



## Censorer søges

Fysioterapeutuddannelsen søger censorer fra praksissektoren.  
Side 25

# Fysioterapeuten

[www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)



## Voldtaget

Samija blev voldtaget af soldater i en fangelejr. Med fysioterapeutens hjælp fik hun mod på at kramme sine børn igen.

SIDE 4

### Artikler

#### Fysioterapeuter kan være med til at bryde tabuet



Når fysioterapeuter møder patienter, der har været udsat for overgreb, er det vigtigt, at de forholder sig til de reaktioner, patienten får i forbindelse med behandlingen. Ellers kan patienten opleve behandlingen som et nyt overgreb.

4

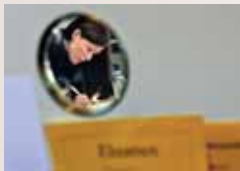
#### Samija kunne ikke kramme sine børn



Den bosniske kvinde Samija blev i en fangelejr flere gange voldtaget af soldater. Efterfølgende kunne hun ikke tåle berøring og derfor ikke give sine egne børn et kram. I behandlingen blev der nænsomt arbejdet med at få nye kropslige erfaringer.

16

#### Der er brug for helt almindelige fysioterapeuter



Fysioterapeuter fra praksis efterlyses som censorer. Det giver faglig udfordring og inspiration at være censor, og så lærer man den nye generation af fysioterapeuter at kende.

24



Foto: Brian Plonka/Polfoto

#### Miraklernes anatomiske atlas

En lille sommer-surf på Internettet resulterede i mødet med en hjemmeside lidt ud over det sædvanlige. JegBlevHelbredt.dk er godt nok ikke den eneste side på Internettet, hvor man kan læse mirakuløse historier om helbredelse ved håndspålæggelse og forbøn, men siden udmærker sig ved en anatomisk opdeling. Samtlige mirakler er kategoriseret, så man kan se, hvor på kroppen de har fundet sted. Interesserer man sig således særligt for mirakler i ryggens nedre del kan man undgå at klikke unødigt på mirakler vedrørende for eksempel næsen eller tarmene.

*JegBlevHelbredt.dk*

#### Det faste

Litteratur	24
Fysnyt	27, 28
Presseklip	30



**FORSIDE:**  
KASPER SOLBERG/POLFOTO

Udgiver:  
Danske Fysioterapeuter  
Nørre Voldgade 90  
1358 København K

Telefon 33 41 46 20

E-mail:  
Redaktionen@fysio.dk  
www.fysio.dk

Redaktion:  
Informationschef  
Mikael Mølgaard, ansv.red.  
mm@fysio.dk  
Faglig redaktør Vibeke Pilmark  
vp@fysio.dk  
Journalist Anne Guldager  
ag@fysio.dk  
Sekretær Jonna Søgaard Harup  
jsh@fysio.dk  
Sundhedspolitisk konsulent  
Ann Sofie Orth  
aso@fysio.dk

Webredaktør:  
Martin Goldbach Olsen  
e-mail: mgo@fysio.dk

Forretnings-, uddannelses-  
og stillingsannoncer:  
Panorama Media a/s  
70 10 35 33  
www.panoramamedia.dk  
info@panoramamedia.dk

Kontrolleret oplag 9.657  
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2004 - 30. juni  
2005  
88. årgang.

Layout, repro og tryk:  
Elbo Grafisk A/S

Redaktionspanel:  
Birte Carstensen  
Sine Secher Marcussen  
Jørgen Jalving  
Susanne Sternberg  
Hanne Albert  
Hanne Morthorst  
John Verner  
Janne Mørch  
Christian Coupe  
Ulla Mulbjerg  
Poul Henriksen  
Jeanette Præstegaard  
Karen Thøgersen  
Nina Beyer  
Jette Christensen  
Bente Holm

ISSN 1601-1465

## Tid til forandring

Sommeren er overstået. Vi er alle på vej tilbage til hverdagen efter rolige sommerdage. På hjemmesiden fysio.dk nåede roen og stilheden dog aldrig at sænke sig helt. Heldigvis. Her tæller debatten om forholdene i praksis-sektoren nu over 100 indlæg.

Og lad det være sagt endnu engang: Debatten mellem os er udtryk for en stor styrke. Selvom der er uenigheder, og selvom små og store bemærkninger kan få folk til tastaturet, så har vi grundlæggende en sund og frugtbar debatkultur.

Debat eller ej, så må alle fysioterapeuter se i øjnene, at vi står over for en markant udfordring i praksissektoren: Den nuværende struktur har medført for stor uligevægt mellem den ene type selvstændige, klinikejeren, og den anden type selvstændige, indlejeren. Nogle klinikejere har benyttet ubalancen til at presse lejerne til en bestemt adfærd, og nogle indlejere har forventet lønmodtagergoder. Det er blevet konsekvensen af, at der blandt begge parter er en for ringe erkendelse af, hvad det vil sige at være selvstændig. At være selvstændig giver ikke bare frihed; der følger også ansvar med. Vi ønsker os jo alle de bedst mulige arbejdsvilkår, den højeste indtjening, de mest spændende opgaver, den største frihed, men vi må også erkende, at en selvstændig ikke kan regne med samme tryghed og forudsigelighed som en ansat. Man kan ikke have det bedste fra begge verdener.



Af Johnny Kuhr  
*formand for  
Danske  
Fysioterapeuter*

Danske Fysioterapeuter vil i efteråret tage stilling til initiativer, der kan bidrage til en bedre balance og en styrkelse af selvstændigheden. Og som verden ser ud nu, så skal der rettes på balancen til fordel for indlejerne. Hovedbestyrelsen skal med medlemsundersøgelsen om praksissektoren (som bliver udførligt omtalt i et kommende nummer af Fysioterapeuten) tage fat på diskussionerne om en række af de dilemmaer og udfordringer, som er del af strukturen i praksissektoren. Et væsentligt element er her at bidrage til at få udryddet uvidenhed, fordomme og misforståelser om vilkårene i praksis-sektoren: Ingen fysioterapeuter kan holde til, at forandring sker på et forkert og uigennemsigtigt grundlag.

Forandringerne kommer ikke til at ske fra den ene dag til den anden, og de vil givet ikke falde i lige god jord alle steder i det fysioterapeutiske landskab. Til gengæld er det helt sikkert, at der kommer forandring.

# Fysioterapeuter kan være med til at

Når fysioterapeuter møder patienter, der har været udsat for overgreb er det vigtigt, at de forholder sig til de reaktioner, patienten får i forbindelse med behandlingen. Ellers kan patienten opleve behandlingen som et nyt overgreb

AF MIE FRYDENLUND JENSEN, FYSIOTERAPEUT,  
VIDEREUDDANNELSE I NORSK PSYKIATRISK OG  
PSYKOSOMATISK FYSIOTERAPI  
FOTO KASPER SOLBERG/POLFOTO

De seneste årtier er der kommet fokus på seksuelle overgreb og de deraf følgende helbredsmæssige konsekvenser. Formålet med artiklen er at belyse nogle af de sammenhænge, der er mellem seksuelle overgreb og sygdomsudvikling. For bedst muligt at kunne forstå

og behandle patienten er det nødvendigt, at vi som fysioterapeuter er med til at bryde tabuet omkring seksuelle overgreb, ligesom vi må vide mere om, hvad vi skal være opmærksomme på for at undgå at retraumatisere patienter med krænkelseserfaring i forbindelse med kropslig behandling.

Baggrunden for at skrive artiklen er, at jeg har været i tvivl om, hvordan jeg skulle forholde mig til patienter med overgrebserfaring. Jeg håber at kunne

bidrage til fagudviklingen ved at dele egne overvejelser og erfaringer.

I forbindelse med at jeg har taget en to-årig videreuddannelse i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi i Tromsø, er jeg stødt på en del litteratur relateret til fysioterapeutisk behandling af mennesker med krænkelseserfaring. Det har været obligatorisk at få vejledning på konkrete behandlingsforløb, hvilket har nuanceret og udviklet refleksionen over egen praksis, ligesom undervisning, teori og vejledning har givet flere handlemuligheder og konkrete redskaber til brug i behandlingen. Megen af den litteratur, jeg er inspireret af, tager udgangspunkt i overgreb foregået i barndommen, men det er min erfaring, at flere forhold går igen ved mennesker udsat for overgreb i voksenlivet. ▶

## indgang

■ I artiklen præsenteres generelle forhold, som fysioterapeuter med fordel kan forholde sig til i forbindelse med behandling af mennesker udsat for seksuelle overgreb. I den efterfølgende artikel præsenteres et eksempel på et behandlingsforløb med en kvinde, der har været udsat for krigsvoldtægt.



bryde tabuet



- ▶ Jeg arbejder til dagligt med traumatiserede flygtninge, der har været udsat for tortur, herunder krigsvoldtægt.

### TABUBELAGT EMNE

På trods af den øgede opmærksomhed omkring overgreb, er det stadig et tabubelagt emne. Jeg har mødt en del patienter i mit tidligere arbejde i psykiatrien, som jeg fra journalen vidste, havde været udsat for overgreb, og som blev henvist til fysioterapeutisk behandling med blandt andet det, der blev betegnet som "diffuse" smerteklager i forskellige dele af kroppen, spændinger i nakke-/skulderåg og rygsmerter uden entydige fund.

Andre patienter præsenterede symptomer på overgreb, uden at jeg udelukkende ud fra symptombillede og reaktioner i forbindelse med undersøgelsen med sikkerhed kunne konstatere, hvorvidt vedkommende havde krænkelseserfaring. Jeg oplevede på baggrund af grunduddannelsen ikke at være kompetent til at kunne tilbyde et specifikt behandlingsforløb til mennesker udsat for overgreb og følgevirkninger herefter, og derfor undgik jeg at spørge nærmere ind til dette.

Det er således ikke kun patienterne, som kan have modstand mod at berøre tabubelagte emner. Også professionelle behandlere kan have modvilje. Den norske praktiserende læge Anna Luise Kirkengen skriver i sin bog "Inscribed Bodies. Health Impact of Childhood Sexual Abuse", at der i lægelige konsultationer, hvor årsagen til konsultationen er præget af eksplicite eller implicite tilfælde af vold, er modvilje hos lægerne mod at stille direkte spørgsmål vedrørende dette eller ydermere; at lægerne rationaliserer sig frem til ikke at stille direkte spørgsmål, mere end det drejer sig om bekymring for at skade patienten.

Ifølge Kirkengen er det dog ikke det at *tale* om overgrebet men derimod *fortielsen*, som bliver den sygdomsfremkaldende faktor. Dét at få mulighed for at fortælle og dermed få integreret disintegrerede minder kan være med til at forebygge en psykose, som man ellers ville kunne forstå som et sammenbrud i personens tilpasningsevne til traumet, netop som følge af *fortielsen* (1; s.163).

Kirkengen giver et eksempel på, hvordan man kan forstå en patients smerte ud fra pågældendes livshistorie:

*"Fordi hun ikke kunne snakke om en smerte i livet, fik hun en smerte i kroppen. Den måtte etter reglene for det som ikke kan snakkes om, omtales med ord om kropslig lidelse" (2: s. 2648).*

Tabubelagte lidelser har således store konsekvenser for den enkelte, idet traumet vil komme til udtryk på én eller anden måde. Hvis ikke gennem en verbal beretning så eksempelvis gennem kropslige symptomer, som er et legalt udtryk i det omgivende samfund, og i udstrakt grad også inden for sundhedsvæsnet. Jeg henviser igen til Kirkengen, der som praktiserende læge også kender til problemet med manglende overensstemmelse mellem patientens mange kropslige klager og den naturvidenskabelige forståelse af patientens tilstand.

I sin litteratur giver Kirkengen mange eksempler på, hvordan sundhedsvæsnet, såvel det somatiske som det psykiatriske system, hellere beskæftiger sig med patientens symptomer end den overgrebshistorie, som ligger til grund for sygdomsudviklingen.

Overgrebshistorien ville ellers kunne forklare mange af patientens klager, hvis man anskuer dem i et fænomenologisk perspektiv (3; s. 137-138, 140-142, 148-149).

### MISBRUG I BARNDOMMEN

Den norske psykolog Halldis Leira skriver i forbindelse med et projekt for børn i voldelige familier, at tabuisering fratager børnene muligheden for følelsesmæssig bearbejdning, idet de bliver bærere af en katastrofemulighed og ensomhed. De bærer på skyld og skam og oplever sig afmægtige i deres livssituationer.

*"Det som ikke er, er vanskeligt at navngive. Hvordan skal en bearbejde noget, som ikke findes?" (4; s. 27).*

Statens Institut for Folkesundhed gennemførte i 2002 en omfattende dansk undersøgelse af seksuelle overgreb i barndommen. Blandt de godt 10 procent af Danmarks 9.-klasses elever, der deltog i undersøgelsen, var der en forekomst på 11,3 procent (657 unge), som havde seksuelle erfaringer, der er strafbare efter dansk lovgivning. Tallet inkluderer tilfælde, hvor der er en relativt beskeden aldersforskel mellem barnet og den ældre person. 4,9 procent (287 af de adspurgte) havde været udsat for et strafbart seksuelt overgreb, hvor den ældre person var mindst fem år ældre.

Af de 657 svarede 25 procent (165 unge), at de mente, det, de havde været udsat for, var et seksuelt overgreb. Hvorvidt det var en pige, der havde oplevet overgrebet, om den ældre person var et familiemedlem eller en omsorgsperson, om der var stor aldersforskel mellem den unge og den ældre person, og om den ældre person havde anvendt trusler, tvang eller afpresning, havde stor betydning for, hvorvidt den unge oplevede hændelsen som et overgreb.

Der er i undersøgelsen fundet markant sammen-

hæng mellem seksuelle overgreb og dårlig trivsel, så som tristhed, selvoplevet dårligt helbred og sygdoms-udvikling (5).

Kirkengen har i sin doktorafhandling om helbredsmæssige konsekvenser af seksuelt misbrug i barndommen, interviewet 34 mennesker med krænkelseserfaring: 30 kvinder i alderen 16-70 år og 4 mænd i alderen 27-56 år. Hendes bog "Inscribed Bodies. Health Impact of Childhood Sexual Abuse" er baseret på doktorafhandlingen men med tilpasning til bogform. Af de 34 interviewede var 18 blevet misbrugt af flere personer. Når man har været udsat for misbrug, er der en stor risiko for igen at blive offer, hvilket kommer til udtryk ved, at 22 af de interviewede igen var blevet misbrugt som voksne. Krænkerne i voksenlivet var blandt andet ægtefæller, bekendte, fremmede og professionelle (1; s. 67-68).

Det dominerende helbredsproblem gennem barndom, ungdom og voksenliv var smerte. I barndommen blev smerten primært navngivet som ondt i maven, halsen, hovedet, ørerne, ryggen og i skuldrene. De fremherskende generelle problemer i barndommen var relateret til åndedræt, tænder, spisning, kvalme, vandladning, eksem, søvn og angst.

I ungdommen ændrede lokaliseringen af smerte sig til bækkenområdet, større dele af kroppen og stadig smerter i hoved og mave. Kvinderne beskrev især smerter fra muskler og led, kroppen generelt, bækkenregionen samt hovedpine.

