

# Kropp, varande och mening

i ett sjukgymnastiskt perspektiv

Susanne Rosberg



Göteborgs Universitet  
Institutionen för socialt arbete  
Göteborg 2000



Avhandling framlagd vid samhällsvetenskaplig fakultet den 4 februari 2000.  
Opponent: Anne Luise Kirkengen.

Skriftserien:  
Nr 2000:2  
Institutionen för socialt arbete  
Göteborgs Universitet

Andra rev. tryckningen, maj 2000.

Distribution:  
Göteborgs Universitet  
Sektionen för vårdvetenskap  
Institutionen för arbetsterapi och fysioterapi  
Box 111  
SE-405 30 Göteborg  
+46- 31 773 57 51  
Susanne.Rosberg@fhs.gu.se

ISSN 1401-5781  
ISBN 91-628-3992-6

Tryckt hos Parajett, Landskrona.

Copyright:  
Susanne Rosberg

## Abstract

Svårdefinierade smärt- och spänningsproblem utgör ett stort samhällsproblem. Sjukvården har stora svårigheter att på ett fruktbart sätt förstå och hjälpa patienter med dessa hälsoproblem inom ramen för ett biomedicinskt perspektiv. Ett antagande som den här avhandlingen utgår från är att sjukgymnasters förståelse av kroppen och de möjligheter som ligger i den sjukgymnastiska behandlingen, skulle kunna vidga perspektivet på rehabilitering av människor med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem. *Syftet* med avhandlingen är utifrån detta att vidga perspektiven på kroppen och sjukgymnastik i rehabilitering av patienter med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem.

Utifrån syftet valdes en hermeneutisk och fenomenologisk ansats valdes i *metoden*. Erfarna sjukgymnaster filmades i sitt behandlingsarbete med patienter med svårdefinierbar smärt och spänningsproblematik. I dialoger med de behandlande sjukgymnasterna genererades en förståelse av den sjukgymnastiska behandlingen utifrån filmerna. Denna förståelse diskuterades i seminarier med sjukgymnasterna. En fenomenologisk analys gjordes för att få fram meningsstrukturen i förståelsen. Förståelsen har tolkats inom ramen för ett existentiellt- fenomenologiskt och socialt perspektiv.

*Resultat:* I sjukgymnasternas förståelse framträder patienternas funktionsproblem som en bristande förankring i kroppen. Konsekvensen av detta förstås som en bristande förmåga att relatera och skapa mening både i förhållande till sin livssituation och till sig själv. Genom att hjälpa patienten att förankra sig i sin kropp, ges patienten möjlighet att erfara och skapa mening i relationen mellan kropp och liv och därigenom vidga sina möjligheter att förhålla sig till sin livssituation. Den sjukgymnastiska behandlingen kan i detta förstås som en social process där mening skapas genom att patienten får erfara sig själv på nya sätt i samhandling med sjukgymnasten. Genom förståelsen av kroppen som existens, relation och mening, kan den sjukgymnastiska behandlingen ses som en överskridande möjlighet i tomrummet mellan medicinska och psykoterapeutiska behandlingsalternativ i rehabiliteringen av patienter med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem.

Nyckelord: physiotherapy, practice, video, pain, psychosomatic, body awareness, phenomenology, lived body, meaning, symbolic interactionism.

## Abstract

**Title:** Kropp, varande och mening i ett sjukgymnastiskt perspektiv  
**Author:** Susanne Rosberg: suro@fhs.gu.se  
**Keywords:** Physiotherapy, practice, video, pain, psychosomatic, body awareness, phenomenology, lived body, meaning, symbolic interactionism.  
**Distribution:** Göteborg University. Department of occupational therapy and physiotherapy, Box 111, SE 405 30 Göteborg.  
Tel: 031 - 773 57 51, mailto: suro@fhs.gu.se  
**ISBN:** 91-628-3992-6  
**ISSN:** 1401-5781

Undefined pain and tension is a major health problem in contemporary society and for the health care system. This thesis argues that the physiotherapeutic understanding of the body, and the possibilities inherent in working with bodily experience, can contribute to new perspectives in rehabilitating people suffering from undefined pain and tension.

The research seeks to enrich perspectives on the body and physiotherapy by adopting methods influenced by hermeneutic, phenomenological and social constructivist viewpoints. Six physiotherapists, with long experience in treating problems of undefined pain and tension, psychosomatic and psychosocial disorders, were selected and filmed in natural treatment settings with patients. Subsequent dialogues with each physiotherapist, taking its departure from the filmed sessions, allowed different phenomena in the treatment to be identified and given meaning. This understanding was analysed and then discussed in seminars with the physiotherapists. Lastly, the research undertook a phenomenological analysis of the general meaning structure of the understanding reached and placed the body and physiotherapy in existential and social perspectives.

The thesis understands the body as a person's existential anchoring in the world. The body is a person's relation to the world, and expressive of the meaning in that relation. The patients' main problems, the thesis argues, lie in a lack of contact with the body and thereby a lost ability to create meaning in relation to the life situation.

The research concludes that physiotherapy is a socially constructed process in which meaning is created from bodily experience. Physiotherapy opens in this process an opportunity to bridge the gap between biomedical and psychotherapeutic alternatives in the rehabilitation of persons suffering from undefined pain and tension.

## Förord

Intresset för att utforska hur kropp, varande och mening hänger samman, har funnits som en röd tråd genom hela mitt yrkesliv som sjukgymnast. Vid en kurs i forskning i fysioterapi i Oslo 1986, kom jag första gången i kontakt med Gunn Engelsruds och Kerstin Eks forskning. Deras kurs väckte mitt intresse för forskning genom att de närmade sig sjukgymnastisk praxis på ett nytt och intressant sätt med hjälp av videofilmning. I samband med ett första eget projekt 1989, startade de tankar som så småningom resulterade i den här avhandlingen.

Den som följt mig från starten och som blivit min bihandledare genom hela avhandlingsprojektet är Gunn Engelsrud. Gunn har jag att tacka inte bara för inspirationen till att forska, utan också för att hon under hela den här tidvis smärtsamt ensamma avhandlingsprocessens gång, tålmodigt och generöst stöttat, lyssnat till mina reflexioner, gett inspiration och ställt omskakande och avgörande frågor. Hon har också delat tankarna över att vara forskande praktiker, sjukgymnast, kvinna och mamma, vilket hjälpt mig att hitta strategier för överlevnad. Så tack Gunn för Ditt fantastiska och tålmodiga stöd! Utan Dig hade det varit svårt att hålla näsan över vattenytan!

Den andra jag har att tacka för avhandlingens tillblivelse, är Maja-Lisa Perby, arbetslivsforskare. Utan ditt förbehållslösa stöd, din tro på projektets värde och din handledning i hur man skriver en forskningsansökan, hade jag aldrig vågat ge mig in i detta! Ditt rättframma sätt, ditt existentiella mod och din förmåga att uttrycka dig på ett enkelt vardagsspråk, har varit en stor inspiration. Det samma gäller Bengt Molander, vetenskapsfilosof, som under de fyra första åren handledde mina trevande försök att skriva med stort tålmod och utan att svikta i tron på att det skulle gå. Utan din hjälp och den vägledning du gav i förhållningssättet till det akademiska etablissemanget, hade vägen över stock och sten blivit mer snubblande. En annan betydelsefull person som vid starten av det här projektet gav stort stöd och uppmuntran, har Ingela Josefsson, arbetslivsforskare, varit.

Därnäst i kronologisk ordning, vill jag tacka informanterna och deras patienter, utan vars hjälp det här projektet inte hade kunnat genomföras. Tack för alla oerhört givande samtal och diskussioner som NI har berikat mina tankar med under dessa år.

Under den andra halvan av mitt avhandlingsskrivande har jag Sven-Axel Månsson, professor vid Institutionen för Socialt Arbete i Göteborg, att tacka för min överlevnad. Din uppmuntran, litterära talang, vana läsblick och intellektuella skärpa, har inte bara gett stimulerande diskussioner, utan också hjälpt mig att höja blicken och försöka se hur jag skulle kunna få den tänkbare läsaren att förstå det jag själv försökt förstå. Under tiden som doktorand vid

Institutionen för Socialt Arbete, har jag även Anita Kihlström, lektor och forskare vid institutionen, att tacka som bihandledare och som kvinnlig mentor. Jag vill även tacka läsgruppen vid institutionen, Barbro Lennér-Axelsson, psykolog och Sören Olsson, sociolog, för värdefulla kommentarer och kritik.

Bland mina kollegor vid sjukgymnastutbildningen i Göteborg vill jag särskilt tacka Catharina Broberg för all läsning, värdefulla kommentarer, diskussioner och stöd. Jag vill också tacka Christina Schön-Olsson för stort stöd och en aldrig sinande stimulans i diskussioner. Vårdhögskolans två eminenta bibliotekarier, Barbro Svenner och Lena Larsson, har med stort tålamod och inspiration hjälpt till att få fram den litteratur och de artiklar jag behövt. Tack för den glädje och det hopp ni skänker de sökande i biblioteket! Jag vill också tacka de praktiserande sjukgymnaster som deltagit i referensgruppens diskussioner kring avhandlingens resultat. Så tack, Lena Becker, Gunvor Hansson, Elisabeth Hinder, Vivianne Nordvall, Kerstin Klingberg-Olsson och Gunilla Swahn, för de givande tankar och reflexioner ni har bidragit med över er egen praxis, i förhållande till avhandlingens innehåll. Ett särskilt tack vill jag rikta till Anna Edvall, min Alexandertekniklärare, för att hon fört mig tillbaka till mina kroppsliga sammanhang när jag förlorat dem och för att hon fått mig att på djupet förstå innebörden av att släppa ned kroppens tyngd.

Mannen i mitt liv, Anders, dig vill jag tacka till sist, för alla berikande diskussioner vid köksbordet och konstruktiva synpunkter på min text. Tack för att Du funnits i lust, men även i nöd, och för att Du och barnen funnit er i det här projektets både sol och skugga över familjelivet. Vi klarade det här också!

Projektet har haft finansiellt stöd från Arbetsmiljöfonden, numera Institutet för Arbetslivsforskning, Institutionen för Socialt Arbete, Vårdalstiftelsen och Vårdhögskolan i Göteborg.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

ABSTRACT.....	3
FÖRORD.....	4
<b>INTRODUKTION .....</b>	<b>15</b>
<b>INLEDNING .....</b>	<b>17</b>
Avhandlingens uppläggning .....	18
<b>KAPITEL 1.</b>	
<b>BAKGRUND TILL PROBLEMMOMRÅDET .....</b>	<b>19</b>
OLIKA PERSPEKTIV PÅ PROBLEMET OCH DESS BOT .....	20
Biomedicinska perspektiv.....	21
Stressfysiologisk forskning.....	23
Beteendepsykologiska perspektiv.....	23
Psykodynamiska perspektiv.....	24
Sociokulturella perspektiv .....	27
BEHANDLING AV PATIENTER MED LÅNGVARIGA SMÄRT- OCH SPÄNNINGSPROBLEM.....	30
Utvärdering av multidisciplinära behandlingsinterventioner.....	31
Sjukgymnastik .....	31
Utvärdering av olika former av sjukgymnastik .....	32
Behandlingsformer med särskilt fokus på det kroppsliga erfandet.....	33
Historik .....	33
Eutoni.....	34
Kroppsmedvetandeträning enligt Dropsy .....	35
Basal Kroppskänedom .....	36
Feldenkrais metodik.....	37
Utvärdering av behandlingsinterventioner med fokus på medvetenheten om kroppen .....	39
Kroppsorienterade metoder med psykodynamisk grund .....	41
Psykomotorisk fysioterapi .....	41
Kroppsorienterad psykoterapi.....	42
KUNSKAPER I OCH OM SJUKGYMNASTISK PRAXIS .....	44
Tidigare forskning i syfte att utveckla kunskap om sjukgymnasters praxis .....	45
Egen förförståelse .....	47
KONKLUSION AV BAKGRUNDEN .....	49
SYFTE.....	50

<b>METOD .....</b>	<b>53</b>
--------------------	-----------

## **KAPITEL 2.**

<b>KUNSKAPSTEORETISK POSITION .....</b>	<b>55</b>
Praxisbegreppet.....	56
Den levande kunskapen .....	58
Att definiera ett problem.....	58
Kunskap-i-handling som orienteringskunskap och förfogandekunskap .....	59
Knowing-in-action och knowledge-in-action .....	60
Reflexion och handling .....	61
Praxis och teorier i användning.....	62
<b>DEN FENOMENOLOGISKA OCH HERMENEUTISKA FORSKNINGSAKSATSSEN .....</b>	<b>63</b>
Generering av data som en social meningsgivande aktivitet .....	66
Relationen mellan forskningssubjekt och objekt .....	67
Livsvärlden som utgångspunkt .....	68
Förförståelse och språk .....	69
Kontext och mening.....	70
Fallstudier .....	71
Reliabilitet.....	72
Validitet .....	72
Kommunikativ validitet .....	73
Pragmatisk validitet .....	73

## **KAPITEL 3.**

<b>FORSKNINGSPROCESSEN.....</b>	<b>75</b>
Urval .....	75
<b>PRESENTATION AV INFORMANTERNA .....</b>	<b>78</b>
Ingela och Bertil.....	78
Carin och Anncharlotte .....	79
Rebecka och Svea .....	79
Line och Dora .....	80
Irene .....	81
Gunilla .....	81
<b>DATAGENERERING OCH BEARBETNING .....</b>	<b>82</b>
Inledande kontakt med informanterna .....	82
Videofilmning.....	83
Intervju 1.....	83
Observation och transkription av de videofilmade behandlingarna.....	84
Intervju 2 - utifrån filmen .....	85
Transkription och analys av intervjuerna.....	86
Seminarierna .....	88
Betydelsen av den kronologiska ordningen i kontakterna med informanterna .....	89



Datamaterialets art .....	89
Fallbeskrivningarna .....	90
Analys av de bärande idéerna i sjukgymnasternas förståelse .....	91
METODDISKUSSION.....	94
Videofilmning - värde och etiska aspekter .....	94
Videofilmad behandling som data och medium i datagenerering.....	94
Reaktioner och etiska aspekter .....	96
Reflexionsprocessen .....	98
Dialogen och den språkliga gestaltningen .....	98
Intervjun och ljudbandens betydelse i utvecklingen av intersubjektiv förståelse	100
Samvaron över tid som verksamt inslag .....	100
Att främmandegöra det bekanta.....	101
Att forska på sin egen yrkeskultur .....	102
Egna positioneringar som forskare .....	104
<b>RESULTAT .....</b>	<b>107</b>
INLEDNING .....	109
<b>KAPITEL 4.</b>	
<b>FÖRSTÅELEN AV PATIENTENS PROBLEMATIK .....</b>	<b>112</b>
LINES FÖRSTÅELSE AV DORA .....	113
Symptomen - ingångsbiljetten till sjukgymnastik.....	114
Närvaro och kontakt med kroppen.....	115
Det levande samspelet i kroppen .....	116
Förhållande till gravitationen.....	119
Livshistoria i kroppen .....	119
Patientens livssituation .....	122
Patientens självbild .....	123
Förmåga att utveckla reflexion .....	124
Summering - Lines förståelse av Dora .....	125
REBECKAS FÖRSTÅELSE AV SVEA .....	126
CARINS FÖRSTÅELSE AV ANNCHARLOTTE .....	129
INGELAS FÖRSTÅELSE AV BERTIL.....	131
SAMMANFATTNING .....	136
<b>KAPITEL 5.</b>	
<b>TIDIGA STÖRNINGAR I MÄNNISKANS UTVECKLING OCH FUNKTION .....</b>	<b>139</b>
GUNILLAS FÖRSTÅELSE – ATT VÅGA VARA TILL .....	139
Att vara genom att inte vara och slå vakt om ett inre stillestånd .....	140
"Den primära huden" .....	143
IRENES FÖRSTÅELSE – ATT BLI EN PERSON.....	147
Brister i förmågan att differentiera .....	149

SAMMANFATTNING - .....	150
------------------------	-----

## **KAPITEL 6.**

### **SJUKGYMNASTERNAS FÖRHÅLLNINGSSÄTT I BEHANDLINGSPROCESSEN. 153**

Det kroppsliga mötet med patienten .....	154
Ord, mening och erfarenhet .....	156
DEN SJUKGYMNASTISKA BEHANDLINGEN SOM PROCESS .....	158
Konflikten mellan målstyrt handlande och processinriktat.....	160
Att förhålla sig till det levande i processen.....	162
Ramarna som trygghet i det "ovissa" .....	165
Att lägga pussel.....	167
Att få kunskap om processens förlopp.....	168
SAMMANFATTNING .....	171

## **KAPITEL 7.**

### **SJUKGYMNASTIK SOM EN MÖJLIGHET ATT ERÖVRA TILLIT TILL DEN EGNA**

#### **EXISTENSEN..... 172**

Att utforska sin förmåga till tillit .....	172
Att bli buren - en grund för att bära sig själv .....	177
Att våga låta sig vara så tung som man är - en möjlighet till insikt.....	180
Varandeupplevelsen i behandling .....	185
Kropp varande och tillit till existensen .....	187
Kärlek, tillit och sårbarhet .....	190
SAMMANFATTNING .....	193

## **KAPITEL 8.**

### **SJUKGYMNASTIK SOM EN MÖJLIGHET ATT ERÖVRA KONTAKTEN MED SIN**

#### **EGEN KROPP..... 195**

Förnimmelsen av kropp och existens.....	197
Förnimmelsen av kroppen som sammanhållande rum.....	201
Mittlinje och centrum som grund för förnimmelsen av helhet .....	203
Att avskärma förnimmelserna av kroppen med sin andning.....	206
Att kroppsligen förnimma sina dagliga sammanhang.....	207
SAMMANFATTNING .....	210

## **KAPITEL 9.**

### **SJUKGYMNASTIK SOM EN MÖJLIGHET ATT SKAPA MENING..... 212**

Kropp och mening .....	213
Kropp och samtal i behandlingsrummet .....	217
ATT ARBETA MED KÄNSLOR OCH KROPP .....	222
Att förankra sina känslor i kroppen .....	222
Att fixera sig vid sina symptom - ett sätt att undgå kontakt med sig själv ....	225
Från symptom till känslomässig kontakt .....	226

Att frustrera för att få kontakt med "bristen" .....	228
ATT ARBETA MED MÖNSTER I VARANDET .....	231
Det svindlande i behandlingsprocessen .....	231
Att tydliggöra förhållningsmönster till livet .....	232
Att arbeta med situationer där patienten blir synlig för sig själv .....	234
Att möta patientens vilja att vara till lags .....	235
Att arbeta med kroppsliga metaforer .....	236
Att ge biomekaniken mening .....	236
Att tydliggöra det som framträder så att något nytt kan växa fram .....	237
Att vara offer eller att kunna välja .....	238
Att stänga av sig själv eller öppna för förändring .....	239
SAMMANFATTNING .....	240

## **KAPITEL 10.**

<b>KROPP, VARANDE OCH MENING - EN TEORETISK TOLKNING.....</b>	<b>242</b>
Heideggers analys av existensen som Dasein .....	243
Befintlighet .....	244
Hemmastaddhet som hälsa .....	246
Daseinsanalysen som behandlingsperspektiv .....	247
Synen på sjukdomars uppkomst .....	249
Synen på behandling .....	250
Den levda kroppen som meningsskapande process .....	252
Meningsskapande och handling i ett socialpsykologiskt perspektiv .....	254

<b>DISKUSSION.....</b>	<b>259</b>
------------------------	------------

## **KAPITEL 11.**

<b>SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION .....</b>	<b>261</b>
Den ontologiska förståelsen av kroppen .....	261
Förståelsen av patientens funktionsproblem .....	264
Förståelsen av behandlingsprocessen .....	269
Förändringen av den egna förförståelsen .....	271
Vidgningen av synen på rehabilitering .....	272
Sjukgymnastik och kroppsorienterad psykoterapi - vad skiljer? .....	273
Implikationer av förståelsen för sjukgymnastisk praxis .....	277
Validiteten i den förståelse som framlagts .....	278
Förslag till utveckling av den sjukgymnastiska yrkeskompetensen .....	280
Förslag till fortsatt forskning .....	282

<b>SUMMARY .....</b>	<b>284</b>
----------------------	------------

<b>REFERENSLISTA.....</b>	<b>291</b>
---------------------------	------------

<b>APPENDIX.....</b>	<b>307</b>
DEN FILMADE BEHANDLINGEN MED LINE OCH DORA .....	307
Inledande samtal .....	307
Stående inkänning av hur det är i kroppen.....	308
Sittande genomgång av ryggen.....	308
Behandling liggande på mage.....	309
Långsittande.....	309
Ryggliggande på britsen .....	310
Behandling i ryggliggande, fortsättning: .....	316
Kommentar .....	317
10 minuters ensam vila .....	317
Vad har hänt i kroppen medan Dora legat själv?.....	317
Stående.....	318
Reeboxbehandling .....	319
Lines kommentar i samband med att vi ser på filmen .....	322
DEN FILMADE BEHANDLINGEN MED REBECKA OCH SVEA .....	324
Samtal, val av tema i behandlingen .....	324
Att hitta sig själv just nu i sin kropp .....	325
Att utforska motstånd och rörlighet .....	326
Dagens tema: Vad gör du med dig själv när det blir kallt eller obehagligt?..	327
Att tydliggöra relationen mellan fötter och ben.....	328
Att hålla åt patienten det hon annars håller själv. ....	329
Att förtydliga.....	329
Att utforska balansen mellan frihet och stabilitet .....	330
Att väcka klumpfötter till liv.....	331
Att utforska förbindelse i kroppen .....	332
Får det lov att vara en rörelse här?.....	334
Att vänta tills saker är färdiga.....	334
Att bli gungad .....	335
Att känna reaktionen efter.....	336
Att bära upp sin egen tyngd .....	336
Att öppna upp för något nytt.....	337
DEN FILMADE BEHANDLINGEN MED CARIN OCH ANNCHARLOTTE .....	338
Vad har hänt sedan sist och vad ska vi göra idag?.....	338
Att hitta hitta närvaron i sig själv genom andning och röst .....	339
Att hitta centrum och mittlinje i kroppen.....	339
Att sträcka ut sin längd och känna var man börjar och slutar .....	339
Att sträcka ut sidorna och hitta sitt centrum .....	340
Att sträcka från centrum ut i kroppens alla riktningar - "stjärnan" .....	340
Att hitta kraften från sitt centrum med hjälp av röst och rörelse .....	341

Att hitta sina konturer - "cat - walk" .....	342
Att hitta sin inbalansering av kroppen gentemot gravitationen i sittande.....	342
Att hitta sin kotpelare och sin andning i sittande.....	343
Att hitta sin inbalansering av kroppen gentemot gravitationen i stående .....	343
Att göra sin röst hörd utan att förlora sig själv .....	344
DEN FILMADE BEHANDLINGEN MED INGELA OCH BERTIL.....	345
Inledande samtal .....	345
Upptäcktsresa genom kroppen - hur är det just nu?.....	345
Massage och passiva rörelser, fötter och ben .....	346
"Cat - walk" längs ryggen .....	346
Diskussion om vad de ska göra härnäst .....	346
Stående övningar .....	347



Del I

## INTRODUKTION





## Inledning

Långvariga smärt- och spänningsproblem utgör idag ett stort samhällsproblem (Socialdepartementet, [SOU] 1996:134; Socialstyrelsen [SoS], 1997; Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 1999). Trots samhällets ändrade vårdpolitik och vårdideologi, som inneburit att man i högre utsträckning kommit att beakta samspelet mellan kroppsliga, psykiska, arbetsmiljömässiga och sociokulturella faktorer, finns det fortfarande stora brister i vår kunskap om uppkomstmekanismer och behandling av människor med långvariga smärt- och spänningsproblem (SBU, 1999; SoS, 1997; SOU, 1996:134). Sjukvården har också stora svårigheter att på ett fruktbart sätt förstå, bemöta och hjälpa människor med dessa hälsoproblem (SoS, 1997; SOU, 1996:134; Carlstedt, 1992; Malterud, 1992; Thornquist, 1998). En av anledningarna till svårigheterna kan ses i att dessa hälsoproblem inte på ett enkelt sätt låter sig tolkas och behandlas inom ramen för det biomedicinska perspektivet (Bullington, 1999, Svenaeus, 1999, Malterud, 1992; Thornquist, 1998; Sachs, 1996).

Ett perspektiv som diskuteras och lyfts fram i sjukgymnastik är att se människan utifrån ett hälsoperspektiv, med möjligheter till utveckling oberoende av förekomsten av sjukdom och funktionshinder (Roxendal, 1987; Broberg, 1997; Abrandt, 1997). Denna syn på människan och föreställningen om att kroppslig behandling och rörelse förbättrar hälsa och lindrar smärta, har rötter som kan spåras till både den grekiska och romerska kulturen (Broberg, 1993; Lundbladh 1993). Det finns emellertid få djupgående empiriska undersökningar och teoretiska analyser av hur kroppen och kroppslig behandling kan förstås i förbättringen av patientens hälsa. Ett antagande som den här avhandlingen utgår ifrån, är att sjukgymnasters förståelse av kroppen och den kroppsliga infallsvinkeln i behandling skulle kunna bidra till att vidga perspektivet på hur människor med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem skulle kunna hjälpas. För att bidra till en sådan kunskapsuppbyggnad har jag i föreliggande avhandling valt att utforska och analysera en grupp

erfarna sjukgymnasters förståelse av sin egen praxis i behandling av människor med svårdefinierbara smärt- och spänningsproblem.

### Avhandlingens uppläggning

Avhandlingen är uppdelad i 11 kapitel. I det första kapitel ges en introduktion till problemområdet och dess omfattning, en genomgång av olika existerande perspektiv på sambanden mellan människa, samhälle, kropp och ohälsa samt en redogörelse för vanligt förekommande behandlingsformer inom problemområdet och utvärderingar av dess effekter. Därefter följer en redogörelse för metoder som informanterna i avhandlingen använder sig av, vilka fokuserar det kroppsliga erfandet. Efter detta redogörs för tidigare gjord forskning i syfte att utveckla kunskap om sjukgymnasters praxis. Redogörelsen för min egen förförståelse inom undersökningsområdet följer därpå. Sist i detta kapitel summeras bakgrunden och syftet med avhandlingen klargörs.

I kapitel 2 och 3 redogörs för metodens kunskapsteoretiska utgångspunkter samt forskningsprocessen i avhandlingen. Resultaten redovisas i kapitel 4 - 10. I kapitel 4 redogörs för analysen av den sjukgymnastiska förståelsen av patientens problematik. Kapitel 5 innehåller analysen av två av informanternas förståelse av tidiga störningar i människans utveckling och funktion sett i ett sjukgymnastiskt perspektiv. I kapitel 6 redogörs för analysen av sjukgymnasternas förståelse av sitt förhållningssätt till behandlingsprocessen. Därefter följer analysen av hur sjukgymnasterna förstår innehållet och innebörderna av den sjukgymnastiska behandlingen: kapitel 7 som avhandlar betydelsen av relation, tillit och varande; kapitel 8 som avhandlar betydelsen av att arbeta med patientens kontakt med sin kropp; kapitel 9 som avhandlar förståelsen av meningsskapandet i behandlingsrummet. I kapitel 10 tolkas förståelsen av kropp varande och mening i den sjukgymnastiska behandlingen med i ett existentiellt, fenomenologiskt och socialpsykologiskt perspektiv.

Sammanfattning och diskussion av resultaten görs i kapitel 11. Därefter följer en engelsk sammanfattning samt litteraturreferenserna. I ett appendix redogörs för de filmade behandlingar som dialogerna med informanterna utgått ifrån.

## Bakgrund till problemområdet

Fink (1992) redovisar att fyra av tio patienter som söker medicinsk öppenvård, har problem vilka kategoriseras som "somatiska problem utan påvisbar organisk sjukdom". Studier visar också att så kallade psykosocialt genererade hälsoproblem är vanliga, såväl bland patienter inom primärvården som i befolkningen som helhet (Hemström & Stefansson, 1991; Karlsson, 1994). I en befolkningsstudie från Malmöhus län visade sig drygt 60 % av befolkningen i åldersgruppen 20-84 år under en 12 månaders period ha varit utsatta för olika psykosociala påfrestningar (Karlsson, 1994). Under samma period sökte närmre hälften av befolkningen vård för besvär som trötthet, värk, sömnbesvär, huvudvärk och nedstämdhet, i samma landsting. De vanligaste påfrestningarna hade samband med egen eller nära anhörigs sjukdom, familje-problem, sorg i samband med nära anhörigs död och konflikter på arbetsplatsen. Enligt Karlsson (1996) tyder dessa studier på en benägenhet hos patienter att uttrycka sina besvär kroppsligt och att besvären till stor del kan förmodas ha psykosocial bakgrund.

De dominerande symptomen bland primärvårdspatienterna var i befolkningsstudien i Malmöhus län: värk i rygg, axlar eller nacke, trötthet och magbesvär, eller en kombination av dessa besvär (Karlsson, 1994). Detta styrks i Socialstyrelsens Folkhälsorapport från 1997 (SoS, 1997), där *rörelseorganens sjukdomar* anges som den dominerande sjukdomsgruppen bland personer med långvariga sjukdomar och besvär. I åldrarna 16-84 år har cirka 15 % av männen och cirka 20 % av kvinnorna sådan sjukdom (Statistiska centralbyrån [SCB/ULF], 94/95). Dessa andelar har inte ändrat sig sedan slutet av 1980-talet. Rörelseorganens sjukdomar kräver också flest sjukskrivningsdagar, flest långa sjukskrivningar och flest förtidspensioner. Under 1996 utgjorde 43 % av alla nybeviljade förtidspensioner och sjukbidrag (Riksförsäkringsverket [RFV], 1996). Sjukdomar i rörelseorganen är vanligare bland arbetare och kvinnor, men tenderar att öka bland lägre tjänstemän av båda könen. Kvinnliga

arbetare har mest värk, men bland kvinnliga tjänstemän är värk lika vanligt som bland manliga arbetare (SCB/ULF, 94/95). Drygt 60% av männen och 75% av kvinnorna inom sjukdomsgruppen har kronisk värk varav mer än 20 % av både män och kvinnor uppger att de har svår värk (op.cit.). Denna utbredning bekräftas internationellt. I en amerikansk studie på 3000 invånare i åldersgruppen 18-80 år rapporterade 20 % av befolkningen att de hade långvarig lokal smärta och 10 % att de hade utbredd och långvarig smärta (Wolfe m.fl., 1995). Arbetsrelaterade faktorer som ensidiga arbetsrörelser, repetitiva arbetsmoment, tunga lyft, såväl som stress, är kända riskfaktorer i detta sammanhang (Arbetskyddsstyrelsen, SCB, 1995). Sociala, psykologiska och kulturella faktorer har också visat sig kunna leda till besvär i rörelseapparaten (Turk, m.fl. 1983; Leinö, T-L., 1995; SoS, 1997).

Regeringspropositionen från 1993/94 lyfter fram de "psykosociala och psykosomatiska hälsoproblemen" som en morgondagens folksjukdom och betonar vikten av att inom de öppna vårdformerna utveckla en beredskap för att kunna behandla dessa människor.

## Olika perspektiv på problemet och dess bot

Det har efterhand blivit allmänt accepterat i vårt samhälle att ohälsa och sjukdom har en multifaktoriell bakgrund och förenklade modeller för sambanden mellan kropp och själ har i stor utsträckning övergivits (Nordenfelt, 1986; Svenaeus, 1999; Mirdal, 1993; Sivik & Theorell, 1995). En mängd olika perspektiv på sambanden mellan människa, samhälle, kropp och ohälsa har utvecklats. Det är dock svårt att i de olika perspektiven finna en hållbar ontologisk förklaring av relationen mellan person, kropp, psyke, liv och mening.

Med begreppet perspektiv menas i avhandlingen sättet att organisera och tolka sin varseblivning. Den definition jag stöder mig på är följande:

*"A perspective is an ordered view of one's world - what is taken for granted about the attributes of various objects, events, and human nature. It is an order of things remembered and expected as well as things actually perceived, an organized conception of what is plausible and what is possible; it constitutes the matrix through which one perceives his (or her) environment."*

(Shibutani, 1955, s 564, i Charon, 1995)

Nedan har jag valt att redogöra för de perspektiv och föreställningar som har haft och fortfarande i många fall har stort inflytande över sättet att möta och

behandla patienter med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem. De olika perspektiven kan delas in utifrån sitt fokus i: biomedicinska perspektiv, beteendepsykologiska perspektiv, psykodynamiska perspektiv och sociokulturella perspektiv.

### Biomedicinska perspektiv

I det biomedicinska perspektivet betraktas hälsa som frånvaro av sjukdom (Nordenfelt, 1986). Om organismen inte är drabbad av någon sjukdom som hindrar den från att fungera på normalt sätt är den frisk. Detta är en grundtanke sen Hippokrates och Galenos dagar som bygger på att hälsa är identiskt med det biologiskt naturliga och det biologiskt normala (Nordenfelt, 1986). Förståelsen utgår från en tanke om homeostas (Boorse, 1977).

Kritiken mot det biomedicinska perspektivet innefattar bland annat dess ontologiska förståelse av kropp och själ som åtskilda och betraktandet av kroppen som skild från sitt sociokulturella meningssammanhang (Engelsrud 1985, 1990; Leder, 1990; Sachs, 1996; SOU, 1996:134; Thornquist, 1998; Bullington, 1999). Det psykiska och sociala definieras därmed som något annat, som inte kan klassificeras som sjukdom. I mötet med sjukvården definieras på så sätt patientens kropp som lösriven från sina sammanhang genom att person, kropp, liv och mening fragmenteras till en summa av de ingående delarna. Åtgärderna hänförs i enlighet med detta till behandling av kropp *eller* psyke *eller* till den sociala hjälpsfären i samhället. Kritiken innefattar också det mekanistiska orsak-verkan tänkandet vad gäller sjukdomars uppkomst och bot, (Leder, 1990; Engelsrud, 1985, 1990; Thornquist, 1993, 1998; Råheim, 1997; Kirkengen, 1993, 1998; Bullington, 1999; Rudebeck, 1992).

Den medicinska forskningen har också kritiserats för att inte ta hänsyn till de olikheter och olika villkor som råder både mellan könen och inom könen, vad gäller ohälsa och levnadsvillkor (SOU, 1996; Östlin, m.fl., 1996; Hammarström & Hovellius, 1994; Carlstedt & Forssén, 1999). Kritiken riktar sig mot tendensen till generaliseringar, att göra alla lika, i stället för att se till mångfald, processer och relationer vad gäller de villkor som påverkar ohälsa (SOU, 1996; Östlin, m.fl., 1996; Carlstedt & Forssén, 1999).

Som tidigare nämnts drabbas kvinnor oftare av kroniska sjukdomar i rörelseorganen. Könsperspektivet har också lyfts fram i forskningen (Carlstedt, 1992; Carlstedt & Forssén, 1999; Hamberg, 1998; Hammarström & Hovellius, 1994; Johannisson, 1995; Johansson, 1998; Lilleaas, 1995; Malterud, 1992; Söderberg, 1999). I denna forskning framhävs att kön och maktstrukturer i sjukvårdssystemet är av stor betydelse för hur kvinnors hälsa och ohälsa förstås (SOU, 1996:134; Carlstedt, 1992, Carlstedt & Forssén, 1999). Mycket tyder på att könsspecifika förhållanden påverkar den diagnostiska tolkningsprocessen. Kvinnliga patienter får till exempel oftare diagnosen "diffusa"

besvär, än män (SOU, 1996; Malterud, 1993.). Kvinnors hälsoproblem förklaras också oftare som ett resultat av psykologiska störningar än mäns (Carlstedt, 1992; Carlstedt & Forssén, 1999). Det verkar också som om det medicinska diagnossystemet är bättre anpassat för att klassificera hälsoproblem hos män än kvinnor (Malterud (1993; Hammarström & Hovelius). Registrering visar att män oftare får en sjukdomsdiagnos inom gängse diagnosystem än kvinnor, medan kvinnor i högre utsträckning får en symptomdiagnos (Brage & Tellnes, 1992; Hammarström & Hovelius, 1994). En av svårigheterna i den diagnostiska processen kan förstås som att patienterna inte presenterar sin sjukhistoria och sina besvär på ett sådant sätt att de kan kategoriseras inom ramen för etablerade medicinska definitioner av organisk sjukdom och sjukdomsförståelse (Sachs, 1996; SOU, 1996:134; Malterud, 1990,1994). Besvären kan i stället karakteriseras som upplevd sjukdomskänsla. När de kroppsliga besvären utreds via blodprover, röntgen och andra medicinska undersökningar, är slutsatsen ofta att de saknar somatisk grund. Konsekvensen av detta är att patientens besvär ofta hänförs till den "psykosomatiska" sfären, i bemärkelsen kroppsliga problem med psykisk orsak. Patienterna känner sig härigenom många gånger oförstådda och kränkta, då de inte upplever sig ha psykiska problem utan kroppsliga. När de kroppsliga besvären klassificeras som "icke somatiska" på medicinsk grund, riskerar patienterna också att se bort ifrån vad de själva känner och upplever i kroppen, och sluta lita på sig själva (SOU, 1996:134; Schaefer, 1995; Söderberg, 1999; Hellström m.fl., 1999). Genom detta undergrävs patientens självförtroende, vilket har konsekvenser för patientens förmåga att förstå och utveckla strategier vad gäller att förhålla sig till sina besvär och sin livssituation. Undergrävandet av patienternas självförtroende har stora hälsomässiga konsekvenser både för den enskilde patienten och generellt. En annan negativ faktor är den låga status de medicinskt svårdefinierade sjukdomarna som exempelvis fibromyalgi har (Album, 1991; Hahn, m.fl., 1996; Mathers, 1995), vilket ger konsekvenser för det intresse patienten bemöts med i sjukvården. Att bli bemött med bristande intresse eller inte bli trodd, innebär ännu en kränkning och underminering av patientens självrespekt och förtroende till sig själv, vilket många patienter vittnar om (Lilleaas, 1995; Schaefer, 1995; Söderberg, 1999; Hamberg, 1998; Johansson, 1998).

Utifrån ovanstående kan sägas att smärt- och spänningsproblem sällan kan förklaras tillfredsställande med hjälp av medicinska förklaringsmodeller (SOU, 1996:134; Gamsa, 1994; Malterud, 1992). Patienterna får därmed inte heller någon självklar legitimitet som sjuka. Det kan också sägas att den kunskap, de perspektiv och den förståelse som sjukvården besitter och organiserar sitt arbete utifrån, behöver utvecklas för att på ett fruktbart sätt kunna möta och hjälpa patienter med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem.

### *Stressfysiologisk forskning*

Den stressfysiologiska forskningen kan sägas utgöra en gren inom ramen för det biomedicinska perspektivet (Sivik & Theorell, 1990). Denna forskning har vidgat sitt medicinska intressefokus till att studera människans hälsa i den miljö hon arbetar och lever i. Hälsa och ohälsa i förhållande till arbetsmiljö och socialt stöd har bland annat fokuserats (Karazek & Theorell, 1990). Graden av stress har här studerats i relation till de möjligheter individen har att påverka sin egen arbetssituation i förhållande till kraven i arbetet, enligt den så kallade krav-kontroll-stöd modellen. Ju lägre grad av egen kontroll, desto högre stressnivå, visar forskningen. Socialt stöd definieras som möjligheten till gemenskap med arbetskamrater och att utveckla en gemensam referensram och uppfattning om problem på arbetsplatsen. Ett fungerande socialt stöd beskrivs som kollektivets möjligheter att ändra omgivningens faktorer i önskad riktning (Johnsson, 1986). Utifrån denna forskning har bland annat företagshälsovården kommit att beakta inte bara ergonomiska, utan också psykosociala faktorer inverkan på människors hälsa i arbetsmiljön

### Beteendepsykologiska perspektiv

Beteendeteorier (Fordyce, 1986), har använts som grund för att utforma rehabiliteringsprogram som riktar sig mot att förändra patientens smärtbeteende. Dessa bygger i stor utsträckning på att inte förstärka och belöna smärtbeteende, utan undvika att ge patienten sympati, vila eller hjälp att undkomma påfrestande situationer (Lindström m.fl. 1992; Linton, 1993).

Den *psykologiska copingforskningen* (Lazarus & Folkman, 1984), utgör en forskningsgren inom ramen för det beteendepsykologiska perspektivet. Inom detta område fokuseras individens förmåga till anpassning och utveckling av olika sätt att hantera påfrestningar och krav. Begreppen stress och coping är enligt Lazarus (1993) sammanflätade med varandra och kan ses som en process. Lazarus har i sin fortsatta forskning emellertid valt att frångå begreppet stress och inrikta sin forskning på emotioner, då han analytiskt sett betraktar emotioner som överordnade begreppet stress. Utifrån detta har han utvecklat en "kognitiv-motivationell-relationell" teori. Vad som ger emotioner en så stark analytisk kraft, menar han, är att varje känsla utspringer från olika delar, eller historier, om relationer mellan personen och omgivningen. Detta benämner Lazarus "den relationella meningen". Hur individen tolkar den relationella meningen avgör känslan och styr den copingstrategi som individen utvecklar. Mening sett som något relationellt skapat i förhållande till den kontext en människa befinner sig i, blir i detta perspektiv styrande för den enskildes copingstrategi och därmed för hennes möjligheter att upprätthålla hälsa. Den kognitiva terapin bygger på dessa tankar och fokuserar patientens

sätt att mentalt hantera smärta och påfrestningar, för att lära patienter med smärt- och spänningsproblem bättre copingstrategier genom undervisning och samtal. Utgångspunkten i den kognitiva terapin är att tankar determinerar känslor och att varje människa har sitt eget perspektiv på tillvaron och lägger sin egen mening i det som sker (Palm, 1994). Utifrån detta riktar sig den kognitiva terapin mot att få patienten att uttrycka, förstå och försöka förändra känslor och tankar kring sin smärta. Patienten tränas också med hjälp av olika tekniker i att öka sitt självförtroende och coping av sin smärta och livssituation (Palm, 1994; Brattberg, 1995; Mirdal, 1993). Vissa studier pekar emellertid på att patientens förbättring är mer korrelerad till hur patienten förändrar sin förståelse av smärtan än till den fysiska träningen, avslappningen eller de förändringar de gör i sina copingstrategier (Jensen m.fl., 1994; Löfvander, 1997). I praktiken blandas ofta beteendeterapeutiska och kognitiva interventioner till det som kallas Kognitiv beteendeterapi, KBT.

### Psykodynamiska perspektiv

Begreppet *psykosomatik* har kommit att bli en vanlig beteckning när det gäller diffusa symptom utan påvisbar medicinsk orsak (Theorell, 1998; Mattsson, 1995). Inom modern psykosomatisk forskning används begreppet för att beteckna kroppsliga symptoms etiologi som influerade av såväl somatiska, psykiska som sociala faktorer (Mirdal, 1993; Sivik & Theorell, 1995; Bullington, 1999). Ett flertal förklaringsmodeller för hur kropp, psyke och sociala faktorer samverkar och hur psykosomatiska sjukdomar uppkommer används inom denna forskningstradition. Av dessa förklaringsmodeller har den psykoanalytiska förklaringsmodellen historiskt sett haft stor genomslagskraft. Inom de psykodynamiska perspektiven finns emellertid en stor variation och av intresse för den här avhandlingen är också psykodynamiska behandlingsperspektiv som inbegriper en fenomenologisk förståelse av kroppen (Bullington, 1999; Downing, 1997).

Generellt i ett psykoanalytiskt perspektiv betraktas psykosomatiska symptom som ett resultat av omedvetna "bakomliggande" psykiska konflikter, där symptomen tjänar till att upprätthålla patientens jämvikt (Mirdal, 1993; Sivik & Theorell, 1995; Bullington, 1999). Den psykoanalytiska skola som Franz Alexander (1950) representerar, har härvid varit en av de mest inflytelserika inom psykosomatisk forskning (Mirdal, 1993; Bullington, 1999). Utifrån Alexanders teori uppstår psykosomatiska sjukdomar genom bestämda emotionella konflikter som över tid belastar det autonoma nervsystemet med en kronisk spänning. Den autonoma spänningen hämmar emotionerna, men leder till en störning i de vegetativa funktionerna och de inre organens aktivitet. Alexander utvecklade på grundval av undersökningar av den psykodynamiska bakgrunden av sjukdomar, sin specifitetsteori om "de sju heliga"



psykosomatiska sjukdomarna: astma, gikt, förhöjt blodtryck, sår på tolvfingertarmen, tjocktarmsinflammation, eksem och thyreotoxikos<sup>1</sup> (Mirdal, 1993).

Begreppet *alexitymi*<sup>2</sup>, inbegriper en annan föreställning inom den analytiska skolan som haft stor genomslagskraft i sättet att betrakta människor med psykosomatisk sjukdom. Begreppet lanserades av psykoanalytikern Sifneos som tillsammans med Nemiah utvecklade en definition av begreppet (Nemiah, 1996). Denna omfattar följande personlighetsdrag: bristande förmåga att beskriva känslor med ord; bristande förmåga att lokalisera känslor i kroppen och skilja mellan de psykiska och somatiska aspekterna av känslor; bristande förmåga att skilja vanliga känslor från varandra (vrede, sorg, och glädje upplevs endast som odifferentierad spänning); tillfälliga okontrollerade och våldsamma känsloutbrott; bristande fantasi och överdriven upptagenhet av detaljer i yttre händelser; muskulär och mimisk rigiditet; färg- och livlös framträdelse under den terapeutiska samvaron (Nemiah, 1996; McDougall, 1993; Mirdal, 1993). Alexitymibegreppet har emellertid kritiserats och flera menar att det dels kan ses som ett personlighetsdrag och en bristande symboliseringsförmåga, men det kan också förstås som ett tillstånd som kan drabba en människa i depression eller i situationer där förmågan att bära och inrymma de egna känslorna överskrids och att känslorna därför kopplas bort från medvetandet (Mirdal, 1993).

McDougall (1990) är en av de senare psykoanalytiker som utvecklat teorier om psykosomatik vilka vunnit stort intresse. Hennes förståelse är att de psykosomatiska sjukdomstillstånden är ett resultat av tidiga störningar i personlighetsutvecklingen och en primitiv form av kommunikation, där kroppens organ kommunicerar den ångest psyket inte orkar inrymma. Att förlägga det psyket inte mäktar bära i kroppen betraktas i detta perspektiv som en försvarsmekanism.

Kritiken mot det psykoanalytiska perspektivet är i vissa avseenden densamma som mot det biomedicinska. Den riktar sig mot den dualistiska förståelsen av kropp och psyke, där psyket ses som det inre som skapar mening och kroppen som det yttre som uttrycker "det psykiska" (Sachs, 1996 i SOU 1996:134; Boss, 1983). Patientens problem definieras som något och annat än det uttrycker sig som, något "bakomliggande" (förträngda känslomässiga kon-flikter), där de kroppsliga smärtorna och spänningarna bara är intressanta i "översatt" form. Av detta följer en inriktning mot att i behandlingen arbeta med översättningarna, det vill säga med verbal terapi. Kritiken riktar sig också mot det orsak - verkan tänkande där barndomsupplevelser ses som determinerande orsaker till sjukdom (Boss,

---

<sup>1</sup> *Struma.*

<sup>2</sup> *Från grek.: a - utan, lexis - ord, thumos - hjärta eller känslor; det vill säga utan ord för känslor.*

1983). För en djupare analys av de onto-logiska, och etiologiska aspekterna av olika perspektiv på psykosomatik hänvisas till Bullington (1999).

#### *Ett fenomenologiskt perspektiv på psykosomatik*

Som ett alternativ till den dualistiska förståelsen av kropp och psyke, utvecklar Bullington (1999) i sin avhandling en *fenomenologisk* teori om psykosomatik, inspirerad av Merleau-Ponty's filosofi och kroppsforståelse. Hennes definition av det hon kallar den "psykosomatiska patologin", är att alla symptom och sjukdomar potentiellt kan användas psykosomatiskt, det vill säga på ett sådant sätt att de ersätter en symbolisk, verbal artikulering av mening. Det innebär inte att alla sjukdomar är psykosomatiska, uppger hon, utan att psykosomatisk "patologi" är ett särskilt sätt att leva och använda kroppen som medel att uttrycka sig. Det "patologiska" ligger i att kroppen i dessa fall används i situationer som bättre skulle kunna hanteras med hjälp av tankar, känslor och handlingar. De psykosociala faktorerna förstår hon som en nödvändig förutsättning för igångsättandet och upprätthållandet av den kroppsliga "patologin"/upplevelsen. Utifrån Bullingtons definition, är psykosomatisk "patologi" ett resultat av ett sammanbrott i patientens förmåga att konstituera mening. Kroppen blir ställföreträdande när tankar, känslor och handlingar blir omöjliga. Mening levs och uttrycks i stället som kropp (Bullington, 1999, s 45). Det kroppsliga uttrycket definierar hon som:

*"a lower level expression/communication of a life situation which the patient cannot (yet) articulate in terms of thoughts and feelings. The symptom is a rigid, stereotyped "language" which is not thematically understood by the patient her/himself nor the interlocutor."*

(Bullington, 1999, s 234)

Symptomen eller sjukdomen, ser Bullington som en strävan i att uppnå harmoni mellan den aktuella livssituationen och patientens respons på den. Hon använder sig härvid av Merleau-Ponty's strukturbegrepp där hon tolkar strukturerna förstå hon som de kroppsliga, psykologiska och sociokulturella mönster som utvecklar sig i en människas relation med världen. Dessa mönster strukturerar både det människan vänder sin uppmärksamhet emot perceptuellt och sättet att organisera erfarenheterna. Bullington förstår den psykosomatiska patientens problem som att hon/han inte längre är kapabel att transformera sina strukturer/levda relationer. Hon blir därigenom mindre flexibel i mötet med nya och utmanande livssituationer. När en människa är oförmögen att transformera sina strukturer och skapa ny mening, stagnerar flödet i relationen med livet och världen kommer mindre till uttryck och blir mer stereotyp (s 226-227). Bullingtons förståelse av boten, är att om patienten åter igen kan bli förmögen att medverka i transformation av mening till en högre symbolisk,

verbal och reflekterande nivå, så kan den uppmärksamhet som är riktad mot de kroppsliga upplevelserna riktas mot världen i stället. Därmed blir världen arenan för att transformera/vidga patientens strukturer och skapa ny mening. Den behandling som Bullington föreslår i enlighet med detta, är samtal för att utveckla mening på det hon kallar en högre menings/innebördsnivå, genom tankar, tal och reflexion. Det är genom denna högre nivå av mening som hon menar att vi förstår och kan ena vår erfarenhet av oss själva och skapa förståelse av våra liv och livssituationer (s 322). Bullington uttrycker i detta sammanhang patientens problem som ett undandragande från självet "a retreat from the self". Tillblivelsen av självet/personen förstår hon som att kontinuerligt definiera och skapa sig själv i relation till världen och andra människor i de olika situationer som uppstår i tillvaron. Essensen i självet förstår hon utifrån detta som en process. Detta perspektiv fokuserar individens meningsskapande och innefattar kroppen som meningsbärare. Ohälsa kopplas här till en bristande förmåga att skapa mening.

### Sociokulturella perspektiv

I ett sociokulturellt perspektiv på hälsa understryks att människan primärt är en handlande, meningsskapande varelse som lever och utvecklas i ett historiskt och sociokulturellt meningssammanhang (Nordenfeldt, 1988). Människans *relation* till sitt sociala sammanhang är fokus i dessa perspektiv. Sachs (SOU, 1996:134) skriver om konsekvenserna i sjukvården av att bortse från de sociokulturella sammanhangen:

*"Svårigheterna att se människors symptom som skapade i ett socialt och kulturellt sammanhang leder till fortsatt sökande efter å ena sidan somatiska å andra sidan psykiska förklaringar – här också inbegripet psykosomatiska besvär." (s 21)*

Johannisson (1993, 1995) talar i ett *idéhistoriskt* sammanhang om *kultursjukdomar* som psykosocialt genererade funktionella störningar och kronisk sjuklighet. Varje tidsepok har sina egna kultursjukdomar, vilka kännetecknas av att de är sjukdomar under en viss tid eller i ett bestämt samhällsrum. Dessa sjukdomar speglar samhällets ekonomiska, sociala och hygieniska förhållanden, såväl som individernas levnadssätt, arbete och miljö. Kultursjukdomarna speglar emellertid också djupare liggande värderingar, normer och kulturella behov. Johannisson (1993) menar att sjukdomarna kan ses som svar på kulturell stress, som reträtt, protest och markör med funktionen att fånga upp behov av kontroll, protest, flykt och tröst. Hon förstår den kulturella stressen idag som framvuxen i en samhällskultur där jakten på den optimala livskvaliteten i kombination med stegrade prestationskrav i en tillvaro där arbete, socialitet,

intimitet och sexualitet, skall samsas i en maximal symbios (s 93). Johannisson ställer frågan om vi genom att rikta uppmärksamheten mot sjukdom ger namn åt en växande vanmaktskänsla och en slags vantrivsel i kulturen. Utifrån detta lyfter hon fram begreppen sam-sjuklighet (sjukdomar relaterade till svårigheter att hantera samhälle, samvaro, samliv), olustsjukdomar och frustrationssjukdomar. Kroppen ses i detta perspektiv som uttryck för historiska och socio-kulturella sammanhang.

Sjukdomar kan i ett *socialantropologiskt* perspektiv ses som skapade och bekräftade i interaktionen mellan det upplevda och det svar som detta får i ett medicinskt sammanhang (Sachs i SOU 1996:134). Kulturen och samhället synliggörs när människor aktivt handlar för att bli av med det onda, och när de beskriver och förklarar sådana livshändelser som sjukdom. Sachs (1966) lyfter med denna utgångspunkt fram sjukdom som ordning. Hon menar att orsakerna till hur sjukdom förklaras speglar vårt behov av att hålla ordning i samhället. Klassifikationer av sjukdomar kan utifrån detta förstås som ett uttryck för en kulturs och ett samhälles ordnande idé och behov av att undvika det orena, det onda, det riskfyllda. Ordning uppstår när gränserna mellan vad som är rent och vad som är orent, normalt och onormalt, friskt och sjukt, inte hålls klara (Sachs, 1996; Douglas, 1970). Kampen mot smuts menar Douglas (1970), är även en kamp mot de som hotar ordningen. Utifrån Douglas och Sachs perspektiv kan de svårdefinierade hälsoproblemen förstås som en ordning som utmanar ordningen i samhället.

Sjukdomar ges i både Johannissons och Sachs/Douglas perspektiv en symbolisk innebörd i ett samhälleligt meningssystem, där både sjukdomssymptomen i sig och tolkningen av dem, kan förstås som historiska och socio-kulturella uttryck.

Ur ett medicinskt *kvinnoforskningsperspektiv* har kvinnors livsvillkor och den sociala konstruktionen av kön uppmärksamats alltmer som förklaring till kvinnors översjuklighet (Carlstedt, 1992; Lilleaas, 1995; Östlin m.fl., 1996; Socialstyrelsen, 1996, 1997; Hamberg, 1998; Johansson, 1998; Carlstedt & Forssén, 1999). Några av de faktorer vad gäller kvinnors livsvillkor som lyfts fram i detta sammanhang, är att kvinnor har mer ansvar för hem och familj, utför mer obetalt arbete, har lägre lön, mindre inflytande över sina arbetsuppgifter och mindre grad av självbestämmande. Maktförhållanden mellan könen samt våld och övergrepp mot kvinnor lyfts också fram som belastningsfaktorer och bidragande orsaker till kvinnors sjuklighet. Inom kvinnoforskningen gjordes till en början en åtskillnad mellan biologiskt kön (eng. sex) och socialt konstruerat kön (eng. gender). Denna distinktion ledde till att en skiljelinje upprättades mellan vad som är föränderligt och inte (Carlstedt & Forssén, 1999). Kritiken av detta synsätt är att denna åtskillnad bidrar till en fokusering av skillnader mellan könen, vilket i sin tur lätt leder till att skillnader och motsättningar inom könen förbises (Harding, 1986; Haraway, 1991; Carlstedt & Forssén, 1999). Den förståelse av kön som utvecklats utifrån denna kritik, är

att kön är något som alla är med och konstruerar genom människors sätt att bekräfta varandra i vardagliga möten och interaktioner livet igenom. Begreppet genusystem används i detta sammanhang som en beteckning för den organiserande princip som genomsyrar hela samhället (Hirdman, 1988). Kön kan i detta perspektiv ses som något föränderligt som inte en gång för alla är givet. Den ontologiska förståelse som uttrycks i förståelsen av begreppet kön, är att person, kropp, samhälle och mening är sammanflätat och att kön skapas relationellt i människors möten och i mötet mellan den enskilde och de strukturella förhållandena i ett samhälle. Kroppen ses i detta inte som biologiskt oföränderlig, utan som föränderlig i relation till de sociokulturella sammanhangen. I dessa disciplineras och "skulpteras", kroppen både rent konkret utifrån levnadsvanor och rådande kroppsideal<sup>3</sup> och genom människors sätt att vara och förhålla sig i relation till andra och sig själva.

Utifrån ett sociokulturellt perspektiv på smärt- och spänningsproblematik, kan patientens problem förstås inte bara som något somatiskt eller psykiskt hos den enskilde. Hälsoproblemen kan också förstås som historiska och sociokulturella meningssystem som kroppen bär fram. Innebörden av detta är att det kroppsliga är föränderligt genom den mening som konstrueras i sociala sammanhang och social interaktion. Denna förståelse har konsekvenser för synen på behandling och den mening som konstitueras genom den sociala samhandlingen i mötet med patienten i behandlingsrummet.

Utifrån de perspektiv som redogjorts för ovan, tar jag i avhandlingen utgångspunkt i en förståelse av smärt- och spänningsproblem förstått både som ett individuellt kroppsligt levt fenomen, som ett samhällsfenomen i ett historiskt och sociokulturellt perspektiv och som ett relationellt fenomen som har med mening att göra i mötet mellan den enskilde och de historiska och sociokulturella sammanhang hon lever i.

---

<sup>3</sup> *Jfr. ex.vis den moderna träningskulturen (Johansson, 1998) och det ökade intresset för skönhetskirurgi i dagens samhälle.*

## Behandling av patienter med långvariga smärt- och spänningsproblem

Behandling av patienter med långvarig<sup>4</sup> smärt- och spänningsproblematik är ofta *multidisciplinär* och faller inom ramen för begreppet rehabilitering. Rehabiliteringsbegreppet har förändrats från att uteslutande ha haft ett medicinskt innehåll till att också innefatta sociala, psykologiska och arbetsorganisatoriska aspekter (SOU, 1996:133). En definition av begreppet som används i betänkandet "Tidig och samordnad rehabilitering" (SOU, 1988:41) är:

*"Med rehabilitering avses en sammanhängande process som syftar till att återge den som drabbas av sjukdom eller av annan nedsättning av den fysiska eller psykiska prestationsförmågan bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar att leva ett självständigt liv. En rehabiliteringsåtgärd kan avse förändringar av den försäkrades arbetsförhållanden eller vara av medicinsk, psykologisk eller social art. Rehabiliteringsåtgärden skall planeras efter samråd med den försäkrade och utgå från hans individuella förutsättningar och behov."*

(i SOU, 1996:133, s 82)

I försöken att knyta samman de medicinska, psykologiska, sociala och arbetsinriktade rehabiliteringsinsatserna, betonas nödvändigheten av samarbete mellan olika rehabiliteringsaktörer (SOU, 1996:133). Försäkringskassorna har huvudansvaret för att samordna den arbetsinriktade rehabiliteringen för långvarigt sjukskrivna och arbetsgivaren har ansvaret för att vidta nödvändiga åtgärder. Vanliga interventioner som ingår i rehabiliteringsprogrammen är arbetsträning, kognitiv beteendeterapi, undervisning samt sjukgymnastik i form av fysisk träning, avspänning och kroppsmedvetandeträning.

---

<sup>4</sup> Mer än tre månader.

### *Utvärdering av multidisciplinära behandlingsinterventioner*

Ett antal kontrollerade och icke-kontrollerade studier visar att patienter med fibromyalgi förbättras genom deltagande i multidisciplinära gruppbehandlingsprogram (Vlaeyen m.fl., 1996; Nicassio m.fl., 1997; Löfvander, 1997; Buckelew m.fl., 1998; Mannerkorpi, 1999; Gowans m.fl., 1999). Behandlingarna bestod av undervisning och gruppdiskussioner om smärta och stress, i en del fall i kombination med olika former av kognitiv beteendeterapi, samt någon form av fysisk träning, som cykling, simning, bassängträning, stretching, medicinsk träningsterapi, avspänning, meditation och biofeedback. I de beskrivna studierna fokuseras framförallt tänkandet och beteendet. Interventionerna syftade till att ge patienten kunskap, minska hennes rädsla och hjälpa henne att utveckla copingstrategier. Vlaeyen, m.fl. (1996) hävdar dock att det inte framkommer någon skillnad mellan de grupper som fått undervisning och gruppdiskussioner om smärta och stress i förhållande till de som genomgått regelrätt kognitiv beteendeterapi för att lära sig att förändra "dysfunktionella" tankemönster.

Möjligheten att dela sina erfarenheter och upplevelser av symptom och svårigheter, visade sig emellertid vara en viktig aspekt i patienternas upplevelse av behandlingsprogrammen (Mannerkorpi, 1999). Mannerkorpi tolkar detta som att reflexionen tillsammans med andra i samma situation ger en insikt i att det finns möjligheter att göra något åt sina egna symptom och sitt eget välbefinnande. Som hon tolkar det verkar detta minska patienternas ångest och hjälpa dem att hitta bättre copingstrategier. När det gäller den fysiska delen av behandlingsprogrammen framställs denna i huvudsak som en form av fysisk *träning*. I Löfvanders (1997) studie av rehabilitering med grekiska invandrare, visade sig denna fysiska träning, i form av styrke- och rörelseträning enligt medicinsk träningsterapi (Gunnari, Evjent, m.fl. 1987), inte ha någon signifikant effekt på patientens besvär. Den hypotes Löfvander framlägger om detta, är att den höga grad av smärta och besvär som patienterna lider av kräver mer än enbart fysisk träning.

### *Sjukgymnastik*

I primärvården är sjukgymnaster på grund av sin kroppsligt inriktade behandlingsarsenal en av de yrkeskategorier som anlitas mycket och under lång tid i samband med behandling av patienter med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem. Då vistelse vid en rehabiliteringsklinik i många fall inte är aktuell, eller blir det först efter en längre tids besvär och sjukskrivning, är sjukgymnastik ofta den första och ibland den enda behandlingsåtgärden. I den sjukgymnastiska behandlingsarsenalen ingår smärtlindrande behandlingsmetoder som värme, ultraljud, TNS, akupunktur massage, avspänning, mm. Det finns också direkta behandlingsmetoder som inriktar sig mot mobilisering av leder och kotpelare, exempelvis ortopedisk manuell medicin (OMT), samt

olika former av rörelse- och styrketräning, så kallad medicinsk träningsterapi (MTT). I tillägg till sjukgymnastik av det här slaget, har olika former av gruppverksamhet för patienter med liknande typ av besvär utvecklats, såsom ryggskola, nackskola, smärtskola, stresshanteringsskola, etcetera. Här ingår undervisning och gruppdiskussioner kring de besvär man har, vad man kan göra för att förebygga och lindra dem, samt någon form av fysiska övningar, ibland i form av kroppsmedvetandeträning och avspänning. Tanken med dessa "skolor" är att patienten ska få kunskap om och bli mer medveten om sin egen kropp och sina besvär, samt få handledning, stöd och hjälp att utveckla ett eget sätt att kunna hantera och förhålla sig till sin smärta och sitt liv.

