

Livet setter kroppslige spor

En kasuistik fra psykomotorisk fysioterapi

"Jeg har vært mye dårlig i årenes løp" fortæller en kvinde, der gennemgår i psykomotorisk fysioterapeutisk forløb. I en kasuistik beskrives kvindens livs- og sygehistorie og der gøres rede for fysioterapeutens valg og vurderinger undervejs. Artiklen er skrevet på norsk og publiceres på originalsproget.

I artikkelen redegjør Eline Thornquist for en undersøgelse og et behandlingsforløb fra en psykomotorisk praksis og viser, hvordan fysioterapi kan hjelpe en patient med langvarige og sammensatte sundhetsproblemer

Artikkelen er basert på en kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. Den kaster lys over hvordan livet kan sette kroppslige spor, og illustrerer hvordan livshistorie og sykehistorie kan henge sammen. Forfatteren redegjør for undersøkelse og behandling av en kvinne med omfattende kroppslige plager, sosial angst og depresjon. Det legges vekt på å tydeliggjøre valg og vurderinger underveis i praksis. Derigjennom gis innblikk både i pasientens utvikling og i hva som kjennetegner psykomotorisk fysioterapi som tenke- og tilnæringsmåte.

Psykomotorisk fysioterapi skiller seg fra tradisjonelle tilnæringsmåter til pasienter (1,2). I denne artikkelen vil jeg først skissere kjennetegn ved denne formen for fysioterapi, og deretter presentere en kasuistikk. Artikkelen avsluttes med refleksjoner over kasuistikken, der jeg peker på noen allmenne faglige utfordringer i lys av dagens sykdomsbilde.

Litteraturen om psykomotorisk fysioterapi var lenge sparsom, men har vokst betraktelig de to siste tiår. Fremstillingen her er basert på bøker som gir oversikt over tradisjonen (1,2).

Psykomotorisk fysioterapi er basert på en forståelse av kroppen som en funksjonell og samspillende enhet. Det betyr i praksis at enhver undersøkelse og behandling omfatter hele kroppen uansett hva slags symptomer og plager pasienten har. Lokale kroppsforhold sees i sammenheng med kroppen som helhet, og man er opp-tatt av hvordan endringer ett sted skaper ringvirkninger i andre kroppsdelene og funksjoner.

Videre tas utgangspunkt i at kroppen er bærer av liv og historie, og at den ikke bare uttrykker, men også regulerer følelser. Med pust og muskulatur, kroppshold-

ning og bevegelser formidler vi glede såvel som sorg, og med kroppen bremses vi ubehag, fortvilelse og savn. Det dreier seg med andre ord om et *gjensidighetsforhold* mellom kropp og følelser.

Alle faglige valg og vurderinger tas på grunnlag av det dynamiske vekselspillet internt i kroppen og mellom personens kropp og følelser. Her tillegges pasientens respirasjon spesielt stor betydning, på grunn av dens avgjørende rolle i reguleringen av følelser.

Behandlingen sikter mot en kroppslig omstillingsprosess. Den settes i gang via arbeid med kroppsholdning, muskulatur, pust og bevegelser der det legges vekt på å stimulere fri strekk og kroppslig ledighet (fleksibilitet). Som en integrert del av behandlingen skjer følelsesmessige forandringer, og ofte endrer andre kroppslige funksjoner seg, som temperaturregulering, søvn og fordøyelse.

Behandlingsforløpet strekker seg gjerne over lengre tid. Virkemidlene er bevegelser og øvelser, samt ulike former for massasje og sansestimulering. Samtale er en integrert del av enhver behandling. Den tar utgangspunkt i pasientens kroppslige forhold og er først og fremst her-og-nå orientert. Vanligvis foregår behandling en gang i uken eller sjeldnere. Mellom hver behandling arbeider pasienten med øvelser og bevegelser for å understøtte og stabilisere den omstillingsprosessen som er satt i gang.

Siden behandlingen er inngripende, legges det vekt på en grundig undersøkelse. Hensikten er å få et inntrykk av pasientens omstillingsevne. Undersøkelsen innebærer derfor samtidig en form for prøvebehandling ved at man forsøker å forandre og omstille kroppen. Forsøket er imidlertid moderat og forsiktig. Selve om-

stillingsprosessen settes ikke i gang før man har vurdert om behandling er aktuelt.