Mændene fortalte om smerteklager fra knæ, lænderyg, bryst og hoved. Spiseforstyrrelser og angst var stadig til stede, nu suppleret med misbrug af alkohol og stoffer, selvbeskadigende handlinger, afbrudt skolegang, ensomhed og/eller hængen ud med en gruppe samt de første kontakter med psykiatrien (1; s. 69).

Den selvbeskadigende adfærd forklarer Kirkengen med, at et menneske udsat for misbrug i barndommen ikke af respektfulde voksne har lært, hvordan man agter andre menneskers værdighed. Der er således intet grundlag for selvrespekt og selvagtelse. I stedet praktiserer man lært afmagt, selvforagt og selvdestruktivitet (3; s. 32-33). Stof- og alkoholmisbrug kan også forstås som en form for bedøvelse og selvmedicinering.

### KONSEKVENSER SOM VOKSNE

I voksenlivet fortalte samtlige interviewede om anstrengte forhold til andre og om forstyrret seksualitet. Størstedelen havde lidt af depression og/eller angst. Over halvdelen af de interviewede havde forsøgt selvmord mindst en gang i forbindelse med depres-

sion, angst, stofmisbrug eller en psykotisk tilstand. Ovennævnte forhold førte til kontakt til psykiatere, psykologer, socialrådgivere m.fl.

Hvad angår de somatiske helbredsforhold, medførte problemer med enten lokal eller generel smerte kontakt med sundhedssystemet i alle de tre omtalte livsfaser. Der var kontakt til mange forskellige medicinske specialer, og behandlingen kunne være alt fra fysioterapeutisk behandling til kirurgiske indgreb. Flere af de interviewede havde også gjort brug af ikke-medicinsk behandling som zoneterapi, aromaterapi, healing, hypnose og yoga.

Den dominerende akutte sygdom i både barndom og voksenliv var hos kvinderne urinvejsinfektioner og senere infektionstilstande i bækkenet. Tyve personer havde i mindst én periode af deres liv lidt af alvorlig spiseforstyrrelse (1; s. 69).

### SYGDOMSUDVIKLING

Hvad er det ved seksuelle overgreb, der kan bevirke helbredsproblemer? Kirkengen refererer til immunologiske studier, hvor man har konstateret, at "natural killer cells", eller dræberceller, undertrykkes målbart hos forsøgspersoner, som udsættes for stress, for eksempel stærk støj, og indtil 72 timer efterfølgende, men kun hvis forsøgspersonerne tror, de ikke kan kontrollere støjen. Den samme støj bevirker ikke det samme, hvis forsøgspersonerne tror, de kan slukke for støjen, selv om det faktisk ikke forholder sig sådan.

Et menneskes subjektive oplevelse af magt og kontrol eller afmagt er således afgørende for virkningen. Effekten forstærkes af gentagne erfaringer af magtesløshed og yderligere ved kronisk afmagt, og således åbnes vejen for patologiske celler i kroppens væv og organer (3; s. 38).

Ud fra den viden vi har i dag, er der, ifølge professor i neuroanatomi Per Brodal grund til at formode, at hypothalamus er central ved udvikling af psykosomatisk sygdom, idet den optræder som bindeled mellem psykiske processer og kropslige forandringer. Langvarige ændringer af aktiviteten i dele af det autonome nervesystem kan medføre cirkulationsforandringer og forandring af kirtelsekretionen.

Afhængigt af det enkelte menneskes livshistorie og genetisk betingede svage punkter i organismen, kan man forestille sig, at psykiske påvirkninger, som måske er grundlæggende ens, vil kunne give symptomer fra ►

### fakta om...

Amerikanske og canadiske studier blandt kvinder med tunge psykiatriske diagnoser viser en forekomst på 55-79 procent voldserfaring, oftest af flere typer og gentagne gange. Voldserfaring er også hyppig blandt kvinder, som opsøger praktiserende læge. I et engelsk studie om traumer i barndom og voksenliv fandt man ikke bare en skræmmende høj forekomst af generel voldserfaring men også, at voldserfaring i barndommen medfører en høj risiko for igen at blive udsat for vold som voksen (Kirkengen 2005, s. 33).

- ▶ forskellige organsystemer eller dele af kroppen. Hver gang en person udsættes for påvirkninger, som er mere end det, som kan mestres umiddelbart, optræder der symptomer fra denne del af kroppen (6; s. 536).

Ved gennemgang af 100 journaler til patienter (63 kvinder og 37 mænd) evalueret ved den tværfaglige smerteklinik ved Haukeland Sygehus i Norge, fandt man, at 44 af patienterne, havde oplevet alvorlige overgreb eller traumer lang tid forud for smertedebuten.

Man lagde ved gennemgangen vægt på specielle eller vanskelige opvækstforhold, særligt fysiske overgreb og alvorlige rusmiddeproblemer hos patienternes forældre. Betegnelserne "seksuelt overgreb", "fysisk overgreb" og "alvorligt rusmisbrug hos forældrene" blev kun benyttet ved grove overgreb eller grænseoverskridelser. Eftersom man i nogle tilfælde efter ønske fra patienten har undladt at journalføre oplysninger om overgreb, er den rapporterede forekomst af overgreb mindre end det reelle tal.

Af de 44 patienter rapporterede 21 kvinder og 2 mænd om seksuelle og/eller fysiske overgreb fra tidlig alder (0-10 år). 14 kvinder rapporterede om seksuelle overgreb, mens 16 patienter (14 kvinder og 2 mænd) rapporterede om andre fysiske overgreb. 28 patienter (16 kvinder og 12 mænd) rapporterede om signifikante livstraumer længe forud for smertedebut. Det hyppigste livstraume registreret blandt patienterne var opvækst i en familie, hvor en eller begge forældre misbrugte alkohol, og hvor der regelmæssigt blev udøvet vold mod andre familiemedlemmer.

Forfatterne henviser til flere studier, som viser, at patienter, som har været udsat for overgreb, er større forbrugere af sundhedsvæsenet, ligesom forekomsten af barndomstraumer er signifikant korreleret med kronisk smerte. Der er dog tale om komplekse sammenhænge, og det er ikke sådan, at traumatiske barndomstraumer per definition forårsager smerter senere i livet. Man kan dog forestille sig, at tidlige livstraumer kan præge en persons udvikling på en måde, som gør vedkommende sårbar for senere belastning og påvirker personens mestring af en smertetilstand. Personen er i risiko for

at udvikle en offeridentitet og "lært hjælpeløshed", idet vedkommende har erfaret, at det ubehagelige kommer, uanset, hvad man gør, og at det ikke er muligt at påvirke det. Nye traumer senere i livet vil således kunne forstærke vedkommendes oplevelse af at være offer.

Oplevelsen af barndomstraumer kan være med til et stykke hen ad vejen at forklare, hvorfor en kronisk smertetilstand kan opleves som værende behandlingsresistent (7).

Kirkengen refererer i sin bog "Hvordan krenkede barn bliver syke voksne" til mange internationale undersøgelser, der sætter tal på sammenhænge mellem overgrebserfaring og sygdomsudvikling. Kirkengen henviser blandt andet til et stort amerikansk studie, som viser, hvordan negative barndomsoplevelser er udbredte, selv om de sædvanligvis er fortiet og uopdaget. Deres dybe virkning vedvarer et halvt århundrede efterfølgende men nu omformet fra psykosociale erfaringer til organiske sygdomme. Studiet sætter tal på sammenhængen mellem negative barndomsoplevelser og udvikling af hjerte- og



karsygdomme, blodprop, enhver form for kræft, kroniske luftvejssygdomme, diabetes, hepatitis, brudskader, rusmisbrug og kraftig overvægt. Studiets leder Vincent Felitti sammenfatter resultaterne under overskriften; At omdanne guld til bly; (3; s. 31 og 36).

### KROPSFORSTÅELSE

Hvordan man forstår patientens symptomer afhænger af, hvilken kropsforståelse man har. Kroppen er ikke kun biologi men også centrum for oplevelser og erfaringer, ligesom vi udtrykker os gennem kroppen. Min kropsforståelse er fænomenologisk funderet, og jeg har i artiklen valgt at tage udgangspunkt i professor i fysioterapi Eline Thornquists fremstilling af fænomenologi, som er en erfaringsbaseret filosofisk tradition. Hun har i sin bog "Videnskabsfilosofi og videnskabsteori" gengivet fænomenologien i en komprimeret udgave, og hendes eksempler fra praksis er med til at gøre fænomenologien mere tilgængelig.

Thornquist skriver, at kroppen er et sammensat



fænomen og en vigtig kilde til forståelse af det enkelte menneskes erfarings- og meningsverden. Kroppen er det inkarnerede subjekt, vi aldrig kan fjerne os fra. Men kroppen findes i dobbelt forstand, idet vi er den, og vi har den, ligesom vi rører og bliver berørt. Vi er på samme tid subjekt og objekt (8; s. 117).

I fænomenologien, som er en erfaringsorienteret filosofiske tradition, rettes opmærksomheden mod verden, som den erfares af det enkelte menneske og ikke mod verden i sig selv uafhængig af den person, som erfarer den. Subjektet anses som en forudsætning for forståelse. Menneskets meningsunivers er bestemmende for, hvad vi gør; hvordan vi forholder os til omgivelserne og til andre mennesker (8; s. 87). Vores tidligere erfaringer er således med til at danne grundlag for vores vurdering af øjeblikssituationen.

Berøring fra et andet menneske kan på den baggrund af ét menneske opleves som værende omsorgsfuld, bekræftende og lindrende, mens et andet menneske kan opleve berøring som værende smertefuld og ydmygende, afhængig af tidligere erfaringer.

Filosof Maurice Merleau-Ponty har knyttet den menneskelige subjektivitet til kroppen (8; s. 14). Ifølge Eline Thornquist er Merleau-Pontys fænomenologiske forståelse af mennesket, at kroppen er speciel og ekspressiv. Kroppen er indvævet i meningsfyldte relationer til omverdenen og andre mennesker, modsat en naturvidenskabelig forståelse, som betragter kroppen som universel og neutral (8; s. 131).

Mennesket har i modsætning til dyr en kognitiv kapacitet, idet vi kan tænke, tale og percipere. Det er således ikke udelukkende via kroppen, vi forstår hinanden. Thornquist citerer Merleau-Ponty for at skrive, at kroppen er:

*"...mitt særlige synspunkt på verden. Det er ved hjælp av min kropp, at jeg forstår den Andre, slik som det er ved hjelp av min kropp at jeg persiperer ting"* (8; s. 113).

## INTERSUBJEKTIVITET

Vi har som mennesker ikke direkte adgang til andres bevidsthed, men vi er tilgængelige for hinanden gennem kropslig og sproglig interaktion. Det er muligt for os at erfare andre menneskers kroppe direkte, men eftersom al erfaring nødvendigvis er unik, kan vi ikke erfare andres erfaringer, tanker og vurderinger, men vi kan fortolke den andens tanker og erfaringer ud fra vedkommendes kropslige reaktioner, kropsbevægelser, kropsaktivitet og sproglig kommunikation og derved etablere en delt meningsverden.

I princippet er fuldstændig vellykket kommunika-

tion uopnåelig, idet det enkelte individs erfaring er af unik karakter.

For at etablere størst mulig grad af intersubjektivitet, altså en fælles bevidsthed mellem to eller flere mennesker, må vi etablere et fælles kommunikativt miljø, blandt andet er aktiv kommunikation nødvendig for, at parterne kan overskride sine private verdener (8; s. 110-112).

For at forstå patienten og de fund, vi gør i forbindelse med den fysioterapeutiske undersøgelse og behandling, er vi således nødt til at spørge ind til patientens oplevelser af her-og-nu-situationen og relatere det til tidligere oplevelser. Ved at inddrage klienten som subjekt i behandlingen og være i samspil, kan man modvirke objektivisering og få det enkelte menneske til at fremstå som et individ med egne erfaringer og egen vilje.

Thornquist skriver, at ifølge Merleau-Ponty er det dog langt fra alt, vi udsættes for, erfarer og gør, som foregår på et bevidst og villet plan. Kropslige vaner og væremåder er integrerede aspekter af vores identitet og selvfølelse, og det kan derfor være vanskeligt sprogligt at give udtryk for den kropslige hukommelse og viden, vi har tilegnet os gennem livet (8; s. 131).

Ved at sprogliggøre tidligere og nuværende oplevelser kan vi bevidstgøre følelser og reaktionsmønstre. Sproget åbner muligheder for bevidstgørelse og ændring, og kropslig behandling kan for nogle være en god indgangsvinkel til at registrere og verbalisere vanskelige minder og emotioner. Fysioterapeuten kan gennem den kropslige behandling styrke patientens selvfølelse, selvtillid, mestringssevne og selvstændighed, og der knytter sig således store terapeutisk muligheder til kropslig behandling.

## SPROGLIGGØRELSE

I forbindelse med undersøgelse af patienten kan fysioterapeuten spørge ind til vedkommendes forhold til berøring fra andre eller spørge bredt ind til kropslige erfaringer. Man kan også spørge til, om der er andre oplysninger, patienten mener, er vigtige, man er informeret om, ud over oplysninger om symptombilledet og andre ting, der er fremkommet i forbindelse med anamneseoptagelse.

Det er dog ikke sikkert, at en patient med krænkelseserfaring tænker på, at situationer i forbindelse med kropslig behandling i dag kan vække minder om overgrebet dengang, ligesom patienten måske ikke kan give udtryk for den kropslige hukommelse, der kan aktiveres under behandlingen. For nogle vil det ►

<sup>1</sup> Merleau-Ponty, Maurice. "Phenomenology of perception". London: Routledge & Kegan, Paul 1986, s. 216-217

## Det seneste indenfor for udviklingen af funktionelle knæortoser



**FUSION**<sup>™</sup>

Freedom to perform<sup>™</sup>



- Instabilitet
- Korsbånds- og kollateral ligamentsskader
- Artrose
- Perfekt pasform
- Reagerer umiddelbart
- Medial flexibilitet
- Standard størrelse og målbestilte



► første møde ikke være tidspunktet, hvor man fortæller om noget så tabubelagt.

Jeg har flere gange i behandlingsforløb åbnet op for, at jeg ved, mange mennesker har forskellige former for krænkelseserfaring som en del af deres livsgrundlag, og at disse erfaringer kan komme kropsligt til udtryk for derved at invitere til en dialog.

I flere tilfælde har patienten dog først fortalt om overgreb langt inde i behandlingsforløbet. Eksempelvis tog det lang tid at opbygge en tillid og alliance, der gjorde, at en ung mand kunne sætte ord på, hvordan hans smerter, der flyttede sig rundt i kroppen men især bevirkede smerte, bevægeindskrænkning og nedsat kraft i armene, kunne relateres til, hvordan han havde været bagbundet, mens han blev voldtaget. Nogle gange må vi vente på "det gyldne øjeblik".

En af de personer, Kirkengen har interviewet, er Fredric, som blev misbrugt af to unge mænd, fra han var 10 til han var 15 år. Da han var 21 år, blev han henvist til neurolog på grund af anfald, som lignede epileptiske anfald. Anfaldene blev udløst i forbindelse med hårdt arbejde stående i fremoverbøjet stilling, og hvor Fredric mærkede en smerte i tindingerne. Den neurologiske undersøgelse viste ingen tegn på epilepsi.