#### *Utvärdering av olika former av sjukgymnastik*

I två rapporter från statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU, 1999:101; SBU 1999:102) har en kritisk granskning av det vetenskapliga underlaget för behandlingar och åtgärder vid ländryggs- och nackbesvär som utförs av sjukgymnaster granskats. Endast kvalitetskontrollerade och randomiserade studier valdes ut för granskning. Rapporterna visar att det vetenskapliga underlaget för sjukgymnastiska åtgärder och behandlingar är begränsat även om sjukgymnastisk behandling vid rygg- respektive nackproblem i många fall har positiv effekt. Alla typer av behandlingar och åtgärder var dock inte lika effektiva för alla patientgrupper.

I rapporten om behandling vid ryggbesvär (SBU, 1990:102) har 85 randomiserade och kontrollerade studier granskats. I rapporten framkommer bland annat att regelbunden fysisk aktivitet i mer än 20 minuter är effektivt mot smärta och inskränkt rörlighet vid ländryggsbesvär och att det är bra att hålla sig så aktiv som kroppen tillåter även vid akuta besvär. Vad som betonas som betydelsefullt för förbättringen är att patienten får möjlighet att diskutera sina besvär, få svar på sina frågor och förstå hur hon själv kan påverka sin situation. Vikten av att patienten tar kontrollen över sin egen träning och tränar under lång tid betonas likaså. Behandling i multidisciplinära program, där sjukgymnastiska åtgärder sker i samarbete med andra teammedlemmar och med arbetsplatsen, anges vara av betydelse för arbetsförmågan vid kroniska besvär som varat mer än 12 veckor.

Analysen av 37 randomiserade och kontrollerade studier av sjukgymnastisk behandling vid nackbesvär visar att endast ett fåtal behandlingar som används av sjukgymnaster vid nacksmärta har vetenskapligt dokumenterad smärtlindrande effekt (SBU, 1999:101). Ett påpekande som görs är dock att avsaknad av vetenskaplig utvärdering av en behandlingsmetods effektivitet inte innebär att metoden inte har effekt, utan endast att dess värde är oklart. Analysen i rapporten ger stöd för att ortopedisk manuell terapi (OMT) kan reducera smärta och öka rörlighet i halsryggen vid kronisk nacksmärta och att aktiva och passiva rörelser kan reducera nacksmärtan efter whiplashskada i



tidigt skede. Svagare stöd ges för att OMT kan reducera smärta och öka rörlighet vid akut nacksmärta; att traktion kan reducera smärta och öka rörligheten i halsryggen vid kronisk nacksmärta och att fysisk träning inkluderande styrketräning, samt akupunktur kan reducera smärtan vid kronisk nacksmärta.

I rapporterna framhävs att det saknas kunskaper om vilken behandling som är bra för vilken patient och att den evidensbaserade forskningen inte kan ge svar på detta. Däremot anges att denna forskning i kombination med omdöme och klinisk erfarenhet kan förbättra behandlingen av patienten.

Det är den ovan nämnda kliniska erfarenheten och förståelsen hos sjukgymnaster som jag avser rikta mitt kunskapsintresse mot i avhandlingen, för att bidra till att förbättra behandlingen av patienter med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem. Härvid har jag valt att intressera mig för den kliniska erfarenhet som sjukgymnaster utvecklat genom att arbeta med behandlingsmetoder med särskilt fokus på medvetenhet om kropp och rörelse. Det är anledningen till att jag nedan gör en mer omfattande redogörelse för metoder inom denna behandlingskultur, vilken influerat informanterna i avhandlingen.

### Behandlingsformer med särskilt fokus på det kroppsliga erfandet

Inom Legitimerade sjukgymnasters riksförbund (LSR), har särskilda sektioner bildats för sjukgymnaster som arbetar inom olika områden: neurologi, geriatrik, reumatologi etcetera. En särskild sektion för psykosomatisk och psykiatrisk sjukgymnastik har också vuxit fram. Inom den psykosomatiska och psykiatriska sjukgymnastikens område har särskilda "psykosomatiska" undersökningsmetoder utvecklats. Exempel på dessa är den Resursorienterade Kroppsundersökningen (ROK) (Bunkan, 1996) och Body Awareness Scale (BAS-skattningen) (Roxendal & Nordvall, 1997). Likaså har behandlingsmetoder med fokus på kopplingarna mellan kropp, identitet och självbild utvecklats (se nedan). Dessa metoder har med sin kroppsliga infallsvinkel och betoning på relationen mellan person, kropp och liv, i allt större utsträckning börjat användas inom primärvården i samband med gruppbehandling av människor med smärt- spänningsproblematik.

#### *Historik*

Kroppsmedvetandeträning är en behandlingsform som i svensk sjukgymnastik ursprungligen utvecklades inom psykiatrin. För en fördjupad redogörelse av denna bakgrund hänvisas till Mattsson (1998) och hennes avhandling "Body Awareness, applications in physiotherapy". Behandlingsfilosofin har historiskt sina rötter kopplade till bland annat Elsa Gindler som undervisade i gymnastik

i Berlin under 20 och 30-talet och Reich, som under samma tid i Wien och Berlin utvecklade sina kroppspsykoterapeutiska teorier (Saltonstall, 1988). Reichs förståelse av interaktionen mellan kropp och medvetande återspeglar sig i många kroppsterapeutiska behandlingsformer. Kortfattat kan sägas om detta att både Reich och Freud (som var Reichs lärare) utgick från att blockerad sexuell energi skapade muskelspänningar och andra kroppsliga symptom. Medan Freud skilde mellan patienter vars neuroser var somatiskt kopplade, och de som var enbart psykiska men sexuellt relaterade, menade Reich att man inte kunde göra en sådan separation mellan medvetande och kropp. Reich såg också den uppladdning och avspänning som orgasmen innebär, som nödvändig för att upprätthålla fysisk och mental hälsa. Både Reich och Gindler utgick från att kroppsterapeutiskt arbete påverkar såväl kropp som känslor.

Gindler utvecklade ett arbetssätt där eleverna fick lära sig att öppna sin uppmärksamhet mot förnimmelser och känslor i kroppen med en tillåtande, utforskande och icke-värderande inställning (Saltonstall, 1988). Förändring menade hon skulle ske inifrån kroppen och inte utifrån yttre föreställningar om vad som var rätt eller fel. Hon fäste särskild uppmärksamhet i sitt arbete vid att erfara gravitationen i alla kroppens delar och att tillåta andningens reaktioner utan att påverka. Gindler menade att i varje människas kroppsliga funktion finns något unikt som ska respekteras och ges näring och utvecklingsmöjligheter. Genom att arbeta koncentrerat med att erfara vad som händer i kroppen, menade hon att man bäst skulle kunna samarbeta med kroppens egen inneboende drivkraft och förmåga att utveckla hälsa. Denna grundläggande förståelse av kropp och medvetande återfinns i många olika metoder som syftar till att utveckla kropps- och rörelsemedvetandet, som Eutoni (Alexander, 1981), Feldenkraismetodik (Feldenkrais, 1984/1972), Kineteic Awareness (Saltonstall, 1988), Body-Mind Centering (Bainbridge Cohen, 1993), Basal Kroppskänedom (Roxendal, 1987, 1995). Flera av dessa metoders grundare har också haft kontakt med Gindler. Gerda Alexander, som utvecklade Eutonin, var exempelvis elev hos Gindler i Berlin. Moshe Feldenkrais kom i sin tur i kontakt med Gerda Alexanders arbete. Gindlers arbete spreds också via hennes elever till Schweiz, Frankrike, Israel och USA. Gemensamt i de metoder som följde i hennes spår, är det djupgående koncentrerade arbetet att förnimma och utforska kroppen. Jag återger här kort perspektiven i några av de metoder som informanterna i avhandlingen inspirerats av i sitt behandlingsarbete.

### *Eutoni*

Eutoni är en metod som utvecklades av Gerda Alexander (1908 - 1992). Alexander utbildade sig till rytmikpedagog i Berlin. Från 1929 och fram till andra världskrigets slut arbetade hon med avspännings och rytmikkurser i

Köpenhamn, Malmö, Lund<sup>5</sup>, Göteborg och Stockholm. Hon startade sin utbildning för Eutoni pedagoger i Köpenhamn 1940. Metoden är dock spridd genom internationella kongresser och kurser under 50 - 80-talet i Tyskland, Frankrike, Spanien, Schweiz, Israel, Argentina, Mexico och Venezuela (Alexander, 1981). I Sverige är det framförallt genom en av hennes elever, Gun Kronberg, som metoden spritts.

Eutoni betyder god spänning och skiljer sig från gängse avspänningsmetoder genom att betona balansen mellan spänning och avspänning i kroppen. Målet är således inte att till varje pris reducera spänning i kroppen, utan att finna en balans i varje ny livssituation. Begreppet spänning reduceras inte heller till det muskulära, utan omfattar upplevelse av spänningsbalans i en djupare bemärkelse:

*"Eutoni är ett västligt sätt att göra det möjligt att erfara människans kropp-själsliga enhet. Inte genom att sänka sin vakenhetsgrad utan genom att vidga medvetandet, så kan fruktbara krafter utvecklas och den sociala kontaktförmågan aktiveras - ett utvecklingssätt som frigör kvalitéer i personligheten som möjliggör en anpassning till samhällslivet utan att förlora sin personliga egenart. (...) utifrån att vår kropp-själsliga realitet kan upplevas och utforskas genom fördjupad uppmärksamhet och medveten påverkan av vårt sammanlagda muskel- och nervsystem.*

(Alexander, 1981, s 25, egen översättning från tyskan)

Gerda Alexander kopplar samman kropp, personlighet och förmåga att fungera socialt. Genom hållning och rörelse och genom andning och röst, kan kroppsliga, känslomässiga och själsliga tillstånd upplevas och påverkas, säger hon. Varje förändring i medvetandet påverkar dessa livsuttryck. Omvänt hävdar hon att alla störningar hos den enskilde inte bara förändrar det kroppsliga hälsotillståndet, utan också medvetandetillståndet och därmed personlighetens totala förhållningssätt (Alexander, 1981).

#### *Kroppsmedvetandeträning enligt Dropsy*

Jaques Dropsy utvecklade sitt arbetssätt som en kroppsträningsteknik för konstnärligt uttryck inom dans, mim och teater (Dropsy, 1987/1975) utifrån sin egen utbildning och sitt intresse för scenisk framställning. Den terapeutiska effekten upptäckte han och hans elever på vägen. Han började då använda sig av i kroppsträningstekniken i ett mer terapeutiskt sammanhang och arbeta individuellt med kroppsövningar och analytisk psykoterapi i kombination, vid sitt psykoterapiinstitut i Paris.

---

<sup>5</sup> Vid Sydsvenska Gymnastikinstitutet, senare Sydsvenska Sjukgymnastiska Institutet.

Dropsy's arbetssätt är influerat av Za-Zen meditation och Tai-chi, där ett dagligt övandet av närvaro och koncentration ingår. Han arbetar också med olika gestaltande kroppsterapier och masker. Det är dock framförallt hans kurser i kroppsmedvetandeträning, Tai-chi och zen-meditation som har inspirerat sjukgymnaster i Sverige och Norge sedan 70-talet.

Dropsy gör en distinktion mellan intellektuellt kunnande och erfaren kunskap. Verklig insikt menar han är något som långsamt måste växa fram och ha sin grund i det vi erfar (Dropsy 1987/1975). Hans arbetssätt handlar om koncentration och mental närvaro i daglig återkommande träning, vilket bidrar till att ge struktur men också kontakt och tillgång till kreativitet i den upplevelse av enhet som övandet syftar till. Dropsy ser kroppen som en mötesplats på gränsen mellan två verkligheter, vår inre värld och universum utanför. Kroppen ser han som samfällt formad av båda verkligheterna. De kroppsliga uttrycken betraktar Dropsy som uttryck för människans helhet (Dropsy, 1987/1975). Träningen av den mentala närvaron är centralt i Dropsy's förståelse. Han menar att vi oftast är tankspridda, splittrade, överhopade av mentala och emotionella associationer utan något samband med nuet. Den mentala närvaron beskriver han med metaforen av månljus på en vattenyta:

*"Den riktiga mentala närvaron kan liknas vid månljuset som speglas på en flod utan att någon tyngd vilar på vattenytan. Månljuset ligger tätt på varje våg utan att flytta på sig. Det lyser på det strömmande vattnet men hindrar inte dess flöde."*

(Dropsy, 1991/1984, s 24 - 25)

Målet med övandet är att hitta förnimmelsen av enhet<sup>6</sup> och kontakten med andningen ses som ett medel för att utforska vägen dit.

Det som skiljer Dropsy's sätt att arbeta från exempelvis Eutoni och Feldenkrais, är det disciplinerande inslaget av återkommande övningar med bestämd yttre form och det dagliga övandet. Detta kan förstås utifrån att hans metodik från början var avsedd som träning för scenisk framställning samt att den har klara inslag av Buddhistisk meditationskultur.

#### *Basal Kroppskännedom*

Basal Kroppskännedom (Roxendal 1987), är en av de metoder som utvecklades inom den psykiatriska sjukgymnastiken på 70-talet och som fått stor spridning i Sverige och Norge, genom den kursverksamhet och utbildning som Roxendal utvecklat. Metoden är starkt influerad av Dropsy's tankar, men

---

<sup>6</sup> Jämför Gerda Alexanders formulering "att erfara människans kropp-själsliga enhet".

har utvecklats av Gertrud Roxendal, i ett sjukgymnastiskt perspektiv med patienter som målgrupp. Från början användes metoden i huvudsak inom psykiatri både i psykosbehandling och rent allmänt. Senare har metoden spritts till sjukgymnaster även inom andra områden. Ett centralt begrepp i Roxendals förståelse är kroppsjet:

*"Med begreppet kroppsjet vill vi behålla den odelbara enheten människa med kropp-själ, "body-mind". Inga särskilda lemmar, inga särskilda känslor, allt finns i samma enhet. Samma enhet, människan, uttrycker sig på olika sätt, i känslor, sjukdomar, funktioner, kreativitet. Särskilt i samband med långvariga sjukdomstillstånd kan symptom och funktionsbrister beskrivas som störningar i kroppsjet. Behandlingsinriktningen kan då bli att återupprätta ett stort kroppsjet i kombination med att fokusera behandling av sjukdomen eller symptomen."*

(Roxendal, 1995, s 302-303)

Kroppskännedomsträningen syftar till att stärka kroppsjetet och integreringen av kroppen i den totala identitetsupplevelsen (op.cit.). Funktioner av kroppsjetet är patientens kroppsliga inbalansering i förhållande till sin mittlinje, centrering, andning, flöde och mental närvaro. Instabilitet eller blockeringar i rörelse i förhållande till mittlinjen visar sig i alla rörelseplan och är också sammanhängande med relationen till gravitationen och underlaget. Begreppet centrering används för att beskriva förmågan att i samla sig kring och initiera rörelse från kroppens rörelsecentrum. Detta är beläget funktionellt i skärningen av diagonalerna mellan motsatt arm och ben, i höjd med diafragmas fäste vid ryggraden. Vid övningar för att medvetandegöra centrum i kroppen, riktas uppmärksamheten bland annat mot andningen och att tillåta spridningen av andningens rörelser i kroppen och integreringen av andningen i kroppens rörelse. Begreppet flöde används för att beskriva spridning eller blockering av rörelse genom kroppen. Den fjärde dimensionen av kroppsjetet som beskrivs som mental närvaro, tolkas i enlighet med Dropsy (se ovan). Roxendal (1985) har också utvecklat ett skattningsinstrument, Body Awareness Scale, vilket används som utvärderingsinstrument i behandling och forskning. För en mer djupgående redogörelse för kroppskännedomsbegreppet hänvisas till Roxendal (1987) och Mattsson (1998).

#### *Feldenkrais metodik*

Feldenkraismetoden utvecklades av Moshe Feldenkrais (1904 – 1984). Den utövas i två olika former, en individuell och en i grupp. "Awareness through movement", ATM, Medvetenhet Genom Rörelse, är en gruppmetod där eleverna lär sig öka sin medvetenhet genom att långsamt utföra rörelser efter lärarens instruktioner. Man arbetar i liggande på golvet, men också i sittande,

stående och gående, med att utforska och vidga sitt sätt att röra sig på ett för kroppen naturligt och avspänt sätt. "Funktionell Integrering", FI, är den individuella mer ickeverbalt och manuellt präglade delen av pedagogiken. Med sina händer gör här läraren oftast mycket små rörelser och guidar på så sätt eleven i att utforska sina vanemönster i kroppen och i att utveckla och vidga sina möjligheter att hitta rörelsemönster som ger mindre anspänning och smärta. Tanken är att medvetandegöra möjligheterna att ändra sitt rörelsemönster och ge insikt om att det finns frihet att välja. Ofta kombineras den individuella behandlingen med gruppbehandling.

Tänkarna bakom Feldenkraismetodiken är att människan handlar i enlighet med sin självbild och att denna är möjlig att vidga genom att erfaras sig själv på nya sätt genom rörelse (Feldenkrais 1984/1972). Varje människa talar, rör sig, tänker och känner på olika sätt i enlighet med den självbild hon byggt upp genom sitt liv. Sättet en människa exempelvis håller sina skuldror, huvud, mage, hennes röst och uttryck, hennes stabilitet och sätt att föra sig, är allt baserat på hennes självbild, enligt Feldenkrais. Självbildens utveckling förstår Feldenkrais som beroende av sociokulturella faktorer, arv/biologiska strukturer och av personliga livserfarenheter. Han menar också att det människan lär sig genom sitt handlande och erfara är sociokulturellt beroende och bestämmer i hög grad hennes lärande om sig själv – vad som selekteras ut. En människas självbild påverkar således både hur hon lär och vad hon är öppen för att lära genom sina erfarenheter. Han lyfter också fram konflikten mellan de samhällsliga normerna och människors egna behov och menar att människor i sina sociala ambitioner lär sig se bort ifrån sig själva. Människors ambitioner att anpassa sig gör att de begränsar sina egna potentialer och sin förmåga att förhålla sig kreativt till sitt liv. För att förändra sitt handlande och sina vanemönster menar han att en människa måste förändra sin självbild.

Självbildens består enligt Feldenkrais (1984/1975) av fyra komponenter som är sammanflätade med varandra och involverade i allt handlande: rörelse, förnimmelighet, känsla och tanke. Feldenkrais menar att vi kan bli medvetna om dessa komponenter i vår självbild genom att arbeta med kropp och rörelse. Genom att arbeta med att utforska och vidga möjligheterna att och röra sig, menar han att självbildens utvecklas.

Feldenkraismetodiken betonar i likhet med övriga kroppsmedvetandemetoder närvaro och koncentration. Till skillnad från Dropsy's utforskande av skillnader genom dagligt övande och i detta återkomma till samma övningar med en bestämd rörelseform, betonar Feldenkrais variationen och utforskandet av nya möjligheter, riktningar och sätt att röra sig i vanemönstren. Ett annat viktigt inslag i metoderna är uppmaningen till "eleven" att hela tiden ta ställning till vad som känns bra för honom/henne själv och följa detta.

Feldenkrais för in tankar om den sociokulturella disciplineringen av individen och kroppen och arbetar medvetet med detta dilemma i metodiken genom att försöka medvetandegöra den enskilde om att hon kan göra egna val

i behandlingsrummet. I Eutonin berörs relationen till det samhälleliga i målsättningen att hitta sin kropp-själsliga enhet för att kunna anpassa sig till samhällslivet utan att förlora sin personliga egenart. I själva metodiken tematiseras detta dock inte, utan fokus ligger på fördjupad närvaro och koncentration. Det samma kan sägas gälla Basal Kroppskännedomsträning, som syftar till att stärka identiteten via det kroppsliga erfandet. Sammanfattningsvis kan sägas om dessa metoder att de inrymmer en förståelse av kroppens betydelse för identitet och självbild och att de syftar till att vidga människors förmåga att förhålla sig till sig själva och sitt liv. Av den anledningen är den förståelse sjukgymnaster utvecklat utifrån sin praxis med dessa metoder intressant för att utveckla kunskap om rehabilitering av patienter med svårdefinierbar smärt och spänningsproblematik.

#### *Utvärdering av behandlingsinterventioner med fokus på medvetenheten om kroppen*

Studier som visar effekten av kroppsmedvetandeträning är få. I en randomiserad och kontrollerad studie undersöker Lundblad, Elert & Gerdle (1999), om det föreligger någon skillnad mellan den form av kroppsmedvetandeträning som benämns Feldenkrais<sup>7</sup>, och traditionell sjukgymnastik, för att reducera besvär från nacke och skuldror hos kvinnliga industriarbetare. I studien ingick 97 kvinnliga industriarbetare med nack- skulderbesvär. Patienterna var ej långtidssjukskrivna. Dessa randomiserades i tre grupper: a) en kontrollgrupp, b) en grupp som fick sjukgymnastik i enlighet företagshälsovårdens ergonomiskt inriktade behandlingsprogram och c) Feldenkrais-behandling i grupp. Studien visade att den grupp som erhållit behandling enligt Feldenkraismetoden hade minskat sina besvär signifikant vad gällde funktion utanför arbetet, sin styrka, uthållighet, trötthet, och förmåga att slappna av. Gruppen som fått sjukgymnastik visade inte någon förbättring av besvären och kontrollgruppens besvär ökade. De slutsatser som dras är att patienterna förbättrats signifikant efter Feldenkraisbehandling men inte efter sjukgymnastik.

Ullberg-Pettersson (1991) har gjort en icke kontrollerad retrospektiv studie med 55 patienter med smärt- spänningsproblem, remitterade från tandkirurg, öronklinik, smärtmottagning och psykiatrisk klinik, till psykosomatiskt inriktad sjukgymnastik. Patienterna genomgick gruppbehandling med kroppsmedvetandeträning, kombinerat med undervisning om smärta, ergonomi, stress och stresshantering och samtal. Behandlingen skedde polikliniskt i grupp en gång i veckan, 1 tim 30 min per tillfälle. Patienterna deltog först i en nybörjar-

---

<sup>7</sup> *Feldenkraispedagogerna själva beskriver sin behandlingsform som "Medvetenhet genom rörelse", men jag använder samlingsbegreppet kroppsmedvetandeträning för de behandlingsmetoder där medvetandegörandet av patientens förnimmelse av kroppen är ett central och medvetet fokus i behandlingen.*

grupp, därefter i en fortsättningsgrupp. Behandlingen sträckte sig över 34 veckor. Resultaten visade en signifikant minskning av medicinkonsumtion och besvärsupplevelse. Arbetsfrekvensen ökade signifikant. Antal angivna symptom sjönk. Psykiska variabler förbättrades i självskattningarna. Besvärsupplevelse och 8 av 10 psykiska variabler hade förbättrats ytterligare vid uppföljning 19 - 40 månader efter avslutad behandling jämfört med direkt efter behandling. Långa sjukskrivningsperioder sjönk signifikant från behandlingsstart till ett år efter behandling. Patienterna fokuserade mindre på kroppsliga symptom och en förändringsprocess sattes igång som gjorde att patienterna belastade sig mindre fysiskt och psykiskt. Patienterna fortsatte att förbättras efter avslutad behandling. Detta tolkar Ullberg-Pettersson som att en process startat som gör att patienterna på egen hand fortsätter sitt förändringsarbete i riktning mot ökad hälsa. Hon framför också att det för vissa patienter är viktigt med en fortsättningsgrupp, medan det för andra räcker med att delta i nybörjargruppen.

En icke kontrollerad studie av kroppsmedvetandeträning med kvinnor med varierande smärtproblem, varav nack- rygg problem dominerade, har genomförts av Mattsson, m.fl. (1997, 1998b). Kvinnorna var remitterade från gynekologiska och psykiatriska avdelningar och hade alla självrapporterade sexuella övergrepp i sin livshistoria. De fick en gång i veckan under 8 månader delta i en grupp med kroppsmedvetandeträning kombinerat med samtal. Gruppen leddes av två kvinnor, en sjukgymnast och en gynekolog, under handledning av psykoterapeut. Resultaten visar att de kroppsliga besvären minskade till hälften. Patienternas självbild, kroppsuppfattning och relation till sin kropp förbättras för flertalet. De slutsatser som dras är att kroppsmedvetandeträning och samtal i grupp, där både gynekolog och sjukgymnast deltar, initierar en positiv reduktion av smärtsymptom och en hälsoförbättring hos kvinnor som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen. Den erfarenhet de redovisar är att gruppbehandlingen behöver pågå under längre tid, minst ett år, för att de omstrukturerande förändringar som satts igång ska hinna stabilisera sig. Detta menar de är särskilt viktigt om patienterna saknar socialt stöd utanför gruppen. De anger också att det skulle vara en fördel att ha grupper på olika nivåer, då en del patienter skulle behöva gå i en fortsättningsgrupp. Mattsson betonar att det är viktigt att inte inleda den här formen av behandling i anslutning till ett trauma, utan vänta tills patienterna etablerat en tillräcklig självkontroll.



## Kroppsorienterade metoder med psykodynamisk grund

Kroppsorienterade metoder med uttalad psykodynamisk grund, kan placeras på en skala som har kroppen som huvudsakliga plattform i behandlingsarbetet på ena sidan och som har det verbala som plattform och de kroppsliga teknikerna endast i tillägg, på den andra sidan. En hel flora av metoder existerar inom detta område. Två av dessa metoder finns representerade bland de sjukgymnaster som deltar som informanter i avhandlingen: Psykomotorisk fysioterapi samt Kroppsorienterad psykoterapi enligt George Downing. Nedan ges en kort beskrivning av dessa.

### *Psykomotorisk fysioterapi*

Den norska sjukgymnastiska behandlingsmetoden "Psykomotorisk fysioterapi", utvecklades i slutet av 40-talet i samarbetet mellan sjukgymnasten Aadel Bulow-Hansen och neurologläkaren Tryggve Braatøy. I Norge fanns redan då psykoterapeutiska behandlingsströmningar med intresse för sambanden mellan kropp och känslor, som Vegetoterapi och Nic Waals undersöknings och behandlingsmetod inom barnpsykiatrin. I samband med nazismen i Tyskland bodde också Wilhelm Reich en tid i Norge och bidrog till diskussionerna. Thornquist och Bunkan uttrycker sig om behandlingsformen:

*"Patienten remitteras till psykomotorisk fysioterapi på grund av sina fysiska problem, och det är kroppen som står i centrum i denna behandling. Själva benämningen psykomotorisk fysioterapi kan då verka missvisande, eftersom den antyder att det psykiska kommer först. Det är kroppen som görs till föremål för behandling, men allt som psykomotorikern gör bygger på förståelsen av kroppen som ett integrerat fysiskt-psykiskt-socialt fenomen. Utgångspunkten är hela människan, inkörsporten är kroppen. Syftet med behandlingen är att åstadkomma en omställning av kroppshållning, muskulatur och andning.*

*(..) Via kroppshållning, muskulatur och andning sätter vi igång en omställningsprocess, och denna omställningsprocess omfattar betydligt mer än förändringar i muskel/skelett-systemet och andningen.*

*(..) Det är patientens omställningsförmåga - personens möjligheter till förändring - som står i centrum. Det är patientens resurser vi först och främst är intresserade av."*

(Thornquist & Bunkan, 1991, s 20)

Detta citat speglar en förståelse av kroppen som ett integrerat psykiskt/fysiskt/socialt fenomen och ett antagande att genom att arbeta med omställning av kroppshållning, muskulatur och andning så sätts även en persons möjligheter till förändring igång. Centralt fokus för sjukgymnastens

uppmärksamhet i den psykomotoriska behandlingen är andningen. Att andas av rädsla och att andas för att undgå rädsla är två exempel på andningens sammanflätning med känslolivet som Thornquist och Bunkan anger. Att frigöra andningsbromsarna är centralt i behandlingen. Andningen blir också central för att ge terapeuten vägledning i doseringen av omställningens omfattning och tempo. Om patienten svarar med att dra sig samman och hålla andan när muskelspänning frigörs i exempelvis ansiktsmimiken, tolkas detta som ett tecken på att patienten inte är mogen att släppa sitt försvar. Om hon i stället reagerar med en frigörande suck och spontana sträckrörelser i kroppen, tolkar man detta som ett uttryck för en lättnad att bli av med sin spänning. Det praktiska behandlingsarbetet består av massage, passiva rörelser och instruerade övningar. Massagen innefattar olika manuella grepp samt passiva tøj- och sträckrörelser vilka hela tiden ges i förhållande till patientens reaktioner i andningen.

Förståelsen av samspelet mellan kroppslig omställning och känslor är att sedan omställningen i kroppen inletts, aktiveras också mer och mer från omedvetna skikt hos patienten. Behandlarrollen beskrivs som att sjukgymnasten av tradition är återhållsam med att ställa frågor av personlig art och att det är kroppen som är inkörsporten i behandlingen. Samtalet kommer i andra hand. Det beskrivs dock som oerhört viktigt att bereda rum för känslor i behandlingen och att känslomässiga reaktioner kan vara ett tecken på att behandlingen fungerar på rätt sätt. Den förståelse som uttrycks är att känslor som inte accepteras ofta blir grogrund för sjukdom och symptom hos patienten.

I Thornquists och Bunkans framställning (1990), anges att sjukgymnasten har större förutsättningar att arbeta med problem som har sin rot i den yttre psykosociala situationen än med problem som har sitt upphov i komplicerade förhållande tidigt i livet. Gränsen för sjukgymnastens terapeutiska arbete med patientens känslor går där konfliktmaterialet blir alltför skrämmande för en av parterna, antingen patienten eller sjukgymnasten, menar man. I de fallen bör patienten remitteras till psykoterapi. Typen av konfliktmaterial, patientens förhållande till konfliktmaterialet och sjukgymnastens mognadsnivå får avgöra när så ska ske.

Psykomotorikerns terapeutiska uppgift anges som att hjälpa patienten till insikt om sambanden mellan sina symptom, sitt reaktionssätt och sin livssituation. Behandlingens syfte är att ge patienten bättre kontakt med sitt känsloliv. När kroppen ställs om och andningen blir friare, får patienterna ofta en djupare kontakt med sina känslor, anger man.

### *Kroppsorienterad psykoterapi*

Ett flertal sjukgymnaster inom psykiatrin har kompletterat sin utbildning med den form av kroppsorienterade psykoterapi som introducerades i Sverige i

mitten på 70- talet av den amerikanske psykoterapeuten George Downing (Downing 1997). Han fick sin utbildning i Kalifornien under 60- och 70-talet av bland annat Magda Proskauer och Stanley Keleman. Nämnas kan att Proskauer varit elev hos Elsa Gindler.

Den kroppsorienterade psykoterapin enligt George Downing beskrivs som en verbal metodik med tillägg av kroppsorienterade tekniker (Wrangsjö (red), 1987; Downing, 1997). Centralt i förståelse av det terapeutiska arbetet är synen på samspel och kopplingar mellan fem olika, vad han kallar, dimensioner av medvetande:

- kroppsliga sensationer och upplevelser (exempelvis värme, kyla, stickningar, stramhet)
- motoriska uttryck
- affekter och mer komplexa känslomässiga upplevelser
- inre föreställningar och bilder
- verbalt utformat tänkande och tal

Downing betonar särskilt att det inte förekommer någon form av underförstådd hierarki eller rangordning mellan dessa nivåer, utan ett samspel där klienten kan förnimma flera av dem samtidigt (Downing, 1997). När exempelvis omedvetna element hos patienten når upp till medvetandets yta, menar han att detta ofta sker som en hårt komprimerad kärna i form av känslor, tankar, bilder och rörelseimpulser. Det integrativa i den psykoterapeutiska processen betonas, i den meningen att terapeuten arbetar med patientens förmåga att i sin uppmärksamhet röra sig och göra kopplingar mellan flera nivåer. Känslorna som källa till förståelse utgör ett centralt fokus för uppmärksamheten i den kroppsorienterade psykoterapin. De främsta målen för arbetet på det känslomässiga planet anger Downing som att klienten når fram till en så tydlig och heltäckande uppfattning av känslan och dess olika kroppsliga manifestationer som möjligt; att klienten lyckas finna ord som på ett någorlunda adekvat sätt ringar in och beskriver känslan; samt att utforska känslan, dess dolda innebörd och relation (s 48). Ett av syftena som rör det kroppsliga är bland annat att hjälpa patienten att utveckla en mer differentierad kroppslig förtrogenhet med olika affektmotoriska mönster (s 93). Patientens överföringsreaktioner utgör ett annat centralt fokus och en källa till förståelse i behandlingsarbetet. Downing har också särskilt utvecklat reflexionen kring överföring och motöverföring med utgångspunkt i kropppsykoterapeutisk praxis.

Downing förankrar sin kliniska teori i ett objektrelationsteoretiskt perspektiv, med inslag av en fenomenologisk förståelse av kroppen. Han fördjupar också sina teoretiska resonemang kring spädbarnets utveckling av den grundläggande identitetsstrukturen utifrån Mahler, Stern och nyare spädbarnsforskning. Detta gör han utifrån övertygelsen att den grundläggande

förståelsen av den preverbala perioden har ett direkt inflytande på hur terapeuten ställer sig till vissa händelser och upplevelser under en terapi.

I sitt slutord utvecklar Downing (1997) sina tankar om det "förkroppsligade medvetandet" som ett nytt paradigm, vilket han menar kan ge en vidgad syn på kroppens roll i psykoterapi. Hans erfarenheter är att patienter som har dålig kontakt med de kroppsliga nivåerna, möter särskilda svårigheter i det psyko-terapeutiska arbetet. Utifrån ett kroppspsykoterapeutiskt perspektiv finns en teoretisk lucka i de psykodynamiska teorierna på detta område, menar Downing. Teorier om känslor har i alltför hög grad koncentrerat sig på känslans kognitiva dimension och vi saknar en djupare teoretisk förståelse för kroppens roll i våra känslor (s 370). En fördjupad förståelse av "den förkroppsligade subjektiviteten" menar han skulle innebära en värdefull utvidgning av affektteorin. Downing pekar särskilt på värdet av detta vad gäller det erkänt krävande psykoterapeutiska arbetet med psykosomatiska tillstånd (s 370).

Downing pekar här på luckan i förståelsen av kroppens betydelse i den psykoterapeutiska behandlingsprocessen. Han anger ett behov av en fördjupad förståelse av det han kallar den förkroppsligade subjektiviteten. Förståelsen av den förkroppsligade subjektivitetens betydelse är en lucka även i sjukgymnastik. Ett av forskningsintressena i den här avhandlingen är att utveckla en sådan förståelse utifrån sjukgymnastisk praxis. Mitt forskningsintresset riktar sig dock inte mot att vidga affektteorin, utan mot att vidga perspektivet på behandlingen av patienter med svårdefinierad smärt- och spänningsproblematik.

## Kunskaper i och om sjukgymnastisk praxis

Genom den speciella behandlingssituation sjukgymnast och patient befinner sig i, med fysisk närhet i kombination med ett ofta långt behandlingsförlopp, har många sjukgymnaster utvecklat djupa insikter om kropp och rörelse. Sjukgymnaster har likaså byggt upp erfarenhetskunskap om hur kroppsliga reaktioner står i samband med människors upplevelser, liv och förändringsprocess. Utifrån bakgrunden och min egen förförståelse av sjukgymnastisk praxis, är mitt forskningsintresse särskilt riktat mot den slags praxis som i metodiken inrymmer uttalade perspektiv på kopplingar mellan kropp, självbild, och den kroppsliga erfarenhetens betydelse för patientens förändringsprocess i behandling. Dessa teoretiska grunder för sjukgymnastik och förståelsen av den sjukgymnastiska behandlingsprocessens innebörder, är i liten utsträckning formulerade och klargjorda (Roberts, 1994; Rothstein, 1999; Higgs & Titchen, 1995; de Souza, 1998,).

*"Therapy procedures might be outlined, but the rationale and method for the specific application of the therapy to individual patients are rarely described. The objectives of a therapy may be set out, but the exact mechanism for achieving those objectives is not often evident ... the therapy process is rarely described yet it is these issues which may form and guide the content of treatment ... In contrast to theories about impairments, theories about therapies remain almost entirely undeveloped."*

(de Souza, 1998, s V)

Avsaknaden av begrepp och teorier som överensstämmer med sjukgymnasters erfarenhetsbaserade kunskap, gör det svårt att se, lita på och kritiskt reflektera kring de egna erfarenheterna. Bristen på formulerad kunskap, teorier och begrepp som tydliggör sjukgymnastisk praxis, gör det också svårt att förmedla den sjukgymnastiska kunskapen och utveckla yrket både i praxis och genom forskning. Teamarbetet med andra yrkeskategorier försvåras likaså, då sjukgymnaster endast i begränsad omfattning kan redogöra för vad sjukgymnastik är och på vilket sätt det är verksamt. Detta i sin tur begränsar möjligheterna till utvecklingen av det gemensamma rehabiliteringsarbetet i behandlingsteamet (Thornquist, 1992, Mattsson, 1998a).

#### Tidigare forskning i syfte att utveckla kunskap om sjukgymnasters praxis

Forskning med utgångspunkt tagen i sjukgymnasters praxis, relevant för den här avhandlingen, har bland annat gjorts av Ek (1990), Engelsrud, (1990) och Thornquist, (1998).

Ek (1990) har i sin avhandling "Physiotherapy as communication" gjort en mikroetnografisk analys av det filmade interaktionsförloppet mellan en sjukgymnast och en patient med så kallad frozen shoulder<sup>8</sup> i långvarig sjukgymnastisk behandling. Ek ifrågasätter i sin forskning förståelsen av den sjukgymnastiska behandlingen som en målriktad intervention där problem löses av sjukgymnasten som expert och patienten som mottagare. Hennes forskning visar i stället hur patient och sjukgymnast ömsesidigt skapar kontext och förutsättningar för varandra steg för steg genom det interaktionsmönster de väver tillsammans. Hon visar också i sin forskning hur bägge parter handlar och skapar mening utifrån sina egna förutsättningar och förståelse och hur svårigheter kan uppstå trots att båda har goda intentioner i behandlingen.

---

<sup>8</sup> Frozen shoulder innebär en smärtande rörelseinskränkning i axel/skuldra, som ofta drabbar kvinnor i 50-års åldern. Tillståndet läker i regel ut inom loppet av ett år, men föranleder ofta sjukgymnastisk behandling.

Engelsrud (1990) fokuserar i sin avhandling "Kjaerlighet og bevegelse", hur interaktionen mellan barn och sjukgymnast strukturerar förhållandet dem emellan. Med hjälp av mikroanalys av interaktionen i filmade sjukgymnastiska behandlingar med barn, samt intervjuer med de behandlande sjukgymnasterna, har hon i sin avhandling analyserat hur kroppen blir bemött och förstådd, och hur sjukgymnasternas kroppsförståelse påverkar interaktionsförloppen i behandlingen. I analysen framkommer att det biomedicinska perspektivet ofta slår igenom i sjukgymnasternas förståelse av kroppen och leder till olika låsande och begränsande interaktionsförlopp i behandlingen. I motsats till de låsande förloppen, står de öppnande och utvecklande. I de olika typologierna beskrivs de öppnande förloppen ge större utvecklingsrum för det patientens själv kroppsligen frambringar av rörelse och kroppslighet i behandlingsrummet. Engelsrud menar att sjukgymnasten genom sitt sätt att möta och bekräfta patientens kropp, kan påverka patientens självuppfattning och möjligheter till utveckling i interaktionsprocessen. I sin diskussion utvecklar Engelsrud en fenomenologisk förståelse av kroppen som något som människan både har och som hon existerar som. Hon menar att när vi inte lyssnar till och respekterar kroppens tillstånd, känslor och uttrycksbehov, så blir kroppens lösning att ta avstånd från sig själv eller att kommunicera sig själv genom sjukdom och symptom av olika slag. En hypotes som hon utvecklar är att människors hälsotillstånd är relaterat till vad slags kroppslig närvaro och reflexion de har haft möjlighet att utveckla.

Thornquist (1998) har i sin avhandling "Conceiving Function", analyserat sjukgymnasters undersökning och funktionsbedömning. Tre olika kategorier av sjukgymnaster filmades i sitt första möte med patienter: sjukgymnaster som arbetar med ortopedisk manuell medicin (OMT), psykomotorisk behandling, samt distriktsgymnaster på hembesök. Sjukgymnast och patient intervjuades var för sig efter filmningen. Materialet analyserades i syfte att synliggöra underliggande förklaringsmodeller i deras praxis och hur sjukgymnast och patient tillsammans skapar innehåll, kontext och relation. Thornquist finner att de manuella terapeuterna genomgående tolkar sina undersökningsfynd inom ramen för en *biomedicinsk förståelse* och att kroppen undersöks som objekt, avskild från person och liv. Symptom och undersökningsfynd betraktas som manifestationer av underliggande patologiska, anatomiska förhållanden. I sin allmänna kommunikation, både kroppsligen och verbalt, bemötte sjukgymnasterna emellertid intuitivt patienten som person och skapade ett gott samarbetsklimat. Thornquist menar att detta dels kan tolkas som att det biomedicinska tänkandet har ett särskilt herravälde i deras förståelse så att de inbegriper all slags information i undersökningssituationen i detta perspektiv. Men hon menar att det också kan tolkas som att sjukgymnasten ser sin egen kunskap och livsförståelse som alltför generell och osystematisk i förhållande till den biomedicinska. Trots att deras egen kunskap och livsförståelse är värdefull i livet som sådant, verkar de inte se den som giltig i den kliniska

situationen. Sjukgymnasterna med psykomotorisk utbildning tolkade sina fynd utifrån ett *psykologiskt perspektiv*. I sin undersökning var de upptagna av kroppen som budbärare/transportör av patientens liv och historia, där kroppen ses som en slags spegel av det liv patienten levt. Kroppens tillstånd och symptom tolkades som ett uttryck för, och regulator av patientens känslomässiga liv. Distriktsgymnasterna som filmades vid hembesök hos en patient, tolkade i sin tur patienten huvudsakligen utifrån ett *socialt perspektiv*. I mötet med patienten var de upptagna av patientens relation till sin livsmiljö och möjlighet att fungera i sina dagliga aktiviteter (ADL) och sociala liv så självständigt som möjligt.

I studierna ovan fokuseras interaktionsprocessen i sjukgymnastiska behandlingar och sjukgymnasternas tolkningsram vid bedömning av patientens funktion synliggörs. Av studierna framgår:

- att den sjukgymnastiska behandlingen innebär en social interaktionsprocess där båda parter skapar förutsättningar för varandra och försöker bringa mening utifrån sin egen förståelse och sina egna förutsättningar
- att sjukgymnastens tolkningsram är betydelsefull för hur patienten blir mött och förstådd och att den påverkar såväl bedömningen av patientens funktion som hur interaktionsförloppet gestaltar sig.

Forskningen ovan aktualiserar behovet av fortsatta studier av sjukgymnasters praxis, för att förstå mer om den sjukgymnastiska behandlingsprocessen. Forskningen aktualiserar också behovet av att klargöra och diskutera sjukgymnasters grundläggande föreställningar om kroppen och den sjukgymnastiska behandlingen.

### Egen förförståelse

I syfte att bygga upp kunskap om rehabilitering av patienter med psykosomatiska funktionsproblem, har jag tidigare genomfört en studie (Rosberg, 1990). Denna fokuserade sjukgymnasters förmåga att handskas med patientens regression i omhändertagande behandling. Tre erfarna sjukgymnaster videofilmades, medan de behandlade patienter med komplexa funktionsproblem där omhändertagande behandlingsmoment förekom. Sjukgymnasterna intervjuades därefter medan de såg sig själva på filmen. Genom att frysa varje behandlingsmoment på videofilmen och fråga sjukgymnasterna om intentionerna med vad de gör, på vilket sätt de menar att det de gör är verksamt, vad de ser som centrala företeelser och skeenden, vad de har som utgångspunkt för att fatta beslut i behandlingen mm., kunde delar av deras erfarenhetsbaserade yrkeskunskaper inom området uttryckas.

Det visade sig att sjukgymnasterna använde regressionen i de omhändertagande behandlingsmomenten, som ett medvetet behandlingsredskap för att få patienten i kontakt med sig själv. Sjukgymnasterna beskriver det som att patientens regression ger en bekräftelse och jagupplevelse via kroppen som leder till en för patienten djupare kontakt och integrering med sig själv - en koppling mellan kropp och psyke. De beskriver att från de smärtlindrande och avspännande behandlingsmomenten kan patienten börja få en mer positiv kroppsupplevelse. Detta gör det möjligt för patienten att våga känna och få kontakt med sin egen kropp. Sjukgymnasterna uppger att patienten då ofta börjar formulera sig kring det som gett honom/henne spänningar och smärta.

Detta är ett nytt perspektiv på behandlingsmoment som värme, massage, etc., som traditionellt har betraktats som "passiva" och mest till för att ge lite omhändertagande och bygga upp en tillit och kontakt i behandlingsrelationen. Vissa perioder har "passiv" behandling helt bannlysts inom sjukgymnastiken, på grund av en uppfattning att det inbjuder till att patienten släpper ansvaret för sig själv. Detta står i konflikt med den sjukgymnastiska målsättningen att patienten ska tränas till att bli självständig.

Användningen av omhändertagande behandlingsmoment är också problematisk just på grund av att det inbjuder till regression. Det finns patienter som lätt blir "missbrukare" av denna situation med omhändertagande och kravlöshet. I vissa fall förstärks patientens reaktionsmönster på ett destruktivt sätt i stället för att regressionen leder till utveckling. Begreppen destruktiv och kreativ regression (Balint, 1968) valdes i studien för att beteckna positiva respektive destruktiva aspekter av regressionen i den sjukgymnastiska behandlingen. Sjukgymnasterna uppgav att de intuitivt hade klart för sig med vilka patienter som risken för destruktiv regression förelåg hos. De hade dock svårigheter att beskriva hur de visste detta. I studien beskriver sjukgymnasterna även hur de menar att olika moment i deras behandling med kroppsmedvetandeträning påverkar patientens kroppsuppfattning och jagupplevande.

Ett antagande som sjukgymnasterna i studien (Rosberg, 1990) arbetar utifrån, är att de via kroppen kan påverka patientens jagupplevande och känslomässiga kontakt och integrering med sig själv. Detta gör det möjligt att börja *samtala* med patienten om det som gett besvären. Om det skulle vara så, är denna möjlighet i sjukgymnastik synnerligen viktig att vidareutveckla i rehabiliteringen av patienter med svårdefinierbara smärt- och spänningsproblem.

Ett annat intressant antagande i studien var att en del av patienterna med den destruktiva regressionen skulle ha dålig "jagstruktur" med tidiga psykiska störningar av typ borderlinekaraktär. Ullberg-Pettersson (1991) framför även dessa tankar i sin resultatdiskussion. Om det skulle vara så, är det viktigt att diagnostiskt kunna urskilja denna grupp, för att kunna anpassa rehabiliteringsinsatserna för dem, bland annat i form av ett betydligt längre tidsperspektiv, än vad som vanligen förekommer vid sjukgymnastisk behandling.



Antagandet att sjukgymnasterna genom att arbeta med patientens kroppsliga trygghet och förankring via kroppsmedvetandeövningar kan påverka patientens och förmåga att härbärgera känslor, är också intressant i sammanhanget. Om det är så, innebär en vidareutveckling av dessa behandlingsmöjligheter ett mycket viktigt bidrag till rehabiliteringsarbetet med patienter inom problemområdet.

Studien ger en beskrivning av en del av de förklaringsgrunder sjukgymnaster har till vad de gör och det som sker i den sjukgymnastiska behandlingen av patienter med svårdefinierbara smärt- och spänningsproblem. Dessa förklaringsgrunder har utgjort underlag för fortsatt reflexion och diskussion i seminarier med sjukgymnaster. Erfarenheterna från studien visade tydligt bristen på språk och begrepp för att beskriva sjukgymnasternas tankar om det som sker i behandling. Det egna handlandet var också så till synes självklart och integrerat i sjukgymnasterna själva att de hade svårt att ge en beskrivning av det. Reflexionen kring det som sker i behandlingen och det sjukgymnasten gör, begränsas således både av svårigheter att få syn på det till synes självklara i det egna handlandet och av svårigheterna att verbalt formulera kroppsligt levda erfarenheter från behandling. För att utforska och explicit formulera sjukgymnasters förståelse i praxis krävs således särskilda metodiska överväganden, vad gäller att formulera förståelse uttryckt i handling till verbalpråklig förståelse. Detta utvecklas i nästa kapitel.

## Konklusion av bakgrunden

Utifrån avhandlingens bakgrund kan sägas att människor med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem utgör en betydande grupp i samhället som sjukvården idag har stora svårigheter att förstå och hjälpa inom ramen för ett biomedicinskt perspektiv. Det kan också sägas att långvariga och svårdefinierbara smärt- och spänningsproblem kan förstås både som ett individuellt kroppsligt levtt fenomen som har med mening att göra i individens relation till sina livsomständigheter och som ett samhällsfenomen i ett historiskt och sociokulturellt perspektiv.

Studier visar att pedagogiska, psykologiska och fysiska interventioner har effekt vid behandling av patienter med smärt- och spänningstillstånd. De behandlingsinterventioner som beskrivs i dessa studier är undervisning, kognitiv beteendeterapi, gruppsamtal och sjukgymnastik. Patientens förståelse och förmåga att ta eget ansvar framkommer som viktiga faktorer för att hon/han ska kunna utveckla konstruktiva förhållningssätt till sin smärta. Hur sjukgymnastiken samverkar med de psykologiska faktorerna beskrivs dock inte. Det

kroppsliga och det psykologiska/"kognitiva" framträder snarare som två separata behandlingsinterventioner.

I studier av sjukgymnastisk praxis framkommer att den sjukgymnastiska behandlingen utgör en social interaktionsprocess mellan sjukgymnast och patient, där båda parter försöker skapa mening utifrån sin egen förståelse och sina egna förutsättningar. I dessa undersökningar framkommer också att sjukgymnastens tolkningsram är betydelsefull för hur patienten blir bemött och förstådd. Sjukgymnasternas tolkningsram påverkar såväl bedömningen av patientens funktion som hur interaktionsförloppet gestaltar sig.

Vilken behandling som är bra för vilken patient klargörs i liten utsträckning eller inte alls i de olika undersökningarna i bakgrunden. Antagandena om *vad* som leder till förbättring i den sjukgymnastiska behandlingen och *hur* detta sker, är likaså oklara.

Ovanstående ger en anledning till att i avhandlingen utveckla en fördjupad förståelse av kroppen och innebörderna i den sjukgymnastiska behandlingen, i rehabilitering av patienter med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem.

Min egen kritiska position som forskare i förhållande till sjukgymnastik, gäller främst den bristande överensstämmelsen mellan de teorier sjukgymnastiken lutar sig mot som förklaring till vad sjukgymnastik är och den förståelse som sjukgymnasters praxis i sig själv verkar utgöra. Denna positionering gör att mitt forskningsintresse särskilt riktar sig mot att lyfta fram och utveckla perspektiv på kroppen och sjukgymnastik som bottnar i sjukgymnasters egen praxis. Behandling av patienter med svårdefinierbara smärt- och spänningsproblem utgör en utmaning av gängse perspektiv vilket gör detta område särskilt intressant att studera i detta sammanhang.

## Syfte

Avhandlingens övergripande syftet är att vidga perspektiven på kroppen och sjukgymnastik i rehabilitering av patienter med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem.

Detta syfte närmar jag mig i avhandlingen genom att utforska och analysera en grupp erfarna sjukgymnasters *förståelse* av kroppen och innebörderna i den sjukgymnastiska behandlingen av patienter med svårdefinierbara smärt- och spänningsproblem. Denna förståelse avser jag att formulera i dialoger med sjukgymnasterna med utgångspunkt i deras praktiska behandlingsarbete.

Med begreppet förståelse menas i ett hermeneutiskt, fenomenologiskt perspektiv (Filosoflexikonet, 1988) insikt i meningen med något, där

förståelse kan ses som ett universellt drag i en människas sätt att vara utifrån en bestämd meningshorisont. Begreppet förståelse används i avhandlingen utifrån denna definition som något som är sammanflätat med en människas handlande och förhållningssätt i olika situationer och som kan uttryckas både i handling och verbalspråkligt.

Den förståelse som sjukgymnaster utvecklat i behandling av patienter, uttrycks således inte bara i det sjukgymnasterna säger om det de gör. Förståelsen levts och uttrycks även till stora delar i sjukgymnasternas praxis, i sättet att arbeta tillsammans med patienterna och tolka och förhålla sig till det som sker i behandlingsrummet. Förståelsen är också manifesterad i organisationen och de yttre ramarna kring den sjukgymnastiska behandlingen; i materiella förhållanden som inredning, möblering och arbetsredskap i rummen, i ritualer, samarbete och språk både med kollegor och med andra utanför den sjukgymnastiska organisationen. Detta utgör den sjukgymnastiska diskursen. Diskurs förstås här som den mening och förståelse som manifesterat sig över tid (Ricoeur, 1976). Forskningsintresset i den här avhandlingen har emellertid avgränsats till att formulera en förståelse av kroppen och den sjukgymnastiska behandlingen med utgångspunkt i konkreta behandlingssituationer i sjukgymnastisk praxis. Det är också denna explicita förståelse som jag avser att analysera och perspektivsätta. Jag analyserar således inte den implicita diskursen i handlingarna utan avser snarare att ge handlingarna mening i dialoger med sjukgymnasterna.

En sådan meningsgivande process innebär en tolkning och betydelseförändring av den förståelse som uttrycks i sjukgymnasternas handlande och därmed en *utveckling av en ny diskurs* med utgångspunkt i praxis. Jag vill med detta betona att avhandlingen inte avser att göra en diskursanalys av sjukgymnasternas praxis utan i stället utveckla nya perspektiv på den.

Då avhandlingen tar sin utgångspunkt i den kunskap och den erfarenhet sjukgymnaster genererat i praxis, inleds nästa kapitel med en redogörelse för min kunskapsteoretiska position vad gäller forskning och praxis. Därefter följer en redogörelse för den fenomenologiska och hermeneutiska forskningsansatsen i metoden och de överväganden som gjorts utifrån denna.



Del II  
METOD



## Kunskapsteoretisk position

Konflikten mellan kunskapsbildning i praxis och den kunskapsbildning och teorigenerering som sker via traditionell hypotesprövande forskning, har bland annat beskrivits av Elliot (1991) och Pålshagen (1992). Elliot menar att konflikten i första hand är ett praktiskt problem, där praktikerna ofta upplever att de inte kan tillämpa eller använda sig av teorin i sin praxis och att de dessutom känner sig hotade av teorin. Hotet menar han kommer sig av att teorierna produceras av utifrån kommande forskare som hävdar att de är experter på att generera giltig kunskap om praktiken. Giltigheten av kunskapen är kopplad till de metoder och tekniker som forskarna använder sig av för att samla in och bearbeta information om. Praktiken som de forskande har som föremål för sin forskning behärskar de oftast inte själva och de har därmed liten tillgång till dess kunskap från ett insidesperspektiv. Forskningsmetoderna och teknikerna har liten likhet med de sätt som praktikerna bearbetar information för att utveckla kunskap om hur hon ska handla i sin praxis. Genom vetenskapens monopol på att definiera vad som är giltig kunskap i kraft av sina metoder, kan giltigheten i den praktikgrundade kunskapsproduktionen därigenom komma att förnekas.

Kravet på vetenskaplig teori är traditionellt sett att den ska vara kontextobunden och generell. Praktikernas kunskap som ofta är knuten till en specifik kontext, underkänns genom detta krav som giltig. Elliot (1991) hävdar att detta motsäger praktikernas egen självförståelse och förstärker deras känsla av att inte kunna vara i stånd att avgöra vad som är giltig kunskap om deras egen praxis. Det motsäger också praktikernas upplevelse av att besitta förmågan att utveckla expertkunnande inom sitt eget yrkesområde. Konsekvensen av att acceptera kontextobunden, generell teori som mer giltig kunskap om yrkesutövningen än den kontextbundna erfarenhetsbaserade kunskapen, blir att praktikerna måste fjärma sig från sin egen professionella kunskap och

erfarenhet. Innebörden blir också att det akademiska samhällets kunskapssyn hotar den egna professionella kunskapens status.

Pålshagen (1992) poängterar att olika diskurser frambringar olika typer av kunskap och att ingen diskurs därför, i kraft av sin form, kan göra anspråk på att vara mer överlägsen eller överordnad den kunskap som utvecklas inom andra typer av diskurser. Den vetenskapliga diskursen är i detta avseende sidoordnad andra diskurser. Problemet rör sig i stället om relationen mellan de båda kunskapsformerna, däribland forskningens begränsade praktiska användning i utomvetenskapliga sammanhang. Problemet är också att forskare tror att de måste förneka sig bruket av egen erfarenhet som källa till empiri, i de fall erfarenheten inte har samlats in i en eller annan prekodat form. Men lika lite menar Pålshagen, som metodiskt framkommen empiri kan betraktas som överordnad personlig erfarenhet, lika lite kan personlig erfarenhet betraktas som någon privilegierad form av empiri i vetenskapliga sammanhang. Frågan är menar han, i stället hur den erfarenhetsbaserade kunskapen kan ingå som ett giltigt empiriskt element i samspel med annat empiriskt material i en vetenskaplig framställning. Denna fråga har varit central i utvecklingen av metodiska tillvägagångssätt i det här avhandlingsprojektet.

## Praxisbegreppet

Aristoteles kunskapsteoretiska perspektiv vad gäller praxis och teori har varit en inspiration för att i forskningsprocessen utveckla reflexionen kring praktik, teori och kunskap i sjukgymnastik.

Praxisbegreppets historia startar med Aristoteles och finns beskrivet i hans Nikomachiska etik (Aristoteles 1967/1993). Översikter av begreppet finns bl.a. i Bernstein (1971), Lobkowicz (1967) och Holm (1993). Nedan följer en kortfattad redogörelse av begreppets uppkomst och betydelse.

Termen *praxis* hade från början betydelser som handling, dåd, syssla, verksamhet/aktivitet, rörelse, det som orsakar rörelse. I förhållande till människors liv kopplas begreppet till hur människor handskas med oförutsägbara händelser som de inte har någon kontroll över. Innebörden av begreppet skulle också kunna betraktas som den livsvisdom människor handlar utifrån, i de livsprocesser som de ingår i. En nära släkting var termen *eupragia* som betyder framgång, lycka välgång, eller gott handlande (eu = god).

Grekerna, bland dem Platon och Aristoteles, intresserade sig för utvecklandet av levnadskonst och levnadsvisdom som en praktisk kompetens och situationsanknuten omdömesförmåga. För dem handlade etiken i de mänskliga handlingarna om att bli rättrådig, i syfte att bättre kunna leva med andra människor. Mänsklig lycka ser Aristoteles som ett liv i meningsfull verksamhet bland och med människor. Den högsta formen av mänsklig lycka, *eudaimonia*, växer enligt Platon fram ur det goda handlandet, *eupragio*.



Aristoteles skiljer mellan rörelser/aktiviteter som tar tid och är målrelaterade, *kinesis*, och rörelser/aktiviteter som är fullbordade i och med att de påbörjas och som innesluter sitt ändamål, *energia*. Exempel på *energia* är att se. Exempel på *kinesis* är att bygga ett hus. Arbete och produktion hör till kategorin *kinesis*. Att göra och producera får beteckningen *poiesis*. *Poiesis* kunskapsprodukt benämns *techne*. Beteckningen *praxis* kom att få betydelsen av att handla i den snävare meningen, *energia*, det vill säga rörelser/handlingar/aktiviteter som är inneslutna i sitt ändamål. *Praxis* kunskapsprodukt benämns *phronesis*.

Aristoteles skiljer från början mellan att leva teoretiskt/filosofiskt; att betrakta på avstånd, och att leva medborgerligt-politiskt; att handla i nuet. Gott handlande kräver reflexion och självreflexion och Aristoteles hävdar så småningom att även teoretiserandet över handlandet är en form av *praxis*. *Praxis*begreppet kom på så sätt att inrymma både reflexionen med etiska och moraliska övervägandena av handlingarna, samt handlingarna i sig.

Som jag har tolkat det innefattar begreppet *praxis* det goda handlandet, de handlingar som tillför en process eller ett livsförlopp något så att de förs lyckosamt framåt - mot *eudaimonia*. I *praxis* innefattas då också tolkningen av situationer/förlopp och etiska och värderationella överväganden om vilka handlingar som är mest gynnsamma för att föra en process lyckosamt framåt. För överskådlighetens skull ges en sammanfattning av kunskapsbegreppen nedan.

Den kunskap som utvecklar sig genom *Praxis* - handlandet och reflexionen över handlandet - benämner Aristoteles *phronesis*. Denna kunskap utgörs av en praktisk visdom framvuxen ur de praktiska insikterna i handlandet.

*Theoria* - teoretiserandet över konkreta och oföränderliga ting - når fram till den kunskap han benämner *episteme*. Denna kunskap utgörs av en fast kunskap som är generell och obunden av kontext.

*Poiesis* - den produktiva konsten och skapande förmågan - leder fram till den kunskap han benämner *techne*. Denna kunskap består i hantverksskicklighet, konstfullhet.

I avhandlingen används begreppet *praxis* utifrån ovanstående, definierat som den verksamhet som inbegriper både praktiken och de bedömningar som görs utifrån den praktiska visdom, *phronesis*, som utvecklats ur de praktiska insikterna. Dessa bedömningar och tolkningar förstår jag i avhandlingen som frukterna både av den kultur som praktiken är del i och de insikter som lång erfarenhet av att arbeta inom ett visst område har gett. Ett explicitgörande av denna fronesiska kunskap i sjukgymnastik, är av intresse i den här avhandlingen.

## Den levande kunskapen

I sjukgymnastik, liksom inom andra praxisfält, står sjukgymnasterna ofta inför uppgiften att hantera problem som de bara till en del förstår. Behandlingen blir i detta till ett utforskande av problemet genom att i samhandling med patienten på olika sätt förhålla sig praktiskt till det som sker inne i behandlingsrummet. Härvid ges problemet mening. Den förståelse eller kunskap som utvecklar sig i denna process är inte en gång för alla given, utan under ständig utveckling genom växlingen mellan handling och reflexion. Förståelsen utgör heller inte någon sanning, utan måste värderas utifrån hur väl den fungerar som vägledning i handlandet. Den behöver inte heller leda till förbättrade behandlingsresultat, utan kan vara ett led i att förstå komplexiteten i ett problem bättre och därmed minska vanmakten över att inte kunna göra något åt det inom ramen för sin yrkesutövning. Den syn på kunskap som utgör min förförståelse i forskningsansatsen är utifrån detta, att kunskap är som något som hela tiden är i utveckling och förändring genom växelverkan mellan handlande och reflexion. Molander (1993) har i sin bok "Kunskap i handling" beskrivit detta med begreppen "*kunskap-i-handling*" och "*levande kunskap*". Han betonar kunskapsbildning framför kunskap och menar att kunskap skall förstås genom kunskapsbildning. Kunskapsbildning som aktivitet är det primära, inte "färdig" kunskap.

*"Kunskapen har inte någon början och inte något slut. Den har hela tiden börjat och det återstår hela tiden att fortsätta den."*

(Molander, 1993, s 72).

Kunskap i handling, menar Molander, består i hög grad av förmågan att lära och som sådan är den knuten till uppmärksamhet i handlingen. Kunnandet kan på så sätt ses som en form av uppmärksamhet (Molander, 1993).

Den kunskapsteoretiska positionen i avhandlingen är utifrån ovanstående att sjukgymnasters kunskapsbildning i praxis är något som är levande och föränderligt och knutet till deras uppmärksamhet och "seende" i en situation. Ett av avhandlingens förlängda syften kan sägas vara att synliggöra de företeelser/fenomen/skeenden erfarna sjukgymnaster uppmärksammar i sin praxis samt reflektera över hur dessa kan förstås.