Indikasjonsområdet for psykomotorisk fysioterapi er alle former for belastningslidelser og funksjonsproblemer i muskel-skjelettsystemet, såkalte psykosomatiske sykdommer og mindre alvorlige psykiske lidelser. Psykomotorikere er lite opptatt av pasientenes diagnoser i og for seg. Det er først på grunnlag av en undersøkelse det er mulig å avgjøre om den enkelte pasient vil ha nytte av den omstilling en behandling innebærer, eller om andre tilnæringsmåter er mer aktuelle.

KASUISTIKK

Pasienten, "Anne" er 62 år, og hun henvist for "myalgi og depresjon" av sin allmennlege.

Innledende samtale

Sykehistorie: Anne har alltid følt seg anspent, har ofte hatt hodepine og har lett for å bli svimmel. Videre har hun vært mye deprimert, og har gått på antidepressiva i omtrent 20 år. De senere år har hun følt seg tiltagende trett, og hun sover dårlig; "jeg kan ikke huske å ha sovet en natt sammenhengende". Bruker ofte sovepiller, men liker det ikke. Ellers er "magen litt kronglete". Dessuten kvier hun seg for mange sosiale situasjoner, og sier at hun alltid har hatt "sosial fobi".

Som barn fikk hun tuberkulose, og var innlagt på en institusjon i lengre tid. Hun husker ikke så mye fra oppholdet annet enn at det var "trist" og at faren aldri besøkte henne, mens moren kom ofte.

Anne er sykmeldt på grunn av ga en arbeidskonflikt. Hun blir urolig når vi snakker om den, og hun kommenterer det selv.

Tidligere behandling: En kort periode med samtaleterapi hadde begrenset effekt. Nakke/skulder behandling hos fysioterapeut ble avsluttet etter noen behandlinger. De første minuttene i hver time ble opplevd som "deilige", men så fikk hun lyst til å reise seg og gå, og hun ble litt "ør" etterpå. Hun fortalte hverken fysioterapeuten eller henvisende lege om sine erfaringer.

Sosiale forhold: Anne har vært gift i 40 år med "en mann av få ord". De har to sønner og flere barnebarn. Hun er bekymret for den ene sønnen som er nyskilt og mye syk, og for den andre sønnens valg av yrke og ektefelle. Foreldrene bor på sykehjem, Anne besøker dem hver dag selv om hun synes det er en påkjenning.

Om barndomshjemmet sier hun at "fasaden var i orden". Det var lite nærhet i familien, og hun var mye alene,

og overlatt til seg selv i oppveksten. Moren var ofte syk, og faren var fjern. Faren var en populær mann som gjorde seg festlig på Annes bekostning i sosiale sammenhenger. Hun husker mange episoder, og gremmer seg. Hun bokstavelig talt forsøker å riste av seg minnene ved urolige bevegelser av overkroppen, hvorpå hun retter seg opp og blir sittende i oppstrammet stilling resten av samtalen.

Ellers får jeg vite at dagene er travle: Noen spør om barnevakt, andre vil ha presanger ordnet, foreldrene trenger nye klær, osv. På spørsmål om hva hun liker å gjøre, er svaret friluftliv, håndarbeid og lesning; "da er det ingen som krever noe".

KLINISK UNDERSØKELSE

Undersøkelsen i psykomotorisk fysioterapi omfatter vurdering av kroppsholdning i ulike stillinger, forskjellige funksjonsprøver, palpasjon av muskulatur og respirasjonsvurdering. I tillegg legges det stor vekt på hvordan pasienten reagerer på å bli undersøkt (med uro, svetting, svimmelhet, etc.).

I teksten som følger antyder jeg under hver delundersøkelse hva man ser etter.

