er stille. Inger lukker øynene, slutter å tygge og puster roligere.
- 00.10 F tar fram en liten piggete ball som hun ruller over og under foten en stund, så fortsetter hun oppover beinet, litt lenger opp mot lysken enn tidligere, men fortsatt bare høyre. Det er fortsatt helt stille.
- 00.13 F. går over til å utføre faste, raske grep om beinet, hun slutter med faste strykninger over og under foten. F: -Hvordan var det? I: -Jeg merker varme. F: -Er det avslappet eller spent? I: -Jeg tror det er avslappet. F: -Hva gjør at du tror? I: -Det kribler av og til. F:-Kan du kjenne forskjell på beina? I: -Nei.
- 00.15 F. gjentar liknende arbeid med det andre beinet. Inger ligger med åpne øyne etter samtalen, hun vender seg mot meg, ser på meg og smiler. Hun snur seg tilbake, lukker øynene, tygger litt. Så legger hun hendene på brystkassen, puster rolig. Det er helt stille mens ve. bein behandles. F. følger hele tiden med på Ingers ansikt og pust.
- 00.25 F: -Kribler det nå? I: -Ja, little grann. F: -Fint at du forteller det. I: -Men de er like. Inger setter seg opp, F. går og henter en matte som hun ruller ut på gulvet. De prater litt om hårfarging igjen før de begge legger seg på gulvet med beina festet i
- 00.36 ribbeveggen og gjør "mageøvelse". Etter et par repetisjoner spør F: -Kan du kjenne om du bruker magemusklene nå? I: -Mm. F: -Vi tar noen ganger til....Hvordan kjennes det nå? I:-Nå kan jeg godt merke det. De veksler så mellom å ligge ned med armene over hodet og løfte hodet og brystkasse mens de klappe på knærne. Etter noen ganger sier I at -nå kan jeg godt kjenne det!
- De snur seg over på magen, og sender en ball seg i mellom. F spør på samme måte i forhold til ryggmuskulatur. I: -Jeg kjenner det litt. Jeg kjenner det litt hele tiden. F: Okei, da tar vi litt mer.....
- Okei, da kan du legge deg over på siden. F ordner til med en pute under hodet, -hvordan ligger du? I: -Fint. F legger hendene sine på og skyver litt mot thorax og hoftekam, og ber Inger holde stillingen selv om hun flytter hendene sine ("rytmisk stabilisering"). Inger greier ikke å holde stillingen når F flytter hendene sine uten klare overganger, og F går over til hold/slipp-teknikk med klare overganger mellom motstandens retning. Hun spør innimellom Inger om hvor i kroppen hun kjenner det, og hva hun kjenner. Etter en stund går de tilbake til motstand med glidende overganger, og nå går det mye bedre: Inger holder stødig. Så flytter F den ene hånden fra thorax til skulder, -kan du kjenne hvor du må arbeide nå? Inger får tydelig ikke helt "tak", og F stryker med fast hånd mellom skulderbladene hennes noen ganger før de prøver igjen. F sier at det kan se ut som om Inger bruker bare hoftemusklene, om hun kan tenke på skulderen også?
- 00.40 De prøver igjen, og nå greier Inger å holde stabilt. F: -Hvordan gikk det nå? I: -Nå gikk det fint. F: -Så skal vi opp og stå (reiser seg, Inger følger på) -hvordan kjennes beina? I: -Slappe. Litt deilige. F: -Skal vi så si adjø? I: -Kan vi ikke bare ta nakken litt? De blir enige om det, Inger legger seg på ryggen på benken igjen. F: -Er det fordi du har vondt, eller fordi det er deilig? I: -Deilig!! Hun ligger med kryssede bein, og forteller

at det kjennes spent i nakken - "jeg spenner meg mye på skolen". Det er stille i rommet mens fysioterapeuten masserer henne i nakken. Inger ligger med åpne øyne og har abdominal respirasjon med små utslag. F avslutter med å stryke henne over pannen, trekker øynene forsiktig til siden, masserer litt over temporalis-området og i hodebunnen. Inger "svarer" med å slippe pusten mer basalt og i roligere tempo.

00.50 F tar hendene til seg, -Så..... Inger smiler, -det var deilig! Hun reiser seg, de avtaler ny time neste uke.

Inger kommer løpende til behandling. Det har aldri skjedd før, og fysioterapeutene snakker om det etterpå: Hun viste en side de aldri hadde sett. Overgangen fra at hun kom løpende, til at hun legger seg på benken for å få fysioterapi, er stor. Både Inger og fysioterapeuten virker innforstått med hva behandlingen skal være, og hennes spontane bevegelsesglede stopper opp til fordel for det planlagte. Fysioterapeut Engelsrud (1990) peker på betydningen av at fagpersoner spesielt, men også andre voksne er vår for barns egne bevegelsesinitiativ. Våre egne bevegelsesvar kan støtte opp om og formidle anerkjennelse av barnets bevegelser, og dermed fremme god selvfølelse, utvikling og oppdagelse av kroppslige muligheter. Men om barnets initiativ ikke følges opp, kan en også bidra til stagnasjon. Engelsruds studie er knyttet til barn. Men tenkemåten kan overføres til kliniske situasjoner generelt. Kroppslig interaksjon er av avgjørende betydning for relasjonsutvikling, og dermed for selvforståelse og selvutvikling livet gjennom (Bråten 1998, Thornquist 1998).

Pasienten oppleves åpenbart annerledes enn fysioterapeuten har sett henne før, og det er da en krevende utfordring å tilpasse valg av aktiviteter til "øyeblikkets pasient", samtidig som en holder fast et langsiktig perspektiv for behandlingen. Det at Inger kommer løpende kan forstås som at hun gledet seg til å møte fysioterapeuten på grunnlag av gode erfaringer. Forutsigbarhet, trygghet og tillit kan være forutsetninger for at Inger kan slippe seg løs i friere bevegelser.

I behandlingssituasjonen gir fysioterapeuten lite instruksjon; det meste virker kjent for Inger. Under behandlingssekvensene er det fysioterapeuten som leder. Men Inger tar initiativ til å snakke og definerer i stor grad tema i overgangsfaser som når behandlingen begynner og slutter, og når de skifter stillinger underveis. Rollene veksler, men systematisk slik at fysioterapeuten er den førende når "behandling pågår", mens Inger er førende i mer dagligdagse samtaler. Men på slutten redefineres situasjonen, når Inger ber om, og får massasje i nakken. Hun får bestemme, og begrunnelsen om at det er "deilig!" er god nok for fysioterapeuten.

Fysioterapeuten bruker både egne hender, ball, stillingsforandringer og språk som virkemidler i denne behandlingen. Hun bruker egne hender til somatosensorisk stimulering i faste, rytmiske grep og klapp innenfor et område opp til knærne. Pasienten er først litt urolig, tygger tyggegummi og tar armene opp under nakken, men etterhvert slutter hun å tygge, lukker øynene og puster roligere. Hun virker trygg på fysioterapeutens berøring i dette området. Når fysioterapeuten beveger seg lengre opp på beinet, bruker hun knotteball. Denne "introdueres" på foten, for så å føres lengre oppover. Inger reagerer ikke noe spesielt på dette, og fysioterapeuten går så over til å bruke egne hender også lengre opp på beinet enn tidligere. Dette gir et eksempel på en **gradvis tilnærming**. Når fysioterapeuten går utover et kroppsområde som er trygt for pasienten, øker hun avstanden mellom seg selv og pasienten, og gir pasienten mulighet til å forholde seg til egen kropp gjennom et avstandsskapende objekt som ikke gir samme assosiasjoner som hender. Når dette ser ut til å være uproblematisk for pasienten, bruker hun egne hender i samme område. Deretter spør hun pasienten om opplevelsen hennes. Hele tiden er hun oppmerksom på pasientens kroppslige reaksjoner. Denne graderte tilnærming kan ses som uttrykk for anerkjennelse av kroppslige uttrykk. Pasienten gjøres "medbestemmende" i situasjonen ved at fysioterapeuten er vår for hennes ubevisste kroppslige uttrykk.

Det at det meste virket kjent for Inger, kan ha sammenheng med at behandlingstimene er lagt opp med gjennomgående aktiviteter og virkemidler som er gjenkjennelige og forutsigbare. Behandlingstimen er allikevel kjennetegnet ved at "**gjentakelser**" **aldri er gjentakelser**. Det handler ikke om å trene mengde, men å fremme nye motoriske funksjoner eller nye somatosensoriske kvaliteter. De arbeider hele tiden på "kanten" av Ingers grenser, enten det er med krav til motorisk kontroll eller å tåle somatosensorisk stimulering. Fysioterapeuten prøver hele tiden å finne stimuleringsmåter og velge utgangsstillinger som gjør det mulig å komme videre.

Begges oppmerksomhet er gjennom kroppslige stimuli og spørsmål rettet mot kroppen som fornemmelser. Interaksjonen foregår på det Bråten (1998) kaller kroppslig kommunikasjon og kommunikasjon gjennom felles objektoppmerksomhet med beskjeden grad av verbalisering. Også m.h.t. verbalisering er Inger nær sin kompetansegrense: Det ser ut som om det er vanskelig å finne ord og uttrykk. Kunne fysioterapeuten i sterkere grad stimulert også språklige uttrykk? Eksempelet viser også noen innfallsvinkler til kommunikasjon på høyere nivåer, men med utgangspunkt i kroppslige erfaringer. Ved å spørre på andre måter kan en utvide perspektivet for kroppsfornemmelser til å ha mening i forhold til sosiale situasjoner og erfaringer. Kribling i beina, minner det om noe? Kjenner du det i andre situasjoner? Nakkespenninger på skolen - hva tenker du om det? Er det noe der som er

vanskelig for deg? Poenget i denne sammenheng er å vise noen muligheter, ikke å si at dette burde vært gjort: Dette må være gjenstand for faglig vurdering av fysioterapeuten i situasjonen.

Behandlingen i eksempelet kan beskrives gjennom nøkkelordene struktur, konsentrasjon, kroppskontakt, stabilitet og avgrensning. Hvordan disse fenomenene forholder seg til hverandre skal jeg komme tilbake til i kap. 5.3.

Eksempel 2: Behandling i basseng: Erik er i 20-årene, og ble innlagt fra det somatiske sykehuset etter at han hadde kjørt av veien med bil for 3 mnd. siden. Han var mye skadet i ansiktet, og hadde et brudd i ve. skulder. Erik ble lagt inn på lukket avdeling fordi en var redd for selvmord. De første 6 ukene fikk han lite fysioterapi; ortopedisk kirurg hadde bestemt restriksjoner for bevegelse for å unngå overbelastning på bruddstedet. Nå er imidlertid hovedoppgaven å gjenvinne førlighet i skulderen.

Erik får fysioterapi i basseng 1 gang i uken¹⁷. Fysioterapeuten¹⁸ (F) har valgt å behandle Erik i bassenget fordi vannet gir sensorisk stimulering av hele kroppen (mer eller mindre, avhengig av bevegelse), og at dette tillater henne å konsentrere seg om skulderen. Men ut over å være målrettet m.h.t. hva hun vil arbeide med i behandlingen, vil hun også at fysioterapien skal være et "pusterom"; pasienten skal oppleve det godt å være her.

F har tenkt på at den tette kroppslige kontakten dem imellom kan være problematisk, og er bevisst på at hun gjennom stemmebruk og avgrensning av tema for samtalen definerer situasjonen som en behandlingssituasjon. Hun mener tydelig instruksjon er viktig også ut fra Eriks psykiske funksjonsnivå, og relaterer dette til diagnosen schizofreni.

Fordi Erik kom før avtalt tid og var veldig urolig, gikk Erik og F til bassenget uten å vente på meg. De måtte ha med en tredje person som bassengvakt. Da jeg kom, var de ferdige med å dusje, Erik går litt skjevt, bredbeint og stivt til bassenget. Han tar på seg flytevest før han går uti.

De går ned i bassenget til vannet når F over skuldrene (Erik er endel høyere). De står tett på hverandre, ansikt til ansikt. F holder rundt skuldrene til Eriks mens hun instruerer ham i ulike bevegelser. Stemmen er vennlig, men bestemt: -Nå skal du bevege armen ut til siden (osv) Erik sier ingen ting, men smiler forsiktig. F sier fra når hun

¹⁷ Fysioterapeutene mente at dette var for lite, og prøvde å trekke ergoterapeutene inn slik at Erik kunne få behandling 2 ganger pr. uke. Dette ble det imidlertid ikke noe av, og de kontaktet aktivitetsleder istedet for å få et tilpasset aktivitetstilbud.

¹⁸ Fysioterapeuten i eksempelet er fysioterapeut F.

kjenner at han løfter hele skulderen istedet for å bevege armen frem, og spør Erik hva han kjenner. De prøver noen forskjellige bevegelser, før F foreslår at de kan sette seg i trappa. Dermed får også Erik vann over skuldrene. F holder om Eriks arm, mens han beveger overkroppen fram og tilbake, og sidelengs. Den verbale kommunikasjonen dem i mellom består i at F forteller Erik hva han skal gjøre, og hun spør ham hvordan det kjennes. F snakker mest, Erik svarer med enstavelsesord. Skulderen er i fokus både i bevegelsene og den verbale kommunikasjonen. Erik sier svært lite, men ser ut til å ha det bra, og han følger godt opp F's instruksjon. Etter å ha holdt på med bevegelse en stund, går F over til å "riste løs" muskulaturen i overarmen med hendene sine.

Så skal Erik svømme litt. Han legger seg på ryggen, og får en flytepute under knærne. Han holder hodet stivt opp i været, beina henger passivt med mens han får litt framdrift ved å bruke armene. F foreslår at de skal ta vekk flyteputa under knærne, og Erik er enig. Erik holder på å miste balansen, og begge ler. Noe svømming blir det imidlertid ikke ut av det, og F tar fram en ball som de så kaster til hverandre med begge hender vekselvis. Erik gjør hva han kan for å treffe vannet rett foran F så hun får vannsprut i ansiktet, og ler godt når han lykkes. Han beveger seg veldig forsiktig rundt i vannet, og vil helst sitte i trappa og ta imot. Men han reiser seg fort for å hente baller han ikke når. Han "faller" bakover en gang, og ler mens han bruker lang tid på å gjenvinne balansen. Etter dette avslutter de og går i dusjen igjen. Lars har på seg treningsdrakt og "helsesandaler" som er 2-3 cm. for korte, slik at halve hælen går utenfor skoen. Det ser imidlertid ikke ut til at han merker dette. Vi går sammen tilbake til avdelingen. Erik ser fornøyd ut, og når jeg spør ham om han liker å få fysioterapi, svarer han: "Det er fint".

Også i dette eksempelet skifter partene roller i løpet av behandlingssituasjonen. Her er det imidlertid ikke "pausene" som gir rolleskifter, men at aktivitetene i seg selv inviterer til større deltakelse fra pasientens side. Innledningsvis har fysioterapeuten bestemt styring både gjennom innholdet i sin instruksjon, men også gjennom stemmebruk: Begge deler kommuniserer et asymmetrisk forhold der fysioterapeuten bestemmer, og den andre tilpasser seg. Her er det tenkelig at det kan oppstå konflikt mellom den overordnede posisjon fysioterapeuten inntar med stemme og innhold i instruksjon, og det å aktivisere den andre som likeverdig samtalepartner.

Den asymmetriske relasjonen brytes imidlertid i sekvensen med svømming hvor de prøver ut noe sammen, og i ball-kastingen. Erik "tar igjen", ertter og ler, og partene er likeverdige: Denne lekpregede delen av behandlingen er avhengig av begge aktivitet og engasjement. Samtidig som leken er "indremotivert", er den et ledd i behandlingen av skulderen: Gjennom å kaste og fukke ballen, strekke seg etter den og måtte kave litt for å holde balansen, bruker Erik armen i spontane bevegelser. Påholdenhet og engstelse slipper taket, og gir rom for friere bevegelser.

Denne behandlingssituasjonen har fellestrekk med eksempel 1 både m.h.t. at fysioterapeuten vektlegger somatosensorisk stimulering. Virkemidlene er imidlertid forskjellige. I bassenget får Erik somatosensorisk stimulering gjennom trykk og motstand fra vannet. Dette skjer helt uavhengig av fysioterapeuten, og har derfor ikke det samme potensiale til å være grensekrenkende og skape utrygghet som personlig berøring.

Det er også likhetstrekk m.h.t. felles oppmerksomhet om et "objektet" - kroppen, ved at begge parter er konsentrert om hva de kjenner ved bevegelse. Når F. observerer og kjenner at Erik heiser skulderen opp når han skal løfte armen fram, gir hun både verbal og kroppslig tilbakemelding til pasienten og spør etter hans opplevelse. Oppmerksomheten er rettet mot muskel- og leddbruk. Erik smiler mest til svar, og gir noen få verbale utsagn. Kommunikasjonen omhandler konkrete kroppslige forhold. Om Bråten (1998) har rett i sine antakelser om at problemer knyttet til autistiske væremåter kan avhjelpes med kroppslig kommunikasjon og samhandling, kan valget av kommunikativt nivå være relevant. Som i forrige eksempel kan en også tenke seg at **temaet** for verbal kommunikasjon kan utvides i et behandlingsforløp, fra oppmerksomhet om ledd- og muskler, til oppmerksomhet om kroppsformennelser som uttrykk for følelser og situasjonserfaringer. Oppmerksomhet om "tekniske sider ved kroppen" kan gi et betrakterforhold til egen kropp, mens oppmerksomhet om kroppsformennelser i et emosjonelt/sosialt perspektiv kan gi bedre selvinnsett, og bedre muligheter til å forstå seg selv og andre.

"Alminnelig lidelse" krever "ualminnelig fysioterapi"

Eksemplet med Erik belyser også hvordan fysioterapeuter i psykiatri nærmer seg det som psykiater U. kalte "alminnelig fysioterapi". Så enkelt er det allikevel ikke. Rehabilitering og behandling av psykiatriske pasienter som har fått slag, brukket armen, har følger etter kirurgiske inngrep osv. krever spesiell kunnskap. Ved sykehus A brukes fysioterapeutene i økende grad i rehabilitering av psykiatriske pasienter som har fått "somatiske" skader og sykdommer. Disse pasientene passer ikke inn i treningsregimer andre steder, og det å samarbeide med dem krever kompetanse ut over det "alminnelige" fysioterapeuter har. Psykiater R. eksemplifiserer hvordan "alminnelige lidelser" krever "ualminnelig" behandling når han beskriver problemer knyttet til lungebetennelse hos en kataton schizofren pasient:

Disse pasientene er veldig vanskelige å arbeide med. Sier man host, så gjør de akkurat ikke det, og sånn. Eller de hoster og hoster og hoster. Det blir et katatont symptom som alle de andre motoriske forstyrrelsene. De har veldig

nytte av en erfaren fysioterapeut som er vant til å jobbe med sånt. Det krever egentlig en ganske omfattende psykosekunnskap for å hjelpe disse veldig syke pasientene¹⁹.