## Att definiera ett problem

De handlingar en yrkesutövare beslutar sig för, bestäms av vad hon ser som centralt i en situation och hur hon definierar det problem eller den uppgift hon står inför. Hur en yrkesutövare förstår ett problem avgör således hur hon förhåller sig till det och styr på så sätt hennes handlande i praxis. Schön (1983) ser problemdefinieringen som en process som han benämner "problem

setting". I denna ingår att kunna omvandla en problematisk situation till ett problem. Omvandlingen innebär att skapa sammanhang i osäkra och från början obegripliga situationer. Detta sker i en dialog med situationen och innebär att utifrån sin förförståelse begripliggöra och gestalta (name and frame) de fenomen man ser som centrala utifrån den kontext de ingår i. Praktikerns tolkning av situationen och vilka fenomen hon ger en central innebörd, kan förstås som ett resultat både av de perspektiv och värderingar som finns i yrkeskollektivets kunskapssystem och av den personliga erfarenhet som hon haft möjlighet att utveckla. Hennes förståelse kan på så sätt ses som en professionell kunskap som utvecklas i dialogen inom den yrkesgemenskap hon tillhör.

Vad sjukgymnasterna vänder sin uppmärksamhet emot för att förstå och definiera patientens problematik i behandlingen, är ett av de fokus som är av intresse i avhandlingsprojektet.

### Kunskap-i-handling som orienteringskunskap och förfogandekunskap

Molander (1993) belyser svårigheterna att definiera kunskap generellt och visar på mångfalden av olika slags kunskap: vetande, färdighet, förståelse och gott omdöme. Han tar också upp relationen mellan olika former av kunskap. Exempel på detta är betydelsen av att kunna bedöma en situation för att kunna handla i den. Denna "handlings-kunskap" som är tyst fungerande, definierar han som att i praktiken kunna göra vissa bedömningar och genomföra olika uppgifter med gott omdöme, skicklighet och insikt. Kunnig handling menar han kräver överblick och förmåga att genomskåda, väga och värdera olika möjliga strategier och mål. Det begrepp Molander använder sig av för att beteckna denna form av kunskap är *orienteringskunskap*. Orienteringskunskapen ger oss riktning i våra aktiviteter i världen. I sin förlängning kan orienteringskunskapen också vara verksamhets- och samhällskritisk. Insikt om de konsekvenser verksamheten både leder till och de konsekvenser den döljer eller förhindrar är viktig. Därför måste det också finnas utrymme för en extern kritik vad gäller verksamhetens natur och funktion i en större helhet. Orienteringskunskapen är värderationell och skapas i en dialogisk relation med världen. Sjukgymnasters orienteringskunskap och bedömningar i behandlingsprocessen är intressanta utifrån avhandlingens syfte att utveckla en förståelse av den sjukgymnastiska behandlingen.

Begreppet *förfogandekunskap* använder Molander som beteckning på den målrationala, tekniska färdigheten och instrumentella sidan i yrkeskunnandet som skapas i en subjekt - objekt relation med världen. Beskrivningen av denna kunskap kan associeras till Aristoteles begrepp *techne* (hantverksskicklighet, konstfullhet). Den rationalitet som ligger i förfogandekunskapen i sjukgym-

nasternas praktiska behandlingsmetoder, är intressant utifrån syftet i den här avhandlingen.

### Knowing-in-action och knowledge-in-action

Schön (1983) skiljer mellan "*knowing-in-action*", kunnande-i-handling, som den oformulerade kunskapen i handling och "*knowledge-in-action*", kunskap-i-handling, som den kunskap som är formulerad. Översatt till svenska låter Molander (1993) det bli ett och samma: *kunskap-i-handling*. Kunskap-i-handling har enligt Molander en repertoar av exempel, bilder, tolkningar och handlingar som bas. Den kunniga praktikern är *uppmärksam* i handling och kan hålla flera möjliga synsätt och handlingsalternativ öppna samtidigt i situationen. Hon har överblick och vet vad som har hänt och vad som skulle kunna hända och har en beredskap för det oväntade. Hon är hela tiden beredd att ändra sin handling. Ju mer erfarenhet och rutin hon har, desto friare kan hennes uppmärksamhet röra sig. Detta gör att hon ser och lär sig mera (op.cit).

Molandere begrepp kunskap-i-handling, kan ses som en övergripande beteckning för all den kunskap som praktikern använder sig av i sin förståelse för att tolka det som sker i den värld hon handlar i. Men jag vill dela upp innehållet i denna kunskap i det som är formulerat – *knowledge-in-action* och det som föreligger som en mer sinnligt förankrad erfarenhet *knowing-in-action*. Dessa båda kunskapsformer kan sägas skilja sig åt vad gäller tillgängligheten i handling. Knowing-in-action är utifrån min förståelse från praktisk yrkesutövning som sjukgymnast, en sinnligt förankrad kunskap som kräver koncentration och stor kroppslig närvaro för att kunna fungera bra i handlandet. Den kroppsliga närvaron och koncentrationen gör det möjligt att få tillgång till den sinnligt förankrade kunskapen och kunna värdera det som sker. Utan denna närvaro och koncentration blir handlandet onyanserat och klumpigt. Molander (1993) beskriver kunnandet som en form av uppmärksamhet. Jag skulle i den sjukgymnastiska kontexten vilja kalla det en kroppslig närvaro med en delad uppmärksamhet riktad både mot det som sker i rummet och mot att uppfatta de egna kroppsliga reaktionerna. Denna närvaro kan förstås som en slags öppenhet för det som framträder i stunden.

Knowledge-in-action definieras som den formulerade kunskapen i handling. Denna ingår för praktikern som en mer lättillgänglig och självklar bas för handlandet, som en del av den medvetandegjorda förståelsen. Denna kan bestå i att uppfatta fenomen som praktikern känner från sin erfarenhet, som hon kan beskriva och som fått namn och plats i hennes meningsvärld. Knowledge-in-action är genom att den är medvetandegjord, gestaltad och ofta verbalt beskriven, också utvecklingsbar genom kritisk reflexion tillsammans med andra. Tillgängligheten till denna formulerade kunskap är som jag ser det, inte lika

beroende av praktikerns dagliga form och förmåga till koncentration som den mer sinnliga "knowing-in-action".

Ett av de antaganden som det här avhandlingsprojektet tar sin utgångspunkt i, är att knowing-in-action kan expandera genom att medvetandegöras, gestaltas och reflekteras. Ett annat antagande är att när kunskapen fått namn och plats i sjukgymnastens bild av sin praxis, tar den inte längre så mycket av hennes koncentration och sinnen i anspråk. Det gör att hon lättare kan öppna sitt seende och sin uppmärksamhet mot andra företeelser i behandlingsprocessen. På så sätt kan hennes "seende" och knowing-in-action vidgas. Genom gestaltningen och reflexionen över den erfarenhetsbaserade kunskapen äger sjukgymnasten inte längre erfarenheten enbart som en sinnlig kunskap som hon själv är en oskiljaktig del av, utan också som en explicit förståelse som går att betrakta på avstånd och reflektera kritiskt kring. En grundtanke bakom forskningsintresset i den här avhandlingen att i ord söka formulera och ge mening åt det som sker i praxis, är både att generera en förståelsen utifrån praxis och att genom analys och teoretisk tolkning av denna förståelse inspirera till nytänkande och utveckling av praxis.

## Reflexion och handling

En viss form av reflexion<sup>9</sup> kan sägas ske också under det att man handlar.

I den sjukgymnastiska yrkesverksamheten sker exempelvis professionella ställningstaganden ofta i samband med själva handlandet inne i behandlingsrummet. En sjukgymnastisk behandling kan innehålla 15 till 20 olika behandlingsmoment under en timma. Mellan varje sådant moment finns det en övergång med en "smältpaus", där sjukgymnasten har möjlighet att bearbeta sina intryck och värdera och bedöma vad hon ska fortsätta med. Patienten tillåts också att under dessa pauser smälta upplevelsen av övningen och i någon form uttrycka den reaktion det gav. Dessa reaktioner blir till en del i avstämningen inför vad som ska göras härnäst. Reflexionen under behandlingens gång visade sig i en tidigare studie (Rosberg, 1990), i första hand inte försiggå som ett resonering med ord i huvudet på sjukgymnasten. Snarare skedde reflexionen som en avstämning av sinnebilderna från den pågående behandlingen mot en inre bild eller fond, bestående av tidigare erfarenheter

---

<sup>9</sup> Reflexion, (av latin, re-, åter, tillbaka och flectere, böja, "tankens krökning tillbaka till sig själv"). I vardagsspråket används reflexion synonymt med "grundlig eftertanke och övervägande över något under hänsynstagande av tidigare åsikter om saken". (Filosoflexikonet, 1993).

och kunskaper<sup>10</sup>. Jag betecknar även detta som en form av reflexion då aktiviteten innehåller bedömningar och värderingar av något som medvetandegjorts, samt beslut om vad som ska göras från ett behandlingsmoment till ett annat. För att med ord kunna resonera om och utveckla de erfarenheter och kunskaper sjukgymnasterna besitter från sitt praktiska behandlingsarbete genom kritisk reflexion, måste dessa dock gestaltas. Filmade behandlingar och dialoger utifrån filmerna med de behandlande sjukgymnasterna, visade sig i den tidigare studien (Rosberg, 1990) innebära en sådan möjlighet till gestaltning. Filmen gav i detta sammanhang en möjlighet att skapa en distans till behandlingsprocessen, vilket i sin tur är en förutsättning för ett utvändigt skådande och kritiskt reflekterande tillsammans med andra.

Förståelsen av hur erfarenhet, bild/seende och tänkande/språk kan befrukta varannat i en kunskapsgenererande dialog, utgör en grund till valet av metod i den här avhandlingen.

### Praxis och teorier i användning

Molander (1993) diskuterar Schöns begrepp *teorier-i-användning* (Schön, 1983). De teorier och föreställningar som praktikern skapar i dialogen med den värld hon lever och arbetar i, utgör inte avbildningar av världen, utan föreställningar om vad som kan skapas (Molander, 1993). Teorierna och föreställningarna om vad som kan skapas ingår i basen för kunskap-i-handling. Teorierna föreligger både som oformulerad kunskap i handling och som uttalad teori. De inkluderar och utgörs av värden, strategier och underliggande antaganden. Molander föredrar att kalla dessa för *orienteringssystem* i stället för teorier-i-användning. Orienteringssystemen menar han ger "huvudleder och uppkörda spår" och sätter därmed gränser för frågor, funderingar, bekymmer och reflexioner. Dessa orienteringssystem behöver inte vara medvetna eller självvalda. De är också delar av den kollektiva yrkestraditionens diskurs vilken också manifesterar sig i de materiella och organisatoriska förhållandena för yrkesutövningen.

Den praktiska färdigheten och själva handlandet kan sägas innehålla en rationalitet som kan förstås som en beprövad, systematiserad kunskap. Handlingarna i praxis både uttrycker och inbegriper en beprövad och i behandlingsmetoder systematiserad kunskap. I likhet med Engelsrud (1990), vill jag dock betona att jag inte ser på den implicita kunskapen i sjukgymnasters praxis som något mystiskt och tyst, i den bemärkelsen att den är stum och uttryckslös. Den levs och uttrycker sig i högsta grad i det praktiska behandlingsarbetet. Jag vill också betona att jag inte ser den praktiska

---

<sup>10</sup> Perby (1988) utvecklar denna förståelse av det praktiska yrkeskunnandet i sin studie av meteorologer.

kunskapen som något "heligt", något som är oantastligt. Mycket av det som sker i det praktiska behandlingsarbetet är oreflekterat och bygger på traditioner som inte ifrågasätts. Genom att lyfta fram sjukgymnasters förståelse med utgångspunkt i deras praxis, ser jag en möjlighet att inbjuda till en kritisk reflexion av det införstådda i de behandlingsmetoder som används i behandling av patienter med svårdefinierbara smärt- och spänningsproblem.

## Den fenomenologiska och hermeneutiska forskningsansatsen

Syftet med avhandlingen är att *vidga* perspektiven på kroppen och sjukgymnastik i rehabilitering av patienter med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem. För detta ändamål har en fenomenologisk och hermeneutisk forskningsansats valts. Motivet till detta är den fenomenologiska forskningsansatsens ambition att försöka *vidga* och *fördjupa erfandet* och *förståelsen* av de fenomen som studeras. Genom att gå till det Husserl benämner "zu den Sachen selbst" och i detta försöka sätta sina förutfattade meningar om fenomenen inom parentes, utforskas fenomenet (Spiegelberg, 1982; Karlsson, 1997). Detta har i avhandlingen skett genom att filma sjukgymnasters behandling i sitt naturliga sammanhang och observera filmerna. Därefter har en förståelse genererats tillsammans med sjukgymnasterna i dialoger som tagit sin utgångspunkt i ett gemensamt observerande av filmerna. Reflexionen har skett utifrån vad den behandlande sjukgymnasten ser och menar händer; vad hon gör och hur hon förstår detta; vad hon riktar uppmärksamheten mot för att fatta beslut i behandlingsprocessen, etcetera. Frågorna har också rört det som jag som forskare observerat vid detaljgranskningen av behandlingsfilmerna. I seminarier med de i studien ingående sjukgymnasterna har denna förståelse diskuterats. En förståelse av den sjukgymnastiska behandlingen kan härigenom sägas ha formulerats genom en inomkulturell, social, meningsgivande aktivitet i dialogen med informanterna. Den i dialogerna formulerade förståelsen av den sjukgymnastiska behandlingen har därefter analyserats och satts in i nya perspektiv.

Den fenomenologiska analysen i utforskningen av ett fenomen syftar till att få fram meningsstrukturen i den "levda erfarenheten" av fenomenen (Spiegelberg, 1982; Karlsson, 1995; van Maanen, 1990; Bengtsson, 1988, 1999; Kvale, 1997). Spiegelbergs (1982) metod<sup>11</sup> innebär ett filosofiskt utforskande där

---

<sup>11</sup> Spiegelbergs fenomenologiska, filosofiska metod innefattar sju steg: 1. Investigating the particular phenomena. 2. Investigating general essences. 3. Apprehending essential relationships among essences. 4. Watching modes of appearing. 5. Watching the constitution of the phenomena in consciousness. 6. Suspending beliefs in the existing of the phenomena. 7. Interpreting the meaning of the phenomenon. (Spiegelberg,

forskaren utgår från den *egna* erfarenheten av fenomenet. Han delar in själva utforskandet av fenomenet i tre olika faser som överlappar varandra: *phenomenological intuiting*, *phenomenological analyzing* och *phenomenological description* (s 682-696). Den första fasens "intuiting" syftar till att få en känsla för och erfara helheten på en förreflekterad, intuitiv, omedelbar nivå, genom att så förbehållslöst som möjligt öppna sig för erfandet av fenomenet. Den direkt levda erfarenheten utgör i detta den så kallade *fenomenala* nivån av förståelsen av fenomenet (Karlsson, 1995). För att kunna utforska denna krävs någon form av explicitgörande och fixering av erfarenheten, som tillåter forskaren att kunna gå tillbaka till materialet. Videofilmerna, de bandade intervjuerna och dialogerna vid seminarierna utgör det datamaterial som genererats och som informanterna och jag som forskare kunnat återvända till i forskningsprocessen.

Den *fenomenologiska analysen* i Spiegelbergs mening (Spiegelberg, 1982), utgörs av en analys av själva fenomenet och inte av de språkliga formuleringar som refererar till fenomenet. Analysen innebär att spåra de element som bygger upp strukturen av fenomenet så som det intuitivt levs, med uppmaningen: "don't think but look!" (s 691). Det som görs i den här akten är att skilja ut de olika element som konstituerar fenomenet och utforska deras relation till varandra. De filmade behandlingarna har i detta sammanhang utgjort den möjlighet jag som forskare haft att tillsammans med informanterna återkalla minnet av och öppna erfandet av de olika företeelser som konstituerar helheten i den behandling som filmats.

Den tredje akten i Spiegelbergs beskrivning av den fenomenologiska metoden, består i att *beskriva fenomenet*. När det gäller att språkligt beskriva nya aspekter av ett känt fenomen, i det här fallet sjukgymnastik, menar Spiegelberg att det enklaste sättet är att via ett förhandlande försöka fånga det unika i fenomenet (s 694). Denna förhandling har i det här avhandlingsprojektet skett i en dialog med de behandlande sjukgymnasterna med hjälp av observationerna av deras filmade behandlingar. Härvid har en beskrivning genererats som data i mötet mellan informanter, forskare och film.

En beskrivning är alltid selektiv och utgör en slags klassificering av ett fenomen (Berger & Luckmann, 1998/1966). Beskrivandet involverar på så sätt den förförståelse som den/de som beskriver har av fenomenet. Att beskriva innefattar därmed också ett hermeneutiskt tolkande moment, där tolkningen görs utifrån den historiska och sociokulturella förförståelse som tolkaren lever och bär med sig i sitt språk (Merleau-Ponty, 1962; Berger & Luckmann, 1998/1966; Ricoeur, 1976; Karlsson, 1995; Kvale, 1997). Den beskrivande akten kan genom detta också sägas innebära en betydelseförändring av den yttring som studeras, en *semios* (Ongstad, 1997). Den uppfattning jag utgår

---

1982, s 682). Det är framförallt de fyra första stegen, samt steg 7, som jag har inspirerats av i min egen forskning.



ifrån i avhandlingen är således att all beskrivning innebär tolkning. Genererandet av förståelsen av den sjukgymnastiska behandlingen till *språk*, utifrån de filmade behandlingarna i dialoger med informanterna, skapar således en *betydelseändring* av den ursprungliga förståelse som uttrycks i sjukgymnasternas *handlande* i den specifika behandlingskontexten. Ny mening och förståelse skapas därmed intersubjektivt i en transformeringsprocess mellan handling/levd erfarenhet och språk.

Beskrivningens syfte enligt Spiegelberg (1982), är att öppna läsarens/åhörarens erfaraende eller potentiella erfaraende av fenomenet. Det innebär en särskild utmaning vad gäller att hitta språkliga formuleringar som kan fånga erfarenhetens sinnliga dimension och beröra läsaren. Van Maanen (1990) tillmäter denna aspekt av skrivprocessen stor betydelse och talar om det fenomenologiska beskrivandet som en poetisk praktik (s 125). Spiegelbergs rekommendation är att ta hjälp av metaforer och analogier för att beskriva svårfångade och nya aspekter i erfarenheten av ett fenomen. Jag har medvetet försökt att arbeta med denna aspekt i avhandlingen och försökt hitta ett språk som inte tar död på det levande i det som studeras. Innebörderna av detta är att språket i resultatdelen för en del läsare kanske känns främmande och oakademiskt. Det utgör emellertid ett försök att formulera svårfångade aspekter i förståelsen av kroppen och innebörderna i förkroppsligad erfarenhet/förståelse av den sjukgymnastiska behandlingen.

Kvale (1997) definierar forskningsintervjuens syfte som att erhålla beskrivningar av den intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening (s 13). Utgångspunkten som både Kvale (1997) och Karlsson (1995) startar i, är emellertid inte ett eget filosoferande över den direkta erfarenheten av fenomenet, utan informanternas verbala eller skriftliga beskrivningar av sin erfarenhet av fenomenet. Det problematiska i detta är att genereringen av de data som är utgångspunkt för analysen av fenomenet begränsas av informanternas *öppenhet i sin varseblivning* av fenomenet. Datagenereringen begränsas också av informanternas förmåga att *återkalla minnet* av erfarenheten av fenomenet när hon/han ska beskriva denna. För det tredje begränsas datagenereringen av informanternas förmåga att *språkligt gestalta* sin erfarenhet av fenomenet i ord. Här skiljer sig Spiegelberg från Kvale och Karlsson, genom att Spiegelberg använder den fenomenologiska metoden som utgångspunkt för sitt filosoferande över sitt *eget* direkta erfaraende av det fenomen som studeras. Han gör sin analys och beskrivning av meningsstrukturen utifrån detta. Härvid går han tillbaka till och försöker öppna sitt seende mer och mer, när han intuitivt utforskar helheten av fenomenet i den första fasen (intuiting). Denna direkta utforskande kontakt med det fenomen som utforskas är inte möjlig, när utforskningen av fenomenet sker via andras erfarenhet i form av intervjuer eller skriftliga redogörelser.

Varför jag lyfter fram ovanstående aspekt är att jag i tidigare erfarenheter av att intervju och diskutera med sjukgymnaster med utgångspunkt i deras nedskrivna beskrivningar av behandlingsprocesser, funnit att endast en begränsad del av sjukgymnasternas erfarenheter kunnat formuleras i ord (Rosberg, 1990). Detta har jag förstått som en svårighet för sjukgymnasterna att distansera sig från det "självklara" i behandlingen som de själva utgör en levande del av och kunna se det utifrån. Jag har också förstått begränsningen som en svårighet att språkligt fånga erfarenheterna. Genom att i forskningsprocessen filma det fenomen som varit i fokus vid formuleringen av sjukgymnasternas levda erfarenheter, har det varit möjligt att både se processen med andra ögon på distans utifrån och att fördjupa "seendet" av fenomenet. Detta har varit av vikt både för sjukgymnasterna och för mig som forskare. Filmerna har också bidragit till att klargöra vad vi gemensamt talar om. De filmade behandlingarna har på så sätt utgjort en bestående möjlighet till det Spiegelberg benämner "phenomenological intuiting", den akt som utgör själva kärnan i den fenomenologiska metoden enligt Husserl (Spiegelberg, 1982; Karlsson, 1995).

Forskningsansatsens *hermeneutiska kunskapsintresse* har varit att fördjupa och vidga *förståelsen* av den sjukgymnastiska behandlingen. Denna hermeneutiska ambition har utgjort den underliggande drivkraften i forskningsprocessens olika steg och ställningstaganden. Förståelsen kan här sägas ha utvecklats sig genom en växling mellan delar och helhet genom att analysera delarna och att försöka fånga relationen mellan delarna och helheten. Ett av de hermeneutiska elementen i forskningsprocessen har också varit dialogerna över tid mellan forskaren och informanterna. I dessa dialoger har sjukgymnasternas förförståelse och tolkningskompetens, i form av deras samlade kliniska erfarenhet, tagits i anspråk. Ett andra hermeneutiskt elementet i forskningsprocessen har utgjorts av min tolkning av data i dialogen med materialet under analysfasen. I denna analys har meningsstrukturen i informanternas förståelse av den sjukgymnastiska behandlingen lyfts fram.

### Generering av data som en social meningsgivande aktivitet

Mitt empiriska datamaterial har frambringats i dialog med mina informanter utifrån ett bestämt meningssammanhang. Den process som genererat data kan här ses som en intersubjektiv, social meningsgivande aktivitet. Kunskaps-teoretiskt har denna förståelse av datagenerering i forskningsprocessen sina rötter i ett socialkonstruktivistiskt, fenomenologiskt och hermeneutiskt forskningsperspektiv (Berger & Luckmann, 1998/1966; Bernstein, 1991; Christensen m.fl., 1998; Kvale, 1997).

### *Relationen mellan forskningssubjekt och objekt*

I den kvalitativa forskningen avvisas idén om möjligheterna att få fram objektiva fakta oberoende av ett tolkande subjekt (Kvale, 1998; Karlsson 1995). Fakta ses i stället som fakta i ett specifikt meningsbestämmande sammanhang och förutsätter ett konstituerande och meningsgivande subjekt (Bernstein, 1991; Kvale, 1997; Karlsson, 1995). Subjekt och objekt betraktas i detta perspektiv inte som två oberoende entiteter, utan sammanlänkas med hjälp av intentionalitetsbegreppet (Merleau-Ponty, 1962; Karlsson, 1995; Bengtsson, 1988; Haglund, 1997). Innebörden av detta är att medvetandet och varseblivningen alltid är varseblivning av *något*, det vill säga intentionellt riktat mot något som har en betydelse eller mening för oss i ett bestämt sammanhang. Det innebär att det i själva medvetandeakten ingår både sorterande och klassificerande moment som sker utifrån vårt sökande efter att förstå och kunna förhålla oss till en viss händelse eller situation. Vår vardagskunskap som bärare av vår historiska och sociokulturella mening om världen, ingår här som den bakgrund mot vilken vi tolkar det vi uppmärksammar (Berger & Luckmann, 1998/1966). Genom detta blir det som konstitueras som data i forskningsprocessen diskursberoende. Vad som faller inom ramen för det som betraktas som giltiga data, är det som ger mening utifrån forskarens och informanternas förståelse och diskursiva positionering.

Detta skiljer den kvalitativa forskningens kunskapsteoretiska grundsyn från den logisk empiristiska idén att observationer är neutrala objektiva registreringar av en verklighet som är oberoende av det observerande subjektet. Medan man inom den logiska empirismen utgår från att verkligheten och föremålen för forskning är givna innan forskningen startar, hävdas utifrån ett kvalitativt och kunskapssociologiskt perspektiv att objektet kontinuerligt blir konstruerat genom den vetenskapliga processen (Bernstein, 1991; Kvale, 1997; Chistensen m.fl.; 1998; Lather, 1993; Ongstad, 1997; Berger & Luckmann, 1998/1966). Det vetenskapliga arbetet kan här liknas vid ett samtal där man aldrig kan nå fram till säkra sannheter, men där man icke desto mindre genom samtalen efter hand kan utveckla mer täckande bilder, förkasta några och utveckla nya som kan diskuteras och kritiserats (Christensen m.fl., 1998, s 145). Vad som blir viktigt i en sådan forskningsprocess är att försöka synliggöra det "otänkta" i de tankar som utvecklas (Lather, 1993) och de positioneringar som görs under resans gång (Ongstad, 1997). Validiteten i den kunskap som fås fram kan i detta betraktas utifrån ett pragmatiskt och kommunikativt perspektiv. Prövningen sker här genom argumentation utifrån konkurrerande kunskapsanspråk mellan deltagare inom ramen för en given diskurs (Kvale, 1997).

## Livsvärlden som utgångspunkt

Sann kunskap betraktas utifrån ett hermeneutiskt, fenomenologiskt perspektiv inte som något som reproducerar verkligheten och vars korrelation med verkligheten kan bestämmas. Utgångspunkten för alla empiriska teorier och för all vetenskaplig verksamhet i kvalitativ forskning ses i stället som den konkret erfärbara verklighet som vi dagligen lever våra liv i och tar för given i alla våra aktiviteter - *livsvärlden* (Merleau-Ponty, 1962; Bengtsson, 1988, 1999; Spiegelberg, 1982; van Maanen, 1990; Bernstein, 1991; Karlsson, 1995; Kvale, 1997). Livsvärldsbegreppet är centralt i fenomenologin som filosofi. Husserl tar i denna filosofi utgångspunkt i *livsvärlden*, som den värld och mening som utgår från våra varseblivningar - den levda världen - och hur förhållandet mellan varseblivning och medvetande ska förstås. Husserl utvecklar härvid en filosofi om medvetandet, där han ser medvetandet som en förutsättning för att den kroppsliga erfarenhetens mening ska kunna framträda. I förståelsen av medvetandets relation till varseblivningen, skiljer sig emellertid Husserls, Heideggers och Merleau-Ponty's förståelse sig åt. Livsvärlden är fortfarande utgångspunkt i både Heideggers och Merleau-Ponty's förståelse, men Merleau-Ponty menar, i likhet med Heidegger, att livsvärlden inte kan grunda sig i något "rent" ochbart medvetande. Medvetandet är i stället något som skapas genom vår varseblivning och erfarenhet i relationen med världen.

I Heideggers förståelse är livsvärlden praktisk till sin natur. Objektet i världen får sin mening utifrån sitt användningsvärde i vårt omedelbara sätt att närma oss dem (Heidegger, 1992/1927; Karlsson, 1995). Heidegger kopplar i sin analys av människans existens subjektet till det han kallar Dasein - varandet i världen. Människans varande, hennes Dasein, förstås som det vi i vår varseblivning öppnar oss för, respektive stänger oss mot, och hur vi förhåller oss till det som framträder genom denna process (Heidegger, 1992/1927; Boss, 1983/1979; Condrau, 1998). Konsekvensen av Heideggers förståelse i ett forskningsperspektiv, är att öppenheten i varseblivningen gentemot forskningsobjektet är konstituerande för den kunskap och förståelse som är möjlig att skapa om det. Denna öppenhet är beroende av den förståelse vi har av oss själva i relation till situationen och vad som angår oss i det som sker i situationen.

Merleau-Ponty (1962) knyter i sin filosofi det varseblivande subjektet till kroppen och menar att det är som levande kropp vi existerar i världen och att det är genom denna kroppsliga existens som världen blir synlig och får mening.

*"Världen är en syntes av betydelser, men denna syntes är kroppslig, det är kroppen som får den i stånd, det är inte ett "Jag" som tänker samman världen till en helhet. Det är kroppen som öppnar sig mot världen och dess mening."* (Österberg, 1984, s 13)

Utifrån detta perspektiv ses kroppen som subjekt och medvetandets fundament, varvid mening och meningsskapande kopplas till kroppen som existens. Livsvärlden, människans levda relationer med världen och den mening som dessa relationer skapat, blir i denna förståelse förankrad i vårt kroppsliga varande i världen. Innebörden av detta är att den förförståelse som styr forskarens och informanternas varseblivning och vad som uppmärksammas i forskningsprocessen, kan sägas vara kroppsligt förankrad.

I forskningsprocessen har observationen av filmerna och dialogerna med informanterna i samband med observation av filmerna, varit en möjlighet att få tillgång till den kroppsligt förankrade nivån av livsvärlden. I tolkningar och analys, har därvid både informanternas och min egen kroppsligt levda förståelse involverats i tolkningsprocessen.

### Förförståelse och språk

Det som konstitueras som data i forskningsprocessen är utifrån det ovan sagda beroende av vilka företeelser forskaren öppnar sin varseblivning för. Vad som framträder som meningsfullt är likaså beroende av forskarens *förförståelse* av världen och forskningsobjektet (Bernstein, 1991; Karlsson, 1995; Kvale, 1997). Denna förförståelse är formad både i de historiska och sociokulturella sammanhang forskaren är del av och i de personligt levda erfarenheter hon/han haft möjlighet att göra. Förförståelsen har därmed både en förreflekterad levd dimension och en *intersubjektiv* dimension, formad i den sociala världen genom samhandling och relationer med andra och genom språket (Merleau-Ponty, 1962; Berger & Luckmann, 1998/1966). Språket, som bärare av de historiska och sociokulturella sammanhangen, har här en särskild strukturerande betydelse för den förståelse som är möjlig att utveckla i den meningsgivande aktivitet som dialogen med informanterna i en forskningsprocess innebär. Genom vårt språk både lever vi i och tolkar världen (Gadamer, 1997/1960; Ricoeur, 1976; Berger & Luckmann, 1998/1966). Språket kan i detta sägas utgöra både en begränsande faktor och en överskridande möjlighet i meningsskapandeprocessen. Den begränsande faktorn innebär en risk att den förståelse som genereras språkligt i forskningsprocessen endast blir reproduktioner av den existerande sociokulturella förståelse som informanter och forskare är del av. Språket innebär också en möjlighet att överskrida det givna genom det Merleau-Ponty kallar "authentic speech":

*"Speech puts up a new sense, if it is authentic speech (...) We must therefore recognize as an ultimate fact this open and indefinite power of giving significance - that is both of apprehending and conveying a meaning - by which man transcends himself towards a new form of behavior, or*

*towards other people, or towards his own thought, through his body and his speech."*

(Merleau-Ponty, 1962, s 194)

"Authentic speech", kan här tolkas som en process där ny mening kan få möjlighet att ta form genom att språkligt utforska en företeelse i relation med den kroppsligt levda, förreflekterade dimensionen av företeelsen. I relationen mellan språk och kroppsligt levd erfarenhet öppnar sig härvid en möjlighet att överskrida det i förförståelsen givna. Detta är ett underliggande antagande för de val jag gjort under forskningsprocessens gång. Genom filmerna har jag utifrån detta medvetet försökt involvera den kroppsliga/sinnliga dimensionen av meningsskapande som en överskridande möjlighet, dels i dialogerna med informanterna, dels i min egen dialog med materialet i analysen.

### Kontext och mening

Människan använder kontexten för att tolka och avgöra vilka fenomen som är centrala i en händelse för att kunna ge den en mening och förhålla sig till den (Bernstein, 1991; Karlsson, 1995; Kvale, 1997). Kontexten blir därför central för att kunna ge något en mening. Vad som betraktas som fakta och som ges status som data i en forskningsprocess är med utgångspunkt från detta alltid knutet till ett specifikt meningsbestämmande sammanhang (Karlsson, 1995). Teorier och begrepp kan inte sägas ha någon innebörd i sig själva, utan kan förstås och tolkas först i ett konkret meningssammanhang. Validitetsanspråken rörande en teori blir genom detta kopplade till kontextualisering. Molander uttrycker det:

*"... människors uppfattningar och teorier om verkligheten är tomma "i sig själva", de har sin primära mening genom de handlingskonsekvenser som hör samman med övertygelser. "Blotta tankar" är föreställningar tagna ur sitt primära livslopp.*

(Molander, 1993 s 52-53)

Molander kopplar här mening och uppfattningar till människans handlande och erfarenhet av att handla i specifika sammanhang. Vad som ges betydelse och mening kan i ett sådant perspektiv ses pragmatiskt utifrån handlingssammanhanget, som det som leder handlingarna "lyckosamt framåt" (Molander, 1993). Vad som är "lyckosamt" avgörs utifrån situationen. I ett sådant perspektiv utgör fallstudier av handlingsförlopp i naturliga situationer en kreativ möjlighet att skapa förståelse och mening i den kunskapsbildande processen i forskning (Yin, 1989; 1993, Merriam, 1994; Flyvbjerg, 1991; Perby, 1995; Elliot, 1991; Molander, 1993; Göranson, 1990, 1995).

Förståelsen av kontextens betydelse för att skapa mening, har i den här avhandlingen inneburit att dialogerna med sjukgymnasterna har utgått från fall i form av pågående behandlingsprocesser med patienter.

## Fallstudier

Fallstudier som forskningsmetod har beskrivits av bland annat Yin (1989, 1993), Flyvbjerg , 1991), Merriam (1994). Nämnas i det här sammanhanget bör också den långa kunskapsbildningstradition och kunskapsförmedling som fallbeskrivningar inom medicin och psykoanalys<sup>12</sup> utgjort.

Generalisering utifrån mångfald, är endast *ett* sätt av många, som människor skapar och ackumulerar vetande på (Yin, 1993). Intensiva studier av ett enskilt fall kan ibland kasta mer ljus och förståelse av ett fenomen och skapa vetenskapligt nytänkande, än statistisk bearbetning av stora grupper. Molander (1993), Elliot (1991) och Perby (1995), berör exemplet som underlag för jämförelser i en kunskapsbildande process och lyfter fram fallbeskrivningen som en möjlighet för detta. Genom att jämföra och kontrastera med olika fall, kan en förståelse utvecklas av det enskilda fallet genom att titta på vilket sätt det är likt eller olik andra både tidigare och aktuella fall. Det ger en möjlighet att generalisera från tidigare till aktuell erfarenhet och mellan olika yrkesutövares erfarenheter. Vad som är avgörande för värdet av fallstudier är fallets relevans för det man talar om, hur fallet är valt, samt hur rik, tät och solid beskrivningen av relevanta egenskaper i fallet är (Kvale, 1997). Levande beskrivningar av exempelvis olika behandlingssituationer gör det också möjligt för läsaren att föreställa sig möjligheter och vidga och berika sin repertoar av olika sätt att förstå, förhålla sig och handla i svårtolkade situationer i praxis. Fallstudier kan dessutom användas till test av teorier som en typ av falsifikation.

Validiteten i en fallstudie ligger i det urval som görs. Det är därför viktigt att tänka igenom vilken typ av kunskap som olika fall skulle kunna ge tillgång till. Vill man få fram vilka djupliggande mekanismer som framkallar ett visst problem och vilka konsekvenser problemet kan medföra, så ger djupgående studier av några få typfall ofta mer värdefull information än ett ytstudium av många. Likaså kan atypiska och extrema fall (särskilt problemfylld eller vällyckade), ge mer information, då de ofta aktiverar fler aktörer och mer grundläggande mekanismer i den studerade situationen.

Ett annat strategiskt urval är det paradigmatiske fallet. Det paradigmatiske fallet är en prototyp som fungerar som en metafor för en skolbildning inom det område som det belyser. Benner (1984) har använt sig av detta i sin forskning

---

<sup>12</sup> Här kan bland annat nämnas Freud, vars fallbeskrivningar analyseras än idag.

om sjuksköterskors yrkeskunnande, där hon ber informanterna att berätta om ett paradigmfall som förändrat deras tänkande.

Under urval i redogörelsen för forskningsprocessen i nästa kapitel, redogörs för de ställningstaganden som gjorts i det här projektet kring urvalen av fall.

### Reliabilitet

Frågan om tillförlitligheten i positivistisk forskning handlar vanligtvis om reproducerbarhet och att under identiska omständigheter kunna duplicera de vetenskapliga resultaten. Utgångspunkten i kvalitativ forskning är att varje situation är unik och icke reproducerbar, varför idealet med identiska förutsättningar för produktionen av data ses som en illusion (Ernstvedt, 1989). Reliabilitet i ett kvalitativt sammanhang hänförs i stället till precision, noggrannhet och riktighet genom hela forskningsprocessens både praktiska och logiska procedurer (Ernstvedt, 1989; Kvale 1997). Exempel på tillförlitlighetsaspekter är intervjuarens sätt att ställa frågor, noggrannhet vid nedtecknandet av observationsdata, intervjuutskriften och kategoriserings och kodningsförfarandet av intervjutexten. Bedömningen av forskningsresultatets tillförlitlighet sker därför i förhållande till forskarens redogörelse för sina tillvägagångssätt och val av strategier genom forskningsprocessens olika skeden.

### Validitet

Som nämnts tidigare är den kunskapsteoretiska utgångspunkten för kvalitativ forskning att sanningen om verkligheten inte är absolut utan att fakta alltid är fakta i ett specifikt meningsbestämmande sammanhang och förutsätter ett konstituerande, meningsgivande subjekt (Kvale, 1989, 1997; Karlsson, 1995; Berger & Luckmann 1998/1966). Verifieringen av kunskap i termer av validitet, reliabilitet och generaliserbarhet får därför andra innebörder än att korrelera fakta gentemot en fix verklighet. Illusionen om forskarens neutralitet och objektivitet har övergivits. Forskarens diskursiva positioneringar och självreflektion får i stället en metodologisk dimension i diskussionen om validitet (Salner, 1989; Ongstad, 1997; Lather, 1993). Validiteten blir diskurs- och kontextberoende.

*"It is not a matter of looking harder or more closely, but of seeing what frames our seeing – spaces of constructed visibility and incitements to see which constitute power/knowledge."*

(Lather, 1993, s 675)



Detta detroniserar enligt Lather (1993) validitetsbegreppet som en epistemologisk garanti. Begreppen *trovärdig*, *meningsfull* och *tillförlitlig* kunskap har i kvalitativ forskning i stället utvecklats som mer förenliga med de kunskaps-teoretiska perspektiven på validitet (Kvale, 1997). Valideringen vilar här på granskningen av hela den kunskapsbildande proceduren. I detta inbegrips den validering som forskaren utvecklar under undersökningen, där verifieringen av forskningsresultatets trovärdighet, rimlighet och tillförlitlighet vävs in i själva forskningsprocessen (Kvale, 1997). Exempel på validerande strategier som forskaren vidtar för att säkra rimligheten i sin analys, är återföring av resultaten och inhämtande av feedback från informanter och referensgrupper, kontroll av alternativa förklaringar och avvikande fall, etcetera (Miles & Huberman, 1994). Diskussionen om kunskapernas giltighet och tillförlitlighet är också, som nämndes ovan, en fråga om forskarens självreflexivitet vad gäller positioneringar och ideologiska ställningstaganden genom hela forskningsprocessen (Ongstad, 1997; Lather, 1993).

#### *Kommunikativ validitet*

Med utgångspunkt från att verkligheten ses som en social meningskonstruktion, kommer kunskapsanspråkens validitet att kopplas till en dialog mellan deltagarna i en diskurs (Kvale, 1997; Karlsson, 1995). Vad som är en valid observation kopplas genom detta till argumentation, förhandling och diskurs. Olika representanter kan här sägas ha legitimitet att validera kunskapsanspråken beroende på vilket sammanhang man anser att kunskapen är valid i. Informanterna är en sådan grupp, brukarna av kunskapen en annan, allmänheten en tredje, forskarsamhället en fjärde och de som ska administrera implikationen av resultaten; politiker, ekonomer, sjukvårdspersonal med flera, är andra sådana grupper. Maktfaktorn rörande vem som har makt att definiera verkligheten för vem, kan här sägas bli avgörande för vilken validitet ett påstående eller tolkning får (Kvale, 1997).

#### *Pragmatisk validitet*

Den pragmatiska aspekten - om och hur kunskapen kommer till användning i praxis - blir en viktig validitetsaspekt utifrån ovanstående. Den pragmatiska validiteten hänför sig till den förklarande kraft en tolkning har för att i en praxisförståelse föra handlingarna i ett visst sammanhang "lyckosamt" framåt (Molander, 1993; Kvale, 1997; Karlsson, 1995). "Sanningen" i ett resonemang kan utifrån detta verifieras genom den förklaringskraft och hjälp det erbjuder att förstå en situation så att praktikern kan förhålla sig och handla i den på ett sådant sätt att det leder till önskvärda resultat. Likaså bedöms om resultaten och förståelsen av fenomenen kan överföras till andra liknande områden och

situationer och fortfarande behålla den specifika meningen. Detta kan ses som en form för generaliserbarhet.

Genom den pragmatiska validitetsaspekten förs också värderingar och etiska ställningstaganden in i valideringen av kunskapsanspråken. Detta görs med utgångspunkt från vad slags handlande som är etiskt riktigt eller inte i en given situation (Kvale, 1997).

## Forskningsprocessen

Detta kapitel syftar till att ge en redogörelse för forskningsprocessen i avhandlingen. De överväganden som gjorts vid urval av informanter och patienter i behandling, samt en presentation av dessa inleder kapitlet. Därefter följer redogörelsen för datagenerering, bearbetning och analys av data. Sist diskuteras metoden.

### Urval

Utifrån syftet och de kunskapsteoretiska utgångspunkterna, gjordes ett strategiskt urval av sex sjukgymnaster med lång erfarenhet inom problemområdet. Här förväntade jag mig att *variationen* av patienter, behandlingsmetoder och den yrkesmässiga kontext som sjukgymnasterna arbetade inom skulle kunna ge en större tillgång till *olika aspekter* av hur den sjukgymnastiska behandlingen skulle kunna förstås. Min tanke var också att olikheterna skulle kunna synliggöra företeelser som kanske skymtade diffust hos någon, men som blev synligare genom att de framträdde tydligare hos någon annan. Variationen tvingar också forskaren till en större eftertanke kring det fenomen som studeras och dess framträdelseformer.

En av de varierande faktorer som jag antog påverkat vad slags kunskap de enskilda sjukgymnasterna haft möjlighet att utveckla, var vad slags patienter de arbetat med. Därför valdes sjukgymnaster som hade erfarenhet av att arbeta med olika slags patientkategorier inom problemområdet. Likaså valdes sjukgymnaster med erfarenhet både av långa behandlingssekvenser upp till flera år och sjukgymnaster som arbetade med de i sjukgymnastik vanligt förekommande 12 - 15 gångers korttidsbehandlingar. Två sjukgymnaster som arbetade med patienter med psykosproblematik valdes också ut. Motivet till detta var att jag förväntade mig att de hade djupa kunskaper från att arbeta kroppsorienterat med patienter med så kallade tidiga störningar och svårigheter

att utifrån kroppen differentiera ut, tolka och uppleva känslor. En problematik som ofta tillskrivs patienter med så kallad psykosomatisk problematik (McDougall, 1990).

Den yrkesmässiga kontexten som arbetsförhållanden, organisation och arbetsplatskultur, var en annan variationsfaktor som jag antog sannolikt hade stor betydelse för den kunskap och de arbetssätt sjukgymnaster utvecklat. Detta gjordes utifrån förståelsen att det perspektiv som dominerar en verksamhet sätter gränser för vad som är tillåtet att göra och säga och vilken reflexion som är möjlig att utveckla tillsammans med andra. Av den anledningen valde jag sjukgymnaster med olika organisatorisk arbetssituation: en sjukgymnast vid poliklinik på större sjukhus, en distriktssjukgymnast på vårdcentral i ett bostadsområde, två sjukgymnaster i psykiatriska öppenvårdsteam, samt två privatpraktiserande sjukgymnaster.

Då olika sjukgymnastisk kultur kommit att utvecklas i olika delar av landet, valdes med avsikt informanter från olika regioner. En sjukgymnast valdes dessutom från Norge, utifrån att hon representerade den norska psykomotoriska behandlingskulturen. Denna är spridd i Sverige, men dess kunskaps-tradition är starkast utvecklad i Norge.

Genom de val jag gjorde ville jag också ha möjlighet att få med olika behandlingsmetodiska tillvägagångs- och synsätt. De behandlingsinriktningar som finns representerade är: Psykomotorisk behandling, Kropps och Rörelsemedvetenhetsträning enligt Feldenkraismetoden och Eutoni, Basal kropps-kännedom, samt Kroppsorienterad psykoterapi enligt George Downing. Dessa behandlingsinriktningar representerar ett urval av de metoder som sjukgymnaster inom problemområdet är influerade av.

De övriga generella kriterierna för urval av sjukgymnaster var:

- Lång erfarenhet av behandling av patienter med så kallade psykosociala och psykosomatiska funktionsproblem.
- 
- Att sjukgymnasten arbetade med någon form av kroppsmedvetandeträning i sin behandling. Motivet för detta var en förförståelse av att kroppsmedvetenheten spelar en särskild roll i patientens rehabiliteringsprocess. Dessa metoder överskrider i sin grundtanke den dualistiska förståelsen av kroppen. Av den anledningen förmodade jag att sjukgymnaster som arbetat under lång tid med dessa metoder utvecklat en djupare förståelse i sin praxis av hur kroppen skulle kunna förstås i den sjukgymnastiska behandlingen.
- Visat intresse för kunskapsutveckling inom området i form av engagemang i undervisning, seminarier, handledning eller publikationer. Detta motiveras av att möjligheterna att få fram datamaterial för analys är beroende av sjukgymnastens intresse och förmåga att formulera sig i ord.

Sjukgymnaster som arbetar med undervisning, handledning av studerande i praxis, eller som själv har, eller ger regelbunden handledning, tvingas att hela tiden reflektera och formulera sig kring det de gör. Detta gör dem särskilt intressanta i ett forskningsprojekt som bygger på dialog och reflexion.

- frivilligt deltagande.

För att finna sjukgymnaster med erfarenhet inom problemområdet, kontaktade jag Sektionen för psykiatrisk och psykosomatisk sjukgymnastik inom Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Denna sektion omfattar cirka 250 medlemmar. Via kontakter med nyckelpersoner inom denna sektion kunde sjukgymnaster som skulle kunna tänkas ge goda bidrag till en kunskapsutveckling inom fältet ringas in och tillfrågas. Sjukgymnasterna valdes utifrån ovanstående kriterier, efterhand under studiens gång. Urvalet skedde också utifrån om sjukgymnasterna för tillfället hade någon patient som lämpade sig för studien.

Sjukgymnasterna valde i diskussion med mig ut en av sina pågående patientbehandlingar. Urvalet av patienter gjordes för att spegla olika slags patientproblematik inom behandlingsfältet. Etiska aspekter beaktades enligt den ansökan som godkändes av etiska kommittén. Dessa aspekter var att deltagandet måste vara frivilligt och att patienten om hon ångrade sig och närhelst hon så önskade skulle kunna avbryta och be att få utgå ur studien, likaså att få videofilmen makulerad. Detta gällde även sjukgymnasten.

Kriterier för urval av patientbehandling, lämplig för filmning var:

- Att patienten av sjukgymnasten bedömdes ha någon form av komplext och svårdefinierat smärt- och spänningsproblem.
- Att behandlingen hade pågått under så lång tid att sjukgymnast och patient hittat en tillit till varandra och att de tillsammans arbetat fram en form för innehållet i behandlingen. Detta för att relationen mellan sjukgymnast och patient skulle kunna tåla filmningen, samt att sjukgymnast och patient kommit så långt att en djupare förståelse av behandlingsprocessen hunnit utveckla sig.
- Att filmningen inte fick inverka negativt på patientens rehabiliteringsprocess. Denna bedömning gjordes av sjukgymnasten innan patienten tillfrågades.
- att deltagandet var frivilligt från patientens sida. Etiska överväganden gjordes i samband med detta och patientens förmåga att hålla integritets-

gränser, säga nej eller avbryta beaktades särskilt. Detta gjordes för att förebygga att patienten inte ställde upp för att tillfredsställa sjukgymnasten utan att själv vilja.

## Presentation av informanterna

Nedan ges en kortfattad presentation av de informanter som medverkat i projektet. En närmre presentation av patienterna ges i kapitel 4, som handlar om förståelsen av patienternas problematik. Namnen i avhandlingen är fingerade på både sjukgymnaster och patienter och materialet har anonymiserats genom att yrke och ålder på patienterna ändrats, ort samt att viss information från intervjuerna utelämnats, för att skydda integriteten på patienterna. I ett fall har emellertid en artikel författad av en av informanterna om hur sjukgymnastisk behandling vid schizofreni kan förstås, ingått som betydelsefullt datamaterial. Då denna artikel innehåller resultatet av 15 års erfarenheter och är en av de få som skrivits, har vi enats om att det är värdefullt att den ingår i källförteckningen. Det innebär att denna informant inte är anonym. Sjukgymnastens namn har dock fått förbli fingerat i själva framställningen, för enhetlighetens skull.

### Ingela och Bertil

Ingela valdes ut till projektet på grund av sitt specialintresse för psykosomatik och sin åtta år långa erfarenhet inom området. Vid tiden för filmningen arbetade hon med psykosomatik som specialitet vid ett somatisk storsjukhus. Som sjukgymnast har hon metodiskt framförallt inspirerats av kroppsmedvetandeträning enligt Eutoni och Dropsy. Hon har haft en legitimerad psykoterapeut som handledare i sitt behandlingsarbete under flera år. Detta har bidragit till att utveckla hennes perspektiv på behandlingsarbetet i en psykoterapeutisk riktning. Medan det här forskningsprojektets pågick, påbörjade Ingela en steg- I utbildning i psykoterapi, då att hon ansåg sig behöva denna grund i sitt behandlingsarbete med de psykosomatiska patienterna.

Genom att Ingela är ensam sjukgymnast med psykosomatisk behandlingsinriktning på det sjukhus där hon arbetar, har det med tiden blivit så att hon får svårare och svårare patienter. Det är ofta patienter som ingen annan av de andra sjukgymnasterna vill ha eller känner att de klarar av. Patienterna är krävande genom att de fordrar mer tid för reflexion och utsortering av intryck och känslor i behandlingsprocessen. Ofta behöver de också längre behandlingssekvenser. Hennes "produktivitet", mätt i patientgenomströmning och

antal behandlingar per dag, blir på detta sätt lägre och en källa till ifrågasättande i den sjukgymnastiska organisation hon ingår i.

Ingela filmades med Bertil, en man i 40- års åldern, med ryggbesvär.

### Carin och Anncharlotte

Carin valdes ut till projektet på grund av att hon som distriktsgymnast utvecklat former för att arbeta med patienter med psykosomatisk problematik. Vid tiden för filmningen arbetade hon på en vårdcentral i en mellanstor stad i Sverige. Hon har lång erfarenhet av psykosomatiskt inriktat behandlingsarbete som sjukgymnast, såväl med barn som med vuxna. Till och från har hon haft handledning av leg. psykoterapeut, i sitt behandlingsarbete. Likaså handleder hon andra sjukgymnaster inom primärvården och undervisar sjukgymnast-studerande. Sammantaget innebär allt detta att hon utvecklat mycket reflexioner kring sitt behandlingsarbete.

Carin arbetar med kroppskännedom enligt Dropsy, men har även utvecklat ett sätt att arbeta med rösten, utifrån egna erfarenheter av röstträning. Hon arbetar också med bild och att måla, med de patienter som det lämpar sig med. I tillägg till detta har hon utvecklat sin förmåga att arbeta med samtal. Medan det här forskningsprojektet pågick avslutade hon sin steg - I utbildning i psykoterapi. Psykoterapiutbildningen har gett henne en större trygghet i att lita till och följa patientens process i behandlingen, uppger hon.

Carin arbetade vid tiden för filmningen både med individuella behandlingar och med grupper. Längden på behandlingarna varierar, men 12 - 15 gångers behandlingar, en gång i veckan, under ett halvårs tid är vanligt. De patienter hon tar emot är mellan 15 - 64 år. Diagnoserna på remisserna varierar från smärttillstånd i muskulatur och leder, mag- och tarmbesvär, hjärt-kärl-lungbesvär, oro, till ångest, nedstämdhet och panikångest. De muskulära besvären samt oro, ångest och nedstämdhet dominerar. En utvärdering som gjorts av hennes behandlingsinsatser 6 månader efter behandlingens avslutande, visar bland annat att patienterna halverat antalet vårdkontakter.

Carin filmades i behandling med Anncharlotte, en 37- årig kvinna med en femårig smärt- och spänningsproblematik och oro för allvarliga sjukdomar.

### Rebecka och Svea

Rebecka valdes till projektet för att hon har mycket lång erfarenhet av att arbeta med kropps- och rörelsemedvetandeträning med kroniska smärt-patienter. Hon har arbetat närmre 30 år som sjukgymnast och har sedan 8 år tillbaka en egen privatpraktik. Innan dess arbetade hon under många år vid en rehabiliteringsklinik med ungdomar och vuxna, där allt från kronisk smärta till

sviter efter trafikolyckor förekom. Bland de patienter som remitteras till henne på praktiken idag, är fibromyalgi en vanligt förekommande diagnos. I sitt behandlingsarbete arbetar hon både med grupper och med individuell behandling. Hon har också öppna kurser för allmänheten där hon arbetar med "Medvetenhet genom rörelse" enligt Feldenkraismetoden, samt förebyggande hälsovård för personalgrupper. I sitt behandlingsarbete har Rebecka sökt sig fram för att hitta ett sätt att arbeta med kroniska smärtpatienters kropps- och rörelsemedvetenhet. De metoder hon till en början inspirerades av var Eutoni, Zen meditation, kroppskännedom enligt Dropsy och Tai-chi. Hon arbetar nu helt med Feldenkraismetoden. Sedan åtta år tillbaka är hon auktoriserad Feldenkraispedagog. I tillägg till detta har hon en tvåårig utbildning i Gestaltterapi med psykosocial inriktning. Rebecka går också en utbildning i systemteori. Det är för att bättre kunna arbeta med samtalet i behandlingsrummet som hon säger sig behöva dessa kunskaper. Då hon saknar handledning har hon bestämt sig för att inte ta emot svårare "psykiatriska" patienter av typ psykos och borderline.

Rebecka filmades med Svea, en 50- årig kvinna som haft värk i kroppen under 20 års tid.

### Line och Dora

Line valdes till projektet för att hon har lång erfarenhet av patienter med smärt- och spänningsproblematik och arbetar inom den norska psykomotoriska behandlingstraditionen<sup>13</sup>. Hon har närmre 30 års yrkeserfarenhet som sjukgymnast, framförallt av att arbeta med människor med smärt- och spänningsproblem. De senaste 12 åren har Line arbetat privat med psykomotorisk behandling som specialitet på en mottagning som hon driver tillsammans med två manliga sjukgymnaster. Line är den enda av dem som arbetar med psykomotorisk fysioterapi och också en av få med den inriktningen på orten. Av den anledningen är patienttrycket stort till hennes mottagning. Väntelistan är 9 - 12 månader för de som söker.

Line filmades i behandling med Dora, en 35- årig småbarnsmamma med värk- spänningsproblem, yrsel och tinnitus.

---

<sup>13</sup> Jag använder den norska beteckningen " psykomotorisk fysioterapi" i fortsättningen när jag talar om den sjukgymnastiska behandlingsmetod som Line är utbildad i. I övrigt används beteckningen sjukgymnastik och sjukgymnast.



## Irene

Irene valdes till projektet utifrån sin 20 år långa erfarenhet som sjukgymnast inom psykiatri, företrädesvis med intresse för psykospatienter. Irene arbetar i team på en psykosmottagning. I det sjukgymnastiska är hennes arbete inspirerat bland annat av Eutoni och Kroppsmedvetandeträning enligt Dropsy. Hon har Steg I- utbildning i psykoterapi och regelbunden psykoterapeutisk handledning. Irene har även familjeterapiutbildning och arbetar i sitt team med psykotiska patienters familjer.

Av integritetsskäl och på grund av hennes patienters sköra tillstånd, uteslöts filmningen av behandling. Emellertid var Irene filmad och intervjuad några år tidigare, utifrån en behandling med en 27-årig kvinna med anorexia nervosa. Hennes arbetssätt var därför bekant för mig som forskare. För att belysa sitt aktuella sätt att arbeta, gav Irene i intervjun talrika exempel på situationer från patientbehandlingar med psykotiska patienter, i stället för att vi utgick ifrån ett enda fall.

## Gunilla

Gunilla valdes till projektet för sin 20 år långa erfarenhet av att arbeta med så kallade tidiga störningar av typ schizofreni, psykos och borderline problematik. Ett annat skäl var att hon visat intresse för att formulera sig teoretiskt kring detta, bland annat genom att publicera artiklar i den sjukgymnastiska facktidskriften i Sverige. Gunilla arbetar dels i team på en psykosmottagning, dels som privatpraktiserande kroppspsykoterapeut. Hon har legitimation som psykoterapeut (steg- I och steg- II utbildning) och hade vid tiden för projektet genomgått mellannivån i kroppspsykoterapiutbildning<sup>14</sup>. Gunilla har haft psykoterapeutisk handledning i sitt behandlingsarbete sedan 15 år tillbaka. Hennes sjukgymnastiska behandlingsgrund är från Eutoni, Kroppsmedvetandeträning enligt Dropsy, psykomotorisk behandling och olika former av massage.

Av samma skäl som hos Irene, valde vi av etiska skäl att inte filma någon patient. Gunilla förberedde och gav i stället en både praktisk och verbal gestaltning av en behandling med en av sina patienter, som utgångspunkt för vår dialog i intervjun.

---

<sup>14</sup> Kroppspsykoterapiutbildningen introducerades i Sverige av den amerikanske psykoterapeuten George Downing, verksam i Paris och lärare och handledare i Europa. Utbildningen är auktoriserad men ännu inte godkänd som grund för legitimation i psykoterapi.

## Datagenerering och bearbetning

Utifrån de kunskapsteoretiska utgångspunkter som tidigare redovisats, har jag valt benämningen "datagenerering" för att också ange att den mening och förståelse som forskningsprocessen frambringat, tar sin utgångspunkt i den mening och förståelse som skapats i dialog mellan mig och informanterna. Patienter och sjukgymnaster har ställt upp framför kameran och gjort en behandling som i så stor utsträckning som möjligt speglat det arbete de annars har tillsammans, men nu med mig som tredje person och öga i rummet. Detta är den verklighet som filmats. Intervjuerna utifrån filmerna har inte bara "samlat in" den kunskap och de perspektiv som sjukgymnasterna arbetar med i sitt behandlingsarbete. Nya tankar och perspektiv har också formulerats i relation till det som framträtt vid observation av de filmade behandlingarna och genom mötet mellan informanternas och forskarens förståelse. Nya förståelse har också formulerats i min dialog med materialet under analysfasen. Den genererade förståelsen har också satts in i nya teoretiska perspektiv i samband med den teoretiska tolkningen av materialet. Genom formuleringsprocessen, analysen och den teoretiska tolkningen ha på så vis en betydelseändring och en ny förståelse skapats i förhållande till den förståelse som sjukgymnasterna uttrycker i sin praxis i de filmade behandlingarna.

Nedan följer en beskrivning av arbetsprocessen i samband med genereringen av data, analysen av data och den teoretiska tolkningen.

### Inledande kontakt med informanterna

Sjukgymnasterna kontaktades per telefon och tillfrågades om de skulle kunna tänka sig att delta i studien och om de hade någon lämplig patient som skulle klara av att bli filmad. Efter att de samtyckt, fick de del av projektplanen och reglerna enligt ansökan till etiska kommittén samt fick ge sitt skriftliga samtycke till deltagande. Därefter hördes vi av igen och diskuterade eventuella patienter som skulle kunna delta. I dessa telefonkontakter påbörjades genom diskussionerna kring det praktiska, också dialogen kring förståelsen av sjukgymnastik. Samtalen pågick upp till en och en halv timma vid varje telefonkontakt och spelades inte in på band. Dessa samtal uppfattade jag som viktiga för att skapa trygghet och tillit i vår relation för att vi senare skulle kunna filma. Patienterna tillfrågades därefter av den enskilda sjukgymnasten och gav sitt godkännande i enlighet med reglerna från etiska kommittén.

## Videofilmning

Videofilmningarna skedde i det behandlingsrum som sjukgymnast och patient annars också arbetade i och i regel på den tid som patienterna i vanliga fall hade avsatt för sin behandling.

Den relation jag som filmare har haft till patienterna, har inskränkt sig till ett samtal före filmningen i syfte att klargöra vem jag är och vad jag tänker använda filmen till. I tre av fyra fall uppstod spontant också ett samtal med patienten efter filmningen av behandlingen för att runda av det med kameran ganska närgångna möte vi haft. Detta samtal dokumenterades också på videofilmen genom att kameran fick stå på.

Som tidigare nämnts filmades inte sjukgymnasterna som arbetade i psykosteamen med patienter, av etiska skäl. Vi bedömde det som att filmningen skulle kunna skada patientens integritet och också den behandlingsrelation som sjukgymnast och patient under lång tid hade lyckats etablera. Likaså bedömde vi det som att det skulle vara svårare att skydda dessa patienters anonymitet, då få sjukgymnaster arbetar i psykosteam och att det förelåg risk för att de skulle kunna identifieras. I stället gick vi i det ena fallet till det behandlingsrum där sjukgymnasten arbetar med patienten. Hon gestaltade där behandlingen genom att ömsom spela patienten och ömsom sig själv i behandlingen, under det att jag frågade om det som var oklart. Detta spelades in på ljudband. Utifrån detta gjordes nästa dag den mer ingående intervjun för att få fram sjukgymnastens sätt att tänka kring sitt arbetssätt. I det andra fallet användes en filmad behandling med en kvinna med anorexia nervosa från en tidigare studie, som utgångspunkt för erfara skillnader i hennes tidigare sätt att arbeta i relation till nuvarande sätt att arbeta och tänka. Utifrån detta utspann sig därefter en dialog kring behandlingsprocesser med patienter hon arbetar med idag.

## Intervju 1

Den första intervjun med respektive sjukgymnast skedde i anslutning till filmningen. Denna intervju belyser dels reaktionerna på att bli filmad och på det som skedde under filmningen, dels sjukgymnastens arbetsförhållanden och hennes yrkesmässiga utveckling. Intervjun skedde på respektive sjukgymnasts arbetsplats. Dessa första intervjuer är cirka 90 minuter långa med varje sjukgymnast och de spelades in på ljudband.

## Observation och transkription av de videofilmade behandlingarna

Som underlag för att kunna ställa frågor vid den andra intervjun med den enskilda sjukgymnasten, analyserades och transkriberades den videofilmade behandlingen med avseende på struktur och innehåll i behandlingen. Filmen sågs först upprepade gånger för att helheten skulle framträda. Därefter inriktades observationen på detaljerna. Varje sekvens observerades sekvens för sekvens. Den muntliga dialogen i behandlingen nedtecknades ord för ord, medan handlingarna beskrevs mer helhetligt exempelvis: " Iakttar Sveas ansikte och andning. Känner på rörlighet och motstånd i tår och fötter. Iakttar höfter mage och bröstorg under det att hon känner på eftergivlighet i knäveckan och rotation i höfterna."

