

PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

– tenkning og tilnærming

DEL II: EN KASUISTIKK – REFLEKSJONER OG UTFORDRINGER

(Del I i *Utposten* nr. 5/06)

AV ELINE THORNQUIST

Innledning

I denne artikkelen vil jeg redegjøre for undersøkelse og behandling av en kvinne i midten av 40-årene. Hun var henvist fra sin primærlege med diagnosen «Spenningshodepine» og gikk i behandling – 24 ganger – i en periode som strakk seg over ett år. Grunnen til at jeg har valgt denne pasienten, som jeg i fortsettelsen kaller Anne, er at hun er ganske typisk for klientellet i psykomotorisk fysioterapi: De fleste er kvinner, midt i livet, og de fleste henvises for forskjellige former for kroppslige plager.

I fremstillingen legger jeg vekt på den kliniske delen av undersøkelsen, og på tolkningen av kroppsforhold. Behandlingsforløpet er nokså kortfattet skissert, men jeg forsøker jeg å få fram valg og vurderinger som er foretatt underveis. Kasuistikken følges av noen refleksjoner over psykomotorisk fysioterapi, og jeg avslutter med å berøre aktuelle utfordringer i dagens samfunn.

Undersøkelsen

Innledende samtale

Anne forteller at hun har ryggplager i tillegg til hodepine. Begge deler har hun hatt i mange år. Hun har prøvd «vanlig fysioterapi», men det hadde ingen virkning. Hun har mer eller mindre vent seg til å leve med slike plager. Nå har hun i en lengre periode hatt ekstra mye hodepine, og hun er som hun sier, «villig til å prøve» psykomotorisk fysioterapi.

Hun beskriver ryggplagene som «tretthetsfølelse» og «murring i nedre del av ryggen»; dette kommer og går. Det er imidlertid hodepinen som hemmer henne i arbeid og dagligliv. Den beskrives som «et intenst trykk» som fører til at hun får problemer med å konsentrere seg. Det hender hun er plaget flere dager i ett strekk, men som regel tar hun smertestillende medikamenter etter en dag, «orker ikke ha det sånn», og det hjelper alltid selv om hun ikke blir kvitt plagene helt. Forteller at hun har «skjev rygg», og at det ble



Eline Thornquist

Fysioterapeut, spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, professor II Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleie og helsefag

oppdaget sent i folkeskolealder. Da ble det sagt at hun kom til å få ryggplager senere i livet, og at det ikke var noe å gjøre med en slik skjevhet.

Hun har en krevende jobb der hun er avhengig av å kunne arbeide konsentrert relativt lang tid av gangen. Hun er gift og har to barn. Beskriver en travel hverdag med jobb, familie og husarbeid. Mannen arbeider mye, og hun har hovedansvaret hjemme. Hverken på jobb eller hjemme er det problemer, sier hun, «det er bare for travelt».

Anne liker fysisk aktivitet, men det blir lite tid til slikt. Nevner i den forbindelse at hun av og til har hatt plager/smerter på forsiden av leggene. De kommer i perioder når hun jogger. Det er en stund siden sist (et års tid). Som svar på direkte spørsmål, kommer det også fram at hun sover dårlig. Bekymrer seg over alle oppgavene på jobben.

På spørsmål om hva hun selv tror plagene har sammenheng med, sier hun, «stress og mye å gjøre». Hun ser ryggplagene som en direkte følge av skjevheten. Dessuten sitter hun mye, «altfor mye». Løping på asfalt nevnes som «årsak» til at hun har leggplager periodevis.

Under samtalen merker jeg meg at hun blir rødflammet på halsen, og at hun har få jeg-utsagn og spontane kommentarer.

*Den kliniske undersøkelsen,
ofte omtalt som «kroppundersøkelsen»*

KROPPSHOLDNING: Når det gjelder kroppsholdning ser en etter balanseforhold og kroppens uttrykk; om pasienten er oppstrammet eller oppgitt, om det er akseknakk mellom kroppens deler, (mellom overkropp og underkropp; mellom nakke, rygg, bekken og ben og om det er asymmetri). Og en ser etter endringer, derfor vurderes kroppsholdningen i ulike stillinger.

