



Praksisbeskrivelse

Psykiatrisk Fysioterapi

- en kropslig tilgang til psykiske problemstillinger

Indhold

Indhold	2
Forord.....	3
Resumé.....	5
Teoribaggrund	6
Den fysioterapeutiske praksis.....	11
Supervision og tværfagligt samarbejde.....	16
Afsluttende bemærkninger	17
Litteratur	18

Forord

Praksisbeskrivelsen er udarbejdet af fysioterapeuterne i Center for Mestring. Denne udgave er resultatet af fjerde revision og opdatering af "Praksisbeskrivelse, Psykiatrisk Fysioterapi – Center for Mestring".

Første revision fandt sted i 2005. Her blev der tilføjet nyindført fysioterapeutisk praksis i form af Norsk Psykomotorisk Fysioterapi. Desuden blev der ved den lejlighed inddraget en teoridannelse, der er helt central for stedets praksis, nemlig den fænomenologiske filosofis tænkning om kroppen. Endelig blev der – også i 2005 – medtaget en redegørelse for, hvad hjerneforskningen efterhånden har at sige om, hvordan de emotionelle processer udspiller sig i kroppen.

Anden revision - kun tre år efter den første - skyldes, at Daghus Viborg 1. januar 2007 som følge af kommunalreformen overgik fra det daværende Viborg Amt til den ny Viborg Kommune. Dette sektorskifte gav den Psykiatriske Fysioterapi en ny placering med ændringer i relationerne til samarbejdspartnere og ændrede vilkår i øvrigt.

Tredje revision skyldes, at der 1. januar 2013 trådte en reform i kraft, som har betydet, at vi i Psykiatrisk Fysioterapi ikke kun modtager borgere i ordinære forløb, men også borgere i ressourceforløb. Psykiatrisk Fysioterapi flyttede pr. 1. januar 2014 lokaler til Sundhedscenter Viborg. Daghus Viborg ændrede pr. 1. april 2015 navn til Center for Mestring.

Denne fjerde revision skyldes, at vi i Psykiatrisk Fysioterapi pr. 1. januar 2019 ikke længere har borgere i ressourceforløb. Alle forløb er i dag ordinære forløb. I forbindelse med henvisning hertil, afholdes der en afklarende samtale med en fysioterapeut med henblik på en vurdering af borgerens mulighed for at kunne profitere af tilbuddet.

Formålet med praksisbeskrivelsen er at anskueliggøre baggrund, indhold, form og principper for den psykiatriske fysioterapi, som den har udviklet sig i Center for Mestring. Praksisbeskrivelsen henvender sig til nye medarbejdere, studerende og samarbejdspartnere: Sagsbehandlere i Viborg Kommune, medarbejdere i den regionale psykiatri, praktiserende læger og psykologer samt andre relevante samarbejdspartnere.

Målgruppen i Psykiatrisk Fysioterapi er borgere i Viborg Kommune over 18 år, som lider af psykisk sygdom eller psykiske belastninger. Vi er fem fysioterapeuter, som dækker det rehabiliteringstilbud, der beskrives i det følgende. Desuden er vi praktiksted for tre fysioterapeutstuderende fra VIA University College i Holstebro.

Lotte Harrig, Mette Ardal, Mette Beck Pedersen, Birgit Marianne Simonsen og Mette Trojel Berthelsen



Resumé

Psykiatrisk Fysioterapi i Center for Mestring praktiseres med et ressourceorienteret og psykomotorisk fokus og bygger primært på en psykodynamisk tankegang. I denne beskrivelse gives der først i et teoretisk afsnit en kort, overordnet redegørelse for, hvordan den kropslige tilgang til psykiatrien er opstået, hvordan den har udviklet sig og danner grundlag for den gældende praksis.

Derefter følger hovedafsnittet, hvor arbejdet i terapirummet søges illustreret ved at beskrive mødet med borgeren, den kropslige undersøgelse og etablering af mål for rehabiliteringsforløbet samt hvorledes fysioterapiprocessen bestemmes af såvel strukturelle som processuelle forhold. Dernæst beskrives fysioterapeuternes rolle i det tværfaglige samarbejde, og stedets supervisionspraksis begrundes og fremlægges. Afsluttende konstateres, at der i beskrivelsen af en terapeutisk praksis er intuitive elementer, der kun vanskeligt og mangelfuldt lader sig beskrive.