Kommunikationen mellan behandlare och patient är i hög utsträckning kroppslig. Det är mängder av reaktioner och signaler som strömmar över, inte bara mellan de agerande på filmen utan också till den som ser på filmen. Signalerna är mycket subtila och består i andningsreaktioner, olika kvaliteter i röstens klangfärg och i rörelse, små positionsförändringar mellan de agerande, med mera. Dessa kvalitativa aspekter av det ickeverbala samspelet, kan till vissa delar nedtecknas i mer kvantitativa former med hjälp av olika mikro-analysmetoder av videoinspelade behandlingar och samtalssekvenser (Retzinger, 1991; Engelsrud, 1990; Ek, 1990). Jag besökte också en studio vid institutionen för Lingvistik i Göteborg, där videofilm kan användas direkt i datorn bild för bild. Detta för att se om en sådan metod skulle kunna ge något ytterligare. Likaså gjordes en mikroanalys av en 3 minuter lång sekvens i en av filmerna med hjälp av Retzingers "Part-Whole analysis" (1991). Denna analys tog 8 timmar i anspråk för de tre minuter som valts ut. Efter ett övervägande av tidsåtgång i förhållande till det syfte jag hade med filmerna inom ramen för mitt projekt - att ha dem som utgångspunkt för att utveckla reflexionen över den sjukgymnastiska behandlingen i intervjuerna - beslöt jag att avstå från en sådan mikroanalys. Det innebär att någon analys av filmerna inte redovisas i resultatdelen i avhandlingen.

Den första databearbetningen av filmen och den transkription som då gjordes, tog cirka två veckors heltidsarbete i anspråk för varje film. Jag anger detta för att antyda den tid som ägnats åt att försöka tränga in i under ytan på sjukgymnasternas handlingar. Därefter har observation av filmerna skett i flera olika omgångar under forskningsprocessen. Genom att se varje enskild film om och om igen, framträdde efter hand nya saker. Det visade sig också vara fruktbart att låta materialet vila och efter intervjuerna och seminarierna se om filmerna igen. Hittills har jag sett varje sjukgymnasts film i tre sådana olika bearbetningsfaser, där filmerna setts på nytt efter en längre tids uppehåll.

Transkriptionerna har i forskningsprocessen utgjort ett sätt att kunna få överblick och struktur i det filmade materialet och har förutom vid intervjuerna använts som underlag vid beskrivningarna av de filmade behandlingarna. En förkortad version av dessa beskrivningar har placerats som appendix i avhandlingen. Detta har gjorts för att ge läsaren en möjlighet att få inblick i det meningssammanhang som utgjort kontext för dialogerna med sjukgymnasterna

## Intervju 2 - utifrån filmen

Intervjun utifrån den filmade behandlingen skedde cirka två veckor efter filmningstillfället. I fyra fall skedde den i informantens hem och i ett fall i mitt hem. I ett fall skedde den på informantens arbetsplats. Val av intervjuplats beslöts utifrån tillgång till video och TV, bekvämlighet och avspänd miljö för att föra den tids- och koncentrationskrävande dialogen. Vid detta intervju-tillfälle sågs först filmen i sin helhet och sjukgymnasten gavs tid att smälta sina reaktioner på att få se sig själv och patienten utifrån. Därefter gick vi igenom filmen sekvens efter sekvens och frös TV-bilden vid varje sekvens. Detta gjordes för att sjukgymnasten, medan hon reflekterade, skulle kunna behålla det visuella minnet av skeendet i behandlingen och kroppsligen återkalla minnet av behandlingssituationen. Den kroppsliga erfarenheten involverades på detta sätt i forskningsprocessen. Sjukgymnasten tillfrågades, som tidigare nämnts, om vad hon såg och menade skedde i de olika sekvenserna, vad hon gjorde och hur hon tänkte kring det, vad hon riktade sin uppmärksamhet mot för att fatta beslut i behandlingen, etcetera. Reflexionen utvecklades utifrån dessa frågor samt de frågor jag ställt mig i samband med min egen observation av filmerna. Filmerna kom på så sätt att fungera både som en slags intervjuguide och som kontext för den mening som genererades i dialogen med sjukgymnasten. Med utgångspunkt från seendet av den filmade behandlingen och de frågor som restes kring detta, kom dialogerna med sjukgymnasterna att aktualisera både deras erfarenheter från behandlingen med den patient som filmats och behandlingserfarenheter med andra patienter.

Då intervjuerna var mycket intensiva och tröttande för båda parter, gjordes den i de flesta fall under två på varandra följande dagar, med en natts sömn emellan. Flera av informanterna bodde så pass långt bort att jag behövde övernatta på grund av restiden och det föll sig naturligt att vi delade upp intervjutiden på detta sätt.

Filmerna och intervjuerna med varje sjukgymnast transkriberades och en preliminär analys gjordes innan filmning och intervju med nästa sjukgymnast gjordes. Det innebar att den förståelse som utvecklades i dialog med sjukgymnasten blev en slags utveckling av den förståelse som utvecklats i dialogen med den föregående sjukgymnasten och min analys av detta data-material. Detta kan ses i intervjumaterialet genom att nya teman utvecklas och

fördjupas i dialogerna med informanterna under forskningsprocessens gång. Det innebar också att intervjuerna blev mer och mer innebördsrika. Av den anledningen är den dialog som utvecklades med den sista sjukgymnasten särskilt intressant i materialet, då den är ett resultat av all den förståelse som de övriga sjukgymnasterna bidragit till. Intervjumaterialet med den sista sjukgymnasten som var Line, är också det mest omfattande - sex timmar. Sjukgymnasterna intervjuades i följande ordning: Ingela, Carin, Rebecka, Irene, Gunilla, Line.

### Transkription och analys av intervjuerna

Intervjuerna transkriberades med alla suckar, tankepauser och alla mm, hmm, etcetera, angivna. Därefter analyserades de preliminärt med inspiration från Karlsson (1995), Tesch (1990) och van Maanen (1990), men med den modifikation som anges nedan. Karlsson uppger 5 steg i sitt tillvägagångssätt:

1. Öppen läsning av intervjuutskriften där forskaren försöker få grepp om helheten med hjälp av sin egen förförståelse. Detta syftar till att skaffa sig en övergripande förståelse av innehållet.
2. Urskiljning av meningsbärande enheter i texten och kodning av dessa.
3. Eidetisk induktion, det vill säga att lyfta fram de bärande idéerna genom en tolkning av den explicita och implicita meningen/ innebörden i det som sägs. Här transformeras informanternas vardagsspråkliga uttryck till forskarens. Ett icke-teoretiskt språk eftersträvas dock i framställningen.
4. Sammanställning av de transformerade meningsbärande enheterna i form av en synopsis.
5. Analys av den generella strukturen i alla informanternas material, eventuellt i form av typologier.

Min egen analys är en modifikation av ovanstående. Steg 1 och 2 gjordes före seminarierna. De meningsbärande enheterna sattes därefter samman i relation till varandra i tankekartor – mindmaps - där mönstren kunde tillåtas förändra sig. Men vid steg tre skiljer mitt förfaringsätt sig åt, då informanterna redan i samband med filmintervjun, men framförallt vid seminarierna, varit med i tolkningen av innebörder och mening. Mitt tredje steg bestod i stället att lyfta fram de bärande idéerna i de enskilda sjukgymnasternas förståelse på en citatnära, beskrivande nivå, vilken framställdes i fallbeskrivningar. Tanken bakom detta var att låta förståelsen få framträda i sin kontext. Den så kallade eidetiska induktionen - att analysera den explicita och implicita meningen i deras uttalanden gjordes först därefter i varje fallbeskrivning. Detta gjordes genom att lyfta fram uttryckta eller underliggande antaganden i form av påståenden utifrån varje meningsbärande enhet. Som sista steg gjordes en

analys på tvärs av alla informanternas material för att få fram en generell struktur i förståelsen av materialet. Denna analys består av min tolkning av hur den sjukgymnastiska behandlingen kan förstås utifrån alla informanternas datamaterial.

Bearbetningen av intervjumaterialet gick till på följande sätt:

- a) En första öppen läsning av materialet för att få en känsla för helheten.
- b) Avgränsning av meningsbärande enheter/sekvenser i dialogen under intervjun, det vill säga en öppen genomgång av hela intervjun för att hitta sekvenser i dialogen som på olika sätt var meningsbärande. I denna fas eftersträvades en maximalt öppen attityd, då det på det här stadiet inte går att säga vilka uttalanden som har betydelse för den totala förståelsen. Dessa meningsbärande enheter avgränsades, numrerades och kodades utifrån de temata de belyste. Detta gav en överblick över de temata som intervjuerna innehöll. Exempel på sådana huvudtemata var behandlingsrelation, kroppen, behandlingsprocess, etcetera. Därefter skedde en tredje genomläsning där underteman specificerades utifrån det mer specifika innehållet i det som sades i de avgränsade citaten.
- c) Ordning av de meningsbärande enheterna under sina huvudteman genom att samla koncentrat av alla citat i listor, manuellt med papper och penna. Innebörderna i citaten blev på så sätt reflekterade genom att ställningstaganden måste göras beträffande vilket eller vilka temata varje citat kunde hänföras till. Intervjuns helhet bröts ner genom denna analys av meningsbärande enheter. Framträdelsen av en ny struktur/förståelse startade genom att för varje tema rita en tankekarta med nyckelord från alla ingående citat. Linjer drogs mellan nyckelorden som indikerade relationen mellan olika ingående underteman. Dessa ordnades emellertid inte hierarkiskt i något slags kategorisystem, då jag ville behålla öppenheten för att nya strukturer och relationer skulle kunna framträda. Tankekartorna kan beskrivas som ritade "tankebubblor" med innehållet i materialet kodat i nyckelord och nummer på viktiga citat som belyste varje kodord. Detta förfarande gjorde det möjligt att få en överblick över innehållet i hela materialet. Proceduren gjorde det också möjligt att reflektera över relationerna mellan olika teman och lättare att se och spela med relationen mellan delarna och helheten i materialet. De visuella bilderna bildade ett mönster för att förstå helheten och dessa mönster var lättare att förändra än den skrivna texten. Mönstret tilläts på så sätt att vara föränderligt i forskningsprocessen, genom nya infallsvinklar från diskussioner med informanterna, andra kollegor, handledare, litteratur, arbete med materialet etcetera.

Det var viktigt att behålla denna öppenhet inför förståelsen av materialet och låta struktur och innehåll få förändra sig tills det kändes någorlunda stabilt för att formulera i en skriven text. De försök att skriva, som jag på ett tidigt stadium gjorde, ledde till ständiga frustrationer varje gång bilden ändrade sig genom diskussioner, läsning av litteratur, eller genom själva skrivprocessen. Att inte kunna hitta en hållbar struktur att skriva i, därför att materialet hela tiden "lever", har varit den faktor som starkast utmanat min egen självkänsla i forskningsprocessen. Fördelen med att låta materialet "leva", och stå ut med den tidvis påfrestande förvirringen inför hur materialet skulle ordnas, har varit att jag kunnat behålla öppenheten för vilka principer som materialet skulle kunna ordnas utifrån. Genom detta har också nya sätt att förstå materialet på kunnat få tid att utvecklas. Det finns dock en gräns för hur "levande" materialet kan tillåtas vara både tidsmässigt och emotionellt i forskningsprocessen, innan det övergår till att bli destruktivt.

### Seminarierna

Seminarierna var tre till antalet och omfattade fyra dagar i internat vid varje tillfälle. De hölls med 6 till 9 månaders mellanrum under tre års tid, på ön Dyngö i norra Bohuslän. Därav beteckningen "Dyngöseminarierna".

Vid de två första seminarierna presenterades och diskuterades varje sjukgymnasts arbetssätt och tankegångar, med hjälp av de tankekartor som beskrevs ovan. Informanterna fick inför seminarierna också utskriften av de intervjuer jag gjort med dem, samt en kopia av deras egen videofilmade behandling. Tanken med detta var att ge dem möjlighet att reagera och reflektera kring sin egen förståelse. Likaså bad jag dem att fundera över om materialet gav en rättvisande bild av deras sätt att arbeta och tänka. En hel dag, 6 - 8 timmar, ägnades åt att redovisa och diskutera varje enskild sjukgymnasts material i informantgruppen. Redovisningen skedde genom att jag på ett blädderblock ritade upp tankekartan över de temata som framträtt som centrala i deras förståelse vid analysen och citat lästes upp som belyste dessa. Därefter fick den berörda sjukgymnasten kommentera och fördjupa sina tankar kring dessa olika temata, varefter de diskuterades i gruppen. Inför det tredje och sista seminariet fick informanterna i uppgift att skriva ned och reflektera över den behandlingsprocess de varit med om tillsammans med de patienter som vi filmat. De flesta hade då avslutat behandlingarna med patienterna. En halv dag, 3 - 6 timmar, ägnades vid detta seminarium åt att diskutera varje informants behandlingsprocess med sin patient.

Genom återföringen av den bild som filmning och intervjuer gav av varje enskild sjukgymnasts arbetssätt och tankegångar, skedde på detta sätt en återkoppling och intern validering av datamaterial och analys. När sjukgymnasten fick den bild jag arbetat fram utifrån film och intervjuer, kunde



hon lägga till eller modifiera utifrån den bild hon själv hade av sitt arbete. Seminarierna innebar också att sjukgymnasternas olika arbetssätt och tankegångar sattes i kontrast till varandra vilket bidrog till att förtydliga olikheter och likheter i arbets- och tankesätt. Detta stimulerade diskussionerna.

### Betydelsen av den kronologiska ordningen i kontakterna med informanterna

Den ordning som datamaterialet med informanterna genererades i, har haft betydelse för den förståelse som varit möjlig att utveckla i dialogen med var och en. Varje sjukgymnast filmades, intervjuades och materialet analyserades innan dialogen skedde med nästa informant. På så sätt kom den förståelse som var möjlig att utveckla i dialogen med var och en att bygga på den förståelse och de frågor som utvecklats i dialog med den föregående. Ingela och Carin var de första två som filmades, intervjuades och vars material analyserades. Därefter följde Rebecka. När dessa tre fall filmats, intervjuats och analyserats, hölls ett första seminarium. Vid detta seminarium diskuterades den "psykosomatiska" problematiken. Några informanter hävdade att den psykosomatiska problematiken skulle ha sina rötter i tidiga störningar. Utifrån dessa diskussioner beslöt jag då att försöka finna informanter som hade lång erfarenhet av att arbeta sjukgymnastiskt med så kallade tidiga störningar. Detta för att kunna fördjupa förståelsen av kroppens betydelse och innebörderna i den sjukgymnastiska behandlingen med människor med denna form av funktionsproblematik. Irene och Gunilla, de två sjukgymnaster med erfarenhet från detta område kontaktades som informanter. I intervjuerna med Irene och Gunilla, samt i diskussionerna under det seminarium som hölls efter, väcktes djupare tankar och frågor kring förståelsen av kropp och existens. Intervjun med den sista informanten, som var Line, kom därför att fördjupa dessa temata, utifrån hennes behandling av Dora. Intervjuerna med Line kan därför sägas spegla och fördjupa mycket av den förståelse som utvecklats i dialoger och seminarier med de övriga informanterna.

### Datamaterialets art

Det datamaterial som genererades genom arbetsprocessen och som beskrivning, analys och tolkning tar sin huvudsakliga utgångspunkt i, består av:

- Fyra videobandade sjukgymnastiska behandlingar.
- Transkriptioner av de videobandade behandlingarna, cirka 250 sidor.
- Ljudband från intervjuer: 28 band á 1½ timma.
- Ljudband från seminarier: 33 band á 1½ timma.
- Intervjuutskrifter: cirka 900 sidor.

- Utskrift av seminarier: cirka 200 sidor.
- I en del fall artiklar eller skrifter där sjukgymnasterna beskrivit sitt eget arbete och behandlingssynsätt.
- Diskussioner per telefon, med informanterna under analys och tolkningsfas för att få bekräfta vissa uppgifter eller tankar. Vissa av dessa bandades men skrevs ej ut.
- Brev med reflexioner från informanterna.

Videofilmerna av behandlingarna är cirka en timma långa. I tre fall finns även en videobandad intervju med patienten, som gjorts direkt efter den filmade behandlingen om hur hon ser på sin problematik och behandling. Intervju 1, som handlar om sjukgymnasternas arbetsförhållanden och yrkesmässiga utveckling, var cirka 90 minuter. Intervju 2, utifrån filmerna, varade tre till sex timmar. Bandspelaren stod då på även medan vi såg på filmen löpande, för att fånga upp spontana kommentarer.

### Fallbeskrivningarna

Det empiriska materialet sammanställdes i form av omfattande fallbeskrivningar utifrån min så kallade empatiska förståelse<sup>15</sup> av materialet. Inför detta moment kodades och sorterades all citattext utifrån de teman de belyste med hjälp av Textbas Alpha. Detta är ett dataprogram för kodning och sortering av citattext, som utgör ett alternativ till att sortera intervjuutskriften för hand genom att klippa och klistra. Denna sortering med hjälp av datorprogram gjordes dels för att koda om materialet så att större enhetlighet uppnåddes vad gällde kodorden och dels för att vara säker på att alla citat om ett visst tema kommit med. Omkodningen och tematiseringen fragmenterade hela intervju-materialet på nytt. Då kontexten är det som ger innebörd åt citaten, var jag därför tvungen att återigen lyssna på banden och se på filmerna. Genom att se filmerna och lyssna på intervjuerna som helhet, framträdde både enheterna och helheten tydligare. I denna process blev det intuitiva kroppsliga erfandet av materialet, att försöka se och lyssna utan att tänka så mycket, en viktig hjälp för att låta delarna kunna framträda till en ny helhet i forskningsprocessen. Processen innebar också en validering av analysen genom att se om den fortfarande kunde förstås inom ramen för rådatan. Denna återkommande växling mellan delarna och helheten växte fram som en praktisk nödvändighet i försöken att förstå materialet. Detta utgör ett viktigt hermeneutiskt inslag i forskningsprocessen, som kan sägas tydliggöra att den fenomenologiska

---

<sup>15</sup> *Inom den fenomenologiska hermeneutiken benämnt, Researchers Emphatic Understanding, REU (Karlsson 1993).*

beskrivningen inte kan förstås skild från hermeneutiska tolkande moment (Spiegelberg, 1982; Karlsson, 1995; Berger & Luckmann, 1998/1966).

Datamaterialet sammanställdes som detaljrika beskrivningar av sjukgymnast, patient och patientens problematik, kontexten för behandling, behandlingen över tid, den filmade behandlingen och sjukgymnastens förståelse av den sjukgymnastiska behandlingsprocessen. Bearbetningen och sammanställningen av dessa fallbeskrivningar utgjorde den förståelsegrund som analysen av de bärande idéerna och meningsstrukturen i informanternas samlade förståelse tog sin utgångspunkt i.

### Analys av de bärande idéerna i sjukgymnasternas förståelse

Det sista steget i min analys syftade till att lyfta fram de bärande idéerna och meningsstrukturen i sjukgymnasternas förståelse av den sjukgymnastiska behandlingen. Jag utgick här från den fenomenologiska förståelsen av begreppet intentionalitet. I denna ingår att det vi riktar vår uppmärksamhet emot har en betydelse eller mening för oss, som ingår i vårt bestämda sätt att förstå och gruppera, strukturera och ta ställning till det som vi befinner oss i samspel med (Merleau-Ponty, 1962; Karlsson, 1995; Bengtsson, 1988, 1999; Haglund, 1997; Berger och Luckmann, 1998/1966). Merleau-Ponty menar bland andra, att i vår vardagliga varseblivning sker detta passivt genom att vissa saker framträder för oss. I sjukgymnasternas yrkesutövning riktas uppmärksamheten emellertid också aktivt mot vissa företeelser, genom de undersöknings- och funktionsbedömningsmetoder som de utvecklade i sin yrkeskultur. I datamaterialet finns därför både sådana företeelser uttalade som tillhör det "inomkulturella kunskapskapitalet" (Berger&Luckmann, 1998/1996) i sjukgymnastik och andra företeelser som de enskilda sjukgymnasterna öppnat sin varseblivning mot genom att de ställt inför problematiska situationer som inte kunnat förstås inom ramen för den kollektiva kunskapen. Berger & Luckmann (1998/1966) uttrycker relationen mellan dessa båda kunskapsfält träffande:

*"Vardagslivets verklighet uppträder som en zon av klarhet bakom vilken det finns en bakgrund av mörker"*

(s 58)

Analysens ambition har mot bakgrund av detta delvis varit att lyfta fram det som uppträder som "klarhet". Ett särskilt intresse har emellertid riktats mot de företeelser som inte befinner sig i zonen av artikulerad "klarhet" i den kollektiva sjukgymnastiska uppfattningen om vad den sjukgymnastiska behandlingen är.

Följande allmänna frågor har väglett denna analys:

- *Vilka företeelser vänder sjukgymnasterna sin uppmärksamhet mot?*
- *Hur förstår de företeelserna?*
- *Hur förstår de relationen mellan företeelserna?*

Från fallbeskrivningarna lyftes först alla de företeelser ut som ingick i varje enskild sjukgymnasts förståelse. Dessa skrevs i kondenserad form ned på klisterlappar som grupperades och omgrupperades på olika sätt på stora ark med spännpapper som rullats ut på golvet. Detta gjordes för att kunna pröva olika infallsvinklar och sätt att förstå helheten på. Parallellt med detta gjordes en analys av explicita och implicita meningar om de företeelser som var centrala i varje enskild sjukgymnasts förståelse. Detta gjordes genom att formulera påståenden utifrån de citat som jag ansåg belyste de olika företeelserna på ett rikt sätt.

De bärande idéer och grundantaganden som framkom tematiserades grovt i följande:

- Hur kroppen och människans existens kan förstås.
- Betydelsen av relationen i den sjukgymnastiska behandlingsprocessen.
- Kroppens betydelse i den sjukgymnastiska behandlingsprocessen.
- Meningsskapandet i den sjukgymnastiska behandlingsprocessen.
- Sjukgymnastens förhållningssätt i behandlingsprocessen.

Dessa temata återfinns i resultatredovisningen.

Det sista steget i analysen var att gå från den kontextbundna strukturen till en mer generell struktur som innefattade alla de komponenter i förståelsen som gick på tvärs av alla informanternas uppfattningar. Här lämnades den mer kontextbundna nivån i materialet för att mera fritt utveckla en teoretisk reflexion. Denna förståelse benämner Karlsson (1995) *Researchers Interpretive Understanding (RIU)*. Pierce begrepp *abduktion* (Peirce, 1990; Ongstad, 1997; Jensen, 1995) skulle också kunna användas för att beteckna denna forskningsmetodiska slutledningsform. Abduktionen kan sägas innebära en hypotetisk omskrivning eller rekontextualisering av det fenomen som studeras (Jensen, 1995), i det här fallet den sjukgymnastiska behandlingen. Genom detta ges fenomenet en ny betydelse. Under denna analysfas utgjorde litteraturstudier en viktig källa till prövning av nya tankar och perspektiv. För att kunna få syn på något nytt och vidga perspektiven på hur kroppen och den sjukgymnastiska behandlingen skulle kunna förstås, var jag i denna fas också tvungen att aktivt försöka skjuta bort och ifrågasätta de teorier jag i min

förförståelse var väl bekant med i det psykodynamiska och biomedicinska perspektivet. I stället försökte jag finna teoretiska perspektiv som belyste det sociala samhandlandet och den kroppsliga erfarenhetens betydelse för meningsskapande, då dessa båda aspekter framträtt som centralt i analysen. Den litteratur jag slutligen fann och lät mig inspireras av, var tankar inom den existentiella fenomenologins filosofi och den symboliska interaktionismen inom socialpsykologin. I praktiken pågick den fenomenologiska analysen av de bärande idéerna i citaten i slutfasen, parallellt med litteraturstudierna. Det innebär att det som framkom i analysen av citaten påverkade letandet efter tolkningsperspektiv i litteraturen och litteraturstudierna påverkade i sin tur de tankar som slutgiltigt strukturerade presentationen av resultaten. Att försöka utveckla en hållbar förståelse av hur mening kan skapas utifrån den kroppsliga nivån av förståelse i den sjukgymnastiska behandlingen, kan sägas ha varit den starkast strukturerande principen och drivkraften i analys och tolkning.

För att kunna validera relevansen av min tolkning, diskuterades resultaten i en referensgrupp bestående av sex sjukgymnaster som arbetade med patienter inom problemområdet, men som inte deltagit i studien. Tre av dessa arbetade i särskilda smärtprojekt i primärvården, en arbetade privat, två arbetade i psykiatriska öppenvårdsteam. Denna referensgrupp träffades cirka en gång i månaden under ett år, under analys- och tolkningsfasen i projektet. Gruppen fungerade på så sätt att de i förväg fick läsa de beskrivningar respektive tolkningar och analysutkast jag efter hand gjorde. Vid träffen togs dessa upp, varefter en diskussion oftast spontant uppstod utifrån sjukgymnasternas associationer kring egna patientbehandlingar. Tankarna diskuterades i mindre utsträckning utifrån ett rent teoretiskt intresse och mer utifrån deras relevans för att förstå situationer i praxis. Härvid kan en slags validering av resultatens giltighet för att förstå praxis i sjukgymnastik sägas ha skett. Valideringen skedde både genom sjukgymnasternas igenkännande av företeelser som lyfts fram i analysen och i den diskussion som stimulerades genom de nya infallsvinklar som analys och tolkning medförde. Detta kan förstås som en form av pragmatisk validering (Kvale, 1997). I denna process diskuterades också de kommunikativa aspekterna i de språkliga formuleringarna, det vill säga om språket var giltigt för att fånga den sjukgymnastiska vardags-erfarenheten. Särskild möda lades ned från min sida att hitta ett så vardagsnära språk som möjligt för att fånga den kroppsliga dimensionen i erfarenheten av företeelserna.

Under den tid analysen och sammanställningen av resultaten pågick, provade jag att formera olika slags modeller av relationen mellan de olika fält som utkristalliserade sig i sjukgymnasternas förståelse av behandlingsprocessen. Dessa var: a) relation, tillit, varande b) kroppsmedvetande c) meningsskapande. Hur delarna relaterade till varandra, diskuterades i gruppen och fick genom dessa reflexioner den form som presenteras i sammanfattning och diskussion av resultaten i kapitel 11.

## Metoddiskussion

Diskussionen om generaliserbarhet, validitet och reliabilitet i den kvalitativa metodiken vilar, som tidigare anförts, på granskningen av hela den kunskapsbildande proceduren där verifieringen av forskningsresultatens trovärdighet, rimlighet och tillförlitlighet vävs in i själva forskningsprocessen (Kvale, 1989, 1997; Ongstad, 1997; Lather, 1993). I metoddiskussionen nedan redovisas utifrån detta reflexioner kring den kunskapsbildande proceduren och den betydelse den haft för den förståelse/kunskap som genererats i projektet. Härvid förs tankar fram om användandet av videofilmning i forskningsprocessen, om reflexionsprocessen, samt om de olika positioneringar jag som forskare gjort under processens gång.

### Videofilmning - värde och etiska aspekter

Att filma ett handlingsförlopp gör det möjligt att göra upprepade och fördjupade observationer och analyser av ett skeende och därvid utveckla en förståelse av det som sker. Videofilmningen av sjukgymnasters behandling i det här projektet, har varit ett sätt att fånga sjukgymnasternas förståelse av den sjukgymnastiska behandlingen, så som den uttrycker sig i deras handlande i praxis. Detta gjordes för att kunna reflektera över och explicitgöra deras förståelse av den sjukgymnastiska behandlingen i en dialog med mig som forskare.

### *Videofilmdad behandling som data och medium i datagenerering*

Den videofilmdade behandlingen ger ingen fullständig bild av verkligheten, men kan genom de levande bilderna av förloppet i behandlingsrummet fungera som en stimulans för minnet att återerindra sig upplevelserna och erfarenheterna av behandlingen med patienten. Värdet av filmerna i intervjusituationerna ligger också i att ha ett visuellt gemensamt fragment av behandlingsprocessen med en patient med svårdefinierbara funktionsproblem, som underlag för att utveckla reflexionen om den sjukgymnastiska behandlingen. Denna gemensamma referenspunkt i sjukgymnasternas handlande, gjorde det lättare att förstå vad de menade med vad de sade. Filmerna kan på så sätt sägas ha ingått som en del i validideringsprocessen vad gäller förhållandet mellan tanke och utsaga och i säkrandet av att vi talade om samma händelser och företeelser. Filmerna styrde också in intervjun på den verklighet som forskningsprojektet

hade för avsikt att belysa. I det avseendet kan de delvis sägas ha fungerat som en slags intervjuguide. Vidare, gav filmerna en koppling till verkligheten som gjorde att den reflexion som utvecklades i dialogen, inte bara blev en lösriven tankekonstruktion i huvudet på forskare och informant, utan hade en relevant levande verklighet att referera till. Filmerna fungerade således som *kontext* för den *mening* som skapades i dialogerna med informanterna.

Så mycket verkar så självklart integrerat i sjukgymnasters görande att de inte ser eller tänker på det och därför har svårt att uttrycka sig om det. Filmen gav som tidigare sagts här en hjälp att *skapa distans* till den behandlingsprocess som sjukgymnasterna annars befinner sig som en levande del i. Nya saker blev på så sätt synliga för informanterna, såväl som för mig som forskare. Följande citat från en av informanterna, när vi diskuterar hennes reaktion efter att ha sett sig själv som behandlande sjukgymnast för första gången, belyser detta:

*"Det är givetvis processen som jag hamnar i när jag ser det utifrån och... där jag känner lättnaden att vara utanför behandlingsrummet, att kunna se klart vad det är som sker."*

Citatet uttrycker både att hon kan känna hur det var att befinna sig i processen när hon ser på filmen och en lättnad över att inte vara fångad i detta, utan kunna se det klarare utifrån. Härvid blir det möjligt att både förankra reflexionen i den sinnliga erfarenheten av behandlingssituationen och att i reflexionen få nya infallsvinklar genom den klarhet som distansen skapar.

Filmningen, och närvaron av en tredje person förändrar dynamiken i behandlingsrummet. Men trots den förändrade dynamiken, är de handlingar och reaktioner som sker inne i behandlingsrummet delar av personerna och speglar den sjukgymnastiska behandlingsrelationen dem emellan (Engelsrud, 1990; Ek, 1990). När jag frågade sjukgymnasterna hur behandlingen påverkades av filmningen, uppgav de att det framförallt var det som de *samtalade* om som skilde sig - att detta blev *mindre intimt* - men att det praktiska behandlingsarbetet inte påverkades i lika hög grad. Behandlingsmomenten på filmerna kan utifrån detta antas spegla vad de brukar göra, men i mindre utsträckning spegla de samtal som brukar förekomma när inte kamera och forskare finns i rummet. Fokus i avhandlingsprojektet var emellertid inte att analysera interaktionen i behandlingsrummet, utan att få fram sjukgymnasternas förståelse av den sjukgymnastiska behandlingens betydelse för rehabilitering av patienten. Därför anser jag att den ovan beskrivna påverkan är av mindre betydelse för den kunskap som kunnat fås fram i projektet.

Utifrån ovanstående kan filmerna sägas ha gett en större tillgång till sjukgymnasternas förkroppsligade erfarenhet och förståelse i praxis, i den gemensamma reflexion som genererade projektets data. Videofilmningen har på så sätt varit en möjlighet att språkliggöra och reflektera sjukgymnasters erfarenheter i praxis. Utifrån ett valideringsperspektiv skulle videofilmen

också kunna sägas ha gett en större möjlighet att förankra språket/datan i sjukgymnasternas erfarenhetsvärld. Videofilmen har också gjort det möjligt att bättre säkra vad vi i dialogen talar om för skeenden. Den har därigenom bidragit till att öka reliabiliteten i intervjuerna.

### *Reaktioner och etiska aspekter*

Att bli filmad innebär ett stressmoment. Sjukgymnasterna och jag hade därför ett avtal om att de skulle stoppa patienterna, om de började lämna ut sig alltför mycket under samtal i behandlingen när vi filmade. Tanken med detta var att skydda patientens integritet. Det är lätt att i en stressad situation vara "duktig" och ge ut mer av sig själv än vad man kanske tycker känns bra efteråt. En upptakt till en sådan situation uppstod i fallet med Bertil, där sjukgymnasten i det inledande samtalet i behandlingen "lade locket på", när han började redogöra för samlivet med sin fru. Sjukgymnasterna uppmanades också vid urvalet att särskilt beakta patientens förmåga att säga nej, för att minska risken för att involvera patienter i projektet vars integritet skulle kunna ta skada. Detta påverkade urvalet på så sätt att de patienter som filmades var patienter som hade en högre grad av integritet och stabilitet. Å andra sidan bidrog de två informanter som arbetade på psykosmottagningar, till att belysa sjukgymnastik med "sköra" patienter även om de inte filmades.

Sjukgymnasterna uppger att de känt att jag funnits i rummet, men att denna stress snarare gjorde dem mer koncentrerade och uppmärksamma än annars. Det sätt som jag som filmare försökte neutralisera stressen på, var att i de ögonblick kamerans närvaro blev tydlig, till exempel i inledningen av behandlingen och när patienten satte sig upp från att ha legat på britsen, småprata med "aktörerna".

Ingen har i efterhand uttryckt att de ångrat att de deltog i filmningen, varken patienter eller sjukgymnaster. Patienterna har i de flesta fall gett uttryck för att de känt sig positivt uppmärksammade och "sedda" och att det varit en glädje att kunna bidra till forskning och spridning av kunskaper inom området.

Filmningen innebär att sjukgymnasten lämnar ut något av sig själv till beskådande som vanligtvis inte är synligt, varken för henne själv eller andra. Situationen då vi gemensamt såg på detta var därför viktig att hantera med varsamhet. Mycket känslor väcktes. Den första reaktionen blev vanligtvis en stark självkritik där sjukgymnasten letade efter fel som hon gjorde, eller reagerade kritiskt på hur hon "tog sig ut" på film; gester, mimik, med mera. Situationen minner också lätt om att bli examinerad, vilket jag upplevde kunde generera en rädsla hos sjukgymnasten för hur jag som forskaren såg på det hon gjorde. Detta försökte jag att bemöta med en gång, genom att klargöra att det inte handlade om att bedöma eller värderar sjukgymnastens handlande, utan att gemensamt försöka förstå det. Hennes roll var att bidra med sin långa erfarenhet och yrkeskunskap och att det var hon som var "experten" på vad



som skedde i behandlingssituationen på filmen. Då filmen bara utgör ett fragment, som måste ses i ljuset av en av en ofta lång behandlingsprocess, klargjordes att hon som behandlande sjukgymnast därför var den som hade störst mandat att tolka skeendet i behandlingssituationen.

Efter att ha sett filmen tillsammans i sin helhet första gången, var det utifrån ovanstående viktigt att sjukgymnasten fick smälta sina intryck och att ta en paus för att tala om vad det väckte. Först därefter gick det att på nytt se filmen och gå in i intervjun och utveckla reflexionen kring den sjukgymnastiska behandlingen.

Vad som kan fås fram i dialogen med informanterna begränsas av den tillit som etableras i relationen (Fog, 1995). Etableringen av tillit i intervju-situationen är beroende av forskarens förmåga till ödmjukhet inför sin egen begränsade förmåga att se och förstå. Ödmjukheten kommuniceras också genom forskarens förmåga till ett ärligt intresse och en respekt för hur världen kan förstås utifrån den andres erfarenheter och utsiktsposition. Innebörden av detta har varit att jag som forskare hela tiden fått arbeta med mina egna värderingar och reaktioner inför det jag sett i behandlingsfilmerna och det sjukgymnasterna uttryckt i dialogen. Vid de tillfällen jag blev normativ inför det jag inte förstod, eller det som för mig såg tokigt ut vid en första anblick, kunde dörren stängas helt eller bli hållen halvstängd under de fortsatta dialogerna så att reflexionen tillsammans förlorade all kraft. När detta inträffade, var det viktigt att kommunicera min reaktion, men att samtidigt klargöra att jag litade på att det som skedde inne i behandlingsrummet mellan sjukgymnast och patient var konstruktivt sett i ljuset av deras långa behandlingsrelation och process. Det jag fått respekt för är att det som ser destruktivt ut vid en första anblick, kan vara konstruktivt när det placeras inom en förståelseram som inbegriper hela behandlingsprocessen. Mitt förhållnings-sätt har därför varit att det sjukgymnasten gör är riktigt för henne och patientens relation just då i det ögonblicket, utifrån den process de tillsammans är inne i.

Det går inte att som forskare låtsas att man är totalt accepterande när man inte är det. Alla forskarens reaktioner går igenom i de pauser, den kroppshållning, de återhållna andetag eller undvikande som forskaren gör under samtalsgången. Att förmedla sina negativa reaktioner på ett sätt så att sjukgymnasten har en chans att förmedla sin syn, gör att det som annars skulle kunna utgöra en broms på reflexionsprocessen kan bli en källa till diskussion och ny förståelse. Det hände också att några av sjukgymnasterna på ett grundläggande plan började ifrågasätta det de själva gör och framförallt de yttre förutsättningarna för att göra det de gör, när de såg det med nya ögon. För några av sjukgymnasterna ledde detta till att de förändrat sin yttre arbetssituation. Allt som görs i praxis kan rimligtvis inte berättigas, även om man önskade att så var fallet. Allt som görs kan heller inte förstås, men *behöver* inte vara fel för det.

## Reflexionsprocessen

### *Dialogen och den språkliga gestaltningen*

Dialogen med informanterna har varit central för utveckling av förståelsen av den sjukgymnastiska behandlingen i forskningsprocessen. Dialogen som metod, har den möjligheten att låta olika förståelser av verkligheten mötas och utifrån det skapa en ny intersubjektiv förståelse som är mer än den enes eller den andres enskilda förståelse (Fog, 1995; Kvale, 1997; Molander, 1993). De förutsättningar som funnits för att forskare och sjukgymnaster skulle kunna nå en sådan förståelse med varandra i det här avhandlingsprojektet, har legat i den gemensamma yrkesbakgrunden, i utgångspunkten i de filmade behandlingarna, i de tidsmässigt långa dialoger som intervjuerna utgjort, i de återkommande reflexionstillfällena, samt den tre år långa tidsrymd som reflexionen med informanterna pågått.

För att utveckla förståelse genom reflexion och språk, krävs gestaltning och ett *meningssammanhang* som det som sägs kan tolkas mot. Behandlingsfallen har i det här projektet utgjort en gestaltning av sjukgymnasternas förståelse och ett kontextuellt meningssammanhang. Ett grundantagande i projektet har varit att sinnebild och förståelse av världen inte i första hand är knutet till det verbala språket, utan till kroppen (Merleau-Ponty, 1962). Denna sinnliga erfarenhet och förståelse av världen gestaltar sig just som *sinnebilder*. Bilden som gestaltning av verkligheten kan av den anledningen ofta vara mer fruktbar som utgångspunkt för reflexion än språkliga konstruktioner. Molander använder i det här sammanhanget ett citat av fotografen Gullers:

*"Förståelsen kräver gestaltningar snarare än avbildningar. Det är det som är bildkonstens och det poetiska språkets styrka"*

(Gullers, i Molander, 1993, s 27)

En bild är delvis öppen, har många ingångar och man kan gå in i den från olika håll. Det ger bilden andra, ofta mer intuitiva möjligheter i reflexionen än det verbala språket gör (Molander, 1993). Bilden gör det också möjligt att ta ett steg tillbaka och betrakta på håll. Bilden i form av de tidigare beskrivna tankekartorna har också fungerat som en hjälp för att reflektera kring helhetens sammansatthet. Som exempel på det motsatta, presenterades vid ett seminarium analysen av en av informanternas arbetssätt och perspektiv i form av en skriven text, i stället för en öppen tankekarta. Denna text bara "svaldes" och energin försvann i diskussionerna. Det gav mig en respekt för det skrivna ordets begränsningar i reflexionsprocessen tillsammans med informanterna.

Det bildliga beskrivandet, metaforen, eller den lingvistiska bilden om man så vill, kan sägas ha fungerat som ett öppnande medium i det intuitiva sökandet efter en svårfångad kroppsligt förankrad förståelse i projektet (jfr. van

Maanens "poetizing", 1990). Detta har också präglat det språk som avhandlingen är skriven med och som jag gjort ett medvetet ställningstagande för att skydda. Anledningen till detta är att jag ser en fara i att genom ett alltför analytiskt och definierande språk, stänga för det fortsatta sökandet efter förståelse av de företeelser som framträtt. Metaforer och bilder involverar ofta läsarens egen erfarenhetsvärld i större utsträckning i textens möte/dialog med läsaren. Därmed kan en sådan text inbjuda till att med hjälp av läsarens erfarenheter vidga förståelsen av de fenomen som studeras. Med andra ord, jag betraktar det som framkommit i projektet som en utgångspunkt för en dialog i en just påbörjad kunskapsutvecklingsprocess. Den andra faran jag ser med ett alltför definierande språk är att forskningsresultaten skulle kunna användas som en sanning och sköld i ett legitimerande av sjukgymnastik. Ett alltför analytiskt och definierande språk skulle på så sätt kunna inbjuda till att frigöra den enskilda sjukgymnasten från hennes ansvar för att kritiskt reflektera över sitt handlande i behandlingsrummet. Det språkliga ställningstagandet är också ett medvetet val utifrån min kunskapsteoretiska utgångspunkt att meningarna om "verkligheten" är kontext- och diskursberoende (Ongstad, 1997; Lather, 1993; Kvale, 1997).

Det bildliga/beskrivande språkets öppenhet är både dess styrka och svaghet. Svagheten i ett akademiskt sammanhang kan vara att framställningen lätt blir mångordig och att begreppsdefinitioner tenderar att bli mer öppna än exakta (van Maanen, 1990). Styrkan i ett akademiskt sammanhang kan sägas ligga i att språket förankrats i den kroppsliga erfarenheten av den sjukgymnastiska behandlingen och på så sätt kan fungera som en viktig brygga mellan praxis och teori i mötet med läsaren. För en del läsare kan den språkliga genren i resultatdelen kanske skapa viss förvirring, genom att den inbjuder till att låta sig bli berörd på fler plan än det intellektuella. Något man kanske inte förväntar sig i läsandet av en akademisk text.

De reaktioner jag fått på texten från sjukgymnasterna i referensgruppen men även andra läsare, är att språket är innebördsrikt och därför kräver extra eftertanke vid läsandet. Läsare som inte är sjukgymnaster har uppgivit att de inte trodde sjukgymnastik var så filosofiskt. Min egen självkritik i detta är att jag ibland låtit mig förföras av den fenomenologiska filosofins ordvändningarna som är spännande och som öppnar för nya sätt att förstå. Jag tror dock att det är möjligt att efter hand förenkla och hitta ett än mer vardagsnära språk som belyser det jag vill ha sagt. Denna språkliga mognad har dock inte tidsramarna för den här avhandlingen kunnat rymma.

*Intervjun och ljudbandens betydelse i utvecklingen av intersubjektiv förståelse*  
Utvecklandet av en empatisk och intersubjektiv förståelse i forskningsprocessen bygger på förmågan att kunna föreställa sig det den andre talar om (Kvale, 1997; Fog, 1995). Detta kräver att forskaren utvecklar en lyhördhet för informantens sätt att tänka och använda språket. Utvecklingen av denna förståelse startade i intervjusituationen. För att nå fram med mina frågor till informanterna var jag tvungen att försöka förstå sjukgymnastens tankevärld. Förståelsen och känslan för hur den intervjuade använde språket symboliskt - hur hon uttryckte sina tankar och bilder språkligt och vad uttrycken verkade täcka - utvecklades vidare i samband med transkriberingen av banden. Det uppstår i vissa fall svårigheter att höra det som sägs på banden. Detta kräver kvalificerade gissningar mot bakgrund av det ordbruk den enskilda informanten använder. Svårigheterna vid transkriberingen av det talade till text utvecklar därför ett särskilt lyssnande på informanternas talspråk och sätt att uttrycka sig. Då varje sjukgymnasts bidrag tog en till två veckors heltidsarbete i anspråk för att transkriberas, "levde" jag under denna tid i intervjuerna, drömde om det som sades, och fick dubbel bemärkelse in materialet "under huden". På så sätt bidrog dialogen i intervjusituationen samt lyssnandet och transkriberingen av de ljudbandade intervjuerna, till utvecklingen av en förståelse av sjukgymnasternas språkbruk och tankevärld. Denna förståelse påverkade den mening som tillskrevs citaten i kodningen och tematiseringen av de meningsbärande enheterna i intervjuutskriften.

#### *Samvaron över tid som verksamt inslag*

Seminariernas samvaro i internatform, att både bo och gemensamt dela på de praktiska göromålen, samt tidslängden på varje seminarium - fyra dagar i följd - var en faktor som gav utrymme för att utveckla en tillit och förståelse som fördjupade diskussionerna. Att träffas återkommande under nästan tre år gav också en möjlighet för en utvecklings- och reflexionsprocess över tid tillsammans. En kreativ växelverkan blev genom detta möjlig mellan informanternas nya erfarenheter i praxis och mitt forskningsarbete. Informanterna förde under denna tid också in nya aspekter genom utbildning de skaffade sig och litteratur de läste.

Utifrån erfarenheten från ovanstående och med stöd även från andra forskare som arbetat på liknande sätt (Perby, 1995; Josefsson, 1991), kan sägas att återkommande reflexioner över tid tillsammans med informanterna ofta ger en större chans att nå fram till mer svåråtkomliga erfarenhetsbaserade kunskaper i praxis. Konstruktionen av förståelsen sker på så sätt i en fortlöpande dialog mellan forskare och informanter. Perby (1995) uttrycker detta i en slutsats i sin avhandling om processteknikers yrkeskunnande.

*"Det finns aspekter på yrkeskunnandet som är viktiga, men svåråtkomliga. För att över huvudtaget ha en chans att nå fram till det som är svåråtkomligt, behöver man föra en dialog länge med samma personer. (...) Att samtalen förs över en tidsrymd är avgörande för det man får fram. Tiden har med andra ord en särskild betydelse. Man kan säga det starkare: tiden är ett verksamt inslag."*

(Perby, 1995, s 211-212)

Det andra som kan sägas är att detta arbetssätt ger en möjlighet att både fördjupa förståelse och generera nya tankar och förståelse genom växelverkan över tid med informanternas erfarenheter i praxis och forskarens analys. Forskare och informanter blir genom denna process båda medskapare till den förståelse som fås fram i forskningsprocessen. Detta sätt att arbeta skiljer sig från tanken att man i forskningen samlar in en färdig kunskap om ett fält via intervjuer och sedan analysera och presenterar denna kunskap.

#### *Att främmandegöra det bekanta*

Att få distans till materialet har varit en av de största utmaningarna i forskningsprocessen. För att kunna söka sig bakom den sjukgymnastiska självförståelsen och se det bekanta och för givet tagna utifrån och på andra sätt, har det därför varit viktigt att det i forskningsprocessen funnits inbyggda strategier för att skapa en distans till och främmandegöra det bekanta. Videofilmen har härvid varit ett av de redskap som gjort det möjligt att skapa distans till det bekanta. Genom detaljanalysen av de filmade behandlingarna bröts helheten ned och nya obekanta detaljer som inte framkommit tidigare blev synliga. Dessa detaljer kunde inte med självklarhet organiseras i den tidigare förståelsen, utan krävde en ny förståelse av helheten. I behovet av att försöka förstå materialet på ett nytt sätt, har jag låtit andra sjukgymnaster men också en psykoterapeut observera några av filmerna. Svårigheterna här är att det krävs upprepade observationer av samma film för att tränga in under ytan så att intressanta detaljer kan börja framträda. Detta intresse är svårt att kräva av någon som inte är involverad i projektet på samma villkor som forskaren. Det skulle därför varit önskvärt att kunna arbeta gemensamt med fler forskare i projektet.

Jag inspirerades också i sättet att förhålla mig till det filmade materialet av andra sjukgymnasters perspektiv i analys av behandlingsfilmer (Engelsrud, 1990; Ek, 1990). Likaså utgjorde det perspektiv som förmedlades vid en forskarkurs i "Part-Whole analysis" (Retzinger, 1991), där en metod med olika kategorier för analys av videofilmad interaktion ingick, en stor inspirationskälla. Sammantaget hjälpte detta mig att tydliggöra ett eget perspektiv på hur jag skulle använda mig av det filmade materialet.

När det gäller bearbetningen av intervjuutskriften har fragmenteringen av dessa i meningsbärande enheter, som tidigare anförts, varit en stor hjälp att distansera sig till materialet och att reorganisera det utifrån ny förståelse. Nya saker har också blivit synliga i de enskilda sjukgymnasternas förståelse mot bakgrund av de andras. Ett exempel på detta var att när materialet med de informanter som arbetade med psykosproblematik analyserades, så blev de relationella aspekterna i varandeupplevelsen synligare i de övriga sjukgymnasternas material.

Analysen av de bärande idéerna för att kunna få fram meningsstrukturen och underliggande antaganden har varit ytterligare ett moment som inneburit en distansering. Kontakten med informanterna släpptes i stort sett helt i samband med att denna fas påbörjades, varför det då också var lättare att distansera sig till det perspektiv som utvecklats i materialet. I denna fas har också omfattande litteraturstudier utgjort ett inslag i forskningsprocessen, vilka bidragit till att vidga perspektivet på sjukgymnastik. I denna fas har också diskussioner med utomstående varit mycket betydelsefulla för att skapa distans och få nya infallsvinklar. Betydelsefulla har här varit min handledare, utomstående sjukgymnaster, företrädare för andra professioner inom vården, samt personer vid olika former för seminarier och konferenser. Sist men inte minst så har själva skrivprocessen där strävan att göra materialet kommunicerbart, varit central för distanseringen till materialet. Det allra svåraste momentet vad gäller distansering har skrivandet av diskussionen och det självkritiska betraktandet av mina egna positioneringar i avhandlingen utgjort. En av orsakerna till detta kan hänföras till att jag forskar på min egen yrkeskultur. En annan orsak kan sökas i att jag varit inskriven som doktorand vid en institution med en annan yrkeskultur och ett annat forskningsfokus än kropp och sjukgymnastik. Av den anledningen har det varit svårt att finna intresserade dialogpartners i den forskarmiljö jag haft tillgång till.

### Att forska på sin egen yrkeskultur

Att vara en del av den inomkulturella förståelsen på ett forskningsområde, utgör både en begränsning och en fördel i den kunskapande processen (Pålshagen, 1992; Flyvbjerg, 1991). Värde ligger i att jag haft erfarenhet av det sjukgymnastiska vardagslivets subjektiva verklighet och de betydelser och perspektiv som delas av sjukgymnaster inom den sjukgymnastiska delkultur jag valt att studera. Detta stöds av Flyvbjerg (1991) som anför att den mest djupgående förståelsen uppnås genom att forskare placerar sig själv i den kontext de studerar. Bara på detta sätt kommer de att kunna fånga och förstå den problemuppfattning och de handlingar som karakteriserar de sociala aktörerna. Företeelser och handlingar som för en utomstående kan förefalla meningslösa eller obegripliga, kan ha en stark meningsbärande innebörd för de

som delar de inomkulturella erfarenheterna (Henriksson & Månsson, 1996). Giddens (1982) hävdar i likhet med detta att giltiga beskrivningar av sociala aktiviteter förutsätter att forskare i princip besitter de färdigheter som krävs för att kunna delta i de beskrivna aktiviteterna.

Insiderkunskapen gav en fördel i den första fasen av forskningsprojektet då utvecklingen av den empatiska förståelsen av sjukgymnasternas tankar och handlande var viktig. Den gjorde sig också påmind vid observationen av de videofilmade behandlingarna. Min egen kroppsliga erfarenhet av övningar som förekom i behandlingarna och egna erfarenheter som behandlare i att se kritiska moment i behandlingsprocessen med patienter, gjorde att jag kunde ställa frågor om företeelser som för en utomstående kanske passerat obemärkt. Insiderkunskapen gjorde det också möjligt att kunna se det unika eller det som skilde sig åt på ett intressant sätt, hos de enskilda sjukgymnasterna. Detta seende resulterade i intervjusituationerna till fördjupade resonemang kring teman som annars kanske hade riskerat att förbises. Insidererfarenheten har också gjort det lättare att känna igen när det sjukgymnasten sagt framstått som en reproduktion av den kollektiva yrkeskulturens förståelse och när det mer framstått som en reflexion grundad i hennes egen personliga erfarenhet med patienter. Som motkritik kan sägas att andra frågor och andra teman hade kunnat bli forum för diskussioner med en forskare som ställt en annan typ av frågor från ett utomkulturellt perspektiv. Ett tränat öga hos en fältforskande antropolog, hade sannolikt också kunnat upptäcka andra strukturer än jag själv gjort.

För att få människor att våga utveckla sin reflexion och språkliggöra ett erfarenhetsfält som inte tidigare formulerats, tror jag att det som informant är viktigt att förnimma att den man talar med kan föreställa sig det man strävar med att beskriva och fånga. Här utgör den gemensamma yrkeserfarenheten en viktig faktor för dialogens möjligheter att fördjupa och överskrida gängse formulerade föreställningar och formulera ny förståelse. I ett senare skede i forskningsprocessen, när väl tankarna kommit på pränt så att säga, skulle det varit intressant att utveckla diskussionerna med hjälp av frågor från en utifrån kommande forskare med andra perspektiv. Det mest gynnsamma hade naturligtvis varit att få lov att ha en medforskare i projektet med ett annat perspektiv och erfarenheter från forskning inom andra fält.

Deltagande observation skulle ha kunnat utgöra en annan tänkbar metod för att utforska det problemområde jag intresserat mig för. Jag valde bort detta av i första hand subjektiva skäl, då jag som patient själv skulle ogillat en iakttagare, vars närvaro i ett litet behandlingsrum svårligen gör sig obemärkt. Det var inte heller mina observationer som var primärt i mitt forskningsintresse, utan den förståelse som var möjlig att utveckla genom reflexion tillsammans med sjukgymnasterna, med utgångspunkt i deras videofilmade behandling. Att fokusera det observerade skulle emellertid kunna ge andra värdefulla perspektiv på den sjukgymnastiska behandlingens innebörder och

mening. Detta visar den tidigare forskningen av Ek (1990), Engelsrud, (1990) och Thornquist, (1998).

Vad gäller relationen med informanterna har denna varit kollegial och informanterna har också uppgett att de känt sig jämbördiga i relationen. Våra uppgifter har emellertid varit olika i forskningsprocessen. Informanterna har bidragit med att ge mig inblick i deras praxis och utifrån denna dela med sig av sin erfarenhet och sina reflexioner. Min position har gjort det möjligt att se deras arbete utifrån, för att kunna bidra med att placera förståelsen av den sjukgymnastiska behandlingen i andra teoretiska sammanhang än de informanterna själva befinner sig i.

### Egna positioneringar som forskare

Den kunskapsteoretiska utgångspunkt jag gick in i projektet med, var en föreställning om att jag genom att filma och intervjua sjukgymnaster skulle få fram sjukgymnasternas yrkeskunnande och "*praktiska yrkesteorier*". Jag var då inspirerad av Lauvås och Handal (1990), Schön (1983, 1987), samt den forskning om "tyst kunskap" som utvecklats under 1980-talet vid dåvarande Arbetslivscentrum i Stockholm (Göranzon, 1990; Perby, 1988; Josefsson, 1991). Min tanke var således att det var en yrkeskunskap jag skulle undersöka. I samband med intervjuerna blev jag dock varse att ny förståelse genererades genom dialogen och språkliggörandet. När de första fallbeskrivningarna formulerats, insåg jag att begreppet praktiska yrkesteorier inte var giltigt för att täcka innebörderna av den data som genererats. Jag stod då inför nästa uppgift, nämligen att analysera materialet. Efter noga övervägande och många utflykter i sätten att analysera ett material kvalitativt – grounded theory, fenomenografi, med mera, fann jag med inspiration från Karlsson (1995) en hermeneutisk fenomenologisk analys som passande för mitt material och syfte. Litteraturstudierna i syfte att förstå fenomenologins ontologiska och epistemologiska grunder, samt kontakten med socialkonstruktivistiska tankegångar, innebar en radikal förändring av min egen förståelse av datagenereringen i projektet. I samband med detta bestämde jag mig för att begreppet förståelse var ett mer passande begrepp än praktiska yrkesteorier, för att beskriva den data jag genererat tillsammans med informanterna. Utifrån detta intog jag ståndpunkten att min datagenerering kunde beskrivas som en social meningsgivande aktivitet. Vid läsningen av Ongstad (1997), förstod jag också att denna meningsgivande aktivitet innebar betydelseförändring i sig - en semios - genom den transformation av förståelsen som sker från handling/erfarenhet till språk.

När det gäller min positionering i förhållande till mitt forskningsområde - sjukgymnastik - gick jag in i projektet med en kritik mot den teoretiska självförståelse som formulerats inomkulturellt. I denna förståelse tycktes antingen



det biomedicinska eller psykodynamiska perspektivet dominera, beroende på vilken kontext sjukgymnasten arbetade i. Inget av dessa båda perspektiv fångade min egen erfarenhetsbaserade förståelse av kroppen och sjukgymnastik. Min egen förförståelse hade då länge präglats av att jag arbetat inom psykiatri och sökt förklaringar till vad jag gjorde framförallt inom det psykodynamiska området och objektrelationsteorin. Den bristande överensstämmelsen mellan praktik och teori i sjukgymnastik är således en form av "clinical irritation" som styrte det jag vänt min uppmärksamhet emot i forskningsprocessen. I detta valde jag att ta utgångspunkt i praxis och inte i teori, som första steg. Fram tills jag var färdig med beskrivningarna av sjukgymnasternas förståelse i form av fallbeskrivningar, försökte jag också aktivt skydda denna förståelse från teoretiska influenser genom att inte fördjupa mig i litteraturstudier. Först i samband med analysfasen började jag ett aktivt sökande efter teoretiska perspektiv och tankegångar i litteraturen. Detta sammanföll med letandet efter godtagbara analysmodeller. Den ontologiska förståelsen av kropp och existens inom den existentiella fenomenologin blev det perspektiv som på ett logiskt sätt kunde inrymma en del av de kroppsliga aspekterna av meningsskapandet i den sjukgymnastiska behandlingen.



Del III

**RESULTAT**



## Inledning

I dialog mellan sjukgymnaster och forskare har en förståelse av kroppen och det sjukgymnastiska behandlingsarbetets betydelse språkliggjorts och tillskrivits mening. Denna förståelse har analyserats utifrån de företeelser sjukgymnasterna vänder sin uppmärksamhet mot för att förstå och förhålla sig i behandlingsprocessen samt vilka deras antaganden är om dessa företeelser och hur de hänger samman med varandra. I den följande resultatdelen lyfts analysen av den generella meningsstrukturen i sjukgymnasternas sammanlagda förståelse fram.

De sex olika sjukgymnasternas förståelse av sitt behandlingsarbete belyser *olika aspekter* och innebär av att arbeta med kroppen som plattform i rehabilitering av patienter med svårdefinierbara funktionsproblem. De citat som bedömts fånga innebörden av de bärande idéerna mest förtjänstfullt, har valts ut. Jag redovisar således inte alla sjukgymnasternas uttalanden om varje aspekt, eller gör anspråk på att bevisa någon sanning utifrån hur många som säger samma sak. Varje sjukgymnasts uttalande betraktas i stället som en aspekt giltig i sig, i den sammanlagda förståelsen. Många av sjukgymnasternas citat täcker även flera aspekter samtidigt, varför läsaren under resans gång kommer att få bekräftat de uttalanden som görs, i citat som valts ut för att belysa andra teman. Jag vill här också upprepa det som tidigare sagts beträffande datagenereringen som en kumulativ process. Aspekter som lyftes fram i dialogen med den första sjukgymnasten fördjupades i dialogen med nästa och så vidare, genom att min egen förförståelse och varseblivning utvecklades. Det innebär att de frågor som ställdes, och den dialog som utvecklade sig med den sist intervjuade sjukgymnasten som var Line, kan ses som en slags konklusion av den förståelse som utvecklats i dialogen med alla de andra sjukgymnasterna. Konsekvensen av detta är att förhållandevis många citat från intervjun med Line har valts ut i redovisningen av analysen. Jag vill betona att detta är en konsekvens av den hermeneutiska ansatsen i avhandlingen att låta den egna förförståelsen utvecklas i reflexionsprocessen över tid med informanterna. I denna process är alla dialoger med sjukgymnasterna del, seminarierna inbegripna. Samtliga sjukgymnaster har på så sätt bidragit till utvecklingen av de bärande idéerna i den meningsstruktur som presenteras här.

Sjukgymnasternas handlande och förhållningssätt i behandlingsrummet utgörs av yrkesmässiga val och positioner de gör utifrån både uppfattningar i förhållande till det övergripande sociala och kulturella sammanhang de ingår i och i förhållande till den omedelbara situationen med patienten. Bärande idéer i sjukgymnasternas förståelse framträder dels i deras förståelse av *patientproblematiken*, dels i deras förståelse av *den sjukgymnastiska behandlings-*

*processen*. Häri innefattas deras *ontologiska* förståelse av människans kroppsliga existens/varande i världen; hennes utveckling, funktion och relation till världen och sig själv; och hur hon skapar mening i denna relation.

Som nämnts i metodkapitlet, är det sjukgymnasternas förståelse av sitt handlande och förhållningssätt i den konkreta behandlingssituationen med patienten, som varit utgångspunkt i dialogerna med sjukgymnasterna. Deras förhållningssätt i denna situation bestäms av hur de förstår och definierar det problem och den behandlingsuppgift de ställts inför. För att förstå vad sjukgymnasterna riktar sin uppmärksamhet mot i behandlingssituationen är det därför logiskt att försöka förstå hur de konstruerar förståelsen av patienten och hennes/hans problematik och förutsättningar för behandling. Av den anledningen har redovisningen av analysen delats upp i: a) förståelsen av patientens problematik b) förståelsen av behandlingsprocessen. Denna uppdelning för lätt tankarna till att sjukgymnasterna ställer diagnos, men jag vill betona att sjukgymnasternas förståelse inte handlar om att ställa diagnos i medicinsk bemärkelse, utan snarare att identifiera utgångspunkter och möjligheter både inför och under behandlingen. Sjukgymnasterna vänder sig i detta såväl till patientens funktionsproblem som resurser. Hur de skapar förståelse av patientens problematik respektive behandlingsprocess, är heller inte två avgränsade processer. Detta sker sammanflätat över tid tillsammans med patienten under behandlingens gång. Det innebär att det förekommer en viss upprepning av temata i redogörelsen för analysen av de företeelser som sjukgymnasterna vänder sin uppmärksamhet emot för att förstå patientens problematik, respektive behandlingsprocess. Jag har dock valt denna uppdelning i redogörelsen för att introducera läsaren i sjukgymnasternas erfarenhetsvärld genom att peka mer distinkt på vad sjukgymnasterna ser efter och erfar i behandlingsrummet. Avsikten är också att ge läsaren en möjlighet att skapa sig en bild av vem de människor är, som sjukgymnasterna behandlar och talar om.

De fyra filmade sjukgymnasternas förståelse av sina patienter, deras problematik och resurser redovisas i form av fall. De två sjukgymnaster som arbetar med psykotiska patienter, filmades som tidigare nämnts inte med någon av de patienter vi utgick från i dialogen. Presentationen av deras förståelse sker under rubriken "tidiga störningar i människans utveckling och funktion". Rubrikerna på kapitlen i presentationen av sjukgymnasternas *förståelse av patientens problematik* är följande:

Kapitel 4. Förståelsen av patientens problematik

Kapitel 5. Tidiga störningar i människans utveckling och funktion

Därefter följer analysen av *sjukgymnasternas förståelse av behandlingsprocessen* i följande kapitel:

Kapitel 6. Relation, process och meningsskapande.

Kapitel 7. Sjukgymnastik som en möjlighet att erövra tillit till det egna existensberättigandet.

Kapitel 8 Sjukgymnastik som en möjlighet att erövra kontakten med sin egen kropp och bli mer levande.

Kapitel 9. Sjukgymnastik som en möjlighet att skapa mening utifrån kroppslig erfarenhet.