Kroppsholdning: *Oppmerksomhet rettes mot balanseforhold og kroppens uttrykk:*

- Er pasienten oppstrammet eller sammensunken? Hvordan er tyngdeplasseringen mellom nakke, rygg, bekken og ben? Hva skjer av kroppslige endringer ved ulike stillinger?
- Anne står med tyngdeplasseringen forskjøvet bakover, og bena tett sammen.
- Skuldrene er protraherete og lett eleverte.
- Hun har uttalt aktivitet i magemuskulatur og bremset respirasjon.
- På spørsmål om hvordan hun står, sier hun at hun føler seg litt ustø.
- På spørsmål om hun kjenner at tyngden er plassert bakpå, tenker hun seg litt om og svarer: "Jeg er vel litt reservert".

Hun sitter med stor aktivitet i ryggstrekke, spesielt i thoracaldelen. Både i sittende og liggende stilling opprettholdes samme mønster i ben og skuldre, og pusten forblir bremset. Forøvrig kommer det frem at Anne alltid har vært flau over kroppen sin.

Funksjon: *Her er det frihet i bevegelser (fleksibilitet) som står i sentrum.*

- Anne beveger seg forsiktig, og hun bremser aktive bevegelser, spesielt i nakke-skulderregionen.

- Ved passive bevegelser hjelper hun til i alle deler av kroppen; det vil si hun lar seg ikke bevege. Hun kjenner selv at hun hjelper til, men "klarer ikke la være".
- Hele skulderpartiet er holdt, og muskulaturen forkortet.
- Det er moderat nedsatt bevegelse i nakken, sterkt nedsatt i skuldrene.
- Kjevebevegelser utløser ikke frie respirasjonssvar, og hun må konsentrere seg for å bevege kjeven uten medbevegelse i nakken.

Palpasjon: *Muskulatur i hele kroppen undersøkes med tanke på fylde, spenningsnivå og -mønstre. Samtidig får man inntrykk av hud, sirkulasjons- og temperaturforhold og av hvordan pasienten reagerer på å bli berørt.*

- Anne har generelt høyt spenningsnivå, og mye palpasjonsømt muskulatur, mest uttalt i nakke/skulderparti (spesielt m. trapzius og m. latissimus dorsi) og leggmuskulatur (spesielt m. soleus).
- Hun gir uttrykk for ømhet med ord, men gir lite spontane svar.
- Hun har kalde hender, og sier at hun fryser lett.

Respirasjon: *Her registreres leie, frekvens, faser, lyd og muskelinnsats.*

- Anne bremser pusten gjennomgående med synlig bruk av mavemuskulatur. Innimellom er det ujevn respirasjonsrytme; hun trekker pusten med bruk av accessorisk respirasjonsmuskulatur.

Reaksjoner: *- Anne blir svimmel når hun reiser seg fra ventralfleksjon i sittende og stående stilling, og i det hun reiser seg fra benken etter undersøkelsen, men det går fort over.*

- Hun kjenner selv at hun ligger litt bedre ned på benken til slutt.

KONKLUSJON, VALG AV BEHANDLING OG TILBAKEMELDING

Når informasjon fra alle deler av undersøkelsen sammenholdes, fremkommer et tydelig mønster: Anne bremser og kontrollerer kroppen. Funn fra hver delundersøkelse går i samme retning og underbygger hverandre. Karakteren, omfanget og fastlåstheten i den kroppslige beredskapen tilsier at det dreier seg om langvarige og dyptgripende prosesser. Dette bekreftes av hennes historie. *Det er med andre ord samsvar mellom observasjonene fra den kliniske undersøkelsen og hva hun forteller om sine plager og sitt liv.*

Mens kroppsundersøkelsen gir indikasjoner på at hun har levd et liv med belastninger over tid, gir samtalen innblikk i at det har dreid seg om påkjenninger av fysisk, emosjonell og sosial art. Det var foreløpig nærliggende å se hennes plager, forsiktighet og beredskap som internt sammenhengende, og som resultat av både oppvekst og senere livssituasjon.

En omstillende og inngripende behandling ble betraktet som kontraindisert. Når undersøkelsen som her, viser at pasienten har manglende omstillingsevne, regner man i psykomotorisk fysioterapi med at forsøk på inngripende behandling kan aktivisere følelser og minner som kan være overveldende og vanskelig for pasienten å håndtere, og/eller til forsterkning av den kroppslige beredskapen, noe som i neste omgang kan gi ytterligere plager. Alternativet var å bruke tradisjonens prinsipper og legge vekt på en støttende behandling kombinert med tensjonslette. Kort sagt, målet var en gradert avspenning med sikte på en forsiktig endring av kroppslige vaner og bevegelser.