Alminnelig fysioterapikunnskap

Selv om psykiatriske pasienter krever mer enn alminnelige fysioterapikunnskaper, så krever de også det. I eksempel 2 er det flere sekvenser der fysioterapeuten bruker alminnelige og grunnleggende fysioterapikunnskaper. Når hun oppdager at det er vanskelig for pasienten å bevege armen fritt i stående stilling, ber hun ham sette seg. Pasienten får større understøttelsesflate og han får tyngdepunktet nærmere understøttelsesflaten. Begge deler gir bedret stabilitet. (Eriks bredbeinte gange har også denne funksjonen). Bedret stabilitet kan bidra til å redusere kompensatorisk spenning i overkroppen, og kan gjøre det lettere for pasienten å bevege armen fritt. Hun holder dessuten albuen fast og lar pasienten bevege skulderen indirekte gjennom å bevege overkroppen. Dette er kjent som en skånsom måte å mobilisere leddet på. Pasienten får dessuten approximasjon i skulderleddet og dermed mer proprioceptiv informasjon herfra. Massasjeregrepene på skulder og overarm gir også proprioceptive stimuli, samtidig som det kan gi lokal avspenning av muskulaturen. Samlet gir dette bedre forutsetninger for koordinert og fri bevegelse i skulderleddet.

Tilsvarende ser vi i eksempel 1. Her velger fysioterapeuten en stilling med stor understøttelsesflate når de skal arbeide med stimulering av stabiliserende muskulatur. Når fysioterapeuten ikke får ønsket svar på "rytmisk stabilisering", gjør hun det enklere for pasienten; først ved å velge en mindre krevende form for motstand, så ved å gi eksterioceptiv stimulering for at pasienten lettere skal kunne aktivisere underliggende muskulatur. Når de så prøver igjen, mestrer pasienten oppgaven.

Eksempel 3: Fysioterapi og samtale. Fysioterapeut N. forteller om en pasient som hadde store problemer med at han svettet så mye. Dette var forsøkt løst gjennom endringer av medikamenter, men til lite hjelp. Da han begynte å svette under behandling hos fysioterapeuten, spurte hun ham om det minnet ham om noe, om det var knyttet til bestemte situasjoner. Mannen sa at han svettet når han jobbet, "men også i sengen - når jeg får tankene". Tankene handlet om barna hans, som han hadde misbrukt seksuelt - han var redd for hva han hadde gjort med dem.

¹⁹ Jeg gjengir denne uttalelsen for fysioterapeuten (N.) senere, og spør om hennes syn på saken. "Jeg synes det er vanskelig; jeg kan ikke si at **det** er bra for den diagnosen, og **det** er bra for den. I: Men da har du jo sagt mye allerede. Og for meg ser det ut som om fysioterapeutene jobber uavhengig av diagnoser - de kan tildels gjøre den samme behandling om det er en pasient med schizofreni eller en med spiseforstyrrelser? N.: Ja, det handler mer om kroppen enn om diagnosen. På **en** måte. Og det møtet vi får er jo veiledende for hva vi gjør. Men vi må jo også bøye oss for diagnosen, for den **sykdommen** pasienten har. Akkurat som vi ikke kan trene en pasient med dårlig hjerte ubegrenset på sykkel, må vi ta hensyn til hvordan det er med pasienten, til de psykiatriske sykdommer.

Eksempelet belyser hvordan oppmerksomhet mot kroppslige reaksjoner og språk kan bidra til å skape forståelse for kroppslige uttrykk. I avdelingen ble svettingen betraktet som en biologisk forstyrrelse. Men når pasienten begynner å svette under behandling, oppfatter fysioterapeuten kroppstegnet som uttrykk for at mannen er (følelsesmessig) berørt akkurat nå. Ved å beskrive det hun ser/kjenner, stille noen spørsmål i det øyeblikket mannen begynner å svette, bidrar fysioterapeuten til at symptomet får mening. Slik kan affektiv medinnlevelse i kroppslig samhandling (Bråten 1998) eller kroppslig empati (Thornquist 1998) bidra til at språk, livshistorie og kroppssopplevelse knyttes sammen. Kommunikasjonen spenner over alle de fire lag Bråten (1998) beskriver. Mannen blir mer kjent med seg selv, og i beste fall lærer han også en innfallsvinkel til å bli videre kjent med seg selv. Han får også bedre mulighet til å forstå andre: Følelser er det vareste "instrument" vi har til å leve oss inn i andres erfaringsverden, noe som igjen er en forutsetning for å bry oss om andres ve og vel. Slik blir følelser en tilgang til moralsk oppfatning av situasjoner, moralsk dømmekraft og forstandige handlinger (Vetlesen og Nortvedt 1994, Bråten 1998, Thornquist 1998). Mannens handlinger tatt i betraktning, framstår dette som særdeles viktig.

Fysioterapeut N. sier at "det er en oppdagelsesreise for oss begge. Om pasienten blir litt nysgjerrig på seg selv, så har jeg gjort en god jobb". Fysioterapeuten er her den spørrende parten, og pasienten gjøres til "ekspert" på egne opplevelser. Slik aktiviseres han som likeverdig partner.

Fysioterapeuten avslutter historien overfor meg med å si at "Når han selv hadde sagt hva det hadde sammenheng med, så var det lett for meg å si det på avdelingen". I dette ligger at hennes forståelse ikke er vanlig og akseptert tenkning. Hvis mannen ikke hadde sagt det selv, så kunne fysioterapeuten risikert å bli oppfattet som useriøs. Hun sier i en annen sammenheng at det er en utbredt biologisk orientering på sykehuset, og det er antakelig på denne bakgrunn hennes forsiktighet med å fortolke kroppslige tegn som meningsbærende må forstås. "En biologisk orientering" gir også en bakgrunn for å forstå at en prøver å løse problemet medikamentelt (jf. kap. 4.1). Men når sammenhengen trer fram må en lure på om ikke medikamentell behandling og reduksjon av det kroppslige uttrykket kan bidra til fremmedgjøring mer enn til mulighet for å bearbeide følelsesmessige vanskeligheter, til å lære om seg selv og andre. En teknisk løsning innebærer dessuten at han er underordnet i relasjonen til behandleren, som er en utvendig "ekspert".

5.3.3 Individuell behandling, gruppebehandling eller både-og?

Fysioterapeutene har ulike syn på gruppebehandling. Noen bruker det mye, andre ikke i det hele tatt. Behandlingsformene kan brukes utfyllende, og noen pasienter får både individuell

behandling og behandling i bevegelsesgruppe. Uansett om behandlingen foregår individuelt eller i gruppe, legger fysioterapeutene vekt på at behandlingen skal være tilpasset pasientene. Fysioterapeut P. sier at det er lettere å ha pasienter i gruppe når hun også har dem individuelt; da kjenner hun dem bedre, og bevegelsesgruppa blir mer tilpasset den enkeltes behov. Fysioterapeutene ved sykehus B har alltid med en ko-terapeut fra miljøpersonalet i avdelingene. Disse kjenner pasientene bedre, vet mer om hva som har skjedd med pasientene i det siste og kan ut fra det være med på å planlegge innholdet i bevegelsesgruppa. Fysioterapeutene ved sykehus C leder gruppene uten ko-terapeut.

Argumentene som føres for gruppebehandling, er dels av kvantitativ, dels av kvalitativ art. Det kvantitative argumentet er knyttet til mangelfull kapasitet til å dekke etterspørsel for fysioterapi: "Det begynner å bli så mange pasienter som gjerne vil ha hjelp, og vi må ofte si nei til individuell fysioterapi fordi vi ikke har tid. Og da tenkte vi på grupper, for da når vi flere med våre knappe resurser" (fysioterapeut J.).

Men behandling i grupper betraktes ikke som et mindreverdige tilbud; tvertimot påpeker fysioterapeut J. at "man kan gjøre mye arbeid med ulike grupper - du har psykomotoriske grupper, du har tilnæringsgrupper, du har BK-grupper, du kan gjøre det så fjernt eller nært du vil. Jeg tror de kan lære mye av å være i gruppe, for de er isolerte mennesker; alene, med lite nettverk. Det å være sammen med andre og ha tilhørighet har vist seg å være veldig bra. De er veldig stolt av at de også tilhører en gruppe".

Ønsker en å arbeide med fokus på interaksjon mellom mennesker, kan gruppeterapi være et godt valg. Fysioterapeuter kan bruke innsikt om kroppen og kroppsuttrykk til å belyse følelser, handlings- og bevegelsesmønstre, og omvendt. Aktivitetene kan legges opp slik at grad av nærhet-avstand kan varieres, de kan legges opp med tanke på ulike krav til sensomotorisk funksjon, og de kan legges opp med ulike grader av støttende og samlende, eller frigjørende aktiviteter. Thornquist (1992) beskriver ytterpunktene som **aktiviserende, jeg-støttende og strukturere**nde på den ene siden; **utviklende, utprøvende og innsiktorientert** på den andre siden. Hva slags målsettinger en velger, avhenger av pasientgruppens sammensetning og organisatoriske rammer: På akuttavdelinger, hvor den uttalte målsettingen er å samle og stabilisere pasienter, arbeider også fysioterapeuten i tråd med dette. På langtidsavdelinger kan en være mer fleksibel i tilnæringsform, avhengig av pasientenes problematikk og avdelingenes øvrige behandlingstibud.

Fysioterapeutene ved sykehus A gir bare individuelle behandlinger, og argumenterer for det ut fra psykodynamisk teori. De viser til at psykiatriske pasienter ofte har fragmentert

personlighetsstruktur med et skjørt forsvar, og som konsekvens av dette velger de å prioritere individuelle behandlinger. Fysioterapeut O. sier at "utvikling av et kroppsjeg handler jo bla. a. om at man går fra en symbiose med tett fysisk kontakt over i individuasjon. Denne lykkes hvis det er mye berøring, mye avgrensning av kroppen. Dypest sett er det vanvittig at svært fragmenterte mennesker skal sitte i en gruppe og forholde seg til hverandre. Det å forholde seg til gruppen skaper analyse. Fordi de er fragmentert, tar de inn deler og blir enda mer fragmentert".

Behandling i grupper betraktes i dette perspektivet som kontraindisert for dårlige pasienter. Også ved de andre sykehusene ser det ut til at de ikke tar de dårligste pasientene i gruppebehandling. De har imidlertid ikke begrunnet dette eksplisitt.

Fysioterapeut N. har sluttet med grupper: "Jeg synes det er så sjelden at mennesker får sjansen til å få en annens hele og fulle oppmerksomhet, så det vil jeg gi dem. I en gruppe er det kjempevanskelig, synes jeg. Jeg hadde grupper før, og det var ikke dumt, men det blir for mye inntrykk for meg. Alle disse pasientene, ulike måter å bevege seg på, med ulike behov"

Et springende punkt i gruppebehandling er muligheter til fortløpende observasjon og vurdering for å tilpasse valg av aktiviteter til den enkeltes behov og kapasitet. Fysioterapeut J. sier at det hender at pasienter ikke greier å delta i hele bevegelsesgruppa. Da kan pasienten forlate gruppa og få følge av co-terapeuten til avdelingen, eller han kan trekke seg litt ut på sidelinjen. Men både hun og ko-terapeut A. sier det er sjelden det skjer.

Fysioterapeut J. sier også at "noen er livredde, og tør ikke å være med. Da foreslår jeg at de kan være med og sitte å se på. Når de har gjort det, så tør de gjerne neste gang".

For mange vekker tanken på bevegelse i grupper vonde minner fra skolens gymnastikk. Det å være i en gruppe, det er så prestasjonspreget for mange - de husker den derre linjegymnastikken på skolen. De bruker lang tid på å tørre å være med i en gruppe. Det fysioterapeut P. gjør fint da, det er at hun tar dem individuelt først, så de blir trygge (sykepleier H.).

Flere fysioterapeuter (G., K., J. og P.) har pasienter som får både individuell behandling og gruppebehandling. Dels skyldes dette at pasientene har problemer som ikke i tiltrekkelig grad kan imøtekommes i grupper. Men individuell behandling parallelt med gruppebehandling er en fordel også fordi fysioterapeuten blir bedre kjent med pasienten og lettere kan tilpasse gruppeaktivitetene etter pasientenes behov.

5.3.3 Ulike bevegelsesgrupper

Bevegelsesgruppene varierer i innhold avhengig av pasientenes problematikk og "dagsform", og fysioterapeutens forståelse av hva som er passende m.h.t. stabiliserende og støttende eller frigjørende tilnærming til pasientene. Jeg gir eksempler på hvordan ulike grupper kan arte seg.

Eksempel 4: Bevegelsesgruppe, akuttavdeling: De fleste pasienter på akuttavdelingen får tilbud om å delta i bevegelsesgruppe. Unntaket er dem som blir vurdert til å være for dårlige; d.v.s. at de er "kav psykotiske". De får samlende og støttende individuell fysioterapi, og må vente med å være med i gruppa til de er bedre. Fysioterapeut J. finner fram til aktuelle pasienter ved å være med på morgenmøte på avdelingen, og hun diskuterer med miljøpersonalet hvem av pasientene som kan være med. Kort liggetid i avdelingen medfører stor utskifting i gruppa. Hjelpepleier A²⁰ er fysioterapeutens ko-terapeut i gruppa.

Fysioterapeut J. forteller at målet hennes med gruppa er at deltakerne skal "få med en liten spire" før de blir evt. blir flyttet videre til neste avdeling. Hun har drevet med grupper i mange år, og har etterhvert kommet fram til at disse temaene bør ha en sentral plass i bevegelsesgruppene:

- Grensesetting
- Nærhet-avstand
- Selvpresentasjon/selvmarkering
- Kreativitet, fantasi, lek
- Mestring: Motorisk, men også i sosiale situasjoner
- Balanse, stabilitet og struktur

[Jeg bruker] musikk for å lage rytme, markering, stimulering, uten at det behøver å være så mye innarbeidelse, av å gå i dybden med noe. ...Jeg vil [at pasientene skal] kjenne at **jeg er her, og kjenne at jeg har en kropp**". (...) Hvis pasientene reagerer annerledes enn jeg har tenkt, så må vi velge noe annet. Hvis jeg f.eks. legger lista litt for høyt og jeg ser at de ikke mestrer det, så tenker jeg motorisk utvikling og går ned slik at de kan mestre det (fysioterapeut J).

Som "fellesnevner" for gruppa idag har hun tenkt å legge opp til bevegelsesaktiviteter som kan fremme konsentrasjon og koordinasjon, og at deltakerne gjennom enkelt samspill får

²⁰ Fysioterapeuten er glad for at hjelpepleier A. ville være ko-terapeut, og sier at hun er både interessert og dyktig. Fysioterapeuten har prøvd å få med noen av sykepleierne, men ingen av dem vil. Hun har også prøvd å få dem i tale om evaluering av bevegelsesgruppa, men de finner aldri en tid som passer. Hjelpepleier A. på sin side forteller at hun var veldig usikker til å begynne med; "det gikk så mye på meg som person". Men hun sier at hun har fått mye ny kunnskap, og det trykker henne. A. synes hun kommer nærmere pasientene gjennom bevegelsesgruppa, og har glede av det i arbeidet på avdelingen. Hun bemerker "en avslappet tone der borte på fysioterapien; det er veldig sjelden mislykket. De er flinke til å vinkle det sånn at folk føler trygghet".

prøve seg ut i forhold til personlig rom og gå ut i rommet. Overordnet vil hun at det hele skal foregå i en trygg ramme.

I dag er Else og Bjørg med i gruppa. Det er ca. 35 års aldersforskjell på dem. Else er iflg. fysioterapeuten mobbeoffer, og har hatt rusproblemer i lang tid. Hun var "helt vrak" da hun kom inn; det er stor forskjell på henne nå og da. Bjørg er en representativ, eldre dame som synger i kor, og er innlagt p.g.a. depresjon. A. sier at de er ganske lei av henne i avdelingen; hun klager over alt og er veldig negativ. A. følger pasientene fra avdelingen til fysioterapeutenes grupperom. To menn og en dame til skulle vært med, men en var for urolig, de to andre ble forhindret av ulike grunner.

Gruppen ønskes velkommen, og jeg presenterer meg selv, de andre seg. Fysioterapeuten setter så på musikk, og ber oss velge hver vår av de kjempestore ballene for så å sette oss i ring på dem. Hun ber oss prøve å bevege oss på ballene mens vi holder beina på bakken. Alle prøver litt ut, og det blir litt latter når noen holder på å miste balansen. Fysioterapeuten avbryter dette etter en stund ved at hun henter en liten ball, og kaster den til Bjørg mens hun sier "Bjørg". Alle skjønner "tegningen", og kaster ballen videre samtidig som vi sier navnet på den vi kaster til. Etter noen runder på kryss og tvers husker alle alles navn. Fysioterapeuten gir oss hver vår lille knotte-ball, og hun viser hvordan vi kan sitte og trille denne ballen under den ene foten. Etter en stund ber hun oss stoppe, og kjenne om det er noen forskjell på beina. Spørsmålet utløser både utsagn ment for gruppa ("jeg kjenner at foten min ble varm"), og henvendelser til sidemannen. Deretter foreslår fysioterapeuten at vi skal huske eller hoppe litt på ballene. Det er munter stemning i rommet; lettelsen over å ikke falle av når en nesten gjorde det slår ut i latter og utrop. Både Bjørg og Else er veldig engasjert mens de holder på. Fysioterapeuten avbryter, og setter på lett jazz-musikk. Hun begynner å gå rundt i rommet i sirkel, vi andre følger på. Så gir fysioterapeuten forskjellige oppgaver: Gå lett, gå tungt, gå med korte skritt, gå med lange skritt. Deretter må vi andre foreslå - en viser hva vi skal gjøre, de andre følger på. En hinker, så må alle andre hinke, til nestemann f.eks. begynner å hoppe med begge beina. Else har vanskelig for å være foran og ta ledelsen, men hun kommer igang etterhvert med å hinke. Vi fortsetter med det til neste igjen viser noe annet, osv. til alle har vært "ledere". Deretter stopper fysioterapeuten ringen, og viser noen lette dansetrinn som følger musikken. Det er ikke alltid like lett å følge for alle, men når en tar en liten pause etter at beina har stokket seg, kan en henge på igjen. Så stopper musikken, og fysioterapeuten ber oss gå to og to sammen. Mens den ene står stille, skal den andre klappe på nakke, skuldre og armer. Den andre skal si fra hvordan det kjennes, om det er passelig hardt, og om det er bedre noen steder enn andre steder osv. Dette foregår nesten i stillhet, av og til høres små kommentarer. Vi avslutter med å velge oss en annen av de store ballene og setter oss ned i ring igjen. Fysioterapeuten ber oss si noe om hva vi likte best å gjøre. Else sier at det var vanskelig å være leder, men så kom hun på at hun kunne gjøre sånne ting som da hun var liten - hun hoppet på et bein, kunne aldri stå i ro. Bjørg synes det er deilig å bevege seg.