## Förståelsen av patientens problematik

Sjukgymnasternas förståelse av patientens problematik är kopplad till deras behandlingsuppgift - att arbeta med patientens *funktion* utifrån en kroppslig infallsvinkel. Utifrån detta, kan deras uppmärksamhet av patientens problematik sägas vara intentionellt riktad mot a) att förstå vem patienten är, vad som är patientens problem och hur det blivit som det blivit för patienten, b) vilka förutsättningar i form av resurser och bristande resurser som patienten har för att kunna gå in i en förändringsprocess tillsammans med sjukgymnasten i behandling, c) hur behandlingen kan tänkas läggas upp; vad som skulle kunna fokuseras och tänkas bli teman i behandlingen, övningsinnehåll och hur man kan börja<sup>16</sup>. Utforskningen och bedömningen av dessa faktorer sker också fortlöpande under behandlingens gång, för att sjukgymnasterna ska kunna förhålla sig till det som sker och fatta beslut i behandlingsprocessen. Det innebär att förståelsen av patientens funktionsproblem inte bara hänför sig till sjukgymnasternas initiala undersökning och bedömning inför behandling, utan utvecklar sig i själva behandlingsprocessen tillsammans med patienten. På så sätt är sjukgymnasternas uppfattningar om patientens funktionsproblem sammanflätat med hur de handlar och förhåller sig i behandlingsprocessen tillsammans med patienten.

Dessa företeelser framträder i olika omfattning i de olika sjukgymnasternas förståelse av sina patienters problematik. För att ge läsaren en tydligare bild av dessa företeelser har jag låtit det inledande fallet med Lines förståelse av sin patient Dora, presentera en mer omfattande och strukturerad redogörelse av dessa företeelser. Efter denna introduktion, presenteras de övriga sjukgymnasternas förståelse i mera koncentrerade beskrivningar. En sammanfattning ges sist i kapitlet

---

<sup>16</sup> Denna tredje punkt har inte varit fokus i intervjuerna om patientproblematiken, då intervjuerna gjordes i ett skede då behandlingen pågått under en längre tid. Den har därför inte särskilt tematiserats i presentationen av förståelsen av patienternas problematik i resultaten.



## Lines förståelse av Dora

Dora är i 35-årsåldern, är gift och har två små barn och arbetar inom vården. Ett av barnen är allergiskt, vilket gör att hon under långa perioder inte fått sova om nätterna. Mannen är akademiker och har varit arbetslös under långa perioder. Han har tidigare gått hos Line för behandling av ryggbesvär.

En dag i samband med att Dora stod i en backe och plockade hallon, så det bara stopp, har Dora berättat. Hon fick en kraftig yrselattack och har sedan dess lidit av yrsel och kraftlöshet, samt diverse andra tillstötande symptom som öronsus och spänningsbesvär från nacke och käkar. I samband med sina två graviditeter fick Dora problem med foglossning i bäckenet. Yrseln, spänningsbesvären, öronsuset och foglossningsbesvären var "ingångsbiljetten" till fysioterapibehandlingen, uppger Line.

Sin livssituation har Dora beskrivit för Line som att det inte finns utrymme för henne att ta hand om sig själv och att hon upplever sig helt uppklämd mot väggen av att vara till för alla andra. På grund av ena dotterns allergi blev både hon och mannen väldigt slitna av nattvak. Trots att mannen var arbetslös och det var Dora som skulle gå till arbetet, så orkade han ändå inte stiga upp på morgonen och ta sin del, uppger Line, utan Dora har fått ta ett ansvar långt utöver det som skulle vara hennes.

Den mängd information som potentiellt är relevant för sjukgymnasten att ta ställning till i behandlingssituationen, är krävande att hantera. Line uttrycker det som att den psykosomatiska förståelsen i yrkesutövningen är sådan att man försöker att placera människor i sina sammanhang både historiskt och i nuet. Det innebär att det inte finns några givna gränser för vad som kan vara intressant att uppmärksamma i behandlingssituationen:

*"Det är en extrem, vad ska jag kalla det ... sinnlighet (sanselighet), som vi håller på med. Vi ska känna på en mängd olika kvalitéer. Vi ska lyssna, vi ska se och ta in impulser i huden och från känslan i rörelse leder (det proprioceptoriska i lederna). Vi ska känna på värme och kyla. Vi ska se på reaktioner samtidigt som vi gör saker själva med patienten. Vi handlar med hela oss själva i ett inflätat samspel, samtidigt som allting på sätt och vis är intressant. (...) I vår behandlingstradition så har vi på sätt och vis sagt att all information är intressant. Socialrapport är intressant. Kroppshistoria är intressant. Känsloliv är intressant. Kognitiva processer är intressanta. Kroppsupplevelser både i ögonblicket och i barndomen är intressanta. Relationer, både privata och yrkesmässiga är intressanta. Allt som patienten kommer med är relevant på något vis. Det har man sagt i och med att man säger att det är en ... (suckar uppgivet) .. i och med att man*

*har en sådan psykosomatisk förståelse som försöker att placera människor i sina sammanhang, både historiskt och i nuet. Och det är ju gränslöst."*

Patientens kropp, känslor, tankar och liv ses här som sammanhängande både i förhållande till patientens livshistoria och till nuet. Sjukgymnasten definierar i detta det kroppsliga som en levande del av alla de livsprocesser och sammanhang som patienten befinner sig i. Av den anledningen kan hon inte veta vilka företeelser i patientens liv som ger mening åt den kroppsliga problematiken utan måste utforska detta i behandlingen tillsammans med patienten. Hon uttrycker också att den teoretiska och yrkesmässiga position hon intagit genom att erkänna sig till en psykosomatisk grundsyn är krävande. Krävande för att all information blir potentiellt relevant i behandlingsrummet när man försöker placera människor i sina sammanhang och att detta ibland kan upplevas gränslöst.

Det till synes gränslösa, framträder här som problematiskt i behandlingsrummet, när sjukgymnasten arbetar utifrån det hon benämner som en psykosomatisk förståelse. Sjukgymnasten antyder också på olika sätt den svårighet i yrkesutövningen som ligger i att arbeta med det hon benämner en *extrem* öppenhet i sinnet, samtidigt som hon gör saker med patienten. Svårigheten kan sägas ligga i den delade uppmärksamheten, att samtidigt vara handlande inne i ett infläat samspel och på samma gång urskilja och ge rum för vad som kan bidra till att skapa mening. Sjukgymnastens uppmärksamhet i behandlingsrummet skulle kunna beskrivas som en närvaro och öppenhet för det som framträder i nuet och som samtidigt är riktad framåt i handlingen. Den teoretiska och yrkesmässiga position sjukgymnasten valt, tycks utifrån ovanstående, på ett krävande sätt utmana hennes koncentration och närvaro i behandlingsrummet. Detta är genomgående i sjukgymnasternas uppfattning. Deras förhållningssätt och strategier för att klara av detta dilemma, fördjupas längre fram under deras förståelse av "den sjukgymnastiska behandlingen som en process".

### Symptomen - ingångsbiljetten till sjukgymnastik

En av de viktigaste och kanske mest självklara företeelserna patienten och sjukgymnasten samhandlar och skapar mening kring, är de besvär patienten söker för, det som i den medicinska vokabulären benämns symptom. Med symptom i medicinsk bemärkelse menas tecken på sjukdom.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> *Lat. symptoma och grek. symptōma; händelse, attribut, kännetecken, egenskap. "Subjective evidence of disease or physical disturbance: something that indicates the presence of bodily disorder." (Encyclopedia. Britannica, Merriam-Webster, 1999).*

De symptom som Line nämner när jag i den första intervjun frågar konkret om hennes patient Dora är: yrsel, huvudvärk, nacksmärtor, stora foglossningsproblem i bäckenet efter graviditeterna, svårt att sova och trötthet.

Line kallar symptomen för "ingångsbiljetter" till sjukgymnastiken. I både Lines och de andra sjukgymnasternas förståelse blir symptomen intressanta som ingångsportar till ett utforskande av sammanhang och mönster i patientens kroppsligt manifesterade förhållningssätt, hennes varande i världen, snarare än som tecken på sjukdom. Empirin som underbygger detta, återfinns i analysen av sjukgymnasternas förståelse av behandlingsprocessen. Detta utforskande pågår tillsammans med patienten under hela behandlingsprocessens gång och kan ses som en hermeneutisk process, där de kroppsliga symptomen/tecknen ges mening och innebörd i förhållande till det liv patienten lever. En av de meningar som framträder i analysen av sjukgymnasternas förståelse är att symptomen kan ses som en *uppstannad förståelse*, i den betydelsen att symptomet är ett resultat av att stänga av sig för upplevandet av kroppen och därmed undgå kontakt med sina reaktioner på alltför överväldigande livsupplevelser. I den innebörden kan symptomen förstås som ett skydd mot kontakten med livsupplevelser som i varierande grad uppfattas som hotande för den egna existensen. Detta utvecklas närmre under analysen av sjukgymnasternas förståelse av behandlingsprocessen.

Kroppen kopplas i denna förståelse till socialt liv och meningsskapande och symptomen ses som potentiella bärare av mening i relation till patientens livssammanhang.

## Närvaro och kontakt med kroppen

Förmågan till närvaro och kontakt med kroppen är centralt i sjukgymnasternas förståelse av behandlingsarbetet med patienterna.

Line uttrycker sig om Doras kontakt i kroppen, när hon talar om tolkningen av Doras problem med huvudvärk, yrsel och kraftlöshet. Det kommer också fram när hon beskriver behandlingsresultaten och då i termer som *kroppslig närvaro, förmåga att känna och nyanseringskapacitet*.

*"Yrseln tror jag är ett uttryck för en slags fjärmande (tillbaketrekning på norska). När det är ett eller annat som blir för vanskligt, så får hon yrsel och så blir hon frånvarande på något vis ... frånvarande i kontakten med andra, men också i förhållande till kontakten med sin egen kropp. Hon beskriver också en sådan fjärnhet till tingen och tillvaron."*

Närvaron och patientens kontakt i kroppen blir här ett mått på patientens verklighetsförankring. Jag uppfattar att hon tolkar patientens frånvaro eller "fjärnhet" som en *överlevnadsstrategi* när det blir för jobbigt, som en strategi

för att uthärda och orka ta hand om sin familj. Förmågan till närvaro och kroppslig kontakt kan på så sätt ses dels som ett uttryck för förmåga eller oförmåga att härbärgera känslor och/eller som en copingstrategi. När vanmakten inför en alltför jobbig livssituation utan synliga utvägar blir för stark, blir avskärmningen av kroppen och därmed kontakten med verkligheten en utväg.

Graden av närvaro och kontakt med kroppen framträder här som viktig för att reglera kontakten med känslolivet och graden av konfrontation med sin livssituation. Det underliggande antagandet om betydelsen av förmågan till närvaro i och kontakt med kroppen är att den är en förutsättning för att kunna komma i kontakt med sig själv och sin levande och levda relation med omvärlden. Den mening kroppen ges i detta är att den utgör vår relation och kontakt med både världen och oss själva.

### Det levande samspelet i kroppen

Lines uppmärksamhet är riktad mot samspelet mellan delarna i helheten så som det framträder i det totala kroppsliga uttrycket. Det som blir intressant i detta samspel är bland annat, motsättningar, spontanitet och potentiella möjligheter till liv och rörelse. Detta framkommer när jag frågar henne vad hon ser hos Dora medan vi ser på filmen:

*"Det är det totala kroppsliga uttrycket som är viktigt för mig. Jag kunde naturligtvis ge de riktiga svaren utifrån psykomotorisk fysioterapi, att man gör en avvägning mellan fynd, i observationen av respiration (andningen), palpationsfynd (vad sjukgymnasten finner när hon undersöker patientens kropp med sina händer), hållningsavvikelse, funktion och så vidare. Men om jag nu inte ska visa mig så duktig i psykomotorisk behandling, så tror jag att det är en kombination av en stark upplevelse av hennes hållning, palpationen av hennes bröstorg och oförmågan att ge efter. En hållning ... som jag får en uppgiven upplevelse av .. hon hänger på sin nacke, hon skjuter inte fram nacken utan hon hänger på den. När jag går in och känner på henne, så är det väldigt mycket styvhet i thorax (bröstkorgen). Hon hade heller inte någon förmåga att ge efter, släppa av och låta sig passivt röras i armar och ben. Det var en sådan tunghet på ett vis."*

I sin beskrivning kopplar sjukgymnasten samman sin upplevelse av patientens uppgivenhet med hållnings- och palpationsfynd och att hon inte har förmåga att ge efter och låta sig passivt röras. Det ena bekräftar det andra och tillsammans så framträder känslan av en tunghet och uppgivenhet hos patienten. Hennes tillvägagångssätt för att skaffa sig den information hon behöver är en kombination mellan systematisk undersökning och en öppenhet i vilken

helheten får lov att framträda. Mot bakgrund av detta tolkar hon också patientens problem med huvudvärk, yrsel och kraflöshet som *utbrändhet* och *depression*.

Samspelet mellan delar och helhet blir här förutsättningar för varandra och för att kunna tolka både helhetsintryck och varje enskilt undersökningsfynd i förhållande till varandra. I detta samspel i kroppen är Lines uppmärksamhet riktad mot potentiella möjligheter till liv och rörelse. Härvid intresserar hon sig för både motsättningar, uppstannade livsuttryck och spontanitet, liv och rörelse. Nedan följer en beskrivning av hur hon erfar detta.

*"I överkroppen är det mycket mera **motsägelsefulla uttryck** som man kan reagera på. Både den utstående "småflicksmagen" och den krumma hållningen. Likaså hade hon, som vi säger, "band över bringan". Och hos henne så fann jag också det som jag finner hos väldigt många, även sådana bröstfagra kvinnor. När du går in och känner på muskulaturen så är de inte så öppna över bröstet som det kan se ut. De kan många gånger vara väldigt spända under de stora och utflytande bröstet. Det innebär att det sannolikt har legat väldigt mycket över bröstet."*

Jag tolkar det som att hon ser motsättningarna mellan de kroppsliga uttrycken som en slags ambivalens i patientens varande, i det här fallet att hon ger uttryck för en öppenhet samtidigt som hon är låst. Den utstående småflicksmagen upplever hon på samma sätt som kontrast mot bröstet och hennes kvinnlighet.

Lines reaktioner på **spontanitet** i kroppen och potentiella möjligheter till **liv och rörelse** i ett område:

*"Det är en skevhet i bäckenet och en benlängdsskillnad. Hon har foglossningsproblem i bäckenet och då är det klart att hon blir gåendes och håller av den anledningen. Men med en sådan buk, så är det något i bäckenet också som inte är fritt. Jag vet inte vad det är, men det är något oförlöst där. Väldigt ofta så vet vi ju inte vad vi finner när vi börjar arbeta med något. Vi bara ser att det är något som inte fullt ut har funnit sina möjligheter. Det ligger ju väldigt mycket lust i magen."*

Här ser sjukgymnasten på det biomekaniska samspelet i ben och bäcken och kopplar samman detta med det hormonellt betingade foglossningsproblemen i samband med graviditeter och patientens eventuella avskärmning av den lust som hon kopplar till uttrycket i den utstående magen. Hennes tolkning av detta samspel är att det både är betingat av belastningsproblem, och att det är något som inte fullt ut har funnit sina potentiella möjligheter vad gäller spontanitet och liv i kroppen runt bäckenområde och mage. Att utforska dessa möjligheter blir också ett tema i behandlingen, sedan de biomekaniska problemen visade

sig ge med sig relativt snabbt. Som en del i förståelsen av tillgång till spontanitet och liv, vänder hon sin uppmärksamhet också mot patientens röst och skratt:

*"Hon har en god röst och ett skratt som börjar långt nere i magen. På det viset har jag alltid uppfattat henne som en stark person. Som möjlighet är hon en väldigt stark kvinna som jag uppfattar henne, och Det skulle vara synd om hon inte riktigt kunde få vara det."*

Röst och skratt är kopplat till andningen, vilken är central i sjukgymnasternas förståelse av liv och vitalitet och patienternas kontakt med känslor och fördjupas i avsnittet om behandlingsprocessen. Öppenheten för kontakt med liv och rörelse i kroppen uttrycks också hon som en möjlighet till emotionell insikt:

*"Jag tror att om det blev mer liv och mera variation, mera rörelse ... ja mera liv i buken, så skulle det möjligen kunna öppna för en emotionell insikt. Det är det som jag skulle kunna ha förväntningar om. Hon har inte så stora besvär i bäckenet. Hon har ju inte matsmältningsproblem och hon har ju en djup respiration, men likväl så är det något som står där."*

Det oförlösta i patienten utstående "flickmage" kopplar sjukgymnasten samman med att patienten i samtalsterapi har arbetat mycket med saker som ligger långt tillbaka i patientens liv. Lines resonemang om detta är att det kanske är något som har stoppat upp i det området och som Dora kunde få kontakt med om hon klarade att "gå in" i sin mage med sin uppmärksamhet och närvaro och känna på den.

Det sjukgymnasten försöker förstå i samspelet mellan delar och helhet kan tolkas som det levande samspelet i människan, så som det uttrycker sig i kroppen och den tillgång patienten har till kontakten med det levande i sig. Kontakten med det levande ses som förutsättning för patientens förändringsprocess. Ju mer kontakt med det levande desto mer förändringspotential. Kontakten med det levande ses också som betingelse för emotionell insikt och därmed meningsskapande och meningsomskapande. Bristande liv och vitalitet i ett kroppsligt område skulle i sjukgymnastens förståelse då kunna tolkas som ett uppstannat livsuttryck som i sin förlängning blir till en uppstannad förståelse. Därmed inte sagt att frigörelse av låst rörlighet och liv automatiskt leder till emotionell insikt, eller att emotionell insikt automatiskt leder till frigörelse av liv och rörelse i kroppen. Sambandet är mer komplext och belyses närmre under "sjukgymnastik som en möjlighet att skapa mening utifrån kroppslig erfarenhet".

Sjukgymnasten tolkar i det här sammanhanget också intrycken från de olika områdena i kroppen i förhållande till olika åldrar och levd kroppshistoria och

sätter detta i relation till den process som pågår i psykoterapin. Detta fördjupas under företeelsen "livshistoria", längre fram.

### Förhållande till gravitationen

Sjukgymnasternas intresse för patientens förhållningssätt till gravitationen är centralt i deras förståelse av den sjukgymnastiska behandlingen. I detta ingår bland annat hur stabilt patienten står på sina ben. Aspekter av förhållandet till gravitationen är också krafttransport genom skelettet och rörelsefrihet genom kroppens olika delar, samt tillit/förmåga att släppa ner sin tyngd i olika positioner och i rörelse. Följande citat fångar något av den betydelse Line ger patientens förhållande till gravitationen och underlaget:

*"Det är ett sätt att ta in livets betingelser, att vi har en tyngd, att vi dras mot jorden. Det är att leva med de fysiska betingelserna som gäller för jordelivet och det är ju också något av att leva i världen på ett så gott vis som möjligt. En välkoordinerad person är någon som har löst de betingelserna. Hållningen i stående och sittande, hur vi lägger oss ner och vardagliga rörelser, visar vårt personliga förhållningssätt till något av tillvarons grundbetingelser; tyngdkraften och underlaget. Men det har också en vidare betydelse och säger oss något om hur vi allmänt för - håller oss."*

Här ger sjukgymnasten patientens förhållningssätt till gravitationen och underlaget en vidare innebörd än den rent biomekaniska - som ett uttryck för en människas förhållningssätt till sina grundbetingelser i sitt liv. Hon ger det också innebörden av att det är ett uttryck för människans grundläggande tillit i livet. Empirin som belyser detta, återfinns i den djupare analysen av tillit i sjukgymnasternas förståelse av behandlingsprocessen.

### Livshistoria i kroppen

Patientens livshistoria utforskas och blir intressant så som den levs kroppsligen och tar sig uttryck i patientens förhållningssätt till sitt liv. Line kopplar samman livshistoria och kropp på olika sätt. Exemplet med Doras mage ovan belyser detta. Ett annat exempel är hur hon upplever Doras levda relation till sina ben:

*"Trots att hon har haft stora skador i benen från idrott och likaså en historia med bäckenlösningsproblem, så har hon väldigt "go" muskulatur i sina ben. Hon har raka starka ben. Hennes ben är slanka och starka med välutvecklad muskulatur. Även om hon inte alltid kan släppa av i benen, så*

*har jag en väldigt go upplevelse av hennes ben. Det är väldigt mycket god historia som hon har med de benen. Det stämmer också med det hon kan berätta om."*

I citatet framträder att sjukgymnasten utifrån sitt eget intryck av patientens ben och muskulatur som "go"<sup>18</sup> skaffar sig ett intryck av den livshistoria som patienten har med sina ben - att benen varit till glädje och lust för henne i hennes liv. Detta skulle kunna tolkas som att sjukgymnasten ser patientens levda relation till sin kropp som resurs och förändringspotential i form av en kroppsglädje och lust som hon kan återerövra i behandlingen och därmed lättare ta sin kropp i anspråk i sitt liv igen. Att hitta kroppsglädjen och lusten kan ses som en motkraft till den levda erfarenheten av kroppen som den smärta och börda som patienten försöker fjärma sig från.

Ett exempel på kontakt med en mer svårsmält livshistoria kommer fram när Line arbetar med Doras ögonproblematik, öronsus och spänningar i nacke käkar och svalg, samt Doras utstående "flickmage". Problemen i dessa områden kopplar Line till tidigt utvecklade förhållningssätt till livet. Hon säger att patienten inte kan förväntas kunna redogöra verbalt särskilt mycket för upplevelserna i dessa kroppsliga förhållningsmönster till livet, men att det går bra att arbeta med ändå. Att det är tidig problematik i patientens livshistoria är en tolkning som Doras psykolog också förmedlat till Line. Till Doras livshistoria hör att hon är mellanbarn i en skara på fem syskon och kom efter en bror som dog. Det har också framkommit att fadern inte tog i henne förrän hon var ett och ett halvt år gammal, möjligen som en rädsla för att mista även henne så som han mist storebrodern, har Dora uppgett för Line. Vad som också framkommit är att Dora var ett mycket argt barn under flera år. Detta var ett så stort problem att familjen oroade sig för om det var något mentalt fel på henne. Allt detta bekräftas av Dora i samband med att hon efter filmningen visar och kommenterar sin bildproduktion från den 4 år långa bildgrupp hon gått i. Citatet nedan ger en bild av hur Line förstår kopplingen mellan det levda mötet med världen som spädbarn och Doras spänningsproblematik i ögon, mun, käkar, svalg och nacke som vuxen:

*"Jag tänker att när det gäller mun, svalg, käkar och strupe - och nacke också för den delen - så är det väldigt ofta saker sen långt tillbaka i tiden. Det första man gör här i världen är ju att prova att fästa blicken. Det är där, i blicken, man blir **mött** på ett vis. Och det att du ska ta till dig föda, du har sök och sug och svälgreflexen, inte sant. Därför kan vi inte förvänta oss att människor ska kunna redogöra så väldigt mycket för möjligt innehåll i*

---

<sup>18</sup> "Go" innefattar en sinnlig upplevelse av att något till exempel är gott att ta i, att det känns gott, att det är levande och gott och inte kallt, stelt och dött.



*det, det vill säga ge ett mer konkret innehåll till hur de sakerna upplevs. Men det betyder inte att man inte kan arbeta med det."*

Det sjukgymnasten antyder är att förståelsen av de händelser och kontakten med de levda erfarenheter som människor bär med sig i sitt kroppsliga grundförhållningsmönster från tidig och förspråklig ålder, är svårtillgängliga på det språkliga planet, men möjliga att få kontakt med och förstå via kroppen. Denna tolkning stöds av hur hon uttrycker sin förståelse av vad psykomotorisk behandling är: en möjlighet att skapa insikt/mening via kroppen. Tolkningen exemplifieras av att hon i den filmade behandlingen arbetar med Doras ögon, svalg, hals och nacke.

Hur patientens livshistoria levs i kroppen blir för sjukgymnasten också intressant för att värdera hur djupt och fast mönstren är etablerade, samt patientens resurser för en eventuell omställningsprocess/förändring. Sjukgymnastens förståelse omfattar här en sammanflätning av förhållningsmönster även på vegetativ och hormonell nivå:

*"Det är klart att det är bara ett fåtal som klarar att rulla mattan så långt tillbaka att de verkligen går igenom sådana svåra skakande processer där både det vegetativa och hormonella nås. Det är väldigt spännande, men det har någonting med resurser att göra, att våga släppa sig så långt tillbaka. Det är inte så många som har de resurserna. Det beror inte bara på terapeuten tror jag."*

Här uttrycker sjukgymnasten den dubbelhet som finns i det kroppsliga behandlingsarbetet - balansgången mellan det kroppsliga som möjlighet och som konfrontation med djupt kroppsligt förankrade mönster i relationen till världen, vars förändringsprocesser kan vara skakande för grunderna i en människas varande.

Ett antagande är att de vegetativa och hormonella processerna tillhör livs-områden/upplevelser som är svårnåeliga i en omställningsprocess, men att de är sammanflätade med de muskulära, emotionella och kognitiva processerna i det levande samspelet i människans varande och relation med världen. Detta kan tolkas som att sjukgymnasten kopplar samman de områden som de kroppsliga symptomen yttrar sig i med barnets psykomotoriska utveckling och det sätt att kommunicera och skapa en relation med världen som givits i denna utveckling. I hennes sätt att se ligger ett implicit antagande att vårt kroppsliga varande och förhållningssätt till världen är en summa av våra levda relationer med världen - att vi är våra levda relationer till världen - och att dessa uttrycker sig i vårt kroppsliga varande. I det hon uttrycker ligger också antagandet att vår levda livshistoria är möjlig att få kontakt med via kroppen. Dessa antaganden stöds i sjukgymnasternas förståelse av sitt behandlingsarbete.

## Patientens livssituation

Patientens livssituation beskrivs med hjälp av omständigheter som civil-tillstånd, antal barn, bostadsförhållande och arbete, ekonomi samt belastning i form av arbetslöshet i familjen, barnens ålder och sjukdom, nattvak, samt patientens arbetsinsats i hemmet i relation till mannens, socialt stöd. Patientens egna livsrum i form av tid för att ta hand om sig själv beskrivs också.

Line uppfattar Doras livssituation som stabil i sin struktur vad gäller familj, bostad, arbete och ekonomi. Däremot uppfattar hon den som mycket belastande och som en av de faktorer som tillsammans med patientens sätt att förhålla sig till dem, bidragit till utlösningen av patientens kroppsliga symptom. Vad gäller eget livsrum och i synnerhet livsrum för förändring, uppfattar sjukgymnasten att detta är litet för Dora.

Patientens sociala stöd utgör en del av livssituationen och inbegriper det stöd och hjälp som patienten söker för sig själv i relationer med andra människor. De sociala relationerna kan förstås som viktigt bollplank i skapandet av förståelse och mening i förändringsprocessen. Som sådant kan det sociala stödet betraktas som resurs i termer av livsrum för förändring som inbegriper både tid och möjligheter till samvaro och reflexion tillsammans med andra över livsfrågor. I det sociala stödet inbegrips både det stöd som nära relationer kan utgöra och avlastning via yttre konkreta hjälpåtgärder som barnpassning, städning, etcetera. Behandling kan i detta sammanhang ses som en form av samhälleligt organiserat socialt stöd.

Frånvaron eller förekomsten av socialt stöd blir för sjukgymnasten intressant som skyddsnet och buffert mot överbelastning och överbelastningsreaktioner. Det utgör därmed en resurs i patientens förändringsprocess.

Line anger att mannen inte tar sin andel av hemarbetet utan Dora får ta en orimligt stor arbetsbörda. Det framkommer också i intervjun att rollfördelningen är sådan, att det i huvudsak är hon som stöttar sin man på grund av hans arbetslöshet och reaktion på denna, samtidigt som hon försöker klara familjens rutiner och sig själv. Annat socialt stöd anges som arbetskamrater och den bildterapi-grupp som de startat tillsammans för att vidareutveckla sig i sitt arbete. Line anger likaså att Dora själv sökt sig till psykoterapi ett halvår innan hon börjar hos sjukgymnast. Stöd från släkt och vänner kommenteras inte, men relationen till Doras föräldrar beskrivs på ett ställe i intervjun som problematisk. Hjälp med barnpassning nämns inte.

Jag tolkar det som att sjukgymnasten uppfattar det sociala stödet i patientens familjeliv som mer eller mindre obefintligt och att hon själv sökt sig till behandlingsinriktat stöd i form av bildterapi, psykoterapi och sjukgymnastik i nämnd kronologisk ordning. Detta allteftersom hennes svårigheter att klara sitt dagliga liv har ökat. Det som är intressant här är att hon kommer till

sjukgymnasten först sedan hon är helt utslagen och helt sjukskriven. Det är en situation där hon förlorat herraväldet både över sin kropp och delar av sitt liv. Detta ställer särskilda krav på sjukgymnastens och patientens förmåga att samarbeta, vad gäller balansgången mellan krav på patientens egenaktivitet i behandlingen och omhändertagande behandlingsmoment. Något som Line också problematiserar i behandlingen med Dora, där hon säger att hon fått "bära" henne genom långa tider i behandlingen, för att Dora varit så utslagen, och att detta varit provocerande för hennes uppfattning om sin yrkesroll.

### Patientens självbild

Patientens självbild<sup>19</sup> blir intressant för både Line och de övriga sjukgymnasterna i förhållande till patientens förändringsprocess. Självbilden är med och styr vad slags upplevelser av sig själv och omvärlden som patienten öppnar sig för och inrymmer, eller stänger sig för, och vad som därmed framträder i hennes möte med världen och sig själv. Därmed är självbilden med och styr vad som är möjligt för patienten att hitta ett medvetet förhållningssätt till. Självbilden blir också intressant i sjukgymnastens bedömningen av patientens förhållningssätt i behandlingsrelationen, utifrån hur patienten relaterar med sina besvär. Ser patienten sig själv som offer där boten och kontrollen över tillvaron och besvären ligger utanför henne själv? Eller ser hon sig som subjekt och förmögen att hantera sitt eget liv? Sjukgymnastens uppfattning om patientens självbild kan på så sätt sägas vara med i sjukgymnastens bedömningen av hur mycket ansvar för sig själv och sin egen förändring som patienten förväntas kunna ta. Härvid är patientens flexibilitet och potentiella möjligheter att vidga sin självbild, både i riktning mot att kunna ta emot stöd och att kunna ta eget ansvar, viktiga i sjukgymnasternas bedömning av hur mycket omhändertagande de vågar ge patienten.

Line lyfter fram Doras självbild som fysiskt stark, initiativrik, duktig och ansvarstagande; att hon varit så upptagen av "att vara duktig" och göra mycket. Att Dora uppfattar sig som en som kan "ta ett tag", det vill säga att hon har ett visst överskott av krafter och orkar mycket. Men när Line talar om Doras styrka talar hon samtidigt om hennes relation till att vara passiv, att kunna ta emot och låta andra ta initiativ:

---

<sup>19</sup> För enkelhetens skull anger jag begreppet självbild i singularis. Min förståelse av detta begrepp är dock att vi har tillgång till många självbilder av oss själva utifrån vår relation med världen. Dessa självbilder ingår i vår uppfattning om vem vi varit, är och skulle kunna bli.

*"Lite av hennes problematik är som hon säger själv, att hon var så upptagen av att vara duktig och flink och göra mycket. Så en dag så var det helt stopp. Det är en situation som också har att göra med att tillåta andra att få lov att ta initiativ. Det handlar också om att våga släppa till och se vad som sker när du inte är så väldigt aktiv själv - att ta emot."*

Som jag tolkar det ser sjukgymnasten patientens självbild och sätt att handskas med sin styrka/aktivitet och sin förmåga att vara passiv och mottagande, som en central faktor för utlösandet av hennes problem. Detta framträder också i sjukgymnastens beskrivning av vad de arbetat med i behandlingen: att släppa till, att inte behöva hålla styr på världen och att bli buren och hanterad. Men sjukgymnasten uppfattar också patientens mod och kraft som en resurs när det gäller att vilja gå på djupet med det som är svårt och som också är provocerande för hennes självbild. Den tolkning sjukgymnasten gjort är att risken att hon skulle regrediera på ett destruktivt sätt och bli "offer", är liten. Denna bedömning av patienten som ansvarstagande för sig själv i processen, har gjort att sjukgymnasten vågat låta patienten vara passivt mottagande i behandlingen och ge henne möjlighet utforska sin egen sårbarhet och förmåga att inrymma denna i bilden av sig själv.

### Förmåga att utveckla reflexion

Till förmågan att utveckla reflexion kopplar sjukgymnasten förmågan att uttrycka sig både verbalt och i bild eller annan konstnärlig form. En kommentar Line ger om detta är när hon i positiva ordalag säger att Dora kommer från en hantverksfamilj och att hon har tydliga artistiska anlag. Line talar emellertid också om att hon inte får så mycket verbal rapport från patienten i sitt behandlingsrum som hon vanligtvis får med andra patienter, därför att Dora valt andra arenor än det sjukgymnastiska behandlingsrummet för att uttrycka sina känslor i bild och ord. Avsaknaden av verbal rapport i den sjukgymnastiska behandlingsprocessen gör det svårt för Line att följa och förstå Doras förändringsprocess, också med tanke på att hon upplever att Dora har lätt för att intellektualisera, säger hon. Risken som Line menar finns, är att Dora inte kopplar kropp, känslor och ord med varandra, utan arbetar med förnimmelserna av kroppen hos sjukgymnasten, uttrycker sina känslor i bild och intellektualiserar om det hela hos psykoterapeuten. Dora själv menar att så inte är fallet, utan att det för henne är en sammanflätad process där saker och ting dyker upp, gör sig påmindra i kroppen genom sjukgymnastiken, tar form i bild och sedan bearbetas med hjälp av ord hos psykoterapeuten.

Den betydelse sjukgymnasten ger patientens förmåga till reflexion är som grund för att kunna skapa mening av det kroppsligt levda och genom det kunna vidga sin medvetenhet om sig själv, sitt varande och förhållningssätt till sig

själv och omvärlden. Detta i sin tur är vidgande för självbilden. Att reflektera över kopplingarna mellan kroppsliga symptom och livssammanhang, är ett exempel på ett sådant meningsskapande.

### Summering - Lines förståelse av Dora

Line förstår *patientens problem* som ett fjärmande från kontakten med den egna kroppen, till tingen och tillvaron. Sjukgymnasten kopplar detta till patientens symptom med yrsel, huvudvärk och kraftlöshet, likaså till de kroppsliga uttrycken med uppgivenhet i hållningen och svårigheter att ge efter och låta sig passivt röras. Patientens reaktionsmönster tolkar hon som uttryck för en depression och uppgivenhet i relation till livssituationen, vilken hon ser som övermäktig. Hon uppfattar *uppkomsten av problemen* som sammansatt av överbelastning i livssituationen i kombination med patientens självbild och mönster i sitt förhållningssätt - att vara stark och klara mycket med en oförmåga att släppa kontroll, ta emot stöd och ge efter. Att fjärma sig från kroppen ser sjukgymnasten som en överlevnadsstrategi i detta sammanhang.

Patienten och hennes problematik framställs här som placerade i ett socialt sammanhang både historiskt och i nuet, med patienten som handlande subjekt i sitt eget liv.

I sin förståelse ger sjukgymnastens uttryck för olika *teoretiska föreställningar* om hur person, kropp, liv, känslor och mening hänger samman. Hon säger sig ha en *psykosomatisk grundsyn*, i vilken hon förstår patienten, hennes kropp, liv, känslor och tankar som sammanhängande, både i förhållande till patientens livshistoria och nuet. I denna psykosomatiska grundförståelse tycks hon förhålla sig både till en fenomenologisk förståelse av sambanden och en psykodynamisk. I hennes *fenomenologiska* förståelse framträder kroppen som existens och som människans relation både till sig själv och till världen. I detta ses kroppen som både meningsbärare av levda relationer och som meningsskapande. Hon ger också uttryck för en *psykodynamisk* förståelse av kroppen, där kroppen ses som bärare av tidiga konflikter och kontakten med kroppen som en möjlighet att nå emotionell insikt. I denna förståelse ses kroppsliga spänningar/låsningar som broms på känslor, spontanitet och fria livsuttryck, och frigörelsen av andning och spontanitet i kroppen som en möjlighet till "frigörelse" av känslor. Men sjukgymnasten uttrycker inte det levande i kroppen som känslor utan som kropp. Känslorna i sig, utgör heller inget huvudfokus varken i sjukgymnastens beskrivning av vilka företeelser hon ser efter för att förstå patientens problematik, eller - som vi ska se längre fram - i behandlingen. Det levande framställs som något som har med vitalitet, självtillit, spontanitet, frihet i rörelse, närvaro, öppenhet och vakenhet att göra i relation till livssituationen. Känslor och kropp skiljs härvid inte åt som något inre och yttre, där känslorna

betraktas som något *bakom* kroppens uttryck. "Det levande" kan i stället ses som en sammanflätning av kropp och känslor och som något relationellt som uttrycks i patientens varandemönster i relation till världen. Kroppen blir här inte bara fysisk, utan också psykisk och social.

Detta perspektiv, har konsekvenser för sjukgymnastens fokus i behandling. Patientens medvetenhet och kontakt med sin kropp blir central, förstått som en möjlighet att tydliggöra och fördjupa patientens relation med världen. Mönstren i det kroppsliga varandet och förhållningssättet till världen kan här sägas bli överordnat i sjukgymnastens uppmärksamhetsfokus, där känslorna ses som en sammanflätad del i detta mönster. Kroppsmedvetandeträning blir i denna förståelse till en möjlighet för patienten att gradvis möta sin livssituation. Att kroppen på detta sätt blir fokus i behandlingen och inte känslorna, kan sägas skilja sjukgymnastens behandlingsperspektiv från ett mer renodlat psykodynamisk behandlingsperspektiv.

### Rebeckas förståelse av Svea

Svea är i 50-års åldern, är gift och har en dotter som flyttat hemifrån. Hon arbetade vid tiden för filmningen 16 timmar i veckan vid en småindustri. Svea hjälper även sina gamla svärföräldrar med städning och diverse hushållsgöromål för att de ska slippa ha hemvård. Innan hon blev långtidssjukskriven spikade hon i plugg i några av de delar som fabriken tillverkade, samt packade varor. I samband med dessa både ensidigt belastande och tunga arbeten fick hon sina besvär i höger axel och skuldra. Hennes besvär har klassats som arbetsskada. De senaste 20 åren har hon haft värk i hela kroppen, ansikte, armar, bröstorg, höfter, knä och rygg, särskilt i ena sidan. När hon började hos Rebecka åt hon 3 - 4 Treo om dagen för värken. Likaså hade hon sömnbesvär och vaknade och fick gå upp och röra sig på natten på grund av smärtan. I det dagliga har Svea kämpat med sin värk och försökt skydda mannen från att behöva veta hur ont hon har. Han i sin tur hade magsår då de startade behandlingen, men detta försvann i samband med att Svea blev bättre. Rebecka uppger också att Svea älskar att arbeta och att hon mår mycket dåligt av att gå sjukskriven hemma.

Svea kom till Rebecka för sina smärtor och rörelseinskränkning i framförallt nacke och skuldror. På remissen stod thoracic outlet syndrome (TOS, vilket kortfattat kan sägas betyda att besvären utspringer från bröstorgsregionen), som diagnos. Hennes läkare betecknade hennes besvär som kroniska och att hon fick leva med dessa resten av sitt liv. När Rebecka och Svea inledde sin behandlingskontakt hade Svea haft helt sjukbidrag i fem år.

Det som framträder i Rebeckas sätt att se för att skapa sig en förståelse av Sveas problematik är: patientens livssituation, den kroppsliga funktionen, patientens självbild, sociala funktion och hennes livshistoria. Inför behandlingen ser hon dessutom efter patientens förändringspotentialer i form av kraft, spontanitet och grundläggande tillit i livet.

Rebecka beskriver Svea som en mycket resursfylld kvinna med stor spontanitet och kraft; tuff, mycket intensiv och med mycket mer kraft i rörelserna än hon behöver. Men hon beskriver också att Svea har svårt att ta för sig och av den anledningen lätt blir utnyttjad. Hon uppger att Svea räknar ut vad andra förväntar sig av henne och försöker vara alla till lags, samtidigt som hon är väldigt arg långt inne. Det finns en dubbelhet hos Svea, uppger Rebecka, samtidigt som Dora är en väldigt självständig kvinna på ett sätt, så är hon en väldigt lydande och plikttrogen på ett annat. Dora är på samma sätt både flexibel, vidsynt och resonabel och samtidigt bestämd, lite låst och inrutad, så som Rebecka ser det.

Vad gäller Sveas livshistoria har det framkommit att Svea i yngre ålder fick en fostersyster som föräldrarna tog sig an. Denna fostersyster var det ständigt så synd om att Svea inte fick någon plats med sina behov, utan fick stå tillbaka. I samband med detta utvecklade Svea en oerhörd snällhet. Rebecka tolkar det som att väldigt mycket ilska är kopplat till detta. Hennes uppfattning är att Svea tappade fotfästet hemma på något sätt i samband med den här livshändelsen och att hon inte riktigt haft den tillgång till sin pappa som hon borde haft i den ålder då han var viktig. Sveas mönster att göra andra till lags, tolkar Rebecka som ett sätt att försöka bli sedd.

I sin fysiska bedömning av Sveas problematik beskriver Rebecka att Svea står dåligt på benen och har svårt att hitta sambanden i rörelse mellan olika kroppsdelar. Hon blockerar rörelserna mellan huvud, bröstorg, bäcken, höfter och ben, så att hon inte kan använda sin kraft på ett bra sätt utan överbelastar i stället vissa delar av kroppen och får ont. Hon är heller inte riktigt medveten om vad hon gör, eller var hon har sin kropp, i de övningar de arbetar med i behandlingsrummet. Detta förstår Rebecka som att Svea har en *bristande kroppsuppfattning och närvaro och kontakt med sin egen kropp*.

Sveas problem kopplar Rebecka till en *bristande tillit*, både på ett djupare existentiellt plan och ett kroppsligt - kroppens relation till gravitationen och underlaget och tilliten till att kroppen bär i den relationen.

Det Rebecka gör när hon försöker förstå, är att hon söker efter *mönster* som uttrycker sig som aspekter i det totala sammanhanget. Aspekterna uttrycker sig i Sveas hela *varande* och sätt att relatera till omvärlden. Exempel på sådana mönster som framträder för Rebecka är Sveas dåliga inbalansering i stående och gående som hon kopplar till hennes bristande tillit och *förlorade fotfäste*. Ett annat mönster är Sveas behov av att *vara till lags*, som uttrycker sig i de manuella behandlingsmomenten när Rebecka gör passiva rörelser med henne

och Svea hela tiden hjälper till. *Hur* mönstren hänger samman utforskar Rebecka och Svea i behandlingen tillsammans.

Förståelsen av det Rebecka ser i mönstren uttrycker hon metaforiskt i ett språk som är närt knutet till den kroppsliga erfarenheten. Exempel på en sådan metafor ovan är att Svea "tappat fotfästet". Förståelsen av "fotfästet" innefattar både den kroppsliga aspekten av fotfäste och Sveas fotfäste i livet, hennes grundtillit. Den kroppsliga aspekten förstår hon som Sveas stabilitet och frihet i relation till gravitationen; upplevelse och kontakt med fötter och ben; hennes kontakt med underlaget; samt förbindelse och krafttransport i skelettet genom kroppen. På så vis uttrycker hon sin förståelse av relationen mellan kropp och existens som sammanflätad. *Hur* kropp och existens är sammanflätade blir till ett av de huvudteman hon utforskar tillsammans med Svea i behandlingsarbetet.

Under fem år har Svea gått i traditionell sjukgymnastik med akupunktur, mobilisering, fysisk träning, med mera, utan att ha blivit hjälpt och utan att någon sett närmre på det sammanhang som Sveas kroppsliga problem är del av. Vad Rebecka ser som centralt i detta, kan förstås i ljuset av vad de arbetat med i behandling. Utgångspunkten har varit Sveas medvetenhet om sin kropp och sig själv, där Rebecka i behandlingssituationen lyft fram och medvetandegjort Svea om hennes förhållningsmönster, både till sig själv och till Rebecka i behandlingssituationen. Dessa erfarenheter har de också kopplat till konkreta livssituationer. Ett annat centralt tema har varit att arbeta med Sveas grundtillit, "fotfäste" och grundning i kroppen. Efter ett halvårs behandling, både individuellt och i grupp, kunde Svea börja arbeta i samma utsträckning som innan hon blev helt sjukskriven för fem år sen. Hur Rebecka arbetat med Sveas mönster fördjupas längre fram under rubriken "sjukgymnastik som möjlighet att skapa mening utifrån kroppslig erfarenhet" och "att arbeta med mönster i varandet".

Vad gäller *uppkomsten* av Sveas problematik, tolkar Rebecka Sveas varandemönster som ett uttryck både för Sveas livshistoria så som hon bär den med sig i sin kropp, och för det sätt hon har idag att förhålla sig till sin livssituation. Likaså ser Rebecka mönstren som ett uttryck för Sveas självbild och vad hon tänker sig är möjligt för henne i framtiden. På så sätt skulle *mönstren* i Rebeckas förståelse kunna sägas bli *summan av de relationer till livet* patienten levt, de hon lever och de hon ser är möjliga att leva, det vill säga att de innefattar både dåtid, nutid och framtid. Rebecka uttrycker också i intervju och seminariediskussioner, en förståelse av Sveas mönster som ett *socialt inlärt kvinnligt könsrollsmönster*, där Svea genom sin öppenhet för alla andras behov har stängt av sig för sig själv, sina egna behov och sin egen kropp. Detta utvecklas närmre i analysen av sjukgymnasternas förståelse av behandlingsprocessen, under rubriken: "Att vara offer eller kunna välja".

Kroppen ses här som bärare både av personlig livshistoria och av historiska och sociokulturellt skapade könsrollsmönster och disciplinering av kroppen.



Patienten och hennes problematik framställs i Rebeckas förståelse som placerade i ett historiskt och sociokulturellt sammanhang, som patienten har möjlighet att förändra sitt förhållningssätt till, i motsats till att vara offer för.

## Carins förståelse av Anncharlotte

Anncharlotte är 37 år, är gift och har en hemmavarande son i nedre tonåren. Hon är arbetsledare inom ett traditionellt kvinnoyrke. Anncharlotte har en lång sjukhistoria med smärta och nack-ryggproblem som sedan fem år tillbaka behandlats i traditionell sjukgymnastik i olika omgångar innan hon kom till Carin. När de startar behandlingen har hon "ont överallt", svårt att sova, oro för att ha olika sjukdomar som cancer, hjärtinfarkt etc. Enligt Carin, beskriver sig Anncharlotte som snäll, duktig och ambitiös. I sin livssituation känner hon sig ratad och kränkt av den man som hon lever med sedan 20 år tillbaka och som i alla år haft kvinnor bredvid. Hon står inför beslutet att genomföra skilsmässa och drömmer om att få bo själv i en egen lägenhet, vilket hon aldrig gjort.

Det Carin utifrån analysen kan sägas vända sin uppmärksamhet emot, är patientens livssituation och hur den belastar henne, patientens självbild och mönster i sitt varande, hennes förmåga att känna och reflektera, motivation till utveckling och förändring, kroppens omställbarhet, patientens närvaro och kontakt med kroppen, förhållandet till gravitationen och tillit, samt symptom.

Carin benämner behandlingen "psykosomatisk kristerapi" i den skriftliga redogörelse av behandlingsprocessen, som hon skickat till mig inför det tredje seminariet på Dyngö. I denna beskriver hon Anncharlottes problematik som att hon har lätt för att somatisera, har ont överallt, svårt att sova och att hon är ganska hypokondrisk<sup>20</sup>. Hennes sociala situation beskriver hon som präglad av en slitsam relation till mannen. Anncharlottes egen beskrivning av sig själv är att hon ser sig som snäll, duktig och ambitiös. Sjukgymnasten anger också att hon ej är rädd för att Anncharlotte ska regrediera på ett destruktivt sätt, då hon sett att "resurser finns". Dessa resurser beskriver hon i intervjun utifrån den filmade behandlingen:

*I: "Du såg henne som väldigt resursfylld redan när du fick henne?"*

---

<sup>20</sup> *Hypochondria, lat.: övre maggropen eller under bröstbenet. Hypochondriasis: "morbid concern about one's health especially when accompanied by delusions of physical disease". (Encyclopedia Britannica. Merriam-Webster's, 1999).*

*C: "Ja, jag gjorde nog det redan från början, både med ledning av samtalet och hennes förmåga till omställbarhet i kroppen, som är påfallande både när det gäller andningen och när det gäller hållningen. Allra först så kunde jag ju tro att hon var såhär kyfotisk<sup>21</sup> som hon ser ut och att hon inte kunde räta på sig och att andningen var kolossalt hämmad. När jag sen undersökte henne så märkte jag att det inte var så utan det fanns alla möjliga sätt att vara för henne."*

Patientens omställbarhet kroppsligt som sjukgymnasten uttrycker som "att det fanns alla möjliga sätt att vara" för Anncharlotte, är således en av de faktorer hon bedömer som en resurs. Andra resurser som hon uppmärksammar är förmågan till reflexion och Anncharlottes motivation att komma vidare. Carin uppger att Anncharlotte är en reflekterande människa som väldigt starkt vill utvecklas. I diskussionen om resurser säger hon att Anncharlotte är lyhörd och kännande.

Den konkreta kroppsliga problematiken som sjukgymnasten baserar sina övningar på, beskrivs i hennes anteckningar från förstagsbesöket. Denna anges indirekt som att patienten behöver avspänning och kroppskänedom, införstått att hon är spänd och har dålig kontakt med sin kropp. I intervjuerna har Carin beskrivit Anncharlottes problematik som att hon har svårt att hitta sitt centrum och sin kraft. Hon uppger att hon behöver arbeta med att hitta sin mittlinje och sin grundning – att stå bättre på benen och att få tillgång till sin egen kraft och en friare andning. Under behandlingen framkommer det att Anncharlotte lätt blockerar kontakten med hur hon mår genom att låsa andningen. Detta blir tydligast i arbetet med rösten, som då förlorar bärighet.

Slutsatsen Carin drar är att Anncharlotte har goda resurser och förutsättningar för att klara en förändringsprocess. Denna förstår hon som att den skulle kunna sättas igång genom att de arbetade med Anncharlottes kroppskänedom.

Sjukgymnastens syn på *uppkomsten av patientens problematik* kan förstås som att hon ser patientens tillstånd som ett resultat av en långvarig yttre relationskris i kombination med hennes sätt att förhålla sig, att vara duktig, snäll och ambitiös. Reaktionerna i kroppen ser hon som en följd av kränkningarna mot patientens självkänsla och tillit i relationen med mannen, samt hennes svårighet att vara i kontakt med sig själv och de känslor och reaktioner som kommer upp i relationskrisen. Hon benämner processen "somatisering", vilket hon förstår som att patienten stänger av upplevelse och uttryck av sina känslor, vilket ger reaktioner i kroppen i form av stressymptom. Anncharlotte tolkar också sina förnimmelser i kroppen som symptom på allvarliga sjukdomar. Detta kan förstås som att patienten stänger av sig för den levande

---

<sup>21</sup> "kutryggig" på vanlig svenska.

kontakten med upplevelserna av sin kropp, i rädsla för att lösas upp och tappa kontrollen över sitt liv i en livssituation som hotas av upplösning - en skilsmässa. Kroppen framträder i förståelsen som regulator av kontakten med känslor.

Patienten och hennes problematik framställs här som placerade i ett socialt sammanhang, där patienten värjer sig kroppsligen för kontakten med de känslor som konfrontationen med livssituationen innebär.

## Ingelas förståelse av Bertil

Bertil är 40 år och arbetar i ett mansdominerat yrke. Han är gift och har barn. För fyra år sedan remitterades han till Ingela från tandkirurgen. Hans besvär tolkades då som en stressreaktion. Vid det tillfället hade han huvudvärk, yrsel, spänningsproblem i käkarna, domningar ut i vänster arm och ont i axlarna. Ingela uppger att det inträffat någon slags "kollaps" med autonoma reaktioner, i samband med en resa i yrket. Han gick då några gånger i samtal på psykiatriska kliniken och bytte också till en lägre tjänst med mindre press. Hos Ingela fick han gå i en av de grupper hon ledde med kroppsmedvetandeträning, samtal och undervisning i stresshantering.

Efter genomgången sjukgymnastisk gruppbehandling hade Bertil fortfarande besvär med ryggen. Han ville då stå kvar på väntelista för individuell sjukgymnastisk behandling och väntade på denna lista i över 2 år. Därefter kom han till Ingela för individuell behandling av sina ryggbesvär. Dessa var av sådan grad att han varken kunde knyta skorna eller jogga och han såg sig själv med en framtid sittande i rullstol. Trots sina grava besvär har han härdat ut utan några längre sjukskrivningar.

Det Ingela vänder sin uppmärksamhet emot i sin förståelse av Bertil är: symptom, livssituation, livshistoria i kroppen, mönster i varandet och relationen till omvärlden, närvaro och kontakt med kroppen, spontanitet, liv och rörelse i kroppen, förhållande till gravitationen, självbild, förmåga att utveckla reflexion, samt patientens sätt att relatera till henne i behandlingsrummet.

Ingelas förståelse av patientens problematik grundar sig på hennes tidigare erfarenhet av den behandling i grupp som han genomgått, samt 2 års individuellt behandlingsarbete. Hur Ingela kommit fram till sitt beslut om den behandlingsinriktning hon har med Bertil, belyses av följande citat:

*" Vår behandlingskontakt började med att han gick i en grupp 14 gånger. Där arbetade vi med kroppsmedvetandeövningar och samtal runt stress och hur människan reagerar under stress. Hans symptom från nacken och*

*armen blev bättre, men ryggbesvären blev mer dominerande. Då erbjöd jag honom att fortsätta i en individuell behandling för att kunna fördjupa arbetet med att utforska hans symptom. Jag bedömde att det kunde vara en väg för att undvika "symptomvandring", vilket jag uppfattade att det var en uppenbar risk för annars.*

*När han kom för fyra år sen hade han domningar ut i vänster arm och ont i axlarna. Då var ryggen mest sekundär. Sen kom ryggbesvären som gjorde att han inte ens har kunnat knyta sina skor. När han började hos mig efter att ha stått på väntelistan kunde han knappt komma ur sängen på morgnarna. Han var också disträ och glömsk. En vanlig sjukgymnast kanske hade släppt honom när de primära symptomen var borta, men vi har fortsatt att arbeta med hans djupare problem."*

Sjukgymnastens förståelse speglar en problematik som rent konkret utgörs av ett fysiskt funktionshinder, men som patienten inte lyckas klara upp i den sjukgymnastiska gruppbehandlingen. Patientens symptom kvarstår efter 14 gångers gruppbehandling och flyttar sig från nacke till rygg. Sjukgymnastens bestämmer sig då för att i individuell behandling och tillsammans med patienten ta reda på vad symptomen handlar om. Patientens motivation ser hon i att han stått kvar på väntelistan i två år. Hennes erfarenhet är att det i det här fallet inte nyttar att bara försöka behandla bort symptomen, utan att han kan förväntas komma tillbaka med nya.

Sjukgymnasten uppger att hon uppfattade patienten som den duktige, presterande och stressade mannen som hade svårt att vara och vila, som inte kunde tillåta sig att bara få lov att känna. De har i detta sammanhanget använt sig av metaforen "Ferdinand under korkeken", som hjälp för att förstå innebörden av att kunna hitta en vila i sig själv.

Hans oförmåga att kunna vila i sig själv och "vara", ser hon som ett hinder för att han ska kunna komma i känslomässig kontakt med sig själv.

Som Ingela uttrycker det, så har Bertil svårt att uppfatta och uttrycka det han känner. Det finns ett alexitymiskt<sup>22</sup> drag hos honom. Hon säger att det är långa perioder där han haft svårt att få kontakt med vad han känner, men att han har en väldigt stor ärlighet i att komma fram med det han får tag i och känner.

*"Det finns en ytlighet hos honom. Det jag upplever som ett alexitymiskt drag. Det visar sig som i samtalet i början av filmningen, där han känns nollställd till och med när han pratar om sitt samliv. Det är som att prata om att vädret är vackert eller vad som helst. Känslan saknas. Det är något som jag också känner igen i våra behandlingar, där min svårighet har varit att hitta fram och kunna tillföra känslan."*

---

<sup>22</sup> Från grekiska: a- utan, lexis – ord, thumos – hjärta eller känslor = att sakna ord för känslor.

Att han inte hittar känslan tolkar hon också som konsekvens av att ha blivit tränad i att inte känna. Hon uppger att han som man både i sin militära utbildning och i det yrke han valt, tränat sig i att starkt avskärma sig från sina känslor.

*"Det har också med hans sätt att vara i sitt yrke. Det han ser där som kan vara väldigt jobbigt, det tar han aldrig med sig, det upplever han inte som jobbigt."*

Hon tar även upp den utbildning i militärtjänsten som han genomgått, som exempel på ytterligare träning i att stänga av och uthärda. Följande yttrande medan vi ser på den sekvens på filmen där hon behandlar hans högra vrist, belyser detta:

*"Det är återkommande det här med vristerna. Han har haft massor med vrickningar i sina vristar. I militärtjänsten när det var långa marscher så skadade han sig. Och det var inget klem, inget att bry sig om, utan hur svullet och eländigt det än var, så på med packning och så skulle man bara gå vidare. I arbetet med vristerna har han fått tag i mycket ilska mot sina befäl. Ilska över att ingen har brytt sig om att han inte orkat stå på sina ben, att han bara har fått vara stor och stark och gå vidare."*

Samtidigt menar hon att detta också hänger samman med att han som liten pojke tidigt lärt sig att stänga av och uthärda.

Svårigheterna att känna tolkar sjukgymnasten således både som en brist i patientens utveckling och som ett sociokulturellt skapat varandemönster med en disciplinering av kroppen i socialiseringen till man och in i en manlig yrkeskultur.

Ett problem de arbetat med återkommande är Bertils svårigheter att stå på benen och att känna kontakt med fötter och ben. Han blev från början illamående i de stående övningarna och vinglig, och är fortsatt väldigt ostadig. Detta tolkade hon som att han inte ville/vågade stå på sina ben, att han tvingats vara stor och stark när han egentligen inte varit det och att de måste gå ner i en för honom tryggare position för att komma vidare. Härvid har hon arbetat med att massera fötter och ben för att få honom att få bättre kontakt med benen och sin egen grundning.

Sjukgymnasten kopplar här samman patientens biomekaniska inbalansering i förhållande till gravitationen, med balans och trygghet i en vidare bemärkelse: att han behöver hitta en balans och trygghet på ett djupare känslomässigt/existentiellt plan för att komma vidare. Kropp och känslor ses här som sammanflätade och som kopplade till existensen.

Sjukgymnasten talar om att patientens problem dels är ett här- och nu problem, dels att det bottnar i en konflikt med rötter tillbaka i 5 - 6-årsåldern.

Denna uppfattar hon har med mammans och hans relation att göra och visar sig i en kluvenhet i behandlingen inför välbehag och fysisk kontakt. När Ingela till exempel masserar hans fötter under filmningen, upplever han samtidigt med välbehaget ett obehag i magen, som hon tolkar som att välbehaget är lite förbjudet. Detta bekräftar han med: "att det nog kan vara så". Hon lyfter fram hans benägenhet att sexualisera den fysiska kontakten och hur hon bemött det i behandlingen. Här i ett citat från det tredje Dyngöseminariet:

*"Det handlar mycket om sexualitet som jag uppfattar det, runt hans bäcken. Efter ett år kom det upp i samband med att han blev tänd av övningarna. Det kom så småningom fram att han hade fantasier om mig och vad jag ville med honom, vad jag hade för intentioner. Men då kunde vi prata om och avdramatisera det och han kunde se att han gärna sexualiserade alla känslor, att det var de känslorna han kunde känna. När han kände värme och annat mot mig, så blev det sexualitet för honom."*

I kombination med andra uppgifter om hans relation till sin sexualitet, tolkar sjukgymnasten patientens kluvenhet inför välbehag och tendens att sexualisera känslor i samband med den kroppsliga närheten i behandlingen, som en uppstannad utveckling och olöst konflikt med längtan efter omsorg och närhet. Den tidiga konflikten är kopplad till närhet, sexualitet och mamman, uppger hon. Detta kopplar hon samman med hans låsta andning, ryggbesvär och låsta bäcken.

Sjukgymnasten beskriver också hans problematik som existentiell; som en konsekvens av det kroppsliga har han inte kunnat jogga, vilket han upplevt som ett svårt handikapp. Detta tolkar hon hänger samman med hans självbild; att vara man, upplevelsen av potens, att bli 40 och att inte orka med. Hans stressreaktioner har de också kopplat till hans arbetssituation.

Kroppen framställs i sjukgymnastens förståelse som bärare av patientens levda relationer, vilka uttrycker sig i hans kroppsliga varande i andning, muskulatur och rörelse. Kroppen ses också, i likhet med fallet Svea, som bärare av historiska, sociokulturella och könsspecifika mönster vad gäller kroppslig disciplinering. Parallellt med detta framkommer att hon förstår det centrala i hans problematik som en känslomässig konflikt till modern som måste genomarbetas i behandlingen. Detta beskrivs längre fram under förståelsen av behandlingsprocessen.

I sjukgymnastens förståelse framträder både en mer *fenomenologisk* förståelse av kroppen och patientens varande, samt en *psykodynamisk* förståelse av olösta känslomässiga konflikter i tidiga relationer som "bakomliggande" och determinerande för de fysiska besvären. Den konsekvens de båda perspektiven haft för behandlingen är att de under cirka 1 ½ års tid arbetat individuellt med kroppsmedvetandeträning för att han ska bli mer närvarande i sin kropp och kunna uppfatta och uttrycka sina förnimmelser

i kroppen. Detta behandlingsprojekt har också haft som syfte att han så småningom skulle få kontakt med sina känslor via kroppen och träna upp, vad hon benämner som, hans symboliseringsförmåga. Därefter gjorde de upp ett nytt behandlingskontrakt om samtalsterapi. De fortsatte så behandlingen i form av samtalsterapi med fokus på känslor och att koppla samman känslor, kropp och liv. Denna process benämner hon integrering. Detta redogörs för längre fram.

## Sammanfattning – förståelsen av patienternas problematik

Patienternas problematik framställs i sjukgymnasternas förståelse som placerade i ett socialt sammanhang både historiskt och i nuet, med patienten som handlande och meningsskapande subjekt i sitt eget liv. Den betydelse sjukgymnasterna ger kroppen är att den är en levande och sammanflätad del av alla de livsprocesser och sammanhang som patienten befinner sig i. Kropp, liv, erfarenhet och mening, kopplas på så sätt samman med patienten som person. Mönstren i patientens kroppsliga förhållningssätt ses i detta som ett uttryck för patientens livshistoria och självbild, så som hon bär dem med sig i sin kropp och förhåller sig till sin livssituation. Ett underliggande antagande om patientens kroppsliga förhållningsmönster är att de är summan av de relationer till livet som patienten levt, de hon lever och de hon ser som möjliga att leva. Denna livshistoria förstår sjukgymnasterna som möjlig för patienten att få kontakt med via kroppen. Patientens symptom får i detta betydelse som ingångsportar till att förstå hur kroppsligt manifesterade förhållningsmönster hänger samman med hans/hennes liv. I detta tolkas symptomen bland annat som en uppstannad förståelse, i den meningen att det är ett resultat av att stänga av sig för upplevandet av kroppen. Därmed undgår patienten kontakt med sina reaktioner på alltför överväldigande livsupplevelser. Förnimmelserna i kroppen uppfattas och kopplas på så sätt inte till patientens livssammanhang och ges därmed ingen mening. Hur livshistorien levs i kroppen blir också intressant för att värdera patientens resurser för en eventuell omställningsprocess utifrån hur djupt och fast en människas förhållningsmönster är etablerade i kroppen.