Av ressurser vil jeg fremholde at Anne hadde hun en viss kroppskontakt, og at hun ga litt etter i undersøkelsen. Videre likte hun å bevege seg. Dessuten virket hun klok og innsiktfull.

Et sentralt prinsipp i psykomotorisk fysioterapi er at enhver behandling inkluderer hele kroppen. Det betyr i praksis at en veksler mellom direkte og indirekte påvirkning av lokale og generelle forhold i den hensikt å fremme gunstige samvirkende prosesser. Et annet hovedprinsipp er at enhver behandling starter med bena - med fundamentet. Å etablere god forankring - å stå godt på egne ben - i bokstavelig og opplevelsesmessig forstand, anses som forutsetninger for fri funksjon.

I behandling av Anne ville arbeid med bena ha høy prioritet. Videre var tanken at behandlingen skulle gi henne noen gode og annerledes erfaringer slik at hun derigjennom kunne få et mer anerkjennende forhold til seg selv. Med dette som utgangspunkt kunne følelser og kroppslige reaksjoner og væremåter knyttes sammen og relateres til sosiale situasjoner.

Da jeg formidlet mine inntrykk og vurderinger til Anne, syntes hun de hørtes rimelige ut. På direkte spørsmål om forventninger til behandlingen var svaret: "Jeg er så sliten. Jeg ønsker bare å få være i fred". I det hun gikk ut av døren fra instituttet, sa hun "Nå har jeg fått mye å tenke på".

Jeg tenkte at dette ble en stor oppgave: Anne hadde hatt omfattende plager lenge.

De hadde sannsynligvis sin rot i oppveksten, og hun hadde sine innarbeidete væremåter og etablerte fami-

liere relasjoner. Hun var åpenbart en person som satte andres behov foran sine egne. Dessuten hadde hun fått profesjonell hjelp tidligere med begrenset eller kontrær virkning.

BEHANDLING

Behandlingsforløpet har strukket seg over halvannet års tid. Det presenteres i noen hovedfaser som viser hva slags valg og tilpasninger som er foretatt underveis.

Første fase: Fundament og forankring

Vi arbeidet med tyngdeplassering og muskelinnsats i stående og sittende stilling, og med gange. Oppmerksomheten ble rettet mot å kjenne nyanser i belastnings- og bevegelsesmåter. Det meste foregikk i vekt-bærende stillinger der hun selv hadde stor grad av kontroll. Hun ble oppfordret til å prøve seg frem og stole på tilbakemeldinger fra kroppen (jf. proprioceptiv informasjon (3-7), og ikke bare bruke synet. Massasje, spesielt av føttene, ble også benyttet (1-2,7). I det daglige brukte hun øvelser som stimulerte kontakt og stabilitet i bena. I tillegg ble hun anbefalt å legge inn rask gange innimellom for å få rotasjon i truncus og armpending, og derigjennom en skånsom medbevegelse av nakken og en mulig normaliserende virkning på respirasjon og balanse (8).

Andre fase etter noen uker: Mer vekt på utprøving og ledighet

Behandlingen ble utvidet med større variasjon i bruk av stillinger og bevegelser. Det var uvant for henne å kjenne hvordan måten å stå og sitte på virker inn på kvaliteten av bevegelser, og hvordan kroppsdeler virker på hverandre. Massasje ble benyttet i hver time, på tvers av hennes respirasjonsrytme og med grep for å stimulere kroppskontakt. Anne følte seg etter hvert stødigere og ledigere, og hun var sjeldnere plaget av hodepine og svimmelhet. Hun sov også bedre. Disse erfaringene ga henne mer livsmot.

Tredje fase etter et par måneder: Nye verbale og kroppslige dialoger

Kroppslige forhold var fortsatt utgangspunkt for samtaler, men Anne begynte å ta opp episoder fra tidligere faser i livet. Hun husket ubehagelige situasjoner, ikke minst knyttet til farens oppførsel og til sykehusoppholdet som barn. Hun bokstavelig talt krympet seg, for deretter å raskt ta seg sammen.

