



”Hvordan forstår og begrunner fysioterapeuter støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi?”

Snorre Renander

Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Institutt for helse- og omsorgsfag,

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitet i Tromsø

Mai 2013

## **Forord**

Masterstudiet og arbeidet med denne oppgaven har vært en lang og lærerik prosess. Denne studien avslutter tre år på Universitetet i Tromsø som har vært faglig utfordrende og utviklende.

Oppgaven har vært mulig å gjennomføre med støtte i fra min samboer Heidi, min mor Sonja og min søster Siv. Takk til Anne Gretland for viktige bidrag med faglige i diskusjoner og små anekdoter om psykomotorisk fysioterapi. Takk til Fond til etter- og videreutdanning for fysioterapeuter for økonomisk støtte. Jeg vil takke mine informanter for at de ville stille opp, uten dere har det ikke vært mulig å se på støttende behandling med nytt perspektiv.

Jeg håper at denne studien kan bidra til med ny innsikt i støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi.

Herre, 14. mai 2013

Snorre Renander

## **Sammendrag**

Denne studien handler om støttende behandling i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF). Det foreligger lite forskning på det kan kalles støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Støttende behandling er en behandlingstilnærming som tradisjonelt kategoriseres å tilhøre innenfor psykiatrien. Formålet med studien er å undersøke hvordan støttende behandling forstås og begrunnes i psykomotorisk fysioterapi. Studien er en kvalitativ intervjustudie, basert på semistrukturerte intervjuer med tre informanter som har takst kompetanse A9, psykomotorisk fysioterapi. Studien sine empiriske funn drøftes ut i fra Merleau-Pontys fenomenologi om kroppsskjema, tradisjonell psykomotorisk fysioterapi litteratur og kommunikasjon. Empirien ble inndelt i temaer og presenteres med sitater i fra informantene med empirinære kommentarer. Temaene er undersøkelse, målsetting, endring, føle og kjenne, proksemikk, massasje, grensesetting, jording og grounding og tilstedeværelse. Resultatene i studien synliggjør at tiltakene som brukes i støttende behandling kan til dels skilles med kroppsskjema og kroppsbilde tenkemåte. Denne tenkemåten kan settes i forbindelse med den tilvante kropp og den aktuelle kropp i Merleau-Pontys fenomenologi.

Nøkkelord: Støttende behandling, aktuell kropp, tilvante kropp, kroppsskjema, kroppsbilde, kroppsfenomenologi, psykomotorisk fysioterapi

## **Summary**

This master thesis is about ego-supportive treatment in Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP). There is little research done on what may be called ego-supportive treatment in NPMP. Ego-supportive treatment in physiotherapy has been traditionally categorized within a psychiatric approach. The purpose of this thesis is to investigate how ego-supportive treatment is comprehended and reasoned in NPMP. This is a qualitative study based on semi-structured life-world interviews with informants who are allowed to practice NPMP. The empiric material of this thesis is discussed with theories from Merleau-Pontys phenomenology about motor schema, NPMP literature and communication. The result is theme based and presented with patients quotations with the researcher's comments. The key themes are clinical assessment, goals, change, feel and experience, proxemics, massage, setting limits, earthing and grounding and presence. The results in this thesis can partly support that to differ on body schema and body image interventions can differentiate treatment level in ego supportive physiotherapy.

Key words: Ego supportive, Actual body, present body, body schema, body image, Norwegian Psychomotor Physiotherapy



## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1	FYSIOTERAPI OG PSYKISKE LIDELSER .....	1
1.2	OPPGAVEN FORMÅL OG PROBLEMSTILLING .....	2
<b>2</b>	<b>STØTTENDE BEHANDLING I PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI TRADISJON .....</b>	<b>3</b>
2.1	ARMNEVROSER.....	3
2.2	ALLMENNPRAKSISTILNÆRMINGEN .....	4
2.3	TIDLIG BESKRIVELSER AV PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI I PSYKIATRIEN.....	6
2.4	BEGREPET JEG-STØTTENDE .....	8
2.4.1	<i>Jeg-støttende behandling</i> .....	8
2.4.2	<i>Kroppsbilde</i> .....	9
2.5	BÜLOW-HANSEN FYSIOTERAPI OG PSYKOMOTORISK BEHANDLING .....	10
2.5.1	<i>Bülow-Hansen fysioterapi</i> .....	10
2.5.2	<i>Psykomotorisk fysioterapi</i> .....	11
2.6	FYSIOTERAPI I PSYKIATRIEN .....	12
2.6.1	<i>Fysioterapeuters erfaring med psykomotorisk fysioterapi</i> .....	12
2.6.2	<i>Ressursorientert Kroppsundersøkelse i psykiatrien</i> .....	13
2.6.3	<i>Relasjonell fysioterapi</i> .....	14
2.7	OPPSUMMERING .....	15
<b>3</b>	<b>TEORETISK PERSPEKTIV .....</b>	<b>16</b>
3.1	KROPPSSKJEMA OG KROPPSBILDE .....	16
3.1.1	<i>Fenomenologi</i> .....	16
3.1.2	<i>Merleau-Ponty sin fenomenologi</i> .....	18
3.1.3	<i>Kroppsbilde</i> .....	19
3.1.4	<i>Kroppsskjema</i> .....	20
<b>4</b>	<b>METODE .....</b>	<b>20</b>
4.1	VITENSKAPSTEORETISK FORSTÅELSESRAMME .....	20
4.2	VALG AV FORSKNINGSDESIGN .....	21
4.2.1	<i>Litteratursøk</i> .....	21
4.2.2	<i>Intervju</i> .....	21
4.3	UTVALG .....	22
4.4	FORBEREDELSE OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU .....	22
4.5	TILVIRKNING AV EMPIRISK MATERIALE.....	23
4.5.1	<i>Fremstilling av empirisk materiale</i> .....	23
4.6	ANALYSE .....	24
4.7	ETIKK.....	25
4.7.1	<i>Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste</i> .....	25
<b>5</b>	<b>RESULTATER MED DISKUSJON .....</b>	<b>26</b>
5.1	FYSIOTERAPEUTENS UNDERSØKELSE.....	26
5.1.1	<i>"Hun var kanskje ikke motivert"</i> .....	26
5.1.2	<i>"Kroppsbevissthetsundersøkelse av den konkrete kroppen"</i> .....	26
5.1.3	<i>"Ressursorientert undersøkelse – og faglig skjønn"</i> .....	27
5.1.4	<i>Drøfting av fysioterapeutisk undersøkelse i psykiatrien</i> .....	28
5.2	MÅLSETTING .....	30
5.2.1	<i>"Å legge merke til kroppen"</i> .....	30
5.2.2	<i>"Det er ikke noe mål å vekke kroppslige minner"</i> .....	30
5.2.3	<i>"Selvomsorg"</i> .....	30
5.2.4	<i>"Det trygge stedet"</i> .....	31
5.2.5	<i>"Drøfting av målsettinger"</i> .....	31
5.3	PERSPEKTIVER PÅ ENDRING .....	33
5.3.1	<i>"Et kroppslig språk"</i> .....	33
5.3.2	<i>"Jeg kan godt ta tak i det ganske tidlig"</i> .....	34

5.3.3	<i>Drøfting på endringsperspektivet</i>	34
5.4	BETYDNINGEN AV DET Å FØLE OG KJENNE	35
5.4.1	<i>"En mindre direkte tilnærming"</i>	35
5.4.2	<i>"Ved en ren støttende behandling utgår det"</i>	36
5.4.3	<i>"Hva ligner den følelsen på"</i>	36
5.4.4	<i>Drøfting av betydningen å føle og kjenne</i>	37
5.5	BEHANDLINGENS PROKSEMIKK	38
5.5.1	<i>"Samme rom, samme sted, samme stol"</i>	38
5.5.2	<i>"Jeg kan kjenne gjennom tøy"</i>	38
5.5.3	<i>"Med to tepper over seg"</i>	39
5.5.4	<i>Drøfting av proksemikk</i>	39
5.6	MASSASJE	40
5.6.1	<i>"På tvers av pusten kan virke stabiliserende"</i>	40
5.6.2	<i>"Smertegrep kan være for å få kontakt"</i>	41
5.6.3	<i>"Å gi noen stimuli som faktisk er behagelig"</i>	41
5.6.4	<i>"Kontakt med sin fysiske avgrensning"</i>	41
5.6.5	<i>"Hands Off"</i>	42
5.6.6	<i>Drøfting massasje</i>	42
5.7	GRENSESETTING	43
5.7.1	<i>"På en måte lar det bli helt over for dem"</i>	43
5.7.2	<i>"Det bare rant helt over"</i>	44
5.7.3	<i>"Grensetråden"</i>	44
5.7.4	<i>"Det er lov å sette grenser for meg"</i>	44
5.7.5	<i>Drøfting grensesetting</i>	45
5.8	JORDING OG GROUNDING	46
5.8.1	<i>"Hvis jeg klarer å jorde meg selv"</i>	46
5.8.2	<i>"Jording hos pasienten"</i>	46
5.8.3	<i>"Minske den svevefølelsen"</i>	46
5.8.4	<i>"Ofte greit å jobbe med bakkekontakt, grounding og alt det der"</i>	47
5.8.5	<i>Drøfting jording og grounding</i>	47
5.9	FYSIOTERAPEUTENS TILSTEDEVÆRELSE	48
5.9.1	<i>"Oppmerksomheten mot seg selv"</i>	48
5.9.2	<i>"Å være tilstede for pasienten"</i>	49
5.9.3	<i>"At de henger seg på"</i>	49
5.9.4	<i>Drøfting av oppmerksomhet</i>	50
<b>6</b>	<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>53</b>
<b>7</b>	<b>VEDLEGG 1 SAMTYKKEERKLÆRING</b>	<b>I</b>
<b>8</b>	<b>VEDLEGG 2 INTERVJUGUIDEN</b>	<b>II</b>
<b>9</b>	<b>VEDLEGG 3 NORSK SAMFUNNSVITENSKAPELIGE DATATJENESTE AS</b>	<b>III</b>

# 1 Innledning

Interessen for å skrive om støttende behandling kommer ut i fra egne erfaringer med å jobbe med psykomotorisk fysioterapi innenfor privat praksis. Jeg har under studietiden jobbet med å behandle pasienter med henvisninger fra psykiatere, distriktpspsykiatrisk senter, psykiatriske sykehus og andre spesialistvirksomheter innenfor psykisk helsevern. Det å møte mennesker med plager som har blitt diagnosert med psykiske lidelser og kommer til fysioterapi hvor kroppen står i sentrum kan være vanskelig, har jeg erfart. Enkelte pasienter forteller om somatiske plager, mens andre pasienter forteller om en kropp som kan oppleves som lite tilstede i en selvutslettende livsførsel. Jeg opplevde at det var krevende å sette i gang meningsfulle fysioterapitiltak i mitt møte med pasientene når behovet varierer til dels mye. Jeg ble med det utgangspunktet interessert i å finne ut mer om praksis og teori om behandling av pasienter med psykiske lidelser kan bli praktisert.

## 1.1 Fysioterapi og psykiske lidelser

Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, adferd, væremåte og omgang med andre (Mykletun et al., 2009). Psykiske lidelser vil ramme omtrent halvparten av den norske befolkningen i løpet av livet og cirka en tredjedel i løpet av et år (ibid:22). Noen av disse personene vil bli henvist for fysioterapi. Fysioterapi innen psykiatrien har en relativt lang tradisjon i Norge sammenlignet med andre land (UiT, 2011:4). Fysioterapeutene med videreutdanning i psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi jobber blant annet innenfor kommunehelsetjenesten, private institutter og innenfor spesialisthelsetjenesten (ibid:4). Flertallet av de som jobber på private institutter arbeider i stor grad med pasienter med overgang- og blandingsformer av muskel skjelettlidelser og psykiske lidelser, og lidelser som i ulike historiske epoker er gitt ulike navn (ibid:4). Dette er lidelser som kan bli forstått som psykosomatiske lidelser. Den psykomotoriske tradisjonen er i en særstilling når det gjelder fysioterapi for mennesker med plager som forstås som psykosomatiske og psykiske i Norge, selv om fysioterapeuter etter hvert også benytter andre behandlingsformer (ibid:4-5). Den psykomotoriske behandlingstradisjonen innenfor psykiatrien har vært kategorisert ut i fra en målsetting og type tiltak som er av støttende (jag-styrkende) karakter eller om det er av inngripende (omstillende) karakter:

*”Begrepene støttende og inngripende referer til hvordan behandlingen påvirker pasientens forsvar. Omstillende behandling kjennetegnes blant annet av at pasientenes kroppslige selvregulering utfordres ved at selvbeskyttende, vanemessige*

*bevegelser og væremåter utfordres og kroppslige forsvar svekkes gjennom endringer i muskulære spenninger og pustemønster” (Gretland, 2007:88).*

Den mest aktuelle fysioterapien for dette er:

*”Den fysioterapien som er mest aktuell er derfor hovedsakelig av støttende karakter. Det innebærer at en sikter mot økt selvavgrensing, sikrere identitets opplevelse og økt autonomi og samhandlingsevne – kort sagt at pasienten får grep om seg selv, kan ta hånd om eget liv og få fotfeste i tilværelsen igjen” (ibid:89).*

Det foreligger enkelte beskrivelser hvordan dette lar seg gjøre i praksis (Engh and Radøy, 1982, Thornquist, 1992, Sternberg, 1998, 2002, Sternberg and Bohén, 2009, Gretland, 1999, 2007).

## **1.2 Oppgaven formål og problemstilling**

Det finnes få beskrivelser av den psykomotoriske fysioterapi tilnærmingen innenfor psykiatrien når det gjelder begrunnelse og forståelse av som kan gjøre tilnærmingen egnet for fysioterapibehandling av pasienter med psykiske helseplager. Det er gjort studier på hvordan fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern (Thornquist, 1992) og hvordan et antatt behov for fysioterapeuter i psykiatriske virksomheter som sykehus (Gretland, 1999). Det er bakgrunnen for at jeg har valgt å gjennomføre en kvalitativ studie hvor jeg intervjuer fysioterapeuter som har gjennomført videreutdanningen som kvalifiserer til takstkompetanse A9 (NFF, 2012) om hvordan de forstår og begrunner støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi i klinisk praksis. Dette fører frem til problemstillingen:

*”Hvordan forstår og begrunner fysioterapeuter støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi?”*

Oppgavens formål er å klargjøre hvordan begrepet støttende behandling oppstår, forstås og begrunnes i psykomotorisk fysioterapi som metode. Det vil beskrives virkemidler som er antatt støttende i psykomotorisk fysioterapi. Ved analyse av egne gjennomførte intervju søkes en klinisk forståelse for å begrunne begrepet støttende behandling. Empirien som er samlet vil bli drøftet med utgangspunkt i faglitteratur som omhandler blant annet psykomotorisk fysioterapi, utviklingspsykologi, kommunikasjon og fenomenologi. Med denne tilnærmingen ønskes begrepet støttende behandling å få en tydeligere forståelse og behandlingstilnærming i psykomotorisk fysioterapi.

## 2 Støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi tradisjon

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) har historie tilbake til et samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy. De jobbet sammen på Ullevål sykehus i fra 1947 til Braatøys død i 1953. Bülow-Hansen var den første norske fysioterapeuten innenfor psykiatrien (Thornquist, 1992:36) og Braatøy var overlege ved avd. 6 som var den psykiatriske avdelingen på Ullevål (Bunkan et al., 1982:5). Braatøy framheves gjerne som sin tids norske lege som forsto mest av kroppens betydning for psykisk/emosjonell omstilling og utvikling (ibid:22). Braatøy så til flere forskjellige kilder og i hans hovedverk ”De nervøse sinn” (Braatøy, 1947) viser han til bl.a. til Wilhelm Reich sin karakteranalyse, Edmund Jacobsen sin progressive avspenningsteknikk, Pavlovs fysiologi og Freuds psykologi. Braatøy skrev aldri direkte om psykomotorisk fysioterapi direkte, men han skrev to artikler om armsmerter som han beskriver som armnevroses. Artiklene viser hvordan han framhevet noe som så likt ut kan ha ulike årsaker og at det igjen må få betydning for behandlingen.

### 2.1 Armnevroses

Braatøy (1948a, 1948b) beskriver året etter i to artikler om behandling av armnevroses ved sykegymnastisk behandling. Han skiller i de to artiklene mellom to typer armsmerter. Det ene yrkesmyalgi som er overbelastningsbetinget armsmerter og armnevroses som har en mer komplisert genese (Braatøy, 1948a:3). Kringlen (2011:127) skriver: *”bare ved akutte, forbigående alvorlige forstyrrelser anvendes betegnelsen psykose, og bare ved stressrelaterte og somatoforme forstyrrelser anvendes nevrose”*. Behandlingen ved armnevroses er mangefasettert, men Braatøy skriver mye om hvordan m. latissimus dorsi påvirker holdning, respirasjon og affekter. Det er Bülow-Hansen som gjør han oppmerksom på hvor vanskelig det er å få pasienter til å slappe av i denne muskelen (ibid:5). Braatøy fatter med denne interesse for hvordan denne muskelen virker anatomisk, men samtidig blir han nysgjerrig på denne muskelens betydning i et sosiologisk og psykologisk perspektiv (ibid:5). Denne muskelen er antagonist som motvirker ”the startle pattern” som ble først beskrevet av Hunt og Landis i følge Braatøy (ibid:4). Dette gjør at m. Latissimus dorsi låser fast pust, følelser og respirasjon hos nevrotikeren. Behandlingen han mener passer for den anspente armnevrotiker er:

*”Den anspente armnevrotiker trenger i tillegg til massasje, en bevegelsesgymnastikk innstillet på avspenning og omstilling av den holdningsfikserte bevegelsesmåte. Dertil kommer en nødvendig del, respirasjonsfrigjørelse. Den vil til dels arte seg som en katarsis affektutløsning. Den vil i en del tilfeller ikke lykkes uten ved hjelp av subtil psykoterapi, eventuell systematisk psykoanalyse” (Braatøy, 1948b:3).*

Braatøy skriver videre om sammenhengen med affektutløsning og bevegelsesapparatet:

*”påvirker man holdningen, så påvirker man respirasjonen. Påvirker man respirasjonen, så utløser man affekter og ”vokalisering”. Påvirker og utløser man vokalisering, så utløser man ord og verbale opplysninger” (ibid:9).*

Undersøkelsen som Braatøy bruker for å skille mellom plager som lett kan forstås som banale overanstrengelsesmerter og armnevroses er:

*”særlig med henblikk på passive bevegelser i gravitasjonsfeltet og attityder i liggende stilling, vil en da kunne påvise en vedvarende hypertoni i antigravitasjonsmuskulaturen, i holdningsmuskulaturen. Hvis en lirer løs denne overspenning ved dertil egnet teknikk kan en til dels utløse uro og affekter. At denne uro blir holdt fortrinnsvis nede av holdningsmuskulaturen kan forstås ut fra denne muskulaturs egenskaper” (ibid:20).*

Den overspenningen som han lirer løs kan være muskelspenninger som har gått i baklås som han sier. Et eksempel på et baklåsfenomen som han beskriver er sinnereaksjon:

*”En sinnereaksjon kan låses fast ved fortrinnsvis å bite tennene sammen, eller ved å knytte hendene eller ved respirasjonssperre. Denne lokale fiksering kan gå i baklås, automatiseres og bli ubevisst” (Braatøy, 1948a:9)*

Braatøy anlegger med disse artiklene betydningen av bevegelsesapparatet i et sosialt perspektiv sammen med sykegymnastisk behandling. Braatøy jobber direkte med pasienter for å få løst låst muskulatur og respirasjon med fysioterapeutiske tiltak utviklet i samarbeid med Bülow-Hansen. Dette medfører enkelte ganger at pasienten kan oppleve kraftige affektutbrudd i behandlingen. Braatøy selv som psykiater ønsker dette for å føre behandlingen fremover for pasienten og han skriver:

*”Men en ser da at det ligger i sakens natur att det til syvende og sist ikke består noen motsetning mellom psykologi og anatomi” (ibid:21).*

Dette utsagnet må på slutten av 1940-tallet kan ansees å bryte med den vanlige medisinske oppfatning, men som Bülow-Hansen og Braatøy jobbet ut ifra. Bülow-Hansen utviklet sin metode med omstilling av spent muskulatur i datidens fysioterapeutrolle. Hun var langt forut sin tid: hun behandlet og tenkte på tvers av vedtatte sannheter og ikke minst på tvers av forventninger til en fysioterapeut (Thornquist and Bunkan, 1986:125).

## **2.2 Allmennpraksistilnærmingen**

Etter Braatøys død fortsatte Bülow-Hansen samarbeidet med psykiater Nils Houge og allmennpraktiker Thoralf Hødal å utvikle det som er nå kjent som Norsk psykomotorisk fysioterapi<sup>1</sup> (Bülow-Hansen and Houge, 1990:3498). Selv om metoden ble utviklet innenfor psykiatrien så mente Bülow-Hansen at metoden har vist seg å være særlig anvendbar i allmennpraksis:

---

<sup>1</sup> Det har nå blitt vanlig å kalle tradisjonen Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF).