I forbindelse med et gestalt-terapeutisk forløb turde Fredric for første gang at fortælle nogen om misbruget. Han erindrede, hvordan hans hoved blev presset ind mod væggen, og hvordan en af de to misbrugere tvang ham til oralsex, når han forsøgte at sige fra. Smerten i tindingerne svarede præcist til de zoner, hvor han i sin tid blev holdt om hovedet. I forbindelse med, at Fredric for første gang fortalte om overgrebene i terapien, forsvandt anfaldene (1; s. 115-118).

Helt så hurtigt forsvinder symptomerne ikke altid, men ved at hjælpe patienten med at sprogliggøre overgrebserfaringer, kan vi være med til at bryde tabu, og tilrettelægge behandlingen mere hensigtsmæssigt med henblik på at undgå retraumatisering. Ved at tage udgangspunkt i patientens reaktioner i forbindelse med behandlingen, kan vi være med til at skabe sammenhæng mellem nuværende symptomer og reaktioner og tidligere oplevelser. Vi kan på den måde bruge fortiden til at forstå patientens måde at forholde sig til andre mennesker på i nutiden, ligesom det kan danne baggrund for en forandringsproces. Vi må hjælpe patienten til at være her og nu - og ikke der og da.

### DISSOCIATION

Vi har alle vores unikke historie, og seksuelle overgreb, vold og andre forhold, der danner grundlag for ►

## UNDERSØGELSE PÅ FYSIO.DK

Ved en spørgeskemaundersøgelse foretaget af Danske Fysioterapeuter via foreningens hjemmeside, kom der på en uge i maj 2006 25 skriftlige besvarelser. De besvarende fysioterapeuter var primært ansat på klinik, genoptræningscenter, i kommunalt regi samt på hospital, herunder psykiatrisk hospital. 21 af fysioterapeuterne har haft patienter i behandling, som de på forhånd havde eller efterhånden fik kendskab til havde været udsat for seksuelle overgreb. I de fleste tilfælde har patienterne selv fortalt om misbruget i forbindelse med undersøgelse og behandling. I de færreste tilfælde har den henvisende læge orienteret om det; ofte har patienten ikke fortalt det til sin læge. En fysioterapeut skriver i sin besvarelse, at patienten ikke kommer med en henvisning, hvor der står "følger efter seksuelle overgreb", men derimod typisk kommer med diffuse gener, som undersøgelser ikke helt kan forklare.

Syv af de besvarende fysioterapeuter har behandlet patienter, der har været udsat for seksuelle overgreb i forbindelse med tortur.

18 af de besvarende fysioterapeuter mener, det er fysioterapeutens opgave at gå i dialog med patienten om eventuelle tidligere overgreb. Dette uddybes blandt andet med at:

- det må tjene patientens tarv; overgreb skal ikke nødvendigvis frem i lyset, hvis patienten ikke selv ønsker at komme ind på dette.
- der må være mulighed for diskretion på behandlingsstedet.
- det er vigtigt, at fysioterapeuten ved, hvad vedkommende gør i behandlingen.
- der er risiko for retraumatisering, at patienten dissocierer eller udebliver fra behandlingen, hvis fysioterapeuten ikke indgår i en dialog med patienten om vedkommendes kropslige erfaringer, ikke kun af seksuel karakter men mere bredt med henblik på at tilrettelægge undersøgelse og behandling, så patienten ikke retraumatiseres.
- der ellers kan starte en smerte-odysse, hvor patienten tiltagende kan blive fremmedgjort for sig selv.
- det ikke er farligt at stille spørgsmål. Den pågældende fysioterapeut har ikke mødt patienter, som ikke oplever sig varetaget i forbindelse med, at overgrebserfaringen er sprogliggjort.
- det er vigtigt, at fysioterapeuten er bevidst om sine

faggrænser, men det er relevant at tale med patienten om de kropslige symptomer og reaktioner i relation til seksuelle overgreb, idet det har betydning for forholdet til egen krop.

Flere kommer ind på behovet for tværfagligt samarbejde med især psykologer i forhold til patientens følelsesmæssige bearbejdning af overgrebet. Samtidig pointeres det, at fysioterapeuter også har en vigtig rolle i et behandlingsforløb på grund af den kropslige indgangsvinkel til patienten. Eftersom kropslige reaktioner også er udtryk for emotioner, kan fysioterapeuten dog ikke udelukkende forholde sig til mennesket som kropsobjekt, hvis patienten skal varetages på forsvarlig vis.

De syv fysioterapeuter, der i udgangspunktet ikke mener, at fysioterapeuten bør indgå i dialog med patienten om overgrebserfaringer, svarer ikke lige entydigt nej på spørgsmålet herom. Overvejelserne går på:

- at fysioterapeuter ikke har de fornødne kompetencer, men bør henvise til andre faggrupper.
- at der er forskel på, hvorvidt patienten selv tager emnet op, eller om fysioterapeuten har en mistanke om overgrebsproblematik på baggrund af patientens symptomer og reaktioner.
- om man som fysioterapeut har "forudsætningerne for at følge op og "lukke" patienten, hvis hun får åbnet mere, end hun følelsesmæssigt kan styre".

I forbindelse med undersøgelsen svarede 13 af de 25 fysioterapeuter, at de følte sig kompetente til at varetage behandling af patienter, der har været udsat for seksuelle overgreb på baggrund af grunduddannelsen kombineret med videre- og efteruddannelse samt erfaring og vejledning/supervision. Én uddyber med "Ja, delvist kompetent. Forsøger altid at samarbejde med de øvrige behandlere, og søger supervision så vidt muligt og være faglige kompetencer og mangler bevidst". En anden skriver: "Det er jo ikke noget, man kan læse sig til, da det i høj grad involverer mange følelser hos terapeuten". Interessen for sammenhænge samt udvikling af terapeutrollen er tilkendegivelser, der går igen i flere af besvarelserne.

De fysioterapeuter, der ikke oplever sig kompetente til at varetage behandling af mennesker udsat for seksuelle overgreb, har i mindre udstrækning taget videreuddannelser, ligesom færre af disse modtager vejledning/supervision.



► mistrivsel, kan komme til udtryk på mange forskellige måder. Det er dog min erfaring, at vanskelighed med afklædning samt berøring fra andre generelt er svært for mennesker, der har været udsat for seksuelle overgreb. Berøring, hvad enten det er familie, venner eller professionelle, samt bestemte udgangsstillinger og bevægelser kan opleves som værende så truende, at man er nødt til at forsvinde mentalt fra situationen; man dissocierer.

Dissociation er betegnelsen for en mental operation, hvor perceptioner eller minder, som truer den mentale balance, holdes borte fra bevidstheden. Mens traumet foregår, kan man beskytte bevidstheden ved at fjerne sig mentalt fra situationen og suggerere sig til at "komme ud af" den smertefulde oplevelse. Det er en måde at beskytte bevidstheden på, så overvældende følelser og smerte ikke skal gøre en helt hjælpeløs.

Dissociation er også en måde at beskytte sig på i den posttraumatiske fase. Traumatiske minder kan blive aktiveret af indre eller ydre stimuli, og man kan da forsvare sig ved at skille de traumatiske minder fra den centrale bevidsthed. Man er klar over, at minderne er der, men de er ikke mulige at tænke over eller bearbejde. De vil derfor komme igen og igen. Evnen til at dissociere kan være en positiv mestring, mens traumet pågår. Senere vil tendensen til dissociation modvirke psykens integrerende funktion og modvirke en helbredende proces (9; s. 83).

Det er således ikke hensigtsmæssigt, at patienten dissocierer i forbindelse med behandlingen. Det kan være vanskeligt at se, når patienten dissocierer, men ofte bliver vedkommende fraværende i blikket, ligesom der kommer latetid på svarene, hvis man spørger om noget, eller patienten har slet ikke hørt, hvad man har sagt.

Det er min erfaring med mennesker udsat for krigsvoldtægt, at de har vanskeligt ved at sige fra i forhold til egen grænse, idet denne har været overskredet uden hensyntagen til offerets protest, og at dette også kan være problematisk for mennesker udsat for overgreb i barndommen.

Terapeuten må hjælpe i starten; sige hvad man ser og stoppe, hvis man får indtryk af, at noget i behandlingen bliver for vanskeligt for patienten. At være opmærksom på patientens behov, respektere og varetage disse, er et godt udgangspunkt for at opbygge tillid og trykthed i relationen, og det kan efterhånden blive lettere for patienten at sige fra, hvis noget opleves som ubehageligt. Man kan som terapeut gå til grænsen og arbejde med at ændre denne, men ikke presse patienten over grænsen da dette vil virke retraumatiserende.



Et andet fænomen er flashbacks, som er betegnelsen for billeder af den traumatiske begivenhed, som pludselig vender tilbage og invaderer bevidstheden. Dette er også en form for dissociation. Bevidstheden overtages af en film, man ikke kan redigere (9; s. 84).

At sige fra kan for patientens vedkommende opleves som en afvisning af terapeuten. Det kan være svært at sige fra over for et menneske, som gerne vil hjælpe en, og som man ønsker hjælp fra, men i behandlingen kan der arbejdes med, at man ikke som sådan siger fra over for terapeuten men over for det i situationen, som opleves ubehageligt og faretruende.

Det har en terapeutisk og genopbyggende effekt at mærke efter, tage sig selv alvorligt og opleve, at andre også gør det. I forbindelse med overgrebet er man behandlet som et objekt. Behandlingen vil have et rehabiliterende sigte i betydningen af at give ære og værdighed tilbage, hvor man optimerer forholdet mellem at være et kropssubjekt og et kropsobjekt. I forbindelse med behandlingen er det væsentligt, at fysioterapeuten forholder sig til patienten som et tænkende og følende væsen, ligesom det er væsentligt at styrke og støtte patientens egen handlekraft.

Det er hensigtsmæssigt i behandlingen at arbejde hen imod at kunne reagere motorisk og bevæge sig ud af en situation, som fremprovokerer ubehagelige minder, i stedet for at patienten overvældes følelsesmæssigt og reagerer med dissociation.

## VEGETATIVE REAKTIONER

Andre reaktioner, der er væsentlige at forholde sig til, er vegetative reaktioner. Det er normalt at få vegetative reaktioner, hvilket kan være tegn på, at der er en omstilling i gang, men reaktionerne kan også markere en grænse for patienten. Vegetative reaktioner er ofte før-bevidste, og fysioterapeuten må forholde sig til reaktionen ved eksempelvis at spørge ind til, hvordan patienten har det lige nu og om, hvad situationen minder patienten om. Følelsen af eksempelvis ængstelse, rædsel, skam, pinlighed, sorg, tristhed, savn eller ikke at føle sig god nok kan fremkalde vegetative reaktioner. Symptomerne forsvinder ofte, idet man finder en mening med dem.

En overvejelse kan også være at vente med at gå ind i reaktionen til patienten har fået sit tøj på eller er kommet ud af udgangsstillingen i forhold til at genvinde sit kropslige forsvar og beskyttelse.

I den psykomotoriske undersøgelse indgår, at terapeuten er opmærksom på synlige vegetative reaktioner hos patienten, ligesom man kan spørge ind til indre

## BLÅ BOG



Mie Frydenlund Jensen blev færdiguddannet i 1998 fra Ergoterapeut- og Fysioterapeutskolen i Århus. Hun har arbejdet 1½ år i psykiatrien og efterfølgende på to centre for behandling af traumatiserede flygtninge. Mie Frydenlund Jensen har været ansat på Center for Traume og Torturoverlevende, Vejle Amt, siden 2001. Hun påbegyndte videreuddannelsen i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi i Trom-

sø 2004 og afsluttede marts 2006 med fordybningsopgaven "Krigsvoldtægt - en kasuistik. Vanskelige emotioner synliggjort ved vegetative reaktioner". Videreuddannelsen er organiseret som et deltidsstudie fordelt over to år. Der er 14 ugers undervisning fordelt på 8 samlinger af 1-2 ugers varighed og to perioder med praksisstudier. Herudover er der krav om i alt 72 timers vejledning i gruppe samt individuelt.

oplevet reaktioner som hjertebanken og kvalme. Der vil ofte være øget sympatikusaktivitet hos patienten i selve undersøgelsessituationen, men det er vigtigt at være opmærksom, hvis patienten reagerer med kraftige vegetative reaktioner. Dette kan tolkes som, at undersøgelsessituationen er meget belastende for patienten, eller det kan være tegn på, at patientens sædvanlige reaktionsmønster er i det autonome nervesystem (10; s. 26). Det er derfor vigtigt at spørge patienten, om vedkommende genkender reaktionen.

Ifølge psykiater Trygve Braatøy kan vegetative reaktioner knyttes til specifikke signaler (11; s. 509). Terapeuten bør således indhente information om patientens generelle livssituation, idet dette vil kunne give en forståelse af sammenhængen mellem patientens symptomer og de livsbelastninger, vedkommende har været udsat for og/eller befinder sig i aktuelt.

Mange af de vegetative reaktioner er ofte en gåde for de traumatiserede patienter, jeg møder i klinikken. Det er min erfaring, at der er et mønster i reaktionerne, som giver mening for patienterne, når de kan sætte dem ind i en sammenhæng. Reaktionerne aftager erfaringsvist ved en generel bedring i patientens tilstand og ved, at man finder en sammenhæng.

Braatøy skriver, at de nervøse symptomer udløses i specielle situationer eller af bestemte symboler (11; s. 516-517), og at vegetative forstyrrelser kan påvirkes ►



- ▶ ved, at man påvirker personen via kropslig og psykologisk behandling (11; s. 509). Det er i forbindelse med behandling vigtigt at være opmærksom på, at der ikke sker en forskydning mellem kropssystemerne. Hvis et symptom fra det motoriske system aftager, og der efterfølgende opstår symptomer i immunsystemet, er dette uhensigtsmæssigt, idet symptomer i immunsystemet kan være livstruende, ligesom det er tegn på, at der ikke er sket en hensigtsmæssig bearbejdning men blot en ændring i udtrykket.

Netop derfor er der inden for den psykomotoriske behandlingstradition lagt vægt på at give plads til de følelser, der opstår i forbindelse med behandlingen. Følelsesmæssige reaktioner kan være tegn på, at behandlingen virker hensigtsmæssigt, idet uaccepterede og ubearbejdede følelser kan fungere som en sygdoms- og symptomskabende faktor (12; s. 115).

*"Når man opnår kontakt med egne følelser og klare å gi uttrykk for dem, harmoniseres de og bliver ikke så påtrængende. Forutsetningen for at dette kan skje på en trygg måte, er at psykomotorikeren selv har et aksepterende forhold til det pasienten formidler" (12; s. 115).*

Det stiller store krav til terapeuten at forholde sig til patientens vegetative og dermed emotionelle reaktioner. For at kunne honorere kravene om at kunne tage konstruktivt imod patientens følelser må terapeuten have et godt kendskab til sig selv og sin egen formåen. I arbejdet med svært traumatiserede klienter kan det være nødvendigt med supervision for at forebygge sekundær traumatisering. Terapeuten bliver konfronteret med blandt andet en høj grad af ondskab og afmægtighed og kan blive følelsesmæssig påvirket af de ting, klienten fortæller, hvilket kan have betydning for, hvordan terapeuten griber behandlingen an.