Etterpå går fysioterapeuten, A. og jeg opp på avdelingen sammen med pasientene. På veien sakter Bjørg litt etter, men begynner så å kaste snøball etter oss andre. Vi ler, men uten å ta igjen. På avdelingen setter fysioterapeuten og

A. setter seg ned og går igjennom dagens bevegelsesgruppe. Etter diskusjon om hver enkelt i gruppa, blir de enige om hva F skal skrive inn i kardex. De var enige om at det var stor forskjell på Bjørg i avdelingen og i gruppa - her var hun helt annerledes. De bemerker snøball-kastingen, og at hun var fantasifull og glad. "Ansiktsuttrykket til Bjørg skiftet mens vi holdt på - jeg ble nesten litt glad i henne!" sier A. De er også opptatt av at Else "var **tilstede**", og at hun tiltross for at det var vanskelig for henne å lede gruppa, våget å gjøre det.

Gruppesituasjonen inneholder mange sekvenser av ulike karakterer. Vi ledes, men må også lede selv. Vi gjør konsentrasjonskrevende bevegelser som å følge andre og musikk i dansetrinn, men også frie aktiviteter som å huske på ballen. Vi er hver for oss i rekke, men vi er også tett på hverandre med å klappe hverandre på skuldre og armer. Vi hører på andre, men må også snakke selv. Vi følger andres bevegelser, men må også vise andre våre bevegelser. Variasjonene er store, men det hele foregår innenfor en fast ledelse. Fysioterapeuten inviterer til små samtaler underveis, hele tiden med utgangspunkt i kroppslige erfaringer. Hun dweler imidlertid lite både i bevegelser og samtaler.

Alt foregår i vektbærende stillinger, og pasientene har "beina på bakken" hele tiden. Det er lite løsgjørende bevegelser; alle bevegelser har moderate bevegelsesutslag. Det er ingen avspenning annet enn den som måtte komme som følge av hvilefaser i aktiviteter. Pasientene er i aktive bevegelser i nesten alle oppgaver, og kan selv regulere sin aktivitet. Unntaket er når de blir klappet på. Da får de istedet til oppgave å si ifra, presentere egne tanker og opplevelser verbalt. Utførelse av dansetrinn som instrueres og å følge musikken krever samling av oppmerksomhet for å følge med. Somatosensorisk stimulering vektlegges først ved at vi husker/hopper på ballen, så ved å rulle knotteball under føttene, så ved at vi klapper på hverandres skuldre og armer (og det er selvfølgelig "innbakt" i alle andre bevegelser). Det er lite direkte kroppslig nærhet. Når det er det, begrenses kontakten ved at det skjer gjennom rask klapping; det er ingen dvelende berøringer. Berøringen er forutsigbar både m.h.t. lokalisasjon på kroppen og utførelse, og den er lokalisert til et kroppsområde som sjelden forbindes med pinlighet eller traumatiske erfaringer. Fysioterapeuten er lite pågående verbalt, det er nære kroppslige erfaringer i situasjonen som gjøres relevant, i noen grad knyttet til hverdagslige erfaringer. Hun går imidlertid ikke i dybden på dette. Fysioterapeutens faste ledelse gir struktur. Selv om vi gjør lekpregede bevegelser, så går det aldri "ut av hånd". Bevegelsesaktivitetene er, som i eksempel 1, "gjentakelser" som ikke er gjentakelser. Det blir f.eks. aldri likt når en sitter på en ball og balanserer, selv om en gjør "det samme" fra gang til gang.

Nøkkelbegreper som kan beskrive denne gruppa, er vekt bærende stillinger, moderate bevegelsesutslag, ingen avspenning, aktive bevegelser, samling av oppmerksomhet, somatosensorisk stimulering, lite kroppslig nærhet, "gjentakelser" som ikke er gjentakelser og lite verbal utforskning; det hele innenfor en fast struktur.

Alt i alt inneholder bevegelsesgruppa aktiviteter som virker lite inngripende i kroppslig forsvar, men som kan virke samlende og støttende. Bevegelsesgruppa gir mange muligheter for læring, utvidelse av handlingsrepertoar og kroppslig trygghet. Reaksjoner og følelser alminneliggjøres gjennom gjenkjennelse og akseptering. Gruppemedlemmer kan kjenne seg igjen eller ikke kjenne seg igjen i andres erfaringer, men får uansett utvidet sitt grunnlag for å forstå andre og seg selv. Gruppa gir trening i å innta ulike roller, og ikke minst - aktivitetene har egenverdi ved å gi gode erfaringer av bevegelse, og å være sammen med andre.

Hjelpepleier A. har vært ko-terapeut i flere år. Jeg spør om hennes oppfatning av hva pasientene setter pris på med gruppa. "Det med å stå på beina, og kjenne kroppen sin. Jeg tror aldri jeg har møtt noen som ikke har likt det".

Eksempel 5: Bevegelsesgruppe for pasienter med spiseforstyrrelser: Bevegelsesgruppa er i aktivitet hver mandag morgen, ca. en time hver gang. Fysioterapeut K. opplever tidspunktet som meget ugunstig. Men p.g.a. stramt program på avdelingen har det ikke vært mulig å finne en annen tid.

Fysioterapeuten K. har kortere praksis i psykiatri enn fysioterapeut J. Hun forteller at hun begynte med å ha hele timer med "Basal Kroppskänndom" (BK), men at hun har endret på det etter reaksjoner fra gruppa^{21,22}.

Jeg er trøtt på den motstanden jeg hadde i begynnelsen. (..) Så istedet for å gjøre bare BK-øvelser og stå og kjenne etter, så spurte jeg fysioterapeut M., som foreslo mer kontaktøvelser. Og det finnes jo **masse** en kan gjøre og bruke på ulike måter. Jeg begynte i høst, og det ble en helt annen respons, faktisk. (..) Det er veldig gjennomgående at de ikke liker kroppen sin, og at de behandler den dårlig også, kanskje. Så når jeg planlegger denne gruppen, så vil jeg først og

²¹Fysioterapeut K. beskriver at hun har sett både i personal- og pasientgrupper at deltakerne blir sjenerte under utførelse av BK-øvelser. Hun ser dette i sammenheng med at det rettes mye oppmerksomhet mot kroppen. "Om man istedet myker det hele opp med øvelser som vekker mere følelser av lek enn alvor, så forsvinner den sjenerende følelsen".

²² Fysioterapeut N. har også prøvd BK som behandlingsform, men har sluttet med det: "...på et bart gulv, uten andre redskaper enn seg selv og gulvet, så er man jo veldig utsatt. Alle gamle minner fra den fæle skolegymnastikken kommer jo umiddelbart - alle mindreverdskomplekser fordi man er tykk, svak, fet, lang, klossete - det kommer umiddelbart. Man er **veldig** naken. (..) Og så skal man gjøre sånne rare bevegelser som man ikke er vant til og kanskje ikke har lært, og så skal man snakke om hvordan det føles?! Jeg hadde sånne bevegelser med pasienter, og de ble så **forbannet!** De bare gikk. Og da er det jo friske pasienter.....De følte seg så avslørt".

fremst at de skal gjøre noe de liker med kroppen, at det kjennes godt, og at vi gjør litt forskjellig. Det er mere lek, og man har det artig når man gjør det. Og jeg synes at det går igjen i mye i livet; når man har det artig, så lærer man veldig bra. (..) Jeg bruker tankemåten fra BK, men snur formen til leken. Men jeg tar også med noen BK-øvelser - "går med tomme skritt", der vi gjør tyngdeoverføringer og presser tyngden ned i det ene beinet, så det andre, er et eksempel .

For at pasientene skal få være med i gruppe eller trene, må de ha Body Mass Index over 18; er de under den grensen anses det ikke medisinsk forsvarlig å la dem forlate avdelingen. Gruppen er relativt stabil; den som har vært med kortest tid, har vært med et par måneder. Fem jenter/damer mellom 20 og 35 år var med da jeg var der:

Vi kommer hver for oss inn i gymsalen, og blir stående enkeltvis eller i grupper. Fysioterapeuten (F) presenterer meg og spør dem om de fortsatt synes det er greit at jeg er med. De nikker, og vi begynner med at vi deler oss i to lag og har stafett, der vi går tvers over gymsalen med ball mellom knærne. Oppgaven er ikke så lett som det kan høres ut, og det bli frustrerte og fornøyde uttrykk om hverandre; det er mye variasjon i både den enkeltes og gruppas reaksjoner, men felles for alle var stort engasjement i oppgaven.

F starter musikk fra kassett-spilleren, og ber deltakerne bevege seg fritt i rommet. Neste oppgave er å etterape en annens bevegelser til musikken. Musikken slås av, og F ber deltakerne gå sammen to og to, der den ene skal speile den andre i dennes frie bevegelser. De bytter på å være den førende og den speilende parten.

Så oppfordres deltakerne til gå å fritt i rommet med lukkede øyne, og samtidig unngå å gå borti hverandre. Denne sekvensen, som foregår i stillhet, avsluttes med at F ber deltakerne åpne øynene og finne seg en "god plass" i rommet. Når de har gjort det, får de beskjed om å lukke øynene igjen; oppgaven nå er å finne en annen å holde i hånden uten å se, for så å samles i ring.

F ber så deltakerne sette seg på gulvet i ring, og instruerer neste oppgave: Etter tur skal hver enkelt gi den neste i ringen en "kroppslig illustrasjon" (av en ting, et uttrykk eller en handling) med hendene; den neste skal gjette seg til hva den andre tenkte på. Når oppgaven er løst, er det rollebytte: Den som gjettet, skal nå gi oppgave til sin neste. Alle både viser og gjetter, og alle ser ut til å følge aktivt med hele tiden.

Deretter skal de hviske ord til hverandre, og starter ut med et nytt ord etter tur. Ordet er aldri det samme når det kommer tilbake til sin "opprinnelseperson", som tilslutt sier høyt hva hun hadde sagt. Også i denne oppgaven virker deltakerne konsentrert og engasjert. Det blir litt småsamtaler og latter rundt hvordan ordet forandret seg på veien.

Når aktiviteten om denne oppgaven roer seg, ber F alle reise seg, og i stående stilling fritt på gulvet følger gruppa lederens verbale og kroppslige instruksjon av øvelser: Først oppfordres deltakerne til å kjenner litt på balansen og prøve seg litt fram for å finne en stilling der de kjenner at de står i god balanse. F går raskt videre; Fra denne

stillingen skal de så bevege opp og ned i "helstussing" (løfte seg litt opp på forfoten, slippe ned igjen gjentatte ganger. Deretter skal de rotere kroppen fra side til side, mens armene bare følger med ("piskesnerten"). Denne sekvensen avsluttes med en øvelse fra T'ai chi - deltakerne får instruksjon om å gå med "tomme steg" over gymsalen. Tyngden skal presses ned i vekt bærende fot, og en beveger seg langsomt og kontrollert. F. går først og viser de andre.

Deltakerne får så beskjed om å hente hver sin matte og legge seg ned og finne en god stilling. F. ber dem kjenne etter hvordan de ligger ned på underlaget, og "går igjennom" kroppen: Kan du kjenne om beina ligger nedpå? Kan du kjenne om baken ligger nedpå? Kjenn hvordan ryggen er i kontakt med underlaget osv. Deretter ber hun deltakerne legge hendene mellom nederste del av brystkassen og navlen, og kjenne bevegelsen her under fingrene ("den automatiske hvilepusten"). Bevegelsesgruppa avsluttes med at alle etter tur sier noe om hva de har opplevd i dag. Flere kommenterer hvor rart det var å se hvordan ordet de skulle hviske forandret seg på veien rundt. Ellers er alle litt fâmælte, synes det har vært greit²³. På vei ut prater de mye med hverandre.

Også denne gruppa er fast strukturert; fysioterapeuten bestemmer hvilke bevegelsesoppgaver som skal inngå i timen. Men utover denne gjennomgående strukturen er bevegelsesgruppa delt i to kvalitativt forskjellige sekvenser. Den første preges av oppgaver som gir mye frihet innenfor gitte rammer. Fysioterapeuten velger aktiviteter preget av sosial samhandling og lek. Hun gir oppgaver, og så følger deltakerne opp videre ut fra egenmotivasjon. Den neste sekvensen består av øvelser, der fysioterapeuten viser og forteller hvordan bevegelsene skal utføres. Dette innebærer langt mindre frihet for deltakerne. For å få fram hva slags funksjoner disse forskjellene kan ha, drøfter jeg sekvensene hver for seg, og med utgangspunkt i fysioterapeutens utsagn om at "Det er som de sier "Se meg!" gjennom sin kroppslige framtoning". I denne gruppa blir de sett i mange sammenhenger. Oppgavene i den første sekvensen kjennetegnes ved at deltakerne retter sin oppmerksomhet mot den andre for å se den andre, gjenta, og i en oppgave forstå og refortolke det kroppslige uttrykket verbalt. I denne delen av bevegelsesgruppa blir deltakerne sett åpent og spørrende, og blir bekreftet på egne kroppslige initiativ og utspill gjennom andres engasjement og aktive respons kroppslig og verbalt.

Rollene veksler fra å bli sett og være førende, til å se og følge etter, fra å uttrykke noe kroppslig og bli fortolket, til å se og fortolke.

Fysioterapeuten sier ikke noe som kan angi retning for oppmerksomheten eller som kan påvirke bevegelsene i noen retning; det overlates til musikken og hver enkelt. Det å bare

²³ Fysioterapeut K. sier etter gruppa at hun la opp aktivitetene litt mer lekpreget enn til vanlig, fordi hun var redd for at jeg kunne være for fremmed for enkelte. Min tilstedeværelse kan også ha hemmet deltakerne i samtale etterpå. Fysioterapeuten forteller at det ofte blir små samtaler med utgangspunkt i bevegelsesaktivitetene.

kommunisere kroppslig så imidlertid ut til å appellere til deltakerne; alle var aktive og engasjert. Temaene for kommunikasjon i denne gruppa var av relativt upersonlig og lite nærgående karakter. Fysioterapeuten var selv opptatt av å utvikle gruppa med hensyn til valg av tema. En kan tenke seg oppgaver knyttet til kroppen som uttrykksfelt for følelser. Isteden for å illustrere en ting eller en praktisk handling kroppslig og la den andre gjette, kan en f.eks. vise et følelser-/bevegelsesuttrykk og la den andre prøve å forstå og formulere osv.

Deltakerne ser hverandre i gruppa, men de får også oppgaver der en ikke skal bruke synet for å orientere seg. Dette kan være en uvant opplevelse, og bevisstgjørende i forhold til hvor mye vi stoler på synet til daglig. Ved å utelukke synsimpulser, må en aktivisere persepsjon av f.eks. somatosensoriske stimuli og hørselsinntrykk for å greie oppgavene, som er å unngå hverandre, eller å finne hverandre via hender. Med blikket kan en lokalisere andre på avstand, men uten bruk av synet kan en bare lokalisere andre gjennom kroppslig nærhet. Dette kan være fortrolighetsskapende, eller det kan være skummelt. Deltakeren kan imidlertid bare åpne øynene hvis det blir for skummelt, og slik regulere aktiviteten etter egne grenser.

Fysioterapeuten har utviklet innholdet i bevegelsesgruppa ut fra deltakernes reaksjoner. Ved dette anerkjenner hun deltakerne som meningsberettigede, noe som i seg selv inviterer dem til aktiv deltakelse. Fra at det bare var bevegelser som føltes fremmede og sjenerende, er det nå mer selvmotiverende aktivitet, der "en glemmer seg selv" til fordel for deltakelse og engasjement. Dette har verdi i seg selv ved å gi gode opplevelser, og kan fungere terapeutisk ved at gode kroppslige erfaringer i trygge relasjoner kan bidra til å utvikle kontakt med egen kropp/seg selv og andre.

Men fortsatt bruker fysioterapeuten endel forbestemte, stiliserte bevegelser, der hun viser og forteller hvordan øvelsene skal gjøres. Hun går raskt gjennom øvelser som kan være "sjenerende", og lar ikke pasientene stå lenge rett opp og ned på gulvet. I de neste øvelsene blir det noe mer bevegelse, men fortsatt innenfor "rammer" som settes ved at fysioterapeuten viser hvordan bevegelsene skal gjøres. I denne siste delen av timen stilner aktivitet og samhandling av; nå rettes oppmerksomheten mot egen kropp og underlaget. Oppmerksomheten styres i noen grad ved instruksjon fra fysioterapeuten, som fokuserer på kroppens forhold til materielle omgivelser. Bevegelsene preges av moderate bevegelsesutslag som utgår fra kroppens "midtlinj" og "sentrum", og gir i noen grad proprioceptiv stimulering fra holdningsmuskulatur og vektbærende ledd. Bevegelsene utføres "flytende" i ensartet tempo, og det er ingen markerte møter med andre personer eller omgivelser som f.eks. når en hopper på en ball. Jevn og forsiktig bruk av muskulatur og ledd sammen med

lite eksteroseptiv stimulering innebærer at denne bevegelsesformen gir begrenset somatosensorisk stimulering. I instruksjonen legges det vekt på konsentrasjon om fornemmelsen av bevegelsene. Sammen kan dette bidra til økt sensitivitet for kroppsformannelser. Forsiktigheten i bevegelser, samt at det ikke stilles krav til kroppskontakt med andre gjør at denne bevegelsesformen kanskje kan tåles av pasienter som opplever kontakt med egen kropp og andre som skremmende.

I motsetning til første del av timen, hvor nettopp kroppens sosiale og kommunikative sider vektlegges, relateres kroppen i siste sekvens først og fremst til underlaget. Det er heller ingen progresjon i det å forholde seg til andre innenfor bevegelsessystemet som sådan: Øvelsene gjøres alltid individuelt og i stillhet, selv om flere er samlet i rommet. Det er ingen tilbakemeldinger fra andre som kan virke bekreftende på deltakerne. Bekreftelse anses vanligvis som en forutsetning for trygghet i relasjoner, og som en forutsetning for å fortsette (Thornquist 1998). Manglende bekreftelse kan på den annen side bidra til usikkerhet og tilbaketrekning. I disse øvelsene er det avstand mellom deltakerne, og bevegelsene blir derved lite truende. Men samtidig unngår en den nærheten som kan være forutsetning for at relasjoner kan være nærende og livgivende. Bevegelsene har dermed begrenset terapeutisk potensiale i forhold til å utvikle et godt (kroppslig) selvbilde og god selvfølelse.

Øvelsene preges av ytrestyring og stilisering, der fysioterapeuten viser og forteller hvordan bevegelsene skal gjøres. Dette skaper en asymmetrisk relasjon mellom deltakerne og fysioterapeuten: Fysioterapeuten framstår som "eksperten", deltakerne må etterlikne og lære. De aktiviseres ikke som meningsberettigede subjekter, men blir objekter i et forhåndsbestemt program. Mellom deltakerne er det ingen egentlig samhandling; de utfører individuelt det de blir bedt om å gjøre. En kan si at grupperelasjonen nærmer seg oppløsning i denne sekvensen.