*”Psykomotorisk fysioterapi har vist seg å være særlig anvendbar i allmennpraksis. Det er ikke en behandling spesielt for psykiatriske pasienter. Disse utgjør bare en liten del av de pasientene denne fysioterapien er blitt anvendt overfor” (ibid:3498).*

Bülow-Hansen og Houge kan i en del tilfeller med en viss sikkerhet si at behandlingen ikke egner seg for enkelte pasienter. Det skyldes at behandlingen kan fremme så sterke reaksjoner at behandlingen ikke er å anbefale:

*”Dette gjelder tilfeller hvor anamnesen har fortalt oss at det tidligere har foreligget endogene depresjoner, alvorlige angstlidelser eller psykose. Manglende motivasjon for behandlingen eller uløselige konfliktsituasjoner ser vi også på som kontraindikasjon” (ibid:3499).*

Det de mener er indikasjoner for psykomotorisk fysioterapi er ved relativt mange tilstander som muskulære spenningstilstander, hodepine, migrene, ryggmerter, generell spenthet og øket tretthet (ibid:3499). De oppfordrer til å ha et nært samarbeid med primærlegen ved psykomotorisk behandling siden pasienten er primært legens ansvar. Dette samarbeidet handler om å trygge pasienten hvis vedkommende får sterke reaksjoner som vegetative reaksjoner, emosjonelle reaksjoner eller at det ikke skjer noe omstilling i forhold til pust og muskulatur.

Legens oppgave ved psykomotorisk behandling, som de ser det, er at legen må være villig til å ta i mot pasienten omgående for å undersøke eventuelle nevnte reaksjoner og snakke med pasienten om eventuelle underliggende følelser hvis det ikke er fremdrift i behandlingen:

*”Grensene mellom allmennpraksis og psykiatri er uklare. Psykosomatikk er en del av primærlegens arbeidsområde, og det ville være naturlig at han avklarte emosjonelle faktorer som årsak til ufri respirasjon og muskelspenninger” (ibid:3499).*

Som Bülow-Hansen og Houge fremstiller psykomotorisk behandling er det mye av behandlingsansvaret som skal deles med primærlegen. De oppfordrer også primærlegen til å legge stor vekt på sin anamnese for å sikre seg holdepunkter for at pasienten er egnet for behandlingen (ibid:3499). Det kan se ut som arbeidsdelingen med fysioterapeuten behandler kroppen og legen tar seg av verbal kommunikasjon og psykosomatikk kan ha blitt innarbeidet med utviklingen av psykomotorisk fysioterapi (Øvreberg and Andersen, 2002:19). Det kan muligens tilskrives respekten for status og ansvarsområde og arbeidsfordeling mellom lege, psykiater og fysioterapeut. Det at metoden er utviklet i psykiatrien, men ikke egner seg for behandling av psykiatriske pasienter er noe som jeg ser på som selvmotsigende. Metoden kan være inngripende og overskride pasientens kroppslige forsvar hvis en ikke tilpasser virkemidlene til pasientbehandlingen. Det kommer frem med Braatøy sin direkte tilnærming ovenfor nevrosepasienter for å fremme gjennombrudd i behandlingen med til dels svært

sterke reaksjoner i fra pasienten. Bülow-Hansen og Braatøy hadde ingen fellespublikasjoner om metoden psykomotorisk fysioterapi.

### **2.3 Tidlig beskrivelser av Psykomotorisk Fysioterapi i psykiatrien.**

De første beskrivelsene hvordan psykomotorisk fysioterapi blir brukt innenfor psykiatrien er av fysioterapeutene Engh og Radøy på Dikemark Sykehus s.182 (Engh and Radøy, 1982).

Psykomotorisk fysioterapi som behandlingsmetode har blitt sett på som en lite egnet behandlingsmåte innenfor psykiatrien siden metoden krever mye ressurser av pasienten. Engh og Radøy beskriver hvordan de har tilpasset undersøkelse og behandling for å bli mindre inngripende og ressurskrevende for pasienten for bruk innenfor psykiatrien:

*”Det er spesielt de psykomotoriske behandlingsprinsippene som har blitt et uunnværlig redskap når det gjelder vurdering av pasienter og tilpasning av de behandlingsformene som er til rådighet. Fysioterapeuter bruker den psykomotoriske undersøkelsen på Dikemark som en rettesnor for behandlinger og bidrag i tverrfaglige rapporter om pasienten. Det de har funnet ut er at psykiatriske pasienter kan ha god muskulatur og bra funksjon, men det som de beskriver som avvikende funn er pasientens kroppsopplevelse. De reagerer med å være nøytrale, vemmelse og stort ubehag ved palpasjon av muskulaturen og bruker ikke muskulaturen som fortregningsmekanisme og kontrollsystem, men reagerer i større grad med psykisk ubalanse. Psykiatriske pasienter har i tillegg dårlig balanseforhold i kroppen og ”står dårlig på beina”, mange har dårlig kontakt med underlaget, svimle og engstelige for å falle og spenner derfor opp muskulaturen i øvre del av kroppen for å holde seg oppe. Det er tydelig at isolerte og koordinerte bevegelser er vanskelige å utføre” (ibid:182-183).*

Behandlingstiltakene som de bruker for å bedre balanseforholdene hos pasientene er gjennom øvelser og massasjeregrep med mål om bedre kontakten med underestremitetene og bygge opp et fundament de etter hvert våger å stole på. Når de ønsker å bedre kroppskontakten er det å få pasienten til å kjenne forskjeller på spenning og avspenning og kunne spenne isolerte deler av kroppen uten annen involvering. Denne type behandling innebærer at det skjer en påvirkning av respirasjonen (ibid:183). Engh og Radøy påpeker den nære sammenhengen mellom respirasjon og emosjoner og de bruker det bevisst i behandling og dosering. De fremhever den spesielle kompetansen som psykomotoriske fysioterapeuter har til å registrere pusten. Denne kompetansen trenger ikke bare å brukes til å tenke respirasjonsløsende, men også respirasjonsbegrensende tiltak for å gjøre behandlingen mindre provoserende. Det er spesielt hos psykotiske pasienter som det er viktig å være tilbakeholden med å frigjøre respirasjonen. De kan ha ofte akutte og forbigående alvorlige forstyrrelser (Kringlen, 2011:127). Respirasjonen vil fungere som en måler på intensiteten på behandlingen. Ved å jobbe på tvers av pusten har psykomotoriske fysioterapeuter muligheten til å begrense muligheten med å



frigjøre emosjonelt innhold. Engh og Radøy forklarer hva de mener med begrepene kroppskontakt og kroppsopplevelse:

*”God kroppskontakt vil si å kunne kjenne forskjell på spenning og avspenning, skjelne mellom låste og fleksible partier i kroppen i tillegg å kunne oppleve balansen mellom aktivitet og hvile. Kroppsopplevelse er følelser og holdninger til egen kropp. Dette er nært knyttet til et individs opplevelse og totale oppfatning av seg selv” (ibid:184)*

Engh og Radøy er bestemt på at de jobber med kroppskontakt og jobber ut i fra dette siden mange psykiatriske pasienter har dårlig kroppskontakt og opplevelse av kroppen. De jobber med å ta utgangspunkt i kroppen som er konkret for pasientene som kan være et godt forankringspunkt i en kaotisk tilværelse. Metodevalget for å oppnå dette er uinteressant mener de:

*”Det viktigste er å få pasientens oppmerksomhet rettet mot hva som skjer i kroppen til enhver tid under behandlingen. Spørsmål som ”Hva kjenner du her”, ”hva skjer med deg nå” og ”Hvordan har du det i resten av kroppen” hjelper pasienten til å fokusere og kjenne etter i kroppen sin”. (ibid:185)*

Engh og Radøy finner denne tankegangen igjen i psykomotorisk behandling hvor de mener at pasientens oppmerksomhet blir rettet mot kroppskontakt:

*”Kroppskontaktkomponenten kommer tydelig fram i de psykomotoriske øvelsene hvor pasientenes oppmerksomhet blir rettet spesifikt mot den muskelgruppen som er involvert” (ibid:185)*

Med de erfaringene som de har gjort innenfor psykiatrien med å bruke psykomotorisk fysioterapi mener de at kontraindikasjonen ikke bør være absolutt:

*”Det å tilpasse psykomotorisk behandling til psykiatriske pasienter med mer øvelser, mindre involvering av respirasjonen og via grepene legge mer vekt på stimulering enn avspenning, mener de at denne behandlingsmetoden kan være et verdifullt tilbud til en rekke av pasientene innenfor psykiatriske institusjoner”(ibid:185).*

Det som Engh og Radøy beskriver i dette kapitlet bringer noe nytt inn i psykomotorisk tankegang. De hevder at kontraindikasjonen ikke trenger å være absolutt for ressursvake pasienter med endogene depresjoner, alvorlige angstlidelser og psykose. Det har medført at de har begynt og tenkt annerledes på hvordan tilnærme seg pasienter i tungpsykiatrien. Det de bringer inn som nytt er hvordan kroppskontakt og kroppsoppmerksomhet kan fokuseres både i og som tiltak. Det kan virke for meg som at Engh og Radøy bruker kompetansen med å observere pust og jobbe for å frigjøre den til å tenke motsatt i behandling hos ressursvake personer. Det å begrense de respirasjonsløsende tiltakene i det henseende å bedre kroppskontakten og minke mulighetene for å frigjøre emosjonelt innhold. Det at pasienten får bedre kroppskontakt gjør forhåpentligvis at spenningsmønstret og selvomsorgen hos pasienten endrer seg. De er også veldig tydelig på å få frem hva pasienten kjenner hele tiden

og betydningen det har for pasienten og pasientens behov. Engh og Radøy bryter med Braatøy sin tilnærming med ønsket om å frigjøre respirasjonen og Bülow-Hansen sine tanker om hvem denne metoden passer for. De tilskriver også undersøkelsen verdi og betydning i tverrfaglige sammenhenger på institusjonen. Her tydeliggjør de mer hva fysioterapeuter eventuelt kan bidra med å forstå pasienten sin kroppsoppfattelse på en psykiatrisk institusjon. Denne artikkelen er på bare fire sider, men Engh og Radøy har fått frem mange erfaringsbaserte synspunkt om psykomotorisk fysioterapi som behandling av pasienter innenfor psykiatrien.

## **2.4 Begrepet Jeg-støttende**

Begrepet jeg-støttende behandling dukker opp første gang i norsk fysioterapilitteratur i boken Muskelspenninger osv., forfattet av Dr. Philos. Berit Heir Bunkan er fysioterapeut og psykolog. Hun har skrevet mye selv og sammen med andre om fysioterapi og den norske psykomotoriske fysioterapi tradisjonen. Det er i en utgave av boken muskelspenninger og kroppsbilde uttrykket jeg-støttende behandling dukker opp først (Bunkan, 1985:optrykk 1987:132). Den forutgående utgaven av boken i fra 1980 har ikke brukt uttrykket støttende behandling (Bunkan, 1980). Under punkt 1 side 91 beskrives her forskjellige målsetninger med behandlingen:

*”er det realistisk å starte med inngripende, omstillende behandling, er hensikten å gi symptomlette eller er det hensikten å gi ”trøstebehandling”?”(ibid:91)*

Hva ”trøstebehandling” innebærer kommer ikke frem, men tiltakene som kan brukes hvis det ikke er omstillende behandling beskrives som fysioterapi som stimulerer kroppsopplevelsen og ”jeg”-følelsen, og som gir lystopplevelse kan være gunstig (ibid:89).

### **2.4.1 Jeg-støttende behandling**

Bunkan (1985:optrykk 1987) beskriver jeg-støttende behandling som en behandling der fysioterapeuten

*«i første [tar]å rekke utgangspunkt i aktiviteter som individet mestrer, og så utvides mestringsopplevelsen. Denne tilnærmingen er meget skånsom og lite provoserende kroppsopplevelse og følelser. Hvor inngripende man gjør behandlingen, vil være avhengig av individets ressurser”(ibid:132).*

Her refererer Bunkan tilbake til Festskriftet til Bülow-Hansen (Bunkan et al., 1982) uten sideanvisning, men jeg velger å tro at hun mener kapittelet til Engh og Radøy og tiltakene som de beskriver. I 1996 utgaven som heter ”Kropp, respirasjon og kroppsbilde” så er jeg-støttende behandling omtalt som støttende kroppsterapi (Bunkan, 1996:180). Her står det at:

*”Målsettingen med støttende behandling kan være 1) å hjelpe pasienten til best mulig liv etter forutsetningen, 2) å sette i gang en langsom, skånsom kroppsterapi. Det siste oppnås ved å gi individet tid til å tilpasse seg ny adferd og ny innsikt. Støttende behandling tar i første rekke utgangspunkt i stabilisering og andre aktiviteter som individet mestrer, og så utvides mestringsopplevelsen. Denne tilnærmingen er meget skånsom og lite provoserende for kroppsopplevelse og følelser. Denne gjør at tilnærmingen kan benyttes til pasienter med belastede ressurser og alvorlige psykiske problemer” (ibid:180)*

Bunkan (2008) skriver hun mer utfyllende om støttende behandling enn i de foregående utgavene. Det som er kommet til nå er:

*”Endringen av kroppsforsvaret må være meget forsiktig, og behandlingen må gå over lang tid. Pasifiserende tilnærming på labile pasienter med belastende ressurser kan fremme regresjon. Så snart det er mulig, bør aktiv behandling legges til og pasienten få ansvar for egen bedring. Affektutbrudd som pasienten ikke er i stand til å ta, bør unngås. Det er derfor vesentlig med lav dosering. Pasienten trenger tid til å utvikle nye normsystemer og reaksjonsmåter. For pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser bør fysioterapien bare foregå parallelt med en fast etablert psykoterapeutisk kontakt. For pasienter med et skjørt kroppsforsvar er det en rekke ting man kan gjøre. Pasienten kan undervises i hvilestillinger. Det gjelder først og fremst fosterstillingen, men også Heckschers, Jacobsons og Reads hvilestillinger er aktuelle. Forsiktig gynging av pasienten på trampoline, tjukkas eller vippebrett kan i visse tilfeller være aktuelt, likeledes forsiktige kondisjonsfremmede øvelser som jogging og lette idretter uten vekt på ekstra avspenning” (ibid:233-234).*

Bunkan går i fra ”trøstebehandling” til å beskrive hva støttende behandling innebærer i 2008. Behandlingen hun anbefaler er hvilestillinger som Read (ibid:314-315). Det er verdt å merke seg at Reads tilhører hva Bunkan selv mener er en metode med antatt moderat virkning på kroppens muskulære forsvar.

#### **2.4.2 Kroppsbilde**

Bunkan har skrevet om kroppsbilde og hun mener kroppsbildet står sentralt i fysioterapi og psykoterapi (ibid:50). Bunkan (1980) skriver at det er viktig å gå inn på hva som menes med kroppsbilde og betydningen det har i fysioterapi:

*”Det finnes en rekke begreper fra området som delvis går over i hverandre. De vanligste benyttede er: ”Kroppsbilde” den psykologiske kroppsrepresentasjonen”, ”kroppsbegrep”, ”kroppsskjema”, ”kroppsideitet”, ”kroppsego”, ”kroppsgrenser”, ”kroppsbevissthet”. Felles for alle er at de omfatter den psykiske opplevelsen av egen kropp” (ibid:159).*

Innholdet hun gir begrepet kroppsbilde i denne sammenhengen er romslig og unyansert sammenlignet med nyere begrepsavklaringer. Beskrivelsen som blir skildret av kroppsbildet samsvarer godt med den etablerte forståelsen av kroppsbildet rundt 1950 (Gallagher, 2001:160). Hun skildrer betydningen av kroppsbildet for adferd, persepsjon og kroppsholdning, kroppsbildet og somato-patologi, kroppsgrenser og psykosomatikk og tilslutt kroppsbilde og psykopatologi med å referere til forfattere som Piaget, Witkin, Reich, Fisher

og Cleveland (ibid:161-163). I den 4. Utgaven av "kropp, respirasjon og kroppsbilde" (Bunkan, 2008) er mye av det samme kildematerialet brukt i fra tidligere utgaver. Det at kildematerialet er utgitt rundt 1950-60-tallet er i seg selv ikke en svakhet, men innholdet og forståelsen av kroppsbilde har blitt strukturert (Gallagher, 2001). I 4. utgaven av "Kropp, respirasjon og kroppsbilde" er kroppsbildet avklart som:

*"kroppsbilde omfatter de bevisste og ubevisste integrerte sensasjoner, persepsjoner, begreper, affekter, minner og bilder av kroppen fra overflate til dybde og fra overflaten til begynnelsen av livet" (Bunkan, 2008:50)*

Begrepet kroppsskjema blir videre beskrevet som:

*"I 1920 lanserte Head begrepet kroppsskjema for den posturale modell av kroppen, mens Piaget benyttet det samme begrepet for de perseptuelt organiserte erfaringer for kroppen" (ibid:50).*

I følge Bunkan benyttet Piaget begrepet kroppsskjema eller skjemata, som viser til den indre organiseringen som bidro til trinnvis læring (ibid:52). Det å skille mellom begrepene kroppsskjema og kroppsbilde i støttende behandling kan tydeliggjøre hvordan tiltakene virker på pasienten.

## **2.5 Bülow-Hansen fysioterapi og psykomotorisk behandling**

I 1986 kom det to publikasjoner om psykomotorisk fysioterapi. Den ene omhandler Bülow-Hansen sin tilnærming til fysioterapi (Øvreberg and Andersen, 1986) og den andre gir en beskrivelse av hva er psykomotorisk behandling (Thornquist and Bunkan, 1986). Bülow-Hansen fysioterapi er en metode beskrivelse av hvordan Bülow-Hansen behandlet er beskrivelsen av utviklingen av psykomotorisk behandling gjort gjennom erfaringer i praksisfeltet, og basert på hvordan vi som mennesker er s.12 (Thornquist and Bunkan, 1986).

### **2.5.1 Bülow-Hansen fysioterapi**

Gudrun Øvreberg ble i 1959 ferdig utdannet fysioterapeut og hun møtte Bülow-Hansen i begynnelsen av 60-årene. Hun har lagt stor vekt på å videreføre psykomotorisk fysioterapi på en måte som Bülow-Hansen selv satte stor pris på (Ianssen et al., 1997). Tom Andersen ble utdannet lege i 1961 og senere psykiater. Han kom i kontakt med Gudrun Øvreberg på 70-tallet og ble etter hvert kjent med Bülow-Hansen. I 1986 skrev de boken "Aadel Bülow-Hansen fysioterapi" (Øvreberg and Andersen, 1986) sammen. Denne boken inneholder et forord av Bülow-Hansen selv hvor hun skriver at hun er glad for at forfatterne har fått frem det sentrale ved denne form for fysioterapi:

*"Det essensielle omfatter særlig tre ting": "Helhetsprinsippet, fleksibiliteten både i den enkelte time og på lang sikt, og "- sist, men ikke minst understrekningen av at vi først og fremst er fysioterapeuter, og at vi ikke kan utvikle oss og benytte oss av vår*

*nysgjerrighet og fantasi uten den trygghet vi har i samarbeid med henvisende lege og eventuelt psykiater” (ibid).*

Det nevnes ikke noe om støttende behandling eller behandling innenfor psykiatrien i denne publikasjonen. Det stemmer godt med tittelen og hvordan Bülow-Hansen mente selv at metoden var for inngripende og krevde for mye ressurser av pasientene til at den egnet seg for psykiatriske pasienter.

### **2.5.2 Psykomotorisk fysioterapi**

Dr. Philos. Eline Thornquist er utdannet som fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Thornquist har blant annet vært med i redaksjonskomiteen på Festskriftet til Bülow-Hansen (Bunkan et al., 1982) og skrev sammen Bunkan boken: ”Hva er psykomotorisk behandling?” (Thornquist and Bunkan, 1986). I denne boken kommer de inn på det som de beskriver som støttebehandling under overskriften:

*”Alternative former for fysioterapi”:*

*”Denne behandlingen kan i fysioterapeutisk forstand ha forskjellige målsettinger: å redusere muskelspenninger uten å sette i gang en inngripende omstilling som virker på pasientens følelsesliv. Behandlingen skjer uten påvirkning av pusten og det vises tilbakeholdenhet med hensyn til å øke bevegelsesutslag og til bruk av store frie bevegelser. Øke den muskulære kontrollen for å legge bånd på impulsgjennombrudd og egne følelser, ta utgangspunkt i og eventuelt forsterke pasientens kroppslige forsvarsmønstre for å redusere uro, angst og/eller oppløsning av kroppsbildet. Det kan gjelde såkalte borderline pasienter eller psykotikere. Målsettingen blir å hjelpe de til å oppnå bedre kontroll over seg selv. Det oppnås ved å ta utgangspunkt i og eventuelt forsterke pasientens forsvarsmønstre. Konkret betyr det at vi ikke utfører bevegelser og øvelser som bringer pasienten ut av sitt muskulære spenningsmønster. Er pasienten for eksempel fleksjonspreget arbeider vi først og fremst i mellomstillinger og i fleksjon. Bevegelser i ekstensjon utføres aktivt og kontrollert. Full strekk unngås alltid. Generelt er vi tilbakeholdne med strekkbevegelser og frigjøring av pusten. Det dreier seg med andre ord om det motsatte av hva vi tilstreber ved psykomotorisk behandling” (s. 70-71 ibid).*

De to publikasjonene trekker i hver sin retning når det gjelder støttende behandling. Thornquist og Bunkan åpner opp for å bruke prinsipper i psykomotorisk fysioterapi hos psykotikere og borderline pasienter. De er tydelig på å unngå påvirkning av pasientens følelsesliv, respirasjon og strekkebevegelser og de oppfordrer til å gjøre det motsatte av psykomotorisk behandling. Denne måten å se støttende behandling på bygger videre på hva Engh og Radøy tenkte med å begrense mulighetene for respirasjonsløsende tiltak som kan virke inngripende. Thornquist og Bunkan utdyper noe mer på virkemiddel og tiltak innenfor støttende behandling.