Teoribaggrund

I det følgende gennemgås de centrale teorier og erfaringer, som den fysioterapeutiske praksis i Center for Mestring bygger på. Først skitseres den historiske baggrund for den ressourcerorienterede og psykomotoriske fysioterapi, dernæst følger en mere detaljeret beskrivelse af principperne for denne.

Al dynamisk psykiatriteori tager sin begyndelse med Sigmund Freud (1856-1939), som omkring 1900 opstiller en model for, hvad han kalder "det psykiske apparat". Han beskriver det psykiske apparat som en helhed, der inddeler sig i tre niveauer: det ubevidste, det førbevidste og det bevidste. Det afgørende brud med den hidtidige opfattelse af mennesket består i, at det ikke længere tilskrives fuld bevidsthed og oplysning om sig selv (Thielst 1981, s. 41-42).

Omkring 1920 supplerer Freud den nævnte model med "personlighedsmodellen", der består i en opdeling af personligheden i "id" (det), "ego" (jeg) og "superego" (overjeg). Id'et er et udtryk for drifterne og tilstræber tilfredsstillelse af lyst og behov samtidig med, at det søger at undgå ubehag. Freud karakteriserer id'et som "den dunkle og utilgængelige del af personligheden, en kedel af sydende affekter". Han mener hermed, at id'et ikke er bevidst for personligheden. Samtidig antyder Freud som den første, at id'et er repræsenteret i kroppen (Thielst 1981, s. 43-46).

Med udgangspunkt i disse modeller beskrev Freud den psykiske udvikling som nært knyttet til oplevelse og udlevelse af lyst og seksualitet. Når denne udvikling forhindres eller undertrykkes, kan den antage forskellige forvrængede former og udløse neurotiske symptomer og tilstande.

Som supplement til denne udviklingsteori er der op igennem det 20. århundrede udviklet en "objektrelationsteori", som i forskellige variationer giver et bud på en forståelse af, hvordan forholdet mellem det enkelte menneske (subjektet) og de mest betydningsfulde personer i dets omgivelse (objekterne) udvikler sig helt fra den spæde start, og hvilken betydning kvaliteten af disse tidlige relationer har for personens selvopfattelse og senere evne til at begå sig i samspil med andre. Denne teori er i det fysioterapeutiske arbejde et meningsfuldt grundlag for at

forstå dynamikken omkring borgeren - og ikke mindst hvordan den helt konkret afspejler sig i samarbejdet mellem fysioterapeut og borger. Af vigtige objektrelations-teoretikere kan nævnes Klein, Mahler, Winnicott og Kernberg (f.eks. Kernberg 1976.)

Wilhelm Reich (1897-1957), som var elev af Freud, var den første psykoanalytiker, der inddrog kroppen i sine iagttagelser. Han hævder så tidligt som i 1933 ud fra sine kliniske observationer, at "psykiske og somatiske processer er identiske". Reich mener at have påvist følgende sammenhænge mellem:

- en stivnet personlighed og en forøget muskulær spænding
- opløsning af muskulær spænding og udvikling af angst
- binding af angst og etablering af høj muskulær spænding
- muskulær spænding og hæmmede driftsbehov
- driftsudløsning og nedsættelse af muskulær spænding

Han fastslår, at kronisk overspændt muskulatur repræsenterer en hæmning af enhver form for ophidselse, lyst, angst og vrede (Reich 1976, s. 341-354).

Senere opdager Reich sammenhængen mellem spændt muskulatur og åndedræts-hæmning, og hvordan disse elementer i et indbyrdes samspil udgør en væsentlig del af et menneskes fortrængningsmekanisme (Jensen 1994, s. 246-47).

Filosoffen **Maurice Merleau-Ponty** (1908-61) har beskæftiget sig med "kroppens fænomenologi". Hans pointe er, at kroppen i sig rummer en egen bevidsthed om den verden, den lever i.

Kroppen fødes ind i en allerede eksisterende historisk og kulturel sammenhæng, som den gradvist implementerer i sig. Den tilegner sig løbende sine egne erfaringer, som den bærer i sig gennem livet og handler ud fra. Kroppen bliver således, ifølge Merleau-Ponty, en afspejling af sit levede liv og af den verden, den lever i. Den vil således til enhver tid, uden at personen er sig det bevidst, udtrykke sine bedste og sikreste måder at forholde sig på til sine aktuelle sansninger. Kroppen har altid en hensigt og handler, før der er opstået en tanke. For Merleau-Ponty eksisterer der intet modsætningsforhold mellem

det fysiske og det psykiske udtryk. Han ser kroppen som en integration af disse udtryk (Merleau-Ponty 2000, s. 23-26).