Sosiologen og filosofen Østerberg²⁴ (1993) hevder at man både kan føle seg, og objektivt sett bli dum, klossete og forvirret når man blir styrt av andre. I slike situasjoner er det nærliggende å tillegge den andres blick en kontrollerende funksjon - "gjør jeg rett eller galt nå? er jeg bra nok?" Fysioterapeut N.'s utsagn om at "pasientene følte seg avslørt" kan forstås i dette perspektivet. Fysioterapeutens blick fungerer da ikke bekreftende og fremmende for god selvfølelse, men kan føre til tilstivning, sjenanse og et objektivt forhold til egen kropp. Ytrestyring av bevegelse kan invitere til at en presterer og poserer for den andres blick. Aktivitetens form har dermed konsekvenser for om det å bli sett fungerer bekreftende eller

²⁴ Østerberg viser til filosofen J.P. Sartre.

fremmedgjørende, om en blir ledig eller stivner til, om en føler seg vel eller sjenert i situasjonen osv.

I dette perspektivet er det forståelig at responsen ble en annen da fysioterapeuten tok inn mer lekpregede aktiviteter som beskrevet i første del av denne timen. Det kan også sees som et sunnhetstegn at pasientene protesterer, jf. fysioterapeutens utsagn om at hun fikk "motstand" da hun brukte BK-øvelser i hele timen. Det er tilsvarende tankevekkende at det er pasientene som er drivkraften bak forandringen. Hva om pasientene hadde vært dårligere fungerende?

Samtalen på slutten er litt forsiktig; kanskje fordi jeg er tilstede. Men det kan også ha sammenheng med at det gjensidige samspillet i leken går over til ytrestyrte aktiviteter, og at dette skaper fremmedgjøring eller sjenanse. På vei ut fra gruppa er de imidlertid livlige og sosiale, og det kan tyde på at de alt i alt har hatt gode opplevelser i gruppa.

5.3.4 Trening og mosjon

Trening og mosjon inngår i noen grad i fysioterapeutenes arbeid. Mange avdelinger har "morgenstrekk", oftest er det miljøpersonalet som tar hånd om dette. Fysioterapeutene på sykehus B har morgenstrekk en gang pr. uke, mens fysioterapeutene på sykehus A ikke regner generell aktivisering som en del av sitt arbeidsområde.

De som har "morgenstrekk" legger vekt på at den skal være forutsigbar, med gjentakelser av kjente øvelser. Det er ingen krav om prestasjoner eller "rapportering" av opplevelser; hensikten er ikke å drive terapi, men å aktivisere litt, og få en god start på dagen.

Bevegelser har generelt en vevsnormaliserende effekt. Sirkulasjonen fremmes, muskulære spenninger reguleres og pusten mobiliseres noe uten at det har inngripende effekt på kroppslig forsvar. Slike former for bevegelse kan bidra til å redusere "institusjonspreget" som mange psykiatriske pasienter får ved at bevegelsesvaner og kroppsholdning blir farget av omgivelsene. Psykiater R. legger stor vekt på dette, og sier at "aktivisering i seg selv bryter institusjonsvaner og -mønster, og det er av stor verdi for å komme videre med dem i rehabilitering eller skaffe jobb til dem, og i andre sammenhenger også. Man kan få bort stereotypier som ikke har noen beskyttelseverdi for dem, som ikke er angstreduserende, men som bare er institusjonseffekter".

Sykepleier B. er også opptatt av å unngå at pasientene utvikler slike institusjonseffekter. "Det betyr så mye for et ungt menneske å ha en ålreit kropp den dagen de skrives ut herfra - at de ikke har fått en kropp som det står stemplet psykiatri på!"

På sykehus B og C har fysioterapeutene disponert rom med utstyr for styrke- og kondisjonstrening, liknende det en finner på "helsestudioer" og treningsstudioer "i byen". Mange pasienter er interessert i denne formen for trening, og har tidligere erfaring med det. Det gjelder f.eks. mange av anorexipasientene, som oftest er kvinner. Ellers er spesielt menn interessert i styrketrening.

Trening kan virke både som flukt og avverge, og som hjelp til kontakt og mestring (Thornquist 1992, Skårderud 1994). Flere av prosjektets informanter beskriver hvordan pasienter kan bruke trening som strategi for å mestre uro, kjenne kroppen osv. (fysioterapeutene O., N., J og K). Felles for mange av disse er at de overtrener og overbelaster kroppen. Et aktuelt spørsmål er om trening for noen kan bidra til å forsterke et patologisk mestringsmønster. Jeg skal ikke ta stilling til det her, men som mine informanter også gjør, påpeke betydningen av at en bruker treningssituasjoner til å lære pasienter å kjenne kroppens grenser. Hvordan kan trening brukes så det gir kontakt og mestring, og ikke fungerer som flukt og avverge?

Eksempel 6: Trening i trimrommet: En gang i uka er fysioterapeuten²⁵ (F) tilstede mens pasientene kommer fra avdelingene for å trene her. De andre dagene er det noen fra miljøpersonalet som er med; de bruker det som velferdstilbud. Statistikken viser høye besøkstall, og det har gitt bevilgninger til mer utstyr. Miljøpersonalet har fått opplæring av fysioterapeut for å kunne bistå pasientene bedre. Alle pasientene som trener her, har fått utarbeidet egne treningsprogram etter styrke- og kondisjonstest som er utført sammen med fysioterapeut. Fysioterapeuten påpeker at dette er viktig; mange psykiatriske pasienter er i veldig dårlig fysisk form, samtidig som " de legger opp **kjempeprogram**. Når vi tester dem i trimrommet, så er det noe med å legge ned listen og si at dette får være nok, okei?"(fysioterapeut J.). Pasientene har hver sine treningsprogram/-protokoller, som oppbevares på treningsrommet.

Pasientene er samtidig i gang med hver sine treningsopplegg når jeg kommer, men det er individuelt arbeid hvor de arbeider med hver sine treningsapparater. Det er ikke egentlig en gruppe; det er ingen samhandling utover at de befinner seg i samme rom. En sykler på ergometersykel, en trener lår muskulatur, en står og strekker og bøyer i knærne med vekter på skuldrene, en bruker ro-apparatet osv. "Ski-maskinen" står ubrukt; kanskje fordi den krever

²⁵ Fysioterapeut J.

mye koordinasjon og er lett å falle av. F stiller seg ved siden av en som trener, ser litt på pasientens treningsprogram, som inneholder illustrasjoner av aktuelle apparater og øvelser, samt skjema for innføring av dato, belastning (kg) og antall repetisjoner. Hun spør pasienten -kjenner du hvor i kroppen du arbeider nå? -hva kjenner du der? -Er det noen forskjell nå som du har gjort det noen ganger? -Kan du kjenne hvordan du står på beina når du gjør den bevegelsen? Hun går litt rundt til de enkelte, snakker litt, setter seg og noterer i treningsprotokollen.

Dette ser ut som trening på et hvilket som helst treningsstudio, og det er da også noe av meningen: Mange av pasientene vil gjerne ha slik trening, og fysioterapeuten mener det er viktig å imøtekomme pasientenes ønsker. Hun vektlegger dessuten at dette er en treningsform som nettopp er noe andre utenfor sykehuset driver med, og at pasientene ved å lære om dette på sykehuset, kan nyttiggjøre seg et tilgjengelig og alminnelig fritidstilbud utenfor sykehuset. Samtidig er hun faglig opptatt av at denne treningsformen gir pasienten anledning til læring om kroppens grenser for belastning. Det å unngå overbelastning forutsetter at en kjenner og respekterer somatosensorisk informasjon om kroppens "tilstand". Gjennom sine spørsmål vil fysioterapeuten stimulere pasienten til å kjenne etter, rette oppmerksomheten mot kroppslige tegn.

Men dette tillegges betydning også utover en biomekanisk/fysiologisk referanseramme. På spørsmål om dette har noe med å oppleve seg som en hel person og avgrenset person, svarer fysioterapeut J.: "Ja, for vi spør vel alltid -hvordan kjennes kroppen din ut? Da er det veldig ofte de forteller at kroppen er litt på siden av meg, jeg kjenner ikke at jeg har noen armer, jeg kjenner ikke at jeg har bein. En proprioceptiv stimulering kan gi dem følelsen av at de har en skulder, at jeg har knær, at jeg har rygg, osv. Det kan vi jo nærme oss gjennom trimapparater også. De kjenner ofte kroppen bedre etter trening".

"Mosjons"grupper, joggegrupper og generell aktivisering bruker fysioterapeutene lite ressurser på. Unntaket var en avdeling på sykehus B som hadde en fysioterapeut som var ansatt både i 50 % stilling som fysioterapeut og 50% stilling som miljøarbeider. Innenfor stillingen som miljøarbeider var han mye engasjert i generelle aktivitetstilbud som fotball, turgåing, skitrening, seiling osv. Hans faglige kompetanse som fysioterapeut ble vurdert som nyttig av medarbeidere også innenfor dette miljøarbeidet. Men dette ble altså definert som miljøarbeide, ikke fysioterapi.

En av målsettingene med generell aktivisering er å redusere pasientenes tendens til å skille seg ut kroppslig; de skal utvikle en sosialt akseptabel kropp, få bedre mestringsevne og bedre arbeidskapasitet (sykepleier B.). Men all aktivitet kan selvfølgelig også ha egenverdi. Dessuten kan samarbeid om aktiviteter som gir mening gi opplevelse av å føle seg respektert

og betydningsfull. Det aktiverer kommunikative ressurser og kan gi mestringserfaring og aktiv læring (Meisingseth 1997).

5.4 Mål, prinsipper og virkemidler

All fysioterapi innebærer somatosensorisk stimulering. Kroppssanser involveres gjennom berøring, bevegelser og stillinger. Dette er vesensforskjellig fra annen behandling i psykiatrien, der en oftest sitter og snakker; lytter og forteller. Fysioterapeutene arbeider bevisst med somatosensorisk stimulering. Samtalen i fysioterapi har også i hovedsak kroppsopplevelser som utgangspunkt. Enten fysioterapeutene behandler i grupper eller individuelt, er det noen sentrale mål, prinsipper og virkemidler som går igjen. Jeg skal her redegjøre for noe av dette på et generelt nivå, og vise tilbake til eksemplene foran for å tydeliggjøre hvordan det kan se ut i praksis.

5.4.1 Mål for fysioterapi

Tradisjonelt kategoriseres fysioterapi i psykiatrisk sammenheng ut fra om målsetting og type tiltak er av støttende (jeg-styrkende) karakter, eller om det er av inngripende (omstillende) karakter. Begrepene støttende og inngripende refererer til i hvilken grad pasientens kroppslige forsvar påvirkes i behandlingen. I psykiatrien brukes omstillende behandling lite. De fleste pasienter sliter med en fragmentert personlighetsstruktur og et sårbart forsvar, og har ikke tilstrekkelige ressurser til å tåle eller ha glede av en omstillende tilnærming. Den fysioterapien som er mest aktuell er derfor hovedsaklig av støttende karakter. Jeg-støttende fysioterapi kan defineres som behandlingsmåter som sikter mot økt avgrensning, sikrere identitetsopplevelse og økt autonomi og samhandlingsevne.

Viktige spørsmål blir da hvordan kroppsbehandling gjennom virkemidler som massasje, valg av stillinger og bevegelser, kontaktformer, typer av aktiviteter osv. kan brukes med en slik målsetting. Med utgangspunkt i **støttende fysioterapi** skal jeg redegjøre for noen ulike mål og virkemidler, og hvordan virkemidlene kan brukes terapeutisk.

5.4.2 Middel og mål

Middel og mål er vanlige begreper i profesjonell virksomhet. I psykiatri står forutsigbarhet og trygghet sentralt. Et viktig spørsmål er om dette kan forstås som middel eller mål, eller begge

del. Videre er det viktig hva slags forhold det er mellom middel og mål: Er det av instrumentell og formålsrasjonell art eller er middel og mål internt forbundet?

Med hensyn til tidsaspektet, er middel og mål ofte adskilt ved at målet ligger i fremtiden; middelet er aktiviteten her-og-nå. Det kan derfor være vanskelig å se dem i sammenheng - både for pasient og samarbeidspartnere.

Lek kan betraktes som "innvendig" motiverende aktivitet. Gode erfaringer, glede og spontanitet kan fremmes gjennom lek. Likeledes kan deltakerne i lek (i allfall i noen typer lek) oppleve seg selv i likeverdig samhandling. Dette kan sees som både middel og mål. Lek har egenverdi, og gjennom den kan deltakerne utvikle bedre kroppslig koordinasjon og trygghet, samt samhandlingsevne som i sin tur gir grunnlag for utvidet deltakelse i sosialt liv. Det ligger mao læringsmuligheter i leken.

Man ser hvor mye nytte disse guttene har av å drive med sport. En kan trene gjensidighet gjennom å spille bandy. Men etter en bandy-kamp, så har du tre som er totalt skadede. (...) De kan ikke passe seg selv, så da må man trene dem. Også på å anvende medspillerne. Jeg har erfaring for at man vinner mye på å arbeide med kroppen, og hvor kontaktskapende det er å være med i et bandylag, et fotballag, eller noe sånt. Det gir kontakt mellom spillerne, og det gir kontakt mellom pasient og behandler (psykiater R.)

Psykiaterens utsagn viser til at leken og dens positive sider overordnes. Men pasientene ser ikke ut til å lære så mye når det gjelder å skade seg selv; de skader seg igjen og igjen. De kan ikke regulere aktiviteten utfra hva de tåler; de har redusert koordinasjon og mangler evne til å vurdere forhold som kraftinnsats og avstand ol.

I fysioterapi kan en nettopp komme inn å arbeide med **forutsetningene** for at pasientene ikke skal skade seg så mye, med **forutsetningene** for deltakelse i mer sammensatte og komplekse aktiviteter som lek. Bedre kroppslig kontakt og forankring kan utvikles i enklere situasjoner, ved bruk av mindre sammensatte bevegelser og uten krav til å forholde seg til mye informasjon på en gang. Dette kan sees på som mål, men også som middel til bedre bruk av seg selv og samspill med andre. Her kan en si at det er et indre forhold mellom mål og middel. Og det har åpenbare forebyggende aspekter, som illustrert i psykiaterens utsagn.

Kompliserende forhold kommer inn i bildet når pasienter har spesielle sykdommer og/eller lokale plager. Eksempel 2 med behandling i basseng illustrerer dette. Pasienten har fått diagnosen schizofreni og han har vært utsatt for en bilulykke hvor han fikk et brudd i ve.

skulder. Målet med behandlingen er derfor blant annet å gjenvinne normal bevegelse og bruk av skulder/arm. Dette målet skal så tilpasses pasientens tilstand og generelle problemer.

Terapeuten velger å bruke både spesifikk påvirkning av skulderen med instruert bevegelse, og lek der pasienten bruker arm/skulder spontant som en integrert del av større bevegelser. Leken er her et virkemiddel for å fremme hensiktsmessig bruk av den skadete armen, samtidig som leken har egenverdi og fungerer terapeutisk for pasienten. Han har det moro og utfordres kroppslig mht balanse og koordinasjon. Problemer med balanse og koordinasjon er forhold som kan sees som en integrert del av hans psykiske problem. Leken i bassenget er på kanten av hva han makter (han har problemer med å gjenvinne balanse), men det går. Samhandlingen mellom han og terapeuten og bruken av armen gjør at det hele fungerer slik at flere målsettinger oppfylles samtidig.

Mål som bedre kroppslig kontakt og forankring er intimt forbundet med selvfølelse og evne til deltakelse og samhandling. Mange vanskelige vurderinger er knyttet til veien fram. Når mange av fysioterapeutene i dette prosjektet både i arbeid og med ord, legger vekt på kroppsbevissthet i betydningen oppmerksomhet mot ledd- og muskelbruk er dette verdt å tenke over. En kan undre seg om dette ikke lett bygger opp under et betrakterforhold til egen kropp, og i verste fall kan bidra til fremmedgjøring.

Det overordnede mål og kjennetegn ved sunne menneskers væremåte, er nettopp deltakelse og engasjement i ulike gjøremål. Kroppen - og en selv - er ikke sentrum for ens oppmerksomhet. Men når kroppen er fremmed og fjern, eller kjennes nummen og underlig osv, står den på et vis "i veien" for realisering av ulike prosjekter, som for muligheten til å hvile i seg selv og dermed for evnen til å være åpen for omgivelsene og kunne tilpasse seg på adekvat vis.

Oppmerksomhet rettet mot hva pasienter gjør med egen kropp er derfor ofte nødvendig. De vanskelige spørsmål knytter seg til hvordan dette best kan gjøres i forhold til den enkelte. Oppmerksomhet mot persepsjon av sanseinformasjon kan være et sentralt ledd i utviklingen av selvavgrensning og opplevelse av å være samlet og forankret. Å arbeide med impulsaktivitet fra ledd og muskulatur, blant annet ved å kjenne forskjell på spenning-hvile, om et ledd er bøyd eller strukket osv, og å begrepsfeste dette, kan betraktes som en slags nødvendig "omvei" mot målet om en integrert kropp/person. Dette gjelder ikke minst i situasjoner der spesielle kroppslige forhold må tas hensyn til som i nevnte eksempel.

5.4.3 Direkte og indirekte kontakt

Nærhet til andre mennesker er problematisk for mange psykiatriske pasienter. Dette kan forstås ut fra hva som tidligere er sagt om disosiering og mangelfull opplevelse av egen kroppsavgrensning: Pasienten kan f.eks. oppleve nærhet som en trussel om å bli invadert. Berøring kan også vekke sorg og savn, og det kan rett og slett være fremmed og uvant. Å kunne tilpasse grad av avstand-nærhet til pasientens behov og forutsetninger blir derfor av avgjørende betydning for om behandlingen skal fungere **terapeutisk**. For pasienten kan andre menneskers nærhet være truende og vanskelig, men det kan også være livgivende og bidra til økt avgrensning og autonomi. Den terapeutiske utfordringen består i å hjelpe pasienten til grenseoverskridelse i god forstand, og ikke krenke pasientens grenser. Som nevnt tidligere, kan det her være viktigere å ta hensyn til pasientens kroppslige reaksjoner og uttrykk, enn de verbale.

I praksiseksempelene som er beskrevet bruker fysioterapeutene flere midler for å regulere avstand. De bruker f.eks. knotteballer (faste og knudrete baller av ulike størrelser) istedet for egne hender når de vil gi sensorisk stimulering av hud og muskulatur. Gjennom å bruke et "avstandsregulerende hjelpemiddel" kan pasienter få sensorisk stimulering uten at det assosieres med nærhet og hender utenfor den aktuelle konteksten. Dette kan hjelpe pasienten til å greie å ta inn bildet av sin egen kropp uten å måtte spalte av følelser og kroppslige informasjon/sensasjoner.

Samhandling i lek, fotball, bandy, badminton er eksempler der nærhet/avstand-dimensjonen er sentral. Her kan pasientene i en viss grad regulere nærheten til andre. Og selv om kroppene møtes i direkte kontakt, er nærheten mindre truende når f.eks. ballen er i fokus for oppmerksomheten.