Det gikk opp for henne hvordan hun låste seg kroppslig i ulike situasjoner. Hun var en periode urolig og ned-

- Psykomotorisk fysioterapi er basert på en forståelse av kroppen som en funksjonell og uttrykksfull enhet
- Hele kroppen undersøkes og behandles uansett hva slags symptomer og plager pasienten har
- Alle faglige valg og vurderinger tas på grunnlag av det dynamiske samspillet internt i kroppen og mellom personens kropp og følelser.
- Behandlingen sikter mot en kroppslig omstillingsprosess

for. Etterhvert som hun erfarte at det var mulig å forholde seg annerledes fattet hun mer mot. Hun beveget seg friere og ble mer markert i uttrykket. Hun var inne i en god utvikling.

Fjerde fase etter noen måneder: Roller og relasjoner i sentrum

Behandlingen omfattet nå moderat bruk av løsgjørende massasje og forsiktig strekkstimulering, noe hun synes var behagelig, og hun slapp pusten litt til. Hun kom stadig med minner og assosiasjoner til ulike situasjoner. Enkelte tema ble gjengangere, det gjaldt særlig far og arbeidskonflikten.

Anne hadde svært blandete følelser overfor faren. Hun fortsatte å besøke foreldrene daglig selv om hun følte seg "tappet" etter hvert besøk. Vi snakket om at det er vanlig - og akseptabelt - å ha ambivalente følelser overfor ens nærmeste. Disse samtalen gikk inn på henne, tårene begynte å komme. Hun ble forbauset over seg selv, og redd for å miste kontrollen i andre sammenhenger. Rolleforventninger og måter å sette grenser på kom i forgrunnen. Hun øvde på å være tydeligere, både med ord og kropp.

En dag sa hun i fra til foreldrene at det ikke var mulig med daglige besøk lengre. Hun var lettet, men hadde dårlig samvittighet. Hun var i gang med å bryte mønstre i omgang med sine nærmeste.

Utfordringen i denne perioden var å balansere mellom å åpne opp for minner og følelser, og legge inn støttende elementer med ord og kroppslig tilnærming. Min vurdering var at gråten var et tegn på bedring. Å gi opp litt kontroll var skummelt - og nødvendig (1,8-11).

Femte fase etter vel et halvår: Stabiliserende behandling

Da det oppsto uoverensstemmelser mellom Anne og hennes arbeidsgiver i forbindelse med hennes fremtidige arbeid, fikk Anne pustebevis, sov ekstra dårlig og

var generelt utilpass. Dialogen tok en litt annen vending: Hun følte seg alene, og livet var et evig strev med å være god nok. Arbeidskonflikten hadde åpenbart forsterket en grunnleggende lav selvfølelse. Humør og plager svingte. I denne fasen gikk hun mye på tur alene.

Var det aktuelt å få en psykolog eller psykiater inn i bildet? Dette ble diskutert med Anne og henvisende lege. Siden Anne kvidde seg, og hadde utbytte av våre samtaler, fortsatte vi som før. Tiden var inne til å legge inn mer av støttende elementer i behandlingen: vekt bærende stillinger, egenaktivitet og sansestimulering, ikke løsgjørende massasje. Samtidig var det viktig at hun fikk satt ord på hva hun følte og tenkte, og at hun fikk erfaring med at det er mulig å dele følelser, erfaringer og tanker med andre - og at hun ikke måtte bære alt alene (10-12).

Etterhvert roet hun seg noe over situasjonen, og fikk mer tro på seg selv. Hun begynte å tenke at det var mulig å komme tilbake til arbeidslivet, og hun fikk en delidsstilling.

VI AVSLUTTER BEHANDLINGEN - NESTEN

Anne var mer opplagt, og hun var mindre plaget med hodepine og svimmelhet og hun sov bedre. Fordøyelsen var imidlertid omtrent som før. Hun hadde redusert medikamentforbruket, og den kroppslige ledigheten hun selv opplevde - og gledet seg over, var observerbar for andre. Hun fikk iblant kommentarer på at hun hadde forandret seg, noe hun også gledet seg over.