På linje med Merleau-Ponty er sociologen og antropologen **Pierre Bourdieu** (død 2002), som siger, at det enkelte menneskes kropslige udtryk og handlen er ikke-bevidst og erhvervet via erfaringsprocesser gennem hele livet (Bourdieu 1997 og Thornquist 1998, s. 129).

Såvel Reich, som Merleau-Ponty og Bourdieu forholder sig altså til det autonome, spontane, ikke-bevidste kropslige udtryk og er enige om, at fysiske og psykiske aspekter mødes her. Ingen kropslige processer kan, ifølge denne tankegang, kaldes rent fysiske eller rent psykiske.

Under Reichs ophold i Norge (1933-39) fik han betydning for psykiateren **Trygve Braatøy** (1904-53). Braatøy interesserede sig for at knytte psykologisk forståelse til grundlæggende biologiske og fysiologiske processer og fordybede sig blandt andet i betydningen af primitive autonome reaktioner som strækket, gabet, sukket og synkebevægelsen (Braatøy 1994, s. 190-96). Sammen med fysioterapeuten **Aadel Bülow Hansen** (1907-2001) påbegyndte han udviklingen af det kropslige behandlingskoncept, der i dag betegnes **Norsk Psykomotorisk Fysioterapi**. Konceptet tager afsæt i Reichs og i fænomenologiens måde at opfatte kroppen på: I en individuelt tilpasset kombination af aktive stræk og løsnende massagegreb sigtes mod en integreret påvirkning af muskulatur, respiration og følelsesliv i retning af et mere flexibelt og frit kropsligt udtryk (Thornquist og Bunkan 1991, s. 13-14).

Med udspring i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi udvikler og formidler **Berit Heir Bunkan** (f. 1929) *den ressourceorienterede tankegang* inden for fysioterapifaget. Denne tankegang når Danmark i slutningen af 1970'erne, og Danske Fysioterapeuter udbyder herefter i en årrække efteruddannelseskurser under betegnelsen *grundkurser i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi* varetaget af norske fysioterapeuter.

Tankegangen går ud på, at behandlingen af en hvilken som helst lidelse hos et menneske bør tilrettelægges på dets egne præmisser og tilpasses individuelt til dets ressourcer. Den ressourcerige patient vil kunne klare behandling, der går direkte på muskelspændinger og respiration. Dette indebærer store krav til omstilling med meget lidt støtte. Bliver den

ressourcefattige patient med den belastede muskulatur og respiration udsat for den samme behandling, vil dette kunne forværre de i forvejen belastede kropslige forhold. Den belastede patient skal derfor behandles anderledes nænsomt ud fra principper, der indebærer megen støtte og kun lidt omstilling. Strategien i den ressourceorienterede tankegang er at tilføre ressourcer, nye handlemuligheder og ikke fratage spændinger og forsvar, som man ikke er klar til at undvære. I takt med ressourceopbygningen vil spændingerne og forsvaret gradvist opløses.

Ud fra den psykomotoriske prøvebehandling, som er en slags vurdering, der skal klarlægge en persons egnethed til psykomotorisk fysioterapi, har Bunkan udviklet *den ressourceorienterede kropsundersøgelse* (Bunkan 1994). Denne undersøgelse bygger ligeledes på den fænomenologiske opfattelse af kroppen. Spontane, ikke bevidst styrede kropslige forhold som respirationen, kropsholdningen, den muskulære hvilespænding, afspændingsevnen - og deres indbyrdes samspil - undersøges med henblik på at klarlægge den undersøgte patients kropslige belastningsgrad, og hvad forholdene måtte fortælle i øvrigt om kroppens levede liv. Ud fra undersøgelsen er det fysioterapeutens opgave at vurdere belastningsgraden og i samarbejde med patienten at finde en forståelse af, hvad kroppen fortæller, og dermed hvad fysioterapien skal handle om - og i hvilken sværhedsgrad den skal foregå.

Et andet nordisk, fysioterapeutisk behandlingskoncept, Body Awareness Therapy, har sine rødder i østerlandske filosofier om det afbalancerede og harmoniske menneske, manifesteret i bevægelsesystemer som f.eks. tai-chi. Det er hentet ind i fysioterapifaget af svenskeren **Gertrud Roxendal** (1931-2002), som er stærkt inspireret af franskmændene Jacques Dropsy. Herfra anvendes og arbejdes med begreber som *kroppens midtlinie, kropscentrering og kontakt til underlag* (Roxendal 1995, Dropsy 1996).