## 2.6 Fysioterapi i psykiatrien

På 1990 tallet begynner det å komme studier og artikler som omhandler bruken av psykomotorisk fysioterapi i psykiatrien. Det er en studie av Thornquist som kartlegger hvordan fysioterapeuter jobber innenfor psykiatrien. Sternberg skriver en artikkel om hvordan psykomotorisk fysioterapi brukes på Aalborg Psykiatriske Sykehus og Gretland gjennomfører en studie for å få frem erfaringskunnskap blant fysioterapeuter og hvordan denne kompetansen kan være til hjelp for behandling av psykiatriske pasienter.

### 2.6.1 Fysioterapeuters erfaring med psykomotorisk fysioterapi

I 1992 publiserer Thornquist en studie på 300 sider som heter: "Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern" (Thornquist, 1992). Denne studien er interessant på flere forskjellige måter. Den gir ett innblikk i et til da udokumentert felt innenfor norsk helsevesen i hvordan fysioterapeuter jobber innenfor psykisk helsevern. Studien er tiltenkt å brukes ved undervisning i videreutdanning i psykosomatisk/psykiatrisk fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi. Thornquist har besøkt forskjellige institusjoner som en voksenpsykiatrisk poliklinikk, en dagklinikk, en tungpsykiatrisk institusjon og et lokalsykehus med psykisk helsevern ved gjennomføring av denne studien. Thornquist intervjuer flere fysioterapeuter, hvor de fleste har tatt videreutdanning psykomotorisk fysioterapi og jobber med denne metoden innenfor psykiatrien. Studien viser at psykomotorisk fysioterapi er verdsatt av andre profesjoner, som framhever betydningen av at fysioterapeuter bringer forståelse av kroppen inn i psykiatrien. Fysioterapeutene selv og samarbeidspartnerne i denne studien bruker psykomotorisk fysioterapi som et samlegrep på det faglige arbeidet fysioterapeuten gjør. Thornquist presiserer:

*"fysioterapeutene selv er litt slurvete i ordbruken. I praksis benytter det stabiliserende, støttende og kontaktskapende former for fysioterapi mer en psykomotorisk behandling som er omstillende og inngripende behandling via løsgjøring av muskulatur, frigjøring av respirasjon og strekkstimulering. Den psykomotoriske tankegang og undersøkelsesmetodikk benytter de seg av uansett klientell, men som behandlingsform er det først og fremst poliklinikkens fysioterapeuter som tar den i bruk" (ibid:275)*

Hovedtrekkene i denne studien er at psykomotorisk fysioterapi er verdsatt av andre fagprofesjoner som jobber innenfor psykiatrien siden fysioterapeuter bringer forståelsen av kroppen inn behandlingen. Fysioterapeutene tilskrives som bidragsyttere i diagnostikk, behandlingsarbeid og fysisk aktivitet av samarbeidspartnere. Studien viser at fysioterapeuter har måtte streve for å få innpass og bruke kompetansen sin på en hensiktsfull måte. Fysioterapeutene har selv utviklet kompetanse som de beskriver som støttende og

stabiliserende tiltak. Det kan være samtaler som er støttende (ibid:134), bevegelsesgrupper som er aktiviserende og støttende (ibid:141). Studien viser at psykomotorisk undersøkelse og behandling har vært praktisert innenfor psykiatrien i lengre tid med god erfaring. Denne utviklingen har skjedd mens det har vært sett på som en ikke egnet behandlingsform i psykiatrien. Studien tyder på at psykomotorisk fysioterapi kan være relevant og ha positive virkninger innenfor psykiatrien.

### **2.6.2 Ressursorientert Kroppsundersøkelse i psykiatrien**

Susanne Sternberg har gitt ut en artikkel om hvordan de bruker norsk psykomotorisk fysioterapi i behandling på sykehuset hvor hun jobber (Sternberg, 1998). Ved Aalborg Psykiatriske Sykehus bruker de den Ressursorienterte Kroppsundersøkelse (ROK) som vurderingsgrunnlag for behandling av psykiatriske pasienter. Der er erfaringene med ROK'en og psykomotorisk fysioterapi tilnærming kan godt anvendes i behandling av mennesker med store personlighetsforstyrrelser. Det å bruke denne tilnærmingen stiller større krav til fysioterapeutens analyse og vurdering av individuelle ressurser og behov hos pasienten. Erfaringene som Sternberg formidler i denne artikkelen er å bruke ROK'en og psykomotorisk fysioterapi tilnærming egner seg godt innenfor psykiatrien. Hun har selv opplevd å få en dypere forståelse for det psykotiske menneske sin kropp og samtidig blitt mer spesifikk i behandlinger ut i fra kroppsdiagnostiserende behov (ibid:23). Sternberg har skrevet to andre artikler som omhandler støttende behandling med utgangspunkt i psykomotorisk fysioterapi (Sternberg, 2002, Sternberg and Bohen, 2009). Artikkelen den kommunikerende krop tar opp problematikken med støttende behandling og mangelen på å utfordre i støttende behandling (Sternberg, 2002). Sternberg beskriver et behandlingsforløp av samme pasient på tre perioder som strekker seg over 15 år. Det første behandlingsforløpet blir beskrevet som en støttende og stimulerende tilnærming med kroppslig avgrensning og samle kroppen med mål om å gjøre den mer levende og mindre modellerbar (ibid:5). Behandlingsforløp nummer to starter fem år senere og varer i 1 og ½ år og pasienten opplever fremgang på enkelte områder, men Sternberg opplever at hun har blitt stabilisert i et oppgivende holdningsmønster som gjør at hun fastholder på sin selvbebreidende væremåte (ibid:10). I det tredje og siste behandlingsforløpet blir en mer omstillende tilnærming basert på psykomotorisk fysioterapi brukt for å endre pasienten. Sternberg opplever at med en mer omstillende tilnærming blir pasienten bedre. Det hun har vektlagt i behandlingen er:

*”Behandlingen skjer i en samhandling, hvor man ser hinanden i et emotionelt perspektiv, anerkender de kroppslige uttrykte emotioner, bekræfter og uttrykker dem sprogligt. I tillegg hertil kommer så den konkrete håndgribelige fysioterapeutiske praksis, som i relation til det enkelte menneskes individuelle utviklingspotentialer skal*

*være stimulerende og støttende for at kunne være motiverende for ændring af fastlåste og fastlåsende symptombakende være og reaktionsmåder” (ibid:13)*

Dette Sternberg fremmer her er betydningen av å konfrontere og utfordre pasienten i behandling. Hvis det ikke blir fremmet tiltak for å fremme endring kan pasienten bli stabilisert i en passiv kroppsholdning som vedlikeholder problematikken. I den tredje artikkelen går Sternberg og Bohem i gjennom prinsipper for fysioterapi ved personlighetsforstyrrelser (Sternberg and Bohem, 2009). Formålet med behandlingen er å utfordre pasientens samværmønstre i en ny relasjonell sammenheng. Det handler om at pasienten skal skape forståelse og sammenheng mellom nåtid og fortid. Kroppslige opplevelser skal anerkjennes og språklig gjøres (ibid:240). Noen av virkemidlene som blir beskrevet handler om å anerkjenne pasientens iboende utviklingsmuligheter, sikre god kroppslig forankring, støtte til å reagere og uttrykke seg, spontan og fri respirasjon og strekk i kroppen. Sternberg og Bohem skriver dette om støttende behandling:

*”Der er glidende overgange mellem støttende og mer omstillende behandling, men fælles er dog, at patienten skal støttes i at opnå god kropslig forankring, hvilket kan ske ved massage af fødder, underben og lår samt ved at arbejde med selektive meningsgivende bevægelser i stående, siddende og liggende stillinger” (ibid:242)*

Det Sternberg tar opp er nyskapende med at hun bruker undersøkelse basert på ROK og behandling basert på psykomotoriske prinsipper i psykiatrien. Hun går lengre en det som er beskrevet før ved at hun bruker mer omstillende virkemidler på det som kan beskrives som jeg-svake pasienter. Hun opplever selv at det kan være fordelaktig for å unngå at pasienten blir understimulert og fratatt muligheten til å endre uhensiktsmessige bevegelsesmønstre.

### **2.6.3 Relasjonell fysioterapi**

Gretland er førstelektor, fagansvarlig masterstudiet i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø og arbeider med psykomotorisk fysioterapi i privat praksis. Hun har skrevet en rapport i fra prosjektet ”fysioterapi i psykiatrien” (Gretland, 1999). Rapporten tar utgangspunkt i at kroppen er lite tilstede i psykiatrisk litteratur, tenking og behandling (ibid:1). Problemstillingen er: ”Hvordan kan fysioterapeuters kompetanse være til hjelp i behandling av psykiatriske pasienter.” (ibid:3). Det som kommer frem gjennom prosjektet er at fysioterapeutene har erfaring med at fysioterapi er til hjelp for psykiatriske pasienter på flere nivå med undersøkelse, behandlingen stimulerer til kroppskontakt og opplevelse av avgrensning og helhet. På kort sikt vil dette virke stabiliserende og samlende på mange fragmenterte og urolige pasienter (ibid:sammendrag). Rapporten konkluderes med at det er mye som tyder på at det er et stort potensiale i å integrere fysioterapi i behandling av psykiatriske pasienter. (ibid:84). Gretland skriver at jeg-støttende fysioterapi kan defineres



som behandlingsmåter som sikter mot økt avgrensning, sikrere identitetsopplevelse og økt samhandlingsevne. Hun tar utgangspunkt i støttende fysioterapi når hun skal redegjøre for noen ulike mål og virkemidler, og hvordan virkemidlene kan brukes terapeutisk i rapporten (ibid:59). Virkemidlene som beskrives er blant annet motiverende aktiviteter og standard fysioterapi. Målene kan være engasjement, oppmerksomhet mot egen kropp, tåle nærhet og aktualisere verbalt språk gjennom fysioterapien. (ibid:59-66). Gretland fortsetter med og utforske hvordan fysioterapi kan være til hjelp for mennesker med psykiske lidelser i boken ”den relasjonelle kroppen” (Gretland, 2007). Her skriver hun mer utfyllende om hvordan støttende behandling kan tilpasses pasienten og behandlingssituasjonen. Gretland bringer med denne boken veldig mye nytt inn i forståelsen av fysioterapi innenfor psykiatrien. Innholdet må nesten sees på som en revidering av eksisterende tanker om behandling og tilnærming av psykiatrisk fysioterapi. Temaene som bringes inn er grunnlagstenkning, pasientens sosiale liv og personlig utvikling som innebærer utviklingspsykologi, tilhørighet og kommunikasjon, biologiske perspektiv og hvordan tenke behandling og målsetting for terapien. Gretland mener at resultatene i denne boken forhåpentligvis kan leses av mange (ibid:4). Det kan være en noe optimistisk forhåpning siden boken oppleves som svært meningsfortettet og krever god forforståelse av teoretiske begreper for å se den dypere kliniske relevansen. Det som savnes er hvordan kroppsbilde og kroppsskjema er forstått i støttende behandling.

## **2.7 Oppsummering**

Det å følge historien i fra Braatøy og Bülow-Hansen sin erfaringsbaserte tilnærming hos nevrosepasienter til relasjonell fysioterapi tilnærming beskrevet av Gretland har vært en fascinerende reise. Det at Braatøy og Bülow-Hansen utviklet det som nå kalles psykomotorisk fysioterapi innenfor psykiatrien ender opp med å bli sett på som en uegnet metode innenfor psykiatrien i mange år er overraskende. Det kan være mange årsaker til det som det ikke skal spekuleres i, men når Engh og Radøy beskriver hvordan tankesettet og tilnærmingen i psykomotorisk fysioterapi kan benyttes innenfor det de kaller tungpsykiatrien begynner ting å skje. Det som kommer frem i litteraturen i etterkant er veldig forsiktig når det gjelder virkemidler og undersøkelse. Usikkerheten mellom fysioterapeut, pasient og påvirkningskraften av psykomotorisk fysioterapi kan ha ligget mellom tekstlinjene til de som skriver om det. Det er først på 1990 tallet at bladet blir tatt fra munnen og tekstene åpnes opp med beskrivelser av undersøkelser, virkemidler og målsetninger med å bruke psykomotorisk fysioterapi innenfor psykiatrien. I løpet av femten år fra 1992 til 2007 blir erfaring og praksis knyttet sammen til å berettiggje bruken av psykomotoriske fysioterapi innenfor psykiatrien.

### 3 Teoretisk Perspektiv

Det teoretiske perspektivet som jeg benytter er med på å forme oppgaven. Det som jeg finner som interessante forskerspørsmål er avhengig av hvordan jeg tenker med min begrepsavklaring og forforståelse. I denne oppgaven er det en fenomenologisk tilnærming som vil ligge i bakgrunnen for å undersøke hvordan støttende behandling praktiseres. Det å ta starte med å forstå begrepene kroppsskjema og kroppsbilde i en fenomenologisk tilnærming ble meningsfullt i denne oppgaven for meg.

#### 3.1 Kroppsskjema og kroppsbilde

Kroppsbilde og kroppsskjema har blitt mye benyttet i medisinsk litteratur. For å sette disse begrepene i en bedre kontekst vil det først bli en innføring i fenomenologi. Deretter vil det bli forklart og så settes sammen med behandlingstilnærming. Begrepsbruken av kroppsbilde og kroppsskjema har vært unyansert og det har variert på hva som er kroppsbilde eller kroppsskjema. Gallagher (2001) har gjort en betydelig innsats for å rydde opp hva som er hva. Han mener det å skille mellom de to begrepene har klinisk relevans for medisinsk forskning og behandling og essensielt for filosofiske analyser vedrørende spørsmål om kognisjon og personlig identitet. Gallagher setter disse begrepene i en fenomenologisk forståelse.

##### 3.1.1 Fenomenologi

Fenomenologi kommer i fra det greske ordet "phai'nomenon", det vil si det som viser seg, og "logos" betyr som kjent lære (Thornquist, 2003:83). Fenomenologi kan derfor defineres med: *"det forståes som læren om det, der viser sig"* (Thøgersen, 2004). Edmund Husserl regnes som grunnleggeren av fenomenologi (Thornquist, 2003:14). Husserl hovedanliggende var å studere bevisstheten, det som særpreger mennesket og skiller det fra uorganisk natur, planter og dyr (ibid:88). Husserl skiller mellom den levde kroppen (Leib) og den objektive kroppen som beskrives som legeme (Körper). Han mener at den levde kroppen er essensiell for all persepsjon og det å være i verden. Husserl trodde det var ikke mulig for et bevisst selv å eksistere uten å erfare verden. I følge Smith (2007:9) sier Husserl: *"I can know the world only if I am my self already in the world"*. Det som er et sentralt poeng for Husserl er:

*"At bevissheden er kendetegnet ved intentionalitet. Intentionalitet kommer av det latinske ordet "intendere". Hos Husserl betyr ordet "en bevidsthedsmæssig retted mod noget" (Thøgersen, 2004:26)*

Husserl mener at bevisstheten er aldri tom, den er rettet mot noe. Det å si at jeg er bevisst er ikke nok, det må følges opp med si at jeg er bevisst på noe. Husserls poeng er å vise at bevisstheten har en intensjonalitet. Intensjonalitet betegnes som bevisstheten rettet mod

fenomenene (Thøgersen, 2004:75). Fenomener eksisterer ikke uavhengig av en bevissthet, og det viser seg alltid for noen (ibid:75). Thornquist (2009:190) viser til Husserl når hun skriver:

*"For å studere verden må vi legge veien om bevisstheten".*

Thornquist skriver videre:

*"Hans [Husserl] innvending er at intet viser seg uten å vise for noen. Sagt med andre ord: I fenomenologien anses subjektivitet som forutsetning for forståelse overhodet. Vi har å gjøre med en form for dobbelthet i selve fenomenbegrepet. Objekt og subjekt forutsetter hverandre på en opprinnelig måte. Det er på denne bakgrunn subjektivitet knyttes til fenomenologi som et sentralt kjennetegn" (Thornquist, 2009:190)*

Det at subjekt og objekt forutsetter hverandre overskrider en dualistisk tanke hvor det erfarende subjekt og objekt er adskilt. I stedet innfører Husserl intensjonaliteten som en instans mellom subjekt og objekt uten at det betyr at det avhenger av subjektet hvordan objektet er (Thøgersen, 2004:76). Subjektet vil alltid persipere et objekt perspektivisk som betyr at subjektet aldri ser hele gjenstanden:

*"Jeg ser alltid gjenstanden fra en bestemt side. For eksempel kan jeg kun se fasaden av et hus, hvis jeg står på en bestemt side. Jeg kan ikke se husets bakside. Jeg må foreta syntetiserende handlinger for å få gjenstanden til å fremtre i sin helhet. Med andre ord: Jeg må sammensette forskjellige perspektiver av det samme huset i en syntese, så jeg kan nærme meg en helhetsbeskrivelse av huset." (ibid:76)*

Denne syntetiserende handling hvor subjektet forsøker å sammensette et helhetsbilde av en bestemt gjenstand fører Husserl til det han kaller det Transcendale Ego. Jeg har forstått det Transcendale Ego som egoet som sammenfatter alle sammenhengende handlinger til meningsfulle sanser og erfaringer av verden. Det er det transcendale ego som sikrer en sammenheng i det enkelte menneske sin erfaring av verden (ibid:77). Husserl mener at det transcendale ego er knyttet til livsverden (lebenswelt).

*"Livsverden dreier seg om den konkrete, dagligdagse del av vår felles verden vi tar for gitt uten reservasjon og med grunnleggende tillit. Det dreier seg om å være-i-verden." (Thornquist, 2003)*

Med sin forståelse av det transcendale ego kommer Husserl frem til sin forståelse av hvordan en annen kan tre frem som kropp i en intersubjektiv verden (Thøgersen, 2004:85). Thornquist (2003:110):

*"Husserls utgangspunkt er dette: Vi mennesker synes å være i stand til å overskride vårt eget perspektiv og erfare andres erfaringsverden. Og: Vi erfarer at vår verden erfares av andre.*

Thornquist fortsetter:

*"Husserl erkjente at vi ikke kan erfare andres bevissthet direkte. Vi kan erfare andres kropper direkte, men ikke deres erfaringer, tanker og vurderinger. Kjernen i det*

*filosofiske problem om intersubjektivitet er nettopp dette: Vi har ikke direkte til andres bevissthet.”(Thornquist, 2003:110)*

Vi kan dermed ikke vite hva den andre tenker eller retter sin oppmerksomhet mot. Den intersubjektive verden er den verden vi deler og erfarer med andre mennesker og som vi tar som en selvfølge. *Det er en verden som har mening for oss (Thornquist, 2003:92)*. Mens Husserl sin fenomenologiske forståelse blir sett på som en bevissthets fenomenologi kommer Husserls skygge, Maurice Merleau-Ponty, og knytter kroppen til fenomenologien.

### **3.1.2 Merleau-Ponty sin fenomenologi**

Merleau-Ponty bringer betydningen av det og være-i-verden som kropp inn i en fenomenologisk forståelse. Han er tydelig inspirert av Husserl sine tanker, men der hvor Husserl er opptatt av bevissthet er Merleau-Ponty opptatt av den kroppslige tilstedeværelse i verden. Han vil starte med et oppgjør med dualismen. Merleau-Ponty (1962, 1994, 2002) er svært kritisk til Rene Descartes sin dualistiske filosofi om kropp og sjel. Merleau-Ponty mener at med dualismen blir kroppen stående igjen som et tomt hylster uten bevissthet. Det Merleau-Ponty fremhever er at bevisstheten er integrert i en kroppslig eksistens (Thøgersen, 2004:52). Han fortsetter med kritikk av empirismen:

*”Han [Merleau-Ponty] kritiserer ikke en bestemt filosof, men han kritiserer den empirisme, der betrakter sansingen som den primære tilgang til verden – og som mener, at der er en verden-i-seg-selv, som er uavhengig av menneskets erfaring, det vil si en empirisme, der giver udtryk for en realisme”(Thøgersen, 2004:61)*

Thornquist skriver:

*”I forhold til empiristisk tenkning går han særlig inn i argumentasjonen mot den atomistiske forståelsen av sansning, og eliminering av subjektivitet og mening”.*  
(Thornquist, 2003:116)

Med sitt oppgjør med de tidligere nevnte vitenskapsfilosofiene får Merleau-Ponty frem at sansing ikke er en passiv prosess, men at den har intensjonalitet og er innleiret med en forståelse av tingenes betydninger:

*”Sansingens genstande er ikke meningsløse objekter, der eksisterer i-sig-selv, men de hører hjemme i et betydningsfelt, hvor tingen som en ting-i-sig-selv-for-os har en iboende mening.” (Thøgersen, 2004:65)*

Merleau-Ponty begynner nå få frem betydningen av å være i verden som erfarende kroppslige subjekt. Vi kan ikke enten være kropp eller sjel og heller ikke bare sansende uten erfaring. Vi er i verden som kroppslig eksistens med erfaringer som vi er bærere av. Det betyr videre at vi ikke er bare rene fysiologiske maskiner som kan forklares med mekaniske lover. På den andre siden er vi heller ikke bare psykologiske vesener med et fysiologisk virkende nervesystem.