### FYSIOTERAPEUTERS ROLLE

Som fysioterapeuter er vi ikke som sådan uddannede til at gå ind i en bearbejdning af patientens vanskelige følelser, men vi må forholde os til de reaktioner, behandlingen sætter gang i og bruge dem til at tilrettelægge behandlingen ud fra, så behandlingen af patienten ikke opleves som et nyt overgreb.

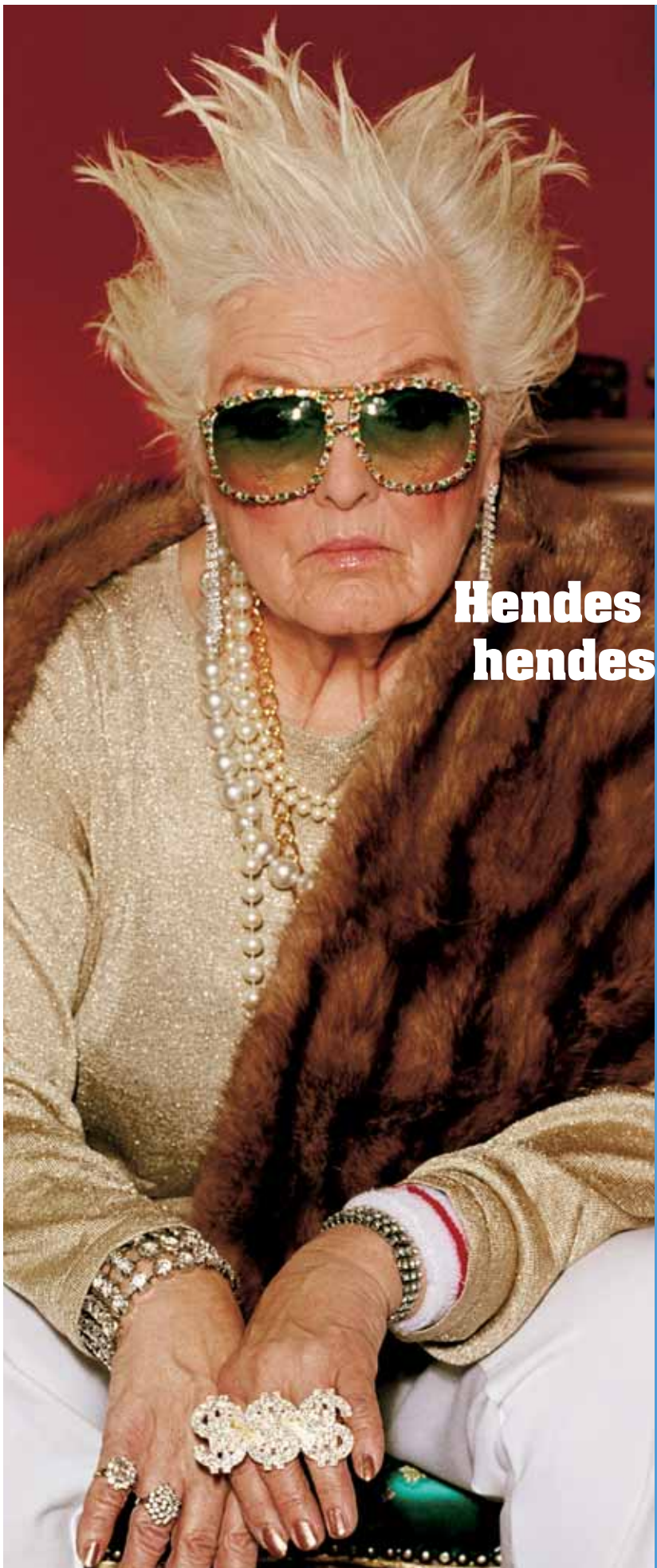
Fordi seksuelle overgreb, samt vold oplevet i barndommen, kan have store helbredsmæssige konsekvenser for det menneske, der er bærer af disse erfaringer, er det nødvendigt, at fysioterapeuter i forbindelse med undersøgelse og behandling også forholder sig til patientens traumatiske erfaringer. Det kan i mange tilfælde være væsentligt at efterspørge krænkelseserfaring og ikke

ignorere patientens fortælling om afmagt, når vedkommende selv præsenterer den, idet disse erfaringer kan have betydning for sygdoms- og symptomudvikling samt patientens reaktioner i forbindelse med kropslig behandling. At arbejde med mennesker udsat for tabubelagte overgreb er komplekst, og patientens følelser af eksempelvis skyld, skam, opgiveness og afmagt, kan smitte af på den professionelle hjælper. Vejledning på konkrete patientforløb kan være en stor hjælp for at komme videre i behandlingsforløbet.

*For yderligere informationer kontakt Mie Frydenlund Jensen på [fryd@stofanet.dk](mailto:fryd@stofanet.dk) ■*

### LITTERATURLISTE

1. Kirkengen, A. L. *Inscribed Bodies. Health Impact of Childhood Sexual Abuse.* Kluwer Academic Publishers; 2001.
2. Kirkengen, A. L.. Begrepet "funktionelle lidelser" vitner om biomedisinens dysfunktionelle teori-grunnlag. Tidsskrift for Norsk Lægeforening nr. 27, 2002.
3. Kirkengen, A. L. *Hvordan krenkede barn blir syke voksne.* Oslo. Universitetsforlaget; 2005.
4. Leira, H.. *Fra tabuisert traume til anerkjennelse og erkjennelse. Del 1. Om arbeid med barn som har erfart vold i familien.* Tidsskrift for Norsk Psykologforening 1990.
5. Helweg-Larsen, K. og Bøving Larsen, H. *Unge trivsel år 2002. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb i barndommen.* Statens Institut for Folkesundhed; 2002.
6. Brodal, P. *Sentralnervesystemet.* Universitetsforlaget i Oslo; 2001. 3. udgave.
7. Bell, R. F. og Schjødt, B. og Paulsberg, A.G.. *Barndomstraumer og kronisk smerte.* Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2759-60.
8. Thornquist, E.. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag.* Fagbokforlaget; 2003.
9. Varvin S. *Flukt og eksil. Traume, identitet og mestring.* Oslo. Universitetsforlaget; 2003.
10. Ekerholt K. og Falck M. *Fotfeste, en kropsbasert behandlingsprosess.* Pax Forlag A/S, Oslo; 1995.
11. Braatøy, T. *Medisinsk psykologi og psykoterapi. Del 2.* Munksgaard; 1947. Trykt i norsk lithografisk officin A/S. Oslo; 1965.
12. Thornquist E., Bunkan B.H. *Hva er psykomotorisk behandling? Pensumtjeneste: Universitetsforlag i Oslo; 1995.*



## Hendes smag er uforlignelig, hendes falkeblæk ufejlbarligt

**[ men vi har en plads der passer selv hende ]**

HandiCare kørestole har plads til alle typer, for vi ved, at forskellige mennesker har forskellige krav og behov.

Cirrus4 er en af markedets mest anvendte komfort kørestole. Især velegnet til brugeren der har behov for hjælp til at køre stolen. Komforten er i top, og stolen har mange individuelle indstillingsmuligheder for både bruger og hjælper. Tilt samt trinløs indstilling af sæde- dybden letter overflytningen og sikrer arbejdsmiljøet.

### **NU med et nyt stort tilbehørsprogram.**

Se nærmere på landets mest personlige kørestol. Ring til KEBO CARE og få et møde på tlf. 36 39 80 00.

På den måde får vi plads til alle  
- uanset syn på smag.



### **Plads til mennesker**

 KEBO CARE

# Samija kunne ikke kramme sine børn

Den bosniske kvinde Samija blev i en fangelejr flere gange voldtaget af soldater. Efterfølgende kunne hun ikke tåle berøring og derfor ikke give sine egne børn et kram. I behandlingen blev der nænsomt arbejdet med at få nye kropslige erfaringer

AF MIE FRYDENLUND JENSEN, FYSIOTERAPEUT,  
VIDERUDDANNELSE I NORSK PSYKIATRISK OG  
PSYKOSOMATISK FYSIOTERAPI  
FOTO NIELS ÅGE SKOVBO/SCANPIX

I forlængelse af artiklen om følgevirkninger efter seksuelle overgreb i barndommen præsenteres her en case om undersøgelse og behandling af en kvinde udsat for seksuelle overgreb i voksenlivet. Erfaringsmæssigt er mange af de helbredsmæssige konsekvenser og behandlingsmæssige overvejelser direkte overførbare til andre lignende tilfælde.

Jeg vil introducere artiklen med at beskrive noget af det, som kan være specielt efter krigsvoldtægt. Herefter beskrives undersøgelsesfund, herunder patientens reaktioner, og der redegøres efterfølgende for behandlingsforløbet, effekten og overvejelser undervejs. Metodisk har jeg taget udgangspunkt i teorier fra norsk psykomotorisk behandling. Min forståelse af patientens symptomer og reaktioner tager udgangspunkt i fænomenologien.

Kvinder er i alle tider blevet udsat for voldtægt i krige og konflikter. Kathrina Ramberg skriver i sin juridiske særbehandling om "Voldtekt som brudd på international humanitær rett", at Grotius (hollandsk historiker og teolog fra 1600-tallet) fra klassiske værker som Biblen og Illiaden har udledt, at voldtægt af fjendens kvinder altid har været en folkelig sædvane. Fænomenet er beskrevet i vikingehistorien, og også under anden verdenskrig var voldtægt af kvinder udbredt (1; s. 8).

*"På slutten af vårt århundre ser vi, at voldtekt av fiendens kvinner har utviklet seg fra å være en belønning til soldaterne, til å bli en integrert del af krigsføringens taktikk. I det tidligere Jugoslavia og Rwanda er voldtekt blitt brukt som middel i en overordnet plan om etnisk rensning. Kvinner har blitt udsat for organiserte og systematiske voldtekter*

*– med det formål å renske områder for uønskede etniske grupper. Voldtekten virker ødeleggende på kvinnene og demoraliserende for mennene" (1; s. 8).*

Voldtægt bruges således i dag som et bevidst ødelæggende middel i moderne krigsførelse, og efter min kliniske erfaring med stor effekt. Også mænd udsættes for seksuel tortur, seksuel ydmygelse og voldtægt i forbindelse med tilfangetagelse under krig eller fængsling under et totalitært regime.

Psykolog Libby Arcel skriver i en artikel om de psykiske følger af krigsvoldtægt;

*"Den sociale skam, der er forbundet med krigsvoldtægt, forhindrer både den enkelte kvinde og det samfund, der er blevet ramt af massive krigsvoldtægter, i at tale åbent om ydmygelsen. Krigsvoldtægter forbliver en privat oplevelse, som samfundet ønsker at glemme. Denne tavshed, som man har kaldt "tavshedens sammensværgelse", bidrager til at skjule kvindernes egentlige lidelse og forhindrer, at de bliver behandlet effektivt" (2; s. 10).*

Tabuisering af krigsvoldtægt kommer også til udtryk i behandlingssituationen. Det er ofte et vanskeligt område for både patient og terapeut, idet overgrebet er forbundet med skyld og skam, rædsel og afmagt. At der kan være behov for tolk i behandlingen, og derved være endnu en person, der bliver vidne om det tabubelagte overgreb, gør ofte situationen endnu vanskeligere for personen, der har behov for professionel hjælp.

Danmark har underskrevet FN's konvention mod tortur, og har der igennem forpligtet sig til at tilbyde medicinsk, psykologisk og social rehabilitering til tor- ▶

## indgang

■ I artiklen gives et eksempel på behandling af en ung kvinde, der har været udsat for voldtægt i forbindelse med krigen i det tidligere Jugoslavien.





*Samija har været udsat for overgreb i voksenlivet. Overvejelser i forbindelse med den fysioterapeutiske behandling af hende kan overføres til behandling af andre mennesker, der har været udsat for overgreb i barndommen.*

- ▶ turoverlevende. Derfor, og ikke mindst fordi mennesker udsat for krigsvoldtægt har et stort behandlingsbehov, er det vigtigt, at professionelle behandlere kan varetage behandlingsbehovet for denne patientgruppe.

Både Den Internationale Domstol og Det Internationale Krigsretstribunal for det tidligere Jugoslavien i Haag har i sager, hvor der er faldet dom, anerkendt krigsvoldtægt som tortur (2; s. 10).

### SKYLD OG SKAM

Betydningen af voldtægten for den enkelte bør ses i lyset af konteksten. Graden af skyld og skam er under indflydelse af den kultur, man er opvokset i; dels kulturen i familien, dels i samfundet. For muslimske kvinder kan seksuelle overgreb have store konsekvenser, idet de i nogle kulturer vil blive betragtet som varigt urene.

Jeg har som oftest mødt kvinder, som ikke har fortalt deres ægtefælle, at de har været udsat for voldtægt under krigen af frygt for, at ægtefællen vil tage afstand fra dem. I nogle tilfælde har børnene overværet voldtægten, og hændelsen er en velbevaret hemmelighed mellem mor og børn, som man ikke snakker om. Nogle kvinder er truet på livet af familien, fordi de som følge af voldtægten har bragt skam over familien.

Kvinderne undgår helst seksuelt samkvem med deres ægtefæller. Når de er sammen seksuelt, er det mit indtryk, ud fra de beretninger, jeg har fået fra kvinder, jeg har haft i behandling, at de dissocierer.

Også mænd, der har været udsat for voldtægt, kan efterfølgende få problemer med seksuelt samkvem med deres partner, idet de kan have vanskeligt ved at få erektion, og ligesom kvinderne også kan opleve afsky og panik ved seksuel aktivitet. Manden kan opleve frygt for, at han er blevet homoseksuel, hvilket kan have stor betydning i kulturer, hvor man fordømmer og udstøder homoseksuelle. At homoseksuelle mænd ifølge islam kan dømmes til døden for deres seksuelle orientering, kan for nogle være med til at forstærke frygten for at være homoseksuel (3; s. 4774).

De mennesker, jeg har mødt gennem mit arbejde de sidste seks år, og som har været udsat for krigsvoldtægt, har ud over smerter i store dele af kroppen også vanskeligt ved berøring fra andre. Krænkelsererfaringen kommer til udtryk på forskellige måder, og hvert menneske har sit eget udtryk og sine særegne symptomer. Samtlige jeg har haft i behandling har dog fortalt, at de føler sig konstant anspændte og vagtsomme. Alle i denne gruppe har fået en eller flere af diagnoserne: posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD), angst, depression eller personlighedsændring efter katastrofeoplevelse.

Eftersom symptomerne i PTSD-diagnosen er undgåelsesadfærd, hvilket også kommer tydeligt til udtryk ved

den kropslige behandling, idet berøring fra andre samt visse udgangsstillinger så vidt muligt undgås.

Der kan hos nogle være fraspaltede kropsområder, som eksempelvis at underkroppen fra maven og nedefter opleves som "iskold og død". Hvert menneske har unikke erfaringer og har sin egen historie og oplevelse af denne samt sit eget kropslige udtryk.