Indenfor det seneste arti er hjerneforskningen på det nærmeste blevet i stand til at kunne forklare gyldigheden af Reichs og Braatøys kliniske observationer samt Merleau-Pontys fænomenologiske filosofi om kroppe. *Hypothalamus, de limbiske strukturer samt cortex* er områder i hjernen, hvis funktion er nært knyttet til emotionel oplevelse og emotionelle reaktioner. Af de limbiske strukturer har *amygdala*, som er

placeret dybt i begge tindingelapper, vist sig at være mere knyttet til emotioner og emotionelt udløst adfærd end nogen anden del af hjernen. Amygdalas opgave er at bestemme et sansestimulus' emotionelle værdi, d.v.s. om det opleves fredeligt og neutralt eller måske skræmmende og farligt. Amygdala sender sin tolkning videre til hypothalamus, hvis opgave det er at styre kroppens autonome funktioner og dermed også de mere automatiserede motoriske bevægemønstre. Hypothalamus sørger med andre ord for, at kroppen reagerer ved at beskytte sig mod de farlige og skræmmende sanseoplevelser. Reaktionen består i at tilpasse hvilespændingen i skeletmuskulaturen og, via nerveforbindelser til *reticulærsubstansen*, også at tilpasse respirationen til de oplevede sansestimuli. Reaktionerne kan resultere i vedvarende ændringer i form af forøget eller reduceret muskulær hvilespænding samt ændret respirationsdybde, -frekvens og -rytme.

Disse kropslige reaktioner er helt autonome og ikke-bevidste, men kan, via forbindelser til cortex, gøres til genstand for bevidst oplevelse. Omvendt sender cortex også nervefibre til amygdala og derfra videre til hypothalamus, hvorved pludseligt opståede tanker eller forestillinger ligeledes kan udløse kraftige kropslige reaktioner (Brodal 2001, s. 517, s. 543-50, s. 449-51).

Man kan således sige, at naturvidenskaben hermed er i fuld gang med at bekræfte de nævnte Humanvidenskabelige erfaringer og dermed endegyldigt gør det meningsfuldt at foretage kropslig undersøgelse og behandling af mennesker, der lider af psykisk sygdom.

I de seneste år har en **recovery**orienteret indsats vundet større indpas i arbejdet i psykiatrien i Viborg Kommune. Indsatsen handler om at understøtte den enkeltes proces i at komme sig. Det er en unik, personlig og social proces, hvorigennem mennesker kommer sig fra psykiske vanskeligheder. Der findes to grader af recovery: 1) at komme sig helt, hvilket vil sige, at symptomerne er forsvundet helt, og at personen skal være vendt tilbage til det funktionsniveau, som vedkommende havde inden de psykiske vanskeligheder. 2) at komme sig socialt, hvilket vil sige, at et menneske stadig kan fremvise kliniske tegne på psykiatriske vanskeligheder, men at symptomerne ikke forhindrer personen i at deltage i det sociale liv (Juliussen, Neidel, Nielsen og Strunge s. 6)

Den fysioterapeutiske praksis

1. januar 2007 skiftede Daghus Viborg sektor fra Viborg Amt til Viborg Kommune. Det særlige ved dette nye tilhørsforhold er, at Daghus Viborg således er den eneste kommunale psykiatriinstitution, der tilbyder behandling, mens al anden psykiatribehandling ligger i Region Midt. Fysioterapi er et af centrets tilbud, og med denne placering er fysioterapien adskilt fra den øvrige behandlingspsykiatri. Dette har betydet ændringer i praksis på flere områder. Mest mærkbart er det, at fysioterapeuterne ikke har adgang til EPJ (den elektroniske patientjournal), som ligger i den regionale psykiatri. Det er derfor ikke muligt derigennem at informere sig om patienternes livs- og sygdomsforløb samt ad den vej at kommunikere sine egne undersøgelses- og behandlingsnotater til psykiatriens øvrige behandlere. Til gengæld har fysioterapeuterne i det kommunale regi adgang til et elektronisk journalsystem, Acadre, som giver øget mulighed for kommunikation med sagsbehandlere i Viborg kommune.