Ett av sjukgymnasternas centrala uppmärksamhetsfokus kan tolkas som "det levande i människan", förstått som det levande samspelet i människan mellan liv, erfarenhet, kropp, patientens meningsskapande, varande och förhållningssätt både till sig själv och sin omvärld. Uttryck för detta är sjukgymnasternas uppmärksamhet emot det levande samspelet mellan delar och helhet i kroppen, i form av motsättningar, bromsade livsuttryck, tillgång till spontanitet, rörelse, omställbarhet, variation och liv i kroppen. Kontakten med det levande ses också som en öppning till kontakt med sina känslor och utvecklande av emotionella insikter. Därmed anges kontakten med det levande i kroppen som en öppning till meningsskapande. Bristande liv och vitalitet i ett kroppsligt område kan i sjukgymnastens förståelse tolkas som ett uppstannat livsuttryck som i sin förlängning blir till en uppstannad möjlighet till förståelse av den egna relationen med världen. Patientens kontakt med kroppens liv kan då ses som förutsättning för hennes förändringsprocess - ju mer kontakt med det levande, desto större förändringspotential.



Patientens relation till gravitation och underlag tolkas som ett uttryck för hennes allmänna förhållningssätt till tillvarons grundbetingelser. Relationen till gravitationen och dess betydelse för utvecklande av tillit i tillvaron, redogörs närmre för i analysen av sjukgymnasternas förståelse av behandlingsprocessen.

Patientens sociala livssituation blir intressant som livsrum för förändring och som belastning. Det är också i förhållande till livssituationen som de kroppsliga symptomen tolkas och ges mening. Likaså tolkas patientens förändringsprocess i förhållande till de förändringar patienten gör i sin livssituation eller i sitt förhållningssätt till denna.

Förmågan till reflexion blir intressant för sjukgymnasterna som resurs för att med hjälp av symboler och språk kunna skapa mening utifrån det kroppsligt levda och genom detta kunna vidga sitt varande, sin självbild och sitt förhållningssätt till sig själv och världen.

Självbilden blir intressant i sjukgymnasternas uppmärksamhet, som något som styr vad slags upplevelser av sig själv och omvärlden som patienten öppnar sig för, eller stänger sig för. Vad patienten kan låta bli synligt och inrymma både av sig själv och omvärlden, styr i sin tur vad hon kan förhålla sig till i sin livssituation. Självbilden blir också intressant för sjukgymnasterna i deras bedömning av hur mycket eget ansvar för sig själv och sin egen förändring patienten kan tänkas ta - om hon betraktar sig som offer eller som förmögen att förändra sin egen livssituation och relation till densamma. Patientens flexibilitet och potentiella möjligheter att vidga sin självbild, både i riktning mot att kunna ta emot stöd och att kunna ta eget ansvar, är härvid viktig i sjukgymnasternas bedömning av hur mycket omhändertagande de vågar ge patienten.

Sjukgymnasterna kan sammanfattningsvis sägas förstå kroppen som människans *relation* till både världen och sig själv och som den tillgång människan har till förankring både i sig själv och i världen. Med utgångspunkt från analysen och den innebörd kroppen ges, kan sjukgymnasternas förståelse av patientens funktionsproblem sägas vara en bristande kontakt med kroppen och kroppens livsuttryck och därigenom en bristande kontakt med och förmåga till att relatera både till omvärlden och sig själv. Patientens problematik kan på så sätt förstås som ett brott i patientens relation både till världen och sig själv.

De olika aspekterna av detta som framkommer i analysen kan uttryckas som:

- Att fjärma sig från kontakten med kroppen, sig själv och sin omgivning.
- Att bromsa eller låsa livsuttryck i kroppen.
- Att "symptomatisera" förnimmelserna av relationen till livssituationen i kroppen.
- Svårigheter att känna, uppfatta meningen med, symbolisera och ge ord åt förnimmelserna i kroppen och därmed skapa mening mellan kropp och liv.

Förmågan till närvaro och kroppslig kontakt ses också som ett uttryck för förmåga eller oförmåga att "hårbärgera" känslor och/eller som en coping-strategi i alltför överväldigande livssituationer. En tredje aspekt i förståelsen av patientens avskärmning av kontakten med kroppen, är att det är ett sociokulturellt inlärt förhållningsmönster kopplat till kön.

Det underliggande antagandet om betydelsen av förmågan till närvaro i och kontakt med kroppen, är att den är en förutsättning för att kunna komma i kontakt med sig själv och sin levande och levda relation med omvärlden. Kroppsmedvetandeträningen blir i denna förståelse inget självändamål, utan ett sätt att hjälpa patienten att tydliggöra och fördjupa sin relation med världen och sig själv.

## Tidiga störningar i människans utveckling och funktion

Temat tidiga störningar har fått ett särskilt kapitel bland annat utifrån informanternas tankegångar om att detta skulle utgöra en grund för psykosomatiska besvär. En annan anledning till att detta tema fått ett eget kapitel, är att materialet från dialogerna med Gunilla och Irene har en annan prägel då vi inte utgick från ett specifikt patientfall som vi filmat i behandling. Den förståelse som utvecklades i dialogerna med dessa två sjukgymnaster handlar om tidiga störningar i människans utveckling och funktion och hur de ser på detta i förhållande till sitt behandlingsarbete med schizofrena och psykotiska patienter. Denna förståelse fördjupar innebörderna av relation, kropp, tillit och existens i det sjukgymnastiska behandlingsarbetet rent generellt, på viktiga punkter.

### Gunillas förståelse – att våga vara till

För Gunilla handlar behandlingsarbetet med patienter med tidiga störningar om existensen djupast sett - "den mest fundamentala av alla upplevelser, upplevelsen av att vara". Jag frågar varför hon valt att arbeta med patienter med psykos och schizofreniproblematik:

*"Jag tycker om att arbeta med de tidiga störningarna för att det har någonting med existensen djupast sett att göra. Hur den ser ut .. ja livet ... ursprunget. (...) Försvaren som handlar om överlevnad de fascinerar mig. (...) I behandlingen handlar det mycket till en början om att våga vara i kontakt med en annan människa och därmed i kontakt med sig själv. Det blir liksom själva kärnan, att hitta någon slags varande i sig själv. Min*

*uppgift är att finnas där som mottagare för allt det här omöjliga. Att sitta med det i famnen och inte begripa någonting och känna att det är det det handlar om."*

Gunilla framställer mötet med en annan människa som förutsättningen för att få kontakt med sig själv och förnimmelsen av sitt eget varande - att känna att man finns till. Därmed ger hon också relationen i behandlingsarbetet en central plats i sin förståelse av patientens möjligheter att erövra sin existens - att bli sedd, hörd, berörd och mottagen.

I behandlingsrummet är hennes intresse riktat mot att förstå patientens existens och överlevnadsstrategier, för att hjälpa patienten att vidga sina möjligheter till varande. Utifrån sin erfarenhet och livsinställning har hon en grundmurad tro på att mänsklig utveckling alltid är möjlig och att det finns en strävan, som hon uttrycker det - "inom psyket" - till utveckling. Men hon talar också om att hon har både en teori<sup>23</sup> och handledning att lita till och att detta sammantaget gör att hon vågar lita på sin erfarenhet och tro på att hon kan hjälpa patienter med svåra och tidiga störningar att komma vidare.

Patienten framställs här som någon med egen drivkraft till meningsskapande och utveckling och förmåga till överlevnad.

Med denna inledning följer nedan Gunillas förståelse av patienternas funktionsproblem. Utgångspunkt för redogörelsen är både en publicerad artikel som hon publicerat (Thulin, 1989) och utskrifterna av de dialoger vi haft.

#### Att vara genom att inte vara och slå vakt om ett inre stillestånd

Gunilla talar om att den schizofrene patienten aldrig har flyttat in i sin kropp utan att hon/han försöker vara genom att inte vara, ett tillstånd av icke-upplevande i ett "ödsligt relationslöst inre landskap":

*"Barnet och senare den schizofrene försöker vara genom att inte vara (...) Barnet lever genom att inte leva. Det förhindrar all rörelse, inre och yttre. Det slår vakt om ett inre stillestånd. Schizofreni innebär alltså kontroll till döds. Individerna är mer eller mindre konstant hotad av sitt inre kaos som endast kan motarbetas med allt strängare kontroller (...) själva livet utgör det hot patienten måste bekämpa medan den inre dödheten som blir enda alternativet, upplevs som en tom och grå meningslöshet utan slut. Men den här inre splittringen har sin meningsfulla funktion som överlevnadssystem och patienten kan inte överge den förrän han/hon upplever ett annat alternativ som mer meningsfullt." (Thulin, 1989, s 13)*

---

<sup>23</sup>Gunilla har, som tidigare nämnts, förutom sin sjukgymnastutbildning också steg-II utbildning i psykoterapi.

Citatet uttrycker det hon benämner ett överlevnadssystem, som hon förstår som ett skydd mot kaos och starka eller alltför överväldigande livsupplevelser. Kärnan i detta kan sägas vara att vara genom att inte vara, genom att stänga sig för kontakten med kroppen och därmed förlora sin möjlighet till kroppslig förankring i världen. Därmed skärs också den kroppsliga förmågan av existensen i relation till världen av. Patientens funktionsproblem skulle därför kunna förstås som ett brott i patientens relation till världen.

Jag låter Gunilla exemplifiera detta med hur hon erfar patientens problematik i behandlingsrummet hos en av sina patienter.

*"Kroppsligt så hade han väldigt lite resurser. Där var han oerhört blek. Han var nästan vit i huden. Han såg nästan blodfattig ut. Det var vita fläckar på kroppen och på benen.... och smal och inte speciellt mycket muskler. Och väldigt insjunken bröstkorg och asynkron andning (magen går in på inandning och ut på utandning och rytmen är oregelbunden). Han hade en generellt förhöjd spänning i muskulaturen. Översträckta knän och han hängde i alla ledbanden (står och hänger i ytterläge i lederna i knän och höfter) .. inte grundad på något sätt och rätt dålig kontakt med kroppen. Han uttryckte mycket olust."*

Hon vänder sin uppmärksamhet mot hans **kontakt med sin kropp** och hans **kropps bild**; hur sammanhängande den är och eventuella psykotiska upplevelser av kroppen:

*"Han undrade själv om bröstkorgen som var intryckt och om det var något fel på honom. Om kroppen såg riktig ut. Han hade lite halvpsykotiska upplevelser vad gällde kropps bilden. Att kroppen inte var hel, att den var skadad och att det skulle synas.*

*- Hur tänker du kring det, hur det hänger samman med det andra?*

*- Jaa, det känns som att han har utvecklat den här medvetna sidan och tänkandet väldigt långt, men att det inte finns någon förbindelse med kroppen. Han bottnar inte. Det är inte integrerat i kroppen, inte heller känslomässigt förstås. .. Det hänger inte ihop. Han är på olika nivåer samtidigt. Det är ingen helhet.*

*- Det här med jaguppfattning och hans person ... jag tänker på hur hel och hur söndrig man är. Hur tänker du kring honom?*

*- Från början i kontakten så kändes han söndrig. Och det hade mycket med hans uppenbarelse .. hur han såg ut. Likaså hade det med hans kroppsupplevelser att göra. Sen kändes den här "normala" sidan som en*

*pseudosida, som ett försvar. Där var han väldigt begåvad. Men det kändes som om han var väldigt försvarsinställd och oerhört rädd. Han hade taggarna ut och avvisade mig väldigt mycket."*

**Vad som kommuniceras;** känslor av olust, skräck, ångest:

*"Han var skräckslagen. Han hade mycket mimik och mycket ljud och med andningen, som liksom var olust. Rynkad panna och knip med ögonen och shhhhh (inandning) phhhh (utandning, sssshhhhh, hhaaaaa. Han låter fortfarande, rätt mycket, och det är inga vällustlåten."*

Vilka försvar patienten använder sig av för att **hålla ihop sig**:

*"Han håller ihop sig med sitt intellekt. Andra kan hålla ihop sig med ordmassor eller med sportaktiviteter eller att man går upp i .. arbetsnarkomani eller något sådant. Han har ingen primär hud. Hela hans kropp och hans kroppsupplevelser visar på det."*

**Mognaden i patientens sätt att relatera:**

*" Jag tänker att han är en borderlineperson. Att mycket av hans centrala problematik ligger i närmandefasen där han fortfarande håller på med den rörelsen. (...) Det här ständiga pendlandet i närhet och distans, i känslomässig ambivalens. Mellan idealisering och förringande och .. ja mellan hopp och förtvivlan .. ständigt pendlande, ständiga konflikter, ständiga kamper, som jag blir indragen i hela tiden."*

Gunilla tolkar patientens problematik som att den handlar om lusten att leva och rätten att få finnas till. I sin artikel beskriver hon det som att från att tidigare ha levt *inuti* tillvaron, innebär födelsen för barnet ett *möte* med den. Det är i detta möte med världen och sig själv som barnet får möjlighet att skapa det Gunilla kallar en primär identitet, vars fundament utgörs av förnimmelns att vara till. Hennes förståelse av *problemets uppkomst* handlar om att de grundbetingelse som behövs för att erövra sin grundtilliten till rätten att få finnas till i världen inte har funnits. Gunilla använder sig av en teoretisk förståelse med rötter i objektrelationsteorin för att förklara, och anknyter till Winnicotts "good enough mothering" som förutsättning för barnets vilja att träda in i världen:

*"Inget sant möte mellan mor och barn har ägt rum, djupast sett. Den livsnödvändiga kontakten med modern har aldrig etablerats, eller har den påbörjats men blivit alltför smärtsam och avbrutits."* (Thulin 1989, s 14)

I Gunillas förståelse krävs det således en tillräckligt god relation med en betydelsefull annan människa för att kunna erövra tilliten till rätten att få finnas till. Det är ur denna goda relation som hon menar att patienten kan börja "bebo" sin kropp utforska sig själv i relationen med världen. Hennes bedömning inför behandlingen med ovanstående patient, är att han har behov för att göra en god anknytning och måste våga bli beroende av henne och lita till att det finns något gott i det, för att sedan kunna separera på ett bra sätt. Den processen beräknar hon kommer att ta upp till fem års tid i anspråk, med den patient som refererades till ovan.

All den information Gunilla tar in om patienten och hans kropp, tolkar hon således som uttryck för patientens levda och levande relation med världen. Det kroppsliga varandet, förstått som icke-upplevande av kroppen, blir i hennes förståelse hans sätt att relatera till världen utifrån de möjligheter och begränsningar som hans tidiga relationer till betydelsefulla andra erbjuder. Den konsekvens detta för med sig skulle kunna uttryckas som att han fortsätter att leva inuti tillvaron, utan förmåga att möta den och därmed bli varse/förnimma sin egen existens. Kroppen blir här biologiskt levande, men känslomässigt och socialt "död"/outvecklad och därmed icke brukbar för meningsskapande i relation till världen. Den medvetenhet om världen och sig själv som har möjlighet att utvecklas i relationen mellan att vara kroppen som subjekt och att förnimma kroppen som objekt genom mötet med världen, kan sägas vara satt ur spel genom att tilliten till rätten att finnas till inte etablerats i den kroppsliga samvaron med den som har modersfunktionen. Detta tillstånd beskriver Gunilla som en överlevnadsstrategi. En överlevnadsstrategi som man kanske inte behöver vara schizofren för att ta till, när livet blir alltför överväldigande?

### "Den primära huden"

Gunilla uppger i sin artikel att den schizofrene saknar upplevelsen av gränser och förmåga att hålla ihop sig. För att förklara detta använder hon sig av Bicks begrepp "primär hud".<sup>24</sup> Med primär "hud" menas upplevelsen av att i både fysisk och psykisk bemärkelse kunna hålla ihop sig och uppleva sig som sammanhållen.

---

<sup>24</sup> Bick, E. (1968) *The Experience of the Skin in Early Object-Relations*. *Int.J.Psycho-Anal.* 1968:49, 484-486.

*"För att kunna få den här hudupplevelsen av att vara sammanhållen, krävs det ett hårbärgerande objekt. Finns inte det så får man inte den. Amningsituationen kan ses som den mest centrala i den upplevelsen. Där blir det verkligen ett slutet system som man befinner sig i tillsammans med mamman, som man kan introjicera i sig sen. Den känslomässiga inramningen som det sker i är sen det som blir det avgörande. Den är nästan viktigare än själva näringen, det är ju den psykiska näringen. (...) Det är väldigt grundläggande. Det är utgångspunkten och den grund vi måste lägga först innan vi kan gå vidare i växandet."*

Det är således ur den fysiskt omslutande hudupplevelsen, tillsammans med att ens behov har tagits emot och tillfredsställts, tillsammans med den känslomässiga kvalitén i närvaron i den kroppsliga samvaron, som barnets förmåga att uppleva sig som sammanhållen utvecklas, utifrån denna teoretiska ståndpunkt. Detta skulle också kunna tolkas som att utvecklingen av tillit är beroende av den kroppsliga lyhördhet och närvaro som den som har vårdnaden om barnet erbjuder i den kroppsliga samvaron. Förståelsen av den primära hudupplevelsens betydelse kopplar Gunilla också till den sjukgymnastiska behandlingssituationen och betonar betydelsen av kvalitén i sjukgymnastens kroppsliga närvaro i mötet med patienten.

Gunilla uppger att om den primära huden saknas, utvecklar barnet andra sekundära sätt att hålla ihop sig, exempelvis med hjälp av intellektet, eller genom att avskärma sig. Detta blir till en "sekundär hud" som fungerar ställföreträdande för den grundläggande tryggheten som inte utvecklats. Utan den "primära huden", liktydigt med förmågan att hålla ihop sig fysiskt och känslomässigt, blir sinnesintrycken till ett upplösande, odifferentierat kaos i stället för till begripliga upplevelser, fenomen och reaktioner.

*"Den schizofrene saknar det rum där man kan andas, symbolernas rum. Kanske är den schizofrene inte utan verklighetskontakt utan har för mycket av den, men utan att kunna handskas med den." (Thulin, 1989, s 14)*

Upplevelsen av att vara hel och sammanhållen utgör grunden för att kunna hårbärgera och känna känslor i Gunillas förståelse. Det är ur denna känsla av att kunna hålla ihop sig och vara i sig själv som barnet kan börja utveckla sin symboliseringsförmåga i relation med betydelsefulla nära andra. Denna utveckling beskriver Gunilla (op.cit) som att barnet i den kroppsliga samvaron med modern lär sig tolka och förstå de till en början odifferentierade och kaotiska sinnesupplevelserna till distinkta känslor. Detta ligger i sin tur som grund för forandet av symboler och språk.

Kroppen och det kroppsliga erfandet i dialogen med modern, förstår Gunilla som en grund för existensen och jagutvecklingen. Denna kroppsliga grund för existensen menar hon att den schizofrene saknar:



*"Den blivande schizofrene flyttar aldrig in i sin kropp, utvecklar aldrig de sensomotoriska funktionerna. Schematiskt sett upplever den schizofrene patienten sig endera som tom, som ett skal, eller ockuperad av utifrån kommande krafter, strålning, elektricitet eller annan påverkan."*

(Thulin, 1989, s 14)

Utifrån citatet skulle det vara möjligt att existera som kropp utan att vara närvarande i kroppen med sin medvetenhet - att patienten stängt sig för det som framträder i kroppens relation med världen, alternativt inte uppfattar dessa sinnesförmågor som något meningsbringande i tillvaron. Konsekvensen av detta kan sägas vara att de kroppsliga erfarenheterna härvid inte får möjlighet att bilda något meningssammanhang. Patientens förmåga att utifrån kroppen strukturera erfarenheterna i relationen med världen utvecklas därmed inte. Gunillas sätt att uttrycka detta är att vi genom utforskandet av våra kroppar och våra kroppars möjligheter successivt växer in i världen och verkligheten (op.cit). Dessa kroppsupplevelser ser hon som grunden för människans psykiska föreställningsförmåga. Gunilla säger att vår medfödda förmåga att med sinnena som instrument organisera våra upplevelser och erfarenheter är av helt avgörande betydelse för vår jagutveckling:

*"Sinnena är organismens broar över till världen, till verkligheten. Genom kontakt med våra känslor upplever vi substans och förankring i kroppen. Att vi är någon sär-skild från andra med förmåga att kommunicera med andra. Vi blir enskilda med förutsättning till delaktighet och gemenskap."*

(Thulin, 1989, s 13)

Kroppen blir i Gunillas förståelse både patientens förankring i sig själv och hans/hennes förankring i världen och en förutsättning för att kunna finnas till i känsla och tanke i kommunikation med omgivningen. Detta är i hennes förståelse att få finnas till som en hel individ.

Gunilla förstår psykosomatiska funktionsproblem i likhet med psykotiska, som tidiga störningar beroende på ett bristfälligt samspel med den som haft den primära omvårdnaden om barnet:

*"Differentieringen mellan psyke och soma som skulle ha inneburit både en avgränsning och inbördes relation har inte skett. Kroppen får en bristfällig representation i psyket. Hos den psykosomatiskt sjuke sitter den ointegrerade affekten i det kroppsliga symptomet. Den psykiska smärtan och desperationen som inte är möjliga att uppleva, belastar den kroppsliga organismen och något organsystem kan så småningom utveckla en psykosomatisk sjukdom. Den inre nöden symboliseras i den somatiska sjukdomen. (...) Det finns inga kanaler till det inre. Patienten har ofta svårt*

*att uttrycka sig i drömmar och fantasier. Tänkandet blir handlingsinriktat och känslspråket utvecklade. Patienten har alltså brist på symbolspråk."*

(Thulin, 1989, s 14)

I citatet framträder det sjukgymnasten benämner som den psykosomatiska patientens symptom, som icke upplevda affekter/känslor - känslor som är alltför överväldigande och därför inte möjliga att inrymma för individen. Denna förklaringsmodell har rötter i psykoanalytisk teori om psykosomatik.<sup>25</sup> Differentieringen/avgränsningen och relationen mellan kropp och psyke framträder som centralt för patientens utveckling. Innebörden av denna relation är att det kroppsliga får en representation i psyket. Upplevandet av känslor skulle i sjukgymnastens förståelse kunna tolkas som att det sker i psyket och inte i kroppen. Symboliseringen av känslor kopplas i förklaringsmodellen till psyket. När inte psyket tas i bruk för att uppleva, differentiera och symbolisera känslorna, så förblir de oupplevda och belastar kroppen. Affekterna blir till kroppsliga symptom och den inre nöden symboliseras i den somatiska sjukdomen, säger Gunilla (op.cit). Kroppen kan således sägas uttrycka känslorna utan att de är medvetet upplevda. Men både upplevelsen av affekterna är påtagigt kroppslig och symboliseringen av dem sker i någon form kroppsligt. Detta är motsägelsefullt. Upplever vi och symboliserar med psyket eller med kroppen, eller skulle detta kunna förklaras på något annat sätt? Det problematiska här ligger i förståelsen av avgränsningen och relationen mellan kropp och psyke. Jag återkommer till detta i diskussionen.

Gunilla uttrycker i synen på patientens problematik en *psykodynamisk förståelse* med en teoretisk föreställning om världen som det yttre och psyket som det inre, där världen får sin representation i form av bilder, symboler och språk. Kroppen och de sensomotoriska funktionerna kan i denna förståelse sägas utgöra en slags bro och förmedlare av signaler mellan yttre och inre, där psyket ses som det som får till stånd meningen i relationen mellan människan och världen. Men hon säger samtidigt att vi genom utforskandet av våra kroppar och våra kroppars möjligheter växer successivt in i världen och verkligheten och att vår psykiska föreställningsförmåga utgår från de kroppsliga erfarenheterna. Detta vill säga att kroppen blir en del av världen och den mening som framträder i relationen med världen. Innebörden av detta resonemang är att kroppen blir bärare av mening, genom vårt kroppsliga interagerande med världen och att det är kroppen som primärt får till stånd meningen i relationen med världen, inte psyket. I detta är kroppen i världen och världen i kroppen. Det vill säga att kroppen både är i världen som objekt och vi har världen primärt genom kroppen som subjekt. Denna teoretiska föreställning hänför sig till ett mer *fenomenologiskt* perspektiv.

---

<sup>25</sup> Exempelvis Joyce McDougall, 1990.

## Irenes förståelse – att bli en person

Grundläggande i Irenes förståelse av de psykotiska patienternas problematik är att de inte utvecklat sin förmåga att skilja mellan det inre och det yttre. Konsekvensen av detta blir att de inte "finns" som personer. Det i sin tur menar hon bidrar till en bristande förmåga att uppleva känslor och för att kunna uppleva känslor måste man vara någon, en person<sup>26</sup>. Men Irene hävdar att det är först när man upptäcker att man har en kropp, tankar och känslor som man kan våga relatera, och att det är i relationen man kan bli en person. Hon uttrycker detta när vi talar om en patient som hon har i en av sina grupper:

*" Först när man som människa vågar relaterar till andra människor kan man bli en person som också kan hålla och omfatta sina egna känslor som en del av sig själv, utan att bli känslan eller lösas upp av den.(...) De psykotiska patienterna är helt och fullt ut de olika personerna.. Det är som en av mina patienter, ibland går det att få kontakt med honom och ibland tar Jesus honom i besittning. Eller ibland blir han en djävul och då är han inte kontaktbar. Då finns inte det här andra...Det handlar om att han på lång sikt överhuvudtaget ska våga relatera. Då kan han kanske få in den här ångesten och fasorna också i sin personlighet. Nu klipps det bara av. Han blir verkligen någon annan. Det är en oförmåga att relatera med hela sig."*

I citatet framträder patientens problem som ett varande i känslan med en oförmåga att genom mötet med världen förnimma sig själv, för att därigenom bli medveten om sig själv och sitt varande. Irene uttrycker det som att Jesus eller djävulen "tar honom i besittning" och att han då inte är kontaktbar, inte går att få en relation med. Genom relationen och den andres reaktioner kan patienten förnimma sig själv och bli medveten om det han är i det han uttrycker sig som. Därigenom kan han få ett "ansikte" inför sig själv - bli någon. Processen att bli till som person sker således i en relation i Irenes förståelse. Det innebär att relationen får en central betydelse i hennes förståelse av behandlingen med patienterna.

Att inte finnas som person har också en kroppslig dimension i Irenes förståelse. Människor med psykotiska funktionsproblem saknar eller brister i förmågan att hålla sina känslor, menar hon. För att kunna hålla sina känslor måste man ha sina kroppsgränser och kunna känna skillnaden mellan det som är inuti sig och vad som är utanför sig, kunna differentiera ut sig från

---

<sup>26</sup> Persona betyder ansikte (ref.). Att inte vara en person kan då tolkas som att sakna ett "ansikte" både inför sig själv och andra.

omgivningen. Först då kan man bli någon som finns och som kan ha känslor, uppger Irene. Men hon hävdar också att oförmågan att mentalt kunna uppleva känslor kan ha att göra med så svåra upplevelser och fasa att man inte orkar bära dem, att det handlar om känslor som aldrig varit upplevda.

*"De håller ingenting. De blir överrumplade av en fasansfull ångest. Så där handlar det inte om att släppa fram någonting med psykospatienter, eller med de schizofrena patienterna vi har. För mig så handlar det om psykiska konflikter som man inte orkar eller inte har förmåga att uppleva som psykiska. Det handlar inte om bortträngda känslor, utan det handlar om aldrig upplevda känslor. Det handlar om **icke upplevda känslor** för de finns inte. De finns inte som personer. En psykotisk människa har just det att det finns inget inre och det finns inget yttre, utan hon går upp i världen. Och fasan finns där ibland. Det är väl det som jag kan se som min uppgift att de ska bli en människa som kan uppleva fasa. De ska inte förintas av fasan."*

Irene uttrycker en teoretisk föreställning om patientens problematik som en oförmåga/rädsla att relatera och att patienten saknar förmågan att uppleva sig som en person. I hennes förklaring till hur det blivit som det blivit framkommer en föreställning om att det handlar om psykiska konflikter som patienten inte orkar eller har förmåga att uppleva som psykiska - en slags konflikt och/eller traumateori. Denna konflikt/trauma yttrar sig ibland som att patienten plötsligt övermannas av en fasansfull ångest, vilket gör patienten okontaktbar. Detta kan förstås som att patienten bryter kontakten med det som känns i kroppen och därmed kontakten med sig själv, andra och världen i övrigt. Irenes föreställning om vad det innebär att bli en "person", är att detta sker i relationen med en annan människa. Genom patientens rädsla/oförmåga att relatera beskär dessa möjligheter till utveckling. Hon kopplar också förmågan att differentiera - att kunna skilja mellan "det inre" och "det yttre" och upplevelsen av kroppsgränser till möjligheterna att uppleva att man "finns" som person. Detta i sin tur kopplar hon till förmågan att uppleva känslor. Vad är det då som relationen betyder för utvecklingen av förmågan att uppfatta sig som person och vilken roll spelar kroppen och känslorna i denna utvecklingsprocess?

## Brister i förmågan att differentiera

Irene uppger att förmågan att differentiera och kunna hitta nyanser i det som känns är en stor svårighet för många av hennes patienter:

*Det är många känslor som de aldrig känner. Det kanske inte finns några nyanser i känslorna utan det enda som finns i deras upplevelser det kan vara att vara jättearg eller jätteledsen. Det finns liksom inget däremellan då. Och sen är det huvudvärk eller ryggvärk, ja att de är delade i olika delar.*

Förmågan att differentiera är i Irenes förståelse grunden för att kunna skilja ut sig som person, vad som är jag och vad som är omvärld. Likaså för att kunna uppfatta och tolka olika kroppsliga signaler och känslomässiga reaktioner. Upplevandet av kroppen blir på så sätt en betingelse för att mentalt kunna uppleva känslor.

Jag frågar henne vad kroppsligheten har för betydelse för en psykospatient i detta sammanhang:

*- Det är ju för att stå ut. Jag tror att det här med gränserna är det som är viktigast, för att så småningom kunna säga att: "**Jag** har ångest." Och då måste man kunna skilja mellan det som är inuti sig och det som är utanför sig, för att kunna säga det. Då blir man **någon** som kan ha känslor.*

I sjukgymnastens teoretiska resonemang blir kroppsgrensarna och förmågan att differentiera en grund för upplevelsen av att finnas, att ha sig - att inte gå upp i världen. Den avgränsade kroppen blir också till en hemvist för upplevelser och känslor som på så sätt får en möjlighet att knytas till patienten som person, till en möjlighet att bära och famna hela sig själv.

När det gäller de så kallade psykosomatiska patienterna uttrycker Irene att det är förmågan att förnimma, differentiera och skapa mening av sina sinnliga upplevelser som är svårigheten hos de människor som "lägger mycket i kroppen". Att lägga mycket i kroppen, uttryckt också som att "somatisera", kan här förstås som en slags uppstannad förståelse, där förnimmelserna i kroppen inte uppfattas/upplevs, eller förstås som av ringa betydelse. Genom att de inte symboliseras och kopplas till sitt sammanhang ges de ingen mening. I stället upplevs och uttrycks känslorna som mer eller mindre diffusa symptom. Men enligt Irene skulle oförmågan att mentalt kunna uppleva också kunna botna i en avskärmning av alltför överväldigande livsupplevelser och en fasa

som man som människa inte orkar bära mentalt. Det kroppsliga symptomet kan i sådana fall förstås som ett skydd mot upplevelsen av att förintas av fasan.

Irenes teoretiska position framträder som företrädesvis psykodynamisk. Hon talar om bortträngda psykiska konflikter och fasa och en oförmåga att uppleva och härbärgera känslor. Förmågan att relatera och att i relationen kunna differentiera ut sig själv och sin kropp, framträder som central i hennes förståelse av processen att bli en person. I hennes teoretiska framställning av kroppen är det lätt att den uppfattas som en "behållare" för känslorna där kroppsgränserna blir ett skal som gör det möjligt att hålla känslorna inne i sig, att omfatta/innefatta dem. I psykodynamisk teori används ibland metaforen "container" (från engelskans contain) eller uttrycket "att härbärgera" sina känslor, i detta sammanhang. Men är förnimmelsen av kroppsgränser och inre och yttre en tillräckligt hållbar förklaring av kroppens betydelse i processen att bli till som person?

### Sammanfattning - tidiga störningar i människans utveckling och funktion

Sjukgymnasternas förståelse av den så kallade psykosomatiska problematiken är i de två ovan beskrivna fallen att den hänför sig till kategorin "tidiga störningar i människans utveckling". Patienternas problem beskrivs som svårigheter att förnimma, differentiera och skapa mening av de sinnliga förnimmelserna. I stället "somatiseras" dessa – patienten uppfattar dem som kroppsliga symptom. Oförmågan till närvaro i sin kropp, ses här som en omognad/brist i patientens tidiga utveckling, kopplad till upplevelsen av att inte ha blivit mottagen och givits ett existensberättigande i den nära relationen till betydelsefulla andra. Det kopplas också till en avskärmning av alltför överväldigande livsupplevelser och fasa som patienten inte orkar möta. Det kroppsliga symptomet kan i det sistnämnda fallet förstås som ett skydd mot upplevelsen av att förintas av fasa. Att "somatisera" eller som det också uttrycks, "att lägga mycket i kroppen", kan utifrån ovanstående förstås som att förnimmelserna i kroppen inte uppfattas, och/eller att patienten inte tillmäter dem någon betydelse. Det kan också uppfattas att förnimmelserna är alltför överväldigande. Innebörden av "somatiseringen" blir därmed att patienten inte kan sätta de kroppsliga förnimmelserna i ett meningssammanhang. Symptomet skulle utifrån detta kunna ses som en uppstannad förståelse.

Sjukgymnasterna uttrycker patientens funktionsproblem vid tidiga störningar som:

- Att vara genom att inte vara och att slå vakt om ett inre stillestånd.
- Att inte kunna differentiera ut sig från omgivningen som en egen person.

På samma sätt som i de första fyra sjukgymnasternas förståelse, kan patientens funktionsproblem här tolkas som ett brott i patientens relation till både världen och sig själv.

I sjukgymnasternas förståelse av människans utveckling är relationen till betydelsefulla andra och känslan av existensberättigande i denna relation en betingelse för utvecklingen av livslust, närvaro i kroppen, meningsskapande och språk. Utifrån denna förståelse sätter sjukgymnasterna relationen i centrum av behandlingsprocessen och betraktar den som avgörande för patientens möjligheter att vidga sitt förhållningssätt till sig själv och sin omvärld. De uttrycker att först när man kan relatera till en annan människa kan man bli en person som också kan hålla och omfatta sina egna känslor som en del av sig själv. Förmågan att relatera betraktas på så sätt som centralt för patientens utveckling.

Modet att våga vara i kontakt med en annan människa, uttrycks i sjukgymnasternas förståelse som förutsättning för att kunna komma i kontakt med sitt eget varande. Varandet uttrycks av sjukgymnasterna som "kärnan i existensen". I förståelsen uttrycks att det krävs en tillräckligt god relation med betydelsefulla andra för att kunna erövra lusten och modet att finnas till och börja "bebo" sin kropp.

Relationen till andra människor ses utifrån ovanstående som en förutsättning för kontakt med sig själv och för att kroppsligen vilja existera och leva i relation till världen.

Upplevelsen av kroppen och kroppsgränserna förstås som grundläggande för förnimmelsen av att existera och kunna avgränsa sig i förhållande till omgivningen. Denna avgränsning är av betydelse för att kunna fästa känslor i sig själv och sin kropp, i motsats till att fragmenteras eller lösas upp/förintas av dem. Denna upplevelse av existensen förstås som betydelsefull för människans förankring i sig själv och i världen. Den kroppsliga förankringen och förmågan att kunna avgränsa sig mot omgivningen, blir i förståelsen en förutsättning för upplevelsen av att finnas till i både känsla och tanke, som särskild, men i delaktighet och gemenskap med omvärlden. Detta uttrycks som att finnas till som en hel individ.

Mot bakgrund av analysen framträder följande temata som bärande i sjukgymnasternas förståelse av patientens utvecklings och förändringsprocess:

- Relationen med betydelsefulla andra och dess betydelse för skapandet av livslust och tillit till rätten att finnas till, samt dess koppling till att "bebo" sin kropp.
- Kroppens betydelse för att förnimma sin egen existens, förstått som varandet i sig själv och i världen.
- Upplevelsen av att vara hel och sammanhållen som grund för förnimmelsen av vara en person som kan ha och hållbara känslor, sär-skild från, men i relation med världen.
- Förmågan att differentiera ut sinnesförnimmelserna i kroppen som grund för att kunna organisera upplevelser och erfarenheter och skapa mening i kommunikationen med omvärlden. Detta som förutsättning för att kunna utvecklas och leva i delaktighet och gemenskap med andra i världen.
- Förmågan att symbolisera som grund för att kunna reflektera.

Dessa teman kan förstås som dynamiska och samverkande områden i människans förnimmelse av sig själv i relation med omvärlden genom hela livet. De ses således inte bara som faser i ett hierarkiskt utvecklingsförlopp, som människan en gång för alla genomgår och som står fast. Innebörden av detta är att de också kan ses som utvecklingsbara genom hela livet, även om det finns särskilt känsliga perioder i barnets tidiga utveckling då förutsättningarna är speciellt stora för att de ska växa fram. På samma sätt som de är utvecklingsbara, så kan de också svikta vid livspåfrestningar.

Ett antagande utifrån ovanstående är att patienternas problematik vid svårdefinierade smärt och spänningsproblem, skulle kunna ses som en bristande eller omogen funktion, vilket gör patientens medicinska diagnos mindre intressant och patientens varande - hennes funktion i relationen till sig själv och omvärlden mera intressant.



## Sjukgymnasternas förhållningssätt i behandlingsprocessen

Detta kapitel avhandlar sjukgymnasternas förståelse av de egna förhållningssättens betydelse för den mening som är möjlig att skapa i behandlingsrummet, samt deras förståelse av att arbeta processinriktat i sjukgymnastik. Kapitlet är det första av fyra kapitel om sjukgymnasternas förståelse av behandlingsprocessen.

I sjukgymnasternas förståelse av behandlingsprocessen framträder behandlingsrelationen med patienten som bärande vad gäller patientens möjligheter till förändring/utveckling. I relationen kan sjukgymnasten antingen ta sig själv mandat, eller av patienten ges mandat, som expert. Härvid avsätts eller avsätter patienten sig själv som meningsberättigad. Sjukgymnastens livsvärld blir då den giltiga tolkningsramen för det som sker i behandlingsrummet, likaså för vad som ges uppmärksamhet och giltighet i behandlingsprocessen. Ett annat scenario är att sjukgymnasten avsätter sig själv som meningsberättigad genom att tilldela patienten rollen som "expert på sig själv". Härvid blir patientens livsvärld den giltiga. Detta görs inom ramen för uppfattningen att patienten "måste ta ansvar för sig själv" eller att "det bara är patienten som vet bäst vad som är bra för honom/henne". Det tredje alternativet är att både sjukgymnast och patient erkänns som meningsberättigade, sjukgymnasten som expert på det sjukgymnastiska och kroppen och patienten som expert på sitt eget liv. Denna lösning kräver att både sjukgymnastens och patientens livsvärld möts och att mening skapas med hjälp av bådars förståelse. Detta tredje alternativ är det som framträder som sjukgymnasternas strävan i det empiriska materialet.

## Det kroppsliga mötet med patienten

Line säger att den slag behandling som människor väljer att uppsöka är kulturellt inlärd, utifrån historiska och sociokulturella föreställningar om sjukdom och bot. I sjukvårdssystemet är "ingångsbiljetten" till sjukgymnastik, smärta eller dysfunktion i kroppen. Av den anledningen känns det i vårt samhälle naturligt för människor som söker för sådana åkommor att komma till en sjukgymnast, antingen vederbörande själv bett om det, eller om det är läkaren som föreslagit det, det är ju logiskt, säger hon. Även om det skulle vara helt relevant, så är det betydligt färre människor som har ett kroppsligt symptom som uppsöker psykoterapi, tillägger hon. Patientens förståelse ser hon som del av den historiska och sociokulturella förståelsen av sjukdom och bot och hur denna materialiserat sig i samhällets organisation av sjukvården som uppdelad i somatisk och psykiatrisk. Konsekvensen av denna uppdelning är att det är svårt att föra in resonemang om "det psykiska" om patienten söker för kroppsliga besvär. Citatet nedan uttrycker möjligheterna till samförstånd i ett sådant första möte i sjukgymnastens behandlingsrum:

*"Det som är viktigt när man börjar det är ju att det känns riktigt för den som söker hjälp att komma till just det här stället. För de flesta så känns det som ett gott möte bara det att få en ordentlig kroppslig undersökning. Att man har fått säga "Jag har ont här! Hör på mig! Se på mig! Känn på mig! Och bekräfta på något sätt att jag har ont här!" Vi måste alltid starta där. Han kan inte starta med och säga: "Ja, men det är säkert för att du har ångest som du har ont i benen."*

Sjukgymnasten lyfter här fram betydelsen av patientens förståelse av sina besvär och bot, hennes livsvärld, i samarbetet. Den underliggande förståelse hon uttrycker i citatet är att man alltid måste starta i behandlingen med att möta patienten där hon är i sin förståelse och inte omdefiniera patientens problem till något annat, än det som det framträder som för patienten. Erkännandet av patientens förståelse utifrån det patienten känner som sant för henne själv, blir i sjukgymnastens förståelse en plattform i samhandlandet.

Sjukgymnastens förståelse innebär ett erkännande av patientens livsvärld som giltig och patienten som meningsberättigad i behandlingsrummet. Genom detta har hon definierat behandlingsprojektet som en intersubjektiv process där skapande av mening sker utifrån bådars livsvärld. I behandlingsrelationen kan patienten på så sätt sägas bli expert på sitt liv och sjukgymnasten expert på det sjukgymnastiska. Det innebär en behandlingsrelation där båda är definierade som meningsskapande subjekt och där "sanningen" inte är entydig, utan kopplad till det som ger mening.

Följande aspekter i synen på behandlingsrelation och meningsberättigande kan formuleras:

- Den behandling som människor väljer att uppsöka är kulturellt inlär utifrån historiska och sociokulturella föreställningar om sjukdom och bot.
- Erkännandet och bekräftelsen av patientens förståelse i det hon upplever som sant för henne själv, är en betingelse för att ett ömsesidigt möte ska kunna äga rum i den sjukgymnastiska behandlingen.

Line talar om bekräftelse och de möjligheter som ligger i det kroppsliga, i att känna att något är sant med alla sinnen. Hon säger att bekräftelsen av att något **är**, existerar, på den konkret kroppsligt sinnliga nivån, är grundläggande i behandlingsprocessen:

*"Jag tror att den möjligheten för koncentration och upplevelse av att något **är**, att något **är sant**, det går på en sådan helt grundläggande sinnlighet. Sinnligheten i verbal terapi ligger ju i att använda hörseln. Men att känna köld, värme, tryck, ledkänslor och allt det som ligger i ett sådant nära kroppsligt möte, det tror jag är helt basalt. Det är grundläggande för att uppleva bekräftelse och bekräftelse är grundläggande i all terapi."*

Här lyfter sjukgymnasten fram kroppen som möjlighet att förnimma existensen av att något **är**. Hon kopplar också upplevelsen av att något är sant för en människa till det kroppsliga erfandet. Det kan ses som att hon ser den kroppsliga erfarenheten som en viktig förståelsegrund i skapandet och förankringen av mening. Detta definierar kroppen som meningsbärande och meningsskapande. Denna aspekt av möjligheterna i det kroppsliga mötet i behandlingen kan formuleras som:

- Den kroppsliga erfarenheten är en viktig förståelsegrund i skapandet och förankringen av mening.

Line lyfter fram konflikten mellan perspektivet på kroppen som meningsbärande och den medicinska och naturvetenskapliga reduktionen av kroppen till objekt för behandlingsåtgärder. Hon talar om "tingliggörande" (norska), att göra kroppen till ett ting, och "främmandegöring" av kroppen.

*"Om du blir hanterad på det sättet att vissa teman som du som patient upplever som viktiga inte blir bekräftade, då tror jag att du som patient upplever att det är en väldigt liten del av dig som får lov att vara i rummet."*

*När de sakerna som man upplever som viktiga för en och vanskliga att ta upp, bara faller till jorden och inte blir giltiga på något sätt, då stänger man av **det** rummet inom sig. Men om man både kan ge en biomekanisk förståelse och samtidigt koppla det till andra teman som social funktion och emotionella erfarenheter utanför behandlingsrummet och i behandlingsrummet, så är det något annat. Om man inte tabubelägger vissa teman i förhållande till kroppen, utan kan ta in många aspekter, då kan det bli ett sant möte, mellan två människor, två subjekt, även om rollerna är olika"*

Sjukgymnastens förståelse inrymmer ett antagande om att människor i ett möte ömsesidigt definierar varandra. Innebörden av det hon säger, är att sjukgymnasten genom sitt sätt att fokusera och avgränsa vad som är intressant eller inte i det kroppsliga mötet i behandlingen, bestämmer hur mycket av patienten som har ett existensberättigande i rummet. Genom detta har sjukgymnasten makt att reducera patientens tillgång till sig själv i behandlingsprocessen. På detta sätt blir sjukgymnastens förståelse av kroppen också avgörande för behandlingsrelationen. Sjukgymnastens förståelse av kroppen avgör om patienten blir meningsberättigad eller inte i relationen, om det kan komma till stånd det sjukgymnasten kallar ett sant möte mellan två människor, två subjekt, eller inte. Sjukgymnastens perspektiv på kroppen avgör på detta sätt också vilken förståelse som kan få lov att utveckla sig i behandlingsrummet utifrån om kroppen ges ett berättigande som meningsbärare och meningsskapande eller inte. Denna kan formuleras som:

- Sjukgymnastens förståelse av kroppen är avgörande för den mening som patienten har möjlighet att skapa i det sjukgymnastiska behandlingsrummet.

### Ord, mening och erfarenhet

Sjukgymnasterna använder sig av flera strategier för att bjuda in patienten i rollen som meningsberättigad i behandlingsrummet. Det ena är att hela tiden varsamt föra patienten tillbaka till och stanna i det som de själva känner, för att poängtera vikten av det i behandlingen. Det andra är att låta patienten själv sätta sina egna ord på det de känner. De ord som bär fram meningen i det patienterna känner får därmed en möjlighet att bli förankrade i dem själva som meningsfyllda. Patientens egna ord ges på detta sätt meningsberättigande i behandlingsprocessen. Det tredje är att lyfta fram och medvetandegöra patientens förhållningssätt till sjukgymnasten som auktoritet och hur patienten genom detta avsätter sig själv som meningsberättigad i behandlingsrummet. Alla dessa tre strategier kan sägas vara sätt att definiera för patienten vad "saken handlar om" - att den sjukgymnastiska behandlingen handlar om att

hjälpa henne/honom att förankra sig i sig själv och hitta sina egna möjliga vägar att gå.

Rebecka säger att det är viktigt är att låta patienten själv sätta ord på det hon upplever. Först då äger hon sin egen upplevelse. Man kan lura sig själv som sjukgymnast genom att sätta igång och vara duktig och tala om för patienten hur det är:

*"Vem ska hjälpa mig att sätta språk på det jag upplever? (...) Om jag som sjukgymnast talar om hur jag vet att det är, så kommer de bort ifrån sitt eget kännande tror jag. Det viktiga är ju att det får vara deras känslor. Det är så lätt med de här människorna att rycka undan mattan för dem. De kommer så lätt ifrån att det viktiga är att det som de själva känner. Det är det som gäller. Så man måste vara väldigt varsam och i stället hjälpa dem att föra dem tillbaka till sig själva och att stanna i att det var något viktigt som de kände."*

Förståelsen av den mening som skapas i behandlingsrummet måste således växa fram och vara förankrad i patienten själv, för att patienten ska kunna använda det som en förändrande kraft i sitt liv. Detta är i helt linje med Lines förståelse om vikten av att patienten måste känna hur det är inifrån sin egen kropp för att äga insikten av hur det är och då också sina egna möjligheter till förändring.

Rebecka för detta vidare och aktualiserar den plats och uppmärksamhet som ges i behandlingsrummet åt patientens egna språk för det hon/han upplever. När någon talar om för patienten vad de vet, så försvinner deras eget kunnande, uppger Rebecka.

*"Det fordras att patienten har mycket självförtroende om hon/han ska tro på sig själv när sjukgymnasten som auktoritet har sagt något. Andra har sagt så mycket till dem hur de mår, så det tänker inte jag fortsätta med. Men det är en fälla jag kan gå i."*

Fällan menar sjukgymnasten, består i att patienten gärna inbjuder till att hon ska ta expertrollen. I stället utnyttjar Rebecka möjligheten i situationer då hon märker detta, till att lyfta fram vad som händer och klargöra konsekvenserna av att låta andra tala om vad patienten ska tycka och känna. Hon exemplifierar med Sveas sätt att tala om att "gå rätt" och "göra på rätt sätt" och hur hon bollat tillbaka detta med frågan: "rätt för vem då?" Därmed för hon också in en diskussion med Svea om hennes relation till Rebecka som auktoritet.

Detta tydliggör behandlingsrelationens betydelse för meningsskapande och förändring i behandlingsprocessen.

En aspekt som kan formuleras utifrån ovanstående är:

- Orden måste vara förankrade i patientens *egna* erfarenheter för att bli meningsfulla.

Sjukgymnasten lyfter i detta sammanhang fram att när hon som behandlare håller sig inom det område där patienten är trygg, så hamnar inte patienten lika lätt i en beroendeställning till henne. Om hon däremot håller sig inom ett område som är hotfullt, måste hon som behandlare hela tiden vara beredd att ta hand om eller fånga upp patienten om det händer något. Detta menar hon påverkar patientens självkänsla. Om sjukgymnasten rör sig inom det område där patienten är trygg, i stället för nära randen till "avgrunden", kan patienten känna att här klarar hon sig själv och relationen blir en annan mellan henne och patienten. Denna aspekt kan formuleras som:

- När patienterna befinner sig på gränsen till det de klarar av i övningarna, blir de mindre självständiga.

Hur sjukgymnasterna förstår den sjukgymnastiska behandlingsprocess som handlar om att hjälpa patienten att förankra sig i sig själv och hitta sina egna möjliga vägar att gå, avhandlas i kapitel 7, 8 och 9.

## Den sjukgymnastiska behandlingen som process

Samtliga sjukgymnaster beskriver den sjukgymnastiska behandlingen som en process där relationen mellan sjukgymnast och patient är bärande. Denna förståelse beskriver sjukgymnasterna att de tvingats utveckla genom sitt möte med patienter med kroppsliga problem som inte gått att inordna i den sjukgymnastiska och medicinska "mallen" vad gäller sjukdom och bot. Det processinriktade arbetssättet beskriver de som förenat med större möjligheter vad gäller patientens utveckling men också i konflikt med den traditionella synen på sjukgymnastik som de bär med sig.

Ingela beskriver att det är patienterna med så kallade psykosomatiska besvär och smärtproblematik som fått henne att utveckla ett annat sätt att tänka än det traditionellt sjukgymnastiska.

*"Det har känts som om patienterna på något vis har valt ut sjukgymnaster som den yrkeskategori som kan hjälpa dem. Det är sjukgymnaster de har förväntningar på eftersom de upplever sina besvär i första hand som kroppsliga. Det är en väldigt liten del som kan acceptera att gå i samtal och*

*jobba den vägen. Jag undrar... vem ska kunna hjälpa de här patienterna? De hamnar lätt utanför sjukvården eftersom deras symptom inte kan delas upp i antingen kroppsliga eller psykiska. Man kan tycka att detta inte är sjukgymnasternas bord. Men som jag ser det har sjukgymnaster en stor möjlighet att överbrygga denna uppdelning och hjälpa patienterna på ett helt annat sätt genom att komplettera sina kunskaper om kroppen med psykodynamiskt inriktad kunskap."*

I citatet framträder de konsekvenser som den teoretiska föreställningen om kropp och själ som tudelat medfört beträffande sjukvårdens organisation som uppdelad i psykiatrisk respektive somatisk vård. Konsekvenser som sjukgymnasten uttrycker, gör att den "psykosomatiska" patienten står utanför den traditionella sjukvården. I denna situation har väljer många patienter ut sjukgymnasterna som acceptabla att möta, som några som skulle kunna förstå de problem de lever med. Patientens belägenhet - att stå utanför sjukvårdssystemet - och det förtroende hon får av patienten, uppger sjukgymnasten har lett till att hon känt det som sin uppgift att utveckla sin egen kunskap på området så att hon kan hjälpa patienterna. I detta ställningstagande ligger också en grundläggande respekt för patienten som meningsberättigad - att ta patientens uppfattning om sin sjukdom och bot på allvar och möta henne i det kroppsliga problem hon presenterar. I stället för att avfärda det hon inte förstår eller omdefiniera det till något som ryms inom "mallen", har hon sett det som en utmanande uppgift att försöka utforska och förstå det patienten söker för tillsammans med patienten.

Sjukgymnasten beskriver också att hon genom de problem patienterna ställt henne inför i behandlingsrummet, tvingats släppa det hon benämner "den traditionella sjukgymnastrollen" som experten som kan kroppen och vet boten. I stället har hon inlett en öppnare dialog med patienten där förståelsen av kroppen och kroppens samband med patientens liv utforskas tillsammans med patienten. Förgrunden i det hon vänder sin uppmärksamhet mot i behandlingen har på detta sätt skiftat från symptomen, den fysikaliska behandlingsmetoden och dess verkan, till det som händer i behandlingsrelation och process. Den förändrade synen på kropp och behandling har också krävt andra sjukgymnastiska behandlingsramar som fört med sig konsekvenser för hur hon måst förhålla sig till den sjukvårdsorganisation hon arbetar i.

Flera av de andra sjukgymnasterna beskriver på liknande sätt hur de i sin frustration i mötet med patienterna, sökt sig från den traditionella sjukvården som de uppfattat som för "trång" i sitt synsätt och sina behandlingsmetoder, och i stället vidareutbildat sig och i flera fall öppnat privatpraktik. Sjukgymnasternas strategier för att vidga sitt handlingsrum skulle här kunna tolkas som ett kreativt uttryck för att de tagit den utmaning och lärdom som patienterna gett, och ger dem, på allvar och sökt sig till kunskaps- och yrkesområden där de kunnat utveckla sin förståelse.

Följande aspekt kan formuleras utifrån ovanstående:

- Det är genom att ta patientens erfarenheter och uppfattningar i anspråk för att skapa mening, som gängse föreställningar kan överskridas och ny kunskap växa fram.

#### Konflikten mellan målstyrt handlande och processinriktat

Sjukgymnasterna uttrycker att deras sätt att tänka och arbeta står i konflikt med den traditionella sjukgymnastrollen och sättet att se på den sjukgymnastiska behandlingen som en metod. Line förtydligar denna konflikt:

*"Målsättningen med all terapi är ju i de flesta fall att det ska ske en slags förändring. Men vad det blir ändring **till**, det kan man ju inte veta på förhand. Därför reagerar jag så väldigt starkt på alla dessa budskap om att man ska ha delmål och huvudmål som en annan byråkrat. Man startar ju en process. Och det att man sätter upp alltför tydliga mål det betyder ju att man säger nej till väldigt många av de möjligheterna som dyker upp på vägen."*

I citatet framgår att sjukgymnasten förstår det målrelaterade tänkandet i behandlingen som något som ödelägger de mångfaldiga möjligheterna. Hon lyfter fram vikten av öppenhet inför det dynamiska i behandlingsprocessen och de möjligheter som visar sig i samhandlandet med patienten. Därmed tydliggör hon en behandlingsposition som "icke-vetande", som en kreativ potential för samarbetet med patienten i behandlingsrummet. Att vara "icke-vetande" ska här inte förstås som ovetande, utan kunskaper, erfarenheter och egna föreställningar, utan som en öppenhet och flexibilitet i mötet med det som framträder i behandlingsprocessen med patienten. Följande aspekter kan formuleras härur:

- Sjukgymnastik bedrivet som målstyrt träningsprogram, kan ödelägga de mångfaldiga möjligheter som öppnar sig i behandlingsprocessen.
- Att inta en behandlarposition som "icke-vetande" och sätta sina egna föreställningar och ambitioner åt sidan, innebär ett öppnande för de möjligheter som framträder i behandlingen som process.

En dimension i förståelsen av behandlingen som process, exemplifieras av Carins behandling med Anncharlotte. Carin beskriver hur hon i behandlingen följer Anncharlotte väldigt nära i den kris hon befinner sig i, genom det



övningsval hon gör i förhållande till hur Anncharlotte uttrycker att hon mår vid just det tillfälle hon kommer på behandling.

*"Jag har ju försökt att följa hennes förlopp väldigt nära i den här krisen hon har varit inne i. Så jag har gett henne övningar utifrån där hon har varit. Sådant som kan stärka henne. Jag har försökt bekräfta henne genom övningsvalet i det hon just då varit inne i. Ge väldigt mycket stöd de gånger hon har behövt stöd. Och jag har fått härbärgera henne genom många behandlingar, genom att kräva väldigt lite och ge väldigt mycket. Det har jag kunnat göra för jag har litat på hennes kraft i andra situationer. (...) Det är möjligt att den processen hade funnits där ändå. Men jag känner att de här behandlingarna har lite grand lagt ved på brasan. Hon har fått förstärkt och bekräftat och speglat den process som hon varit inne i."*

Övningarna ges här innebörd inte bara som kroppsmedvetandeträning, utan även som relations- och meningsskapande. Sjukgymnasten väljer övningar utifrån den grad av omhändertagande och stöd, eller det behov av att få tag i och ge uttryck för sin egen kraft och styrka, som hon uppfattar att patienten behöver för att komma vidare i sin kris.<sup>27</sup> Härvid utformas relationen mellan sjukgymnast och patient genom övningarna, vilka ger möjlighet att få ge uttryck för sig själv som liten och svag eller stor och stark, i relation till sjukgymnasten. Övningarna blir därmed till en möjlighet att utforska ny mening om vem man själv är eller skulle kunna vara i relation till andra människor. Jag återkommer till detta i kapitlet om meningsskapande.

Följande aspekt kan formuleras utifrån detta:

- Övningarna i den sjukgymnastiska behandlingen tränar inte bara funktioner utan är också relations- och meningsskapande.

Den sjukgymnastiska behandlingen kan utifrån det ovan sagda betraktas som en relations- och meningsskapande process, där den snävare definitionen av sjukgymnastik som en träning av funktioner kan sägas begränsa och negligera både de möjligheter och de svårigheter som ligger i behandlingssituationen.

---

<sup>27</sup> En mer klagörande beskrivning av behandlingen med Anncharlotte, ges längre fram i kapitlet om sjukgymnastik och meningsskapande och rubriken: "Att förankra sina känslor i sin kropp", samt under rubriken "Rädslan för upplösning och förnimmelsen av kroppen som sammanhållande rum", i kapitel 8.

## Att förhålla sig till det levande i processen

"Ovissheten"- att inte bestämma sig på förhand eller för snabbt för hur saker och ting "är", utan förhålla sig öppen till det som sker, framförs som en kreativ potential i behandlingsrummet. Rebecka beskriver hur hon i det patienten ställt henne inför i behandlingsrummet, tvingats arbeta med att våga släppa sina egna idéer för att finna patientens växande punkt. Detta framkommer i hennes beskrivning av hur hon tillsammans med patienten utforskar var gränserna och möjligheterna finns för patientens rörelse i flera bemärkelser:

*"När man kommit till en gräns så får man gå tillbaka lite grann för att hitta en frihet, för vid gränsen har man ingen frihet. Friheten att utforska finns lite innanför gränsen. Det går inte att stå på randen till något om patienten ska våga utforska nya områden i sig. Det innebär att man som behandlare måste släppa sina egna idéer om hur långt patienten borde komma och i stället acceptera patientens egen gräns och låta den vara. Det är inom det område patienten är fri som möjligheterna finns. (...) Det handlar om det som är möjlighet, det handlar inte om det som inte är möjligt."*

Här lyfter Rebecka fram hur hon handskas med det hon själv vill som behandlare eller ser som möjligt i behandlingen, i förhållande till sin känsla för var patienten har sin "växande punkt". Denna punkt är där patienten kan behålla sin öppenhet och frihet att utforska sina möjligheter, utan att utmanas så långt att hon låser sig.

Rebeckas uppmärksamhet är i detta riktad mot vad patienten öppnar sig för och vad hon stänger sig för genom att se när andningen exempelvis låser sig, eller känna var det finns frihet i rörelsen. Härigenom får hon information om hur hon själv måste förhålla sig i rummet för att behandlingsprocessen ska kunna bli patientens egen och för att patienten ska kunna hitta sina egna möjliga vägar att gå.

Citatet ovan uttrycker konflikten i sjukgymnastrollen mellan att vara den som vet och har initiativet och att erkänna patienten som aktivt medskapande och meningsberättigat subjekt i behandlingen. En konflikt som också kan sägas handla om att våga släppa kontroll och att hitta balansen mellan att styra och att följa, på det personliga planet i yrkesrollen - att våga släppa sina egna idéer och följa det som sker, för att något nytt ska kunna ta form. Följande aspekt kan formuleras utifrån detta:

- För att patienten ska kunna hitta sina egna möjliga vägar att gå och behandlingsprocessen ska kunna bli hennes/hans egen, krävs att sjukgymnasten vågar släppa sina egna idéer om hur långt de ska gå.

Rebecka beskriver i detta sammanhang hur hon arbetar med att fatta beslut om vad som ska göras i behandlingsrummet härnäst, mitt inne i det levande samspillet med patienten. Besluten, menar hon, sker inte utifrån någon förutbestämd ordning. Hon blir väldigt upprörd när jag frågar henne vad hon har för intention med det hon gör och betonar att hon inte har någon egen idé som hon driver med patienten. Jag frågar henne då hur hon vet vad hon ska förstärka och tydliggöra av det som sker inne i behandlingsrummet, medan vi ser på behandlingsfilmen:

*"Det är ju sådant som framträder och som jag tycker är uppenbart för mig. Jag måste ju se någonting, någonting i hennes hållning eller vad hon gör med sig själv eller hur hon uttrycker sig. Då kan jag ju förstärka det och ge patienten en chans att svara på det. Om hon inte svarar på det så var det inget viktigt. Om hon svarar på det så kan det ju vara något viktigt och då handlar det ju om att ta hand om och spinna vidare på det."*

Sjukgymnasten tydliggör här att det är patienten som "vet" vad som är viktigt och känner vad som är meningsbringande för henne. Med detta avsätter hon sig emellertid inte som meningsberättigad, utan behåller sin professionalitet vad gäller att se och känna vad som potentiellt skulle kunna vara meningsfullt för patienten. Detta gör hon genom att förstärka det som framträder och tydliggöra till exempel kroppsliga mönster med sina händer i den manuella behandlingen. Hon kan också förstärka det genom att be patienten känna vad hon gör med sig själv. Ibland talar hon också om vad hon uppfattar. På olika sätt bollar hon över till patienten för att se om hon/han "svarar" på det. Det innebär att patienten hela tiden är med och styr det som de går vidare med.

De andra sjukgymnasterna beskriver på liknande sätt hur de fattar beslut från det ena momentet i behandling till nästa, utifrån vad som framträder i behandlingsrummet och vad patienten uttrycker. Vad de ser efter för att få kunskap om processens förlopp beskrivs längre fram i detta avsnitt.

Citatet ovan förtydligar ett arbetssätt som är avhängigt en stark **närvaro och koncentration** i det som sker, från sjukgymnastens sida.

Jag frågar Rebecka om hon har något sätt för att bli mer seende och fånga in den information hon behöver för att fatta beslut om vad de ska gå vidare med i behandlingen.

*"Överhuvudtaget så är det ju att vara närvarande i mig själv. Det är ju det här arbetet man gör med sig själv för att bli mer medveten i sig som gör att jag ser mera. När jag varit på kurser och utbildningar och när jag har haft tid för mig själv, då gör jag ett bättre jobb när jag kommer tillbaka. En period gjorde jag T'ai chi. Jag tog fem minuter bara mellan varje patient och det var väldigt bra. Jag gjorde något annat än det som jag håller på med med patienterna, något som var för mig själv också - att stå*

*upp och göra rörelse, till skillnad mot att sitta stilla och göra smårörelser som jag gör inne i behandlingsrummet. Det är nog det jag tycker är skönast när jag ska samla ihop mig inför det som jag ska göra."*

Närvaron i sig själv, att få tid för sig själv och att samla ihop sig mellan behandlingarna genom att göra något annat än det hon gör inne i behandlingsrummet, är det som sjukgymnasten uttrycker som viktigt för att bli mer seende och kunna fatta beslut när hon befinner sig mitt i behandlingsprocessen. Citatet uttrycker både hennes arbetsätts stora krav på koncentration, närhet och närvaro och behovet av att få distans och vila från den krävande närvaron i behandlingsprocessen med patienterna. Likaså nödvändigheten av att få näring och stimulans genom kurser och utbildning. Hon ser detta som ett sätt att vårda sin yrkesskicklighet och utvecklas i stället för att brännas ut.