*”Den klassiske psykologi fordobler enkelt den fysiologiske verden med å snakke om opplevelsen som en indre opplevelse av et ytre objekt” (Thøgersen, 2004:103)*

Thøgersen (ibid:103) viser til Merleau-Ponty:

*”Begge klassiske tradisjoner [mekanistiske fysiologi og den klassiske psykologi] forstår kroppen som en ydre objektiv ting, med en ting med et nervesystem. Det er nervesystemet, der betyr, at de to tradisjoner kan knytte menneskets perception til kroppen. I nervebanen finder de en automatisk bevegelse baseret på modtagelse af stimuli, videresending af stimuli gennem nervesystemet til endestationen i hjernen (bevidstheden), hvor perceptionen finder sted.”*

Den anatomiske forklaringsmodellen er for Merleau-Ponty like uforenlig som den dualistiske tankegangen i fra Descartes med våres væren-i-verden. Han forklarer dette med å bruke eksemplet om fantomlem som kan sanses. Han mener den mekaniske forklaringsmodellen faller for eget grep med at lemmet er borte. Hvordan kan du kjenne noe som ikke er der og gir proprioseptiv stimuli gjennom nervebanen? Psykologi modellen forklarer smerten i fantomlemmet som en mental representasjon og som en erindring av lemmet. Det blir like uforståelig siden det ikke gir mening at lemmet kjennes hvor det var lokalisert.

Thøgersen (2004:107) skriver:

*”Merleau-Ponty adskiller to lag i kroppen: a) Den tilvante kropp og b) Den aktuelle kropp. Forklaringsmodellen som Merleau-Ponty ender opp på er at den tilvante kropp eksisterer som en bakgrunn i våres aktuelle kropps persepsjon. Med andre ord den håndteringsgestus, jeg kunne utføre før jeg fikk armen amputert, er stadig tilstede i den tilvante kropp, men den aktuelle kropp kan ikke lenger utføre den som faktisk bevegelse.”*

Merleau-Ponty mener med dette at kroppen holder på sine gamle vaner basert på tidligere bruk av lemmet. Den tilvante kropp gjør fortsatt det den er vant med å gjøre.

*”Verden innbyr til at kroppen fastholder sine vaner” (Thøgersen, 2004:108).*

Det å ta utgangspunkt i at kroppen fastholder sine vaner gir er en interessant måte å se på psykomotorisk fysioterapi praksis i støttende behandling.

### **3.1.3 Kroppsbilde**

Kroppsbildet tilhører et system som består av perseptuelle oppfatninger, holdninger og oppfatninger av egen kropp. Kroppsbildet kan inkludere mentale representasjoner, holdninger og oppfatninger som påvirkes gjennom bevisste tanker av den egne kroppen. Det innebærer at spørsmål som gjør pasienten oppmerksom på hvordan kjennes armen eller det å rette bevisst oppmerksomhet på kroppsdelers posisjon, bevegelse, holdning, glede, smerte, kinestetisk opplevelser hjelper til å utgjøre det perseptuelle aspekt (Gallagher, 2001:150). Dette kan sammenlignes med det Merleau-Ponty kaller den aktuelle kropp. Fysioterapi tiltak som for eksempel massasje, avspenning, kjenne på følelser og grenser vil falle inn under kroppsbilde.

### **3.1.4 Kroppsskjema**

Kroppsskjema er et automatisk system som konstant regulerer kroppens bevegelse, positur og holdning. Kroppsskjemaet er ikke et resultat av persepsjon, tro eller inntatt posisjon. Det er et system av motor funksjoner eller motorprogrammer som virker uten at selvet er det bevisst. Det involverer stille utførelse av kroppens regulering av holdning og bevegelser (ibid:150). Dette kan sammenlignes med Merleau-Ponty sin tilvente kropp. Kroppens tilvente vaner blir vedlikeholdt av kroppsskjemaet, som for eksempel det å klø seg i hodet. Det er sjeldent at man stikker seg i øyet når man gjør det. Kroppsskjemaet mener Gallagher er medfødt og utviklingen starter allerede i fosterstadiet med at fosteret begynner å bevege armen mot munnen (ibid:162). Gallagher bruker eksemplet med det helt nyfødte barnet hvor far rekker tunge og barnet speiler bevegelsen tilbake for vise at vi sannsynlig har et etablert kroppsskjema ved fødselen. Kroppsbilde og kroppsskjema er ikke et enten eller system. Begge kan være virksomme ved aktivitet. I støttende behandling og fysioterapi generelt kan dette være et nyttig skille å ta med seg. Psykomotorisk fysioterapi inneholder mange elementer som kan påvirke kroppsskjemaet. Det kan virke som praksisen for virkemidler som påvirker den tilvante kropp er lite brukt og tenkt i støttende behandling. Det kan skyldes at det muligens blir sett på som inngripende behandling.

## **4 METODE**

### **4.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme**

Denne studien har en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapssyn. Fenomenologi tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og søker å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard, 2009:38). Forskerens refleksjoner over egne erfaringer danner derfor et utgangspunkt for forskningen (ibid:38). Hermeneutikk dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning og hermeneutikkens objekter er først og fremst tekster (Thornquist, 2003:139). I hermeneutisk tradisjon er intervjuetekstene og litteraturen betraktet som et selvstendig produkt som er løsrevet i fra informanter og forfatterne (ibid:175). Analyseprosessen av tekstene har vært en første naiv lesning, en grundigere systematisk og forklarende lesning, og en siste lesning som innebærer en utvidet forståelse (ibid:190). Det å se på empirien med en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming vil fremme en mer utvidet forståelse på støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi.

## **4.2 Valg av forskningsdesign**

Jeg har valgt å bruke en kvalitativ metode for å belyse problemstillingen med bruk av semistrukturert livsverdenintervju. Denne intervjutypen brukes når tema i fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonens egne erfaringer (Kvale et al., 2009:47)

### ***4.2.1 Litteratursøk***

Det ble gjennomført et litteratursøk til oppgaven og begrensninger har blitt gjort med følgende søkeord og restriksjoner: Litteraturen skal omhandle metoden psykomotorisk fysioterapi og være allment tilgjengelig. Det er ikke gjort søk i litteratur før 1980 siden psykomotorisk behandling beskrevet innenfor psykiatrien blir først nevnt i 1982 (Engh and Radøy). Begrepet støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi blir først nevnt i 1985 (Bunkan). Det at litteraturen skal være basert på metoden psykomotorisk fysioterapi har medført at Integrert respirasjonsterapi (Johnsen, 1975), Global fysioterapeutisk muskelundersøkelse (Sundsvold et al., 1982) og Psykodynamisk kroppsterapi (Monsen, 1989) har blitt ekskludert. Ved å søke på npmf på Pubmed, Google scholar og Pedro er det ingen relevante treff som omhandler støttende behandling med utgangspunkt i norsk psykomotorisk fysioterapi. Søker man på norsk med søkeord støttende behandling psykomotorisk fysioterapi på Pubmed, Google Scholar og på fysioterapeuten.no gir det ingen relevante treff. Videre søk på Bibsys etter litteratur med søkeordet psykomotorisk fysioterapi gir 95 treff, men ikke noe relevant treff for støttende behandling innenfor psykomotorisk fysioterapi. Litteratursøket i de ovennevnte databasene ble avsluttet 1.7.2012. Det medfører at det kan ha tilkommet litteratur etter den tid. Fagbladet Spenningsnytt (Kurs-og fagutviklingsgruppen, 2011) har samlet oversikt over hovedfagsoppgaver/masteroppgaver og doktorgrader som er relevant for fagfeltet fra 1993 og frem til oktober 2011. Det er ingen oppgaver som direkte beskriver støttende behandling. Det kan være skrevet oppgaver som omhandler støttende behandling i forbindelse med videreutdanning innenfor fagområdet, men det har ikke kommet frem i søkeprosessen. Relevant litteratur som inneholder støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi er beskrevet i innledningen i denne studien mener jeg, unntaket er Gretland (2009). Litteraturen er tilkommet med å følge de referansene i de forskjellige publikasjonene tilbake i tid.

### ***4.2.2 Intervju***

For og fram hvordan støttende behandling blir forstått og begrunnet ble det det gjennomført et semistrukturert intervju med informantene. Semistrukturerte livsverdenintervju brukes når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonenes egne perspektiver (Kvale et al.,

2009:47). Denne formen for intervju søker å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden, og særlig fortolkninger av meningen med fenomenene som blir beskrevet (ibid:47). Det semistrukturerte intervjuet ligger tett opp til en hverdagslig samtale, men det har et profesjonelt formål (ibid:47). Det å bruke et semistrukturert intervju vil gjøre det mulig å få en forståelse av støttende behandling på en erfaringsnær måte.

### **4.3 Utvalg**

Denne studien baserer seg på et strategisk utvalg, det vil si at vi velger informanter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2009:55). Studiens omfang tillater bare et svært begrenset utvalg. Inklusjonskriteriet var at de hadde takst kompetanse A9 psykomotorisk fysioterapi (NFF, 2012) og jobber med psykomotorisk fysioterapi i sin praksis. Søket etter informanter ble avsluttet når jeg hadde tre informanter som oppfylte kriteriene. De har minimum 4 års erfaring etter endt videreutdanning psykomotorisk fysioterapi og noen er spesialist i psykomotorisk fysioterapi. De jobber innenfor privat praksis, distriktpsikiatriske senter og ved en psykiatrisk klinikk på et sykehus. Problemstillingen krevde at de hadde relevant informasjon å bidra med om støttende behandling med psykomotorisk fysioterapi. Utvelgelsen av informanter ble gjort etter det som betegnes som ”snøballmetoden” (Thagaard, 2009:56). ”Snøballmetoden” ble benyttet med at jeg tok kontakt med en relevant person som hadde de teoretiske og praktiske perspektivene jeg hadde satt for å bli inkludert i studien. Deretter spurte jeg informantene om andre personer som hadde de samme kvalifikasjoner. Problemet med å rekruttere informanter med ”snøballmetoden” er at informantene har mye av de samme erfaringene og gir lite bredde i empirisk materiale

### **4.4 Forberedelser og gjennomføring av intervju**

Forberedelsene til intervjuene ble gjort med å utarbeide en intervjuguide. Intervjuguiden inneholdt forslag til rekkefølgen av temaene jeg ville få frem om støttende behandling. Den psykomotoriske litteraturen inneholder ikke så mye om selve temaet støttende behandling så jeg ble nødt til å se annen litteratur. Intervjuguiden inneholder enkelte elementer fra psykoterapi (Evang, 2010:306-319) som beskriver jegstyrkende tiltak. Tiltakene som han skildrer er tiltenkt brukt på pasienter med jegsvakhetsproblematikk eller borderlineproblematikk. Disse tiltakene er tenkt brukt av flere forskjellige yrkesgrupper som leger, sykepleiere, hjelpepleiere, barnevernspedagoger, førskolelærere og lærere for å gi de mulighet til forholde seg til pasienter som er jegsvake. Spørsmålene i intervjuguiden om hans



fremstilling av støttende behandling ble tilpasset til hva jeg tenkte kunne være aktuelt for støttende behandling i psykomotorisk Det ble under utviklingen av intervjuguiden opprettet kontakt med informantene. To av informantene måtte intervjues 2 uker før det var planlagt. Dette medførte at intervjuguiden først ble ferdigstilt en dag før første intervju. Det andre intervjuet ble gjennomført et par timer etter forespørsel ble sendt. Begge de intervjusituasjonene kan ha vært preget av mangelfull tid forberedelser. Dette kan ha medført til at jeg kom lite på banen i intervjusituasjonen med presiseringer og oppfølgende spørsmål. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen til informantene. Opptakene av intervjuene ble gjort digital lydopptaker og har god lyd kvalitet. Samtykkeerklæringen for og delta ble lest inn på opptaket. Selve intervjusituasjonen varte rundt en time og informantene snakket om sin forståelse av støttende behandling. Intervjuene opplevdes som innholdsrike og meningsskapende mens de ble gjennomført.

#### **4.5 Tilvirkning av empirisk materiale**

Intervjuene ble transkribert i dagene etter intervjuene ble gjennomført. Transkriberingen ble gjennomført med avspilling fra mottakerens interne minne. Jeg transkriberte selv og tilstrebet å gjengi intervjuet ordrett med eventuelle pauser og innskutte ord som eh, mmm. Det å transkribere tekst på denne måten medfører at kroppsspråk, stemme, gester osv. ikke kommer med i materialet. En slik reduksjon av informasjon kan bety at noe av dynamikken mellom intervjuer og informant blir borte, likeledes kan noe av meningsaspektene gå tapt ved en slik reduksjon (Kvale et al., 2009:187). Transkripsjonen av intervjusamtalen til en skriftlig form innebærer enda en abstraksjon, der stemmeleie, intonasjon og åndedrett går tapt (ibid:187). Siden problemstillingen er saksorientert vil tanker og erfaringer formuleres i verbalt språk, ikke i stemmeføring og pauser.

##### ***4.5.1 Fremstilling av empirisk materiale***

Fremstillingen av det empiriske materialet ble krevende. I intervjuguiden (vedlegg 2) hadde temaene vært tydelig, men etter transkriberingen var det til dels mye usortert temaer. Det ble tydelig at jeg som intervjuer ikke var aktiv nok til å følge opp informantens utsagn og etterspørre hva de mente. Dette kan illustreres med et eksempel fra den originale transkripsjonen:

*«okay skal man tenke støttende, er det traumatisk, traumatiske erfaringer, total belastning, psykisk belastning... Jeg skal komme til svaret etter hvert»*

Det ble tydelig at det måtte bli gjennomført en meningsfortetting av materialet.

Meningsfortetting medfører en forkortelse av intervjupersonens uttalelser til kortere

formuleringer for å prøve å fremme den umiddelbare mening med få ord (Kvale et al., 2009:212). Ovennevnte sitat ble meningsfortettet til:

*”Skal man tenke støttende, er det traumatiske erfaringer, psykisk belastning og total belastning”.*

Et annet eksempel er i fra et annet intervju:

*”hun var på en måte etter to eller tre timer så var hun på en måte ikke.. hun var kanskje ikke, det var kanskje feil å bruke fleksibilitet, hun var kanskje ikke motivert. Til å ville titte inn og se på det hun gjorde og eventuelt se på som en mulighet til etter hvert å gjøre endringer. Det var helt låst etter to-tre timer og jeg sa til henne, jeg sa til henne hva jeg opplevde og sa at hvis det endret seg så kunne hun komme tilbake.”*

Dette ble meningsfortettet til:

*”Jeg avsluttet pasienten etter to ganger. Jeg følte ikke at kunne hjelpe henne med noe, fordi hun bare måtte alt hun gjorde og det var ikke snakk om noe fleksibilitet i det hele tatt. Hun var kanskje ikke motivert til å ville titte inn og se på det hun gjorde og eventuelt se på muligheten til etter hvert å gjøre endringer”.*

Det ble etter hvert som jeg jobbet med meningsfortetting utviklet mer tydelige temaer.

#### **4.6 Analyse**

Kvale (2009:208) beskriver koding som innebærer at det knyttes ett eller flere nøkkelord til et tekst avsnitt med henblikk på og senere å kunne identifisere en uttalelse. Kategorisering innebærer en mer konseptualisering av et utsagn, som gir mulighet for kvantifisering (Kvale et al., 2009). Denne tilnærmingen ble prøvd, men fort frafalt. Thagaard (2009:173) har en tilnærming som hun kaller beskrivende matriser innenfor temasentrerte tilnærminger. Hun mener at beskrivende matriser kan bidra til å gi en oversikt over temaene (ibid:173). Denne tilnærmingen ble det gjort flere forsøk på uten at det bidro nevneverdig på det empiriske materialet jeg hadde. For å frembringe temaene startet jeg med et og et intervju og begynte med meningsfortetting og meningsfortolkning. Det ene intervjuet gikk fra 27 sider ned 14, det andre fra 17 sider ned til 9 og det tredje fra 18 til 12 sider. Empirien fra de forskjellige informantene ble da mulig å syntetisere i tydelige temaer. Dette ble igjen meningsfortettet og meningsfortolket ned til 20 sider. Meningsfortolkningen har blitt gjort på bakgrunn av psykomotorisk fysioterapi litteratur som frembragte begrepet støttende behandling og med fenomenologisk tenkning i bakgrunnen. Det at informantene og jeg som forsker tilhører sammen fagfeltet har gitt en teoretisk og erfaringsnær intersubjektivitet som gir en mulighet til å kjenne igjen empirien. Denne analytiske tilnærmingen som beskrevet har gitt det empiriske materialet i resultatdelen.

## **4.7 Etikk**

Denne studien prøver å gjøre det informantene mener, sier og forteller til gjenstand for undersøkelse. Dette medfører noen etiske utfordringer. Det sentrale denne studien prøver å få frem er en forståelse av støttende fysioterapi – ikke gjennom praksisobservasjon, men gjennom informanters utsagn om praksis. Denne studien ønsker å fremme hva slags kunnskap og forståelse som ligger til grunn for å behandle støttende. Hva utøvere sier om sin praksis, er ikke det samme som hva de faktisk gjør. Dokumentasjon av praksis er heller aldri identisk med praksisen selv (Thornquist, 2003:216). Empirien i denne studien er en meningsfortettet beretning om en underforliggende forståelse av støttende behandling. I en tid med akademisering av psykomotorisk fysioterapi er det viktig å fremheve det kritiske potensialet som ligger i økt bevissthet om språkets funksjon. Det betyr at det språklige repertoar vi har til rådighet og behersker er avgjørende for hva vi kan tenke om, og for hvordan vi kan tenke (ibid:217). Det å forske på eget fagfelt og dokumentere praksis kan medføre at forskeren er biased (ibid:219). Jeg har på den ene siden stor tilgang til å forstå støttende behandling, men på den andre siden kan jeg ha blinde flekker i forhold til at jeg tar ting for gitt. Praksis er en sentral og avgjørende kilde til kunnskap, men praksis kan også være basert på ureflektert rutine og tradisjon og fungere passiviserende for fysioterapeuter og pasienter (ibid:220). Jeg ønsker ikke å fremstille egen yrkesgruppe i dårlig lys, men å unnlate å stille meg kritisk til eget fag er å frata fag, meg selv og kollegaer utviklings muligheter.

### ***4.7.1 Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste***

Dette prosjektet er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) i henhold til lagring av persondata (vedlegg 3). Informantene ble kontaktet med snøballmetoden. Denne kan ha noen etiske problemer forbundet med denne utvelgingen av informanter.

Utvalgsprosessen innebærer at de personer som forskeren har kontakt med i utgangspunktet kan gi forskeren informasjon om de andre. Det har ikke skjedd i denne studien. Informantene ble deretter kontaktet på telefon og fikk en kort forklaring om formålet med denne studien. Deretter fikk de som takket ja tilsendt en epost med samtykkeforespørsel (vedlegg 1) og intervjuguide (vedlegg 2). Informantene ble opplyst om muligheten for å trekke seg i fra forskningsprosjektet uten noen begrunnelse. For å sikre konfidensialitet er teksten utformet sånn at eventuelle direkte eller indirekte personidentifiserende informasjon er enten utelatt eller forandret. Informantene går under betegnelsen fysioterapeut eller fysioterapeuten i teksten. Informantutsagnene plassering i teksten kan ikke sees på noen kronologisk rekkefølge. Lydfilene vil bli slettet etter denne studien er ferdig.

## 5 RESULTATER MED DISKUSJON

Hva tenker så psykomotorikere i dagens praksisfelt om støttende behandling? I denne delen av oppgaven presenterer jeg tanker og refleksjoner fra noen av dem. Resultatene vil bli presentert etter temaene som kom frem i analysen. Temaene vil bli kort presentert med resultatene etter på. Resultatene blir presentert med overskrifter som er hentet ut i fra sitatene til informantene. Etter hvert tema vil det bli drøftet det som er kommet frem.

### 5.1 Fysioterapeutens undersøkelse

De tre fysioterapeutene begrunner støttende behandling med utgangspunkt i en undersøkelse som de gjennomfører først. Undersøkelsene som gjennomføres er forskjellige og vektlegger forskjellige momenter som vurderingsgrunnlag for å bestemme om pasienten skal tilbys fysioterapi og i tilfelle hvilket tiltak som iverksettes. Informasjonen som fysioterapeutene meddeler om undersøkelsene varierer. Den ene sier lite om sin måte å undersøke på, mens de to andre utdyper noe mer.

#### 5.1.1 *”Hun var kanskje ikke motivert”*

Den ene fysioterapeuten utdyper ikke hvordan hun undersøker pasienten. Det som kommer frem er at første time går med på anamnese med fokus på livshistorie og sykehistorie. Andre time går med på kroppsundersøkelse. Hun sammenfatter inntrykkene etter disse to timene for å vurdere om det blir en støttende, stabiliserende eller en mer inngripende behandling. Fysioterapeuten forklarer mer om hvorfor hun ikke setter i gang behandling. Vurderingen som hun legger til grunn for og ikke å starte behandling er mangel på motivasjon, mangel på intellektuell forståelse av behandlingen og mangel på vilje til å se på hvem en er:

*”Jeg avsluttet pasienten etter to ganger. Jeg følte ikke at kunne hjelpe henne med noe, fordi hun bare måtte alt hun gjorde og det var ikke snakk om noe fleksibilitet i det hele tatt. Hun var kanskje ikke motivert til å ville titte inn og se på det hun gjorde og eventuelt se på muligheten til etter hvert å gjøre endringer”.*

Det virker til at fysioterapeuten vurderer hennes egne terapeutiske påvirkningsmuligheter i forhold til pasienten sin motivasjon før hun setter i gang behandling. Mangler pasienten forståelse til innsikt i egen situasjon og mangler ønske om personlig endring blir ikke behandling startet.

#### 5.1.2 *”Kroppsbevissthetsundersøkelse av den konkrete kroppen”*

Den andre fysioterapeuten starter undersøkelsen med samtale og observerer pusten, blikket og uttrykket generelt i kroppen hos pasienten. Hun spør pasienten helt åpne spørsmål om hva pasienten kan merke fra kroppen. Spørsmålene kan være om pasienten merker føttene eller

generelt ubehag. Det er ikke noe strukturert utprøving, intervju eller måleskjema i undersøkelsen. Hensikten er å få informasjon om hvilken grad av kroppsbevissthet pasienten har eller har mulighet for å tilegne seg.