Mødet med borgeren er den første fase i rehabiliteringsforløbet. Fysioterapeuten sikrer, at mødet med borgeren sker på så ligeværdigt et grundlag som muligt. Fra henvisningspapirerne og den afklarende samtale har vi kun et overordnet kendskab til borgerens problematik. Den enkelte fysioterapeut er opmærksom på ikke at indkalde en borger, som man kender fra private sammenhænge. At vide så lidt som muligt på forhånd er afgørende for at kunne danne sig sit eget uforbeholdne indtryk. Fysioterapeuten indkalder borgeren til en indledende samtale, hvor borgeren kort introduceres til, hvordan et forløb kan se ud i Psykiatrisk Fysioterapi. Derefter starter det individuelle forløb med en fast fysioterapeut. Mødehyppigheden er én gang om ugen, hvor der er afsat en fast tid af én times varighed. De første konsultationer indeholder som regel en kropsundersøgelse og en etablering af en fælles forståelse og en fælles målsætning. Varigheden af dette kan bl.a. afhænge af, hvor lang tid fysioterapeuten og borgeren er om at etablere et fælles udgangspunkt for behandlingen. Borgerens trykniveau og motivation er også vigtige faktorer for et vellykket møde.

Den ressourceorienterede kropsundersøgelse er som nævnt typisk en del af rehabiliteringen. Den er et væsentligt fælles arbejdsgrundlag for fysioterapeuten og borgeren. Undersøgelsens indhold, proceduren og

etikken kan illustreres ved hjælp af introduktionen til borgeren, som eksempelvis kan lyde således:

"Undersøgelsen består af fire dele. En holdningsundersøgelse, hvor jeg skal se på dig, mens du står på gulvet og senere, når du ligger ned. En bevægeundersøgelse, hvor du skal være så passiv som muligt, mens jeg vurderer din bevægelighed og evne til at slappe af. En muskelfundersøgelse, hvor jeg skal mærke på alle dine muskelgrupper og vurdere deres spænding. I løbet af hele undersøgelsen lægger jeg desuden mærke til din vejrtrækning. Med undtagelse af vejrtrækningen vil jeg hele tiden fortælle dig, hvad jeg ser eller mærker. Vejrtrækningen fortæller jeg dig først om bagefter, for ikke at forstyrre den. Indimellem vil jeg spørge dig om, hvad du oplever, men du er hele tiden velkommen til at fortælle mig, hvad der falder dig ind i forbindelse med det, der sker. Du må også sige, hvis du synes, vi skal stoppe, eller hvis der er noget, du ikke vil have mig til, for så vil jeg selvfølgelig lade være. Jeg kan også være den, der siger stop, hvis jeg kan se på dig, at du har det ubehageligt. Så på den måde vil jeg hjælpe dig med at passe på dig selv. Undersøgelsen skal hjælpe os med at finde ud af, hvad fysioterapien skal handle om, og på hvilken måde, vi skal arbejde. Der er afsat en time, og måske når vi at blive færdige, men hvis ikke så fortsætter vi næste gang, du kommer. Hvis du kan, skal du kun have undertøj på under undersøgelsen, men det vigtigste er, at du beholder det tøj på, som er nødvendigt for, at du synes, du kan være med til undersøgelsen."

Målsætningssamtale. Efter den ressourceorienterede undersøgelse mødes fysioterapeuten og borgeren til den næste aftalte tid for sammen at gennemgå den. Det gælder om at finde en fælles forståelse af det, som undersøgelsen viser og opstille realistiske mål. Borgeren skal være så aktiv og involveret som muligt i denne proces. Fysioterapeutens opgave er at fornemme, hvor meget "materiale" fra undersøgelsen, der skal bringes på bane i forhold til den enkelte borgers selvforståelse. Fysioterapeuten skal ikke overinformere, men til gengæld udtrykke sig klart og direkte om måske ganske få, men for borgeren betydningsfulde elementer. Det er afgørende for det videre forløb, at dette lykkes, så niveauet bliver passende fra starten. Længere fremme i processen vil der løbende kunne justeres i målsætningen i takt med den stigende selvindsigt og de øgede ressourcer, som det kropslige arbejde kan medføre.