Rytmsk stabilisering, som utført i eksempel 1, gir stabiliserende trening og proprioceptiv stimulering i nær kroppskontakt mellom fysioterapeut og pasient. En annen måte å oppnå noe av den samme proprioceptive stimuleringen på, ser vi i gruppe (eks. 4) der pasientene husker og hopper mens de sitter på kjempestore baller. I begge tilfelle gis impulser til muskulær stabilitet.

Men aktivitetene er forskjellige både m.h.t. nærhet/avstand mellom pasient og fysioterapeut, og til kroppslige aspekter. Mens pasienten i eksempel 1 ligger, og gjennom dette får stor understøttelsesflate og nærhet til underlaget (hun ligger på gulvet, ikke på benken), og terapeuten gjør noe **for** og **med** pasienten, er pasientene i gruppeeksempelet i en aktiv

posisjon og kan regulere aktiviteten på flere vis (hvor mye kraft de bruker, hvilket tempo osv). Dessuten: Proprioepsjonen som gis gjennom pasientenes interaksjon med en bevegelig og ettergivende ball, innebærer er strekkstimulering av kroppen som ikke finner sted i eksempel 1. Leken med ballen stimulerer også spontanitet, og kan slik sies å forsterke strekkstimuleringen som er et direkte resultat av sansestimuleringen. Mens pasientene i balleksempellet må tilpasse seg et **nøytralt legeme** - og dermed utvikle en viss sensitivitet for omgivelsene, er pasienten i eksempel 1 i en mer direkte samspillssituasjon der impulser fra terapeutens hender og kropp, samt instruksjon må "tas inn" for at hun skal kunne tilpasse seg kroppslig til den ønskete aktivitet. Det innebærer også en mer krevende psykisk tilpasning, og kan nettopp derfor fungere mer terapeutisk i forhold til avstand/nærhets-dimensjonen - til å måtte forholde seg til seg selv.

Når nærhet/avstand er tema, er det av interesse å dvele ytterligere ved situasjonen i eksempel 1. Vekslingen og rekkefølgen i virkemidler for somatosensorisk stimulering i dette eksempelet er høyst relevant: Terapeuten **begynner** med egne hender innenfor et trygt kroppsområde, går så over til indirekte sansestimulering ved bruk av knotteball når hun beveger seg høyere opp på beinet, for så å bruke hendene igjen; alt dette på benken. Hun går over til aktive øvelser på matte på gulvet, for så å gjøre rytmisk stabilisering som innebærer mest kroppskontakt. Det er altså en progresjon i forløpet av timen, med økende krav til at pasienten forholder seg til terapeuten.

Nærhet/avstand reguleres også med behandlingens varighet og frekvens. Kort behandlingstid kan være nødvendig for ikke å påtvinge pasienten terapeutens nærhet ut over det han tåler. I eksempel 1 beskriver terapeuten at de har kunnet øke behandlingstiden etterhvert. Ved å behandle kort tid, og evt. øke behandlingshyppighet kan pasienten gradvis venne seg til kontakt med fysioterapeuten og med seg selv.

Stemmebruk er et av virkemidlene for regulering nærhet/avstand i eksempel 2. Til tross for en kroppslig nærhet som ellers hører privatlivet til, defineres situasjonen som behandling bl.a. gjennom fysioterapeutens faste stemmebruk. Når avstanden mellom pasient og behandler blir større, blir fysioterapeutens stemmebruk personlig igjen.

5.4.4 Forholdet mellom ord og kropp

Forholdet mellom kropp og ord berøres både teoretisk og i prosjektets empiriske materiale. Det verbale språket er så langt minst fokusert, og noen utfyllende betraktninger kan bidra til å tydeliggjøre hvordan forholdet mellom kropp og verbalt språk aktualiseres i fysioterapi.

Det verbale språket kan sies å ha to hovedfunksjoner: Språket ordner erfaring og former tanker, og det er et kommunikasjonsmiddel (Rommetveit 1981). Begge funksjoner hviler på noen forutsetninger. Språket må være forankret i kroppslige erfaringer (Johnson 1987) eller med Bråtens begrep - dype kommunikative lag (1998). Språkbruken må også være i samsvar med sosiale vaner: Et "privat" språk (Gilbert 1989) er lite egnet for å forstå seg selv og verden, eller å gjøre seg forstått av andre. Østerberg (1996) skiller mellom begrep og forestillinger. Med begrep mener han språk som har forankring i virkeligheten. Forestillinger, derimot, er knyttet til fantasi: Alt er mulig å forestille seg uten hensyn til en felles virkelighet. (Vrang-)forestillinger om kroppen er et av problemene psykiatriske pasienter strever med. En utfordring i fysioterapi er da å bidra til at pasientene utvikler en kroppskontakt og et språk som gir **begrep** om kroppen.

Når en arbeider med å bedre pasientens kroppskontakt, så arbeider en med **forutsetninger** for et meningsfylt verbalt språk. Om bedre forutsetninger skal følges av at pasienten virkelig får begrep, er knyttet til språkbruk i situasjonen. Hva slags begrep pasienten utvikler om seg selv og andre avhenger av (bl.a.) fysioterapeutens forståelse av kroppen. Kroppen kan oppfattes på ulike måter - som syk, som tilstand, som sentrum for opplevelser o.s.v. (Engelsrud 1990). Ulike forståelsesmåter er knyttet til ulike begrepsverdener. Den "anatomiske kroppen" er knyttet til begreper om kroppens organer, den "emosjonelle kroppen" er knyttet til begreper om følelser, den "sosiale kroppen" er knyttet til begreper om relasjoner osv. Refleksjon over egen kroppsførståelse og tilhørende begrepsbruk er således en nødvendig del av fysioterapeutisk praksis, fordi innholdet i verbale dialoger har betydning for hva slags begreper pasienten utvikler om egen kropp.

Verbalkommunikasjonen i behandlingstimene er forskjellige både m.h.t. innhold og "timing". I eksempel 1 er det to typer samtale. Det er dagligdags småprat om løst og fast i overganger mellom ulike sekvenser, og det er korte samtaler relatert til kroppsopplevelser, med lange "pauser" mellom i behandlingssekvensene. Utgangspunkt for den terapeutiske samtalen i fysioterapi er alltid kroppen og kroppslige forhold. Da er innholdet som nevnt viktig. Men ikke all samtale er terapeutisk i denne forstand. Innholdet i det som sies er av og til av mindre betydning enn det at vi snakker sammen. Vi viser at vi angår hverandre; relasjonsaspektet er viktigere enn innholdet (Thornquist 1998). Småsnakking har således en viktig funksjon også i behandling: relasjonen blir tryggere når vi viser interesse for hverandre i likeverdige samtale. Dette kan ses som en viktig forutsetning for at det nære kroppslige møte kan finne sted. I

behandlingssekvensene er det imidlertid konsentrert og stille: Småsnakk her ville bidra til å avlede oppmerksomheten fra kroppsformennelser, og kunne dermed virke antiterapeutisk.

Kroppen er aldri "taus", den formidler vedvarende budskap enten vi vil det eller ei. Vi reagerer kroppslig "før vi vet ord av det", som det heter. Ut fra kroppslig empati må fysioterapeuten vurdere hvordan kroppslige reaksjoner skal "besvares" verbalt eller kroppslig. Kroppens uttrykk kan også være flertydig. Vi har muligheter til høy grad av voluntær kontroll over egen mimikk, mens f.eks. blick og stemme er mer autonomt regulert. Slik kan vi smile "det sosiale smilet" og greie å "holde fasaden" eller "ikke tape ansikt", mens blick og stemme mer direkte uttrykker den emosjonelle situasjonen. Når den "sosiale kroppen" og den "emosjonelle kroppen" har sprikende uttrykk, kan samtalen bidra til oppklaring mellom sosiale krav og egne følelser, og til bedre kontakt med egne følelser.

Fortolkning av kroppstegn er som nevnt vanskelig. Målet er da heller ikke at fysioterapeuten skal definere uttrykket, men å hjelpe pasienten til å få begrep om seg selv/sin kropp, slik eksempel 3 illustrerer: "Det er en oppdagelsesreise for oss begge". Målet kan være at pasienten skal bli "nysgjerrig på seg selv" og utvikle begreper til selvforståelse og formidling; middelet er "oppdagelsesferden" som bygger på forståelse og formidling. Målet kan være at pasienten skal få bedre sosial funksjon i fremtiden; middelet er å aktivisere pasienten i en relasjon gjennom å møte ham som likeverdig og meningsberettiget partner. Mål og middel er internt forbundet.

Fysioterapeut P. gir et eksempel på hvordan motsetninger mellom verbalt og kroppslig uttrykk kan komme til syne i praksis.

Jeg spør alltid pasientene hvordan det er for dem å kle av seg. "Jo, da, det er greit det!", sier pasientene. Men så kan jeg se at det ikke er så greit. Hvis det er en usikker pasient, så ser du det. Eller du hører det på stemmen. Da kan jeg si at "Du sier det er greit, men det høres ikke sånn ut?" Og så kan jeg gi alternativ for å trygge dem: "Vi kan gjøre det neste gang, eller vi kan vente med hele undersøkelsen". Men ofte sier de at det er greit da også. Jeg hadde en pasient i går, og jeg så hvordan hun krympet seg når hun tok av seg - hun stod som en redd fugleunge. Jeg sa at "jeg skal gjøre det veldig fort så du kan ta på deg igjen, for det ser ikke ut for meg som om du har det så veldig behagelig". På slutten av undersøkelsen sa hun at følte seg forstått og tatt på alvor.

Fysioterapeuten stiller her spørsmål ved pasientens verbale utsagn gjennom å påpeke motsetninger mellom ordene og sine egne observasjoner av kroppens uttrykk. Men allikevel - eller kanskje nettopp derfor, føler pasienten seg forstått og tatt på alvor. Det er nærliggende å tenke at pasienten vil være "grei" overfor fysioterapeuten ved å imøtekomme dennes ønsker

uten å overveie egne behov. Ved å anerkjenne det kroppslige uttrykket gir fysioterapeuten anerkjennelse av et uttrykk på et "lavere" kommunikativt nivå enn det verbale, men pasienten som person opplever å bli anerkjent. Samtalen bidrar til kontakt mellom kropp og ord, og til å redusere den fremmedgjøring som kan følge av at ordene ikke er meningsbærende m.h.t. innholdsaspektet; de forteller mer om hvem pasienten føler seg som i forholdet til fysioterapeuten (rolleaspektet).

Gradering av verbal tilnærming og valg av tema for samtalen legger viktige føringer for hvordan den kroppslige tilnærmingen kan foregå, og for om fysioterapeutens tilnærming blir integriteteskrekkende eller utviklende.

5.5 Har pasientene hjelp av fysioterapi?

Er fysioterapi til hjelp for psykiatiske pasienter? **Ja**, svarer alle prosjektets informanter, og gir eksempler på hva de ser som viktige funksjoner av fysioterapi. Fysioterapeutenes kroppsundersøkelse er av betydning for diagnostikk, og er dermed grunnleggende viktig for å forstå pasienters problem. Det er igjen avgjørende for pasientens muligheter til å få relevant behandling (se kap. 5.2).

Også fysioterapeutenes behandling tillegges stor betydning. Ikke alle pasienter har hjelp av fysioterapi, og ikke alle skal ha det. Men ifølge prosjektets informanter er det mange pasienter med ulike slags problematikk som har nytte av slik behandling, jf.kap. 5.1. Når de skal redegjøre for det henviser flere til teori som kan begrunne hvorfor det er sånn. Noen relaterer fysioterapi til psykodynamisk teori; en til nevrofysiologi²⁶. Alle viser til gode erfaringer, og beskriver umiddelbare situasjonsrelaterte observasjoner og inntrykk av pasienter som har fått fysioterapi: pasientene går bedre, de har bedre balanse, de er roligere og mer samlet, de psykotiske tankene slipper til fordel for virkelighetsorientering, pasientene har bedre kontakt med seg selv og andre osv. Lindring i øyeblikket er en viktig del av sykehusets oppgave, og fysioterapeutenes bidrag verdsettes både av pasienter og samarbeidspartnere.

[Fysioterapeutene] får ofte en høy status hos pasientene også, fordi de kan komme ned og -"åh, det er så deilig på fysioterapien!" De får som oftest gode kroppsopplevelser. Det er jo deilig for en som er fullstendig falt fra hverandre,

²⁶Psykiater R. sier at han alltid har villet jobbe sammen med fysioterapeut. "For meg er det så selvsagt at man kan jobbe på den måten. Jeg skjønner ikke at det skal være nødvendig å begrunne det teoretisk; det er da helt selvsagt. Naturligvis hører fysioterapeuten hjemme i et psykiatrisk team. Sånn er det".

som kan bli samlet og lettet litt når han går herfra og synes "åh, nå har jeg det bra" - kanskje i 10 minutter, kanskje i en halv time, en time, en dag eller to. Men de har fått noe godt (fysioterapeut Å.).

Hvordan pasientene har nytte av fysioterapi på lengre sikt, er det vanskeligere å si noe sikkert om ut fra prosjektets materiale. Noen informanter beskriver eksempler på behandlingsforløp der det skjer utvikling over tid, som f.eks. hjelpepleier Y.:

De fleste, hvis det er et godt forløp, og det er det som regel, de føler at de får det bedre på den måten at de blir mer klar over deres egne grenser, at de som regel får det kroppslig bedre. Det har mye med det å gjøre at fysioterapeuten kan være med på at de blir mere samlet og kan gå bedre på beina sine.

I: Kan du se det?

Y.: Ja, det kan jeg også. Når de har et langt forløp, så kan jeg se det.

Også eksempel 1 forteller om utvikling over tid: I begynnelsen av behandlingen tåler Inger nesten ikke berøring, og blir urolig og vil gå bare fysioterapeuten rører føttene hennes. Etterhvert kan større kroppsområder tas inn i behandlingen, og hun tåler kontakten med egen kropp og fysioterapeuten over lengre tid. Inger får gode bilder og assosiasjoner, og hun forteller fysioterapeuten om det. Det at hun kommer løpende viser også en ny side ved Inger, som ble oppfattet som en "fumler og tumler".

Fysioterapeut G. gir et annet eksempel når hun forteller om en innelukket, psykotisk dame som hun har hatt til behandling i to år: Hun gikk sammenkrøket, uten å møte noens blikk. Fordi hun ikke kunne ligge flatt, fikk hun ligge på magen over en stor ball under behandlingen. Der kunne hun kjenne på kroppens kontakt med underlaget, og kjenne at det var noe som bar henne. Hun ville veldig gjerne gjøre det, og syntes det var godt. Men hun kunne også få angst iblant. Hun kunne også si ifra, da. Noen ganger ville hun avbryte, andre ganger ville hun fortsette. Nå er det ikke sånn lengre, hun ligger gjerne på ryggen, og det kjennes godt. Det har forandret seg. Men best av alt er at hun tør å uttrykke seg.

I: Det høres ut som om hun er blitt tryggere, tenker du sånn om det også?

G: Ja, det har hun også. Hun liker veldig godt å komme ned hit. Jeg synes at bare på de siste månedene så har jeg merket en forandring, en forbedring. Jeg ble helt lykkelig, for jeg synes det stod stille så lenge. Så jeg har lurt mange ganger på om det skal bli noe av det.

I: Hva har du tenkt om at det blir forandring nå, da?

G: Jeg vet at endel kommer av at hun har kunnet prate mer om sin bakgrunn med kontaktpersonen. Om forholdet til faren, han er tydeligvis en veldig merkelig mann. Nå kan hun **koble** på en måte som hun ikke har kunnet før. Hun begynner å tørre mer, og jeg ser det også her (..) hun våger å si fra, hun kan si at "nå holder det". Jeg kan selvfølgelig ikke alltid stole på at hun sier fra, men det er jo fantastisk når hun gjør det. Hun tør mer å si fra, hun ligger ikke og holder på det. Hun synes alltid at hun har det bedre når hun har vært her. Og man ser det i kroppen også, at hun har

tatt det til seg. Kroppsholdningen forandrer seg. Fra å gå sammenkrøket, så åpner hun seg mer, tør å strekke litt på seg, møte blikket, le - tør å være seg selv en stund. Går litt annerledes. Varer det ikke så lenge, så varer det en liten stund, iallefall. Og da opplever jeg at det ihvertfall er et håp om at det kan bli enda bedre.

Eksempelet berører et vanskelig problem med hensyn til evaluering av behandling, og som flere av prosjektets informanter er inne på: Fysioterapi inngår i et samlet behandlingstilbud, og vi vet ikke hva som hjelper (hjelpepleier Y., sykepleier T., psykiaterne B. U. og V.). De framhever også at dette er et generelt problem i psykiatrien, ikke knyttet til fysioterapi spesielt. Eksempelet viser en utvikling i retning av at pasienten **åpner seg mer** - verbalt og kroppslig. Pasienten får både samtale- og kroppsbehandling, og begge tilnærminger må begge antas å være medvirkende til at pasienten blir tryggere og tør å åpne seg. Men det er grunn til å tro at fysioterapi er medvirkende til prosessen. Psykiater V. sier f.eks. at "fysioterapi er meget etterspurt fordi personalet har sett mange muligheter i fysioterapien - de har sett noen spennende behandlingsforløp som pasientene har profitert på".

Her er det snakk om forløp og utvikling, ikke engangsobservasjoner.

Er det som hjelper idag, noe som hjelper pasienten til et bedre liv på lang sikt? Jeg kjenner ikke til at det er gjort studier som kan besvare slike spørsmål angående fysioterapi. Men det er grunn til å tro at det gjør det - for psykiatriske pasienter som for alle andre. Enten en legger et psykodynamisk, et nevrofysiologisk eller et kommunikativt perspektiv til grunn for forståelse av menneskers utvikling, så vektlegges betydningen av nettopp utviklingsmuligheter: Erfaringer vi gjør, bidrar vedvarende til organisk utvikling, selvutvikling og selvforståelse, og til sosial funksjon. Dette henger intimt sammen, som vist i kap. 4. Viktige spørsmål blir da om kroppslig og verbal interaksjon gir relasjoner som er nærende for god personlig og sosial utvikling, og om fysioterapeuter initierer aktiviteter som gir de læringsmulighetene som skal til for å gi nye fortolkningsrammer, og tillit til seg selv og andre. Dette er spørsmål som selvfølgelig ikke kan besvares generelt; de må besvares ut fra analyser av bestemte praksissituasjoner. Ut fra analyser av fysioterapeutenes praksis i dette prosjektet mener jeg å finne elementer som kan være bidrag til en god utvikling, jf. kap. 5.2.

En måte å evaluere behandling på, er å spørre pasienter om deres erfaringer. Psykiater R. sier det implisitt og kortfattet: "Når pasientene sier de har det bedre, så tror jeg det".