### SAMIJA

Jeg vil tage udgangspunkt i et behandlingsforløb, jeg har haft med en 34-årig bosnisk kvinde. Samija har siddet i fangelejr i seks måneder i 1995 under krigen i det tidligere Jugoslavien, hvoraf hun gennem fire måneder jævnlige har været udsat for voldtægt af soldater, der ofte var påvirket af alkohol og stoffer. Hun har to sønner i teenagealderen. Ægtefællen, som er far til begge børn, formodes at være dræbt under krigen, men hans lig er endnu ikke fundet. Samija har fået stillet diagnoserne PTSD og depression.

Casen tager udgangspunkt i den fysioterapeutiske behandling, men Samija har samtidig været i et tværfagligt behandlingsforløb hos psykolog, socialrådgiver og psykiater. Der er ændret i faktuelle data, så "Samija" ikke kan genkendes.

### Anamnese

Samija har ondt i lænd, nakke og skuldre. Smerterne i ryggen tiltager, når hun ligger på maven og på ryg-

### BRUG AF TOLK

Eftersom mange traumatiserede flygtninge har indlærings- og hukommelsesproblemer på grund af svær PTSD, kan det være nødvendigt at bruge tolk i behandlingen, idet en måde at øge patientens tryghed på er at give vedkommende mulighed for at udtrykke sig og modtage verbal information. Tolken må oftest af kulturelle og religiøse årsager være af samme køn som patienten. Tolken sidder i udgangspunktet ned og anmodes om ikke at røre patienten, idet det kan virke utrygt, hvis der er for mange mennesker, der går rundt om og rører ved én. Selv forsøger jeg også så vidt muligt at være i øjenhøjde med patienten for at minimere det dominansforhold, der kan ligge i, at én er høj, mens den anden er lav. Tolken oversætter patientens udsagn direkte, eksempelvis "Kroppen bliver træt og tung, og det sortner for mine øjne". Dette er for at undgå, at behandleren får tolkens fortolkning af patientens udsagn.



gen, hvor hun mærker; "...smerten og angsten. Jeg bliver anspændt". Hun sover på siden med en pude trykket mod maven og sætter sine fødder fast i noget, når hun skal sove, da hun ellers føler, de svæver væk; "...hele kroppen svæver væk om natten". Samija har natlige mareridt om krigen og vågner svedende flere gange i løbet af natten. Hun har kvalme mange gange dagligt samt hyppig hovedpine. Hænder og fødder er altid kolde og fugtige. Samija får dårlig samvittighed over, at hun synes, det er ubehageligt, når sønnerne for at være omsorgsfulde giver hende et knus. Samija har daglige angstanfald og er ved behandlingsstart sygemeldt fra sprogskolen.

### Kropsundersøgelse

Jeg undersøger Samija ud fra principperne i den psykomotoriske prøvebehandling; jeg ser på hendes kropsholdning, respiration, kropsfunktion samt foretager en generel muskelpalpation. Ligeledes noterer jeg løbende Samijas reaktioner, ligesom jeg undervejs taler med hende om oplevelsen af og reaktionerne på undersøgelsen for at inddrage Samija som aktiv deltager i situationen.

Samija står med vægten på hælene og låste knæ. Hun sidder i muskulaturen i benene, og der er generelt megen aktivitet i hele kroppen i den stående stilling. Ved passiv bevægelse af henholdsvis skulderbue og hoved er der modstand mod bevægelsen. Ved knæbøjning adduceres knæene og går ind og støtter hinanden. Ved knæstræk ekstenderer Samija i lænderyggen og arbejder ikke isoleret i lårmuskulaturen.

Samija bliver utilpas og føler, hun er ved at vælte. Hun oplever generelt at stå ustabil. Hun bliver let svimmel og føler, at benene hvert øjeblik kan give efter under hende, når hun eksempelvis står i kø i supermarkedet. Adspurgt om hvorvidt det at stå bringer minder frem, fortæller Samija, at stillingen minder hende om, hvordan kvinderne i lejren blev udtaget til voldtægt.

I den siddende stilling er knæene samlede, og Samija sidder sammenkrummet med bækkenet trukket ind under sig. Hænderne er krydsede over knæene. Skulderbuen er fremtrukket, og Samija mærker, det spænder i hoved, nakke og knæhaser, og hun får det dårligt. Hendes strategi er at komme ned at ligge; "Kroppen bliver træt og tung, og det sortner for mine øjne". ▶

# Munksgaard præsenterer ...

... DEN FØRSTE DANSKE LÆREBOG TIL ERGOTERAPEUTER OG FYSIOTERAPEUTER, hvor omdrejningspunktet er den viden, de problemstillinger og spørgsmål, som terapeuter stiller i relation til neurologien og dens rehabilitering.

Der tages forbehold for trykfejl og prisændringer



### NEUROLOGI OG NEUROREHABILITERING

Eva Wæhrens, Annette Winkel og Jens Gyiring  
Kr. ca. 598,00 • ca. 580 sider

UDKOMMER D. 10. SEPTEMBER 2006



### CASE RAPPORT

Hanne Albert, Bente Hovmand, Hans Lund, Annette Winkel og Lisbeth Villemoes Sørensen  
Kr. 228,00 • 176 sider • 2005



### MENNESKET I HJERNEN

Kjeld Fredens  
Kr. 225,00 • 286 sider • 2004

KØB DEM HOS DIN BOGHANDLER



Tilmeld dig forlagens E-nyheder på [www.munksgaarddanmark.dk](http://www.munksgaarddanmark.dk) og [www.hansreitzel.dk](http://www.hansreitzel.dk)



MUNKSGAARD DANMARK  
Sjæleboderne 2 - 1122 København K - tlf. 3375 5900  
[www.munksgaarddanmark.dk](http://www.munksgaarddanmark.dk)

► Jeg vælger at afslutte undersøgelsen for denne gang, da det er for vanskeligt for Samija at fortsætte.

Da Samija kommer til vores aftale ugen efter, undersøger jeg hende i den langsiddende stilling. Her mærker hun stramhed i knæhaser og hoftebøjere. Efter et par gange at have trukket benet op mod sig med foden hvilende mod briksen og derefter lade benet glide ud igen langs briksen, oplever Samija, at stramheden slipper lidt. Adduktionsmønstret i UE er tydeligt, men jeg vælger ikke at bryde det på nuværende tidspunkt. Efter Samija har sluppet benet ud, kommer der respirationsvar i form af en dyb inspiration og efterfølgende eksspiration. I den psykomotoriske teori indgår, at når man arbejder med strækimpulser, løsnes respirationen og omvendt.

Respirationen er generelt afklemt men vanskelig at iagttage specifikt, idet Samija er påklædt. I nogle situationer er det dog tydeligt, at respirationen bremses helt. I andre situationer kommer der respirationsvar; som et lettelsens suk.

Ved palpation af rygmuskulaturen ligger Samija i fremliggende stilling med hovedet drejet til den ene side. Samija er meget palpationsømt, og hun reagerer med at trække sig en smule væk, rynker panden og

kniber kortvarigt øjnene sammen. Hun ligger anspændt på maven og presser armene ind til siden. Hun holder vejret, når jeg rører ved hende og slipper først igen, når berøringen er overstået. Hun oplever, det sortner for øjnene. Adspurgt er hun kun "lidt tilstede".

I dag ville jeg nok have fravalgt palpationen i den fremliggende stilling, eftersom Samija allerede i anamnesen har fortalt, hun oplever smerte og angst, når hun ligger på maven.

Samija kommer op at sidde, og armene palperes i siddende stilling. Også armene er palpationsømt, og Samija reagerer som i fremliggende. Hun åbner på et tidspunkt munden og skal til at sige noget, men gør det ikke. Adspurgt ville hun sige, at det gjorde ondt. Da hun støttes i at sige fra ved smerte eller anden type af ubehag, får hun tårer i øjnene.

Fødderne er stive og kolde, og Samija oplever ubehag ved mobilisering; "Det er så stramt. Sådan har det ikke altid været". Da jeg palperer lægmuskulaturen, med Samija siddende i langsiddende med rygstøtte og det pågældende ben bøjet op, rynker hun panden og tager luft ind for at sige noget, men gør det igen ikke. Adspurgt om hvad hun mærker, er hun også ømt her.

Samija presser tænder og læber sammen, og adspurgt bekræfter hun, at kæbemuskulaturen er ømt. Hun fortæller, hun presser tungen op mod ganen, da hun ikke ved, hvad hun ellers skal gøre af den. Også i nakke- og halsmuskulatur er Samija palpationsømt. Hun siger fra ved lyd og reagerer også med hånden. Adspurgt fortæller Samija, at hun kun sætter lyd på, når det bliver for meget for hende, men at hun er vant til at udholde megen smerte. Der er fri passiv bevægelighed i nakken, men Samija giver slip og forsvinder mentalt i kontakten, da jeg rører hendes hoved i den siddende stilling.

#### REAKTIONER UNDER UNDERSØGELSEN

Samija er påklædt under hele undersøgelsen. Hun vrider hænderne og virker nervøs i starten, men der er i udgangspunktet god kontakt til hende. Da jeg bevæger Samijas hoved, dissocierer hun.

Der er vegetative reaktioner i form af svedtendens, når Samija bliver ekstra urolig, hvilket hun selv bemærker. Respirationen er afklemt, men der kommer flere respirationsvar undervejs.

#### Konklusion på undersøgelsen

Samija oplever at være meget anspændt, ligesom hun har mange vegetative reaktioner, hvilket også er observeret ved undersøgelsen. Hun har det vanskeligt med berøring fra andre, er generelt ømt ved muskelpalpation og oplever sin krop via smerte.

Fødderne er stive, og der er megen aktivitet i den

**Fysioterapeutskolernes Censorkorps mangler censorer**

Fysioterapeutskolernes Censorkorps søger censorer, der kan censurere inden for de fysioterapeutiske uddannelsesområder, specielt

- Fysioterapifagets teorier og metoder
- Manuel undersøgelse og behandling Og eventuelt
- Bachelorprojekterne

Læs artiklen side 25 og se annoncen på censorformandskabets hjemmeside: [www.esbfys.dk/censor.html](http://www.esbfys.dk/censor.html)

## THE STARTLE PATTERN

I 1929 beskrev Strauss det kropslige forsvarsmønster, som i 1936 blev yderligere dokumenteret og beskrevet af psykologiprofessorerne Hunt og Landis.

En forsøgsleder skyder op i luften med en revolver som stimulus, og man iagttager forsøgspersonernes kropslige reaktionsmønster i forbindelse med en pludselig høj lyd. Dette er senere analyseret ved hjælp af fotooptagelser. Reaktionsmønstret er en universel basal reaktion uden for viljens kontrol. Mønstret er iagttaget hos forskellige racer samt hos både spædbørn og voksne. Det karakteristiske mønster er, at man blinker med øjnene, tænderne bides sammen, hovedet bevæges fremover, skulderbuen trækkes op og frem, overarmene abduceres, albuerne flekteres, underarmene proneres, fingrene flekteres, abdomen kontraheres og knæene bøjes.

Mønstret er som oftest, men ikke altid symmetrisk. Der kan iagttages en relativ asymmetri, hvor højre og venstre side af kroppen viser samme element af respons, men hvor det er stærkere på den ene side i forhold til den anden.

Det kropslige forsvarsmønster var indtaget i et halvt til et helt sekund efter, revolveren blev af-fyret, hvorefter forsøgspersonerne indtog deres sædvanlige kropsholdningsmønster.

Jeg har iagttaget dette flektionsmønster i varierende grad hos patienter i forbindelse med undersøgelse og behandling. Hos nogle patienter er mønstret indtaget som en umiddelbar reaktion på undersøgelsessituationen. Hos andre er der præg af, at dette mønster har været dominerende over længere tid, idet der er kontraktion i eksempelvis haser, biceps og brystmuskulatur.

Kilde: Landis C. og Hunt W. The Startle Pattern. Farrar & Rinehart, Inc. Publishers, New York; 1968.

stående stilling, hvor tyngdepunktet er forskudt bagud, hvilket i sig selv vil kræve ekstra muskelarbejde for at holde balancen. Samija oplever at stå dårligt, og den stående stilling minder hende om, hvordan hun blev udtaget til voldtægt.

De forværrede smerter i ryg- og fremliggende

stilling kan formentlig også relateres til voldtægten, idet udgangsstillingerne formodes at minde om overgrebene. Der er dog ikke spurgt specifikt til dette. At Samija dissocierer i flere tilfælde ved berøring omkring nakke/hals/hoved tyder på, at disse områder også er sårbare. Oplevelsen af at kroppen svæver væk om natten er også en form for dissociation.

Samija forbliver nærværende i kontakten ved passiv bevægelse af hovedet, hvor hun yder modstand mod at lade sig bevæge passivt, mens hun står. At hun dissocierer, da hun kommer ned at sidde, kan skyldes, hun her ikke har samme grad af spænding og fodfæste i den siddende stilling, hvilket indikerer, at hendes kropslige forsvar er skrøbeligt. Det vil være uundgåeligt, at Samija kommer i kontakt med erindringer fra voldtægten i forbindelse med kropslig undersøgelse og behandling, men jeg må hjælpe hende med at skelne i tid og sted. Det er ikke hensigten, hun skal overvældes følelsesmæssigt, og det er vigtigt at holde fast i en fælles virkelighed. Jeg må spørge ind til dissociation undervejs og stoppe, når Samija ikke kan være med længere, da jeg ellers vil bidrage til at forstærke hendes forsvar og uhensigtsmæssige reaktion.

Af samme grund fravælges det at bryde adduktionsmønstret, som er en del af det kropslige forsvarsmønster. At hasemuskulatur og hoftebøjere er stramme og spændte indikerer, at Samija har været belastet over tid, og at det ikke kun er i undersøgelsessituationen, det kropslige forsvarsmønster indtages. Samija har vanskeligt ved selektivt muskelarbejde, og hele kroppen aktiveres.

Den afklemt respiration stemmer overens med anspændtheden og kan forstås sådan, at Samija via respirationen kontrollerer svære og uønskede følelser. At der kommer respirationssvar undervejs i undersøgelsen tyder på, at Samija kan slippe noget af sin spænding, og at hun har adgang til sine følelser.

Inden for norsk psykomotorisk fysioterapi betragtes dét at slippe vejrtrækningen (at give slip på respiratoriske og muskulære bremsere), som at åbne op for og slippe følelserne til. Der er en dynamisk vekselvirkning mellem respiration og emotioner. Via respirationen giver vi udtryk for vores følelser, og via respirationen holdes truende og uacceptable følelser og impulser tilbage (4; s. 27).

Samijas spontane reaktionsmønster på smerte er at bide sammen og holde tilbage, hvilket især ses i den mimiske ansigtsmuskulatur.

Der er vegetative reaktioner i form af svedtendens, når Samija bliver ekstra urolig, hvilket hun selv bemærker. De kolde hænder og fødder samt kvalmen er også vegetative reaktioner, som kan forstås som vanskelige emotioner, der kommer kropsligt til udtryk (5, 6, 7). ►

- ▶ Samijas symptomer kan relateres til de overgreb, hun har været udsat for. Samija vurderes at have et potentiale for omstillbarhed. Samija er forholdsvis god i kontakten og har gode ressourcer til at indgå i en relation. Hun er selv opmærksom på kropslige ændringer som eksempelvis, at hun begynder at svede, og at hendes fødder ikke altid har været stive.