Udover at klarlægge det fælles arbejdsgrundlag aftales også rammerne for fysioterapiforløbet. Det er umuligt at udtale sig om hele forløbets varighed, da hver proces er individuel – dog er forløbet tidsbegrænset og varer maksimalt et år. For at støtte borgerne i at tage ansvar, og i forsøget på at minimere et ustabil fremmøde, kan det være hensigtsmæssigt at lave tidsbegrænsede aftaler. F.eks. 3 måneder (ca. 10-12 behandlinger), hvorefter begge parter tager stilling til udbyttet og samarbejdet. Her har man så mulighed for at opsigte samarbejdet eller forlænge det med en ny tidsbegrænset aftale. I forbindelse med indgåelsen af en sådan aftale, lægger fysioterapeuten vægt på at snakke om, at når man arbejder kropsligt med sine konfliktfyldte problemer, kommer man ofte i kontakt med følelser, der er svære at rumme, så man kan få lyst til at udeblive. I disse situationer forsøger fysioterapeuten at gøre det tydeligt for borgeren, at dette er en naturlig del af processen, og at det er vigtigt at møde op. Alt efter hvordan disse aftaler efterleves, og alt efter hvordan processen kommer til at forløbe, kan et fysioterapiforløb undertiden blive af kort varighed, men i andre tilfælde strække sig over længere tid.

Selve processen. Med henblik på at skabe bedst mulige forudsætninger for en tryk relation, tilknyttes man en fast terapeut og ugentlig mødetid i samme lokale. Timen starter ofte med en kort opsamling fra sidste time samt en snak om væsentlige hændelser siden sidst. Derefter starter det kropslige arbejde.

I det ressourceorienterede fysioterapikoncept kan fysioterapeuten for eksempel starte med gangbevægelse som en måde at varme op, komme til stede og mærke kroppen på samt mærke sig selv i relation til underlaget, rummet og til den anden. Dette er begge parter behov og ofte en forudsætning for at kunne omstille sig fra det, man lige kom fra og tage tråden op fra sidst. Andre startaktiviteter kan være at stå, sidde eller ligge helt i ro og mærke sig selv og fornemme sin stemning. Eller det kan være strækkebevægelser, akkurat som mange gør, når en ny dag starter. Men uanset måden er formålet det samme: at gøre sig parat til det efterfølgende. Opvarmningen ender med at rette sig præcist mod den specifikke problematik hos den enkelte borger. Således skabes en glidende overgang til dette. Sværhedsgraden og intensiteten øges efterfølgende og når typisk sit højdepunkt midt i timen. Her stilles der skarpt på den personlige målsætning. Dette er kernen i terapitimen. I den sidste del af timen daler intensiteten igen.

Dagens arbejde rundes af, der "pakkes sammen" - eventuelt ved hjælp af en kort opsummering af timens forløb og udbytte. Måske skal der aftales en hjemmeopgave. Nogle borgere har det godt med at blive siddende lidt for sig selv inde i rummet, for måske at skrive oplevelsen af timen ned.

I det psykomotoriske fysioterapikoncept arbejdes der ofte direkte på kroppen. Fysioterapeuten er helt konkret tættere på og bruger sine hænder til at guide borgerens bevægelser og til at følge borgerens kropslige reaktioner. Man kan lidt poetisk sige, at der etableres en dialog mellem fysioterapeutens hænder og borgerens respiration, hvor respirationens respons er afgørende for, hvad og hvor meget hænderne gør. Formålet er her at stimulere til en friere respiration. Processen skal foregå i et tilpasset tempo, da netop en friere respiration indebærer en øget kontakt til det emotionelle liv. Dette skal borgeren være parat til at rumme. Stimulationen sker via en kombination af aktive strækkebevægelser og en massage, hvor fysioterapeutens hænder udfører strækstimuli på borgerens muskulatur.

Det psykomotoriske koncept er således også ressourceorienteret. De to koncepter vil i praksis ofte blive kombinerede i bestræbelserne på at tilpasse det terapeutiske niveau så præcist som muligt til den konkrete borgers ressourcer og personlige målsætning. For den personlige problematik er naturligvis helt individuel for hver enkelt borger, uanset diagnose.

Overordnede temaer i Fysioterapien kan eksempelvis være:

Balance - stabilitet - fleksibilitet – styrke – mærke egne kraft - kropsafgrænsning - afgrænsning i forhold til sine omgivelser - at begrænse sig - udvidelse af grænser - at tage sig plads - at være markant, tydelig, synlig - at handle udadrettet - at reagere med sin vrede - at føle tryk i sin relation til andre - at turde have tillid - at udtrykke behov, forventninger, krav - selvfølelse, identitet - at føle sig levende - at føle sig noget værd - at have lyst til noget - at finde engagement - etc.

Flere og flere borgere henvises til Psykiatrisk Fysioterapi på grund af smerter, og det viser sig ofte, at et eller flere af de nævnte temaer ligger til grund for smerteproblematikken.