*”Noe av det første jeg undersøker er hvilken grad av kroppsbevissthet pasienten har eller har muligheten for å tilegne seg og allerede da så syns jeg behandlingen er i gang. For da får både pasienten og jeg en klarhet i hva det er de kan merke, og se hvordan pasienten klarer å rette blikket mot seg selv, den konkrete kroppen, og i hvor stor grad de ikke klarer det. Det i seg selv er en behandling, men det er også ett holdepunkt for videre dosering, hva en kan forvente”.*

Fysioterapeuten gir ikke noe beskrivelse av at hun gjennomfører en kroppsundersøkelse, men at hun vil danne seg et bilde hvor mye pasienten klarer og kjenne i seg selv:

*”Jeg er veldig opptatt av og utforske, hva skjedde nå, kjenne på forskjeller og så få ett bilde av hvor mye de klarer og merke og allerede da så får en opplevelse av at de lager en prosess ut av det”.*

Hun beskriver dette som en kroppsbevissthetsutforskning og det er mange ganger nok i massevis første gangen. Det kan virke som fysioterapeuten forstår at den konkrete kroppen kan oppfattes med sansene. Det å søke om informasjon om hva pasienten opplever og hvordan pasienten klarer verbalt å formidle det sansbare gir et godt nok vurderingsgrunnlag for å sette i gang en eventuell behandling for denne fysioterapeuten.

### **5.1.3 ”Ressursorientert undersøkelse – og faglig skjønn”**

Den tredje fysioterapeuten tar utgangspunkt i undersøkelsen som Bunkan (1994) utviklet. Undersøkelsen går under benevnelsen ROK som står for Ressursorientert Kroppsundersøkelse. ROK'en består av flere delundersøkelser hvor fysioterapeuten foretar en summasjon av de forskjellige kroppsfunnene tilslutt. Dette sammen med undersøkerens subjektive og intuitive inntrykk av pasienten blir avgjørende om pasienten sine ressurser er belastet eller ikke belastet. Blir pasientens ressurser oppfattet som belastet blir det valgt en støttende tilnærming (ibid:3,65-66). Fysioterapeuten skildrer sin bruk av ROK'en som vanskelig å gjennomføre på pasienter som opplever undersøkelsen som krevende.

*«På avdelingen er det sjelden at jeg kjører igjennom hele ROK'en og jeg er mye mer fleksibel på hvordan jeg bruker den. Jeg blander mye og tenker at det er riktig egentlig. Det går på faglig skjønn”*

Erfaringene hun har gjort seg er at ROK'en kan være like krevende som en behandling. Dette medfører at hun sjelden kan gjennomføre hele undersøkelsen og må dele den opp over flere ganger. Fysioterapeuten begynner undersøkelsen med holdningsundersøkelse i sittende, stående og liggende siden de fleste tåler det etter hennes erfaringer. Hun passer på å informere om hva hun ser og hva hun gjør til pasienten. Hvis pasienten synes holdningsundersøkelsen er nok så holder det. Neste gang kan det bli muskelundersøkelse med litt behandling.

Fysioterapeuten kan da være interessert å prøve ut forskjellige tilnærminger og se hvordan pasienten reagerer på det:

*”Jeg prøver ut noe og ser om de tåler det eller ikke, om de får noe autonome reaksjoner eller om det går greit, klarer de å slappe mer av? Blir pusten mer fri? Jeg doserer det underveis”*

Fysioterapeuten vurderer også pasientens livshistorie:

*”Skal man tenke støttende, er det traumatiske erfaringer, psykisk belastning og total belastning”.*

Det blir tilslutt en total vurdering av kroppsfunnene sammen med livshistorien som avgjør om det blir en støttende tilnærming:

*”I støttende behandling er man mye mer fleksibel. Det er ikke så enkelt og bare å kjøre støttende, utfordrende eller omstillende. Hvorvidt det er riktig eller ikke er nå så, men jeg tenker med mitt faglige skjønn at det blir en støttende måte å gjøre det på. Det å tenke støttende ligger i en total vurdering”.*

For denne fysioterapeuten som bruker ROK'en som undersøkelsesmetodikk tar hun inn kroppen, kroppens reaksjoner og pasienten livshistorie for å bestemme seg om det blir en støttende behandling. Det viser seg også at det kan være problematisk med ROK'en som metode. Fysioterapeutens egne erfaringer tilsier at klarer ikke pasienten å komme igjennom ROK'en så blir det støttende behandling.

#### **5.1.4 Drøfting av fysioterapeutisk undersøkelse i psykiatrien.**

De tre intervjuede fysioterapeutene undersøker forskjellig og dette medfører også at vurderingsgrunnlaget blir forskjellig for støttende behandling. Det kan virke som begrepet kroppsundersøkelse kan være mangefasettert og fysioterapeutisk undersøkelse har flere mulige forståelsesrammer. Innenfor psykiatrien har studien til Thornquist (1992) og studien til Gretland (1999) fått frem at flere fysioterapeuter bruker kroppsundersøkelser som er basert på psykomotorisk undersøkelsesmetodikk for å forstå pasienten bedre. Thornquist (1988:153-163) har skildret det hun kaller en konkret funksjonsanalyse. Den konkrete funksjonsanalyse inneholder de samme elementene i undersøkelsen som er beskrevet av Thornquist og Bunkan (1986:37-61). Thornquist (1988) vil nå i tillegg sette undersøkelsen i en større forståelsesramme som:

*”At den psykomotoriske undersøkelse vektlegger kroppens/personens omstillingsevne gjør den nettopp egnet til å fange opp og skille om tilbakeholdelsesprosesser er av kortvarig eller langvarig karakter”(ibid:161)*

Ordet konkret som brukes om kroppen har flere betydninger som adjektiv:

*”Håndgrikelig, virkelig, som kan oppfattes med sansene (motsatt abstrakt)”. (Clue, 2013b)*

Det å få frem at konkret kan bety håndgripelig eller at konkret er noe som kan oppfattes med sansene har betydning for hvordan den konkrete kroppen kan forstås gjennom teksten. Den konkrete kroppen kan dermed forstås som enten håndfast eller sansbar for fysioterapeut, pasient eller samarbeidspartner. Gretland (1999:26) gir en skildring av det hun kaller helhetsorientert kroppsundersøkelse som er utviklet med utgangspunkt i psykomotorisk fysioterapi og her skriver hun:

*”Fysioterapeutens oppmerksomhet er rettet mot pasientens respiratoriske, motoriske, autonome og verbale reaksjoner under hele undersøkelsen. Anamnese hører også med 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” (ibid:26)*

Gretland (ibid:26) mener at Thornquist gir eksempler på hvordan disse mønstrene kan beskrives og forstås i en psykodynamisk forståelsesramme. I følge Gretland (ibid:26) framholder Thornquist at det er mønstre, ikke enkeltfunn, som er grunnlag for fortolkning av kroppsfunn. Gretland (ibid:34) sine informanter forteller at konklusjoner på bakgrunn av en helhetsorientert kroppsundersøkelse har bidratt til at pasientens psykiatriske diagnose er blitt revurdert med fysioterapeutens undersøkelse. Gretland (2007:94) skriver at undersøkelsesformen som er mye benyttet og velprøvd innenfor psykiatriske institusjoner, er utviklet innenfor norsk psykomotorisk fysioterapi. Hun angir også hva fysioterapeuten bør observere:

*”En [fysioterapeuten] observerer pasienten i ulike stillinger og aktive bevegelser, en [fysioterapeuten] beveger pasienten på ulike måter, og en [fysioterapeuten] berører og kjenner med egne hender.” (ibid:96)*

Med å ta utgangspunkt i studiene som Thornquist (1992) og Gretland (1999) har gjort innenfor psykiatrien tyder det på at fysioterapiundersøkelser basert på psykomotorisk fysioterapi er egnet på pasienter innenfor psykiatrien og bidrar med kvalitativt annen informasjon om pasientene. De tre fysioterapeutene i denne studien undersøker forskjellig og vektlegger forskjellige ting for eventuelt å sette i gang behandling. Det som kan være hensiktsmessig å reflektere over som fysioterapeut er mulighet til å undersøke pasientens kropp gjennom berøring som er kvalitativt noe annet en hva for eksempel en psykolog eller psykiater kan undersøke. Psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra med håndfaste beskrivelser av pasienten til for eksempel andre samarbeidspartnere.

## 5.2 Målsetting

All fysioterapi bør ha en målsetting for pasienten. Målsettingen vil naturligvis variere med det behovet pasienten har. Innenfor psykiatrien kan målsettingen være å mestre det erfaringsnære til det mer erfaringsfjerne hos pasienten. Alle tre fysioterapeutene jobber med overordnede mål i støttende behandling. Det er forskjellig hva de ønsker å oppnå med målsettingen og hvor utfyllende de snakker om det. Den ene fysioterapeuten sier at målet er å styrke selvbildet til pasienten. De to andre fysioterapeutene snakker mer utfyllende om målsettinger.

### 5.2.1 "Å legge merke til kroppen"

Den andre fysioterapeuten ønsker at pasienten skal få muligheten til å oppleve en følelse av bedre mestring og forståelse av symptomene sine med støttende behandling. Det handler om at pasienten skal få dempe sitt eget lidelsestrykk og pasienten skal få mer kontroll og innvirkningskraft på egen tilstand sier hun. Dette kan gjøres ved at pasienten får bedre fokus og legger merke til sin egen kropp. Dette bedrer evnen til å kjenne etter her og nå:

*"Det at de begynner å legge merke til kroppen gjør at det skjer noe med fokus, at de roer ned tankekjør og klarer å forholde seg til oppgaven å kjenne etter her og nå".*

Det å etterspørre her og nå hos pasienten kan sees på det å holde på pasienten oppmerksomhet i behandlingsrommet. Pasientene virker til blir mer rolig og fokusert i behandlingen som ligner litt på "mindfulness" tilnærming.

### 5.2.2 "Det er ikke noe mål å vekke kroppslige minner"

Fysioterapeuten sier videre at målsettingen er ikke direkte relatert til de eventuelle kroppslige minnene som kroppen kan være bærer av:

*"Det er ikke noe mål å vekke kroppslige minner i utgangspunktet. Målet er at hun kan få en følelse av at hun kan bli mer seg, altså at hun kan få kontakt med den konkrete kroppen og der i gjennom seg selv i dag. Jeg er ikke i utgangspunktet ute etter minner."*

Det og ikke vekke kroppslige minner, men samtidig få en følelse av bli mer seg selv høres motstridende ut. Samtidig skal pasienten bli seg selv i dag med å få kontakt med kroppen som enten er håndfast eller er oppfattet med sansene. Dette målet er til dels uforståelig med tanke på støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi.

### 5.2.3 "Selvomsorg"

Den tredje fysioterapeuten ønsker å få behandlingen til å gi pasienten mulighet til å øke selvfølelsen og selvomsorg og med det få det bedre med seg selv og i relasjoner til andre. Det kan oppnås gjennom helsefremmende endringsprosesser som innebærer at pasienten kan akseptere seg selv:



*”Jeg tenker at det mest sentrale jeg jobber med på tvers av diagnoser er kroppsfølelse, selvfølelse og selvomsorg. Det å kunne gi noen stimuli til de som driver med alvorlig selvskading på at du har behov for noe, du trenger noe, noe er godt for meg og lære de å ta litt vare på seg selv er bra! Det er ikke sikkert alle kan bli glad i seg selv, men kanskje akseptere seg selv og få et bedre liv på sikt”.*

Fysioterapeuten virker til å være opptatt av pasienten skal få mulighet til å ta bedre vare på kroppen gjennom kroppsligstimuli som oppleves som godt for pasienten. Det er en målsetting å fremme at pasienten skal akseptere seg selv som vedkommende er.

#### **5.2.4 ”Det trygge stedet”**

En av fysioterapeutene søker kunnskap fra psykolog og har gruppeveiledning hos psykolog N.N. Der har hun lært en del om det å jobbe med traumatiserte pasienter via kroppen:

*”Jeg tenkte litt på de her som er traumatiserte så har jeg gått på veiledning til en psykolog, N.N. Der har jeg jo lært en del om hvordan jobbe med traumene via kroppen og hun kan ikke så mye om kroppen, men vi overfører det til det kroppslige”.*

Det å overføre hva psykologen lærer bort gir muligens noen ”oversettelser” problemer til det å jobbe med kroppen. Hva denne oversettelse problematikken bunner ut i er uklart. En av øvelsene som hun da har ”oversatt” og lært gjennom gruppeveiledningen er ”det trygge stedet”. Hvis pasientene opplever flashbacks eller situasjonen i behandlingen blir for krevende å være til stede i så kan pasientene visualisere et trygt sted som de har erfart i fra før:

*”Noe som kan være veldig nyttig å ta i bruk uten at en jobber med traumer er det å etablere ett trygt sted i pasienten. Det kan være å tenke på det tryggeste stedet de hadde når de var for eksempel var barn. Det trygge stedet kunne være senga, en stol i stuen eller hos bestemor. Dette kan brukes når det røyner på i en time og det plutselig vekkes noe som en ikke er klar over selv eller det kan skje i situasjoner når de er utenfor timen, at de da kan tenke på det trygge stedet og det virker veldig stabiliserende. Hvis det blir vanskelig enten i timen eller ute, så kan de ta i bruk det og tenke på det trygge stedet og roe seg litt på det. Det er det mange som nyter godt av i sånn stabiliserende”.*

Det er ikke sånn typisk psykomotorisk fysioterapi, men det er fullt mulig å trekke inn ting som en har lært andre plasser mener hun. Det å etablere et trygt sted i pasienten som vedkommende kan ”flykte” inn når ting blir vanskelig og uhåndterlig i behandlingstime eller utenfor behandlingstimen kan virke som lite jeg-styrkende.

#### **5.2.5 ”Drøfting av målsettinger”**

Det å dele inn målsettinger i det erfaringsnære og det erfaringsfjerne kan gi noen interessante muligheter. Det erfaringsnære kan sees i forbindelse med den aktuelle kroppen og konkrete erfaringer. Gretland (2007:190) siterer Album:

*”Begrepsfesting skjer da nær tid til selve erfaringen, og begrepet dannes som en virkelighetsnærrepresentasjon av det konkrete umiddelbare inntrykket.”*

Oppmerksomheten holdes på den aktuelle kroppen og det kan være trygt hvis fysioterapeuten ikke vil utfordre pasientens kroppslige minner og det erfaringsfjerne. I psykomotorisk fysioterapitradisjon er kroppen bærer av minner. Thornquist skriver:

*”At kroppen er vår historie innebærer erkjennelse av at bevisste opplevelser er en liten del av våre psykiske prosesser og at det er de ubevisste reaksjoner som først og fremst nedfeller seg i kroppen og blir kroppslige bremses og fastlåsnings som preger holdning, bevegelser og pust.” (Thornquist, 1988:141)*

Det at bevisste opplevelser er bare en liten del av våre psykiske prosesser kan gi noen behandlingsmessige utfordringer med å ha et ensrettet fokus på det erfaringsnære. I psykomotorisk fysioterapi har det blitt skissert en generell overordnet målsetting:

*”Å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser, og å utvikle en opplevelse av kroppen som MEG.” (Thornquist and Bunkan, 1986:72)*

Det å fremme mestring og forståelse hvor kroppen har med sin historie og opplevelser i en mer forståelig ramme kan være hensiktsmessig. Det å få lov til å kjenne på noe som er godt kan påvirke den tilvante kroppen som gjør at det blir mer omstillende behandling. Gjennom behandlingen vekkes sensoriske forskjeller som kan gi pasienten bedre kropps- og selvfornekkelse (Gretland, 2007:190). Det blir vanskelig å behandle uten å påvirke den tilvante kroppen. Det ”å legge merke til kroppen her og nå” ser jeg på som et ”mindfulness” begrep. Begrepet ”Her” tilskrives plassen du er på og ”nå” tilskrives øyeblikket du er i. Nå er uansett en subjektiv opplevelse av tiden. Sitter du og ser på en interessant film flyr gjerne tiden og motsatt hvis filmen oppleves som uinteressant for deg. Hvis begrepet tenkes i ”mindfulness” meditasjonspraksis så vil det være i den aktuelle kroppen. Vøllestad (2007) beskriver teorier om buddhistiske meditasjonspraksis i forbindelse med ”mindfulness”. Mindfulness blir på norsk beskrevet som ”oppmerksomt nærvær”. I følge Vøllestad skriver Goleman:

*”At oppmerksomhetsmeditasjon tar sikte på å kultivere en åpen og aksepterende holdning til egen erfaring, uten å styre erfaringen i noen bestemt retning og uten å evaluere den. Denne oppmerksomme holdningen ligger til grunn for alle former for buddhistisk meditasjonspraksis, og betegnes på engelsk betegnes som ”mindfulness” og på norsk som ”oppmerksomt nærvær”. (ibid:862)*

Vøllestad bruker Germer sin definisjon på begrepet oppmerksom nærvær som:

*””Aksepterende bevissthet på erfaringen her og nå”, det vil si en ledig avslappet oppmerksomhet rettet mot ens kognitive, følelsesmessige og fysiologiske informasjonsstrømmer fra øyeblikk til øyeblikk” (ibid:862)*

Vanskeligheten med å bruke meditasjonspraksis hvis det er snakk om støttende behandling er usikkerheten med hva pasienten kan assosiere nå-øyeblikkene med. Stern (2007) skriver om nå øyeblikkets betydning ved meditative tilstander:

*”I meditative tilstander eller ”flyt”-tilstander er hensikten å gi tapt på selve følelsene av selvet og at bevisstheten skal opprettholde et konsentrert fokus på som er forholdsvis uimottakelig for andre stimuli.” (ibid:66)*

Hvis pasienten ligger og dissosierer med det å være tilstede her og nå i en meditativ tilstand så vil det være overskridende for pasienten som gjør at vedkommende kan fjerne seg. Det med å kjenne på nå-øyeblikk er at det aldri helt overskygges av fortiden eller helt viskes ut av fremtiden (ibid:56). Det å jobbe på pasienten sin kropp uten å vite helt sikkert hvor pasienten har oppmerksomheten sin åpner opp for mange situasjoner som kan være uheldig. Pasienter som kan ha lett for å dissosiere og fjerner seg fra situasjonen kan bli lett avmektig og hindre en realistisk tilstedeværelse. Sannsynligheten for reviktimisering vil være tilstede og fysioterapi kan være med å forsterke en negativ opplevelse. Det å fremme aktiv deltakelse og oppmerksomhet mot det som blir gjort sammen og gi pasienten mulighet å erfare at det nytter å si i fra.

### **5.3 Perspektiver på endring**

Endring i en eller annen form er et mål i all terapi-også fysioterapi og helst skal pasienten bli frisk, og i alle fall skal behandlingen bidra til å lette pasientens symptomer (Gretland, 2007:97) Det å fremme endring hos pasienten kan gjøres på mange måter. Det som blir etterspurt hos fysioterapeutene var hvordan de tenkte på konfrontering av pasientene i behandling. Betydningen av ordet å konfrontere forstås som at fysioterapeuten prøver å få pasienten til å reflektere over seg selv og sine handlinger. Dette ble oppfattet som det samme som å utfordre pasienten av informantene. Fysioterapeutene hadde forskjellige meninger om det å konfrontere kommer det frem. Den første er mer avventende og restriktiv med å konfrontere pasienten. Den andre fysioterapeuten er mer dirkete i tilnærmingen sin.

#### **5.3.1 ”Et kroppslig språk”**

Den ene fysioterapeuten er avventende med det å konfrontere og utfordre i behandlingen. Hun vil prøve seg litt forsiktig på enkelte ting:

*”Hvis jeg begynner å spørre de om hvordan kontakten er med beina så er du jo allerede litt innpå det da. Pasienten kjenner bare den høyre og har ikke noe kontakt med den venstre. Så er det jo da spørsmålet om en skal gjøre noe med det, forfølge det og da tenker jeg at det er jo en konfrontasjon det også. Noe må en jo innom å tørre å prøve seg på”*

Fysioterapeuten er usikker på hvor mye av funnene som bør følges opp. Det må være rom for å fremme undring på hva pasienten fornemme og erfarer. Hun har rettet oppmerksomheten til pasienten på det som blir beskrevet som manglende kontakt. Det kan være rom for å følge opp dette underveis. Fysioterapeuten vurderer videre med det å utfordre pasienten kroppslig eller kognitivt med en verbal tilnærming i støttende behandling:

*”Jeg tror de kroppslige tingene er mer nærliggende sånn med engang. Å få de til å kjenne på det på en veldig støttende måte. Det er en grei start, noen opplever jo bare det kroppslige språket som veldig inngripende og noen opplever det som veldig stabiliserende. Det jeg har med er mer et kroppslig språk og se hvordan opplever de det. Det er litt skummelt for noen mens for andre er det veldig stabiliserende for dem.”*

Fysioterapeuten etterspør de nærliggende kroppslige tingene til å begynne med. Det kan forstås med at hun ikke vil spørre om pasientens sin livsverden i starten av en behandling. Hun ber istedenfor pasienten kjenne etter med et kroppslig språk som er trygt for fysioterapeut og pasient.