Jeg har ikke kunnet spørre pasienter selv, men har valgt ut to utdrag fra skriftlige kilder som kan kontekstualisere de erfaringer som framkommer i dette prosjektet, og belyse pasienters erfaringer med og utbytte av fysioterapi på lengre sikt. Det første eksempelet er en pasient

som blir intervjuet etter å ha gått i behandling hos psykiater og fysioterapeut²⁷. Bakgrunnen for behandlingen var at allmennlegen "reagerte på tankene mine og de pussige bildene. (...) Han var svært bekymret over både mageplagene og de merkelige tankene jeg hadde" (Hartviksen 1996:56). Psykiateren beskriver henne som klart psykotisk ved terapistart, og hun veide 39 kg. Intervjueren spør (bl.a.) om hva som egentlig kom ut av behandlingen hos fysioterapeuten.

Det var svært ubehagelig å bli tatt på. Det likte jeg ikke. Hun sa at hun så at jeg ikke hadde det godt, og at jeg godt kunne komme til behandling uten at hun tok i meg. Vi kan gjøre øvelser, sa hun, til å begynne med, og så ser vi hvordan det går. Det følte jeg som en lettelse at jeg kunne fortsette med. Senere har hun gradvis kunne begynne å behandle meg; først med bare føttene. De første gangene fikk jeg kvalme bare hun tok på foten min, men nå kan hun ta overalt og godt behandle meg oppe på halsen og i ansiktet (..) Det var en underlig opplevelse å begynne å kjenne kroppen sin. Det var så nytt for meg. Samtidig som det var truende, var det godt også (...) I en periode var jeg redd for at jeg skulle forbli i den grå skyen, men det ble ikke slik. Det jeg opplevde som sterkest var at jeg kjente noe fra kroppen. Det ble liksom så annerledes og mye bedre å være i den. Det var på en måte som om tankene mine og følelsene mine i hodet var flyttet, slik at jeg opplevde meg selv mer som et helt menneske. Det ble ikke lengre slik at kroppen var en "ikke-ting" som jeg oppfattet den tidligere å være. Det hele hang liksom sammen. Jeg visste jo ikke at det fantes slike følelser, så jeg opplevde det hele som en stor gave (Hartviksen 1996:62-64).

Også denne pasienten har fått både samtale- og kroppsbehandling. Begge tilnærminger må antas å være medvirkende, og det er derfor ikke gitt at de opplevelser som er beskrevet bare er knyttet til fysioterapi. På den andre siden står opplevelser av kroppen sentralt både i utdraget her og ellers i intervjuet, og det er tenkelig at dette har sammenheng nettopp med det fokus som har vært på kroppen gjennom fysioterapi. Det er rimelig å se dette som uttrykk for at den kroppslige tilnærmingen har vært et viktig element i den samlede behandlingen.

Pasientens utsagn belyser hvordan en gradvis tilnærming med respekt for pasientens grenser og anerkjennelse av det kroppslige uttrykket over tid bidrar til at pasienten "gjenvinner" kroppen, og føler seg som hel. Eksempelet kan sies å bekrefte prosjektets kroppsforståelse og fysioterapeutenes praksis. Det bekrefter også at utvikling er mulig selv om utgangspunktet er vanskelig: Behovet for avstand til fysioterapeuten blir mindre; hun tåler mer kontakt med sin egen kropp og fysioterapeuten parallelt og i økende grad.

²⁷ Behandlingen hos fysioterapeuten omtales som psykomotorisk fysioterapi (Hartviksen 1996). I den grad intervjuet beskriver behandlingen hos fysioterapeuten, likner det imidlertid mer på det som i denne rapporten er beskrevet som samlende og støttende fysioterapi enn på PMF.

Et annet eksempel er en pasient som har vært innlagt på dagavdeling i psykiatrisk sykehus i et år på grunn av store angstproblemer. Intervjuet er foretatt 1 1/2 år etter at hun ble utskrevet.

"Fordi bevegelsesgruppa var sånn enorm hjelp for meg står jeg nå fram med historien min. For meg var oppholdet på dagavdelingen så godt som synonymt med bevegelsesgruppa. Det var opplegget hos fysioterapeuten som reddet meg. Det var der jeg gråt og ble sint, og det var der jeg første gang snakket om vonde minner fra barndommen. Da jeg kom til bevegelsesgruppa følte det som jeg var i mange biter som ble trukket etter et utall forskjellige tråder. (...) Liggende stilling med arbeid med tyngdefornemmelser i forhold til underlaget og i forhold til kroppsdeler - det er øvelsen min, som ga meg mest. Jeg følte alltid en inderlig ro når vi gjorde den øvelsen". Hun hadde også vonde følelser knyttet til aktivitetene. "Å kaste ball var et problem. Ballen følte ekkel, skitten, truende. I starten ble jeg sint og gråt, men etterhvert aksepterte jeg ballen. (...) Etter et års tid ble jeg utskrevet, og tok ikke imot tilbud om fortsatt samtalebehandling. Jeg var så glad, følte meg sterk og hel. (...) Jeg vil at denne terapiformen skal bli kjent"(Hansen 1992).

Også her understrekes følelsen av å være hel, og i intervjuene knyttes det til berøring og bevegelser, og kontakt med seg selv og andre. Det kan se ut til at praksis bekrefter teori.

Begge disse tidligere pasientene forteller at de fortsatt er nøye med å gjøre øvelser de har lært. Det er ikke sånn at livet er problemløst for noen av dem, men de opplever å ha fått tilstrekkelig hjelp til at de kan greie seg selv. Fysioterapi har vært vesentlige bidrag til deres bedring, og de har opplevd at bevegelse og berøring kan hjelpe på "pussige tanker og forestillinger", angst og vanskelige følelser. Deres psykiske problemer har avtatt. Dette kan ses i forbindelse med at behandlingen har en selvutviklende funksjon: En avspaltet eller oppløst kropp integreres i bevisstheten, og personen føler seg som et helt menneske. Dette gir trygghet og glede.

Funnene i dette prosjektets materiale kan også kontekstualiseres i forhold til en undersøkelse gjort av Mattsson (1992)²⁸. Jeg skal gjengi noen av hennes viktigste funn; først pasientenes evaluering. 84 % av pasientene (n=141) mener de har fått stor eller en viss hjelp av fysioterapi. Jo mer fysioterapi pasientene har fått, jo mer positive er de.

²⁸ Mattsson, som selv er fysioterapeut, har foretatt en spørreskjemaundersøkelse blant personell og pasienter i noen psykiatriske institusjoner. Formålet med undersøkelsen var å evaluere betydningen av fysioterapi, dens omfang, og om mulig definere det spesielle med fysioterapi i forhold til annen psykiatrisk behandling. Spørsmålene er dels lukkede, dels åpne, og gir både kvantitative og kvalitative data. Mattsson er selv ansatt ved en av institusjonene, og sier at dette kan ha påvirket respondenter. Funnene hennes har allikevel kvalitative likhetstrekk med dette prosjektets materiale, noe som indikerer at virkningen av dette har vært begrenset.

De kvalitative funnene er kanskje vel så interessante, ved at de gir forståelse for hva det er i fysioterapi som oppleves å være til hjelp, og hvordan fysioterapi oppleves forskjellig fra andre behandlingsformer. Pasientene beskriver først hva de ser som betydningen av fysioterapi sammenholdt med andre behandlingsformer de har fått i institusjonen. De svarer at fysioterapi er noe spesielt, noe kvalitativt annerledes enn annen behandling. De fleste pasientene uttrykker også at fysioterapi "gjør noe godt". En kjenner seg mykere og smidigere etter behandling, blir mer opplagt og får mer energi. "Fysioterapi er annerledes, mer personlig og gjør meg god og varm". Mange uttrykker at fysioterapi kompletterer samtalebehandling. Behandlingene utfyller hverandre og stimulerer hverandre. Med kroppsbehandling når en "bortenfor ordene". Pasientene er også opptatt av at fysioterapi er mer enn ord. Mange som tidligere bare har hatt samtalebehandling, opplever at fysioterapi gir hjelp til å nå lenger og dypere; en kan ikke nå hele veien med bare samtale. Pasienter som har opplevd seg som intellektualiserende, sier de får bedre kontakt med sitt følelsesliv. Fysioterapi gir kunnskap og innsikt og kroppen, og om sammenheng kropp/sjel. En blir oppmerksom på kroppen og dens signaler, en kan stole mer på kroppen, en får bedre kontroll. Dette mener pasientene de har stor nytte av (forf.'s uth.). De har lært å se kropp og sjel som en enhet; dette har vært vanskeligere i samtalebehandling (Mattsson 1992).

Hva er det så pasientene synes er spesielt verdifullt med fysioterapi? Spenningsreduksjon er viktig for mange. De fleste kjenner at muskulær spenning har sammenheng med psykisk spenning, og kroppskontakt er viktig for å frigjøre spenning. Å "lære om", og våge å nyte berøring beskrives som ytterst viktig for mange; tidligere har dette vært forbundet med negative opplevelser og følelser av å bli utnyttet. Den fysiske kontakten i fysioterapi har hjulpet mange til å oppleve berøring som noe godt, som kan gi lyst og glede. Mange har uttrykt tilfredshet med å bli sett kroppslig, og bli akseptert som den en er. Fysioterapi har også gitt hjelp til bedre kontroll og egenmestring, ved at de har lært seg selvhjelpsmetoder som gir mulighet til kontroll over symptomer. Fysioterapi har dessuten gitt en opplevelse av sammenheng og integrering; "allting har vävts ihop". Dette relateres både til kroppen som samlet og hel, og til "kropp/sjel" som en enhet. Samtalen i fysioterapi har også vært viktig i dette.

De fleste pasientene er fornøyd med fysioterapien som den er, og har ikke forslag til endringer ut over at de ønsker at mange flere pasienter kunne få tilbud om det (Mattsson 1992).

Blant personalet svarer 90 % (n=144) at fysioterapi er av meget stor eller stor betydning i behandling av pasienter. De fleste mener at fysioterapi-tilbudet burde utvides (Mattsson 1992).

Ingen av prosjektets informanter ser fysioterapi som noen "magisk" løsning på psykiske problemer. Pasientens livshistorie og -situasjon, hvor lenge han har vært syk, hvor syk han er osv. gir forutsetninger for fysioterapeutenes arbeid som for alle andres. Det hender at pasienter også avviser fysioterapeuter som alle andre. Men fysioterapeutene er, i likhet med deres samarbeidspartnere, overbevist om at arbeidet deres gir meningsfulle bidrag til at psykiatriske pasienter får det bedre.

Tidsperspektivet for innleggelser er en viktig faktor m.h.t. hva en kan tilføre og hvordan. I akuttavdelinger gjelder det å samle og støtte; en går ikke dypt inn i noe. Fysioterapeutene J. og P. håper på å gi pasienten "en liten spire", gode og lærerike erfaringer som de kan ha med seg videre. På andre avdelinger kan behandling gå over flere år, og det åpner selvfølgelig helt andre perspektiver for utviklingsprosesser, jf. eksempel ovenfor.

6.0 Beskrivelse av aktuelle sykehus

Jeg gir innledningvis data om sykehuset som helhet. Hovedvekten legges imidlertid ut fra prosjektets bakgrunn på å beskrive fysioterapeutenes samarbeidsmåter med andre, og organisatoriske og materielle rammer. Framstillingen begrenses til forhold som informantene framhever som viktige for fysioterapeutenes faglige funksjon.

På alle sykehusene jeg besøkte var fysioterapeutene samlet geografisk. Lokalene de disponerte rommet kontorer og behandlingsrom av varierende type. I tillegg til dette disponerte de enkelte lokaler utenfor sin geografiske kjerne.

Mens samarbeidsformene har vært relativt ensartet på de tre sykehusene jeg har besøkt, har jeg møtt ulik organisering av fysioterapitjenestene. Organiseringen av fysioterapeutene og samarbeidsformer ved de enkelte sykehus beskrives som bakgrunn for å belyse følger for fysioterapeutenes funksjon i forhold til faglig nivå/ utviklingsmuligheter, og integrering og samarbeid med andre.

6.1 Sykehus A

Sykehuset er fra 1970-årene og ligger vegg i vegg med byens somatiske sykehus.

Antall senger: 185.

Avdelinger: 12 avdelinger, fordelt på: Barne- og ungdomspsykiatri (dag, døgn og poliklinikk), voksenpsykiatriske avdelinger (åpen og lukket og poliklinikk), rettspsykiatrisk avdeling.

Hver avdeling har distriktpsikiatriske team med poliklinisk behandling for bl.a. oppfølging av pasienter som er utskrevet fra avdelingene.

Fysioterapitjenesten

Antall fysioterapeuter: 4,5.

Innenfor denne stillingsrammen behandles også ambulante pasienter. Antall pasientbehandlinger 1997: 2050, hvorav 520 polikliniske. Det har vært en økning på 29 % i antallet konsultasjoner på 3 år, noe som i hovedsak har gått ut over samarbeidsmøter.

Fysioterapitjenesten ble etablert i begynnelsen av 80-årene.

Lokaler: Fysioterapiavdelingens lokaler ligger i samme etasje som, og rett innenfor sykehusets hovedinngang. Avdelingens lokaler består av et kontor for studenter, et kontor for avdelingsleder, og et lite, felles oppholdsrom. Her er et stort spisebord med telefon på og 8 stoler rundt. En liten bokhylle inneholder sentrale fagbøker og fysioterapeutenes ringpermer med arbeidsnotater. Et gammelt skyllerom som er gjort om til kombinert kjøkken/garderobe, og det er 4 behandlingsrom; 3 store lyse rom med treparkett på gulvet (sjefsfysioterapeuten kommenterer gulvet med at "det måtte de jo legge, noe annet er for hardt"), et mindre. Det minste har en behandlingsbenk, de store har behandlingsbenker, speil som er dekket av gardiner på en vegg, og ellers litt utstyr som en stabel med håndklær, noen baller, vippebrett og matter. Det er mye gulvplass. Sjefslegen "er helt enig i at det er gode romforhold, men det er viktig for å signalisere at pasienten og behandlingen er viktig".

Fysioterapeutene bruker av og til svømmebassenget på det somatiske sykehuset rett ved. Det er ingen grupperom. All undersøkelse og behandling er individuell, og foregår i fysioterapiavdelingen. Fellesrommet fungerer nærmest som avdelingens "hjerte"; her sitter ofte en eller flere, som regel opptatt med å skrive journaler og notater etter behandlinger, og de drøfter dette med de andre. Telefonen brukes hyppig. Rommet brukes også til undervisning og veiledning, og til lunsj.

Organisering: Fysioterapeutene ved sykehuset er som eneste faggruppe organisert som stabsfunksjon direkte under sjefslegen. Avdelingen har sjefsfysioterapeut, øvrige ansatte er

likestilt under henne. Alle fysioterapeutene dekker i hovedsak 2 avdelinger, da det er flere avdelinger enn fysioterapeuter. Men den enkelte fysioterapeut er fast tilknyttet avdelingene for kortere eller helst lengre perioder. For tiden har avdelingen bare en fysioterapeut med psykomotorisk kompetanse²⁹, og hennes spesielle kompetanse brukes ved behov ved andre avdelinger enn dem hun er fast tilknyttet.

Sjefslege M. er sterkt engasjert til fordel for denne organisasjonsformen. Hun begrunner dette med at fysioterapi er et spesielt fagområde, at det er få fysioterapeuter som kan denne formen for fysioterapi, og at de dermed må legge forholdene tilrette for internt faglig utviklingsarbeid. Hun mener det å beholde fysioterapeutene samlet i en egen fagavdeling er en viktig forutsetning for å få til dette: "Hvis det nå var sånn at alle fysioterapeutene var spredd utover i avdelingene, så satt de meget isolert. Da mener jeg det ville være vanskelig å stimulere et fysioterapifaglig miljø." Og hun mener at fysioterapitjenesten ved sykehuset gjennom år har utviklet en høy faglig standard, og at den opprettholdes og videreutvikles. Hun påpeker også at dette har ringvirkninger ut over i sykehuset:

Det er en god faglig standard på vår fysioterapi, de er gode til å formidle det, og man opplever at det sammen med de andre terapiformene vi gir, hjelper pasientene. Jeg hører fra avdelingsledelsen ved voksenpsykiatrisk avdeling at de jo helst så at fysioterapeuten var ute hos dem og var en **helt** integret del, men jeg er litt redd for at vi da utvanner fagligheten (sjefslege M.).

Fysioterapeutenes faglighet har utviklet seg gjennom de siste 20 år, og tilsvarende har andres forståelse for deres funksjon er endret seg.

Hvis jeg ser på utviklingen, så er den virkelig synlig. Det er en psykiatrisk fysioterapi her, og det har det vært i noen år; det var det ikke før. Man er blitt mye mer oppmerksom på at fysioterapien ikke bare er sånn som jeg forestilte meg i starten, at det var mer alminnelig somatisk fysioterapi. Nå tar man fysioterapeuten mye mer inn i noe. Det er kanskje ikke bare fordi man observerer at det er et eller annet somatisk som jeg tror det var i starten, altså helt sånn som man var vant med fra somatikken - hvis det var noe med kroppen, så fysioterapi! (sjefslege M.).

Fysioterapeutene mottar stadig flere henvisninger. Prioritering av pasientbehandling har medført at deltakelse på tverrfaglige behandlingsmøter er skåret ned "til beinet". Fra flere avdelinger sies det at de hadde nærmere kontakt med fysioterapeuten før, og ønsker større deltakelse fra fysioterapeutens side. Innenfor gjeldende stillingsramme er det ikke mulig, med mindre behandling av pasienter skal nedprioriteres. Det ønsker fysioterapeutene ikke å gjøre.

²⁹ Sykehuset har arrangert og delvis finansiert videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi for alle fysioterapeutene ved sykehuset. De øvrige er p.t. i permisjon. Vikarene er relativt nyutdannede og uten spesiell erfaring fra psykiatrisk fysioterapi. De får derfor intensiv veiledning fra sjefsfysioterapeut for at kvaliteten i det fysioterapifaglige tilbudet skal opprettholdes.

Samarbeid og formaliteter i pasientbehandling: Legen skriver, gjerne etter en innledende drøfting på behandlingsmøter eller med fysioterapeuten direkte, skriftlig og begrunnet henvisning til undersøkelse og vurdering hos fysioterapeut. Fysioterapeuten bestemmer så på dette grunnlaget om pasienten skal ha fysioterapi eller ikke, i tilfelle hva slags. Forslag om fysioterapi kommer også ofte fra miljøpersonalet eller psykolog, eller fra pasienten selv. Men henvisning formaliseres altså alltid gjennom lege.

Fysioterapeutene dikterer egne journalnotater som skrives inn i pasientenes hovedjournal på egne ark.

6.2 Sykehus B

Sykehuset er gammelt, og har gjennomgått omfattende endringer m.h.t. organisasjon og reduksjon i pasienttall. Det ligger landlig til, og sykehusets omgivelser brukes i trening og aktivisering.

Antall senger: ca.135

Antall fysioterapeuter: 4 inkl. turnuskandidat. (Det foreligger forslag om utvidelse med ytterligere to stillinger, med anbefaling fra aktuelle overleger. Fylkeslegen har dessuten gitt pålegg om at de tar imot nok en turnuskandidat.