Flera av de andra sjukgymnasterna uttrycker på liknande sätt koncentrationens och närvarons betydelse hos sjukgymnasten i behandlingsrummet. Carin säger att denna koncentration skiftar:

*"Vissa dagar når jag bara till huvudet och andra dagar når jag hela världen. Vissa dagar känner jag att jag kan vila i det som är. När jag kan vila i det som är, eller försöker vila i det som är, så fungerar det som en vila för mig själv med. Andra dagar blir jag mera trött. När jag inte har fått använda mig själv på det här sättet i mötet utan varit den som dragit någon efter mig eller försökt leda patienten mot ett bestämt mål utan att vara med på vägen så att säga."*

Här betonar sjukgymnasten närvaron och vilan i det som är i stunden i behandlingsrummet som något som inte bara hjälper henne att nå fram till patienten och öppna sig för det som sker, utan också att det gör henne mindre trött i sitt arbete.

Närvaron i stunden i det som sker kan ses som ett sätt att centrera sig själv i den extrema sinnlighet och det till synes gränslösa som Line, i det första citatet i resultatredovisningen, beskrev som förknippat med att arbeta utifrån ett så kallat psykosomatiskt synsätt. För att kunna hitta närvaron och kunna förhålla sig i det sker i behandlingsrummet, menar Rebecka att hon måste underhålla sin egen kroppsmedvetenhet utanför behandlingsrummet. Sjukgymnasterna har också uttryckt detta som att vara i "samklang" med sig själv.

Utifrån det som sagts ovan skulle följande aspekt kunna formuleras:

- Det processinriktade arbetsättet ställer höga krav på sjukgymnastens koncentration och kroppsliga lyhördhet och förmåga att kunna vila i det som är i stunden i behandlingsrummet.

## Ramarna som trygghet i det "ovissa"

Sjukgymnasterna beskriver att de i det processinriktade arbetssättet försöker inta en position av att vara "icke-vetande" för att förhålla sig till det ovissa. För att ovissheten och den osäkerhet detta innebär inte ska inverka destruktivt, beskriver sjukgymnasterna vikten av att ha tydliga ramar och struktur i behandlingen. Behandlingskontrakt med patienten om antal gånger, tid, betalning etcetera, är en sådan ram. Tid och plats en annan. Ritualer i behandlingsrummet en tredje.

Ingela beskriver hur hon hanterar osäkerheten inne i behandlingsrummet:

*" .. jag håller mig i strukturen, tid och plats. Det är ramarna och strukturen som jag håller mig i när jag inte vet vad jag ska göra ... och man kommer **förfärligt** långt med det har jag kommit på (skrattar)."*

Struktur och ramar är något som alla de övriga sjukgymnasterna också betonar, som förutsättning för att skapa ett tryggt rum att vara i både för patient och sjukgymnast.

Gunilla betonar ramarnas och ritualernas trygghetsskapande betydelse i behandlingssituationen och menar att de hjälper till att "härbärgera" situationen, särskilt för någon som inte har någon primär hud. Men de hjälper henne också att följa patientens process. Hon berättar om en av sina patienter och den distans hon tolkar att han försöker upprätta till henne genom att hela tiden komma för sent:

*"Det är någonting viktigt med det där att han alltid kommer för sent. Jag vet inte helt vad det handlar om. Men det handlar ju om att han ju styr. Han kommer inte på mina villkor, med de ramarna som vi har, utan han bryter mot vår överenskommelse. Och ... om det är för att upprätta någon distans till mig. Om det är för att förekomma och göra mig arg, så att han vet var han har mig? Det kanske kan vara olika saker olika gånger. Men jag tror att det handlar om att han inte riktigt **vågar** av någon anledning då, komma i tid."*

De ramar de har är att hålla behandlingstiden, samma dag och samma tid varje vecka. Rummet är det samma och möbleringen densamma. Den ritual de har är att hon kommer först och befinner sig i rummet när han kommer in, de skakar hand och säger hej. Sedan breder de ut ett lakan på den matta som de använder i behandlingen och sitter ner och samtalar cirka 40 minuter av behandlingstiden. Därefter arbetar de praktiskt på mattan, för att avsluta med stående grundningsövningar. Som behandlare tar hon varje gång upp när han bryter mot deras överenskommelse i kontraktet:

*"Just att jag uppehåller mig kring det är för att det handlar mycket om att inte ha någon primär hud, om härbärgerandet av den här situationen. Ska han kunna introjicera ett härbärgerande objekt, så är det viktigt att jag håller på ramarna och ritualerna. Och han är jätteprovocerad av de här ritualerna. Han kommenterar också varje gång, att det är så pinsamt att nu ska vi skaka hand och nu ska vi säga hej, och nu ska vi bre ut lakanet och nu ska vi sätta oss ner."*

Ramar och ritualer blir i sjukgymnastens förståelse en yttre sammanhållande struktur, en primär hud, som kan rymma den förändringsprocess som behandlingen syftar till. Genom att markera ramarna och ritualerna skulle man kunna säga att hon "håller i rummet" åt patienten. Hennes förståelse av vikten av ramarna och ritualerna är en del av det psykoterapeutiska perspektivet hon arbetar utifrån, där relationen i behandlingsprocessen utgör ett viktigt uppmärksamhetsfokus.

Men ramarna och ritualerna förekommer som ett återkommande inslag även i de sjukgymnasters praxis som inte har psykoterapeutisk utbildning. Bland annat som ett stöd för att hantera intimiteten i den kroppsliga närheten. I detta sammanhang för Carin in tekniken och ritualerna som stöd:

*"Tekniken är ju på ett sätt ett skydd att man inte invaderar och kommer för nära, i och med att det finns vissa grepp och att man gör på ett visst sätt och sitter på ett visst sätt och förhåller sig på ett visst sätt. Att det är lika från gång till gång. Att de känner igen att nu gör hon si och nu gör hon så och snart kommer det här, att de känner igen sig. Det invagar både mig och patienten i en slags trygghet i den här nära och intima situationen. Det handlar ju både om yttre ramarna, att inte bli störd, att stänga av telefonen och sätta besökslampan på rött. Men också ramarna mellan mig och patienten. Hur nära får jag komma? Hur mycket kan jag använda mina händer? Så småningom lär sig patienten mina händer och mina grepp och mitt sätt att vara och blir trygg i det."*

Sjukgymnasten har här utvidgat betydelsen av handgrepp och teknik i ett yrkesskickligt handlag i de sjukgymnastiska behandlingsmetoderna. Från att enbart vara av vikt för det "fysikaliska" resultatet omfattar hennes förståelse också relationella aspekter av beröring och ramarna i behandlingsprocessen.

Utifrån ovanstående kan följande aspekt formuleras:

- I det processinriktade arbetssättet får ramarna och ritualerna en viktig trygghetsskapande betydelse för att sjukgymnast och patient ska kunna förhålla sig till det ovissa i behandlingsprocessen.

## Att lägga pussel

Flera av sjukgymnasterna beskriver sitt arbetssätt som ett utforskande tillsammans med patienten. I detta beskriver de att de förhåller sig öppna för vad som kan komma att ge mening i behandlingsprocessen. Detta uttrycks särskilt träffande av Gunilla, som en utmanande process där hon "lägger pussel" för att kunna förstå och finna fram till patientens utvecklingsmöjligheter:

*"Det att det är så omöjligt först, det lockar mig. Det är en utmaning. Det här obegripliga, att det inte bara är logiskt, utan man får gå in i någonting som man får räkna med att inte förstå ett dyft av. Det här rena .. goddag yxskäft .. och det ska jag liksom bara befinna mig i för att kunna lägga det här pusslet på något sätt. Det är en lockelse där det finns utvecklingsmöjligheter och växtkraft, men där det har stoppat upp. Jag kan inte låta bli och bli indragen och engagera mig i det.  
(...) Det är ju någonting livgivande och kreativt. När det pågår så är det ju ett helvete, men sen så får jag ju någonting tillbaka när det sätter fart då. Jag stärks i min tilltro till livets möjligheter och blir bekräftad i min självkänsla."*

Gunilla beskriver hur lockelsen att hitta växtkraften och utvecklingsmöjligheterna hos patienten - det livgivande - får henne att stå ut med det omtumlande och frustrerande kaos som hon tvingas vara i, utan att förstå ett dyft. Hur hon varje gång när det livgivande övervinner det destruktiva och bromsande, stärks i sin egen tilltro till livets möjligheter. Genom att ta in händelser som kanske ter sig oförståeliga utifrån det sätt att förstå som hon själv har och tillåta sig att uppleva utan att förstå eller definiera, låter hon successivt bilden av patientens sätt att vara i relation till världen framträda. Utmaningen och lockelsen i att hitta växtkraften, verkar som jag uppfattar det också ligga i att det inte går att förstå hur det ska gå till på ett logiskt och rationellt sätt. Detta blir i stället synligt som mönster som växer fram genom förtätningar och förtunningar i behandlingsprocessens dynamik, där förståelsen växer fram som en bild i ett pussel. Följande aspekt kan härvid formuleras:

- Det processinriktade arbetssättet i sjukgymnastik kan beskrivas som ett utforskande av växtmöjligheter, där förståelse och mening växer fram som en bild i ett pussel.

## Att få kunskap om processens förlopp

Det processinriktade arbetssättet ställer stora krav på förmågan att tolka det som sker i behandlingsprocessen och att ha en utvecklad känsla för vad som är gynnsamt - vad som för processen framåt - och vad som inte gör det. Alla sjukgymnasterna betonar patientens andningsreaktioner som särskilt viktiga för att kunna avgöra om patienten låser sig eller inte. Det är dock en mängd andra kroppsliga signaler som de också anger. I dialogen med Ingela var detta en av de saker som fokuserades särskilt.

En av de faktorer Ingela uppger att hon är uppmärksam på, för att veta om de kan gå vidare i processen, är patientens *reaktioner i andningen*. Under själva behandlingen följer hon hans andning för att se om han låser sig eller inte; andningen djup, rytm, var den sprider sig eller stoppar, spontanitet och följsamhet, etcetera. Den innebörd hon ger detta är att andningen är ett uttryck för hans känslomässiga reaktioner och om han stänger av dem med andningen - "håller andan" - eller om han tillåter dem. Hon säger att spontaniteten i andningen, samt att det har börjat komma spontana gäspningar och suckar, är en grundförutsättning för att de ska kunna arbeta med att patientens känslomässig kontakt med sig själv. Det har tagit ca 1 ½ års kroppsligt behandlingsarbete innan den här patientens spontanitet i andningen har börjat komma.

Sjukgymnasten beskriver också skillnaden mellan olika former av suckar, till exempel att patienten suckar ut, när något "träffar" honom känslomässigt. En annan suck, som hon inte tolkar som en lättnadens suck, utan att han håller emot, är när han blåser upp sig och inte släpper ut luften riktigt.

Vad som sker med patientens andning säger sig sjukgymnasten ha som en särskild slags verifikation på om det hon känner stämmer eller ej - om hennes känsla och hans reaktioner kan tänkas höra ihop med varandra.

*Röst och tonläge*, som är en funktion av andningen, ger henne information dels om patientens känsloläge, dels om han är distanserad eller närvarande. Detta utvecklas närmre i Carins beskrivning av sitt arbete med rösten i behandling, längre fram.

Sjukgymnasten gungar också patienten passivt, rytmiskt från fötterna och upp genom kroppen, för att se om och hur impulsen fortplantar sig. Detta använder sjukgymnasten som ett redskap för att se hur mycket *rörelse* patienten släpper igenom och hur mycket han låser sig i kroppen:

*"Det är för att se hur mycket han släpper och vad som har hänt - vilka rörelseflöden som finns."*

Sjukgymnasten tolkar det som att patienten är mer kontaktbar, när han kan låta sig passivt gungas och släpper igenom rörelseflödet i kroppen.



Under hela behandlingen är sjukgymnasten också uppmärksam på känslomässiga reaktioner i *ansikte, ögon och mimik*. Dessa reaktioner medvetandegör hon ibland patienten om, för att se om det kan tillföra honom någon förståelse.

Patientens *symptomprat*, och benägenhet att hoppa från den ena kroppsliga sensationen till den andra, ser sjukgymnasten som ett sätt att undgå känslor eller insikter som kommer upp. Hon beskriver också att han ibland skiftar nivå från orden till kroppen när det "bränns". Exempel på detta återges i utdraget nedan, från den filmade behandlingen där de samtalar om det välbehag som kändes lite förbjudet:

*SG:..du kan inte skilja riktigt om det är välbefinnande eller osäkerhet? ...  
(..) .. Kan det vara ett välbefinnande som .. vad ska vi säga .. kanske inte känns så tillåtet och det är därför det ger en osäkerhet?*

*P: suckar ut: ja det är möjligt.*

*(SG tittar tankfullt ner på foten medan hon arbetar med den) Säger så på inandning, som för sig själv: Neej.  
..... (tyst paus)...*

*SG: Jag får en tanke ...*

*P (avbryter): Nu är det två .. nu är det två ställen som det markerar på! Det är här (visar på magen), och det är vänster knä.*

*SG: Vad säger det i magen?*

*P: Ja i magen är det väl det där som jag vill ha lite det här .. osäkerhetshistorien och i knät är det här typiska att jag blockerar .. det vill igenom någonting där, men det blir motstånd."*

Sjukgymnastens tankar om detta när vi ser sekvensen på filmen är att hans suck är uttryck för någonting som "träffar". Men patienten avbryter henne efter sin suck och hoppar snabbt över till de kroppsliga sensationerna. Detta tolkar sjukgymnasten som att han tycker det är för jobbigt och för svårt att ta in det som hon menar har "träffat". Det är precis som att han knappt hade lyssnat på henne, säger hon, och han går tillbaka till det kroppsliga i stället för att stanna kvar och reflektera kring sin ambivalens. Ingela tolkar det som att det är någonting som har "gått in", men att det finns motstånd och att hon bestämmer sig för att inte ta mer av det vid filmningstillfället av integritetsskäl. I vanliga fall hade hon valt att fortsätta tala om hans ambivalens.

Ett annat för sjukgymnaster ovanligt redskap, är att sjukgymnasten analyserar sin egen motöverföring - *de känslor som väcks i henne själv*, inne i behandlingsrummet. Ingela berättar att hon lärt sig att tolka sin egen motöverföring genom den handledning hon får en gång i månaden av en legitimerad psykoterapeut. Motöverföringen använder hon som redskap för att veta på vilken nivå patienten befinner sig i samband med det kroppsliga omhändertagandet - om de arbetar på det hon kallar oidipal nivå där den fysiska kontakten blir sexuellt laddad, eller om han är på nivån där han är det lilla barnet som blir ompysslat. För att efter behandlingarna med patienten reda ut för sig själv vad hon fångat upp hos patienten, skriver hon ned vilka känslor hon fyllts med, och reflekterar kring detta. Detta tar hon sedan upp i sin handledning. Det hon säger är att hon börjar lära sig att när det väcks känslor i henne i behandlingsrummet, så stannar hon upp i känslan och försöker känna på den, göra den tydlig för sig genom bilder och genom att reflektera kring den. Efter överväganden kan hon så ge tillbaka sina tankar till patienten och se om det "nappar". På detta sätt för hon in material från motöverföringen i behandlingsprocessen.

Rebecka beskriver på liknande sätt hur hon öppnar sig inte bara för det som framträder i patientens varandemönster, utan också lyssnar på sina egna känslomässiga reaktioner, för att kunna fatta beslut i behandlingsrummet. Hon uppger att hon har väldigt svårt att gå emot sig själv och att hon ibland ganska plötsligt kommer till en gräns där hon känner "hit men inte längre" och där hon då skiftar väg med patienten. Irritation och otålighet är känslor som hon tar som signal för att inte fortsätta med det hon gör utan stanna upp och reflektera över det som händer. Efterhand har detta också blivit ett sätt att komma åt hur hon kan behålla sin energi och inte tömma sig:

*"Det är när jag börjar bli irriterad, när jag börjar bli otålig, då vet jag. Jag tar det som en signal att inte fortsätta, utan titta på vad jag håller på med. Där ska det vara något skift. Efterhand som jag kommit på det, så har jag också kunnat se att det är ett sätt att komma åt hur jag ska behålla min egen energi. För det är när jag ska vara sådär duktig och hålla på och ha tålmod och stå ut, som jag tömmer mig själv på energi."*

Rebeckas sätt att få kunskap om processens förlopp har likheter med det Ingela i psykoterapeutiska termer beskriver som motöverföring.

Jag återkommer i diskussionen till det problematiska i sjukgymnastik med att inte ha formulerat och utvecklat ett medvetet sätt att förhålla sig till de processer som uppstår i det ibland mycket nära kroppsliga behandlingsarbetet.

## Sammanfattning

Det som framträder i analysen är en uppfattning om att behandlarens sätt att förhålla sig i behandlingsprocessen har en avgörande betydelse för vad som kan bli synligt och vad som ges mening i behandlingsrummet. Utifrån de problem och utmaningar sjukgymnasterna stått inför i behandlingsrummet tillsammans med patienterna, har de utvecklat ett arbetssätt som kan beskrivas som processinriktat. Det innebär att de satt övningar och metodiska tillvägagångssätt in i ett större relationellt perspektiv och meningssammanhang, som handlar om patientens utveckling i den process som skapas genom sjukgymnastens och patientens samhandlande i behandlingsrummet. Denna perspektivförskjutning omdefinierar den gängse teoretiska föreställningen om sjukgymnastik som en metod, där uppmärksamheten är riktad mot att värdera metodens fysikalisk verkan. Att övergå från ett orsak-verkan tänkande där metoden sätts i fokus, till att sätta behandlingsprocessen i fokus för uppmärksamheten, har också medfört praktiska konsekvenser för sjukgymnasternas arbetssätt och vad de uppmärksammar i sitt behandlingsarbete. Det sjukgymnasterna lyfter fram i detta sammanhang är patientens meningsberättigande i behandlingsrummet, ramarna i behandlingen, vikten av att kunna släppa sina egna idéer, betydelsen av sjukgymnastens närvaro, koncentration och förmåga att vila i det som är nuet i behandlingsrummet för att kunna öppna sitt "seende". De betonar i detta, förmågan att kunna uthärda att inte förstå och låta förståelse få framträda successivt genom att "lägga pussel" tillsammans med patienten. De svårigheter som de tampas med i denna position kan sägas vara förknippade med att kunna uthärda ovisshet och förvirring och att våga lita på patientens egen process. Ramarna i behandlingen lyfts fram som viktiga i detta sammanhang.

Sjukgymnasterna har också utvecklat sätt att få kunskap om processens förlopp för att bedöma vad som för processen gynnsamt framåt och vad som inte gör det. Centralt i detta är att följa patientens andningsreaktioner, där spontaniteten i andningen ses som en förutsättning för att patienten ska kunna få kontakt med sig själv. När patienten "håller andan" och blockerar kroppens medrörelse i andningen, ses detta som ett tecken på att något är för mycket som gör att processen stannar upp. Röst, tonläge, mimik, ögonkontakt, rörelseflöde genom kroppen, patientens förmåga att vila i det hon/han känner, inbalansering gentemot gravitationen, är andra företeelser de vänder sin uppmärksamhet emot för att få kunskap om processens förlopp.

Behandlingsrelationen blir genom det processinriktade arbetssättet central. Detta för med sig konsekvenser för den kunskap sjukgymnasterna anser att de behöver för att arbeta på detta sätt. Flera av sjukgymnasterna i materialet har genom psykoterapiutbildning och handledning bland annat lärt sig att använda sina egna känslomässiga reaktioner i form av motöverföring, som medvetet behandlingsredskap.

## Sjukgymnastik som en möjlighet att erövra tillit till den egna existensen

I sjukgymnasternas förståelse av patientens förändringsprocess framstår grundtilliten till livet och rätten att existera, som centralt. Tilliten ses som en betingelse för att patienterna ska kunna öppna sig i sitt varande för förmimelsen av kroppen och därmed för kontakten med både världen och sig själva. Det konkreta kroppsliga mötet menar de innebär särskilda möjligheter att arbeta med patientens grundtillit till livet och sig själv. Detta är det tema som avhandlas i det här kapitlet.

### Att utforska sin förmåga till tillit

Den betydelse sjukgymnasterna ger förmågan till tillit, är att den är en förutsättning för att patienten ska våga öppna sig för sina egna möjligheter till förändring. Denna öppenhet för förändring förstår de som starkt knuten till den relation som skapas i behandlingsrummet. Rebecka ser denna tillit i behandlingen som en plattform utifrån vilken mycket kan få lov att hända. Hon ser också det kroppsliga och beröringen i det sjukgymnastiska behandlingsarbetet som en större möjlighet till att skapa tillit än exempelvis det verbala:

*"Det är så lätt att dupera med ord, men med hjälp av rörelse och beröring är det lättare att komma ner till enkelheten och grunden vad gäller tillit i en relation. Kroppen och rörelserna är en så konkret grund på det planet. Tilliten är ju en grund för att kunna vila och andas. När jag inte har tillit så håller jag andan."*

Sjukgymnasten ser här den kroppsliga dialogen som ett konkretare sätt att kommunicera om och skapa tillit i en relation, än att samtala med ord. Tilliten

ser hon som kroppsligt uttryckt i patientens vila och frihet i andningen. Det kroppsliga behandlingsarbetet blir i hennes förståelse till en möjlighet för patienten att förnimma/bli medveten om och utforska sin tillit till sjukgymnasten, sin kropp, sig själv och tillvaron.

Följande aspekt kan formuleras utifrån ovanstående:

- Den kroppsliga dialogen via rörelse och beröring innebär ett konkret sätt att kommunicera om och skapa tillit i en relation.

Line beskriver att tilliten i behandlingsrelationen är en överordnad faktor för patientens både hopp och tillit till den process som kan komma att bli till i behandlingen tillsammans med sjukgymnasten.

*"Tillitsfullhet handlar om att ivarata hopp och egen drivkraft till att gå de vägar man ser. Det handlar om acceptans även om man gör saker och ting ofullständigt och dumt eller klantigt. Bristande tillitsfullhet är det som hindrar oss från att använda oss av våra förmågor och våra talanger, vår frimodighet."*

Sjukgymnasten lyfter här fram betydelsen av sjukgymnastens mottagande och acceptans av patienten i all hennes/hans kroppsliga ofullkomlighet och klantighet i behandlingen, som ett värnandet av patientens frimodighet. Hur sjukgymnast och patient rent konkret förhåller sig till patientens "kroppsliga ofullkomlighet", blir i Lines förståelse avgörande för den frimodighet som patienten kan få tillgång till i sig själv i behandlingen. Sjukgymnastens sätt att förhålla sig blir här avgörande för patientens upplevelse av sig själv, antingen som en ofullkomlighet som måste tränas, eller som en människa vars resurser utforskas i behandlingen. Detta kan anknytas till det Rebecka förde fram i förra kapitlet om att patienten när hon befinner sig på gränsen till vad hon klarar, blir mindre självständig.

Följande aspekt kan formuleras utifrån ovanstående:

- Att bli mottagen och accepterad i sin kroppsliga ofullkomlighet ger en tillit och frimodighet att våga använda sin egen drivkraft till utveckling.

Både Line och Carin ger i sin förståelse uttryck för tillit som en ömsesidigt skapad känslomässig kvalitet i behandlingsrelationen, som handlar om att inte kränka den andres sårbarhet i mötet. Carin beskriver hur tilliten manifesterar sig i behandlingsrummet:

*"Ofta är det nog helt nonverbalt, att man har ögonkontakt, att jag känner att patienten och jag lutar på varandra. Att patienten känner att jag inte kommer att kränka honom eller henne på något sätt, utan att det finns en ömsesidig respekt."*

Carin beskriver att det är i ögonkontakten som hon förnimmer tilliten i mötet med patienten och att tilliten är beroende av att hon inte kränker patienten. Hon säger också att tilliten är ömsesidigt beroende av att både patienten och hon lutar på och visar en respekt för varandra. Det innebär att hon inrymmer sin egen sårbarhet i mötet med patienten och ger patientens bemötande av denna en betydelse för den tillit som kan utvecklas i behandlingen. Konsekvensen av denna förståelse är att sjukgymnastens relation till sin egen sårbarhet och ofullkomlighet, blir en faktor som påverkar den tillit som har möjlighet att utvecklas i behandlingsrelationen. Sårbarheten i detta möte kan sägas vara både en svårighet och en möjlighet.

Följande aspekt kan formuleras utifrån ovanstående:

- Tillit är en ömsesidigt skapad känslomässig kvalitet i behandlingsrelationen som handlar om att inte kränka den andre i sin sårbarhet.

Line talar i detta sammanhang om mötet i det sjukgymnastiska behandlingsrummet som ett skyddslöst möte från kropp till kropp och att patienten bokstavligen talat lägger sitt liv i sjukgymnastens händer. Följande yttrande gör hon i samband med att vi ser på det behandlingsmoment där Line håller Doras huvud i sina händer och utforskar hennes nackrörlighet passivt, på behandlingsfilmen:

*"När man lagt ifrån sig sitt huvud i någon annan människas händer så har man lämnat över det mesta av det som man kan lämna över av sig själv till den andre. Det är det mest skyddslösa man kan vara."*

Detta kan tolkas som att i det sjukgymnastiska behandlingsarbetet finns situationer som ställer både sjukgymnast och patient ansikte mot ansikte med tilliten i behandlingsrummet, en tillit som både har att göra med patientens livshistoria och behandlingsrelationen. För att Dora i det här fallet, ska kunna bli av med smärtan i nacken och öka sin rörlighet måste de båda förhålla sig till hennes tillitsbrist.

Line beskriver den sjukgymnastiska behandlingssituationen som en övning i tillitsfullhet för patienten, där tilliten som möjlighet utforskas. Hon anger i detta sammanhang att det finns en möjlighet att i samhandling med patienten rent konkret kroppsligt, utforska patientens förmåga att hitta tillit i relationen:

*"Den kroppsliga behandlingen går ju inunder all intellektualisering. Inunder allt det som man lätt kan gömma sig bakom. Man tar ju av sig sina kläder i dubbel bemärkelse, alla vanliga skyddsstrategier. Vi går ju innanför de vanliga kroppsliga gränserna som man vanligtvis har med varandra. Det vet personen som kommer hit. Som utgångspunkt så har vederbörande bestämt sig för att vara tillitsfull. När den tillitsfullheten inte blir kränkt, så tror jag att man törs vara tillitsfull även på andra sätt. Tillitsfull i förhållande till den process som kan komma att bli till. Det är det som är överordnat."*

Vad som framträder i sjukgymnastens förståelse här, är att patientens tillitsprocess startar redan i hennes beslut att söka sig sjukgymnastisk behandling - i beslutet att ta risken att blotta sin sårbarhet kroppsligen. I utgångspunkterna för behandlingssituationen ligger att sjukgymnasten har som yrkesuppgift att ta emot patienten kroppsligt. Osäkerheten för patienten ligger i att inte veta *hur* hon/han kommer att bli kroppsligen mottagen, förstådd eller accepterad. Patientens utlämnande av sin sårbarhet, så som det är möjligt inom de sjukgymnastiska behandlingsramarna, innebär emellertid också en möjlighet att konkret kroppsligt genom samhandling *skapa* en tillitsfullhet genom det fysiska mottagandet. Detta vet patienten, säger Line. På så sätt är tillitsprocessen i behandlingen ömsesidigt, skapad, dels genom patientens mod att lämna ut sig rent konkret i sin sårbara kroppslighet, dels i sjukgymnastens förmåga att kroppsligen ta emot patienten i denna sårbarhet.

Följande aspekt kan formuleras utifrån ovanstående:

- Den sjukgymnastiska behandlingen kan förstås som en övning i att utforska sin egen förmåga till tillitsfullhet.

Möjligheterna i situationen som Line ser det, ligger i den uppmärksamhet och det bekräftande av den andre på den kroppsliga nivån, att bli mottagen och sedd, som sjukgymnasten kan ge:

*"Jag ger henne uppmärksamhet och en form av bekräftande på en kroppslig nivå. Jag ser på henne. Jag ser på hennes kropp. Man märker ju när man blir sedd. Och det att våga bli sedd .. det är ju ganska starkt. Det är en väldig tillit hon visar. Du skulle också kunna säga att det är en övning i att vara tillitsfull att gå i en sådan terapi. "*

Att våga bli sedd kroppsligen kan ge tillit men är också ett sätt att visa tillit, så som sjukgymnasten förstår det. Betydelsen att bli sedd, uttrycks här

underförstått som att bli sedd som människa, inte bara kropp. Genom att se och möta kroppen som ett uttryck för den patienten är, kan ett tillitsskapande möte bli möjligt, som sjukgymnasten ser det. Kroppen blir i denna blick hos sjukgymnasten inte bara ett objekt för undersökning, utan också ett subjekt sammanflätat med patienten som person. Följande aspekt kan formuleras utifrån detta:

- Genom att se och möta kroppen i behandling som ett uttryck för den patienten är som person, kan ett tillitsskapande möte komma till stånd.

I sin förståelse av tillitens betydelse i behandlingsprocessen, talar Line också om att vi som människor är extra sårbara när vi befinner oss i en förändringsprocess:

*"När man håller på med att prova att förändra sig så är man väldigt sårbar. Det kan man känna rent fysiskt. Man är ju något som ska bli. Man är i rörelse till något som är annorlunda än det man är, rent fysiskt, men också känslomässigt. Totalt sett så kan man ju känna ett väldigt behov av skydd och att skärma av sig då."*

Sjukgymnasten talar om sårbarheten i förändringsprocessen som något som uttrycker sig och upplevs fysiskt. Som en process av tillblivelse på både ett fysiskt och känslomässigt plan som i sin skörhet behöver skyddas. Line talar i samband med detta om omsorg och ivaratagande som en trygghetsram i förändringsprocessen:

*"Så som jag känner det utifrån mina känslomässiga förutsättningar, så tänker jag att om jag ska våga förändra mig, så behöver jag också mycket omsorg. Ja, omsorg låter så passiviserande, men att bli ivaratagen, för att man är sårbar. Och det kan ta sig väldigt många olika former. Men om man inte helt har fått ödelagt sin möjlighet att uppleva trygghet genom kroppslig närhet, så ligger det en sådan slags **försonande**, eller en slags god trygghetsram i det."*

I sjukgymnastens förståelse är det fysiska omhändertagandet/ivaratagandet, en grundläggande mänsklig erfarenhet för skapande av tillit och trygghet, såvida förmågan att uppleva trygghet genom fysisk närhet inte ödelagts genom övergrepp. Att bli ivaratagen<sup>28</sup> blir i hennes förståelse en möjlighet att få hjälp

---

<sup>28</sup> Att bli ivaratagen, tagen i vara, förstår jag här som ett uttryck för varsamhet; att vara "var" (från tyskans *Wahrnehmung*), i betydelsen lyhörd, förnimmande, i det fysiska mötet; att vara "var" för den andres behov av skydd och omsorg i sin sårbarhet. Ivaratagandet kan också tolkas som att bli tagen i anspråk, att



att hantera och härbärgera sin sårbarhet under det att man genomgår en förändringsprocess. Ivaratagandet i det sjukgymnastiska behandlingsrummet kan här också tolkas som ett rum att söka skydd, bli mottagen och bekräftad i, där man kan få "vara" i all sin utlämnade sårbarhet, i sin kamp med existensen. I den bemärkelsen kan det sjukgymnastiska behandlingsrummet ses som ett rum för att i relationen med sjukgymnasten öva sig i att utveckla sin tillitsfullhet genom att få möjlighet att vara med sin sårbarhet.

Utifrån ovanstående kan följande aspekt formuleras:

- Att bli ivaratagen innebär en möjlighet att få hjälp att hantera och härbärgera sin egen sårbarhet när man genomgår en förändringsprocess.

### Att bli buren - en grund för att bära sig själv

Flera av sjukgymnasterna lyfter i diskussionerna om tillit fram betydelsen av de behandlingsmoment där sjukgymnasten stöttar, håller, eller bär upp en ofta spänd eller smärtande del av kroppen. Här ett citat från dialogen om detta medan vi ser på filmen med Line och Dora i behandling:

*"Man kan hoppas mycket, för att man faktiskt också blir lite buren. (...)Om du inte blir stöttad när du erövrar nytt land eller flyttar på några av de stenar som stoppar dig, så kanske du bara kryper tillbaka där du var. Några erövringar är ju bara segrar, medan andra är ju ganska skrämmande att ta."*

Att bli buren, ivaratagen och få omsorg kan i Lines förståelse ge patienten hopp om att våga den förändring som han/hon kommer i kontakt med och ser är möjlig.

Rebecka ger i detta sammanhang förmågan att våga lita kroppsligt till att någon annan bär, betydelse som grund för att växa och utvecklas. Grundtilliten i det kroppsliga mötet kopplar hon till att våga vila i någon annans händer, att lita på och att våga ta hjälp av någon annan. Här i ett citat från dialogen medan vi på filmen iakttar Sveas benägenhet att hjälpa till i allt som Rebecka gör med henne i behandlingen:

---

*sjukgymnasten är lyhörd för och tar vara på patienten som människa i det kroppsliga mötet.*

*"Det är ju det första man kan känna i livet när man kommer ut och allting är skrämmande, att det finns en famn att vila i, att man inte hänger i luften. Att det finns någon som berör och håller om en. Det i sin tur är en grund för rörelse och hur man ska klara sitt liv och den grunden finns det en möjlighet att arbeta med i det kroppsliga behandlingsarbetet. Att komma dithän att man vågar lita rent kroppsligt till att någon bär, det är att växa, för någonstans så har man slutat växa när man inte kan lita på någon och inte kan ta hjälp."*

Rebecka kopplar här tilliten och förmågan att ta hjälp av andra människor, till tidiga erfarenheter av att ha blivit buren och hållen. Men hon ser inte bristerna i dessa tidiga erfarenheter som determinerande och en gång för alla givna genom vår barndoms relationer, utan uttrycker genom sitt behandlingsarbete en förståelse av att utvecklingen av förmågan till grundtillit är ett område i oss som är utvecklingsbart genom hela livet. Utifrån denna förståelse arbetar hon med olika aspekter av patientens förmåga till tillit; i relationen med henne som behandlare, med patientens relation till sin kropp och med kroppens relation till det rumsliga och gravitationen.

Vi diskuterar vidare om detta tema utifrån filmen och Rebecka uppger att man med Feldenkraismetoden kan arbeta både muskulärt, via skelettet och psykologiskt, beroende på vad patienten behöver, för att uppnå detta. Exempel i behandlingen med Svea är att Rebecka i olika positioner håller en kroppsdel som huvudet eller ett ben och gör passiva rörelser, varvid Svea får ta emot stöd och utforska sin förmåga att tillåta sig att bli hållen och buren av Rebecka. På samma sätt har de arbetat med Sveas tillit till att underlaget bär henne. Idén i dessa behandlingsmoment är att hålla åt patienten det som patienten annars håller själv med hjälp av muskulaturen, varvid den tillit kan uppstå som gör att patienten kan släppa den muskulära anspänningen. När sjukgymnasten med sina händer följer med i rörelsen tillbaka under avspänningen, kan patienten släppa ut kroppen i det området där hon tidigare drog sig samman. Detta påverkar såväl andningen som patientens inbalansering gentemot gravitationen, uppger Rebecka. Hon förstår här patientens bristande tillit, uttryckt i hennes kroppsliga varande, som ett spännings och hållningsmönster där patienten håller sig uppe genom att dra sig samman och därvid kommer ur sin balans i kroppen gentemot gravitationen. Genom att bära/hålla åt patienten det hon annars håller muskulärt, kan hon få patienten att våga släppa spänningen i muskulaturen och komma ur sitt vanemönster med att "hålla sig uppe". När patienten slutar kämpa för att hålla sig uppe, släpper hon ner sin tyngd, börjar andas och kan ta emot underlagets stöd i sin kropp. Genom att ge efter för gravitationen och släppa ner sin tyngd kan patienten börja förnimma stödet från underlaget genom sitt skelett. Sjukgymnasten kopplar på detta sätt patientens grundtillit till att våga bli buren, med förmågan att hantera sin kropp i relation till gravitationen och att bära sig själv.

Utifrån ovanstående kan följande formuleras:

- Att våga lita kroppsligt till att någon bär, innebär är en grund för att kunna bära sig själv.

I samband med att vi ser på behandlingsmomentet där Rebecka arbetar med att balansera in Svea över sina fötter efter den liggande behandlingen uttrycker Rebecka sin förståelse av skelettet som stabilitet:

*"Skelettet är det som ska bära i kroppen. Har inte patienten inre stabilitet i skelettet och känner den inre bärande strukturen och litar på att den bär, så tar de till allt det som de har kämpat och hållit sig uppe med och som gett dem deras besvär."*

Patientens förmåga att förnimma och hitta sin inbalansering i skelettet, blir här sammankopplat med tillit till att kroppen bär och att kunna bära sig själv. Detta i sin tur förstås som en förutsättning för att kunna att släppa besvärframkallande spänningsmönster. Att känna den inre bärande strukturen i skelettet och lita på att den bär, gör i sjukgymnastens förståelse att man kan släppa de vanemönster man tar till för att hålla sig uppe. Rebecka berättar i samband med detta om Sveas fötter som varit mycket spända. Vare sig Svea satt eller stod, "klamrade hon sig fast" i golvet genom att dra samman fötterna och trycka dem mot golvet. För att arbeta med hennes tillit till att kroppen bär, har Svea fått utforska sin förmåga att släppa ner sin tyngd och ta emot stöd i kroppen genom att exempelvis i stående känna var tyngden faller i fotsulorna och att utforska golvets tryck mot fotsulorna när hon flyttar tyngdpunkten. Detta ger hon en särskild innebörd:

*"Om patienterna har fotfäste när de går iväg från behandlingen, så vågar de mer. Då går iväg med en annan känsla i kroppen än när de kom och ur det kan nya tankar komma upp. Då har de förts till en tillit till att de klarar sig själva och behöver inte mig längre."*

Sjukgymnastens förståelse av begreppet fotfäste i det här fallet, kan ses som både ett fotfäste i tillvaron och i sig själv, ett fotfäste som öppnar upp för en mer tillitsfull relation till både världen och sig själv. Innebörden av att ha sitt fotfäste blir på så sätt att ha en tillit till att i dubbel bemärkelse klara av att stå på sina egna ben och lita på att de bär. Känslan av att ha sitt fotfäste anger hon som vidgande för tankarna. Den kroppsliga tilliten kopplas här samman med förmågan att tänka nya tankar. Den kroppsliga tilliten kan på så sätt ses som

vidgande för patientens möjligheter att utforska nya sätt att vara och förhålla sig i tillvaron. Utifrån detta kan sägas:

- När man har sitt fotfäste så vågar man lättare vidga sina egna möjliga sätt att vara i livet.

Att våga låta sig vara så tung som man är - en möjlighet till insikt

Att bli hållen, buren och stöttad i den sjukgymnastiska behandlingen kan utifrån det föregående ses som en möjlighet att våga släppa ner sin tyngd och börja bära sig själv, det vill säga att kroppsligen ta ansvar för sin relation till gravitationen. Patientens relation till gravitationen är också ett centralt tema i all sjukgymnastik, varför detta är särskilt intressant att fördjupa. Jag frågar Line vilken betydelse i livet det har att tillåta sig att vara så tung som man är. Hon svarar då att det har med tillit att göra, tillit till andra och tillit till tillvaron, att riskera att släppa loss sig själv, men också att riskera att det inte finns någon där som håller. Det sistnämnda är den erfarenhet Line menar att väldigt många människor bär med sig i livet och att de därför måste hålla sig själva uppe hela tiden - inte bara sig själva, utan alla andra också. Line säger att patienterna håller och håller och håller och upplever att det känns som att de ligger en decimeter över britsen i behandlingsrummet. "Inte ens till en död sak kan de släppa sig", säger Line skämtsamt, och förtydligar därmed att det är ännu mer provocerande att våga ge sin kroppstyngd till en annan människa. Line kommer i samband med detta in på det psykodynamiska begreppet försvar, tolkat i det psykomotoriska behandlingsrummet:

*"I psykomotorisk fysioterapi är man försiktig med att göra för mycket i liggande med människor som är "sköra". Man anser att de i stället måste få stå och sitta så att de kan hålla på sina försvar. Men å andra sidan så blir man ju buren innan man kan stå själv och när patienterna har varit där nere i liggande så klarar de oftast av att stå själva. Så då är det inte så nödvändigt att leda dem ut i världen. Då kan de det själva!"*

Oförmågan att släppa ner sin tyngd, tolkas således som ett försvar mot "att gå sönder", det vill säga att patienten är "skör", i den behandlingstradition som Line arbetar utifrån. Av den anledningen vill man inte lägga patienten ned, då detta får patienterna att släppa den spänning som "håller dem samman". Lines eget teoretiska resonemang om detta, är emellertid att erfarenheten av att bli buren kan göra att man vågar släppa ner sin tyngd och att man då ofta klarar att stå bättre på sina egna ben. Detta framkommer då vi ser på behandlingsmomentet där Dora får balansera in sig i stående efter behandlingen på britsen och vilan efter det. Dora står då bättre på sina ben.

Att våga låta sig vara så tung som man är, innebär utifrån Lines resonemang inte bara en provokation mot patientens försvar, utan också en möjlighet att ta stöd i sig själv.

För att veta om patienten tål att "släppa försvaren" mot att bli så tung som hon är, ser hon efter om patienten drar sig samman i kroppen efter att de arbetat med det hon kallar "de centrala sakerna" i behandlingen. Med de centrala sakerna menar hon sådant som är vanskligt och som ligger djupt i patientens kroppsligt förankrade förhållningsmönster till livet. Rent praktiskt går det i Lines behandling av Dora till så att patienten får 40 minuters behandling i stående, sittande och liggande, i nämnd kronologisk ordning. Därefter får hon 10 minuter att vila för sig själv, ensam i behandlingsrummet. När Line kommer tillbaka ser hon efter om patienten krupit samman eller fortsatt att sjunka ner på britsen. Hon känner då efter om det skett någon förändring i den passiva rörligheten i Doras nacke. Därefter får Dora resa sig upp och de arbetar med att känna vad som hänt med kroppens inbalansering i stående i förhållande till hur det var när patienten kom. Jag frågar om betydelsen av de sistnämnda momenten i behandlingen:

*"Jo, för om hon vacklar, då måste vi arbeta med det. **Men hon finner sig** (Lines egen betoning). Våldigt många står bättre efter behandlingen, även om man jobbat med vanskliga saker. Och då har det ju inte varit för mycket."*

Att våga bli så tung som man är, innebär här en möjlighet att ta emot det stöd skelettet ger i kroppen och genom det bära sig själv. Line uttrycker det som att patienten "finner sig". Det kan förstås som att patientens förmåga att våga bli så tung som hon är, innebär en möjlighet till att finna sig, i bemärkelsen att förankra sig i sig själv och sina kroppsliga sammanhang. Att patienten finner sig i motsats till att hon vacklar, kan här ses som ett tecken på att patienten har tillräckligt med resurser för att klara av att släppa sina försvar. Det kan också uttryckas som att det kroppsliga behandlingsarbetet med tilliten ger en möjlighet att hitta en bättre förankrad tyngdpunkt i sin kropp, i rummet/världen och därmed en annan stabilitet att möta sin egen livssituation.

Följande aspekt kan utifrån det sagda formuleras:

- Att våga låta sig vara så tung som man är innebär en möjlighet att förankra sig i sig själv.

Line berättar om hur hon arbetar med att medvetandegöra svårigheterna i denna förankring i sig själv i relationen med omvärlden, i en till synes enkel övning i stående, efter den liggande behandlingen:

*"Jag låter folk först stå och känna på balansen och sen så ska de se ut genom fönstret. Så ska de försöka att både se ut genom fönstret och känna var de är. Det låter som en väldigt enkel uppgift, men det kan vara väldigt svårt för många. De klarar inte av att både vara **här** (lägger handen på bröstkorgen) och samtidigt se ut i världen. Då kan man ju tänka sig hur svårt det blir att handla och samtidigt vara inställd på det som är där ute och samtidigt kunna ha en förankring i sig själv."*

Svårigheten i människans relation till omvärlden som Line synliggör kroppsligt i citatet ovan, kan sägas vara att inte förlora sig själv i mötet med världen. En svårighet som handlar om att befinna sig i rörelsen mellan att vara deltagande och iakttagande. Förankringen i kroppen ser hon som en betingelse för att inte förlora sig själv, utan klara av att möta världen genom sin förankring i sig själv och sin kropp. Den sjukgymnastiska behandlingen kan på så sätt förstås som en möjlighet att vidga patientens sociala funktion.

Ur detta kan följande aspekt formuleras:

- Förankringen i kroppen innebär en möjlighet att förankra sig i sig själv i mötet med världen.

Vi diskuterar betydelsen av sjukgymnastens sätt att förhålla sig till patientens kropp, vilket belystes i ett citat i avsnittet om "det kroppsliga mötet" i början av kapitel 6. Line tar härvid upp betydelsen av vad sjukgymnasten vänder sin uppmärksamhet emot i behandlingsrummet och känslan av att bli sedd som person och inte bara kropp. Att släppa ner sin tyngd menar Line, innebär också att ge sig själv ett *existensberättigande*, i det att det är ett uttryck för hur mycket av sig själv som patienten i flera bemärkelser "ger tyngd åt" i behandlingsrummet. Detta kopplar hon till hur mycket av patienten som tas emot kroppsligen av sjukgymnasten - som ges tillåtelse att finnas i rummet. Hur mycket av sin tyngd patienten släpper ner blir här också ett uttryck för hur mycket av sig själv som patienten förnimmer att relationen med sjukgymnasten kan bära. Patientens förmåga att släppa ner sin tyngd skulle utifrån detta kunna sägas vara relationellt betingad, beroende av vad sjukgymnast och patient i tillit vågar öppna sig för i relation till varandra.

Härav följer:

- Att våga bli så tung som man är innebär att ge sig själv existensberättigande.

Att släppa ner sin tyngd i behandlingsrummet blir i betydelsen ovan ett uttryck för den tillit en människa har till att ge sig själv ett existensberättigande i rummet. Att bli buren av sjukgymnasten i behandlingen skulle då symboliskt kunna ses som att sjukgymnasten ger patienten en inbjudan att ge sig själv ett existensberättigande i rummet. Detta har konsekvenser för hur mycket patienten kan ta i anspråk av sig själv i sin förändringsprocess i det sjukgymnastiska behandlingsrummet.

Line kopplar i sin förståelse också samman betydelsen av att bli buren och hållen i behandling med förmågan till *kroppslig hängivenhet som vuxen*. Detta i betydelsen att öppna sitt varande i tillit till en annan människa. Den här aspekten har vissa likheter med Rebeckas förståelse av tillit och att hitta sitt fotfäste.

Det som är speciellt i de hållande, stöttande behandlingsmomenten är att den aktiva beröringen inte är ömsesidig, utan patienten är mottagare och sjukgymnasten är den som aktivt håller. Line kopplar på samma sätt som Rebecka den slags kroppsliga erfarenheter av att bli buren och hanterad till mycket tidiga upplevelser av beroende, "innan man som barn kunnat sträcka ut händerna till någon annan". Men hon ser det också som en slags kroppslig erfarenhet som gör sig gällande i vuxna relationen med andra människor genom hela livet. En tillit som uttrycker sig i förmåga till att ge sig hän och att ta emot andra människor kroppsligen:

*"För övrigt i livet så kan vi erfara det med vår älskade, som kan bära oss i ett gott kärleksförhållande, att man kan ge sig hän och så blir man buren, inte sant. Eller när vi blir gamla eller sjuka, så blir vi beroende av andra igen. Den slags erfarenheter hör ju ett gott liv till. Kroppslig hängivenhet som vuxen, det innebär att släppa taget på så sätt att det inte bara kan associeras med det helt tidiga barnsliga. Det har ju också att göra med den vuxna integrerade människan som kan ge sig hän."*

Förmågan att våga bli buren och hållen förstår sjukgymnasten som ett uttryck för en grundläggande kroppslig tillit i relationen med andra människor genom hela livet. Detta kan sättas i motsats till att det skulle innebära en form av förbarnsligande, en regression<sup>29</sup>, att arbeta med moment där patienten är passiv och blir hållen och buren. Det hon säger är, att när patienten litar på att det

---

<sup>29</sup> Ett antagande om detta var utgångspunkten i ett av mina tidigare projekt (Rosberg, 1991), se bakgrunden.

faktiskt går att släppa exempelvis sitt bens tyngd till henne, att de kan låta det ske, så öppnar det för en förändring:

*"När människor bara låter sig vara så tunga som de är, det är då det sker saker. Då kommer respirationssvaret, då kommer sucken, eller då kommer lättnaden, eller då kommer gråten. Och väldigt många lär mycket av det, att uppleva sin förmåga att släppa till. Det är väldigt lärorikt. Och så kommer de sedan och berättar att deras man upplever att de har förändrats. Det tycker jag är "morsamt" (norska)."*

Att våga låta sig vara så tung som man är, blir i den här förståelsen viktigt för att släppa till och öppna upp för något nytt i sitt varande, att inte stänga för det som skulle kunna bli, utan öppna för förändring. Line kopplar här samman tillit, spontaniteten i andningen, relationen till gravitationen och öppenheten i varandet. Något som Rebecka är enig med henne i. Det bättre fotfästet och inbalanseringen gentemot gravitationen, påverkar patientens spänningsmönster och ger en friare andning. Men Rebecka ger i dialogerna utifrån Sveas dåliga fotfäste också andningen en annan viktig innebörd vad gäller patientens möjligheter att öppna sig för en förändring:

*"När du släpper det som du hållit i andningen kan både andra tankar och andra känsloupplevelser få en möjlighet att infinna sig."*

På detta sätt kopplar hon tillit, spänningsmönster i muskulaturen, inbalanseringen i skelettet gentemot gravitationen och andningen, till förutsättningar för förändring. Den kroppsliga tilliten ses som grund för möjligheterna att nya saker ska kunna framträda i tankar och känslor och därmed en förändring i sättet att förhålla sig till sig själv och världen. Det hon säger kan uttryckas som att så länge vi håller andan, har vi svårt att öppna oss i vårt varande för nya tankar och känslor och därmed tillåta förändring. Men att öppna för kontakten med kroppen, "att släppa andan", kan också ge en kontakt med den livshistoria som kroppen är bärare av och på så sätt kasta ett ljus över kroppens relation med våra liv:

*"Att stanna upp i den här tomheten som kommer när man släpper någonting som man hållit i åratals och som hänger ihop med känslor som man har och upplevelser man varit med om. Det kan ju vara ett ögonblicks verk att de får en insikt i sig själva i den stunden."*

Här lyfter Rebecka fram förmågan att våga vila i "tomheten" som något viktigt för att ny förståelse och mening ska kunna framträda. En förståelse som till en början framträder som en kroppslig insikt, men som så småningom kan ord bäras. Rebeckas beskrivning av att "stanna upp i tomheten" har likheter med det fenomen Carins beskriver som "ostkupan", nedan. Jag kopplar det



också till Lines förståelse av den sjukgymnastiska behandlingen som en "erkjennelsesprocess", som innefattar att känna kroppsligen att något är sant för en själv. Härav följer:

- Att våga vila i "tomheten", innebär en möjlighet för insikter att ta form.

### Varandeupplevelsen i behandling

Carin beskriver den företeelse där patienten kommer i kontakt med sig själv och sitt eget varande, som att det sänker sig en "ostkupa" i behandlingsrummet. Denna varandeupplevelse är central i hennes förståelse av kroppens betydelse för skapande av mening i behandlingsprocessen.

Carin uppger att "ostkupan" eller varandet, ofta infinner sig i beröringsövningar utan ord. Som exempel nämner hon stunden efter att hon gjort "ryggpromenad" (Cat-Walk) eller axeltryckningar i sittande, då hon avslutningsvis bara vilar sina händer på patientens ländrygg eller axlar och följer andningsrörelserna. Hon beskriver det som ögonblick av stillhet och närvaro som man inte ska störa och att hon därför lägger en slags osynlig "kupa" över det. I ett längre citat från dialogen med Carin utifrån det filmade moment där hon vilar sina händer på Anncharlottes rygg efter "ryggpromenaden", söker Carin orden i denna erfarenhet och fångar den:

*"Det kan vara inom en och samma behandling att det kommer en sådan här ostkupa över behandlingen, att nu händer det någonting. Det blir en förtätad stämning som har med andningen att göra, att andningen oftast fördjupas. Det är ömtåligt det som sker och man får inte låta det blåsa där inne, eller låta några ord komma farande eller så. (...) Det är en väldigt stark närvaro. På något sätt blir det väldigt tyst och väldigt stilla och jag kan vila i det utan att tänka så mycket på att tiden går, eller vad jag ska göra härnäst. Och det verkar som att patienten har samma förmåga också just då. Som en käpp som liksom är instucken i hjulet så att allting stannar av och någonting kreativt sker. (...) Det som sker är att det blir en koncentration, en fördjupad andning. Patienten riktar sin uppmärksamhet inåt väldigt starkt. Det liksom faller på plats det här som vi som behandlare hoppas ska ske. Det kan ju vara korta ögonblick och inte varje gång. Men när det faller på plats så passar det inte just då att prata, för då sker det på en djupare, mer intuitiv nivå. Och har det upprepats flera gånger så kanske det är dags att orden får komma. Men då är det patienten som initierar det. (...) Det är på en preverbal nivå väldigt djupt nere, en kroppslig mycket primitiv nivå till en början. Så långt ner man kan komma egentligen, från allra första början. Och sedan därifrån kommer det väl till olika nivåer för att så småningom hamna på den verbala nivån. (...) Om jag inte vore*

*närvarande i min koncentration så skulle det här inte ske. Det handlar om att inte stänga av relationen, men låta henne vara ifred med det som sker. Det är ett växande som behöver ro och ostördhet på något sätt. Och sedan kan man sätta ord på det efteråt för att få det integrerat .. och medvetet."*

Carin säger också att det handlar om att upprätta en förbindelse mellan det omedvetna och medvetna och att andningen är en viktig länk för att skapa denna förbindelse. Om hon stör patienten genom att påpeka något som hon ser händer med patientens andning och patienten börjar känna efter och hjälpa till, så förstörs patientens djupa kontakt med sig själv, säger hon. Hon beskriver också att det krävs att hon själv mår på ett särskilt sätt för att det här ska kunna komma till stånd - att hon med hela sin kropp är med i det hon gör. Det handlar om att allt är integrerat inom henne för att hon ska kunna ha den lyhördhet i rummet som krävs, uppger hon. Men det är inte alltid detta är möjligt. "Vissa dagar så når jag inte längre än till huvudet och vissa dagar når jag hela världen", säger hon.

Det sjukgymnasten beskriver, kan förstås som en slags närvaro i det som är, ett slags förnimmande av och varande i sakernas tillstånd i rummet. Denna närvaro delar hon och patienten tillsammans. Detta (när)varande förstår hon som ett tillstånd av öppenhet och djup kontakt med kroppen och patientens allra djupaste förnimmelse av existensen, "så långt ner man kan komma egentligen", säger hon. Hon uttrycker också att denna kontakt med kropp och existens innebär en möjlighet att något kreativt i patientens utveckling sker; en förändring där saker och ting faller på plats, integreras för patienten, genom att vara närvarande och varande i det som är. Jag förstår det som en insiktsprocess som tar form i en levd kroppslig nivå av förståelse och förnimmelse av den egna existensen.

Sjukgymnasten säger att det är viktigt att varandet är ostört, men att hennes egen närvaro och koncentration i rummet är en betingelse för skeendet. Detta kan förstås som att de båda vilar i stillheten/tystnaden i varandra, i en gemensam närvaro i sakernas både uttalade och outtalade tillstånd. Detta innebär en möjlighet för saker och ting att falla på plats för patienten. Tilliten i behandlingsrelationen kan ses som en förutsättning för denna samvaro.

Följande kan formuleras utifrån det sagda:

- Vilan i varandeupplevelsen innebär en möjlighet för saker och ting att falla på plats.

Vi talar om en av Irenes psykotiska patienter som har stark ångest och hur Irene försöker hitta viloställningar för patienten där hon känner sig trygg och som hon kan komma tillbaka till mellan övningarna. Hon försöker i samband med denna vila också få patienten att vara tyst:

*"Jag tänker ibland att det att det är tyst, att inte prata av sig med en gång, det är ett sätt att umgås med det där hemska som kan finnas inom en ... att tvingas vara i det ett tag och sedan kan det få komma, för jag tror att man måste prata om det förr eller senare. Men jag ser det som ett sätt att lära känna sig själv, att bekanta sig med det onda som finns inom en. För jag tror att det är en väg till ett tillfrisknande att våga vara med det och att undan för undan våga vara där inne och sedan kunna kliva ut och kunna formulera det. (...) Tar man hand om de här kroppsliga sakerna så kan de kanske börja våga känna känslor, eller kunna känna känslor.(...)Vi har tänkt som så i teamet att jag kanske behöver jobba med en patient ett par år, för att de sedan ska kunna tillgodogöra sig samtalsterapi."*

Förmågan att hållbara och vara kroppsligen i det som känns, skulle i ovanstående citat kunna ses som en förutsättning för att orden ska kunna förankras i det erfarda och få en förändrande kraft. Att inte kunna vila i det som känns, utan genast prata av sig, kan vara ett sätt att inte inrymma de känslor som tillhör en, är ett antagande som kan formuleras utifrån detta. Förmågan att hålla ihop sig och hitta en trygghet och närvaro i kroppen blir i hennes förståelse en möjlighet att inrymma mer av det som är en själv och därmed en grund för förändring av självbilden. Utan denna förmåga att hålla ihop sig och kunna vara i den kroppsliga upplevelsen av sina känslor, så blir orden oförankrade, substanslösa och obrukbara som terapeutiskt redskap. Det kroppsliga varandet blir på så sätt en betingelse för att samtalsterapi ska kunna föra patienten in i någon utveckling, i sjukgymnastens förståelse. Detta är en erfarenhet man i Irenes team tagit konsekvenserna av genom att låta henne arbeta med patienterna kroppsligt som en förberedelse för psykoterapi. Irenes aspekt i ovanstående kan uttryckas som:

- Att kunna vila i sitt varande utan att "prata av sig", innebär en möjlighet att bekanta sig med och inrymma sidor av sig själv som känns svåra.

### Kropp varande och tillit till existensen

Att bli kroppsligt mottagen och bekräftad innebär en möjlighet att få kontakt med något gott inom sig och en upplevelse av vila och varande i sin existens, menar Gunilla. Detta kan bli en motvikt till allt det smärtsamma som han/hon bär på (Thulin, 1989) Utifrån denna förståelse arbetar Gunilla mycket med

beröring och massage. Genom att hålla patienten i sina händer och omsluta honom/henne, menar hon att hon också kan hjälpa patienten att härbärgera känslorna inom sig, i stället för att kontrollera dem. Detta ger en möjlighet att upprätta en grundläggande positiv kontakt på kroppslig basis och därmed möjliggöra en för patienten "livsnödvändig positiv primär narcissism" och lust att leva - en på en kroppslig nivå etablerad visshet om rätten att få finnas till i kroppslig närhet (op.cit.). Vi talar om dessa saker utifrån en av Gunillas patienter och jag frågar vad hon tänker att hon tillför med massagen med honom:

*"Den här varandeupplevelsen, att försöka få den att ta plats. Han är ju väldigt orolig. Han håller ju hela tiden på och agerar och agerar på olika sätt då. Att då kunna stillna av och att vara i kontakt med vilan inom sig. (...) Jag arbetar ganska långsamt och gör de här sträckningarna på musklerna när inandningen är på gång... Jag håller sträckt en stund och sedan så lägger jag handen på den muskeln som jag har sträckt och väntar en stund tills det kommer ett andningssvar. Det handlar om att stanna upp lite, innan jag går vidare till nästa och vila lite och vara i stunden efter. Det känns som att där kan han hitta det här varandet."*

Varandeupplevelsen beskriver sjukgymnasten som att stillna av och vara i kontakt med vilan inom sig, vilket kommer starkast i pausen efter utandningen i den här övningen. Vilan i varandet kan här indirekt förstås som en möjlighet för patienten att komma i kontakt med kroppen och upplevelsen av att existera, något Gunilla även beskriver i behandlingssituationer där hon inte berör. En sådan övning är när de arbetar med så kallad pausandning. Pausandning är en övning i att försöka släppa kontrollen i andningen genom att överlämna åt kroppen att sköta inandningen - att låta den komma när den kommer av sig själv. Man andas ut och väntar sedan tills kroppen själv andas in. Här i ett citat som belyser betydelsen av andningen vad gäller upplevelsen av tillit till livet.

*" Det handlar ju om tillit till livet på något sätt .. livet i sig. Det är ju man själv som styr det här ändå. Utandningen är ju viljemässig. Och det som det hela startar i, att man vilar i sig själv och sin vilja. Jag tror det är väldigt viktigt att man har den upplevelsen med sig när man går in i den här pausen. Att det är **jag** som går in i det här, att man kliver in i något okänt landskap som **kan** vara vackert. Om man kan öppna rätt dörr så att man kommer in i det här vackra landskapet, så kan man vara där och ta in dofterna och se .. ja det blir någon slags sinnligt i att vara där. Att vila i sin kropp. På något vis så är man med i hela sinnesapparaten i det här vilandet, i pausen. Och sedan kommer inandningen, där livet ... fylls på igen. Det att det kommer till en bara ... att man kan lita till det. (...) Att få njuta av det och vila i att det kommer. Jag behöver inte oroa mig, jag*

*behöver inte kontrollera något. Jag behöver inte ta ansvar för någonting, utan livet kommer att återvända. Jag kan lita till det... Jag **dör** inte. Jag kommer inte att förintas och förgöras av ondska. Jag kommer inte att invaderas, utan jag kommer att gå vidare. (...) Tillit till livet .. det handlar om livslusten .. modet att leva .. eller tilliten till att jag har rätt att finnas till. Att det finns för mig också. Jag har också ett existensberättigande. Andningen kommer till mig också."*

Sjukgymnasten beskriver det som att hon överlämnar patienten åt sig själv i denna övning, men finns bredvid. Hon tolkar det som sker när patienten stillnar i andningsövningen, som att det handlar om tillit till livet i sig, som en grund för upplevelsen av existensberättigande, livslust och mod att leva. Som jag ser det är det en tillit som skapas både av hennes närvaro och genom den övning som hon ger honom för att han ska kunna utforska upplevelsen av att det andas i honom utan att han behöver kontrollera eller göra någonting - att livet finns givet i honom och kommer till honom, genom inandningen.

På liknande sätt som Gunilla, kopplar Irene andningen till upplevelsen av att livet finns i oss, i vår biologiska existens, utan att vi behöver anstränga oss - "att det andas i oss" - och att detta är en stark jagupplevelse:

*" Att kanske få med hela kroppen i andningsrörelsen, det är också att binda ihop. Det är väldigt mycket ett upplevande av sitt eget jag. (...) Jag tycker att man kommer väldigt nära sig själv genom att vara i sin andning, att vara med sin uppmärksamhet i andningen .. då kan jag uppleva att jag står naken inför mig själv. (...) Och det här att känna att andningen fungerar utan att jag styr och märka att även om jag inte är med då, ja med min vilja och mina tankar, så lever jag. Det är väl att uppleva det här biologiska då, som jag tycker är så fantastiskt."*

Upplevelsen av det fysiologiska livet i kroppen som andning, blir i denna förståelse till en möjlighet att uppleva sin existens som levande och sammanhållen - jag lever kroppsligen, alltså finns jag. Livet finns givet i mig. Jag är.