Kroppsholdning i stående stilling:

- Står med tyngden litt tilbake, lett aktivitet på forsiden av legger og lår
- Torsjon av thorax med uttalt venstresidig scoliose i thoracaldelen
- Skuldrene er protraherte, albue og fingrene lett flekterte
- Hodet er litt fremskutt, økt lordose i øvre del av nakken
- Aktivt hold i magemusklatur, bremset pust

Sittende stilling:

- Sitter litt oppstrammet med stor aktivitet i thoracaldelens strekkere, bremset pust. På spørsmål om hun sitter godt, svarer hun, «trodde dette var riktig sittestilling». Hun prøver å justere seg, men finner ikke helt fram til en god avbalansert stilling.

Liggende stilling:

- Ligger først med litt spenning i bena, men gir etterhvert etter og blir liggende med bena avspent i lett abduert utadrottert stilling inntil kjeve/ansiktet undersøkes; da trekker hun bena litt sammen igjen
- Mønsteret i skulder/nakke opprettholdes. Justerer nakkens stilling litt, mens skuldrenes protrasjon forblir den samme. Hun finner ikke helt hvilestilling for armene
- Bremset pust, aktiv lukket munn (synlig aktivitet i kjevemusklatur)
- Urolige øyne; blunker mye

FUNKSJON: Når det gjelder funksjon ser en spesielt etter frihet i bevegelser og ledighet i kroppen (jf. begrepet «fleksibilitet»). Det betyr at en ikke bare undersøker bevegelsesutslag, men ser etter om pasienten har evne til å la seg bevege, og om det er muligheter for endring (jf. begrepet «omstillingsevne»). En legger for eksempel merke til pasientens evne til å gi etter for tyngdekraften, om det er resonans i kroppen slik at bevegelser fra et sted kan forplante seg fritt til andre steder uten aktiv medbevegelse eller bremsing, og evne til å la seg bevege passivt.

- Veksler mellom å hjelpe til og holde igjen ved alle passive bevegelser, spesielt av hodet og skuldre/armene. Kjenner det selv, og hun prøver forgjeves å gi etter

- Klarer å slippe skuldre litt etterhvert ved flere forsøk på fremoverbøyning i sittende og slapp-stup stående stilling, men hodet holdes aktivt og blir ikke med i bevegelsen
- Nedsatt strekkbarhet/kort muskulatur i skulderregion og nakke
- Litt nedsatt elastisitet i thorax
- Kjeve: fulle bevegelsesutslag, men ingen frie respirasjons-svar

MUSKULATUR/HUD: Palpasjon utføres i muskulatur over hele kroppen for å få inntrykk av fylde og konsistens, samt spenningsnivå og -mønstre. Samtidig registreres hudkvaliteter, sirkulasjons- og temperaturforhold. Hele tiden er en vår for hvordan pasienten reagerer på å bli berørt - på den nærhet palpasjonen innebærer, og på terapeutens forsiktige forsøk på løsgjøring av muskulatur.

- Lett forhøyet spenningsnivå generelt, mest uttalt i skulder/nakke/hals/kjeve og thorax/ryggstrekkere i thoracaldelen, samt leggmuskulatur (ikke minst i m. latissimus dorsi og teresgruppen, m.gastrocnemius, m.soleus og m.tibialis anterior).
- Palpasjonsøm nevnte steder, svært palpasjonsøm i m.gastrocnemius. Synes det er litt ubehagelig med palpasjon av m. latissimus dorsi og trekker armen litt til seg
- Strengete og ømme ryggstrekkere i thoracaldelen
- Kalde hender/fingre
- Generelt god muskelfylde
- Gir uttrykk for ømhet med ord, men er lite spontan kroppslig og verbalt. Når hun sier ifra, er det forsiktig og konstaterende
- Ser stort sett vekk; det er derfor vanskelig å få blikkontakt

RESPIRASJON: Gjennom hele undersøkelsen ser en etter hvordan pasienten svarer med pusten på det som gjøres og skjer. Omstillingsevne - spontanitet - anses som det viktigste kriteriet på den ideelle respirasjon: Det frie åndedrett er kjennetegnet ved at det tilpasser seg endringer både i følelsesmessige tilstander og i fysiske krav.