### **5.3.2 ”Jeg kan godt ta tak i det ganske tidlig”**

Den andre fysioterapeuten legger til rette for å utfordre pasienten både verbalt og kroppslig ganske tidlig i forløpet. Hun vurderer både stillhet og det å plassere pasienten i posisjoner som kan oppfattes som konfronterende:

*”Hvis vi tenker på utfordrende behandling som det å ligge ned på benken, prate mindre, så går det an å blande inn forskjellige elementer av utfordring og dosering som jeg med mindre erfaring ville tenke er alt for utfordrende. Jeg tør å tematisere det som vanskelig å jobbe med, jeg kan godt ta tak i det ganske tidlig”*

Fysioterapeuten har opparbeidet og videreutviklet egen erfaring for å legge til rette for nye erfaringer hos pasienten. Det som hun har tidligere har betraktet som omstillende og inngripende behandling har blitt erfaringsmessig forandret.

### **5.3.3 Drøfting på endringsperspektivet**

Det virker som om fysioterapeutene har forskjellige tidsperspektiv med å påpeke det som de tenker er begrensende faktorer for pasienten. Det kan være flere årsaker til dette, men det må sees i sammenheng med fysioterapeutens individuelle vurdering av pasienter. Mangler det rom for konfrontasjon kan det hindre muligheten til å få innsikt i sammenhenger hos pasienten:

*”sammenhengen mellom pasientens livsform og kroppslige uttrykk, mellom sosiokultur og individ, mellom pasientens ytre og indre liv, forblir skjult både for pasient og behandler” (Gretland, 1992:92)*

Hvis fysioterapeuten eventuelt avgrenser pasientenes sin egen forståelse av hva manglende kontakt handler om så lukker det for mulig en refleksjon. Hvis behandlingen består seg av et

kroppslig språk så blir det det vanskelig å få frem kroppens dialog. Det kroppslige språket forstås her med at pasienten blir oppfordret til å bli oppmerksom på hvordan kroppsdelen føles og oppleves. For pasienter som ikke er komfortabel med berøring blir dette stabiliserende og motsatt for pasienter som ikke liker oppmerksomhet utenfra mot sin kropp blir det skummelt. Det å behandle gjennom et kroppslig språk kan være til dels sammenlignbart med følgende situasjon hos legen:

*”Hvis legen bare rekvirerer røntgenbilder eller annen bildediagnostikk, er budskapet følgende: Det er irrelevant hvordan du bruker, beveger og belaster deg selv i dagliglivet, det relevante er hva som kan kartlegges inne i kroppen” (Thornquist, 2009:257)*

Hvis det å snakke om følelsene i kroppsdeler er så utfordrende vil det muligens virke stabiliserende å jobbe gjennom håndfast kroppslig berøring for å muliggjøre pasienten sin egen refleksjon over hvilken betydning det kan inneholde. Thornquist skriver videre:

*”Iblant kan nettopp kroppslig behandling bidra til økt fortrolighet med egen kropp og bearbeiding av tidligere erfaringer.” (Thornquist, 2009:282)*

Det er ikke en selvfølge at alle pasienter egner seg for fysioterapi. Fysioterapi kan fungere som nye overgrep og reviktimisering. Det som blir en vurdering er om pasienten skal ha fysioterapi, psykomotorisk fysioterapibehandling eller om det skal vurderes andre faginstanser som har det kognitive som fagfelt.

#### **5.4 Betydningen av det å føle og kjenne**

Fysioterapeutene gir et inntrykk av at de skiller mellom å etterspørre hva pasienten kjenner og føler i sin verbale tilnærming i støttende behandling. Dette skillet representerer fysioterapeutens tanker om hvor inngripende spørsmålene oppfattes av pasienten.

##### **5.4.1 ”En mindre direkte tilnærming”**

Hos den ene fysioterapeuten er det å spørre om hva pasientene kjenner og føler ikke så fremtredende. Hun spør ikke så mye inngripende hvis pasienten kommer med hva vedkommende føler eller kjenner. Det gjelder også om hun ser noe som hun har lyst til å kommentere hos pasienten:

*”jeg forfølger ikke funnene så mye som om jeg tenker at her er en som tåler det. Det blir mer å være her og nå og tenke det mer i kontakt med kroppen hvis de tåler det. Jeg tenker at visst vedkommende har nok ressurser både rundt seg og i seg til å kunne ta frem det som kommer opp, så gjør jeg jo det og eventuelt stabiliserer på slutten”.*

Fysioterapeuten virker til å være tilbakeholden med pasienter som hun oppfatter som lite ressurssterke. Åpnes det opp for konfrontering må det være mulig å lukke eventuelle reaksjoner mot slutten.

#### **5.4.2 ”Ved en ren støttende behandling utgår det”**

Fysioterapeuten skiller ganske klart på hva hun ønsker med å spørre om hva pasienten føler og kjenner.

*”Ved å etterspørre hva de føler kommer vi ned i de dypere lag og da er det jo veldig ofte at man kan få frem kanskje assosiasjoner, som gir en ytterligere større reaksjon. Noen ganger er det vesentlig og viktig i behandling, men hvis det skal være en ren støttende behandling så utgår det”.*

Det å etterspørre hva pasienten føler vil åpne opp for å fremme assosiasjoner som kan gi en ytterlig reaksjon hos pasienten. Det er ønskelig av og til, men i støttende behandling utgår det.

Det å dvele med det å føle etter kan gi mulighet for en overskridelse. Det kan åpne for underliggende temaer som ikke er ønsket i støttende behandling:

*”Tiden henger også sammen med hvor lenge skal pasienten kjenne på akkurat på det de kjenner på. Det å fordype seg lenge ved å kjenne mer, og mer, og mer fra dette stedet og bli værende i det samme lenge er det kjempeviktig å være oppmerksom på. Det er en viktig dosering hvor lenge skal vedkommende merke og hvor dypt skal man gå. Jo lengre enn dveler ved ting, jo større sjanse er det for at de får kontakt med noe underliggende, som ikke er ønskelig med støttende behandling”.*

Fysioterapeuten ser det å kjenne etter i sammenheng med å lære pasienten om spenningsregulering og en måte å regulere stivhetssmerter på:

*«Poenget kan være det at de skal lære seg å kjenne forskjell på spenning, litt mindre spenning, enda mindre spenning. Bare sånn at man skal lære seg at en kan regulere spenning for å minske stivhetssmerter eller ha en følelse at de har en mulighet til å regulere spenningstilstanden sin og da er det et mål i seg selv”.*

Fysioterapeuten ønsker med dette å legge frem en mulighet for endring gjennom den aktuelle kroppen hos pasienten med å nyansere det å kjenne og føle hva som skjer i kroppen.

#### **5.4.3 ”Hva ligner den følelsen på”**

Fysioterapeuten bruker i sin støttende behandling å etterspørre både hva de kjenner og føler. Hun har et bevisst forhold til hva de spørsmålene kan bringe inn i terapien. Hun vil sammen med pasienten utforske og finne ut om hva det kan handle om:

*”Jeg etterspør både hvordan de føler og kjenner ting. Det er pasienter som beskriver uro og da spør jeg hvor de opplever uroen og hvor den sitter. Hvis pasienten sier for eksempel at uroen sitter i magen eller brystet, tenker jeg at det fort kan handle om noe følelsesmessig og da spør jeg hvis vi kommer innpå noe der”.*

Fysioterapeuten synes det er relevant å gjøre pasienten oppmerksom på hvordan hun ser og oppfatter det følelsesmessige hos pasienten. Det å etterspørre dette er relevant i fysioterapitilnærmingen hennes for å bevisstgjøre pasienten på hvordan følelsene eventuelt kan forstås:

*”Jeg kan speile pasienten på at hun har litt tårer i øynene eller noe, da kan jeg spørre om hvordan har du det nå, hvordan føler du deg nå eller hva ligner den følelsen på. Jeg jobber med affektbevissthet, og det tenker jeg er affektbevissthet.”*

Det å bevisstgjøre pasienten på hvordan følelsene kan leses som bidrar muligheten for å fremme temaer i fysioterapien.

*”Det er jo ikke noe mål med å strukturere følelser, men hvis pasienten kan få kontakt med noe som er sitt eget. Hvis pasienten sitter her og sier at han kjenner på stor uro og angst og så snakker vi om det sammen. Kommer det en historie fanger jeg opp med kroppsspråket, med stemmen, med væremåten, at her skjer det noe”.*

Fysioterapeuten har ikke som noe mål å strukturere pasientens følelser, men kroppsspråket kan være viktig for å fremme muligheten for å snakke om ting som skjer hos pasienten.

Fysioterapeuten virker til å være oppmerksom på muligheten kroppens eget språk gir henne til å gi pasienten innsikt i egen forståelse av den tilvante kropp.

#### **5.4.4 Drøfting av betydningen å føle og kjenne**

Det å skille mellom de to typer spørsmålsformuleringer som det å kjenne eller det å føle har betydning av hvordan fysioterapi blir utøvd. Det å kjenne etter virker til å omhandle det som fysioterapeuten tenker er konkrete kroppsstimuli som pasienten oppfatter. Det som blir betegnet som den aktuelle kroppen og det kan forstås som det erfaringsnære i fysioterapibehandlingen. Det å føle kan bli sett på som mer erfaringsfjernt og den tilvante kropp. Den ene fysioterapeuten ønsker å få frem en innsiktsmulighet til den tilvante kropp gjennom å etterspørre det erfaringsfjerne hos pasienten. Bråten (2010) skriver om kommunikatív utviklingspsykologi og samspillet sosiologi med utgangspunkt i barnets ferdigheter og intersubjektive verden. Bråten beskriver noen gjennomgående trinn i kommunikatív utvikling og utfoldelse. Disse trinnene har han delt inn i fire lag:

*”(K) Kroppslig gjensidig kontakt med kroppslige inntrykk og uttrykk for følelser gjennom gester, toneleie, kroppsstillinger og bevegelser som direkte blir sanset, og som kan innby til finstemt oppfølging og etterligning av hverandres uttrykk og bevegelser i samstemthet og kan gjøre seg gjeldende snart etter fødselen”*

*”(O) 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.”*

*”(M1) Meningsfylt symbolsk handling gjennom verbale uttrykk og inntrykk som blir meningsfylte i kraft av en fellesspråklig betydningsverden og gjennom perspektivtaking ut i fra generaliserte forventninger for forestillinger.”*

*”(M2) Metaforestillinger og mental simulering av andres sinn som åpner for å foregripe og begripe andres forestillinger, tanker og følelser, og som blant annet aktiviseres under språklige samspill der deltagerne mistenker at de kanskje misforstår hverandres ytringer” (ibid:30-31).*

Det å tenke på hvilket lag en vil påvirke kommunikativt i fysioterapi med å etterspørre det å føle og kjenne kan Bråten sin tenkemåte være aktuell som jeg ser det. Det som blir beskrevet som (K) kan tenkes å ha en sammenheng med den tilvante kropp og jo nærmere kommunikasjonen ligger opp lag (M2) så er det nærliggende å tenke at det påvirker den aktuelle kropp. Dette kan ha en innvirkning på hvordan en kan tenke seg støttende behandling i klinikken.

## **5.5 Behandlingens proksemikk**

Det er ikke bare aktivitet og kommunikasjonsteknikker som de mener har innvirkning på behandlingen. De vurderer blant annet behandlingsrommet, kroppslig tilnærming og sin egen rolleforståelse som mulig virkemiddel i behandlingssituasjonen. Fysioterapeutene beskriver hvordan dette påvirker tanker i støttende behandling.

### **5.5.1 ”Samme rom, samme sted, samme stol”**

To av fysioterapeutene kommer innpå hvordan behandlingsrommet kan påvirke pasienten og behandlingen. Det handler om å skape en ramme som pasienten kan kjenne seg igjen fra gang til gang for den ene fysioterapeuten:

*”Hvor står stolen i rommet, kanskje i en sånn stabiliserende sammenheng så tenker jeg at stolen bør stå på samme sted hver gang. Kanskje inntil en kjent vegg, det er trygt, jeg prøver å la være å bytte rom også. Jeg tenker jeg er på samme rom, samme sted, samme stol, samme plassering av stolen. Det er sånne faktorer jeg tenker er viktig for å skape en ramme da”.*

For den andre fysioterapeuten handler det om at det kan være godt for pasienten å velge hvor de vil sitte:

*”Hvis det traumatiserte pasienter, utsatt for voldserfaringer og hvor de er veldig på alerten, du ser det på hele holdningen hvordan de forholder seg, at det er godt for dem å velge hvor de vil sitte”.*

Det å skape gjenkjennelige og trygge rammer kan være med å bidra til at pasienten blir mer mottakelig for fysioterapi. Pasienten kan oppleve det å få velge plassering som en betryggende tilnærming hos fysioterapeuten.

### **5.5.2 ”Jeg kan kjenne gjennom tøy”**

Når det gjelder påkledning så forteller to av fysioterapeutene at de har lite behov for at pasientene skal kle av seg. Den ene fysioterapeuten oppfordrer pasienter til å ha klær på seg. Den andre fysioterapeuten sier følgende om påkledning:

*”Jeg har veldig lite behov for at de skal kle av seg. Jeg kan kjenne gjennom tøy og jeg kan se mye ved å pakke litt i sammen, men selvfølgelig hvis de ønsker og er komfortabel med å ligge i singleten er det i orden, men jeg lager ikke noe stort nummer ut av det for det viktigste er å bygge opp ett tillitsforhold”.*



Det at pasienten beholder klærne på i undersøkelse og behandling skaper muligens en mindre asymmetrisk opplevelse av makt i behandlingen. Pasienten får ta egne valg som er med å understøtte relasjonen til fysioterapeuten.

### **5.5.3 ”Med to tepper over seg”**

Alle tre fysioterapeutene beskriver at de bruker tepper og innpakning i støttende behandling. Det å pakke inn pasienten med tepper er et bevisst valg og har terapeutiske virkemidler sier de. Den ene fysioterapeuten bruker tepper når hun masserer. Hun bruker å legge teppet veldig tett rundt pasienten når pasienten ligger nede på benken. Fysioterapeuten mener dette kan være veldig støttende for pasienten når pasienten ligger. Den andre fysioterapeuten bruker tepper til å bevisstgjøre og trygge pasienten på benken ved at hun ber pasienter kjenne etter på forskjell uten puter, med puter eller teppe over seg:

*”Det å gjøre noe sammen med andre er enda verre og de vil synes det er trygt å få lov til å ligge på magen med to tepper over seg. Det å kjenne en konkret understøttelsesflate som dekker hele fremsiden og med tepper over seg, kjenner de også at de har en bakside som er tildekket. De kjenner seg trygget i den situasjonen”.*

Den siste fysioterapeuten bruker tepper og innpakning mye. Hun jobber med mange som har et veldig dårlig forhold til kroppen sin.

### **5.5.4 Drøfting av proksemikk**

Med proksemikk mener vi hvordan mennesker er plassert og beveger seg i forhold til hverandre, og hvilke kroppsdeler som er vendt mot hverandre og eventuelt berører andre (Thornquist, 2009:219). Orientering som pasienten og fysioterapeuten har i mellom seg påvirker behandlingen. Det med å være nær en person er å komme inn i det personlige rom eller kroppsom. Thornquist siterer Hall med det han kaller ”en liten forsvarssone som individet omgir seg med” (ibid:222). Det å tenke at behandlingsrommet i seg selv kan gi assosiasjoner og påvirke pasienten er tilstede. Behandlingsrommet for pasienter kan gi mange assosiasjoner. Pasienter har blitt undersøkt og behandlet med det som kan ha gitt negative erfaringer hos pasienten. Møtet mellom pasienten og fysioterapeuten skjer i en helsefaglig kontekst. Dette gjør påkledningen i behandlingen får en innvirkning i behandlingssituasjonen. Det å være mindre påkledd en den andre personen gjør noe med situasjonen. Kroppen blir med det synlig og tilgjengelig for observasjon. Pasientene kan i tillegg ha vært utsatt for traumatiske opplevelser uten klær, som innebærer at det er særskilte individuelle tilpasninger som bør bli gjort. Det trenger ikke bare å være pasienten som er ukomfortabel med å være mindre tildekt. Fysioterapeuten kan også være ukomfortabel med å være i en situasjon som vurderer en avkledd kropp. Det å bli trygg som fysioterapeut med å be pasienten være mindre påkledd ved behov tenker jeg er god yrkesetikk. De fleste pasienter vil være forberedt på dette

vil jeg tro når de går til en fysioterapeut. Det betyr ikke at pasienten ikke skal være tildekt i behandlingssituasjoner. Tepper kan være et egnet virkemiddel for å redusere betrakteropplevelsen i behandlingen med tildekking av pasienten. Det å pakke inn pasienten i tepper er i den psykomotoriske tradisjonen godt innarbeidet. Bülow-Hansen legger et klede over pasienten igjen og spør om hun fryser (Øvreberg and Andersen, 2002:115). Det kan virke som at teppebrukens betydning har blitt til dels utvidet siden den tid. Teppet blir nå sett på som å ha en antatt virkning på den aktuelle kropp og den tilvante kroppen. Gretland:

*”Vil du ha et teppe over deg? –Vil du jeg skal flytte litt på puta?, er et første trinn i å få pasientene til å legge merke til og ordfeste kroppslige erfaringer her og nå, i tillegg til at det kan være en ufarlig samspill trening: Pasient og terapeut har felles oppmerksomhet, gjør noe sammen innenfor en likeverdig og dialogisk samhandlingsstruktur, hvor pasienten kan få en erfaring at det nytter å si i fra” (Gretland, 2007:190).*

Dermed kan det ligge mange støttende elementer i å bruke tepper og puter aktivt i behandlingen. Teppet kan gjøre at pasienten slipper pusten og eventuelle muskelhold under teppet. Det å tenke tepper som påvirkning av den aktuelle kroppen krever at pasienten har sin oppmerksomhet rettet mot teppet i behandlingen tenker jeg. Etter hvert som pasienten har blitt tilvendt teppet og det kommer i bakgrunnen vil oppmerksomheten forandres mot det andre som skjer i rommet.

## **5.6 Massasje**

Massasje i psykomotorisk fysioterapi er et av virkemidlene. Den psykomotoriske massasje bygger på den klassiske massasjen og omfatter forskjellige former for manuelle grep og passive tøy- og strekkebevegelser (Thornquist and Bunkan, 1986:73). De tre fysioterapeutene beskriver at de bruker massasje i sin støttende behandling med ulik tilnærming.

### **5.6.1 ”På tvers av pusten kan virke stabiliserende”**

Den ene fysioterapeuten ser på forutsigbarhet som viktig. Det gjelder å bygge opp kroppsbehandlingen ganske likt så de vet hva som kommer først og sist:

*”Det er litt forskjellig hvordan de reagerer på det, men som regel raske grep er mer stimulerende og støttende samtidig som det kan bli kavende og uforutsigbart og hvis en har faste forutsigbare grep som ikke går alt for sakte og som ikke driver og stimulerer pusten, men heller går på tvers av pusten kan for de fleste virke stabiliserende”.*

Skal det bringes inn noe nytt i behandlingen er det viktig å forberede pasienten på det. Det handler om en forutsigbarhet i timen og oppbygging av hva en gjør med kroppen. Det å gå på tvers av pusten er ansett som en støttende i psykomotorisk fysioterapi.

### **5.6.2 ”Smertegrep kan være for å få kontakt”**

Fysioterapeuten forklarer hvordan hun bruker klypetaket eller smertegrepet som er brukt i psykomotorisk tradisjon:

*”Smertegrep kan være for å få kontakt og kjenne på noe. Jeg tenker ikke spesielt for å tydeliggjøre ett reaksjonsmønster, men for å se på hvordan de reagerer og for å få kontakt. Jeg tenker mer på hvordan de responderer på smerte, at noen ler, mye avverge eller lært seg å komme seg unna med det å smile når ting er vondt. Ikke for å konfrontere, men for at de skal kunne kjenne bedre den muskelen eller hvis hele halve siden eller halve kroppen er dissosiert, så kan det jo være at en må bruke hendene for å prøve om det går an få noen kontakt. Hva er det som gjør at de dissosierer, når holder de seg innenfor og ikke gjør det. Så hva er det jeg kan gjøre, det er jo nesten avhengig av hva slags reaksjoner en får”.*

Det at smertegrepet kan brukes for å skape kontakt og gi mulighet til å kjenne på er ikke sett på som vanlig bruk av dette grepet. Det er mer vanlig å sette en smertegrepet i forbindelse det hun beskriver som reaksjonsmønster.

### **5.6.3 ”Å gi noen stimuli som faktisk er behagelig”**

En av fysioterapeutene bruker massasje ganske mye, men det er avhengig av hvilken diagnose og hva slags dosering hun vil bruke. Hun tenker at massasje kan være en god måte for pasienten å kjenne på noe som er behagelig og godt mot kroppen:

*”Det er viktig at de kan merke at de faktisk har behov for noe. Mange har problemer med berøring, nære relasjoner, kroppskontakt og seksuallivet innenfor psykiatrien. Hvis ikke det blir tematisert og lært at det er noe som de faktisk kan like så er det ikke bra”.*

Fysioterapeuten mener at massasje kan gi nye opplevelser for dårlige pasienter som har kjent på smerter i veldig mange år. Pasientene kan ha vært nesten suicid på grunn av smerter hvor nervesystemet er vant med oppfatte smerter. Dermed kan massasjen brukes til å bane vei for noe som er faktisk godt:

*”Jeg har da erfaring med er bra å gi noen stimuli som faktisk er behagelig, det å begynne å jobbe med føttene, kunne massere, gi noen drag, gi noen tøyninger. Det å være med på å stimulere at det er noe som er behagelig og bane vei for noe annet i nervesystemet”.*

Massasje er i følge fysioterapeuten godt egnet for å øke muligheten for selvomsorg hos pasienten.