Avdelinger: Akuttavdelinger, psykiatriisk avd., avd. for yngre schizofrene, almenpsykiatriisk avd, langtidpsykiatriisk avd.

Fysioterapitjenesten

Fysioterapitjenesten har historie tilbake til 1968. Den første fysioterapeuten³⁰ var tidlig ute med tanker om psykosomatisk behandling av psykiatiske pasienter, men hun slapp lite til med sine metoder. Det ble en periode med somatisk fysioterapi, hvor fysioterapeuten behandlet skader, somatiske sykdommer og fysiske smerter. Mot slutten av 1970-årene begynner den psykosomatiske fagvinkel å vinne innpass, samtidig som flere avdelinger begynner å bruke fysisk aktivitet som ledd i behandlingen. Fysioterapeuten ble en ressurs i å tilrettelegge slike aktiviteter og tiltak. Mot slutten av 1980-årene og inn i 90-årene har utviklingen gått i retning av mer fagspesifikke metoder som PMF og BK. Disse brukes i individuelle behandlinger. Med få stillingshjemler legger fysioterapeutene idag vekt på grupper som morgenstrek, trimromsgrupper, bevegelsesgrupper og gågrupper, samt svømmegruppe for eldre (internt skriv).

³⁰ Den første fysioterapeuten var Lillemor Johnsen, som var utdannet i psykomotorisk fysioterapi. Hun har senere utviklet en egen retning under betegnelsen "integrert respirasjonsterapi" (Johnsen 1990).

Fysioterapi-avdelingen har nå inngått formell avtale med sykehuset om ettervern av pasienter p.g.a. vanskeligheter med å få pasienter overført til kvalifiserte fysioterapeuter utenfor sykehuset.

Lokaler: Fysioterapeutene har lokaler i underetasjen på velferdsbygget. Her er ingen kliniske avdelinger, så fysioterapeutene må alltid ut og gå for å komme til sine avdelinger. I tilknytning til kontorene er det basseng, treningsrom med maskiner og et grupperom. Et stort rom med et stort bord "omringes" av fysioterapeutenes kontorer. Det er et behandlingsrom for individuell behandling, og en behandlingsbenk inne på det ene kontoret. Dagslys slipper inn på kontorene, men ikke i det store rommet i midten, i grupperom og treningsrom.

Organisering: Fysioterapeutene er organisert som egen avdeling under klinikkoverlege. Sjefsfysioterapeut er administrativ leder av fysioterapiavdelingen. Hver fysioterapeut er på 2 avdelinger. (Fram til 1989 var de organisert under sjefssykepleier. Organisasjonsplanen er nå oppe til diskusjon. Fysioterapeutene argumenterte for at de fortsatt skulle være en egen avdeling, men ingen vedtak er fattet ennå).

Samarbeide og formaliteter: Formelt er det leger som skal henvise til fysioterapi. I praksis gjøres dette ved samtaler, og det skrives ned i kardex og pasientjournal. Fysioterapeutene deltar alltid på sine avdelingers ukentlige behandlingsmøter.

Utvelgelse av pasienter til bevegelsesgrupper foregår ved at fysioterapeuten er tilstede på behandlingsmøter, går igjennom aktuelle pasienter med sin samarbeidspartner i avdelingen, og gir tilbud til pasientene ut fra det. Fysioterapeuten skriver notater fra gruppa inn i kardex på hver enkelt pasient som har vært med, og rapporterer tilbake til morgenmøter.

De dagene de har bevegelsesgrupper er fysioterapeutene tilstede på morgenmøte på avdelingen for å orientere seg om hvem som er aktuelle å ha med i gruppe og hva som er aktuelle problemer for pasientene. Gruppene legges opp tildels ut fra dette.

Fysioterapeutene skriver journalnotater i pasientens hovedjournal.

6.3 Sykehus C

Sykehuset er fra 1860-årene, hadde opprinnelig 1080 pasienter og dekket et stort geografisk område. Idag er store deler av bygningsmassen og området solgt til næringsutvikling, og fysioterapeutene har blitt fratatt det huset de disponerte tidligere (de var 16 personer på det meste).

Antall senger: 150.

Avdelinger: Sykehusets struktur bygger dels på sektor-prinsipp, dels på spesialitets-prinsipp. En finner f.eks. avd. for bulimi og anorexi, avd. for straffedømte, akutt avdeling, avd. for rehabilitering av psykosepasienter, geriatrisk avdeling, avd. for affektive lidelser, barnepsykiatrisk avd., avd. for suicidale pasienter osv. Noen av disse avdelingene ligger ved det somatiske sykehuset.

Antall stillinger for fysioterapeuter: 4,5

Fysioterapitjenesten

Fysioterapeutene begynte utviklingen av psykiatrisk fysioterapi i begynnelsen av 1970-årene, og sykehuset har vært et av de sentrale stedene for utviklingen av denne fysioterapien i landet. På det meste var de 16 ansatte, og de var en påkostet stab m.h.t. lokaler, økonomi og utdanning. Antallet fysioterapeuter er nå redusert til 4,5 i takt med at sykehuset har redusert sengetallet. Reduksjonen svarer forholdsvis rimelig til redusert sengetall etter fysioterapeutenes mening.

Lokaler: Etter mye fram og tilbake flyttet fysioterapeutene inn i nye lokaler en måned før jeg kom. Lokalene lå i 1. etg. ved sykehusets hovedinngang. Her hadde fysioterapeutenes fysioterapeutenes kontaktperson til administrasjonen eget kontor, mens 4 andre delte på to kontor. Videre innover var det 3 store behandlingsrom med en behandlingsbenk, ergometersykkel, nedtrekksapparat og et pulley-apparat, trampoline, vippebrett, forskjellige baller, og en ribbe på veggen. I korridoren mellom var det to sittegrupper for to. Her satt det stort sett ingen, evt ble de brukt av meg og andre som hadde mindre funksjoner knyttet til avdelingen. Ut over dette disponerte de lokaler i kjeller-etasje. Her var det et rom utstyrt som et moderne trenings-studio og lengre borte en stor tradisjonell skole-gymnastikksal og et pauserom.

Det virker ikke som de er helt fortrolige med de nye lokalene selv ennå. Avdelingen er preget av en slags forsiktighet og stillhet. Det var ingen selvfølgelige møteplasser i avdelingen, og alle var enten ute på avdelingene, i behandlingsrommene eller på sitt eget kontor. Pauserommets beliggenhet i kjelleren innebærer at en må avtale må møtes der, og gir ingen spontane treff. "Vi har måttet krympe oss!"

Organisering: Sykehuset som helhet har gjennomgått flere omorganiseringer de siste årene. Dette tilskrives dels politiske vedtak som har ført til reduksjonen m.h.t. antall pasienter, dels personkonflikter internt, dels pålegg om innsparinger.

Fysioterapeutene var organisert i egen avdeling sideordnet med to psykiatriske avdelinger i sykehuset fram til 1996, da fysioterapiavdelingen ble nedlagt. Fra da av har fysioterapeutene vært ansatt på hver sine sengeavdelinger, gjerne i en halv stilling på en avdeling og en halv stilling på en annen avdeling. En av fysioterapeutene fungerer som fagområdets bindeledd til administrasjonen, og fungerer som "kontaktperson for fagområdet". Hun har imidlertid ingen administrativ funksjon i forhold til fysioterapeutene. Etter 1996 har det vært ytterligere to omorganiseringer av sykehuset. Dette har berørt fysioterapeutene først og fremst ved at noen av dem er blitt flyttet til nye avdelinger.

Fysioterapeutene var meget klare i sin vurdering av den nye organisasjonsformen. De mente den ga dårligere faglige utviklingsmuligheter fordi fysioterapeutene som gruppe har mistet muligheten til å arrangere møter, kurs, veiledning etc. Dette er dels fordi de ikke har penger, dels fordi de ikke har egen fagsjef som kan ivareta dette. Ved at de var fast tilknyttet ulike avdelinger, ble det dårligere fleksibilitet m.h.t. bruk av deres personlige fagkompetanse ved spesielle problemstillinger. Det at alle fysioterapeutene har flere sjefer gjør deres formelle arbeidssituasjon svært uryddig. Det ble også mindre fleksibilitet ved ferier, ved sykdom etc.

Psykiater R. er opptatt av faglige sider, og sier han ser en "samlet fysioterapi som nødvendig for opprettholdelse av faglighet innenfor en veldig kunnskapskrevende og spesialisert del av fysioterapien. Det er en forutsetning for å holde teoretiske kunnskaper, fingerspiss-kompetanse og interesse på et nivå som gjør det mulig å gi god behandling til psykiatriske pasienter".

Omorganisering og nedskjæring har medført tap av utviklingsmuligheter, lokaler, kollegaer, og tro på at en kan påvirke systemet - "Vi har ikke hentet oss inn ennå etter dette (...) Det kommer ingen unge fysioterapeuter hit nå. Vi lurer stadig på om det er flere som må slutte, så vi er glade så lenge vi får lov til å bli. Det går ut over troen på det vi gjør, det er vanskelig å være sterk og ha selvtillit. Faglig selvtillit undergraves ved at det stadig stilles spørsmål ved vår eksistens" (fysioterapeut N.).

Fysioterapeutene som er tilknyttet andre enheter innenfor samme forvaltningsområde og -nivå har månedlige møter. Men de faglige diskusjonene har blitt færre, nå går det innholdsmessig mest på spørsmål knyttet til organisasjonsendringer.

Hver har sine kamper! Det er ønske om besparelser som ligger bak at man kaster ball med organisasjonsmodeller, sykehus, områdeinndelinger. Fysioterapeutene er ikke hardere rammet av nedskjæring enn andre grupper, det har f.eks. gått enda mer ut over ergoterapeuter. Men det henger en tung depresjon over hele stedet - ja, helsevesenet i det hele tatt" (fysioterapeut N.).

Samarbeid og formaliteter: Sykehuset opphevet bestemmelse om at lege skulle henvise til fysioterapi ved årsskiftet -98/99, og vurderinger gjøres nå i felleskap på behandlingsmøter. Pleierne kan like gjerne som lege ta kontakt med fysioterapeuten og foreslå behandling. En psykiater (R.) begrunner dette med at de har god stabilitet i personalet, og at alle er vant til hvordan de kan bruke fysioterapeuten gjennom mange års samarbeide, og følgelig istand til å vurdere like bra som legen om fysioterapeuten skal trekkes inn.

Fysioterapeutene skriver vurderinger og behandlingsnotater inn i pasientens hovedjournal.

Fysioterapeutene er på behandlingsmøter på sine avdelinger 1 gang i uken, og samtaler ellers med andre ved behov.

6.4 Generelt om fysioterapeutene og deres forhold til institusjonene

6.4.1 Samarbeidsformer og formidling

Alle fysioterapeutene framhever betydningen av å delta i tverrfaglige behandlingsmøte. De får informasjon om andre forhold enn de har tilgang til i deres møte med pasientene, de får kjennskap til avdelingens tenkemåte, og de får kjennskap til hva slags pasienter som er på avdelingen. Dette hjelper dem til å kunne tilby sine tjenester også der ingen andre har tenkt på aktualiteten av fysioterapi.

Også samarbeidspartnerne vektlegger felles møter. De forstår lettere hva fysioterapeutene tenker både generelt og i forhold til enkeltpasienter når de får muntlige, praksisnære beskrivelser. Psykiater V. sier det slik: Jeg må innrømme at det ikke alltid sier meg så mye når jeg leser en fysioterapeutisk vurdering (..) da måtte jeg ihvertfall sette meg ned å bruke litt tid på det. Muntlig blir det framstilt på en litt mer forståelig måte, med utgangspunkt i praksis. Om det står noe i teksten om et eller annet som hun har observert ved undersøkelsen, så kan hun kanskje vise på kroppen hva hun så, hva hun tolker - det er lettere å få tak i mening enn hvis en leser det på et stykke papir. Det sier mye mer hvis vi har fysioterapeuten tilstede.

Flere sier at de får "et bilde" av pasienten når fysioterapeuten redegjør muntlig og viser ulike kroppslige forhold gjennom egne bevegelser og stillinger.

Flere bruker uttrykket "frirom for pasientene" når de omtaler fysioterapi. Fysioterapeutene har god tid med pasientene, og det etableres nær kontakt mellom fysioterapeut og pasient. Dette sammen med at en kroppslig tilnærming ofte utløser minner, tanker og følelser, gjør at

mange pasienter kan si ting som de ikke har sagt på avdelingene. Sykepleier T. trekker også fram en annen dimensjon ved dette:

"Når de sier noe her [på avdelingen], så skal det jo også ha noen konsekvenser".

Det kan synes som om avdelingen i større grad tenker sanksjoner i forhold til adferd, og at dette kan hindre pasienten i å utrykke seg åpent. Både fysioterapeuter og andre påpeker betydningen av at viktig informasjon formidles til avdelingen. Dels for å unngå splitting mellom avdeling og fysioterapeut som er løst tilknyttet; dels fordi opplysninger kan være av en slik karakter at de må følges opp; f.eks. tanker om selvmord. "Frirommet" kan ha sin viktige funksjon ved at det tillater nær relasjon, trygghet og muligheter for kroppslig og verbal dialog, men en må sikre tilstrekkelig formidling av viktig informasjon.

6.4.2 Tilpasning til avdelinger:

Flere informanter sier at godt samarbeid forutsetter en felles forståelsesramme (psykiater V., psykolog Ø., sykepleier B.). Det er ikke vanskelig å tenke seg at dette i det minste må gjøre samarbeid enklere. Men hva skal denne rammen så være? Innenfor et av sykehusene var det så langt jeg har bragt i erfaring to etablerte behandlingssideologier. En avdeling arbeidet etter strategier for kognitiv terapi, andre etter mestrings- og løsningsfokuserte terapiformer. På et annet sykehus snakket de i det hele tatt lite om overordnede modeller³¹, og på det tredje var psykodynamisk teori framtrepende som forståelsesform.

Fysioterapeutene er ikke i posisjonen til å definere hva som skal være en faglig felles forståelsesramme for avdelingenes arbeid. Isteden ser det ut til at de prøver å tilpasse seg omgivelsene for å bli godtatt som likeverdige partnere. En fysioterapeut (J.) gir ord til denne strategien når hun sier at "Idag ville jeg tatt "læring av mestringsstrategier" inn i gruppekontrakten. Vi bruker ord som andre faggrupper bruker for å få innpass"³². Dette må selvfølgelig ikke forstås som at språkbruk er fysioterapeutenes eneste legitimeringsgrunnlag i psykiatri; heller ikke at fysioterapeutenes språkbruk generelt er misvisende. Men i en virksomhet hvor ordet har forrang både m.h.t. teoretisk grunnlag for virksomheten, i behandling og som formidlingsform samarbeidspartene i mellom, er det forståelig at en yrkesgruppe som er marginal både m.h.t. at de har en annen grunnlagsforståelse av kropp/menneske, som har kroppen som innfallsvinkel, og som har arbeidsmåter som andre ofte har mangelfull forståelse for (eks. bevegelsesgrupper) søker å tilpasse seg systemets premisser for å anerkjennes som likeverdige og integrerte behandlere. På sykehus B beskriver fysioterapeutene at det har vært vanskelig å få andre interesserte i hva

³¹ Fysioterapeut N. ga uttrykk for at det nok var en utbredt biologisk orientering på sykehuset.

³² Utsagnet kommer i forbindelse med at vi leser gjennom "Kontrakt for bevegelsesgrupper" fra 1990. "Vi måtte lage denne kontrakten for å få det godkjent som behandling" (fysioterapeut J.)

de gjør³³, og de er tilsvarende glade når noen av egen interesse vil være med som ko-terapeuter i bevegelsesgrupper. En konsekvens av at andre ikke er interessert i hva som konkret foregår i bevegelsesgrupper, er at fysioterapeutene i stor grad styrer dette selv. Praksis utvikles på fysioterapifaglige premisser og i noen grad sammen med interesserte samarbeidspartnere, mens tilpasningen i stor grad er språklig.

Fysioterapeutenes praktiske arbeid er mangefasettert og har elementer som kan defineres inn under ulike teoretiske tradisjoner. Samtidig er det ingen teori som favner alt som foregår i fysioterapeutenes arbeid: Praksis reduseres alltid gjennom språklig formidling. Nettopp derfor er det viktig **hvordan** praksiskunnskap og erfaringer formidles. Ord og begreper gir assosiasjoner og skaper forestillinger om praksis hos andre som (tildels) er ukjente med faget. Det spesielle ved faget kan bli usynlig om det presenteres innenfor rammen av mer etablerte tenkemåter.

Noen informanter beskriver hvordan samarbeidspartnere setter rammer for hva som er akseptabel faglig tenking og språkbruk:

Noe av det som er veldig viktig, er at fysioterapeutene har en psykologisk referanseramme som ikke er så forskjellig fra den psykodynamiske forståelsen man har i avdelingen. Det er meget vesentlig, og jeg tror det kunne bli noen vanskeligheter med å få integrert det - det ville være **for fremmed**" (psykiater V.).

Fysioterapeut J: Jeg har fått mye påpakninger for språket mitt av A.[ko-terapeuten] - "Du kan ikke skrive sånn, da er det ingen som skjønner deg på morgenmøtet!" Hvis jeg prøver meg på noen ord, så må jeg sette dem i parentes, kanskje. Du må hele tiden tenke ulike nivåer - hvem skriver jeg til? Det jobber vi mye med felles her i avdelingen også.

Fysioterapeuter er klar over at de har en spesiell type kunnskap å formidle, samtidig som de er innforstått med at de må tilpasse formidling av vurderinger og konklusjoner på undersøkelser til avdelingens "stil":

Det jeg synes er viktigst å formidle, er hva slags kroppslige ressurser pasienten har. Jeg har jo kroppen som utgangspunkt; det er det ingen andre som har. Så det er viktig for meg å formidle et bilde av den kroppen jeg har sett, og få fram hovedtrekkene i det kroppslige. Jeg kan godt gå i detaljer hvis jeg synes det er viktig, men i grove trekk vil jeg formidle hvordan stabiliteten er, muskelbildet, respirasjonen, funn fra funksjonsprøvene, hvordan kroppsholdningen er for å se hva slags uttrykk den gir, og hvordan det kan ses sammen med de vanskelighetene de

³³ Fysioterapeut P. forteller at hun ønsket mer samarbeid med andre faggrupper i avdelingen, og foreslo bl.a. at andre kunne være med i hennes behandlingstimer. Hun prøvde å overtale en avdelingsoverlege til å være med i en bevegelsesgruppe. "...så skal jeg fly rundt der og stønne og sukke og flagre med armene? Nei, det vil jeg ikke", svarte han. Intensjonen bak reaksjonen er ukjent, men en funksjon av utsagnet kan være at fysioterapeutens bevegelsesgruppe latterliggjøres og miskjennes. Jf. også note nr. 20.

ser i avdelingen. Men alltid med utgangspunkt i det kroppslige, det er det viktigste. Men det er klart at det blir jo sett i forhold til deres lidelse, en prøver og se om det er noen sammenheng (..)