- Slipper aldri pusten fritt til; bremser den og har konstant aktivitet i mavemusklatur
- Respirasjonsleie er i mageregionen, frekvensen er lav

Reaksjoner underveis og umiddelbart etterpå:

Gjennom hele undersøkelsen ser en også etter reaksjoner generelt for å få innblikk i hvordan den oppleves. Pasientens reaksjoner betraktes ikke som tilleggsinformasjon, men som en viktig informasjonskilde i seg selv.

- Blir rødflammet i huden under palpasjon av rygg/thorax
- Virket litt fjern, litt utmeldt underveis
- Blunker mer på slutten av undersøkelsen
- Gir som nevnt etter i bena underveis i undersøkelsen, men strammer seg litt til på slutten av undersøkelsen, og

hun gir noe etter i skuldrene ved gjentatte funksjonsprøver

- Kler fort på seg etter undersøkelsen; er raskere i bevegelsen enn ellers

Konklusjon

Konklusjon trekkes på grunnlag av en sammenfatning og vurdering av funn fra alle delundersøkelsene, der funn avveies i forhold til hverandre. Dette innebærer noe annet enn en ren summering, siden kliniske funn ikke er uavhengige størrelser men får sin betydning og relevans avhengig av den sammenheng de inngår i. Konklusjonen på kroppsundersøkelsen sees i sammenheng med informasjon fra samtalen. Pasientens innsikt i egen situasjon, samt den aktuelle livssituasjon han/hun befinner seg i, tas med i betraktning når beslutning om behandling fattes.

Konklusjon på undersøkelsen av Anne

Kroppsundersøkelsen peker entydig mot en relativt omfattende og lite omstillbar kroppslig beredskap. Kroppslig bremsing ved hold av muskulatur og pust, samt manglende evne til å gi etter og la seg bevege, forstås som uttrykk for kontroll av følelser. De fleste kroppslige funn, samt samtalen innhold og form underbygger hverandre. At Anne har god muskelfylde og jevn muskulatur, at hun gir noe etter i ben og skuldre underveis i undersøkelsen og at hun kjenner at hun har tendens til å holde igjen/hjelpe til i bevegelser, betraktes som ressurser. Det samme gjelder hennes stabile familiære og sosiale situasjon. Samlet tilsier undersøkelsen en forsiktig dosert psykomotorisk fysioterapi.

Når det gjelder hodepinen sees den i sammenheng med Annes reduserte omstillingsevne og med hennes begrensede kroppslige og emosjonelle deltakelse – forhold som henger internt sammen. Annes generelle kroppsmønster kan også ha med ryggens belastningsforhold å gjøre, ved at de gir opphav til uheldige bevegelser av rygg og nakke, noe som i neste omgang kan være av betydning for hodepinen.

Den uttalte scoliosen er av typisk ideopatisk karakter (lokalisert til thoracaldelen, inkluderer tydelig torsjon, utviklet i overgangen barndom/ungdom), og bidrar til at hun ut fra mekaniske vurderinger er mer disponert for å utvikle ryggplager. Mangelen på ledighet i kroppen og liten frihet i pusten innebærer lite variasjon og medbevegelse av hele ryggen/nakken under daglig aktivitet og bevegelse, og det er rimeligvis også forhold som kan være med å forklare hennes ryggplager – ikke bare hodepinen.

Når det gjelder de periodevise plagene på forsiden av leggene, kan de sees i sammenheng med løping på asfalt, men også med den tilbaketrukkne kroppsholdningen, som ak-

tiviserer muskulatur på forsiden av leggen, og som dessuten er å betrakte som et ledd i hennes generelle bremsing og tilbakeholdenhet. En økt grunnspenning reduserer toleransen for fysisk belastning som løping på asfalt.

I samtalen etter undersøkelsen formidler jeg mine vurderinger til Anne, og stiller meg spørrende til om hennes plager og kroppslige tilbakeholdenhet kan ha med mer enn hverdagsbelastninger å gjøre. Hun er ikke avvisende til det, men hun har lite å føye til. Det vil si, hun sier lite, og det hun sier bidrar ikke til å kaste lys over sammenhenger mellom hennes kroppslige tilstand, livserfaringer og livssituasjon.