### **5.6.4 ”Kontakt med sin fysiske avgrensning”**

To av fysioterapeutene beskriver massasjeteknikkene som de bruker ganske identisk. Det er kroppsavgrensende grep som hakkemassasje, klappinger, tappinger børstninger i kjapt tempo med klare beskjeder til sensibiliteten. Tempo, presisjon og rytme settes sammen med hva som ønskes å oppnås med massasjen. Det handler om å fremme kroppsavgrensning, kroppsgrenser

og kroppskontakt i enkelte tilfeller og gi pasienten fri i fra tankekjør mener en av fysioterapeutene:

*”Pasienten skal få litt fri i fra tankekjøret de plages med og erfare at de har kontakt med sin fysiske avgrensning og hele sin kroppsoverflate. Det blir veldig kroppsavgrensende og det responderer pasienten meget positivt på. Når de har kontakt med konkrete kroppen så roer det seg i hodet”.*

Den tredje fysioterapeuten sier at hun bruker kroppsavgrensede grep, friksjonsdrag, blandede drag og løsner på spenninger. Hun har i tillegg god effekt av å bruke knotteballer som bevisstgjøring hos pasienten og tenker at tilnærmingen hennes kan kalles en overordnet massasje siden hun bruker massasjen på forskjellige måter.

### **5.6.5 ”Hands Off”**

Den ene fysioterapeuten gir et konkret eksempel på hvor hun tenker massasje er kontraindisert:

*”hvis det er veldig hypotone funn kan man bruke stimulerende massasje, men da fjerner pasienten seg, da snakker jeg om veldig dårlig pasienter altså. Hvis det er veldig dårlig pasienter så er det litt hands off!”*

Hvis hun oppdager at pasienten holder på å dissosiere så slutter hun å massere og starter med mer aktive øvelser:

*”Det blir mer aktive øvelser og lite benkebehandling, det er øvelser og trening, få pasienten opp, få pasienten til å spenne seg, få noen krefter på en måte, det er ikke vits i å drive stimulerende tverrfriksjoner”*

Det gjelder og ikke drive med massasje ukritisk og ikke å registrere pasienten sine behov. Massering kan virke passiviserende og fremme maktesløshet selv om en tenker at det er stimulerende massasje en bedriver.

### **5.6.6 Drøfting massasje**

Det å berøre og bli berørt er en del av det å drive fysioterapi. I den tradisjonelle psykomotoriske litteraturen blir massasje sett på som et omstillende tiltak. Det å løsne på muskulatur er å løsne på respirasjonsbremsene og med slippe følelsene frem. Det psykomotoriske klypetaket er et eksempel på det:

*”Mens h. hånd støtter kneet bearbeider v. hånd musklene på leggens baksida med klypetak og trykk. Disse grepene utløser vanligvis smerte med tilsvarende reaksjon i respirasjonen” (Øvreberg and Andersen, 2002:76).*

Klypetaket betydning har blitt mer innholdsrikt etter hvert og brukes til å avdekke andre begrensninger hos pasienten. Bunkan skriver:

*”Et av de viktigste hjelpemidlene er et grep som gir en liten og meget kort smerteimpuls. Dette synliggjør pasientens karakterforankrede spenningsmønster.” (1996:209)*

Tanken med å bruke klypetaket for å fremme det psykomotoriske fysioterapeuter tenker er uhensiktsmessige reaksjonsmønster er en tankemåte jeg lært meg til å tenke. Det å se hvordan pasienten reager og eventuelt biter tennene sammen og forsvarer seg. Behandlingstanken er da at pasienten skal bli stimulert til å reagere adekvat. En bedre reaksjon er:

*”En bedre reaksjon er å strekke seg mot smerten [som] symbolsk uttrykker dette at personen kommer seg vekk fra ubehaget eller overvinner det” (ibid:209).*

Det kan være forskjellige oppfatninger hvor hensiktsmessig det vil være å strekke seg mot smerten i situasjoner. Smertegrepet har ikke blitt tidligere satt i forbindelse med å skape kontakt hos personer som dissosierer. I den psykomotoriske behandlingen:

*”er det sett på at tilstedeværelse, innlevelse og deltakelse kan stå som rettesnor for hele behandlingen. Fysioterapeuten legger vekten på at bevegelser og øvelser ikke utføres mekanisk og utvendig, og hun holder pasientens oppmerksomhet fast under massasjen” (Thornquist and Bunkan, 1986:92-93)*

Overskridelse av pasientens tilstedeværelse kan gi pasienten en opplevelse av redsel som kan forsterke forsvarsløshet og avspalting i behandlingstimen. Det kan være at «hands-off” og starte med andre tiltak som bringer tilbake oppmerksomheten i behandlingen er gode alternativer. Massasjeregrep som skal fremme kroppsavgrensning må sees i forbindelse med den aktuelle kropp. Gretland skriver:

*”De ulike formene for berøring som stryking, klapping, børstning og massasjeregrep stimulere overflatiske sensoriske reseptorer, og bidra til at pasienten kjenner kroppens ytre grense tydeligere. Det kan være til hjelp for pasienter som opplever at kroppen helt eller delvis mangler grenser, eller at kroppsgrensene er skjøre og gjennomtrengelige” (Gretland, 2007:162).*

Det å jobbe med kroppsavgrensende grep kan åpne opp muligheter for å jobbe med grensesetting i den tilvante kropp. Begynnes det å jobbe med tiltak som påvirker den tilvante kropp så kan det være med å fremme muligheten for at disse grensene bli bedre etablert hos pasienten. Massasje bør uansett gi en opplevelse av det å bli godt tatt hånd om.

## **5.7 Grensesetting**

Det å jobbe med grensesetting er sentralt i psykomotorisk fysioterapi. Grensesetting kan være å støtte pasienten i å begrense sine gjøremål, emosjoner, selvskading og tydeliggjøre seg selv.

### **5.7.1 ”På en måte lar det bli helt over for dem”**

Den ene fysioterapeuten går nærmere innpå hvordan hun ønsker å avgrense følelser i behandlingsrommet. Fysioterapeuten prøver å hjelpe de til å bli mer emosjonelt stabil sammen med andre:

*”Når en hjelper de til å avgrense det her så kanskje det kan bli overførbart ute. At de ikke går til noen eller har besøk og på en måte lar det bli helt over for dem da, men at de kan kanskje finne noen teknikker som de har lært her da som de kan ta med seg ut også”.*

Hun håper med det at kan overføres til sosiale relasjoner utenfor behandlingen. For pasienter som er verbalt og kroppslig grenseløse vil det være relevant å tenke dette i støttende behandling. Det å få pasienter til å erfare hva som akseptabelt eller ikke akseptabel adferd kan være et nyttig strukturerende tiltak for pasienter.

### **5.7.2 ”Det bare rant helt over”**

Fysioterapeuten skildrer en opplevelse med undersøkelse av en pasient som tar frem veldig mye følelser. Fysioterapeuten ser at det blir hennes oppgave å avgrense det:

*”Jeg hadde ei helt ny ei i går og det bare rant helt over og jeg tenkte ganske fort at her må det få lov å komme frem noe, men så må jeg jobbe med å få den damen stabilisert. Hvis det ikke blir noe avgrensning så blir pasientene helt utslitt av det og du kan si den indre stabiliserende veggen blir helt skviset av det. Jeg må høre på litt og så må jeg gjøre andre ting som gjør at de får en mer stabilisering som regel”.*

Denne emosjonsbegrensingen i første time kan virke inn på målsettingen fremover i et fysioterapiforløp. Fysioterapeuten avgrenser og lukker pasientens mulighet til åpne seg helt ved å starte med noe annet. Det har med dette muligens lagt føringer på hva som er mulig å bringe inn i terapirommet senere hos pasienten

### **5.7.3 ”Grensetråden”**

Fysioterapeuten bruker grensesettingsøvelser som virkemiddel. Hun mener oppmerksomhet på grenser og tydelighet henger sammen med det følelsesmessige og det kroppslige. Hun kommer med et eksempel på en øvelse for dette:

*”Jeg kan jobbe med grenser, kroppsgrenser, kroppsgrensninger, men så kan vi snakke litt og gjøre en øvelse som går på grenser som er mer på det følelsesmessige plan. Da kan vi lage en grensetråd, og så kan vi snakke litt om hvis vi tenker mor, far venninne for eksempel, hvor vil du ha satt grensen for dem, hvor er på din måte din usynlige kroppsgrense. Er du på bussen, da har du et veldig tydelig kroppsspråk, men i nære relasjoner så vil ikke kroppsspråket ditt gjenspeile hva du kjenner, hvor grensene går, du kan jobbe med litt av begge deler tenker jeg”.*

Det å tydeliggjøre seg selv ovenfor andre handler om å tydeliggjøre seg selv og egen identitet. Det å sette grenser for seg selv gjennom øvelser som dette kan handle om å markere betydningen personlige grenser.

### **5.7.4 ”Det er lov å sette grenser for meg”**

Grensesettingen kan også brukes ved å fremme tydeliggjøring av egne ønsker og behov. Fysioterapeuten kan bruke tepper og innpakninger som aktiv læring ved grensesetting. Teppet kan tenkes at det representerer at egne ønsker blir lyttet til og utført av andre:

*”så spør jeg likevel for å få bevisstgjøre de og det gjelder i forhold til tepper og andre ting, jeg bruker det aktivt for å lære de å sette grenser. Mange som har vært utsatt for mye grenseoverskridende adferd hvor kanskje mange er pleasing og sier: ”Nei, nei, nei det går bra”, okay, men ønsker du det eller ønsker du det ikke? Hva vil du? At de er med og styrer at det også blir en del av doseringen på en måte: Det å få lov å sette grenser ovenfor meg og når jeg etterspør hele tiden og bevisstgjør pasienten så kan det hende at pasienten vil gjerne ha et teppe”.*

Denne grensesettingen har som ønske å få tydeliggjort pasientens sine egen grense når det gjelder kommunikasjon kroppslig og verbalt. Det å komme med egne ønsker og meninger om seg selv vil gjøre at pasienten blir mer tydelig. Det kan fremme at fysioterapien blir bedre tilpasset pasienten sine egne ønsker hvis pasienten velger å markere dette. Fysioterapeuten kan også være grensesettende med å være autoritær:

*”Selvomsorg kan være at jeg er veldig tydelig og sette grenser for pasienten. Vi skal ikke godta at pasienten er slem mot seg selv og lære dem at dette er ikke greit”.*

Grensesetting på en autoritær måte som dette signaliserer asymmetrien og fysioterapeutens profesjonelle rolle når det er nødvendig.

#### **5.7.5 Drøfting grensesetting**

Grensesetting er et begrep med flere forskjellige betydninger hos fysioterapeutene. Det kan være å sette grenser for seg selv som fysioterapeut ovenfor pasienten på hva som er ønskelig som skal komme frem i behandlingen. Det å avgrense pasienten på denne måten kan være til hinder til å etablere et videre samarbeidsklima videre hvis det er helt i starten i en behandlingsrelasjon. Mange av pasientene har vanskeligheter med nærhet og lar seg til stadig invadere av andre uten at de ønsker det selv. Behovet for og ikke å være til bry for fysioterapeuten gjør at det å fremme muligheten til å fremme egne behov kan underbygge pasienten autonomi. Det å være autoritær ovenfor pasienter kan virke motsatt. Avgrensing på denne kan virke som en avvisning av andres sine meninger med sin profesjonalitet:

*”Det er den profesjonelle som bestemmer hva som følges opp og hva som overhøres, hva som er relevant eller irrelevant, hva om verdsettes eller ikke” (Thornquist, 2009:102)*

Den som er underlegen i forholdet vil tilpasse seg ved å forkaste sider ved seg selv for å bli akseptert (Gretland, 2007:43). Grensesetting bør være for å fremme progresjon og utvikling i den tilvante kropp.

## **5.8 Jording og grounding**

Jording og grounding er begreper som har kommet inn i den senere tid i psykomotorisk fysioterapi. Det finnes ikke noe begrepsbruk i den tradisjonelle psykomotoriske litteraturen som omtaler de begrepene eksplisitt.

### **5.8.1 ”Hvis jeg klarer å jorde meg selv”**

Den ene fysioterapeuten beskriver hvordan hun er opptatt av å holde fokus i seg selv og sin egen jording i behandling:

*”Hvis jeg klarer å holde fokus i meg selv og være i meg selv. Puste rolig, på en måte ha en forankring i stolen. Klarer å beholde en ro da så tror jeg det er også veldig bra for pasientene. Det kan sikkert være forskjellig fra dag til dag på terapeuten og, men hvis jeg klarer å jorde meg selv og klarer å beholde roen, så merker jeg at jeg påvirker pasienten”.*

Det å være tilstede for pasienten med å være fokusert og beholde roen for å gi pasienten en god opplevelse av behandlingstimen er bra for pasienten. Pasienten blir påvirket av fysioterapeutens oppførsel i en intersubjektiv behandling.

### **5.8.2 ”Jording hos pasienten”**

Den andre fysioterapeuten beskriver at hun vil fremme jording hos pasientene for å fremme at pasienten kan kjenne at hun har kontakt med kroppsdelene sine:

*”For å fremme jording vil jeg begynne å fokusere og ta tak i det hun har kontakt med og utforske det med forskjellige spenninger og avspenninger i armen. Kan armen finne mer hvile og lande på støtteunderlaget og på den måten jorde armen. Begynne med en og en del og utforske hvordan armen kan oppleves på ulike måter. Det blir ett utforskningsprosjekt med at hun kan kjenne at hun kan påvirke noe og at det er kontakt”.*

Det å rette pasientens oppmerksomhet mot spenninger og avspenninger i armen fysioterapitiltak blir brukt i blant annet trening, koordinasjonsøvelser og i avspenningsmetoder. Det å gi pasienten muligheten til nyansere unødvendig kraftbruk er en del av den psykomotoriske tradisjonen.

### **5.8.3 ”Minske den svevefølelsen”**

En av fysioterapeutene gir en beskrivelse av jording som et overordnet mål hos pasienten:

*”Det overordnede målet kunne være å oppnå en slags fornemmelse av jording. En følelse av å kunne få forankret seg noe mer i egen kropp og så minske den svevefølelsen. Så det å få henne bevisst på hvordan hun kan jorde og trygge seg, bli mindre urolig”.*

Det å få pasienten til å bli trygg og mindre urolig er med legge til rette for behandlingen. Pasienten sin ønsker og behov vil letter komme frem og gi muligheten for en mindre asymmetrisk behandlingssituasjon.



#### **5.8.4 ”Ofte greit å jobbe med bakkekontakt, grounding og alt det der”**

En annen fysioterapeut jobber også med å fremme bakkekontakt og grounding når hun blir spurt om dette. Hun svarer det kan støtte eller øke forsvaret hvis pasienten tåler det:

*”Det er ofte greit å jobbe med bakkekontakt, grounding og alt det der, men ikke bestandig fordi noen kan føle at de er veldig synlig og at det er vanskelig å stå på gulvet”*

Fysioterapeuten bringer med dette også en betydning av pasientens forsvar inn i begrepene grounding og bakkekontakt. Det å jobbe i stående med bakkekontakt gjør pasienten veldig synlig og for mange er dette til dels ubehagelig. Det kan vekke mange følelser om det å bli observert.

#### **5.8.5 Drøfting jording og grounding**

Prinsipper som jording og grounding er skapt av Alexander Lowen og kommer i fra bioenergetikken i følge Coats-Matton (1987:206). Det er øvelser i å stå og gå på ulike måter og fokusering og ved hjelp av dette øker bevisstheten om det senso-motoriske skjema for å anvende Piagets begrep i følge Coats-Matton (ibid:208). Jording har to betydninger hvis det er oversatt til norsk fra det engelske ordet ”earthing”: *Earthing har betydningen ”jording” eller «jordforbindelse»* (Chue, 2013a). Jording blir beskrevet av Mysterud (2012) som:

*”Jording er å gå barføtt ute eller å sitte, arbeide eller sove innendørs mens man er koblet til en leder som er i kontakt med jordoverflaten”.*

Jording som Mysterud forklarer er ligner på hvordan jording i elektriske kontakter virker.

Denne type jording vil være vanskelig å se for seg i praksis i psykomotorisk fysioterapi.

Jording kan også være en forståelse av det engelske ordet grounding. Grounding har flere betydninger og en oversettelse fra engelsk til norsk betyr *”jording i forbindelse med elektrisitet”* (ibid, 2013a). Grounding i bio-energetikk betyr i følge Alexander Lowen:

*”To be grounded is another way of saying that a person has his feet on the ground. It can be extended to mean that a person knows where he stands and therefore that he knows who he is. Being grounded, a person has ”standing,” that is, he is ”somebody.” In a broader sense grounding represents an individual’s contact with the basic realities of his existence. He (or she) is rooted in the earth, identified with his body, aware of his sexuality, and oriented toward pleasure. These qualities are lacking in the person who is ”up in the air” or in his head instead of his feet”.* (Lowen and Lowen, 2012:kapittel 2)

Den psykomotoriske fysioterapi tradisjonen bruker et begrep som bakkekontakt. Thornquist og Bunkan skriver:

*”I vanskelige faser hvor for eksempel tidlige traumatiske hendelser gjenoppleves, kan vi med en kroppslig innfallsvinkel hjelpe pasientene til bakkekontakt og til kontakt med kroppen slik at den ikke mister taket på seg selv”* (ibid:69)

Det norske ordet bakkekontakt blir forklart som: *Kontakt med folks virkelighet (Clue, 2013b)*. Blir begrepene grounding og jording tiltenkt å være synonymt med bakkekontakt er det en problematisk bruk. Jording og grounding har to forskjellige betydninger, men blir brukt om hverandre synes det. Det kan ha implikasjoner i en naturvitenskapelig orientert medisinske kontekst å bruke begge ordene når denne terminologien er såpass svevende. Hvis jording er tenkt på som en metafor for det norske ordet bakkekontakt blir det noe mer forståelig, men det er ikke det samme. Bruken av ordene jording og grounding oppleves som utydelig og misvisende nå sånn som det blir brukt. Begrepene rommer mye og til dels forskjellig innhold hos fysioterapeutene som har blitt intervjuet. Det at ordene er å finne sammen med det som kan bli betraktet som alternativ medisin (Mysterud, 2012, Lowen and Lowen, 2012) bør øke oppmerksomheten rundt bruken av disse blant fysioterapeuter. Begrepene kan sende feil signaler om behandlingspraksis hos psykomotoriske fysioterapeuter. Gundersen (2013:96-99,186) har klassifisert norsk psykomotorisk fysioterapi som alternativ behandling på sitt empiriske materiale som han har brukt. Det å bruke ordet bakkekontakt som Thornquist og Bunkan (1986:69) har brukt det kan være tryggere hvis det er snakk om at pasienten ikke skal miste taket på seg selv. Bakkekontakt er et etablert uttrykk i psykomotorisk fysioterapi.

## **5.9 Fysioterapeutens tilstedeværelse**

Oppmerksomhet i behandling kan være mangefasettert og hva den er rettet mot vil endre seg mye i behandlingen for pasient og fysioterapeut. I individuell behandling vil det å dele oppmerksomhet medføre at fysioterapeut og pasient deler samme erfaringer.

### ***5.9.1 "Oppmerksomheten mot seg selv"***

En av fysioterapeutene tar frem betydningen av å være oppmerksom på seg selv i behandlingen. Det å ha en indre oppmerksomhet på seg selv blir fremstilt som et virkemiddel ovenfor pasienten:

*"Jeg må ha kontakt med selv og blikket innover hele tiden. Jeg kan bli fort bli ivrig og ærgjerrig på pasientens vegne som da er min utålmodighet. Jeg må hele tiden kjenne på hvor ivrig jeg er og registrere hva er det jeg egentlig holder på med. Oppmerksomheten mot seg selv og observere pasienten er helt vesentlig for det er lett å bli for ivrig. Når det skjer så prater jeg for mye og setter i gang for mange tiltak i en time".*

Fysioterapeuten anser det å begrense seg selv som terapeut som en del innenfor støttende behandling. Det å være oppmerksom mot seg selv, observere pasienten og registrere hva er det en holder på med samtidig blir vanskelig å gjennomføre for fysioterapeuten.

Fysioterapeuten er også oppmerksom på hvor lett det er å bli med utilsiktet på pasientens oppstemthet:

*”Det hender at jeg ubevisst blir dratt med i pasientens uro eller oppkavethet og plutselig så må jeg ta meg inn igjen. Det er en evig balanse og utfordring å være oppmerksom på hvor mye eller lite kontakt jeg har med meg selv”.*

Det å bli preget av pasientens livsverden i behandlingen viser hvordan en felles oppmerksomhet kan bli delt. Balansegangen på hvor mye dette skal fremmes blir begrenset av fysioterapeuten sin oppmerksomhet på egne reaksjoner.

### **5.9.2 ”Å være tilstede for pasienten”**

Fysioterapeuten synes det er viktig å tenke på hvordan hun retter oppmerksomheten med sin væremåte på hvordan hun ser pasienten:

*”Det er jo uhyre viktig å bli sett generelt i behandling. Det vektlegger jeg veldig, det har jo med min tilstedeværelse å gjøre, min væremåte, at jeg har tid, at jeg har ro, at jeg har rammer for å være tilstede for den pasienten og det gjelder jo kroppsspråk og hva jeg sier, om jeg er henvendt til pasienten. Det tenker jeg er veldig overordnet da at pasienten blir sett og blir anerkjent”.*

Fysioterapeuten ønsker å være rettet mot pasienten med sin oppmerksomhet i behandlingen. Pasienten kan med det oppleve å bli sett og anerkjent med fysioterapeuten fulle og hele oppmerksomhet rettet mot det de gjør sammen.