Samija tilbydes psykomotorisk behandling med det overordnede formål at generobre sin krop og få et mindre smertefuldt forhold til sin krop. Behandlingen vil blandt andet tage udgangspunkt i at bedre det kropslige fundament, herunder blødgøre fødderne, arbejde med et dynamisk stræk i knæene og bedre stabiliteten.

Der kan også arbejdes med ubehaget; Samija skal støttes i at sige fra og i at kunne handle sig ud af kropslige stillinger og situationer, der vækker ubehag. Det er vigtigt, at niveauet er passende, idet der også skal arbejdes med at kunne give

sig hen. Overgrebene har været af en meget indgribende karakter, og det formodes, der vil blive tale om et længerevarende behandlingsforløb.

### BEHANDLINGSFORLØBET

Samija har modtaget fysioterapeutisk behandling en time om ugen. I starten meldte hun jævnligt afbud, fordi hun havde det dårligt, og fordi det var svært at komme til den kropslige behandling. Efterhånden blev fremmødet dog stabilt.

Vi arbejdede i siddende og langsiddende stilling med aktive øvelser for fødder, ben, ryg og skulder/nakkeåg. Dette for at give Samija mulighed for at bevare kontrollen over egen krop. Jeg spurgte jævnligt ind til, hvad hun mærkede for at få fokus på andre kropslige oplevelser end smerte (eksempelvis varme, kulde, tyngde, lethed, prikken, øget kontakt) og for at stimulere hende til at mærke efter, hvad der skete undervejs i behandlingen.

Jeg masserede Samijas fødder og underben i langsiddende stilling (stadig med Samija fuldt påklædt), da

disse kropsområder var de mindst farlige i relation til overgrebene. Som en del af progressionen lod jeg Samija selv massere sine lårmuskler, hvorefter jeg spurgte om tilladelse efter et par behandlinger, - igen for at give Samija oplevelsen af at blive mødt med respekt og for at give hende oplevelsen af at kunne sige fra.

Fra at sidde på spring slappede Samija mere af, efterhånden som hun vænnede sig til, jeg rørte ved hende. Det var ikke kun den kropslige dialog, der var i fokus, men også den verbale dialog om, hvordan Samija oplevede berøringen, var vigtig.

Selektiv bevægelse har også været et tema. I starten trak Samija skuldrene op til ørerne, holdt vejret og bed tænderne sammen, når hun skulle krumme tæerne; hele kroppen var på arbejde. Efterhånden er kropskontakten og bevidstheden øget, og Samija kan efterhånden arbejde over eksempelvis tåleddene uden at bruge andre muskelgrupper.

Der blev nænsomt arbejdet med at bryde det kropslige forsvarsmønster, og gradvist blev adduktionen i hoften brudt. Samija samler ikke længere knæene, når hun laver knæbøjning i stående stilling, eller når hun sidder i langsiddende og trækker benet op til sig. Det er ikke længere en udpræget del af hendes kropslige bevægerepertoire.

I starten af behandlingsforløbet blev det kropslige forsvar støttet, mens der senere i forløbet er arbejdet med et frit og spontant kropsstræk.

### EFTER 24 MÅNEDERS BEHANDLING

Samija har fået nye kropslige erfaringer i forhold til berøring fra andre. Hun nyder nu at få et knus af sine sønner og tager også selv initiativ til det, ligesom hun også giver knus til anden nærmeste familie.

Tabuet er brudt, og vi har ud fra de kropslige reaktioner talt om sammenhængen mellem overgrebene og de nuværende symptomer. Ved at sætte ord på tvungen oralsex og ved at arbejde kropsligt med at kunne handle sig ud af eksempelvis siddende ventralfleksion, en udgangsstilling som bringer minder frem hos Samija om tvungen oralsex, er kvalmen aftaget, og er nu helt forsvundet. At kvalmen relativt hurtigt er forsvundet, kan også forklares med, at det har været en perception knyttet til munden, - et eksempel på et symptom, som er åstedspecifikt. Det at få sprogliggjort hændelsen kan i sig selv have været med til, at symptomerne relativt hurtigt er forsvundet. Kvalmen er således ikke nødvendigvis et kropsligt udtryk for vanskelige emotioner som sådan. Spændingen i nakke-/skulderåg samt hovedpinen er ikke længere konstant, og Samija har længere perioder, hvor hun ikke har smerter.

Også rygsmerterne er forsvundet, og Samija kan nu ligge på ryggen og få behandling af ansigt og nakke,



uden hun dissocierer. Fornemmelsen af at kroppen svæver, når hun ligger ned, er væk. Hænder og fødder er ikke længere kolde og fugtige. Når Samija kommer i kontakt med vanskelige emotioner i forbindelse med behandlingen, kan hun med støtte give verbalt udtryk for dette, ligesom hun siger fra ved tilbud om noget, hun ikke har lyst til, eksempelvis træning i varmtvandsbassin, hvor der også er mænd på holdet.

Samija får ikke længere angstanfald og kan i dag handle ind uden at komme i kontakt med ubehagelige minder, når hun står i kø sammen med andre. Hun er påbegyndt sprogskolforløbet igen og er startet i praktik en dag om ugen.

Så god var status ved afslutning af forløbet. I forbindelse med et par opfølgende behandlinger med tre-fire ugers mellemrum, oplever Samija dog en forværring i sin tilstand. Det er blandt andet svært at være i praktikken, hvor hun føler sig isoleret fra de andre medarbejdere, der arbejder på fuld tid, ligesom det er vanskeligt for hende af og til at skulle arbejde i en kælder, der bringer minder frem om dengang, hun var spærret inde.

Samija kan dog bedre give udtryk for de følelser, der vækkes i hende. Hun er klar over sammenhængen mellem tidligere oplevelser og nuværende reaktioner og bliver ikke så overvældet af og bange for sine kropslige symptomer, der heller ikke har samme omfang og intensitet som ved behandlingsforløbets start.

## BEHANDLINGEN TAGER TID

Ovenstående behandlingsforløb har repræsenteret centrale temaer for mig under videreuddannelsen i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Jeg har været i tvivl om, hvordan jeg bedst kunne behandle mennesker med følgevirkninger efter overgreb i forhold til smerter eller andre symptomer, der er åstedsspecifikke; hvor hele situationen og dens iboende mening og betydning for den krænkede har betydning for, hvordan en sådan levet erfaring senere fremstår i kroppen. Smerten er indskrevet i kroppen (8; s. 83).

Hvorvidt jeg kunne håndtere det allermest skræmmende og ydmygende, Samija har oplevet, på en ordentlig og tilfredsstillende måde, har også fyldt en del hos mig. Jeg oplevede at blive teknisk og forholdt mig kognitivt til Samijas reaktioner, eksempelvis ved at bede hende fokusere på spændingen i nakke og ryg og ikke på kvalmen og ubehaget, når hun sad ventralflekteret.

Efter at have fået vejledning på forløbet tog jeg mod til mig og spurgte ind til, hvad ubehaget kunne relateres til, og sammen fik vi sprogliggjort sammenhængen mellem tidligere oplevelser og de nuværende symptomer og reaktioner med henblik på at skabe bevidsthed og sætte gang i en ændringsproces. Det var ikke så svært som frygtet at spørge direkte ind, og det gav god

mening i forhold til det, som skete i behandlingen. De kropslige reaktioner gav nu pludselig mening for Samija, og vi arbejdede med, at hun fik nye kropslige erfaringer i forhold til at kunne handle sig ud af den ubehagelige situation, hvor hun tidligere havde været total afmægtig. Kvalmen aftog i løbet af kort tid. Der gik længere tid, inden spændingerne i skuldre, nakke, hals og ansigt mindskedes, men efter nogle måneder forsvandt også disse symptomer.

Behandlingen er en proces over tid, hvor der også sker ændringer mellem behandlingerne. Processen fremskyndes således ikke af flere behandlinger ugentligt. Norsk psykomotorisk fysioterapi er en behandlingsmetode, som har til formål at styrke patientens egen handlekraft og retten til sund selvhævdelse. Det er derfor væsentligt, at patienten får tid og støtte til at øve sig i at agere anderledes i sit liv, også uden for behandlingslokalet. Det er derfor relevant at spørge ind til, hvad der sker i patientens liv i øvrigt; i Samijas tilfælde eksempelvis forholdet til berøring fra andre.

Et mål for behandlingen er, at der sker en kropslig ændring, og at patienten kan integrere traumatet i sig. Der vil ofte være tale om et længerevarende behandlingsforløb, hvis man ønsker at indgå i et indsigtsgivende terapiforløb. Det er dog ikke alle patienter, der har evner og indsigt til at indgå i et indsigtsgivende terapiforløb, og her kan alternativet være kortvarige behandlingsforløb med henblik på kortvarig symptomlindring. ■

## LITTERATUR

1. Ramberg K. Voldtekt som brudd på internasjonal humanitær rett – med spesielle vekt på Jugoslavia-tribunalets jurisdiksjon. Særavhandling nr. 89; 1998. Det juridiske fakultet. Universitetet i Tromsø.
2. Arcel L. T. Psykiske følger af krigsvoldtægt. Psykiatri Information nr. 4; 2001.
3. Theilade L. Seksuel dysfunktion hos torturofre. Ugeskrift for læger 2002; 164: 4773-6.
4. Thornquist E., Bunkan B.H. Hva er psykomotorisk behandling? Pensumtjeneste: Universitetsforlaget i Oslo; 1995.
5. Damasio A. The feeling of what happens. Body, emotion and the making of consciousness. Vintage; 2000.
6. Braatøy T. Medicinsk psykologi og psykoterapi. Del 2. Munksgaard; 1947. trykt i norsk lithografisk officin A7S. Oslo; 1965.
7. Brodal P. Sentralnervesystemet. Universitetsforlaget; 2001, 3 udg.
8. Kirkengen A.L. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Universitetsforlaget; 2005.



## Ondt i ryggen

**Hæfte** ■ Gigtforeningen har netop udsendt faktahæftet 'Et liv med ondt i ryggen'. Hæftet forklarer blandt andet, hvorfor man får ondt i ryggen, hvad man selv kan gøre for at afhjælpe smerter, samt hvilken behandling der kan komme på tale. *Hæftet kan købes hos Gigtforeningen og koster 30 kroner for medlemmer og 50 kroner for ikke-medlemmer. Henvendelse på tlf. 39 77 80 00 eller [www.gigtforeningen.dk/butik](http://www.gigtforeningen.dk/butik).*



## Værd at vide

**Inkontinens** ■ Denne bog forklarer om typer af og årsager til inkontinens. Der er råd om, hvad man selv kan gøre for at undgå eller minimere et inkontinensproblem, og der er nyttig viden om, hvad sundhedsvæsenet kan tilbyde af undersøgelser og behandling. Endvidere er der afsnit om problemer relateret til inkontinens og information om hjælpemidler og nyttige adresser.

*Marianne Ottesen, Værd at vide om inkontinens – og andre vandladningsproblemer hos kvinder. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. 120 sider. 149 kr.*



## Sundhedslære

**Holistisk sundhedslære** ■ Bogen efterlyser et sporskifte i det offentlige sundhedsvæsen samt en åben dialog om sygdom og raskhed. Bogen er et bidrag til en alternativ sundhedsfilosofi, der tager udgangspunkt i det enkelte menneske og dets omgivelser.

*Jørgen Døør og Dorte B. Madsen. At finde sig selv, Holistisk sundhedslære. Forlaget Hovedland. 128 sider. Pris: 199 kr.*



## Liv som gammel

**Forskning** ■ Rapporten giver et indblik i de forestillinger og ønsker, som 33 danskere i alderen 19-99 år har til livet som gammel. Rapporten indeholder desuden interviews med en række lands- og kommunalpolitikere samt fremtrædende debattører og aldringsforskere om det gode liv som gammel.

*Antropolog, mag.art., ph.d. Marie Konge Nielsen. Styrelsen for Social Service og Ældre Forum. [www.servicestyrelsen.dk](http://www.servicestyrelsen.dk)*



## Ældres helbred

**Rapport** ■ Der bliver fremover flere ældre, men frem for at bekymre sig, burde man glæde sig på de gamles vegne. For de får ikke blot flere år at leve i. Der vil også være flere, som får flere gode år at leve i. Det er hovedkonklusionen i denne rapport.

*Merete Platz. Ældres helbred og velbefindende – flere gode leveår? Rapporten kan bestilles på [mail@aeldreviden.dk](mailto:mail@aeldreviden.dk) /3940 1010. 98 sider. Pris: 100 kr.*



## Børn og voksne

**Forskning** ■ Affektregulering spiller en helt central rolle i relationen mellem mor og barn og mellem terapeut og klient. Forfatterne belyser affektreguleringens betydning for tilknytning for selvets dannelse og for udvikling, fejludvikling og psykoterapi - særligt i forhold

til terapi med klienter med personlighedsforstyrrelser.

*Peter Fonagy, Allan N. Schore og Daniel N. Stern. Affektregulering i udvikling og psykoterapi Hans Reitzels Forlag ISBN 87-412-0219-8. 415 sider. Pris: 325 kr.*



bøgerm.m.

## Anatomi

**Lærebog** ■ 10. udgave af en klassisk lærebog, blot med en udvidet og mere dækkende titel. Teksten er gennemgribende bearbejdet og ajourført. De tegnede figurer er stort set udskiftet med nye farveillustrationer.

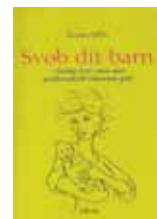
*J. Rostgaard, J. Tranum-Jensen, K. Qvortrup og Peter Holm-Nielsen Hovedets, halsens og de indre organers anatomi. Munksgaard Forlag. ISBN 87-628-0534-7. 10. udg. 1. oplag. 448 sider. Pris: 868 kr. inkl. Moms.*



## Svøbeteknik

**Teknikker** ■ Bogen fortæller om enkle teknikker, som kan læres af alle, nemlig at svøbe barnet og udsætte det for sansestimuli, som det kender fra livmoderen. Metoden er blevet introduceret til Rigshospitalets barselsgang, hvor man med stor begejstring har taget den til sig.

*Kirsten Sellin, Svøb dit barn – efterlign livet i mors mave. Forlaget Olivia. 80 sider. Pris: 199 kr.*





# Der er brug for helt almindelige fysioterapeuter

Fysioterapeuter fra praksis efterlyses som censorer. Det giver faglig udfordring og inspiration at være censor, og så lærer man den nye generation af fysioterapeuter at kende

AF FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK  
FOTO JACOB EHRBAHN/POLFOTO

Der mangler fysioterapeuter fra praksis, der har lyst til at være censorer på fysioterapeutskolerne. Alt for mange af de censorer, der benyttes til eksaminerne på fysioterapeutuddannelsen er selv underviser på en af de andre skoler. Og det er lidt af et problem, mener Dorte Høst og Nils Erik Sjöberg, formand og næstformand for Censorformandskabet.

"Det fremgår af Bekendtgørelsen om prøver og eksamener, at mindst en tredjedel af censorerne i censorkorpset skal være personer, der har deres ho-

vedbeskæftigelse uden for de institutioner, der udbyder videreuddannelse", fortæller Dorte Høst. "Og det er der en god grund til, for censorerne skal i eksamenssituationen kunne diskutere og/eller forholde sig til emnet i forhold til praksis".