Behandling

I begynnelsen ble hovedvekten lagt på arbeidet med bena, etterhvert kom fleksibilitet i overkroppen til å stå i sentrum sammen med stimulering av fri strekk i armer og nakke.

Fundament og forankring: 1.–4. gang

I tillegg til benkebehandling med vekt på massasje, løsgjøring, tøying og strekkøvelser for bena, ble timene brukt på å arbeide med tyngdeplassering og avbalansering av kroppen i sittende og stående stilling. Målet var å bedre Annes kontakt med føtter/ben og etablere en forankring som grunnlag for større fleksibilitet og evne til å gi etter i resten av kroppen.

Vi prøvde ut avlastende stillinger for ryggen, og enkle øvelser til hjemmebruk.

Anne uttrykte overraskelse over forskjellen hun kjente på bena under og etter benkebehandling. Når det ene benet var behandlet, kjente hun hvordan det hvilte behagelig samtidig som hun fikk mer kontakt med det. Hun strammet seg til imidlertid litt til ved behandling av nakke/hals/ansikt/kjeve, og jeg gikk derfor tilbake til bena igjen.

Etter hver behandling begynte hun også å kjenne at hun sto bedre, og hun følte seg ledigere. Denne virkningen var imidlertid kortvarig; den varte bare resten av behandlingsdagen.

Nyansering av bevegelser: 5.–8. gang

Etterhvert ga Anne litt mer etter generelt, hun strammet seg mindre til i bena under løsgjøring av muskulatur, strekkstimulering og forsøk på frigjøring av pust.

Anne hadde en tendens til utføre bevegelser mekanisk. Hun fortalte at gjorde hjemmeøvelser daglig, og ofte foran TV eller når hun hørte radio «for å spare tid». Vi snakket om forskjellen på å ha oppmerksomheten et annet sted og å «gjøre noe med kroppen» og på å tilstede og delta i beve-

gelsene. Hun skjønte poenget, men ga uttrykk for at dette var uvante tanker. Hun hadde vokst opp med troen på trening; det gjaldt å stå på og ta hardt i. Vi dvelte ved nyanseering av belastning og bevegelsesmåter, og hun kjente etter hvert forskjeller hun tidligere ikke hadde registrert.

Hun ble litt mindre reservert – både kroppslig og verbalt. Tyngdeplasseringen i stående stilling kom litt mer frempå, og hun kjente hvordan det virket – ikke bare på muskelinnsats og belastning.

Anne ga uttrykk for lettelse over at hun nå hadde helt bagatellmessige plager med ryggen. Hun synes det var litt bittert med all unødvendig bekymring hun og moren hadde hatt i årenes løp, men hun var først og fremst glad.

Virkningen av behandlingen – opplevelsen av å være ledigere – varte flere dager, og hun fikk stadig oftere lyst til å strekke seg og gjespe.

Et slags vendepunkt i behandlingen: 9.–14. gang

Thorax ble mykere og skulderpartiet noe friere. Anne kunne slippe seg litt til – og det kom til uttrykk på mange måter, kroppslig som verbalt. Hun var mer oppmerksomt tilstede i situasjonen, og øynene ble roligere. Men hun opprettholdt tendensen til å ha et aktivt hold i nakke- og kjeve-muskulatur.

I denne fasen fortalte hun at stadig tok seg i å sitte med kjevespenninger, og hun kjente hvordan hun låste pusten. Hun begynte selv å lure på hva det var uttrykk for. Det var også i denne fasen hun kuperte hodepinen et par ganger. Da hun merket at den kom, ga hun seg god tid til å gjøre øvelser, og hun kjente hvordan hun klarte å slippe. Dette ble et slags vendepunkt i behandlingen.

Hun ga meg nå innblikk i sin oppvekst med en streng oppdragelse og en mor som hadde depressive tendenser. Hun vokste opp på en gård, men flyttet tidlig hjemmefra for å skaffe seg utdanning. Foreldrene var stolte over at hun var flink på skolen, men de hadde aldri forsonet seg med at hun bodde så langt unna.

Det kom også fram at hun i begynnelsen synes at øvelsene virket litt merkelige, og at hun var litt skeptisk til at hun ikke skulle ta mer i. Nå fikk hun flere a-ha-opplevelser ved at hun nettopp ikke anstrengte seg.