Parallelt med dette har hun fått et bedre forhold til seg selv. Det kom til uttrykk ved at hun var mer selvpresterende, og familiedynamikken var i ferd med å justeres. Langsamt hadde andre begynt å ta initiativ og påta seg oppgaver som tidligere tilfalt henne - og som hun hadde tilskrevet seg selv.

Vi ble enige om å fortsette behandlingen for å stabilisere de kroppslige endringene som hadde funnet sted, nå med to-tre behandlinger i halvåret.

DISKUSJON

Hovedbudskapet med denne pasienthistorien er at kroppslige plager kan betraktes som resultat av mer eller mindre hensiktsmessige tilpasninger til påkjenninger i livet.

En lite omstillbar beredskapstilstand som hos Anne, kan vurderes som en emosjonelt og sosialt sett nødvendig - og derfor funksjonell - beskyttelse. Men den kan i et annet perspektiv betraktes som dysfunksjonell ved at kroppen belastes uhenksommessig. Annes an-

spenhet og engstelse ble ikke bare opplevd subjektivt av henne selv, den kom kroppslig til uttrykk og hadde helsemessige konsekvenser.

Alvorlig sykdom som barn og innleggelse på institusjon, kombinert med lite nærhet i familien, er sentrale forhold å trekke inn bildet. Hun hadde antagelig måttet stenge av for følelser av trishet og savn, og finne seg i mye. Dette hadde sannsynligvis lagt grunnlag for en væremåte preget av å ikke skulle være til bry - ikke være en belastning for andre. Mer nylig var arbeidskonflikten av stor betydning. Den synes å ha vippet henne ut av en på forhånd skjør balanse.

Som fremholdt er tenkningen i psykomotorisk fysioterapi basert på at kroppen ikke bare uttrykker, men også *regulerer* vårt følelsesliv. Den gjensidige bremsing av kropp og følelser pågår i hovedsak utenfor vår kontroll. Som psykiater Trygve Braatøy skriver:

"...VÅR OPPDRAGELSE ELLER VÅRE ERFARINGER GÅR MEGET LENGER TILBAKE ENN VÅR BEVISSTE HUKOMMELSE, OG DET BETYR AT VÅR KROPP HAR LAGT SEG TIL VANER SOM VI IKKE SELV KAN HUSKE OPPRINNELSEN TIL" (13:29-30).

Nettopp fordi vi mennesker innarbeider kroppslige vaner og væremåter tidlig og ofte ubevisst, og ikke alltid vet hva vi selv er bærere av, har samtale sin begrensning. På denne bakgrunn vil jeg fremheve potensialene i kroppslige tilnærminger.

Siden kroppen "gjemmer" erfaringer som kan være utilgjengelige for personen selv, er det viktig å ta kroppens regulerende rolle med i betraktning både i undersøkelse og behandling. Det som fremtrer fysisk har ikke nødvendigvis fysiske årsaksforhold, og "somatiske" og "psykiske" plager kan være uttrykk for samvirkende prosesser.

Kroppen som kilde til innsikt

I psykomotorisk fysioterapi legges det vekt på å sammenfatte, ikke summere opplysninger og funn. Man tolker ikke funn enkeltvis, men avveier funn i forhold til hverandre og tillegger dem betydning fra den sammenheng de inngår i.

Det dreier seg med andre ord om kontekstualisering, hvilket henger sammen med at kroppen er flertydig:

Den preges av mekaniske krefter og meningsverdener - samtidig. Det betyr at farene for feiltolkning er mange, og at det som ved første øyekast ser likt ut, kan skyldes svært ulike forhold. Spente og overaktive nakkemusklener kan hos en pasient inngå i en generell kroppslig beredskap på emosjonelt grunnlag, mens hos en annen kan de være sekundære til en nakke-skade. Å kunne skille det ene fra det andre, er en forutsetning for å velge adekvat behandling.

Videre er det avgjørende å kunne skille mellom kroppslige forhold som er knyttet til den aktuelle situasjon - til øyeblikket her og nå, og det mer varige og vanemessige som har nedfelt seg i kroppen over tid. Her er kvaliteten og utbredelsen av funn, samt grad av fastlåsthet sentrale holdepunkter (1-2,8).