I: Tenker du i forhold til psykologiske teorier?

Å: Ja, det gjør jeg jo, men mest for meg selv. Jeg er litt forsiktig med å gjøre det på avdelingene, for det er ikke min oppgave. Det er en balansegang, og det kommer an på avdelingene. Det grunnleggende kan man redegjøre for alle steder. Men å gå litt videre og løfte faget på et litt høyere nivå og sette sammen noen ting, det kan man ikke på alle avdelinger. En kan starte litt forsiktig. Noen ganger kan jeg få lov å gå videre med det, og vi får noen fine dialoger. Andre ganger kan jeg merke at det ikke er gehør for det (fysioterapeut Å.).

Fysioterapeutenes berettigelse som deltakere i et psykiatrisk team ligger i at de representerer en annerledes og utfyllende kunnskap. Samtidig forventes det at kunnskapen deres formidles i et kjent språk, i kjente teoretiske rammer; det gjelder å ikke være **for** annerledes. Det kan se ut til at dette forholdet av og til bidrar til at fysioterapeutene underkommuniserer faglige refleksjoner. En følge av dette kan være at deres kompetanse ikke fullt ut kommer til anvendelse.

Framstillingen ovenfor berører også spørsmålet om grenseoppganger mellom profesjoner. Det ser ut til å være en oppfatning om at fysioterapeuter skal "holde seg til kroppen". Fysioterapeut N. forteller da også at hun har tatt utdanning i psykoterapi "for å ha lov til å snakke med pasienter". Som tidligere beskrevet, er det gode grunner for at fysioterapeuter skal snakke med sine pasienter. Det er også gode grunner for at de skal analysere og fortolke mønstre i funn fra en undersøkelse, og knytte sammen kropp og språk i undersøkelser og behandlingssituasjoner.

6.4.3 Hvem og hva bestemmer hvor fysioterapeutene arbeider?

Enkelte avdelinger ved alle sykehusene hadde ikke fysioterapeut tilknyttet i det hele tatt, eller de brukte fysioterapeutenes kompetanse i påfallende liten grad. Andre avdelinger var "storforbrukere". Hva skaper slike forskjeller? Avdelingsoverlegen ser ut til å være en viktig person i denne sammenheng. Om han/hun har forståelse for og kunnskap om hvordan fysioterapi kan brukes, betraktes av mange som avgjørende for om avdelingen i det hele tatt har fysioterapitilbud. Ved sykehus B og C er det avdelinger som ikke har fysioterapitilbud i det hele tatt. Følgelig får de heller ikke erfaringer med hvordan fysioterapi kan brukes. Fysioterapeutene vet ikke alltid hvorfor det er slik, men i flere tilfeller henviser de til overlegens faglige holdninger kunnskaper, og ikke minst: Manglende erfaring med

fysioterapi i psykiatri³⁴. Fysioterapeutene opplever også at det er så vanskelig å etablere samarbeid ved enkelte avdelinger, at de velger å bruke knappe ressurser på avdelinger som viser interesse og forståelse for arbeidet deres (fysioterapeut J). På den andre siden kan overlegens kunnskaper og holdninger bidra til at fysioterapeuter etterspørres. F.eks. sier psykiater R. at han alltid har villet jobbe sammen med fysioterapeut, og viser til at han har gode erfaringer med det fra mange ulike psykiatriske sammenhenger.

I: Hva tror du er bakgrunnen for at noen avdelinger bruker fysioterapi mye, noen lite og andre ikke i det hele tatt?

Å: En del er nok om overlegen på avdelingen er innstilt på at kroppen overhodet spiller noen rolle når man er psykisk syk. Det kan godt sette en brems på om fysioterapi blir brukt eller ikke. Og på den andre siden kan det være fremmede på bruken av fysioterapi om han har en annen holdning. En annen ting er nok hvordan man erfaringsmessig har opplevd fysioterapi, om de synes de kan bruke oss til noe. Men hvis man aldri er kommet igang er det vanskelig å si om det skyldes at de ikke er interessert i det, eller fordi det ikke kan brukes til noe" (fysioterapeut Å.).

Andre faggrupper har ulike forventninger til og kunnskaper om hva fysioterapeuter kan brukes til i psykiatri. Dette kan bidra til at fysioterapeuter føler seg veldig alene i avdelingene (fysioterapeut P.). Mange beskriver at det er tungt å til stadighet måtte drive opplæring av nytt personell på avdelingene. Faglig "annerledeshet" og mangelfull forståelse fra andre bidrar til at fysioterapeutenes egen faglighet settes under press av andres allerede etablerte forventninger. Sitatet nedenfor belyser noen av fysioterapeutenes problemer i så måte:

Det er viktig at vi **treffer** det miljøet vi jobber i. Hver avdeling er sin egen lille bedrift med sin overlege og sin avdelingssykepleier. Jeg kjenner alle sammen, og du verden, hvor forskjellige de er. Overlegene er som natt og dag, sykepleierne er som natt og dag, og da blir miljøet forskjellig nedover også. Vi må komme inn der og finne dem. Noen steder er det gjort plass til oss, andre steder må vi lete fram den plassen, det har du sikkert sett?

I: Ja, og så lurer jeg på om fysioterapi blir "markedsstyrt" eller om det er en fast kjerne uavhengig av hvem vi møter?

J: Det er derfor det er viktig at vi får lov å beholde en egen fysioterapi-avdeling, et rom hvor **vi** kan snakke fag, hvordan **vi** nærmer oss pasienten, hvor vi kan legge fram og diskutere vanskelige kasuistikker - sånn at vi **har** et faglig ståsted i bunnen. Skal vi forsvinne ut blant alle andre, kan vi nok fort komme opp i den situasjonen at vi blir dratt i forskjellige retninger som **passer** avdelingene, men uten at du riktig vet hvordan du skal gjøre selv ut fra ditt **faglige** ståsted (fysioterapeut J.).

Hva skjer når avdeling og fysioterapeut "ikke passer" til hverandre? Ved sykehus C hadde Barneavdelingen fysioterapeut tidligere. Avdelingen gjorde "dårlige erfaringer" med en

³⁴ Denne forståelsen uttrykkes også av psykiaterne R., V. og U. og psykolog Ø.

fysioterapeut som arbeidet med Feldenkreis - bevegelser³⁵. Behandlingen aktiverte etter avdelingens syn for mye følelser hos pasientene, og det passet ikke med avdelingens tenkemåte og oppfølgingsmuligheter (fysioterapeut N). Etter at den aktuelle fysioterapeuten sluttet, har avdelingen ikke villet ha ny. Det kan se ut til at fysioterapi blir identifisert med enkeltpersoner. Erfaringer med **en** fysioterapeut er danner grunnlag for å definere hele profesjonen ut. Eksempelet avspeiler fysioterapiens marginale plass i psykiatri; en kan ikke tenke seg muligheten av at avdelinger ikke ville ha leger, psykologer eller sykepleiere på bakgrunn av en persons faglighet eller samarbeidsproblemer.

Dette eksempelet representerer et ytterpunkt og er lite representativt for prosjektets materiale. Det vanlige ser ut til å være at erfaring legger grunnlag for økt bruk av fysioterapi. Ved sykehus A og B er fysioterapeutene oppsøkende på avdelinger som de mener bruker deres tjenester for lite. Ved sykehus C er de ansatt på hver sine avdelinger, og har dermed ikke noe ansvar for avdelinger som ikke har fysioterapi. Organisasjonsmodellen blir dermed til hinder for kontakt og utveksling av fagkunnskap mellom fysioterapeuter og avdeling.

7.0 Konklusjon

Jeg har kalt prosjektrapporten "Kroppens spor - en utfordring i psykiatrien". Dette er dels for fordi rapporten utfordrer kroppsførståelsen i (teoretisk) psykiatri: Kroppen er ikke bare en biologisk organisme som kan forstås naturvitenskaplig; den er også meningsbærende med spor av levd liv og menneskelig erfaring fra fortid og nåtid. Et slik syn åpner for nye tilnærminger, og her ligger den andre siden av utfordringen: Psykiatrien må i større grad trekke kroppen inn både som grunnlag for å forstå, men også i behandling av pasienter med psykiske lidelser. Psykiater R. sier da også at "kroppen og fysioterapi vil bli viktigere og viktigere i psykiatrien framover."

Både teori og prosjektets materiale tyder på at det er et stort potensiale i å integrere fysioterapi i behandling av psykiatriske pasienter. Fysioterapi representerer en kvalitativt annen innfallsvinkel til psykiske problemer ved at kroppen er fokus for undersøkelse og behandling. Det er nettopp denne "annerledesheten" som gjør at fysioterapi kan være et utfyllende mer enn konkurrerende behandlingstilbud til psykiatriske pasienter. Dette er

³⁵ Feldenkreis er betegnelse på et spesielt bevegelsessystem, som er utviklet av Moshe Feldenkreis (1972). Systemet kjennetegnes ved at alle bevegelser tas ut til ytterstillinger og med mange gjentakelser. Det kan derfor ha en svært mobiliserende funksjon.

dokumentert av Thornquist (1992) og Mattsson (1992), og det framkommer gjennom dette prosjektets materiale. Gjennom arbeid med kroppen utfyller fysioterapi behandlingstilbudet ved at kontakt med pasienten etableres på flere og "dypere" kommunikative nivåer enn i samtalerapi. Likeledes utfylles temaene for behandling. Kroppen og bevegelser har egenverdi, og bevegelse og berøring kan lindre psykiske problemer og fremme gode utviklingsprosesser forutsatt en kvalifisert og nennsom tilnærming til pasienten.

Om fysioterapi skal være til hjelp, hva slags hjelp og hvor hjelpende behandlingen kan være, avhenger av forhold som fysioterapeutenes egen faglighet, organisatoriske rammer og samarbeidsforhold. Med denne rapporten håper jeg å ha lagt et grunnlag for at fagfolk innen psykiatri som ikke har erfaring i samarbeid med fysioterapeuter kan få et innblikk i hvordan fysioterapi kan være til hjelp for psykiatriske pasienter, hva slags problemområder fysioterapeuter kan trekkes inn i, og hvordan de kan arbeide med psykiatriske pasienter i undersøkelse og behandling.

Sjefslege M. oppsummerer mange års erfaring med fysioterapi i psykiatri slik:

"Jeg kan love deg at folk har fått smaken på dette og kan se at det er noe som er virkelig godt, både undersøkelse og behandling. Fra de administrerende overleger hører jeg at man har tiltakende respekt for fysioterapeutenes arbeid og synes det er nødvendig".

Litteratur

- Berg O. Medisinen og det moderne samfunn. I: Ringen A (red): Helsepolitikk og samfunn. Oslo: Tiden Norsk Forlag, 1978.
- Bråten S. Kommunikasjon og samspill: Fra fødsel til alderdom. Oslo: Tano Aschehoug 1998.
- Bremner JD. Does stress damage the brain? *Biol Psychiatry* 1999; 45(7):797-805.
- Bremner JD et al.. Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse - a preliminary report. *Biol Psychiatry* 1997;41(1):23-32.
- Bremner et al.. Neural correlates of exposure to traumatic pictures and sound in veterans with and without posttraumatic stress disorder: a positron emission tomography study. *Biol Psychiatry* 1999: 45(7):806-16.
- Brodal P. Sentralnervesystemet. Bygning og funksjon. 2. utg. Oslo: Tano 1995.
- Braatøy T. De nervøse sinn. Medisinsk psykologi og psykoterapi del I og II. Oslo: Cappelen Forlag, 1979 (1947).
- Bunkan HB. Den ressursorienterte undersøkelsen. Manual. Kompendium. 1994.
- Bunkan BH. Schultz C. Medisinsk massasje. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
- Damasio A. Descartes' error: Emotion, reason and the human brain. London: Papermac/Macmillian 1995.
- Denstad K. Borderline-personer og fysioterapi. Del 1 og 2. *Fysioterapeuten* 1988; 55:(8):2-8 og (9): 2-7.
- Engelsrud G. Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse. Oslo: SIFF, Helsetjenesteforskning Rapport nr. 1, 1990.
- Evang A. Utvikling, personlighet og borderline. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 1998.
- Feinberg I, Guazelli M. Schizofrenia - a disorder of the corollary discharge systems that integrate the motor systems of thought with the sensory systems of consciousness. *Brit Journ of Psychiatry* 1999;174;196-204
- Feldenkreis M. Bevidsthed gjennom bevægelse. København: Borgen 1972.
- Fischer S, Cleveland S. Body image and personality. New York: Dover Publications Inc. 1968
- Gilbert S. De psykotiske tilstandene. Et utviklingsperspektiv. *Utposten* nr. 18, 1989.
- Gretland A. Fysioterapeutisk undersøkelse. Oslo: Gyldendal, 1992.
- Hansen G. Bevegelser mot angst. *Fysioterapeuten* 1992; 59(12):14-15.
- Hartviksen I. Intervju med ferdigbehandlet pasient hos psykiater. I Dialog og refleksjon. Festskrift til Tom Andersen på hans 60-års dag. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin. 1996: 56-66.
- Haugsgjerd S. Grunnlaget for en ny psykiatri. Oslo: Pax forlag 1986.
- Haugsgjerd S. Jensen P, Karlsson B. Perspektiver på psykiske lidelse. Oslo: Ad Notam Gyldendal 1998.
- Huseby T. Descriptive and psychodynamic re-evaluation of "therapy-resistant" psychotic patients can open new therapeutic possibilities. *Nordic Journal of Psychiatry* 1994; 48: 63-8.

- Igra L. Objektrelasjoner og psykoterapi. Malmö: Natur och Kultur 1984.
- Ito Y et al.. Increased prevalence of electrophysiological abnormalities in children with psychological, physical, and sexual abuse. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1993; 5(4):401-8.
- Ito Y et al.. Preliminary evidence for aberrant cortical development in abused children: a quantitative EEG study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998; 10(3):298-307.
- Johnsen L. Integrert respirasjonsterapi. Oslo: Aventura Forlag, 1990.
- Johnson M. The body in the mind. The bodily basis of meaning, imagination and reason. Chicago: The University of Chicago Press, 1987.
- Karon BP, VandenBos G. Psykoterapi med schizofrene. Oslo: Universitetsforlaget 1985.
- Karterud S, Monsen JT (red.). Selvspsykologi. Utviklingen etter Kohut. Oslo: AdNotam Gyldendal 1997.
- Kirkengen AL. Embodiment of sexual boundary violations in childhood. A phenomenological-hermeneutical study of health impact of childhood sexual abuse. Doktoravhandling. Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo, 1997.
- Kirby JS & al.. Correlates of dissociative symptoms in patients with physical and sexual abuse histories. *Compr Psychiatry* 1993; 34(4):258-63.
- Kringlen E. Psykiatri. Oslo: Universitetsforlaget 1997.
- Laing RD. Selvet og de andre. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 1974.
- Leder D. The absent body. Chicago: The Chicago University Press, 1990.
- Leder D. The body in medical thought and practice. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992.
- Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Rapport. Teori & praktik. Psykiatrisk og psykosomatisk sjukgymnastik. Stockholm, FOU-enheten inom Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. 1995, nr. 2.
- Løchen Y. Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus. Oslo: Universitetsforlaget 1965.
- Madsen B. Hvilke forskelle og ligheder er der i de to undersøgelsesmetoder ROK og BAS, og hvilke konsekvenser kan valg av undersøgelsesmetode få for min praksis? Avsluttende oppgave ved videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, Aalborg psykiatriske sykehus/Norske Fysioterapeuters Forbund, 1997
- Majewski ML. Skattning av kroppsstorlek. Förändring vid upprepad skattning inom minuter och vid et senare tilfalle hos patienter med ätstörning och en kontrollgrupp. Prosjektkurs, Magisterutdanning inom Sjukgymnastik vid Karolinska Institutet, Stockholm, 1996.
- Mattsson M. Hur uppfattar man sjukgymnastik? En enkät-studie på psykiatrisk klinik bland personal och patienter. Rapport: Psykiatriska kliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå 1992.
- Mattsson M. Body Awareness - applications in physiotherapy. Umeå University Medical Dissertations, 1998.
- Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax Forlag A/S 1994
- Meisingseth GC. Når barns kropp forteller om vanskelige liv. *Fysioterapeuten* 1997; 64(2): 20-24.
- Mesulam MM. From sensation to cognition. *Brain*, 1998; 121:1013-52.
- Nergård JI. Människans möte med sig själv. Stockholm: Rabén och Sjögren, 1989.

- Rommetveit R. Språk, tanke og kommunikasjon. Oslo: Universitetsforlaget 1981.
- Romøren TI. Kropp - medisin - samfunn. Sykdommens politikk/2. Nordisk Forum 1980;15:7-18.
- Roxendal G. BAS-skala. Lund: Studentlitteratur, 1987.
- Rutter DR. Language in schizofrenia. The structures of monologues and conversations. British Journal of psychiatry 1985; 146;399-404.
- Scheper-Hughes N, Lock M. The mindful body. A prolegomenon to future work in medical anthropology. Medical Anthropology Quarterly 1987; 20:6-39.
- Skjervheim, H. Objektivismen og studiet av mennesket. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1974.
- Skårderud F. Nervøse spiseforstyrrelser. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
- Starobinsky J. Fra kroppsfølelsenes historie. Oslo: J.W. Cappelens forlag A/S 1992.
- Stein MB et al.. Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. Psychol Med 1997; 27(4):951-9.
- Stern D. Spedbarnets interpersonelle univers. Del 1 og 2. København: Hans Reitzel, 1991.
- Sternberg S. Norsk psykomotorisk fysioterapi. Danske Fysioterapeuter 1998; 14: 20-23.
- Sundsvoll MØ, Vaglum P, Denstad K. Global fysioterapeutisk muskelundersøkelse. Til bruk i klinisk arbeid og forskning. Oslo: Eget forlag, 1982.
- Thornquist E. Fagutvikling i fysioterapi. Oslo: Gyldendal forlag, 1988.
- Thornquist E. Bevegelsesgrupper - et terapeutisk tilbud. Fysioterapeuten 1992; 559(12):6-13.
- Thornquist E. Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern. Forskningsrapport. Oslo: Universitetet i Oslo, 1992.
- Thornquist E. Klinikk, kommunikasjon og informasjon. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998.
- Thornquist E, Bunkan BH. Hva er psykomotorisk behandling? Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
- Thornquist E, Kirkengen AL. Kroppens spor - utfordringer for fysioterapeuter. Fysioterapeuten 1997; 64(2):4-6.
- van der Kolk BA. The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Review of Psychiatry 1994;1: 253-65.
- van der Kolk BA, van der Hart O. Pierre Janet and the Breakdown of Adaption in Psychological Trauma. Am J Psychiatry 1989;146 (2):1530-1540.
- Vetlesen AJ, Nortvedt P. Følelser og moral. Oslo: AdNotam Gyldendal, 1994.
- Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D. Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. New York: W.W. Norton, 1967.
- Østerberg D. Jean Paul Sartre. Oslo: Gyldendal 1993.
- Østerberg D. Sosialfilosofi. Oslo: Gyldendal, 1996.