Noe vekkes til live: 15.–19. gang

I denne fasen arbeidet vi mer med strekk-stimulering, og strekk-impulsene begynte å spre seg litt til armene, og hun

kom litt ut av sitt tidligere protraherte og fleksjonspregete skulder/arm-mønster.

Hjemme hadde Anne for første gang på lenge hatt en kranjel med mannen om arbeidsdeling. Hun synes det var godt å få sagt i fra, men samtidig ble hun litt engstelig for at mannen skulle bli sur og sint. Hun gikk litt på ank etterpå. Vi snakket om å si i fra istedet for å bite tennene sammen og irritere seg i det stille, og om balanseforhold mellom ektefeller. Hun innså at hun hadde lett for å ta kontrollen hjemme, og at det derfor var urimelig å irritere seg over alt mannen ikke gjorde. Men hun synes samtidig at hun hadde funnet seg i så mye over lang tid.

Det var også i denne perioden Anne begynte å gråte i en behandling (under arbeid med nakke/hals og kjeve). Det var mange år siden hun hadde grått, og hun synes det var både befriende og litt skummelt. Hun fortalte om situasjoner der hun følte seg urettferdig behandlet av mannen sin; han hadde kommet med sårende utsagn om hennes kontrollbehov. Det kom også fram at hun var redd for å ikke strekke til på jobben. Hun sov dårlig i et par uker. Mer vekt ble lagt på arbeid med bena og på vektbærende stillinger for å stabilisere de endringer som hadde funnet sted. Behandlingen var av mer støttende og beroligende art, og hun roet seg uten at hun låste seg kroppslig.

Vi runder av: 20.–24. gang

Det var vår, og Anne begynte å ga turer et par ganger i uken. Av og til tok hun også en joggetur uten å få problemer med leggene. Jeg oppmuntret henne til å fortsette med dette, nå når hun ikke presset seg, og skulle gjøre så mye på en gang.

Fortsatt hadde Anne et noe bremset kroppsmønster, men hun var langt ledigere i kroppen, og noe friere i pusten. Behandlingen foregikk sjeldnere, og det ble ikke lagt mye vekt på omstilling.

Anne var svært fornøyd med behandlingen, og hun synes nesten det var utrolig at hodepinen var blitt så mye bedre – den kom langt sjeldnere og var mindre intens. Hun var fornøyd med å ha fått noe hjelpemidler hun kunne bruke på egenhånd, og vi ble enige om å avslutte behandlingen.

Kommentarer – refleksjoner – utfordringer

Denne kasuistikken illustrerer hvordan kroppen kan være en sentral kilde til innsikt – både for pasient og terapeut. På denne bakgrunn vil jeg understreke at Annes hodepine, ryggplager og hennes tendens til overbelastningssymptomer i leggene ikke er å betrakte som tre uavhengige lidelser. De henger derimot innbyrdes sammen, og kan vanskelig

forstås uten å se dem i sammenheng med hennes generelle beredskap og væremåte. I slike tilfeller er det lite hensiktsmessig å konsentrere undersøkelse og behandling av ett problem og en kroppsdel av gangen – og hver for seg.

Å utvikle en mer hensiktsmessig bruk av sin kropp betyr i en psykomotorisk tankegang å utvikle en mer hensiktsmessig bruk av seg selv, siden kroppen ikke forstås som «noe» utenpå og uavhengig av subjektet – den handlende person, og heller ikke som løsrevet fra personens livssammenheng.

Med denne kasuistikken har jeg også ønsket å vise hvordan en i psykomotorisk fysioterapi går varsomt fram; en er vår for pasientens reaksjoner og forserer aldri en utviklingsprosess. Videre har jeg forsøkt å få fram hvordan kroppen er inngangsport til spørsmål og samtale, og hvordan verbale og kroppslige tilnærmingsmåter kan utfylle og berike hverandre. I den forbindelse vil jeg fremheve betydningen av å gi pasienter muligheter til å prøve seg fram og utforske bevegelser og belastningsmåter. På denne måten kan det legges et grunnlag for at den enkelte (videre)utvikler tillit til egne erfaringer – egen kropp, og det kan etableres forbindelser mellom liverfaringer, følelser og kroppslige vaner og reaksjonsmåter. Slik kan behandlingen sette i gang en selv bærende prosess, og derved gi innhold til sjablongaktive uttrykk som «hjelp til selvhjelp».