Der er to grupper censorer på skolerne: fysioterapeuterne, der tager sig af de terapeutiske fag og læger og cand. scienter, der f.eks. tager sig af censurering på anatomi- og fysiologifaget.

Og der er brug for begge grupper. Udover Læger ►

## fakta om...

Læs mere om kursus for censorer, landsmøde om den nye karakterskala, og hvordan du kan tilmelde dig som censor ved at klikke ind på <http://www.esbfys.dk/censor.html>

Se den nye karakterskala på Undervisningsministeriets hjemmeside <http://www.uvm.dk/nyskala>

- ▶ og cand. scienter er der 200 fysioterapeuter i censor-korpset, og det er ifølge Dorte Høst langt fra nok. Ud af dem kommer under en tredjedel fra praksis, og det er ikke nok til at opfylde bekendtgørelsens krav. Især i forbindelse med eksamen i manuel væv og de teoretiske, fysioterapeutiske eksaminer efterlyser uddannelsesstederne ofte censorer fra praksissektoren, og dem er der næsten ingen af i censorpuljen.

Det er ifølge Dorte Høst vigtigt, at et fag, der i høj grad baserer sig på manuelle færdigheder, også bedømmes af censorer, der er forankrede i praksis og arbejder med patienter til dagligt.

Der benyttes primært fysioterapeuter til at censurere på eksaminerne i manuel væv (4. semester), basal fysioterapi (3. semester), teoretisk fysioterapi (6. semester) og bachelorprojekterne.

#### KURSUS FOR CENSORER

Der er mange fysioterapeuter, der ville være rigtig gode som censorer, men mange af dem tror ifølge Nils Erik Sjöberg måske ikke, de er gode nok. Men man skal hverken have undervist på skolen eller have en videregående efteruddannelse for at kunne varetage censorhvervet på de kliniske eksaminer. Det er først i forbindelse med bachelorprojektet (faktaboks), at der stilles krav om en videregående uddannelse på mindst master- eller kandidatniveau.

En af de vigtigste forudsætninger for at være censor er, at man brænder for sit fag og har lyst til at videreudvikle sig selv og faget.

"De fleste fysioterapeuter er desuden gode til at vurdere og analysere, så den del af at være censor er som regel ikke et problem", mener Nils Erik Sjöberg. Han fortæller, at skolerne til stadighed arbejder på at

udvikle såvel fag- som eksamensbeskrivelser, så det bliver lettere for censorerne at forholde sig til bedømmelsesgrundlaget.

Han er derfor ikke i tvivl om, at fysioterapeuter, der følger med i faget generelt og holder sig ajour inden for deres praksisfelt, har de fornødne faglige kompetencer til at varetage censorhvervet.

Meget ofte er det de formelle rammer omkring eksamen, der er svær for de nybagte censorer. Derfor tilbyder censorformandskabet i samarbejde med undervisningsministeriet et kursus for nye censorer, hvor målet er at klæde dem på til opgaven. På kurset bliver bekendtgørelsen og grunduddannelsen gennemgået, og deltagerne får redskaber til at sætte karakter på en præstation. Kurset vil også gøre censorerne parate til at tage diskussionen med eksaminator, hvis de er uenige om karakteren. Også det findes der nemlig klare regler for i bekendtgørelsen.

"Kendskab til uddannelsen, fagene og karakterskalaen gør, at censorerne ikke skal bruge energi på dette under eksaminationen, og så kan man bedre koncentrere sig om det, de studerende fortæller og foreviser", fortæller Dorte Høst.

Kurset lægger også op til diskussion, som kan være med til skærpe censorernes evne til at vurdere eksamenssituationen. Censorerne skal ifølge Dorte Høst og Nils Erik Sjöberg kunne lægge deres kæpheste fra sig og sætte deres egen for forståelse i baggrunden. Også det vil være på dagsordenen, når kurserne finder sted i efteråret 2006 og foråret 2007.

#### DET ER SJOVT

Men hvad får fysioterapeuter til at tilmelde sig censor-korpset? Da Fysioterapeuten ringede til en række censorer, var det gennemgående svar, at de alle synes, det er sjovt og fagligt givende at være censor. Det gælder også praktiserende fysioterapeut og osteopat Peter Villum Færch, der for første gang i år har været censor ved manuel vævseksamen på fysioterapeutuddannelsen i København.

"Under eksamen udfordrer man både sig selv og de studerende og det er sjovt. Desuden bliver man selv klogere, når man skal stille spørgsmål til det, man går og gør til daglig", siger Peter Villum Færch. Diskussionerne med de studerende og det at forholde sig til kliniske problemstillinger er med til at give et fagligt input, og det giver ifølge Peter Villum Færch en masse energi og inspiration til hverdagen på klinikken.

"Det kan godt være, at jeg økonomisk kunne få mere ud af at være på klinikken i stedet for at være censor, men ikke alt skal gøres op i penge" siger Peter Villum Færch. Muligheden for at præge de studerende og blive fagligt

## fakta om...

#### En censorprofil

- Brænder for sit fag og ønsker at være med til at videreudvikle det
- Er god til at vurdere en præstation
- Er god til at forhandle
- Mestrer at skabe en ligeværdig dialog med de studerende
- Er nysgerrig og videbegærlig

Kilde: Fysioterapeut, formand for Censorformandskabet Dorte Høst.

udfordret opvejer ifølge Peter Villum Færch til fulde besværet og det økonomiske tab, der kan være ved at tage et censorjob 1-2 gange om året.

Dorte Høst er godt klar over, at det ikke primært er aflønningen, der får fysioterapeuter til at blive censorer. I starten vil den enkelte nok bruge længere tid på at forberede sig, og det er der ikke taget højde for i aflønningen. Heller ikke transporten er indregnet i honoraret. Det har censorformandskabet forsøgt at afhjælpe ved at sørge for at tildele skolerne censorer, der kommer fra lokalområdet. Der arbejdes på at få hævet satsen for censurering, men det bliver ifølge Dorte Høst svært at få flere løntimer til censureringen.

### NY KARAKTERSKALA

Undervisningsministeriet indfører i løbet af 2007 en helt ny karakterskala til afløsning af 13-skalaen. Den nye karakterskala, der har været afprøvet på nogle gymnasier, er ved at blive justeret og vil i løbet af efteråret blive udsendt til censorformandskaberne. Fordelen ved den nye karakterskala er, at den er kompatibel med ECTS-skalaen, hvilket sikrer international anvendelighed.

Den nye skala, der vil blive indført på fysioterapeutuddannelserne til sommereksamen 2007, er emnet for det kommende landsmøde for alle censorer (og undervisere) på fysioterapeutuddannelserne d. 7. marts 2007 i Odense.

Dorte Høst og Nils Erik Sjøberg håber, at der fremover vil være flere fysioterapeuter, der tager udfordringen op og tilmelder sig censorkorpset. Gevinsten er ny viden, masser af inspiration og muligheden for at lære en ny generation af fysioterapeuter at kende. ■

### KURSUS FOR CENSORER

Kursets formål er at styrke censorernes forudsætninger for at varetage censuropgaver på et kompetent og højt kvalificeret niveau i professionsbacheloruddannelser.

Kurserne afholdes d. 27. oktober, 3. november og 24. november henholdsvis på JCVU Århus Dag- og Aftenseminarium, Sygeplejeskolen i Roskilde, Ribe Amts Sygeplejeskole, Esbjerg. Deltagelse er gratis for censorer, som har deres hovedbeskæftigelse uden for uddannelsesinstitutioner, og som er beskikket censor i professionsbacheloruddannelserne. Der ydes kompensation for tabt arbejdsfortjeneste. Tilmelding til kurserne skal være fremsendt pr. mail senest den 15. september til det censorformandskab, hvor du er censor. Læs kursusopslag på fysio.dk/fysioterapeuten/bilag til artikler.

## Pris til ph.d.-studerende

**Jubilæumslegatet** ■ Fysioterapeuterne Annette Winkel og Marius Henriksen har modtaget Danske Fysioterapeuters nyindstiftede pris på 50.000 kr., der skal benyttes til deres ph.d.-forløb. I efteråret blev det besluttet, at Forskningsfonden fremover skal uddele en del af Jubilæumslegatets

midler som to priser til to ph.d.-studerende. Annette Winkel har modtaget prisen til projektet: Tidlig udskrivelse og hjemmetræning til patienter med apopleksi og Marius Henriksen til projektet: Shock absorption during walking in knee joint osteoarthritis.

## Flere med ph.d. og universitetsgrader

**Jubilæumsfonden** ■ Antallet af fysioterapeuter, der søger om fondsmidler i Danske Fysioterapeuter til master- og kandidatuddannelse eller et ph.d.-forløb, er i de senere år steget. I år var der otte ph.d.-studerende blandt de 41 ansøgere til midler i Jubilæumsfonden. Der er også sket en forskydning, så der er relativt flere i de senere år, der

søger om økonomisk støtte til master- og kandidatuddannelser, hvor det tidligere var mest almindeligt at tildele støtte til supplerings- og diplomuddannelserne. På fysio.dk og ffy.dk kan du læse mere om, hvordan du kan søge fondsmidler i Danske Fysioterapeuter. Kontakt sekretær Henriette Sørensen for yderligere oplysning på telefon 3341 4631.

## Pris til Rygforskningscentret i Ringe

**Spine Society** ■ Forskere fra Rygforskningscentret på Fyn har vundet en pris på 10.000 EUR. Prisen uddeles hvert år af the Spine Society of Europe for den artikel, der vurderes som værende den bedste af de indsendte artikler.

De danske rygforskere har fået prisen for en endnu ikke publiceret artikel, der omhandler sammenhængen mellem medic forandringer og kliniske fund. Læs mere om prisen på [www.eurospine.org](http://www.eurospine.org).

## Aktindsigt gælder også for praktiserende

**Patientklagenævn** ■ Reglen om aktindsigt gælder i hele sundhedsvæsnet og således også i privat praksis. Patienter har krav på at se hele journalen, hvis de forlanger det. Flere patienter har i 2005

fået medhold i klager over mangelfuld aktindsigt hos speciallæger. Man kan læse mere om patienters ret til aktindsigt i lov om patienters retsstilling. § 20, stk. 1.



## Smertebehandlingen trænger til et løft

**Ugeskrift** ■ Bedre behandlingsmuligheder, organisation og uddannelse var i fokus, da Ugeskrift For Læger havde fokus på smerteområdet i maj måned. Selvom der er sket en eksplosiv tilvækst af viden om smerter, mener flere af forfatterne til Ugeskriftets temanummer, at den behandling, smertepatienter tilbydes, er mangelfuld. Det skyldes blandt andet, at der i sundhedsvæsenets tilbud til smertepatienter ikke i tilstrækkelig grad er taget højde for den forskning, der har leveret en hel ny tilgang til behandlingen af smerter. Overlæge Niels-Henrik Jensen og sundhedspsykolog, cand. psyk. Søren Frølich skriver således i en leder til temanummeret, "at der i de kommende år ligger en stor opgave i at etablere en national eller i det mindste regionale strategier for den fremtidige behandling af kroniske smertepatienter". I Ugeskriftets temanummer har en lang række specialister skrevet om smerter og smertebehandling. Ugeskriftet har naturligvis særligt fokus på lægens rolle i smertebehandlingen, men lægger op til, at en tværfaglig tilgang til smertepatienter er nødvendig og relevant. Fysioterapeuter behandler mange patienter, hvor smerter er hovedproblemet, og det vil derfor være oplagt, at også fysioterapeuter holder sig opdaterede på dette felt. Kursusafdelingen i Danske Fysioterapeuter og Fysioterapeuten har derfor besluttet at sætte fokus på fysioterapeuters rolle i smertebehandlingen. Planen er, at Fysioterapeuten i foråret bringer en række artikler om smerte specielt målrettet fysioterapeuter. Dette følges op af kursusafdelingen, der planlægger at tilbyde en temadag om fysioterapeuternes rolle i smertebehandlingen i løbet af 2007. *Du kan finde Ugeskriftets temanummer på [www.ugeskriftet.dk/arkiv](http://www.ugeskriftet.dk/arkiv) klik ind på 15. maj 2006.*

## Temadag om ICF og børn

**ICF-CY** ■ I juni måned samledes 70 fagfolk til en temadag om ICF CY på Marselisborg Centret. Temadagen henvendte sig bredt til fagfolk, der arbejder med børn. Formiddagens program bød på konsulent Mette Svarrers overordnede oplæg om ICF og ICF-CY og fysioterapeut Helle Østergaars oplæg om ICF-CY's anvendelse i praksis. Om eftermiddagen var der gruppearbejde, hvor deltagerne skulle øve sig i at anvende ICF i en børnecase.

Læs referat fra temadagen på [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk)

## Effektive forløb for sygemeldte

**Ryg** ■ Socialforvaltningen i Hjørring Kommune, Rygambulatoriet, reumatologisk afdeling, Sygehus Vendsyssel, Hjørring og Social Medicinsk Enhed, Aalborg Sygehus har i et projekt samarbejdet omkring undersøgelses- og behandlingsforløb for patienter, der har været sygemeldt på grund af rygsmerter i 4-12 uger. Målet med projektet var primært at udvikle et samarbejde mellem sektorerne og sekundært at forebygge, at de sygemeldte mistede kontakten til arbejdsmarkedet. I perioden 2003-2004 inkluderedes 20 sygemeldte i projektet med en gennemsnitsalder på 43 år (13 mænd og 7 kvinder). De sygemeldte blev henvist

af socialforvaltningen til egen læge og videre til Rygambulatoriet på sygehuset: Her fik de sygemeldte tilbudt en to timers lægekonsultation, hvorefter lægen informerede patienten om formodede årsager til ryglidelsen og foreslog et behandlingsforløb til at afhjælpe rygproblemerne. Behandlingerne bestod primært af vejledning og instruktion efter McKenzie-metoden hos en fysioterapeut. Patienterne gennemgik følgende test: muskeltest (håndgrebsstyrke og styrke i knæekstensorer) og konditionstest på cykel. Patienterne udfyldte Roland Morris spørgeskema, og fysioterapeuten gennemførte en McKenzie-undersøgelse. Den fysioterapeutiske intervention blev suppleret med kognitiv adfærdsterapi. Der blev efter behov tilbudt ergoterapeutisk vejledning på arbejdspladsen og et forløb på ambulatoriets rygs-kole. Senere kunne der evt. suppleres med styrketræning. Enkelte patienter blev røntgenfotograferet eller skannet, og nogle af dem blev henvist til kirurg med henblik på

eventuel operation. Patienterne modtog let forståeligt journalmateriale, og en sygeplejerske gennemgik indholdet. Inden projektets start blev der afholdt en række kurser og møder for de involverede parter, her indgik blandt andet et todages-kommunikationskursus. Der blev løbende afholdt samarbejds-møder mellem forvaltning, praktiserende læger og sygehus. Projektet viste, at samarbejdet mellem sektorerne blev bedre, men forudsætningen for at det fungerer på sigt er, at alle, og ikke kun de involverede i projektet, har kendskab til hinandens arbejdsfelt. Et år efter interventionen fik de inkluderede tilsendt et spørgeskema, som halvdelen besvarede. Hos syv var tilstanden blevet bedre, og hos tre var den uændret eller forværret. Efter et år var 11 i arbejde igen og én raskmeldt i A-kassen. En havde fået bevilget fleksjob, tre havde fået tilkendt pension og én var fortsat sygemeldt. Det viste



FOTO: SIF MEINCKE/POLFOTO

sig, at deltagernes prognose var uafhængig af fysik, funktionstab og diagnose. Og det var ikke nødvendigvis dem, der havde scoret højt på de fysioterapeutiske test, der kom tilbage på arbejdsmarkedet. Projektet er blevet evalueret, og der foreligger en hovedrapport og en fysioterapeutisk delrapport. *For yderligere oplysning kan man kontakte afdelingsfysioterapeut Jan Nielsen, Sygehus Vendsyssel på tlf. 9964 3530.*

fysnyt



FOTO: THOMAS WILMANN/POLFOTO

## Patienter bruger alternativ behandling

**Kræft** ■ Kræftens Bekæmpelse publicerede i juni en undersøgelse af kræftpatienters brug af alternativ behandling. 250 patienter blev telefoninterviewet. De inkluderede blev rekrutteret fra den gruppe patienter, der kontaktede patientforeningens telefonrådgivning i perioden 14. oktober til 14. november 2004. Over halvdelen af de patienter, der indgik i spørgeskemaundersøgelsen har brugt alternativ behandling. Regnes indtagelse af fiskeolie, grøn te, vitaminer og mineraler samt forskellige afspændings-, visualiserings og motionsteknikker som f.eks. qi gong som alternative behandlingsformer, er der op mod 75 procent, der bruger alternativ behandling. Der er særligt mange, der har brugt naturlæge og kosttilskud, 37 procent har været hos alternativ behandler, 20 procent er blevet behandlet med akupunktur, og mange af dem har fået det af en læge. 14 procent er blevet behandlet med zoneterapi eller healing, 23 procent har anvendt afspænding, yoga, meditation, visualisering, tai chi og qi gong. Følgende grupper søger hyppigst alternativ behandling:

- kvinder
- under 60 år
- bopæl i Jylland
- patienter med brystkræft
- patienter der tidligere har anvendt alternativ behandling.