Den specialiserede fysioterapeut er trænet i at tilpasse det kropslige arbejde med disse temaer meget nøje, og i at kunne aflæse virkningen af sin indsats i borgerens kropssprog. Borgeren kan ofte være følelsesmæssigt påvirket efter en terapitime, men ikke mere end vedkommende ressourcemæssigt kan magte. Kroppen er et følsomt og konkret arbejdsredskab, som ifølge det fænomenologiske kropssyn rummer borgerens livshistorie, traumer og indre konflikter. Den almindeligste risiko ved en overdosering er, at borgeren selv "står af". Dette kan være i form af helt at udeblive eller at koble mentalt fra i situationen. Der vil også kunne ske det, at borgeren bliver nødt til eksempelvis at spænde yderligere op for at beskytte sig mod for stærke - og dermed truende - virkemidler. Disse reaktioner er uhensigtsmæssige, da de indikerer en forværring af borgerens tilstand, så de vil umiddelbart give anledning til en justering af niveauet.

Den enkelte terapitime kan ikke planlægges på forhånd. Det ville være at sætte borgeren ud af spillet og gøre fysioterapeuten til hovedperson. Processen i timen kan beskrives som en fortløbende kropslig - og ind imellem verbal - dialog. Fysioterapeuten har den overordnede styring og foretager en lang række valg i løbet af en time. Der er tale om både intuitive valg og bevidste valg ud fra borgerens - eller terapeutens kropslige reaktioner eller verbale tilbagemeldinger.

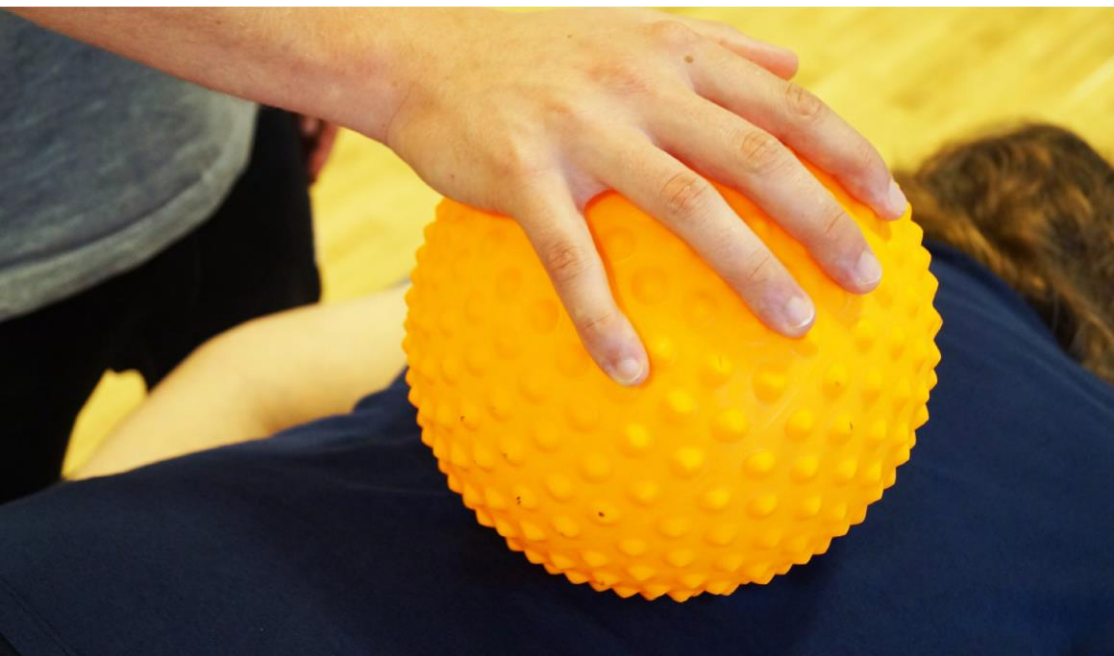
Det enkelte valg tager således typisk udgangspunkt i en konkret situation og kan f.eks. indebære:

- *en gentagelse af en aktivitet for at spore opmærksomheden hen på en bestemt detalje*
- *en justering af en aktivitet for at forstærke en ønsket oplevelse*
- *en ny konstruktion af en situation, som borgeren kan genkende fra sit liv og arbejde meningsfyldt med*
- *en "frysning" af en situation for at holde fast i en bestemt kropslig reaktion, nærmest i det sekund, den finder sted*
- *bytte roller for at opleve sig selv i "den andens" position.*