### **5.9.3 ”At de henger seg på”**

Fysioterapeutene retter oppmerksomheten mot egen respirasjon og blir fremstilt som et potensielt virkemiddel i behandlingen. Den ene fysioterapeuten setter sin egen respirasjon i sammenheng med hvor mye pasienten kan bli stimulert:

*”Jeg tenker at hvis vi som fysioterapeuter puster veldig fritt og stimulerer pasienten vil det oppleves at de henger seg litt på. Hvis jeg trekker pusten veldig dypt og jobber med min pust veldig, litt ekstra mer enn det jeg kanskje trenger selv da, når jeg står der, så henger de seg på det og det virker veldig inngripende”.*

Det er allment kjent hvordan en gjesp kan virke og spre seg blant andre som man er i sammen med. Ved å fremme respirasjonen hos pasienten blir det mer en omstillende behandling. Fysioterapeuten klarer heller ikke å ha oppmerksomheten rettet hele tiden på sin egen respirasjon:

*”Det er sikkert noe jeg driver med ubevisst. Jeg er ikke helt sikker bevisst på alt det jeg driver på med innpå det rommet. Det skjer sikkert noen dype svar og sukk som ikke skulle ha vært der”.*

Det å ha oppmerksomheten rettet mot egen pust i behandlingen virker krevende for fysioterapeuten. Den andre fysioterapeuten sier om sin egen oppmerksomhet og respirasjon:

*”Jeg prøver å være veldig oppmerksom på min egen pust, mitt kroppslige språk og kroppslige utfoldelse. Jeg bruker meg selv til å speile og bevisst avspeile pasienten når jeg kjenner at det er nok med at jeg setter meg godt til rette. Jeg kjenner på min egen jording eget spenningsmønster og pusten. Jeg prøver hele tiden å være oppmerksom på meg selv og mine reaksjoner og hvordan jeg i perioder prøver å*

*speile dem. Det er viktig at jeg er litt lik dem og jeg kjenner at det er nok og nå må jeg roe ned”.*

Her virker fysioterapeuten til å bruke seg selv til å få pasienten ut av uhensiktsmessige reaksjoner. Hun gjør det med det hun kaller avspeiling ved å gjøre noe annet enn det de holder på med. Fysioterapeuten starter med en ny aktivitet hvor hun først retter oppmerksomheten mot seg selv og væremåte.

#### **5.9.4 Drøfting av oppmerksomhet**

I fenomenologisk tankemåte er oppmerksomheten i mesteparten av tiden rettet mot det som skjer utenfor kroppen og mot det som skjer rundt oss. Vi har vanskeligheter med å holde oppmerksomheten på to plasser samtidig. Et vanlig eksempel på det er bildet med to ansikter på siden og en vase midt i bildet. Du ser enten ansiktene eller så ser du vassen.

Oppmerksomheten rettes innover gjerne først når vi kjenner på egne smerter og begrensninger. Den innadvendte oppmerksomheten som fysioterapeutene benytter seg av i behandlingen kan legge føringer på den intersubjektive samhandlingen som er ønsket i en fysioterapi behandling. I behandlingen er ønsket å skape meningsfulle situasjoner i et fellesskap sammen med andre. Denne intersubjektiviteten er essensiell i fysioterapi som er tenkt å være relasjonell mellom behandler og pasient. Delingen av felles opplevelser og felles erfaringer gir rom for endring. Den enes opplevelse setter i gang nesten samme følelse eller bevegelse hos den andre gjennom at de deler oppmerksomheten. Når den første ser hva det gjør med den andre så blir følelsen ført tilbake. Bevegelser som fremmer latter kan være en sånn type oppmerksomhetsdeling. Opplevelsen av å dele de øyeblikkene skaper en felles meningsverden. Når en deler en felles meningsverden så deler man også felles begrepsforståelse. Muligheten for å fremme en felles begrepsforståelse kroppslig og verbalt i støttende behandling bør etterstrebes. Dette kan fremme pasienten sine muligheter til å være sosialt deltakende med andre utenfor behandlingsrommet. Det å rette oppmerksomheten mot sin egen tilstedeværelse og væremåte legger bånd på egen spontanitet og bevegelser. Legges det bånd på sin egen spontanitet og bevegelser så legges det uvilkarlig det sammen på den andre personen som man er sammen med. I fysioterapi kan det være nødvendig å være grensesettende ovenfor pasienten hvis det blir for mye aktivitet eller fokuset endres til det som kan oppfattes som lite meningsskapende. Begrensningen kan fremme muligheten for inntonning mellom pasient og fysioterapeut for å skape noe felles igjen. En behandlingssituasjon vil aldri forløpe synkront og i perfekte sekvenser. En behandling handler om å utveksle og forhandle meninger mellom fysioterapeuten og pasienten. Er det ikke noe å bryne seg på i timen vil det ikke bli fremmet noe mulighet til omstilling. Felles

oppmerksomhet gjør det mulig å regulere eventuelle gjensvar som kan oppfattes som overskridende hos pasienten. Det å være fysioterapeut handler om å ha muligheten for å være sansbar mot dette hvis det oppstår og korrigere behandlingen. Konstruksjonen av en behandlingstime vil jeg anse skal handle om det skapende og meningsfulle som tilrettelegger for pasientens autonomi. Fysioterapien bør legge til rette for at pasienten får mulighet til å reflektere over bevegelse, tanker og følelser sammen med den andre som er i behandlingsrommet. Menneskene er grunnleggende intersubjektive:

*”Det å ha følelser og å tenke tanker forutsetter at individet i utgangspunktet er innvevd i og engasjert i en verden av meningssammenhenger som er delt med andre” (Binder, 2000:327).*

Vi blir født i en verden som allerede er der for oss og vi blir innvevd i den som spedbarn. Denne verden som vi blir kastet inn krever at vi lærer oss å være i den. Gjennom kontakten med omsorgspersoner så starter vi på denne læringen og den varer livet ut. Vi lærer ikke sosialisering med å være alene. Læringen skjer først gjennom kroppslige erfaringer med førverbale samspill (Bråten, 2010). Etter hvert utvikler vi felles oppmerksomhet om gjenstander, meningsfylt verbalt samspill i en fellesspråklig meningsverden og mental forestilling om egne og andres mentale prosesser og forestillinger (ibid:28). All denne læringen gjør at kroppen blir innprentet med erfaring for å mestre denne livsverden. Dette blir tilslutt kroppens vaner for å være i verden. Vanen er kroppens bevisste viten som ikke er en isolert refleks eller handling. Vanene har en betydning for oss som vi bruker ved behov og har det skjedd en vanetilegnelse så er den blitt innlemmet i kroppen:

*”Det er kroppen, der som det ofte er uttrykt, ”får fat i” (kapiert) og forstår bevegelsen. Tilegnelsen af en vane er nok en griben af en betydning, men det er en motorisk griben af en motorisk betydning” (Merleau-Ponty, 1994:97)*

Med ny vanetilegnelse skjer det en omdannelse og fornyelse av kroppsskjemaet

*”Vanen er uttryk for vor evne til at utvide vor væren-i-verden eller ændre eksistens ved at indlemme nye redskaper” (ibid:98-99).*

Vi lærer å tilegne oss vaner gjennom oppdateringer av kroppsskjemaet. Det synes jeg er noe å ha oppmerksomheten rettet mot i støttende behandling. Det å få endret uhensiktsmessige vaner gjøres med en felles oppmerksomhet mot det som skjer og erfares i behandlingsrommet. Refleksiv bevissthet oppstår ikke hvis det ikke finnes en annen som blir vitne til at vi har en sansbar opplevelse (Stern et al., 2007:137). Ensidig behandling av den aktuelle kropp endrer ikke pasientens vanemønster. Det samme tror jeg om det og oppmerksomheten rettet mot egen pust og væremåte. Behandlingstiltak som påvirker den aktuelle kropp er gode fysioterapeutiske virkemidler, men et ensidig fokus på det i støttende

behandling gir lite rom for endring hos pasienten. Det å benytte muligheten for å veksle mellom tiltak som påvirker kroppsbilde og kroppsskjema kan gi pasienten nye erfaringsmuligheter utenfor behandlingsrommet. Støttende behandling bør fremme muligheten for det.

## 6 Litteraturliste

- Binder, P.-E. 2000. Den meningsbærende andre i psykoterapi - om å bygge en verden hvor det er mulig å føle og tenke. *Tidsskrift for Norske Psykologforening*, s. 327-333.
- Bråten, S. 2010. *Kommunikasjon og samspill: fra fødsel til alderdom*, Oslo, Universitetsforl.
- Braatøy, T. 1947. *De nervøse sinn: medisinsk psykologi og psykoterapi*, Oslo, Cappelen.
- Braatøy, T. 1948a. Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevrose o.l, I. Bevegelse, affekt og holdning. *Nordisk Medicin*, 923-930.
- Braatøy, T. 1948b. Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevroses o.l, II. Respirasjon, affekt og ord. *Nordisk Medicin*, 38, 971-976.
- Bunkan, B. H. 1980. *Undersøkelse og behandling ved muskelspenninger*, Oslo, Universitetsforl.
- Bunkan, B. H. 1985. *Muskelspenninger og kroppsbilde : undersøkelse og behandling*, Oslo, Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. 1994. *Den ressursorienterte kroppsundersøkelse*, [Oslo], Pensumtjeneste.
- Bunkan, B. H. 1996. *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: ressursorientert kroppsundersøkelse og behandling*, Oslo, Universitetsforl.
- Bunkan, B. H. 2008. *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: teori og helsefremmende behandling*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Bunkan, B. H., BÜLOW-HANSEN, A., THORNQUIST, E. & RADØY, L. 1982. *Psykomotorisk behandling : festskrift til Aadel Bülow-Hansen*, [Oslo], Universitetsforlaget.
- Bülow-Hansen, A. & Houge, N. 1990. Samarbeid mellom fysioterapeut og lege i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 110, 3498-500.
- Clue 2013a. Engelsk-Norsk-Maxi Ordbok.
- Cclue 2013b. Norsk ordbok.
- Coats-Matton, C. 1987. *Kroppsorienterad psykoterapi*, [Stockholm], Natur och kultur.
- Smith., A. D. 2007. *Reading Merleau-Ponty: on Phenomenology of perception*, London, Routledge.
- Engh, G. & Radøy, L. 1982. *Psykomotorisk behandling : festskrift til Aadel Bülow-Hansen*, [Oslo], Universitetsforlaget.
- Evang, A. 2010. *Utvikling, personlighet og borderline*, [Oslo], Cappelen akademisk.
- Gallagher, S. 2001. *Handbook of phenomenology and medicine*, Dordrecht, Kluwer Academic.
- GRETTLAND, A. 1992. *Fysioterapeutisk undersøkelse*, Oslo, Gyldendal.
- GRETTLAND, A. 1999. *Kroppens spor: en utfordring i psykiatrien*, [Tromsø], Regionsykehuset i Tromsø.
- Gretland, A. 2007. *Den relasjonelle kroppen*, Bergen, Fagbokforl.
- Gretland, A. 2009. Psykomotorisk fysioterapi som støttende behandling - et eksempel. In: Ekerholt, K. (ed.) *Festskrift til Berit Heir Bunkan*. [Oslo]: Høgskolen i Oslo.
- Gundersen, K. 2013. *Snåsakoden: en kunnskapsbasert guide til alternativ medisin*, Oslo, Aschehoug.
- Hansen, B. R. 1991. Betydningen av oppmerksomhet og samspill i psykoterapi med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 28, 779-788.
- Ianssen, B., Andersen, T. & Bülow-Hansen, A. 1997. *Bevegelse, liv og forandring : i Aadel Bülow-Hansens spor*, Oslo, Cappelen akademisk forl.
- Johnsen, L. 1975. *Integrert respirasjonsterapi*, [Oslo], Universitetsforl.
- Kringlen, E. 2011. *Psykiatri*, Oslo, Gyldendal akademisk.

- Kurs- og Fagutviklingsgruppen. 2011. Fag Doktorgrad-hovedfag-og masteroppgaver. *Spenningsnytt*. Faggruppen psykomotorisk fysioterapi.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Lowen, A. & Lowen, L. 2012. *The Way to Vibrant Health: A Manual of Bioenergetic Exercises*, Alexander Lowen Foundation.
- Merleau-Ponty, M. 1962. *Phenomenology of perception*, London, Routledge.
- Merleau-Ponty, M. 1994. *Kroppens fenomenologi*, Oslo, Pax.
- Merleau-Ponty, M. 2002. *Phenomenology of perception*, London, Routledge.
- Monsen, K. 1989. *Psykodynamisk kroppsterapi: en behandlingstilnærming basert på fysioterapi og psykologi*, [Oslo], TANO.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. 2009. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. *Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt*.
- Mysterrud, I. 2012. Fysisk kontakt med jorden er viktig for helsen. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 132, 270.
- NFF. 2012. *Oversikt over kompetansenivåer i psykomotorisk fysioterapi* [Online]. Available: <http://www.fysio.no/FAG/Takstkompetanse/Takst-A9-psykomotorisk-fysioterapi/Kompetansenivaer-i-psyk.-fysioterapi> [Accessed 10.5 2013].
- Stern, D. N., Bielenberg, T.-J. & Roster, M. T. 2007. *Her og nå*, Oslo, Abstrakt forl.
- Sternberg, S. 1998. Norsk psykomotorisk fysioterapi. *Danske Fysioterapeuten*.
- Sternberg, S. 2002. Den kommunikerende krop. *Danske Fysioterapeuten*.
- Sternberg, S. & Bohlen, R. 2009. Fysioterapeutisk intervention ved personlighedsforstyrrelser. *Festskrift til Berit Heir Bunkan*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Sundsvold, M. Ø., Vaglum, P. & Denstad, K. 1982. *Global fysioterapeutisk muskelundersøkelse : til bruk i klinisk arbeid og forskning*, Oslo, Forfatterne.
- Thagaard, T. 2009. *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*, Bergen, Fagbokforl.
- Thornquist, E. 1988. *Fagutvikling i fysioterapi*, Oslo, Gyldendal.
- Thornquist, E. 1992. *Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern*, Oslo, [Norske fysioterapeuters forbunds faggruppe for psykiatri og psykosomatisk fysioterapi].
- Thornquist, E. 2003. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*, [Bergen], Fagbokforl.
- Thornquist, E. 2009. *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. 1986. *Hva er psykomotorisk behandling?*, Oslo, Universitetsforl.
- Thøgersen, U. 2004. *Krop og fenomenologi: en introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi*, Århus, Systime Academic.
- UiT 2011. Studieplan, Universitetet i Tromsø. In: TROMSØ, U. I. (ed.) *Mastergradsprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi*.
- Vøllestad, J. 2007. Oppmerksomt nærvær: Meditative teknikker som utgangspunkt for psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 860-867.
- Øvreberg, G. & Andersen, T. 1986. *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi: en metode til omstilling og frigjøring av respirasjon*, Harstad, Øvreberg.
- Øvreberg, G. & Andersen, T. 2002. *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi : en metode til omstilling av ansent muskulatur og hemmet respirasjon*, Skarnes, Compendius.



## 7 Vedlegg 1 Samtykkeerklæring

### Samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med masteroppgaven:

*Hvordan forstår og begrunner fysioterapeuter støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi?*

Hei,

Jeg er masterstudent i Mastergradsprogrammet Helsefag i studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi, og jeg skal undersøke hvordan dette begrepet forstås og begrunnes i psykomotorisk fysioterapibehandling. Den ferdige oppgaven vil omhandle behandlingsregimet som kan bli omtalt som støttende behandling og være basert på intervju og litteratur som kan relateres til psykomotorisk fysioterapi.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 3 fysioterapeuter med videreutdanning innenfor psykomotorisk fysioterapi med takst A-9 kompetanse. Spørsmålene vil dreie seg om meninger om forståelsen og begrunnelsen av det som du vil karakterisere som ett støttende behandlingsforløp av en pasient. Du kan forberede en anonymisert kasuistikk/behandling av en pasient som du mener vil beskrive støttende behandling.

Gjennomføringen av intervjuet vil bli gjort med datamaskin med mikrofon og jeg vil ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene med lydbåndopptak og transkribering slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2014.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du sender meg en mail eller ringer meg på 907 61 568 for å avtale videre fremgang, samtykke erklæring blir lest inn på lydopptaket.

Du kan også kontakte min veileder Anne Gretland, fagansvarlig masterstudiet i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi på telefonnummer 77 66 06 94 eller på mail: [anne.gretland@uit.no](mailto:anne.gretland@uit.no)  
Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Snorre Renander

Revåsen 14

3965 Herre

[snorre.renander@gmail.com](mailto:snorre.renander@gmail.com)

## 8 Vedlegg 2 Intervjuguiden

### Intervjuguiden

Oppgavens tittel:

Hvordan forstår og begrunner fysioterapeuter støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi?

Innledning:

Fysioterapi i psykiatrisk sammenheng kategoriseres tradisjonelt i støttende og omstillende behandling. Støttende behandling er jeg-styrkende og omstillende er inngripende. Begrepene støttende og inngripende refererer til hvordan behandlingen påvirker **pasientens forsvar**.

Omstillende behandling kjennetegnes blant annet av at pasientens kroppslige selvregulering utfordres ved at selvbeskyttende, vanemessige bevegelser og væremåter utfordres og kroppslig forsvar svekkes gjennom endringer i muskulære spenninger og pustemønstre.

Fysioterapien som er av støttende karakter er at en sikter mot økt selvavgrensning, sikrere identitetsopplevelse, økt autonomi og samhandlingsevne. Det handler om å få grep om seg selv, ta hånd om eget liv og fotfeste i tilværelsen igjen.

Spørsmål blir da hvordan kroppsbehandling gjennom virkemidler som massasje, valg av stillinger og bevegelser, kontaktformer, typer av aktiviteter og samtale kan brukes.

Spørrestil:

Husk å spørre om hva og hvordan først

Hva tenkte du.. hva mener du → Spesifiserende

Kan du si.. har du flere eksempler → inngående spørsmål

Hvorfor spørsmål er til refleksjon → til slutt

Jeg vil nå → strukturere

Du mener, du føler → fortolkende

Undersøkelse:

Ressurser – muligheter

Belastende - avdekke belastende stillinger

Omstillingsevne - Endring

Autonome funksjoner og reaksjoner

Muskelfunn hypoton – hyperton - andre

Respirasjonen?

Hvordan fremme det meningskapende, og utviklingsfremmende hos pasienten

Overordnede mål?

Hva ønskes å oppnås?

Struktur i behandlingen?

Behandling:

Kroppslig innfallsvinkel til (jeg)-støttende behandling

Ta utgangspunkt i kropp er konkret, men kan det være kontra-indisert med kroppslig tilnærming i forhold til kroppslig aktivering av minner

Engasjere kroppen, kroppslige minner (vekkes, svekkes)

Inntoning, feil inntoning

Aktiv – passiv tilnærming

Forenkling av øvelser? Utvikle og nyansere reaksjonsmønstre

Forsiktig dosering -> mer øvelser, grep som er stimulerende enn avspenningsgrep

Massasje

Begrense helhetlig kroppsbehandling – problemområder - traumatisert berøring

Få pasienten til å kjenne forskjell på spenning og avspenning

Kroppsholdninger og stillinger

Kroppslig kontakt - forankring

Rigid – lukket

Føyelighet – åpenhet

Fleksibilitet – tilpasning

Stabilitet – varighet

Fastlåst, stødighet, stivhet, smidighet

Usikkerhet – forvirring

Kontroll, stabilitet

Verbalterapien – samtalen i støttende/stabiliserende behandling

Samspeillet mellom kroppslige og verbale uttrykk?

Hvordan brukes samtalen? Verbalitet – kroppslig dialog

Refleksjoner

Nyansere  
Tydelighet, forutsigbarhet, tydeliggjøring  
Grenser - Grenseløshet  
Selvavgrensning  
Selvrefleksjon  
Selvaktelse  
Kontroll  
Konfrontasjon, påpeke uhensiktsmessige strategier - ansvarliggjøring  
Stabilitet  
Samstemthet  
Samspill  
Innlevelse  
Forutsigbarhet

Emosjoner er tilgjengelig for observasjon – emosjoner som ikke får utløsning eller avslutning, representerer en helsefare om de blir automatiserte og vedvarende responsmønstre.

Vektlegges emosjoner i samtalen? I så fall hvordan håndteres dette?

Overskridelse innebærer å erfare noe kvalitativt annerledes enn vi kjenner fra før, noe endrer seg radikalt. Er dette noe som kan være kontra-indisert i støttende behandling?

Oppløsning  
Avgrensning  
Dissosiasjon  
Avspalting  
Brudd – stabilisering etter brudd

Å overholde egne terapeutiske målsetninger/grenser

Pasientens selvopplevelse

Tillitsforhold

Hva vil du at en pasient skal trekke frem som viktige elementer i det du tenker er støttende behandling

## 9 Vedlegg 3 Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste AS

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Anne Gretland  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 10.09.2012

Vår ref:31377 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.09.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31377	<i>Hvordan forstår og begrunner fysioterapeuter støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Anne Gretland</i>
Student	<i>Snorre Renander</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Kjersti Håvardstun

Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Snorre Renander, Revåsen 14, 3965 HERRE

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. [nsdmaa@svt.uib.no](mailto:nsdmaa@svt.uib.no)





## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 31377

Personvernombudet forutsetter at det ikke innhentes personidentifiserbare opplysninger om pasienter, og at taushetsplikten ikke er til hinder.

Datamaterialet anonymiseres og lydopptak slettes innen 31.12.2014.

Enkeltpersoner vil ikke kunne identifiseres i oppgaven.