I forlengelsen av denne kasuistikken vil jeg knytte noen betraktninger til samtalen i psykomotorisk fysioterapi – et område som er gjenstand for økende interesse blant dagens psykomotorikere (se for eksempel 1–5).

Samtale: en hjelp til (selv)forståelse og deltakelse

Den klassiske psykomotoriker skulle være tilbakeholden; hun skulle først og fremst være en god lytter og fungere som en «klagemur» for pasienten (6,7). I den tradisjonelle opplæringen ble det understreket at pasienters spørsmål skulle vendes tilbake til dem, «Hva tror du selv» for å sette igang egenrefleksjon. Videre skulle terapeuten gjenta pasientens ord, eventuelt forsiktig reformulere budskapet og slik bekrefte pasienten. Samtale ut over dette, ble fremstilt som legens – psykiateren og allmennpraktikerens – ansvarsområde (6,7). I dag er det mange som stiller spørsmål ved denne arbeidsdelingen, og som peker på at den skaper et skille som vanskelig kan sies å være i tråd med tenkningen i tradisjonen. Samtidig er det stor enighet om at samtalen primært skal være her-og-nå orientert og ta utgangspunkt i pasientens kroppslige erfaringer, belastninger og meddelelser.

Kombinasjonen av kroppslig og verbal tilnærming gir spesielle mulighetene i psykomotorisk fysioterapi. Pasienter kommer ofte med assosiasjoner og minner underveis i

undersøkelse og behandling, og gjennom å arbeide med kroppen utvikler de oftest en kontakt med egen kropp/seg selv, som gjør at de begynner å reflektere over sine plager og hva de har sammenheng med. Utfordringen som terapeut er å skape rom for refleksjon og samtale slik at den enkelte får hjelp til å bearbeide sine erfaringer og derigjennom komme ut av uheldige og repeterende handlingsmønstre.

Avslutningsvis vil jeg plassere kropp og fysioterapi i en større sammenheng.

Aktuelle utfordringer

Den psykomotoriske tilnærmingsmåte er utviklet i et samfunn som skiller seg radikalt fra dagens. Det er ikke tradisjonbundethet, trange handlingsrom og få valgmuligheter som preger vår tid og vår del av verden. Dagens samfunn er derimot kjennetegnet av «frisettelse» fra overleverte tradisjoner og normer, forskyvning av grenser og en oppløsning av det tidligere «som far-så-sønn»-samfunnet. Dette er trekk som er godt beskrevet og redegjort for fra sosialfilosofisk og samfunnsvitenskapelig hold (se eksempelvis 8–11).

Livet et blitt mindre forutsigbart og det er færre faste holdepunkter for den enkelte. Samtidig møter hver og en økende forventninger og krav om forandring, omstilling og fornying. Og alt forandres stadig hurtigere.

Skal vi ta kroppsforståelsen i den psykomotoriske tradisjon alvorlig, innebærer det å erkjenne at dagens mennesker er preget av dette – også som kroppslige vesener. Dermed kommer nøkkelbegrepene i tradisjonen, fleksibilitet og omstillingsevne – som altså er blitt honnørbegreper i og for vår tid – i et nytt lys, og vekten på stabilitet og forankring får fornyet aktualitet.

Om dette er det mye å si. Vi berører omfattende og komplekse problemer som fortjener grundig drøfting. Det lar seg imidlertid ikke gjøre i en kort artikkel som her. I denne sammenheng begrenser jeg meg til å minne om at i dagens situasjon kommer kroppen inn med full styrke: I en verden som oppleves uoversiktlig og usikker, er mange på leting etter holdepunkter. Kroppen kan lett bli målet i en slik søken. Dette forsterkes blant annet av dagens kommersialisering av kropp og fysisk aktivitet. I dette klima kan mange slags problemer gjøres om til kroppslige problemer, og enkelt personer kan lett få følelsen av å miste «grepet», miste «fotfestet». Det betyr at helsepersonell – ikke bare psykomotorikere – står overfor mange nye utfordringer.

Litteratur fåes ved henvendelse til forfatteren:

Eline.Thornquist@fagmed.uit.no