I møtet med Anne var det kombinasjonen av uttalte, omfattende og fastlåste kroppsfunn og opplysningene om ulikeartete belastninger gjennom livet som tilsa at en omstillende behandling var kontraindisert. Erfaringer fra tidligere terapier understøttet en slik vurdering. Anne fortalte at lokal fysioterapi først var "deilig", og deretter noe hun vegret seg mot. Det er nærliggende å tolke denne reaksjonen som en intuitiv meddelelse om at hun i emosjonell forstand "trengte" sitt kroppslige forsvar. Samtidig fremsto Anne som reflektert og spørrende. I vurderingen av hennes problemer og i valget av behandling, var det kroppens forsiktige og lukkede uttrykk - den uttalte beredskapen - som ble tillagt størst vekt.

Diagnoser og sammenhenger

"Komorbiditet" er et begrep som benyttes hyppig i medisinske og helsepolitikk, og det betegner en samtidighet av ulike sykdommer. Begrepet aktualiserer spørsmål om hvordan man tenker om det som opptrer samtidig.

I Annes tilfelle var henvisningsdiagnosene myalgi og depresjon, to sekkediagnoser med begrenset informasjonsverdi. I det første møtet kom det frem at Anne hadde flere plager og lidelser. Noen var knyttet til bestemte kroppsdeler (hodepine, magebesvær), andre var lokalisert til kroppen generelt (anspenhet og svimmelhet). Videre følte hun seg utslitt og oppgitt, og hun hadde problemer knyttet til relasjoner og sosiale situasjoner. I tråd med tradisjonell kategorisering kunne noen av hennes helseproblemer kalles "somatiske", andre "psykiske", og de kunne diagnostisk bestemmes som om de var uavhengige enheter. Men som det skulle fremgå, var betingelsene for vellykket terapi å se problemene i sammenheng.

Med utgangspunkt i at kroppen er bærer av liv og historie, følger det logisk at plager og lidelser kan

være både en konsekvens og en integrert del av en langvarig beredskapstilstand

- av samtidig emosjonell og kroppslig art. Dermed åpnes perspektivene på betydningen av å hjelpe pasienter ut av uheldige vaner og repeterende handlingsmønstre, og ikke rette oppmerksomheten mot ett problem ad gangen. I en tid da kroniske og sammensatte lidelser dominerer sykdomsbildet i befolkningen, er dette perspektiver med høy relevans.

Kroppen som utgangspunkt for utvikling

I psykomotorisk behandling spiller man bevisst på at kroppen er en funksjonell og uttrykksfull enhet uansett om målet er en omstillende eller mer støttende behandling. Som denne kasuistikken skulle illustrere, forserer man aldri en utviklingsprosess.

Å gi pasienter muligheter til å prøve seg frem og utforske belastningsmåter og bevegelser er helt sentralt. På denne måten kan den enkelte (videre)utvikle tillit til egen kropp. Skal behandling ha overføringsverdi til dagligliv og arbeid, er det avgjørende at den enkelte kjenner seg stødig og stoler på egne fornemmelser. Videre er det essensielt at den enkelte erfarer at det er en sammenheng mellom kropp, erfaring, relasjoner og sosiale situasjoner. Å gi rom for refleksjoner og samtale er derfor viktig.

Fysioterapi omfatter berøring, bevegelse og håndtering, kort sagt somatosensorisk stimulering. Det gir i seg selv spesielle muligheter til å utvikle kroppskontakt. Når kroppslige erfaringer brukes som utgangspunkt for samtale, kan kroppslige og verbale tilnæringsmåter utfylle og berike hverandre, og bidra til å kaste lys over sammenhenger mellom livshistorie og sykehistorie. Slik kan behandling stimulere deltakelse på mange plan og sette i gang en selvberende utviklingsprosess.

Allmenne betraktninger og lærdom å trekke

Det er etterhvert solid dokumentasjon for at langvarige påkjenninger kan føre til omfattende endringer og ubalanser i ulike kroppssystemer og -funksjoner (3,14-16). For å forstå hva slags plager som utvikles i det enkelte tilfelle, er det nødvendig å kjenne til hvordan den enkelte opplever og tolker sin situasjon. Samme slags belastninger - det være seg omsorgssvikt, overgrep eller samlivsproblemer - kan gi opphav til forskjelligartete plager og lidelser, såvel som omvendt: En og samme sykdom kan utvikles på grunnlag av ulike belastninger.