Resultaterne fra undersøgelsen er samlet i rapporten "Kræftpatienters brug af alternativ behandling", som kan hentes på [www.cancer.dk/rapporter](http://www.cancer.dk/rapporter)

## 25 års jubilæum

**Tillykke** ■ Afdelingsfysioterapeut Lis Suzanne Christensen kan den 1. september 2006 fejre 25 års jubilæum som ansat på Amager Hospital.

## Stol på idræt

**Ældre** ■ Dansk Arbejderidræts (DAI) projekt "Stol på idræt" har nu kørt et år. I forbindelse med projektet etableres et samarbejde mellem den frivillige idræt og udvalgte kommuner om at tilbyde træning til svage ældre. Mere end 90 frivillige og 23 fysioterapeuter har gennemført en uddannelse i løbet af foråret 2006 for at varetage træningen og test mv. I projektet starter fysiotera-

peuterne med at træne de ældre i et intensivt træningsforløb, hvorefter de frivillige instruktører tager over. Alle de ældre bliver testet inden og undervejs i projektet. Godt 30 ældre er i fuld gang med træningen, og test efter 8 ugers træning viser, at der er store procentvise fremgange. *Læs mere om projektet på DAI's hjemmeside [www.dai-sport.dk/stol\\_paa\\_idraet](http://www.dai-sport.dk/stol_paa_idraet)*

## Dansk Sportsmedicin på nettet

**WWW** ■ Dansk Sportsmedicin er nu kommet på nettet med egen hjemmeside. Her kan man finde faktuelle oplysninger, referencelister og manuskriptvejledning. Man kan

også finde et arkiv over tidsskrifter fra 1997 og fremefter. Man kan downloade alle tidsskrifter, der er ældre end to år, som pdf-filer. I samme arkiv kan man finde indholdsfortegnelserne for perioden 2005-2006. *Klik ind på [www.sportsmedicin.dk](http://www.sportsmedicin.dk)*

fysnyt



Petra er suveræn til grundlæggende fysisk træning, motion og sport. Cavalier giver stor stabilitet og bevægelsesfrihed ved gang inde som ude.

Begge modeller drejes let og præcist med styret. De har relevante indstillingsmuligheder og et enkelt og brugervenligt design.

**CAVALIER**

**Petra**  
by Connie Hansen

Petra by Connie Hansen • Byåsen 18, Ganløse • DK-3660 Stenløse  
Tel: +45 4819 5064 Fax: +45 4819 5066 • [mail@petrabike.com](mailto:mail@petrabike.com) • [www.petrabike.com](http://www.petrabike.com)

DET STÅR DER I AVISEN

# Om fysioterapi og fysioterapeuter

**(RIVEGILDE)** Debatten på fysio.dk om organiseringen af praksissektoren har givet dønninger i dagspressen. Under overskriften "Mistanke om prisaftaler i fysioterapien", skriver *Jyllands Posten*, at et internt rivegilde er i gang blandt landets fysioterapeuter med beskyldninger om bl.a. kartellignende prisaftaler. Konkurrencestyrelsen har ifølge *Jyllands Postens* oplysninger fået en anmeldelse om, at en eller flere navngivne fysioterapi-klinikker forsøger at presse en minimums-provisionssats for indlejere igennem over for andre klinikker. "Det svarer stort set til, at det offentlige tilskud, som patienterne får fra sygesikringen, ryger lige i lommerne på klinikejeren. Om det er en rimelig provision, kan vi ikke få dokumenteret ved regnskabstal eller på anden måde. Samtidig har vi som indlejere stort set ingen rettigheder og kan ryge ud med dags varsel. Til gengæld kan klinikejeren, som råder over mange ydernumre, score millioner, hvis han sælger klinikken videre", siger en anonym indlejer til avisen. Johnny Kuhr kalder i samme artikel oplysninger om, at attraktive klinikker kan sælges for 12 til 18 mio. kr. for "helt hen i vejret".

**(AFRIKA)** Det er anderledes venskabelige toner, der flyder fra *Dagbladet Roskildes* spalter. Avisen fortæller om foreningen Masangas Venner, der har sat sig som mål at få et sygehus på plads i Masanga i Sierra Leone. Avisen citerer projektets nyhedsbrev: "En vigtig del i, at vores projekt er kommet så godt fra start, kan tilskrives fysioterapeut David Gronert. Han var i to en halv måned projektets koordinator i Masanga. Her løste han afgørende opgaver for projektet med at få ansat personale og sikre en grundig reovering af hospitalet, han tog imod containerne og gjorde et imponerende

arbejde i forhold det ikke altid lige nemme myndighedsarbejde. Han har den basale viden om stedet og dets særlige problematik, idet han i 1964 til -69 for Adventist-samfundet arbejdede på Masanga-hospitalet. Han valgte - på trods af at han er gået på pension - ulønnet at hjælpe vores projekt på benene".

**(TRAFIKULYKKER)** Og endnu en visionær fysioterapeut har fundet vej til spalterne. Det drejer sig om Lars Ulrik Petersen, der ifølge *Vejle Amts Folkeblad* har fået en lys idé. Efter selv at have været ved at blive kørt ned af en højresvingende bus har Lars Ulrik Petersen fundet på, at man ved at installere elektroniske spoler i cykelstien kan registrere cyklisterne og advisere bilisterne med et blinkende lys. "I mit arbejde har jeg genoptrænet trafikskadede patienter, og jeg tænkte, at der måtte være en måde at forhindre ulykkerne på, fortæller Lars Ulrik Petersen. Firmaet TTS i Odense, som leverer lyssignaler og trafikudstyr til hele Danmark, kan se perspektiverne i hans forslag: "De løsninger, der findes på markedet i dag, er alle afhængige af trafikanterne. Chaufføren skal huske at bruge sine spejle, og chip eller andet udstyr skal monteres på cyklerne. Denne løsning er ikke knyttet til hverken cyklist eller bil, men selve vejen. Det er en stor fordel", siger administrerende direktør Poul Nellesen fra TTS. Endnu mangler man dog at finde en kommune, der vil ofre de penge, det koster: 40.000-50.000 kr. pr. skilt.

**(HYP)** Med de mange fysioterapeuter, der har optrådt i avisernes spalter i løbet af sommeren, skulle man ikke tro, at en fysioterapeut kunne finde vej til *Frederiksborg Amtsavis* serie om "små erhverv", men det er ikke desto mindre,

Christoffer Askmann/Scanpix



hvad Claus Toftgaard Jørgensen har gjort. Han behandler nemlig ikke mennesker, men heste og har suppleret sin fysioterapeutiske uddannelse med en dyrefysioterapeut-uddannelse fra Holland. Han fortæller, at det ind i mellem sker, at han møder hesteejere, som vil have deres hest aflivet, selvom den kan hjælpes med fysioterapi. "Folk vil ikke vente flere måneder på at se resultatet af en behandling. Og det er egentlig et mærkeligt forhold at have til sine dyr, at de bare skal aflives".

**(TOP 10)** Men den holdning har menneskets arbejdsgivere heldigvis sjældent. Tværtimod tager arbejdsgiverne ofte et sundhedsmæssigt ansvar over for deres medarbejdere. Og sundhedsordninger med for eksempel fysioterapi ligger på danskernes top 10 over foretrukne frynsegoder, skriver *BT*.

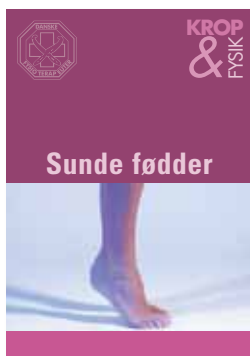


# Nye pjecer

**KROP  
& FYSIK**

## Nye pjecer

Krop & Fysik og Danske Fysioterapeuter udgiver to nye numre af de populære pjecer. Pjecernes formål er at give borgere og patienter information, råd og vejledning om, hvordan de kan tage vare på deres krop. Pjecerne er skrevet af fysioterapeuter alene eller i samarbejde med andre sundhedsfaglige professioner. Pjecerne kan benyttes på skoler, arbejdspladser, i idrætsforeninger samt i fysioterapien, som et led i fysioterapeuternes arbejde.



### Sunde fødder

Tag hånd om din fod – ret op på skævheder og forebyg skader!

Foden er en forunderlig konstruktion, der skal være både fleksibel, stabil, blød og stærk. I denne pjecer ser vi på forskellige fodtyper – og uhensigtsmæssige fodstillinger. Men ikke mindst ser vi på hvordan du kan rette op på fejlstillingen og dermed afhjælpe og/eller forebygge skader. Du ledes specifikt gennem en række øvelser for foden, og du får gode råd om at vælge de rigtige sko.



### Graviditet og bækkenmerter

En graviditet er en ganske særlig tid som kvinden altid vil huske tilbage på. For nogle præges tiden desværre af smerter fra bækkenet. Denne pjecer giver et bud på hvordan man kan tackle smerterne, alt efter hvor alvorlige de er. Hvordan kan du få svar på i pjecen, hvor vi har samlet en lang række konkrete råd og øvelser, der følger den seneste forskning og de nyeste retningslinjer.

**NYHEDER**

Pjecerne er på 16 sider, med mange illustrationer og produceret i formatet 10 x 15 cm.

**Pris pr. pjecer  
kr. 2,75,-  
inkl. moms.\***

## Tidligere pjecer i serien



- Skærmarbejde
- Ondt i ryggen
- Bækkenbunden
- Stræk
- Osteoporose
- Hovedpine og nakkesmerter
- Akutte knæskader
- Langvarige rygsmerter
- Skulderproblemer
- Idrætsskader

## Plakat



Sammen med strækpjecen er der produceret en plakat med de 12 øvelser. Plakaten er lige til at hænge på væggen i træningssalen, i kantinen eller på kontoret. Plakaten måler: 50 x 70 cm.

**Kr. 99,-/stk.**  
**Pris ved 3 stk. kr. 229,-**  
**Begge priser er inkl. moms.**

## Bestilling

Pjecer og plakat kan bestilles på [www.krop-fysik.dk](http://www.krop-fysik.dk) og [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk) eller ved at sende nedenstående bestillingsseddel på telefax 70 26 33 65 - udfyld venligst med blokbogstaver.

\*Bestillinger på pjecer og plakater tillægges et porto- og ekspeditionsgebyr på kr. 40,- uanset antallet.

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Graviditet og bækkenmerter"

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Sunde fødder"

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Idrætsskader"

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Skulderen"

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Akutte knæskader"

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Langvarige rygsmerter"

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Osteoporose"

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Hovedpine og nakkesmerter"

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Bækkenbunden"

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Skærmarbejde"

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Ondt i ryggen"

\_\_\_\_\_ stk. pjecer "Stræk"

\_\_\_\_\_ stk. plakater "Stræk" (format 50 x 70 cm) kr. 99,-

Navn: \_\_\_\_\_

Att.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr./by: \_\_\_\_\_

Tlf. nr.: \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Priserne er gældende i 2006 eller til andet oplyses.

Læs mere om produkterne på [www.krop-fysik.dk](http://www.krop-fysik.dk) og [www.fysio.dk](http://www.fysio.dk)



## POWER LASER 500

### Trådløs

Power Laser er batteridrevet og dermed fri for ledninger til strømforsyning eller netstik.

### Ingen beskyttelsesbriller

Power Laser er konstrueret med en meget stor spredning på laserstrålen, hvilket gør brug af beskyttelsesbriller unødvendig. (Spredningen har ingen betydning for effektiviteten af laserstrålen, idet laseren altid anvendes med fuld kontakt eller meget lille afstand til det behandlede område).

### Automatisk kontrol af udgangseffekt

Udgangseffekten fra laseren overvåges løbende af et kontrolkredsløb. Hvis udgangseffekten falder under det tilladte niveau ( i henhold til CE standarder ) giver laseren øjeblikkeligt et fejlsignal.

### Ergonomisk

Power Laser er velafbalanceret og ligger godt i hånden. Betjeningsknapperne er placeret logisk og lige ved fingrene.

### Kontinueret drift

Power Laser leveres med 2 udskiftelige genopladelige batterier. Når det ene batteri anvendes i laseren, oplader det andet batteri i en automatisk ladestation. Når det anvendte batteri er brugt op, ombyttes det på få sekunder med det fuldt opladede batteri fra ladestationen.

### 10 Behandlingsprogrammer

Power Laser har indbygget 10 forskellige terapiprogrammer, der gør det muligt at tilpasse behandlingen præcist til den enkelte situation.

## POWER LASER 1000



### POWER LASER 1000

1000 mW fordelt på 3 laserdioder. Ideel til sportskader, inflammationer o.l.



## KURSUS i laserterapi

I samarbejde med fysioterapeut Jesper Kousted.  
Kursusdatoer:

Århus: 05.09.06 Kolding: 07.11.06

København: 10.10.06 København: 12.12.06

Kursusafgift 250,- refunderes ved køb af POWER LASER.

## Gratis prøve 3 uger

Afprøv POWER LASER i din egen

klinik gratis i 3 uger.

Ring og hør nærmere!

For mere information se vores hjemmeside [www.powermedic.dk](http://www.powermedic.dk)