Supervision og tværfagligt samarbejde

Fysioterapeutens arbejde er intenst og kræver maksimal tilstedeværelse, da det netop ofte handler om at gribe en helt afgørende hændelse i luften, som så udnyttes i det videre arbejde. Det stiller krav til timing og mod, men ikke mindst til involvering af sin egen sansning og indlevelse. Fysioterapeuten kan ofte opleve at blive gjort til genstand for en borgers følelsesmæssige reaktioner og også at blive bærer af dele af et opsplittet følelsesliv. Derfor har fysioterapeuterne i mange år haft fast supervision med en ekstern supervisor. Derudover har fysioterapeuterne også monofaglig supervision i teamet omkring en borger. Akut opståede borgerproblematikker tager fysioterapeuterne op med hinanden i mere uformelle én til én kontakter. Fysioterapeuterne arbejder løbende med undervisning i relevante temaer og faglig udvikling.

Fysioterapeuterne tager del i det tværfaglige samarbejde og stiller sig, hvis det er muligt, gerne til rådighed ved forskellige møder med eksempelvis sagsbehandler, mentor og andre. For nogle borgeres vedkommende er fysioterapeuten den primære - eller eneste - terapeutiske kontakt.



Afsluttende bemærkninger

At beskrive sin praksis er en svær opgave at stille sig selv. Den erfaring har vi også gjort os. Det er relativt enkelt at beskrive den tilgrundliggende viden. Den foreligger i skriftlig form og er ens for alle, der tilegner sig den. Den del af vores praksis, som er regelbunden, eksempelvis de proceduremæssige og strukturelle forhold samt visse strategier, lader sig rimelig nemt beskrive. Men hvornår i en terapitime vi foretog valg, hvilke valg vi foretog, og hvorfor vi valgte, som vi gjorde, lader sig kun i begrænset omfang beskrive. Nemlig når der er tale om bevidst planlagte valg. Mange valg er intuitive, og vi foretager dem uden at være bevidste om dem. Der kan ikke sættes ord på dem, og de kan ikke umiddelbart begrundes. Disse intuitive aspekter i det terapeutiske arbejde kan forklares via det fænomenologiske kropssyn, ud fra hvilket også terapeutens krop handler på sine sansninger og erfaringer, der enten slet ikke eller først efterfølgende når frem til bevidstheden. Via refleksion og supervision kan fysioterapeuten i et vist omfang arbejde med sit eget kropslige udtryk, men der vil altid forblive en stor grad af individualitet i dette. Her kommer mennesket bag fysioterapeuten til syne.



Litteratur

Bourdieu, Pierre: "Af praktiske grunde - omkring teorien for menneskelig handlen". Hans Reitsel 1997.

Brodal, Per: "Sentralnervesystemet". Universitetsforlaget Oslo 2001.

Braatøy, Trygve: "De nervøse sinn". Cappelens forlag 1994.

Bunkan, Berit Heir: "Den ressourceorienterede kroppsundersøgelse". Universitetsforlaget Oslo 1994.

Jensen, Olav Storm: "Kroppens psykologi". Dansk Psykologisk Tidsskrift 11/1994.

Juliussen, Finn; Neidel, Agnete; Nielsen, Dorthe og Strunge, Helle: "Mennesker med psykiske vanskeligheder". Socialstyrelsen 2013.

Kernberg, Otto: "Objekt relations theory and clinical psychoanalysis". Jason Aronson, New York 1976.

Dropsy, Jacques: "Den harmoniske krop". Hans Reitsel 1996.

Merleau-Ponty, M.: "Kroppens fænomenologi". Det lille forlag 2000.

Reich, Wilhelm: "Character Analysis". Vision Press Limited 1976.

Roxendal, Gertrud: "Et helhedsperspektiv. Fremtidens fysioterapi". Hans Reitsel 1995.

Thielst, Peter: "Introduktion til psykoanalysen - nogle Freudtekster". Hans Reitsel 1981.

Thornquist, Eline: "Klinik Kommunikation Information". Hans Reitsel 2000.

Thornquist, Eline og Bunkan, Berit Heir: "What is Psychomotor Therapy". Norwegian University Press 1991.

© COPY RIGHT

Center for Mestring
Psykiatrisk Fysioterapi
Toldboden 1
8800 Viborg
Tlf .: 87 87 71 04

sundhedscenter
VIBORG



VIBORG
KOMMUNE