Dette er i tråd med mange klinikers erfaring, såvel som med mye av den forskningsbaserte kunnskap som for tiden vokser frem på tvers av medisinske spesialite-

ter. Denne forskningen viser hvordan ulike kroppssystemer inngår i komplekse og interagerende nettverk, og videre hvordan enkeltpersoners tidligere erfaringer er av avgjørende betydning. Det understrekes at reaksjoner som i utgangspunktet er beskyttende, nyttige og funksjonelle, kan bli skadelige og ufunksjonelle. Når kroppens tilpasningssystemer settes på uopphørlig prøve, kan de utmattes og etter hvert bryte sammen (jf. begrepet "allostatisk oppladning"), og sykdom kan oppstå (3,14-16).

Denne forskningen utfordrer tradisjonell sykdomsforståelse. Når personer som Anne er i beredskap og tar seg sammen over tid og aldri finner hvile, er det høyst forståelig at flere former for dysfunksjoner utvikles. Men poenget er å ikke betrakte dem som avgrensede og uavhengige enheter.

Utfordringen i dag er å sammenholde den dokumentasjon som foreligger med kliniske erfaringer, og reflektere systematisk over hvordan praksis kan videreutvikles og forankres teoretisk slik at det etableres forbindelser mellom det som tradisjonelt skilles: muskler og mening, ledd og liv, funksjon og følelser. På bakgrunn av dagens sykdomsbilde er denne utfordringen mer aktuell enn noen gang.

Hovedbudskap om kasuistikken:

- Undersøkelsen viste at pasienten var i en uttalt kroppslig beredskapstilstand
- En klassisk og inngripende psykomotorisk behandling ble ansett som kontraindisert
- Alternativet var en støttende behandling med gradert avspenning som målsetting

LITTERATUR

1. Thornquist E, Bunkan BH. Hva er psykomotorisk behandling? Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
2. Iansen B, Øvreberg G, Andersen T, Hanssen I, Kvebæk I, Ottesen A, Rognved E. Bevegelse, liv og forandring. I Aadel Bülow-Hansens spor. Oslo: Cappelen Akademiske forlag, 1997.
3. Brodal P. Sentralnervesystemet. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
4. Gallagher S. How the body shapes the mind. Oxford: Clarendon Press, 2005.
5. Sacks O. The man who mistook his wife for a hat. Chatman: Picador, 1985.
6. Adkin AL, Frank JS, Carpenter MG, Peysar GW. Fear of falling modifies anticipatory postural control. *Exp Brain Res* 2002; 143:160-170.
7. Wu G, Chiang JH. The significance of somatosensory stimulations to the human foot in the control of postural reflexes. *Exp Brain Res* 1997; 114 (1):163-169.
8. Thornquist E. Lungefysioterapi. Funksjonvurderinger og klinisk arbeid. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
9. Fangel AK, Thornquist E. Tårer i behandlingen. Hvordan forstår vi pasientens tårer, og hvordan reagerer vi på dem? *Fysioterapeuten* 2009; 91(1): 4-12.
10. Binder PE. Den meningsbærende andre - om å bygge en relasjon der det er mulig å føle og tenke. *Tidskrift for Norsk Psykologforening* 2000; 37: 327-34.
11. Braatøy T. De nervøse sinn. Medisinsk psykologi og psykoterapi. Oslo: Cappelen Forlag, 1947.
12. Thornquist E. Klinik - kommunikation - information. København: Hans Reitzels forlag, 1998.
13. Braatøy T. Sorger og sinnlidelser. En populær innføring i medisinsk psykologi og psykiatri. Oslo: Tiden Norsk Forlag, 1938.
14. McEwen B.S., Wingfield JC. The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Horm. & Behav.* 2003; 43:2-15.
15. McEwen BS. Mood disorders and allostatic load. *Biol Psychiatry* 2003; 54:200-207.
16. Fleshner M, Landenslager M. Psychoneuroimmunology: Then and now. *Behavioural and Cognitive Neuroscience Reviews* 2004;3(2):114-130.