Gunilla för detta vidare, in i ett relationellt sammanhang, och kopplar det till patientens upplevelse av kärlek:

*"Den gång som han har uttryckt att han har känt mest närhet till mig, det var en gång då jag inte tog i honom, utan då vi gjorde så kallad pausandning...(...) När han hade gjort det så kunde han också hitta den här vilan, att kroppen stillnade.. att allt det här som han håller på med som hörs .. Ja hela hans person är verkligen en krigsskådeplats på något sätt. Man riktigt känner hur jobbigt han har det. Han får fightas alltså. Att se då hur kroppen blir lugn, det känns oerhört starkt. (...) Han beskrev då, när*

*han hade gjort det här, att han blev alldeles varm inombords: "Jag har aldrig känt att du är så nära mig som du är nu ... och .. det handlar om kärlek." Och den gången rörde jag inte vid honom. Men jag berörde honom på ett annat sätt."*

Varandet beskrivs här som en vila, att kroppen stillnar och blir lugn. I detta lugn känner patienten en värme och närhet till sjukgymnasten. Jag tolkar det som att övningen blir till en möjlighet att hitta en motvikt till det "onda" och förgörande inom patienten, en motvikt som kan bli till en inre balanserande röst i en dialog med tvivlet på rätten att få finnas till. Denna motvikt uttrycker patienten som en upplevelse av värme och kärlek, som kan sägas bottna i att ha blivit kärleksfullt mottagen och sedd av sjukgymnasten. I andningsövningen förstärker hon upplevelsen av att han kan lita på att livet finns givet i honom och kommer till honom utan han behöver göra något. Förnimmelsen av kroppens liv blir på så sätt en källa till upplevelse av tillit till existensen.

Den innebörd Gunilla ger denna vila tillsammans med en annan människa i varandeupplevelsen, är att det är grundläggande för möjligheterna att vara ensam på ett avspänt sätt "att bygga sitt eget bo", utan försvaren påkopplade. Hon uttrycker det som en vila i upplevelsen av tillit till rätten att existera. Denna vila utgör en grundläggande plattform för att patienten ska "våga träda in i den människogemenskap som gör det möjligt att växa" (Thulin, 1989). Hon beskriver relationen i varandeupplevelsen som en samvaro med patienten, men en samvaro där man inte behöver ha så mycket direkt fysisk kontakt med varandra utan man *är* tillsammans i en delad närvaro. Men att få kontakt med kroppen och bli levande och kännande, innebär också att komma i kontakt med konflikten mellan längtan efter att bli kärleksfullt mottagen och skräcken för att förintas - med att inte ha något existensberättigande, menar hon. Varandeupplevelsen, att våga vila i det som är och kommer till en när man vilar i kontakten med sig själv, ser hon som en grund för att våga möta allt detta.

Ur detta kan följande aspekt formuleras:

- Att vila tillsammans med en annan människa i varandeupplevelsen är grundläggande för möjligheterna att kunna vara ensam med sig själv på ett avspänt sätt.

### Kärlek, tillit och sårbarhet

Den kraft Carin menar för till ett växande i behandlingsprocessen, är den kärlek till livet och det levande i människan som mötet med patienten oftast väcker i henne som behandlare - om patienten visar sin sårbarhet, sitt "lilla

barn" som hon uttrycker det. Att få tillåtelse av patienten att få vara med i detta sårbara växande, uttrycker hon som en slags nåd och förmån och det som ger henne kraft tillbaka i behandlingsarbetet:

*" Ofta kommer det här automatiskt att jag känner att jag tycker om patienten, men det är en känsla som växer fram naturligtvis under behandlingens gång. Ju mer jag lär känna människan så kommer också någon slags kärlek fram. Jag hittar inget bättre ord än kärlek. Och det är den känslan som är viktig för behandlingens gång och effekt och alltihop det där.*

*(...) Jaa, kärlek till människan, till det lilla barnet, till livet. Kärleken .. ja så som den tar gestalt i den här människan som jag ser växa. Och det känns som en väldig nåd och förmån att få vara med i det här växandet. Det är en tillåtelse som den här människan ger mig, att jag får vara med. Det kan göra en liksom tagen .. eller rörd .. eller ja .. lycklig på någon nivå och få en att fortsätta det här arbetet. Det ger kraft tillbaka."*

Att hitta fram till denna kontakt kräver en närvaro i mötet som inte alla dagar är möjlig, men det är det som gör skillnaden mellan att bli trött av att arbeta med patienterna och att bli trött på patienterna, uppger hon.

I sitt sätt att uttrycka sig definierar sjukgymnasten det som väcks i henne i mötet med patientens sårbarhet, som det som utgör den springande punkten vad gäller möjligheterna för patientens förändringsprocess. För henne handlar det om att som människa bli kärleksfullt mottagen i sin sårbarhet, vilket utgör grunden för skapandet av den tillit som behövs för att våga vara den man är och våga utforska den man kan bli. Det är också det som ger henne det hon behöver i form av lust, motivation, tilltro till livet och kraft, i arbetet. Den känsla som väcks i henne som sjukgymnast i mötet med patientens sårbarhet, benämner hon kärlek. Kärlek är ett laddat och mångtydigt ord, men flera av de andra sjukgymnasterna använder samma benämning på den känsla de har inför patienten när det fungerar väl i mötet i behandlingen. För Gunilla är kärleksfullhet självklart i hennes behandling av psykopatienterna, annars skulle de inte komma någonstans, vad gäller tilliten i relationen, uppger hon. Patienten ifrågasätter ständigt denna kärleksfullhet, men hon litar på sin egen känsla:

*"Jag är full av känslor och närvarande med hela mig själv, jag ger ju mer till patienten än till någon annan. Så jag är inte orolig för att jag inte skulle vara kärleksfull, för det vet jag att jag är. Och det känns väldigt tryggt".*

Det sjukgymnasten beskriver som kärleksfullhet, handlar om ett personligt engagemang, "Jag är personlig men inte privat", uttrycker hon det som. På samma sätt som Carin uppger hon att det är en känsla som föds när patienten i

tillit vågar visa sin sårbarhet, "det här lilla barnet", som hon uttrycker det. Vid ett av seminarierna där den "professionella kärleken" diskuterades, tydliggjordes av samtliga att det inte handlar om någon privat romantisk eller erotisk kärlek utan om en slags kärlek till det sköra och spirande liv som patienten blottar i tillit till dem i mötet. Denna förståelse av kärleksbegreppet kan liknas vid det kristna kärleksbegreppet "agape"<sup>30</sup>, som i det här fallet skulle kunna ges betydelsen som den förbehållslösa, fritt givna kärleken till nästan.

När patienten blottar sin sårbarhet, väcker det således en känsla av förbehållslös kärlek hos behandlaren, vilket ger kraft tillbaka i behandlingsarbetet. Behandlingsarbetet kan på så sätt sägas vara ett ömsesidigt givande och tagande.

---

<sup>30</sup> Agape (fr. grek., kärlek) Betecknar Guds omotiverade fritt givna kärlek till människan och människans förbehållslösa kärlek till nästan i den kristna kärleksuppfattningen. Detta till skillnad från eros, som ses som människans strävan efter att nå Gud. (Filosoflex. 1988)



## Sammanfattning

Möjligheterna att erövra tillit både i kroppens relation till gravitationen/underlaget och i relation till sjukgymnasten, utforskas i samhandlandet i behandlingsrummet.

I sjukgymnasternas förståelse av patientens möjligheter till förändring och utveckling i behandlingsprocessen, framstår patientens kroppsliga förnimmelse av existensen och tilliten till det egna existensberättigandet som central. Tilliten ses som förutsättning för hur mycket av sig själv som patienten klarar av att ge ett *existensberättigande* i behandlingsrummet och därmed hur mycket hon/han kan få tillgång till av sig själv.

Denna tillit förstås som ömsesidigt skapad i behandlingsrummet och inrymmer därmed ett erkännande av sjukgymnastens egen sårbarhet som behandlare i mötet med patienten. Det bärande i behandlingsprocessen kan utifrån detta sägas vara tilliten i den *relation* som skapas i det kroppsliga mötet i behandlingen.

Tillit handlar i sjukgymnasternas förståelse om att inte bli kränkt i sin sårbarhet. Detta beskrivs bland annat som att bli ivaratagen, mottagen och bekräftad både i det man är, men också i det man kan bli. Tilliten till att bli mottagen på detta plan i det kroppsliga mötet, uttrycks som *grundtillit* och ses som en överordnad faktor för patientens hopp/tillit till den process som kan komma att bli till i behandlingen.

Patientens förmåga till närvaro i det kroppsliga varandet ses som beroende av sjukgymnastens förmåga till öppen närvaro och vila i rummet. Kroppslig beröring och massage, menar sjukgymnasterna, innebär en möjlighet i den sjukgymnastiska behandlingen att ge en upplevelse av välbehag och helhet, som gör det möjligt för patienten att hitta den tillit som behövs för att kunna vila i det kroppsliga varandet. Denna vila och närvaro uttrycker sig i *att våga låta sig vara så tung som man är*, det vill säga hur mycket av sin egen tyngd patienten släpper ner mot underlaget, eller tillåter sig släppa ner i sjukgymnastens händer i de manuella behandlingsmomenten. Denna förmåga ges en vidare betydelse i att våga ta emot stöd och låta sig bli buren. Särskild uppmärksamhet i behandlingen ges i detta sammanhang patientens förmåga till inbalansering i stående. Innebörden av detta uttrycks som *"att ha sitt fotfäste"* i en både biomekanisk och existentiell bemärkelse. Sjukgymnasternas förståelse av att ha sitt fotfäste, är att det ger en möjlighet att öppna sig för nya tankar och nya sätt att förhålla sig i tillvaron.

Tilliten uttryckt som en vila och närvaro i kroppen, benämner sjukgymnasterna också "varandeupplevelse". Betydelsen av varandeupplevelsen förstås som en slags integrering i det kroppsliga varandet och existensen, som gör det möjligt att låta insikter ta form. I behandlingen kommer denna närvaro och djupa

förnimmelse och kontakt med existensen till stånd mellan sjukgymnast och patient, som en delad närvaro/samvaro i sakernas både uttalade och outtalade tillstånd i rummet. Denna delade närvaro/samvaro beskrivs som grundläggande för att kunna vara ensam på ett avspänt sätt med sig själv i det som är.

Varandeupplevelsen ses som en betingelse för att patienten ska kunna öppna sig mot kontakten med förnimmelsen av kroppen och våga bli mer levande i relation med världen.

## Sjukgymnastik som en möjlighet att erövra kontakten med sin egen kropp

Ett centralt problem som sjukgymnaster och patienter arbetar kring i behandlingen är patientens begränsade förmåga att förnimma sin egen kropp och att differentiera mellan olika nyanser i dessa förnimmelser. Som en röd tråd i behandlingen går därför utforskandet av patientens kontakt och upplevelse av sin kropp på olika sätt och i olika sammanhang. Den benämning detta ges är kroppsmedvetandeträning, kroppskänedom, eller medvetenhet genom rörelse. I det här kapitlet redogörs för olika dimensioner i upplevandet av kroppen som framkommit i materialet och de innebär sjukgymnasterna ger dessa. Kroppsmedvetandeträningen i behandlingen sker både genom att sjukgymnasten hjälper patienten att uppleva saker i sin kropp genom "hands on" - att hon berör eller gör rörelser med patientens kropp, och genom "hands off". I det senare fallet instrueras patienten att göra olika övningar och i dessa rikta uppmärksamheten mot förnimmelserna i sin kropp. Den pedagogiska idén i kroppsmedvetandeträningen bygger på att träna upp förmågan hos patienten att uppfatta och *differentiera* mellan olika förnimmelser i kroppen. Vanliga sådana förnimmelser som patienten uppmanas att rikta sin uppmärksamhet emot och känna skillnad på före och efter en övning, är mellan exempelvis höger och vänster kroppshalva, mellan armar och ben, kontakten med underlaget - var man ligger lätt an och tungt an, vilka delar av kroppen som är lättare att förnimma och vilka som är svårare, skillnader i spänning/avspänning i olika delar av kroppen, tyngd/lätthet, motstånd/rörlighet i kroppen, längd, volym, värme, andningsreaktioner och spridningen av andningsrörelserna, känslan av förbindelse i kroppen, upplevelsen av mittlinje och centrum, känslan av stabilitet/ostadighet i förhållande till underlaget i sittande, stående, gående, etcetera. Listan kan göras lång och jag hänvisar till beskrivningen av de filmade behandlingarna, för ett klagörande av hur det här går till i praxis. I ett utdrag från den filmade behandlingen, får Rebecka här ge

ett praktiskt exempel på hur hon hjälper Svea att tydliggöra förnimmelsen av relationen mellan fötter och ben.

Under i stort sett 13 minuters total tystnad arbetar Rebecka i behandlingen med Sveas fötter och ben. Hon tydliggör hälen mot britsen genom att rulla benet utåt och inåt och ibland "dunsa" den lätt mot britsen. Hon arbetar med små sviktande rörelser med tårna och mellanfotsbenens förbindelse, med mellanfotsbenens och fotledens förbindelse, med mellanfotsbenens inbördes relation. Hon arbetar med fotens och fibulas (strålbenets) och tibias (skenbenets) förbindelse upp till knät genom att röra foten på olika sätt i sidled och hålla/trycka på olika ställen runt knän och vader. Hon rör underben och fot i olika riktningar och "knackar" på lårmuskulaturens senor på ovansidan av knät och påminner Svea om att hon inte behöver hjälpa till att hålla benet själv.

Svea meddelar att det är ömt och lite stelt på utsidan av ankeln på den högra foten och att det brukar bli som en påse på kvällen, som hänger där. "Det är ett ställe där som du känner", säger Rebecka och fortsätter att utforska området genom att röra foten och underbenet i olika riktningar, lite snabbare, och "dunsar" sedan hälen lite lätt mot britsen. Svea uppger då att det känns ända ut i lilltåsidan på foten. Rebecka avslutar med att lyfta upp underben och fot och ge tryck på lite olika ställen under foten upp genom benet i riktning upp mot huvudet. "Då så", säger hon sedan och avslutar med att lägga ner benet och rulla det lite utåt och inåt från knät. Läger sedan ner sina händer i sitt eget knä och låter det bli en tyst paus.

Rebecka ber efter en stunds tystnad Svea att känna skillnaden mellan höger och vänster sida, om det känns olika och på vilket sätt. Svea svarar med att hon tycker att det känns tryggare. "Det känns tryggare", upprepar Rebecka, "och hur känns det i höger", frågar hon. Svea svarar då med att det känns svävande och att hon tycker att hon ligger snett ändå. Rebecka bekräftar att hon inte är helt nere med den högra sidan på britsen.

Rebeckas kommentar:

*"När jag rör där, över fibula eller under fibula och liksom stöttar, då händer någonting nere i foten, att hon känner hur underbenet och foten har med varandra och göra. Jag stöttar och rör på foten på olika sätt för att känna om hon differentierar på något sätt mellan underben och fot, eller om de bara har ett bestämt läge. Jag försöker låta henne känna att det går att röra på många olika sätt och hur hon kan låsa foten från det området. Om du stöttar sättet att låsa så "talar du om för musklerna" att: "Ni kan lägga av!" Då kan du se - Vad kan foten göra? Sedan kanske fot och underben kan komma i en annan relation till varandra så att de rör sig på ett friare sätt sinsemellan, som de inte har gjort innan. När foten då började röra sig i sidled på ett sätt som den inte kunde innan, när hon höll*

*allting, så blev det möjligt för henne att känna igen den där stumheten hon talade om.*

*- Du ger en stunds tystnad efter det du gjort?*

*Det blir en stund för att smälta det som varit. Det blir en slags möjlighet för mognad, att det kan ta form för henne. Jag kan ju vara nyfiken på hur hon tar upp det här, vad det ger henne. Men om jag börjar dra ur henne vad det är då blir det fel för henne. Då får hon inte ut det hon har rätt att få ut av detta."*

Det här behandlingsmomentet och Rebeckas kommentar till det, uttrycker vilken uppmärksamhet och detaljeringsnivå som förmågan att differentiera i kroppen innefattar. Vad är anledningen till att det ägnas så mycket uppmärksamhet och tid åt att få patienten att känna i sin kropp, kan man fråga sig. Varför är det så viktigt? Det är frågor som det här avsnittet i analysen bland annat är tänkt att belysa.

När jag betraktar sjukgymnasternas behandlingsarbete på filmerna, framträder det som en dialektisk växling mellan att uppleva helhet och förbindelse - att vara sammanhängande - och att uppleva delar och detaljer. Ett arbete där upplevelsen av helheten vidgas av att delarna blir mer tydliga och där delarna uppfattas på ett nytt sätt genom sitt sammanhang i helhetsupplevelsen. Utforskandet av detta helhetssammanhang utsträcker sig så småningom även till att uppfatta relationen mellan kropp och liv i patientens livssammanhang, vilket tydliggörs närmre i avsnittet i analysen som handlar om meningsskapande.

Hur sjukgymnasterna förstår betydelsen av att känna sina kroppsliga sammanhang; att kunna differentiera ut kroppen som en avgränsad och sammanhängande helhet gentemot omgivningen, betydelsen av att kunna diskriminera mellan och nyansera det som känns och att koppla det till de kroppsliga sammanhangen, redogörs för nedan.

### Förnimmelsen av kropp och existens

I redogörelsen för sjukgymnasternas förståelse av patientens problematik och tidiga störningar, framkom att de uppfattar kroppsgränserna som viktiga för att patienten ska kunna skilja ut/differentiera mellan det som är utanför kroppen och det som är inuti. Sjukgymnasterna hävdade att förmågan att differentiera i kroppen är en grund för upplevelsen av att finnas som person och inte gå upp i världen. Förmågan att kunna differentiera ut sin egen kropp innebär i denna förståelse att patienten kan undgå att lösas upp av sina känslor och i stället

knyta känslorna till sig själv som person genom att förankra dem i den egna kroppen.

Upplevelsen av kroppens konturer, att hitta sin kraft, kroppens centrum och mittlinje, kan bidra till förmågan att avgränsa sig och hålla ihop sig känslomässigt, menar Irene. Detta i sin tur kan bidra till en upplevelse av trygghet och tillit till sig själv i relationen med omgivningen, en trygghet som är förankrad i det kroppsliga erfandet:

*" ... att hitta trygghet någonstans i kroppen ... för en del människor så kan det vara att känna golvet, för andra kan det vara att rikta uppmärksamheten mot andningen och för andra så kan det vara att bli omhändertagna en stund. Jag försöker nog hitta någonting för var och en som de mår bra av (...)för att lugna ner dem och få dem att samla ihop sig"*

Citatet uttrycker att Irene med varje patient utforskar vilken typ av förnimmelser av kroppen och av att finnas/existera, som just den patienten blir trygg av som hon har i rummet. Den betydelse hon ger detta är att var och en blir trygg i sin kropp på sitt eget sätt, beroende på vad slags kroppsliga erfarenheter av trygghet den enskilde bär med sig.

Trots det individuella så finns det i Irenes förståelse också uppfattningen att vissa kroppsupplevelser är fundamentala:

*" Att uppleva sina konturer, det är hopsamlande. Det handlar om att komma till sans och att samla ihop en massa tankar kanske som flyger och far, att komma in i sig själv."*

I Irenes förståelse blir det grunden för att kunna uppleva sig själv som en egen individ i relation till omgivningen i motsats till att lösas upp/gå upp i världen eller den egna känslan. Kroppen blir här en förutsättning för upplevelsen av "sig själv", det vill säga den som känner och är/finns. Utifrån detta skulle följande aspekt kunna formuleras:

- Förnimmelsen av kroppen och kroppens konturer kan ge en möjlighet till en betryggande upplevelse av hopsamling och av att existera.

Det Gunilla berättar, är att patienterna ofta vänder sig till henne som sjukgymnast för att få hjälp med att förstå sina kroppsliga upplevelser. Många har erfarenheter av att inte ha blivit tagna på allvar när de beskrivit sina kroppsupplevelser. Deras upplevelser av kroppen har i stället betraktats som vanföreställningar och som ett psykotiskt sjukdomstecken. Gunilla menar att det handlar om att sjukvårdskulturen i sin föreställningsvärld inte inrymmer

den typen av kroppsupplevelser som de psykotiska patienterna beskriver och att upplevelserna därför definieras som överkliga eller patologiska. I Gunillas förståelse handlar det inte om vanföreställningar utan om upplevelser som är lika sanna som våra, men att de härrör från en outvecklad och fragmenterad person. Sin roll som sjukgymnast i behandlingen med dessa patienter, ser hon som att fungera som ställföreträdande perceptionsinstrument. Hon undersöker patienterna kroppsligt och hjälper dem att få kroppsdelar och kroppsgränser på plats och kan därmed bidra till patientens verklighetsanpassning och sänka ångestnivån, säger hon (Thulin, 1989).

Gunilla beskriver att patienternas upplevelser av kroppen många gånger består i fragmenterade, odifferentierade förnimmelser, där ingen klar åtskillnad görs mellan inre och yttre, mellan kropp och psyke och mellan olika delar av kroppen. För att kunna använda kroppen som relation med världen måste patienten först upptäcka att hon/han har en avgränsad och hel kropp, att hon/han inte är upplöst i världen, utan är särskild från den, säger hon. Först därefter kan patienten börja uppfatta, differentiera och skapa mening av sina sinnesintryck i samhandlandet med andra människor och med omvärlden. Detta uttrycker Gunilla som att "strukturera sitt psyke" och att bygga broar mellan kropp och psyke (op.cit.).

Upplevelsen av att vara en avgränsad och hel person är också förutsättningen för att kunna inrymma och förankra känslor i sig själv, menar Gunilla. För att ge ett exempel på olika sätt att hålla sig samman, när den grundläggande kroppsliga känslan av sammanhållning och helhet saknas, berättar Gunilla om en patient som utvecklat intellektet som sammanhållande funktion. I perioder är han fullständigt upptagen av att rita olika invecklade konstruktioner av apparater, kommunikationsnät etcetera. För att han så småningom ska kunna hitta sina kroppsgränser, en förankring i den egna kroppen och en känsla av sammanhang och helhet, har hon bland annat arbetat med massage. Tillsammans med den tillit de byggt upp i relationen, uppger hon att det kroppsliga behandlingsarbetet kan få honom att utveckla det hon kallar hans primära hud<sup>31</sup>. Först när han kan vila i ett varande i kroppen och en känsla av helhet och sammanhållning kan han lämna detta intellektuella sekundära sammanhållande som han utvecklat, säger hon. Men patientens kontakt med sin kropp i varandet är ingalunda "odelad":

*"Jag har den här bilden av helhet och att binda ihop. Men han beskriver båda delarna. Han beskriver både att massagen gör att energin binds ihop och att det blir en slags konsolidering<sup>32</sup>, som han säger. Men han får också*

---

<sup>31</sup> Se redogörelsen för SG:s förståelse av patientproblematiken och tidiga störningar.

<sup>32</sup> konsolidering betyder att göra tät eller fast, befästa respektive sammanslå. "The process of uniting: the quality or state of being united; specif: the unification of two or

*upplevelsen av att kroppen glider isär. Att bäckenet delar sig. Att skulderbladen glider isär och sticker ut. Att kroppen blir lösa delar som skramlar. Men på något vis så är det som att han får kontakt med hur hans kroppsupplevelser känns på ett djupare plan. Men i och med att han känner helheten så kan han våga möta det inom sig. För det känns inte som att det blir något ångestfyllt som jag gör. Men för att kunna känna det behöver han mig och den här sammanhållande yttre kraften. Hade han inte det så skulle han ju ramla sönder. Först när han beskrev det här så kändes det ju att: Hjälpl! Får massagen den effekten att han ramlar sönder! Men sedan har jag känt att det är inte så. Han känner ju att energierna binds samman och att han får kontakt med den här ... det är ju hans inre verklighet."*

Citatet kan tolkas som att patienten med hjälp av sjukgymnastens närvaro och upplevelsen av kroppen som sammanhållen, vågar vila i sin egen kropp och vara i det som är hans verklighet, en kropp som glider isär och faller i bitar. Således blir upplevelsen av det egna varandet, även som kaos, splittring och kamp på liv och död, möjligt att inrymma och vara med för honom. Patienten använder i detta sammanhang ordet "konsolidering", som också betyder befästande. Kanske är befästandet - att tillsammans med sjukgymnasten tydliggöra förnimmelsen av, medvetandegöra och klargöra/tolka hur det är, så att det går att förhålla sig till det - väl så viktigt för känslan av att kunna hålla sig samman, som upplevelsen av kroppsgränserna? Utifrån varandet i och förnimmandet av denna kontakt med hans verklighet på ett kroppsligt plan, kan de tillsammans skapa mening av hur hans kroppsliga varande hänger samman med hans liv. Varandet i och förståelsen av detta sammanhang kan här ses som en möjlighet att strukturera och skapa mening i det inre kaoset och på så sätt vidga förståelsen av sig själv i relationen med omvärlden.

Ur ovanstående skulle följande aspekt kunna formuleras:

- Genom kontakten med kroppen är det möjligt att både vara i och att förnimma/medvetandegöra mötet med sig själv och världen och på så sätt kunna omfatta/hålla samman sig själv i relationen med världen.

---

*more corporations by dissolution of existing ones and creation of a single new corporation“ (Britannica/Webster's, 1998)*



## Förnimmelsen av kroppen som sammanhållande rum

Hotet och rädslan att falla sönder och lösas upp är en upplevelse som inte bara berör människor med psykosproblematik. I Carins behandling av Anncharlotte, som befinner sig i en livskris, är detta lika aktuellt och utgör hindret för att våga känna och vara med det som känns. Denna rädsla övervinns i behandlingen genom att Carin, som hon uttrycker det, "bär och hårbärgerar" Anncharlotte genom att göra övningar med henne där hon kravlöst får lov att bara vara. Det hon arbetar med för att hjälpa Anncharlotte, är övningar som förstärker upplevelsen av kroppens konturer, form och inre rum. Likaså övningar som förstärker upplevelsen av mittlinje och centrum. Det vill säga övningar som stimulerar upplevelsen av att vara avgränsad, sammanhållen och centrerad.

Andningen är central i Carins förståelse av behandlingsprocessen och hennes uppmärksamhet inne i behandlingsrummet riktar sig återkommande mot Anncharlottes andning. I den filmade behandlingen ber Carin Anncharlotte låta andningen hitta sin egen rytm och ta den plats den behöver. Hon ber henne att "bara vara" och låta andningen "andas i henne" utan att göra någonting. Hon ber också Anncharlotte att lägga ett tonande mmm - ljud på utandningen och känna vibrationerna och värmen i ljudet inne i bröstkorgen och att öppna upp för ljudets resonans inne i kroppen.

Carin säger att hon gör de här övningarna som en inledning i behandlingen för att samla ihop både Anncharlotte och sig själv. Genom att fokusera Anncharlotte på att känna sin andning och sitt centrum, menar Carin att hon hjälper henne att hitta uppmärksamheten helt och hållet på här och nu och inte "flyga ut genom fönstret och tänka på andra saker". Sjukgymnasten använder således upplevelsen av andningsrörelsen och vibrationerna av de tonande mm - ljuden inne i kroppen, för att samla ihop och få en större närvaro och koncentration i rummet hos både sig själv och patienten. Men övningen ger också en viktig information i behandlingen. Genom att följa Anncharlottes andning och känna in var hon är någonstans, får både hon själv och Anncharlotte klarhet om dagsläget, vad gäller hur mycket Anncharlotte vågar släppa efter och låta andningen sköta sig själv.

För att förtydliga andningen använder Carin rösten i behandlingsarbetet. I samband med att vi ser på dessa behandlingsmoment på filmen uttrycker Carin:

*"Rösten är vår hörbara kropp och röstarbete är kroppskänedom likaväl som något annat. Rösten blir också ett sätt för patienten att bli medveten om sin andning, vilket i sin tur är uttryck för hur man mår och hur man spänner sig."*

Om det finns låsningar i kroppen så menar Carin att det hörs på rösten. Genom att bli mer uppmärksam på sin egen röst, kan man också förstå mer om sin egen kropp, uppger hon. Carin uttrycker sig om röstens betydelse när vi ser på en sekvens där hon och Anncharlotte gör tonande mmm - ljud i den filmade behandlingen:

*"Det ger henne en slags förstärkt upplevelse och medvetenhet av hur andningen är när hon hör sin egen röst, om hon släpper andningen fri, eller om hon blockerar den och bara får en liten, liten, svag stämma någonstans. För hon kanske medvetet ligger och djupandas och kan lura både sig själv och mig också, genom att ligga och andas sådär tjusigt som hon vet att man ska göra. Men när ljudet kommer till så kan hon inte längre lura sig. Då hör både hon och jag direkt hur det är."*

Jag tolkar det som att sjukgymnasten förstår andningen som ett uttryck för varandet i stunden, det som **är** och att rösten förstärker upplevelsen och medvetenheten om detta. Men hon ger också röstupplevelsen en vidare betydelse:

*"Det slutna mmm - ljudet ger en möjlighet att uppleva den egna personen och den egna kroppen invändigt med hålligheterna i kroppen. Man får en upplevelse av hur det är invändigt och det verkar på något sätt självstärkande i mitt syfte med patienterna."*

Men att med hjälp av vibrationerna från mmm - ljudet uppleva rymden inuti kroppen, kan vara både jagstärkande och ibland också starkt väckande:

*"I vissa skeden orkar patienten inte med det. Att höra sin egen röst bara som ett ljud är något av det mest nakna man kan vara inför sig själv. Det kräver att man som behandlare är lyhörd för hur mycket av sig själv som patienten orkar möta, då röstövningarna går så direkt till känslan."*

I sjukgymnastens förståelse blir kontakten med andningen en möjlighet att uppleva sitt varande så som det uttrycker sig i nuet i kroppen. Andningen blir "länken" mellan kropp och varande. Rösten blir här en vidgad möjlighet för patienten att få kontakt med upplevelsen av sitt eget varandetillstånd på ett mer konkret sätt, som hörbart ljud och förnimbara vibrationer. Vibrationerna ger också en konkret upplevelse av kroppens inre rum genom den resonanslåda som kroppen blir för ljudet. Instruktionen som Carin ger om att känna värmen från ljudet och vibrationerna, ger en positiv upplevelse av att låta sig fyllas av ljudet. Carin uppger att känslan av värmen från vibrationerna gör att det kan bli mer avspänt och att man kan komma förbi vissa hinder.

Med hjälp av röstens vibrationer tydliggör sjukgymnasten kroppens inre rum. Ett sätt att förstå detta är att patientens upplevelse av mötet med sig själv genom rösten, kan få en plats och ett positivt inre rum som kan hålla denna upplevelse. Övningen skulle kunna tolkas som att den får en både hållande och vidgande funktion vad gäller patientens förmåga till varande och hållbarhet av sig själv, ett hållande och en inbjudan/tillåtelse att få vara, som färgas av den relation som skapats i mötet mellan sjukgymnast och patient. Utifrån Carins bidrag ovan skulle följande aspekt kunna formuleras:

- Förnimmelsen av andning och röst ger en möjlighet att uppleva sitt varande och hur man mår, så som det uttrycker sig i nuet i kroppen, vilket förstärker upplevelsen av att finnas som person.

### Mittlinje och centrum som grund för förnimmelsen av helhet

Carin kommenterar sträckningsövningarna när vi ser på filmen och säger att de är till för att förstärka upplevelsen av mittlinjen och att kunna hitta impulsen i kroppen från centrum. Skälet att arbeta med patientens upplevelse av sin mittlinje, menar hon, är för de inte ska vara "som ett rö för vinden".

*"När man förlorar sin mittlinje så blir man sig vilsen i rummet, både fysiskt och psykiskt. Mittlinjen är som en ryggrad som också ger psykiska valörer".*

Den betydelse hon ger upplevelsen av kroppens mittlinje är att den är som en stomme som man kan känna i kroppen och orientera sig kring och som ger en trygghet att inte tappa orienteringen i rummet. De psykiska valörerna tolkar jag som innebörden i det vardagsspråkliga uttrycket, "att vara ryggradslös", i meningen alltför eftergivlig ("lealös"). Att ha sin ryggrad och orientering i rummet kan då tolkas som att stå för den man är och det man tror på i mötet med omgivningen.

Intressant i detta sammanhang, är att Carin själv inne i behandlingsrummet under den filmade behandlingen hela tiden söker sig till inbalanseringen i sin mittlinje. När jag kommenterar detta säger hon att hon gör det för att inte tappa bort sig själv i kontakten med Anncharlotte, för att "inte falla in i och förlora sig i hennes kroppsspråk". Gör hon det, så menar hon att hon själv tappar orienteringen i behandlingssituationen och kan inte stödja Anncharlotte. Mittlinjen får i den här situationen betydelsen av att inte förlora kontakten med det som är en själv, i kommunikationen med omvärlden, utan kunna särskilja det som är en själv och det som är den andre i en dialog. Detta hör också till den övning som Carin avslutar med i behandlingen tillsammans med

Anncharlotte.<sup>33</sup> Utifrån Carins tankar om mittlinjens betydelse, kan följande aspekt formuleras:

- Att hitta sin mittlinje i kroppen hjälper en att orientera sig i rummet och att inte förlora sig i mötet med världen.

När det gäller att placera upplevelsen av centrum i kroppen, tänker sig Carin detta rent fysiskt i magen, strax under naveln. Den betydelse hon ger upplevelsen av centrum har att göra med att hitta sin kraft och energi - att det finns något centralt inne i kroppen där energin ligger samlad. "Som en kärna av någonting som har med energi och impulser till rörelser att göra", säger hon. Men det har också en psykisk valör i hennes förståelse:

*"Att ha sitt centrum har en stabiliserande funktion både fysiskt och psykiskt. De hittar lättare balansen i sittande och stående. De blir mer förankrade i tillvaron och tryggare och stabilare kanske. Lite närmre sina känslor överhuvudtaget."*

Här gör sjukgymnasten en koppling mellan centrum, god inbalansering i förhållande till gravitationen, trygghet, stabilitet och att vara känslomässigt mer förankrad i tillvaron och sig själv. Det biomekaniska - att hitta sin mittlinje och sitt centrum i förhållande till gravitationen - kopplas här till känslomässig trygghet, närvaro och förankring i tillvaron. Detta uppger hon, gör att man kommer närmre sina känslor överhuvudtaget.

Carin kopplar på samma sätt som Gunilla och Irene, upplevelsen av helhet i kroppen, till närvaro och djupare kontakt med det egna varandet. Jag frågar vad hon menar med att komma närmre sina känslor i det här sammanhanget:

*"På det sättet att det inte finns en massa golv. Att de inte skärmar av genom att lägga sitt centrum kanske i bröstkorgen eller på en högre nivå. De här känslorna som ofta trycks ner kanske just i trakten av centrum. De allra svåraste, starkaste känslorna ligger ju där nere ibland för att vi inte vill känna på dem. Vi knyter ju ihop nästan som en påse omkring dem och stänger av dem med olika golv. Det jag känner är att jag på något sätt vill få patienten att få tillbaka sin kontakt ner i den här påsen där hon har stoppat ner en massa. Men det får ju ske i den takt som hon orkar med att ta tag i det. Jag kan bli glad när jag märker att den här förbindelsen börjar fungera och det poppar upp mer liv från patienten.  
- Du sa liv. Menar du att det är vitaliserande?"*

---

<sup>33</sup> För närmre beskrivning redogörelsen för den filmade behandlingen i appendix.

*- Ja, för hela människan blir mer vitaliserad som jag ser det, när hon får kontakt med de här djupa känslorna. Det kan vara både positivt och negativt, men det är lätt att vi stänger av här och blir lite döda i något avseende. Man döljer sig och dödar vissa upplevelsesfärer. Man begränsar hela sitt upplevelserum med de här avskärmningarna som kan finnas, de här golven eller oförmågan att känna det här djupa nere i centrum."*

I sjukgymnastens förståelse får känslan av förbindelse, mittlinje och centrum, patienten i kontakt med det som hon stängt sig för, upprättat en barriär gentemot, genom "inre golv". Det patienten stängt sig för, förstår sjukgymnasten som svåra upplevelser som inte varit möjliga att inrymma. Upplevelser som varit, och kanske är, alltför överväldigande. Denna kontakt och förbindelse med oss själva menar sjukgymnasten är vitaliserande för hela människan och vidgar vårt upplevelserum.

Den bild som metaforiskt ges här är att det nästan skulle finnas en "förbindelse" i materiell bemärkelse till bäckenområdet och "centrum" i kroppen. För det första handlar det dels om ett rörelsecentrum i kroppen som är funktionellt utifrån förbindelsen mellan över och underkropp och som kan medvetandegöras genom rotationsrörelser i bålen och genom sträckningar ut genom armar och ben i diagonalerna i kroppen. Men det finns också ett tyngdpunktscentrum i området i höjd med den tredje ländkotan. Detta kan medvetandegöras genom rörelse, tyngdpunktsförskjutningar och kraftövningar där känslan av att finna kroppens egen stabilitet fokuseras. Den tredje, kanske viktigaste kunskapen är så självklar hos både Carin och mig som intervjuare att vi inte talar om den. Denna är kunskapen om att andningen som regel påverkas, fördjupas, när en människa hittar sin egen tyngdpunkt och sitt centrum i förhållande till gravitationen. Den "förbindelse" med centrum som Carin talar om skulle jag utifrån detta tolka mer som att andningsrörelserna fördjupas och det blir mer "liv" genom detta i bäckenområdet. "Förbindelsen" möjliggörs här genom den avspänning i kroppen som sker och som gör det möjligt för andningen att bli friare och djupare. Genom förnimmelsen av andningsrörelserna blir också förnimmelsen av magen och bäckenområdet möjlig. På så sätt går det att få kontakt med sitt "centrum" och därmed sina känslor i den "påse" som Carin metaforiskt uttrycker att vi stoppar ner våra svåra känslor i och stänger om. Detta kan jämföras med Lines arbete med Dora och hennes utstående mage som hon menar beror på att något stoppat upp och som skulle bli möjligt att få tag i om det blev mer liv och rörelse i området. Likaså talar Ingela om Bertils ryggbesvär som hon kopplar till hans låsta andning i bäckenområdet och hans avskärmning av känslor (se nedan). Upplevelsen av centrum kan på det här sättet sägas vara starkt kopplat till spontaniteten, friheten och djupet i andningen och inte enbart till inbalanseringen gentemot gravitationen.

Som exempel berättar Carin om en patient som hon behandlat med så kallad sittande Dropsymassage<sup>34</sup>, där sjukgymnasten ger tryck i andningsrytmen på axlarna genom kotpelaren ner genom sittbensknölna. Detta ger som regel inte bara en förstärkning av förmimelsen av kotpelarens stabilitet, utan också en avspänning som gör att andningen fördjupas. Efter ett tag började patienten drömma att kotpelaren var som en skorsten som det kom rök ur, vilket hon kopplade till övningen. Strax därefter kom mycket starka känslor upp i behandlingen. Detta tolkade Carin som att patienten kommit till en punkt där hon var mogen att öppna upp och titta efter vad som fanns "nere" i henne. "Kanske kände hon också att jag var mogen för att ta emot det", lägger hon till, och förtydligar därmed att utvecklingen av beredskapen att ta emot patientens starka känslor är något som sker ömsesidigt i relationen mellan henne och patienten.

Vad som är möjligt i behandlingsprocessen blir på så sätt inte bara beroende av övningarna utan också av sjukgymnastens och patientens beredskap att inrymma det som patienten och därmed också sjukgymnasten får kontakt med. Denna beredskap skulle kunna förstås som en konsekvens av båda parternas personliga förmåga att härbärgera de känslor som är aktuella i stunden; de båda parternas respektive dagsform, vad gäller koncentration och närvaro, samt bärkraften/tilliten i den relation som byggts upp mellan dem. Utifrån ovanstående skulle följande aspekt kunna formuleras:

- Att hitta stabiliteten i sitt centrum i relation till gravitationen gör det möjligt att låta andningen fördjupas och därmed att komma i kontakt med sina känslor.

#### Att avskärma förmimelserna av kroppen med sin andning

I Ingelas behandling med Bertil framträder hans svårigheter att känna och differentiera mellan olika förmimelser i sin kropp som ett tillstånd i hans varande av icke-kännande och kontroll. Detta uttrycker sig bland annat som en bristande spontanitet i andning och kropp. Ingela förstår det också som en konsekvens av könssocialisering - att vara otränad i att känna - samt en träning in i att stänga av känslor i det yrke han valt, där han ofta befinner sig i dramatiska situationer med människor. Hennes behandlingsarbete är inriktat mot att få honom att vila i och vara mer närvarande i sig själv, då han oftast är inriktad på att göra saker och att prestera. Hon har härvid arbetat med hans

---

<sup>34</sup> För närmre beskrivning se redogörelsen för den filmade behandlingen med Carin och Anncharlotte.

kroppsmedvetande och särskilt med sträckningar<sup>35</sup> och olika övningar med avspänning. I sin förståelse av sitt behandlingsarbete kopplar hon förmågan att kunna differentiera mellan olika förnimmelser i kroppen till spontaniteten i andningen:

*"Jag har inte kunnat jobba utifrån kroppen förrän han har börjat få ett ökat kroppsmedvetande; att han kunnat känna och uppleva .. ( ... ) likaså innan gäspningarna låg nära och det hände saker i hans andning. Han hade en snabb, yttlig och kontrollerad andning från början. Sträckningarna påverkar ju indirekt andningen, och det fick honom att få tag i suckarna och mer spontanitet."*

Kroppsmedvetandeträningen, och i den sträckningarna, blir här till ett medel att hitta den spontana sträck- och gäspimpulsen i kroppen och spontanitet i andningen. Det är via denna spontanitet i kroppen som hon menar att han bättre kunnat komma i kontakt med det som känns. Andningen kan i Ingelas förståelse på så sätt ses som en förbindande länk mellan känslor och kropp. Den låsta andningen och kontrollen av andningen kan då ses som ett hinder för, eller sätt att undgå förnimmelsen och upplevelsen av sina känslomässiga reaktioner. Att kontrollera och låsa andningen blir därmed också ett sätt att strypa känslornas möjlighet till förankring i den egna kroppen. Utifrån Ingelas underliggande antaganden i sitt arbete med Bertil skulle följande aspekt kunna formuleras:

- Att kontrollera och låsa andningen, stryper möjligheterna till förnimmelse av känslornas uttryck i andningen och därmed upplevelsen av känslans förankring i kroppen.

### Att kroppsligen förnimma sina dagliga sammanhang

I Lines behandling med Dora framträder Doras fjärmande från kroppen, som tidigare nämnts, som en överlevnadsstrategi när livet blir för överväldigande för Dora. Hon befann sig i en belastande livssituation och hade gjort det under flera års tid, tills hon slutligen inte längre orkade och sökte hjälp för utmattnings. Line har arbetat med Doras förmåga att förhålla sig till denna livssituation genom att som hon säger "bära och hållbara henne" under långa perioder. Detta har hon gjort för att Dora skulle få möjlighet att släppa

---

<sup>35</sup> Sträckningar ger förutom en möjlighet till upplevelse av kroppen som sammanhängande, ofta också en påverkan av andningen, genom att man arbetar med att förlänga kroppen i mönster som sträcker ut muskulatur som drar samman kroppen och bromsar andningsrörelserna.

sin kontroll och sin ökade beredskap i kroppen och kravlöst få vara. Parallellt har hon också arbetat med Doras förmåga till kroppslig närvaro och förmågan att känna och att nyansera det som känns i kroppen. I förhållande till kroppsmedvetandet lyfter Line fram vikten av att kunna vara i sig själv kroppsligt och att känna sina dagliga sammanhang. Med det menar hon att ha förmåga att känna sina reaktioner i det dagliga, att känna när man spänner sig och att kunna släppa det som är onödigt. Detta lägger hon ned mycket möda på att utforska tillsammans med patienterna i behandling. Följande citat uttrycker hennes förståelse av det kroppsliga erfandet i detta sammanhang:

*"Den speciella stimulering som sker vid hanteringen, kopplat till kommentarerna och samtalen om vad man känner och erfar med kroppen i förhållande till praktiska aktiviteter, i förhållande till sociala aktiviteter och till känslomässiga erfarenheter. Det tror jag gör att man ökar sin kroppslighet på ett vis. Man kommer närmre sig själv. Man känner var man börjar och slutar och det har något med hudstimuleringen att göra, som jag tror är väldigt viktigt. Och det talar vi inte så mycket om."*

Sjukgymnasten talar om att öka sin kroppslighet och att detta sker genom de möjligheter till stimulering och erfande av kroppen, som den sjukgymnastiska behandlingen innebär. Hon talar om hudstimuleringen som en möjlighet att känna var man börjar och slutar, det vill säga att förnimma sig själv som en avgränsad kropp.

Line gör också en koppling mellan att kunna känna och förhålla sig i de dagliga sammanhangen och att bli mer levande. Detta uttrycker hon när jag frågar vad hon ser som framgång i behandlingen:

*"Vi som sjukgymnaster kan ha en stark förnimmelse att den här patienten är .. **mer levande nu** ... än i fjol. Hur ska du dokumentera det? Jag lägger ju märke till hur patienten rör sig, att det inte längre är så stereotyp. Likaså att det kommer gråt och skratt, att det kan vara stilla och det kan vara pratsamt, att det kan gestikuleras ... ja, att det ofta är flera facetter som på ett vis kommer fram."*

Kombinationen av att arbeta med att förnimma det som känns i kroppen och att koppla det till de dagliga livssammanhangen, ser sjukgymnasten som en möjlighet att bli det hon kallar "mer kroppslig" i sina dagliga sammanhang. Detta medför att man kommer närmre sig själv, men också att patienten blir mer levande i sitt sätt att förhålla sig, säger hon. Innebörden av att bli mer kroppslig i sina dagliga sammanhang kan på så sätt förstås som att komma närmre sig själv och bli mer levande i relation till de dagliga livssammanhangen.



Utifrån ovanstående kan följande aspekter formuleras:

- Att förnimma sin kropp gör det möjligt att bli mer närvarande och medveten om vad man låser sig för och vad man öppnar sig för i det dagliga.
- Att bli mer kroppslig innebär en möjlighet att känna sina dagliga sammanhang och i det komma närmre sig själv och bli mer levande i relation till de dagliga livssammanhangen.

Line menar att det är en stor skillnad mellan att inte känna att det förhåller sig på ett visst sätt och att känna att det för håller sig så eller så. Men för det vet man ju inte utan vidare hur man ska förändra det, säger hon. Att förnimma och differentiera mellan olika förnimmelser i kroppen blir grunden för att starta denna process som innebär att få kontakt med sitt kroppsliga varande. Genom hela behandlingsarbetet strävar hon i detta sammanhang med att få Dora att förnimma sin kropp inifrån, i stället för att betrakta den utifrån eller få sjukgymnastens mening om hur det är fatt med den. Detta tar sig uttryck exempelvis i den situation då Dora i början av behandlingen står avklädd med sidan emot Line, som betraktar Doras hållning i stående. I stället för att tala om vad hon ser, så tar hon i Dora och med beröringen tydliggör de olika områden som är fokus; hon rör på knäskålarna, hon stryker Dora över ländryggen, etcetera. Samtidigt så frågar hon Dora vad hon lägger märke till i områdena. Det hon själv ser förmedlar hon framförallt som en bekräftelse, på det Dora säger att hon känner. Jag frågar henne om hur hon tänker kring detta:

*"Det gör jag medvetet och en av grunderna till det är att jag tycker att mitt yrke är så vanskligt. Jag klarar inte av att stå där och vara den som sitter inne med hela facit. Det är den ena anledningen. Den andra är att det är inte något värt om inte den andre kan få tag i vad det gäller inifrån. Då äger hon det inte. Och då äger hon varken det det är eller de möjligheter som kan ligga till förändring. Dessutom så gör du den andre ansvarig genom att den får stå för det den känner eller inte känner. Då blir det inte terapeutens ansvar och processen bli mycket mer spännande. Det handlar ju inte om att hitta terapeutens recept utan att hitta sina andra egna möjligheter"*

Här för sjukgymnasten in vikten av att "äga" sina egna kroppsliga upplevelser, för att de ska kunna bli till en förändrande kraft. Patientens egen kroppsupplevelse och sätt att uttrycka denna blir i denna förståelse utgångspunkten i behandlingen, inte vad sjukgymnasten ser, känner, föreslår att patienten skulle

kunna känna, eller till och med skulle vilja att patienten kände. Inte heller är det sjukgymnasten som sätter ord på känslan, utan att äga upplevelsen innebär att patienten själv har gett känslan en mening i sitt sammanhang, genom sitt sätt att namnge eller beskriva den. Först då äger och blir patienten också ansvarig, för sina möjligheter till förändring. Utifrån Lines bidrag ovan kan följande aspekt formuleras:

- För att patientens kroppsliga erfarenhet ska kunna leda till förändring, måste patienten själv ge erfarenheten mening genom att få tag i "vad det gäller" inifrån.

## Sammanfattning

Att arbeta med förmågan att förnimma och differentiera i sin kropp förstås som att öka sin kroppslighet och att komma närmre sig själv.

För att kunna använda kroppen som relation med världen, uppger sjukgymnasterna att man först måste upptäcka att man har en avgränsad och hel kropp, att man inte är upplöst i världen, utan är sär-skild från den. Först sedan man upptäckt detta, kan man börja uppfatta, differentiera och skapa mening i sina sinnesintryck i samhandlandet med andra människor och med omvärlden. Att kunna differentiera ut sin egen kropp som sär-skild är också förutsättningen för att inrymma och förankra sina känslor i den egna kroppen och sig själv.

Sjukgymnasternas sätt att arbeta med patientens förmåga att differentiera ut den egna kroppen från omgivningen, är bland annat att arbeta med patientens förnimmelse av sina kroppskonturer. Betydelsen de ger detta är att det är hopsamlande och gör att man "kommer till sans" - att man kan känna var man är och att man finns. Detta menar de, bidrar till förmågan att kunna "hålla ihop sig" och kunna härbärgera sina känslor.

En annan uppfattning sjukgymnasterna uttrycker, är att upplevelsen av kroppens avgränsning och helhetssammanhang gör kontakten med den "inre verkligheten" på ett kroppsligt erfaraende plan möjlig och mindre ångestfylld. Det biomekaniska - att hitta sin mittlinje och sitt centrum i förhållande till gravitationen kopplas till känslomässig trygghet, närvaro och förankring i tillvaron. Det kopplas också till en möjlighet att komma närmre sina känslor, sig själv och kontakten med sitt eget varande. Denna kontakt förstås som vitaliserande för hela människan och som vidgande för den egna upplevelsesfären.

I sjukgymnasternas förståelse blir andningen en kontaktlänk mellan kropp och varande. Kontakten med andningen ger därmed en möjlighet att uppleva sitt varande så som det uttrycker sig i nuet i kroppen. Rösten blir i detta en vidgad möjlighet för patienten att uppleva av sitt eget varandetillstånd som hörbart ljud och förnimbara vibrationer. Rösten uttrycks i detta som vår "hörbara kropp".

Spontaniteten i andningen ses som en förutsättning för att få tillgång till de egna känslorna. Den låsta eller kontrollerade andningen förstås på så sätt som ett hinder för, eller sätt att undgå att förnimma och uppleva sina känslomässiga reaktioner. Att låsa andningen blir i den förståelsen ett sätt att strypa känslornas möjlighet till förankring i kroppen och därmed inrymma dem som en del av sig själv.

Sjukgymnasternas förståelse kan tolkas som att patienten genom att öka sin kroppslighet, erövrar den levande kroppen som erfارande och menings-skapande subjekt.

## Sjukgymnastik som en möjlighet att skapa mening

I sjukgymnasternas behandlingsarbete framträder olika former för meningsskapande som tar sin utgångspunkt i patientens kroppsliga erfarenhet. Underliggande antaganden i detta arbete är förståelsen av kroppen som både meningsbärande och meningsskapande. Mening kan i det här sammanhanget förstås som något som skapas både intersubjektivt i samhandlandet med andra människor och intrasubjektivt genom medvetandegörandet av och reflexionen över de erfarenheter den enskilda människan gör i sin relation med världen. Utifrån detta blir både kroppsligt erfärande, samhandling och reflexion till former för meningsskapande i det sjukgymnastiska behandlingsrummet.

De två former av meningsskapande som uttrycks tydligast i sjukgymnasternas behandling, är: a) arbetet med patientens närvaro och kroppsliga erfärande där mening/insikt kan ses som något som levs och erfars kroppsligen, samt b) att medvetandegöra, ordbära och reflektera dessa erfarenheter. Det som fokuseras är patientens närvaro, kroppsmedvetande, förhållningsmönster till sitt liv, samt reflexionen över relationen mellan kropp och liv. Arbetet tar sin utgångspunkt huvudsakligen i *nuet*, i det som sker inne i behandlingsrummet och i patientens livssituation och sätt att förhålla sig i denna. Men sjukgymnasterna arbetar också med patientens livshistoria och varandemönster utifrån kroppen, med fokus på känslor. Detta arbetssätt har flera av sjukgymnasterna tillägnat sig genom psykoterapiutbildning och handledning. Arbetet med att förstå känslor är ofta inriktat mot att komma i kontakt med och förstå känslor som härrör från tidiga relationer i *dåtid*, och som uttrycker sig i patientens varandemönster i *nuet*. I de beskrivna formerna för meningsskapande, lyfter sjukgymnasterna fram språkliggörandet av de kroppsliga erfarenheterna som en kritisk fas i behandlingsprocessen, där orden ibland kan "förta" den upplevda meningen.

Den tredje formen för meningsskapande, samhandlingen i behandlingsrummet, uttrycks indirekt i materialet, som en slags undertext. Ett exempel på detta är den mening sjukgymnasten ger patientens kropp genom sitt sätt att förhålla sig till den i behandlingsrummet. Denna punkt fördjupas i kapitel 10. I avsnittet om behandlingsrelation och meningsberättigande har det likaså belysts tidigare.

Det här kapitlet om meningsskapande inleds med sjukgymnasternas förståelse av hur kropp och mening hänger samman i meningsskapandet. Därefter följer deras förståelse av relationen mellan kroppslig erfarenhet, ord och mening i reflexionsprocessen i behandlingsrummet. Som tredje avsnitt följer sjukgymnasternas förståelse av att arbeta med fokus på känslor utifrån kroppslig erfarenhet. Därefter följer ett avsnitt om deras förståelse av att arbeta med mönster i patientens varande.

### Kropp och mening

Sjukgymnasternas förståelse av kroppens betydelse för skapandet av mening hör samman med deras förståelse av kropp och existens. I en diskussion om möjligheterna att nå fram till människor kroppsligt, respektive språkligt i behandling uttrycker Line:

*"Det finns inte något mer grundläggande mänskligt än kroppen! En människa som inte har språk, har i vart fall en kropp. I den bemärkelsen är kroppen något helt grundläggande för vår existens."*

Citatet uttrycker en förståelse av existensen som grundläggande kroppslig. I detta ligger också implicit, att det är möjligt för patienten att via kroppen nå en förnimmelse av och kontakt med sin existens. Följande aspekt kan utifrån detta formuleras:

- Kroppen är grundläggande för människans existens.

Sjukgymnastens förståelse av kroppen är också att det liv en människa levt, bär hon med sig i sin kropp, uttryckt i sitt kroppsliga varande och förhållnings-sätt till livet:

*"Det kroppsliga uttrycket och det kroppsliga sättet att vara är ju en kämpesumma av liv."*

Kroppen ses i denna förståelse som bärare av summan av en människas levda relationer till världen, vilket blir till följande aspekt:

- Kroppen kan ses som summan av våra levda relationer till världen.

Den införstådda betydelsen av detta kan tolkas som att kroppen är bärare av den mening som summan av de levda relationerna till världen inneburit för den enskilde. Detta för med sig konsekvenser i behandlingen:

*"När vi arbetar med kroppen så kan **allt** liv relateras till det. Därför så är det nästan inga gränser för vad som kan bli tema i behandlingen. Allt liv som du lever har med din kropp att göra! Därför så är det helt grundläggande. Det är en massa liv vi lever utan att prata, men det finns inte något liv vi lever utan att vara i kroppen."*

Kroppen kan här förstås som social och meningsbärande. Detta i sin tur anger att mening är något som skapas i den kroppsliga relationen med världen. Antagandet är centralt för att förstå hur mening skapas i det sjukgymnastiska behandlingsrummet :

- Mening är något som skapas i människans kroppsliga relation med världen.

Synen på kroppen som sammanflätad med vår existens och som tillgång till förståelse av våra livssammanhang, kan sägas vara bärande i sjukgymnasternas behandlingsarbete. Rebecka ser i detta sammanhang det kroppsliga som djupt sammanlänkat med hela vårt väsen och det kroppsliga behandlingsarbetet som inkörsport även till andra områden:

*"Har jag ett sätt att arbeta med kroppen, så finns det ju möjligheter även på andra områden. Kroppen är ju sammanlänkad med hela vårt väsen och när man fogar ihop kroppen med det andra så får man ihop alltihop. Allting hänger ihop, men du kan ta det från olika håll. (...) Det kroppsliga behandlingsarbetet är ett medel för patienten att nå den djupare kontakten med hela sig själv. Djupet är när man fogar ihop kroppen med det andra, när man får ihop alltihop. Utifrån kroppen kan patienterna själva se var de är och kanske hitta en ny bild av sig själva."*

Kroppen blir i Rebeckas förståelse både en möjlighet för henne som behandlare att nå fram till patienten och närma sig hennes livssammanhang och för patienten att få en konkret kontakt med och förståelse av hur saker och ting hänger samman. Hon talar om att "foga samman kroppen med det andra".

Sammanfogandet innebär för Rebecka att koppla ihop de kroppsliga varandemönstren med patientens liv och livshistoria. På så sätt ges den kroppsliga erfarenheten i behandlingen en mening. Den sista meningen i citatet ovan anger att hon också förstår det kroppsliga behandlingsarbetet som en möjlighet för patienten att "se" var hon/han är och hitta en ny bild av sig själv. Innebörden av detta är att hon förstår meningsskapandet utifrån den kroppsliga erfarenheten i behandlingen som potentiell möjlighet till förändring av patientens självbild. Utifrån detta kan följande aspekt formuleras:

- Kroppen är sammanlänkat med hela vårt liv och en källa till förståelse av vem vi är i relation till våra liv.

I detta sammanhang uppkommer en etisk fråga: Är det så att alla som söker sjukgymnastik för det som benämns som psykosomatiska besvär, vill veta vem de är i relation till sina liv? Rebecka är mycket tydlig på den punkten:

*"Jag tycker inte det är något att sträva efter att varenda människa som kommer på behandling måste gå djupt. Det är något de kan vara beredda att göra om de visar att de vill det. Behovet måste växa fram från patienten själv. Kroppsmedvetenheten i sig har också ett värde, likaså rörelserna för rörelsernas egen skull, utan de djupare kopplingarna."*

Här klargör sjukgymnasten en viktig etisk utgångspunkt. Även om hon som behandlare kan se möjligheter som skulle kunna leda till förändring, så är det patienten som avgör vart och hur långt hon/han vill gå. Kroppsmedvetandeträningen och rörelserna i sig, är ett fullt legitimt mål för att få gå i behandling hos sjukgymnasten. De "djupare kopplingarna" är med andra ord en möjlighet i den sjukgymnastiska behandlingen, men inte ett mål i sig, om patienten inte visar sig ha behov av detta. Det sjukgymnasten kan sägas uttrycka här, är ett ifrågasättande av medvetenhet och "insikt" som norm i behandling.

Sjukgymnasterna klargör på olika sätt hur de arbetar med att låta mening och insikt ta form för patienten på en förspråkligt levd kroppslig nivå av förståelse. Carin har tidigare tagit upp detta i samband med sin beskrivning av varandeupplevelsen i behandlingsrummet som en "ostkupa" som sänker sig. Patienten når uttrycker hon i detta varande en kontakt med sig själv på en intuitiv kroppslig nivå. Line har i avsnittet om det kroppsliga mötet tagit upp det som att det på en konkret kroppslig nivå i behandlingsrummet är möjligt att få en upplevelse av existensen och att något är sant för en själv. Ingela kommer att beskriva det i sitt arbete med fokus på känslor längre fram. Rebecka får belysa viktiga aspekter av detta arbete här nedan.

I Rebeckas sätt att arbeta finns en respekt för vikten av att låta de kroppsliga insikterna få tid och rum för att mogna fram och ta form:

*"Jag måste ju inte få ut någonting av det jag gör just den gången, men ändå kan det vara någonting väsentligt. Men jag kan markera det för henne, för att det är så tydligt. Det är så mycket i det här som behöver tid att mogna. Det jag ser och markerar kan vara en del i något som måste kopplas ihop med andra associationer och som kommer tillbaka i en annan situation, som en association. Så det kan handla om veckor och månader."*

Sjukgymnasten uttrycker här meningsskapandet utifrån den kroppsliga nivån av förståelse som en mängd associationer och kopplingar som måste få finna sin väg och levas i konkreta situationer för att meningen ska framträda. Erfarandet av mening kan på så sätt ses som kopplat till att kroppsligen relatera till världen i konkreta livssituationer. Meningsskapande i den sjukgymnastiska behandlingen kan utifrån ovanstående ses som kopplat både till de kroppsliga erfarenheterna av samhandlandet i den konkreta behandlingssituationen och till de kopplingar och associationer som görs mellan kroppsliga erfarenheter från sammanhangen i andra konkreta situationer. Följande aspekt kan formuleras utifrån detta:

- Mening är något som har möjlighet att framträda genom kroppsligt levd förståelse av sammanhangen i konkreta situationer.

Sin egen roll i den här meningsskapandeprocessen ser Rebecka som att tydliggöra det som framträder i processen i behandlingsrummet. Sjukgymnastens uppmärksamhet och "seende" blir här av stor betydelse för vad som kan bli synligt för patienten. Rebecka berättar att ibland så hamnar patienten i en övning i något som är så speciellt och viktigt, att hon väljer att låta patienten stanna i den upplevelsen och avsluta behandlingen även om behandlingstiden inte är slut. Om hon fortsätter med något mer vid ett sådant tillfälle, så menar hon att det kan hända att det som är viktigt försvinner. I stället försöker hon förstärka upplevelsen och betona vikten av den genom att låta patienten stanna i det som känns. Ett exempel är när Svea vid ett tillfälle fick en väldigt tydlig känsla av sina fötter mot golvet och kunde vara i den känslan. Denna erfarenhet såg Rebecka som väldigt viktigt för att Svea skulle kunna hitta fram till en stabil grund att stå på. Rebecka avslutade då behandlingen genom att stanna i upplevelsen, fast att tiden inte var ute. Likaså avstod hon från att komma med, som hon uttrycker det "en massa störande förklaringar" efter övningen. Rebecka uppger att detta gav Svea en chans att vara i sig själv, i det som hon upplevde just då och att det fick vara hennes  *eget*, utan förklaringar.



Ord och förklaringar kan här ses som något som stör patientens utforskande av mening förankrad i henne själv. Följande aspekt kan formuleras utifrån ovanstående:

- Genom att tydliggöra och låta patienten vila i kroppsliga erfarenheter som framträder som viktiga, får patienten möjlighet att utforska egen mening och sammanhang i dem.

Rebecka arbetar med att utveckla patientens medvetenhet genom rörelse. På samma sätt som Line, uppmanar hon patienten att själv uppfatta det som känns i kroppen i stället för att tala om vad hon som sjukgymnast ser och hur hon känner förändringar i exempelvis motstånd/frihet i rörelse i patientens kropp. Det Rebecka erfarit, är att det ofta är andra människor som har satt ord på vad patienterna känner och talat om för dem hur de mår. En av anledningarna till att de kommer till henne för behandling, är just att de tappat bort det som är deras eget och vad de själva känner, uppger hon. Det kroppsliga erfandet ser hon härvid som en bättre utgångspunkt i behandlingen än orden:

*"På ett kroppsligt plan så kan de ju uppfatta att rörelsen är annorlunda, men ibland så gör jag dem uppmärksamma på det genom att säga: "känner du?" Till viss del så får de ju koppla själva, men **orden kan förta** (min markering). Det är viktigt att det är något inre, som kommer från dem själva."*

Ord kan här förstås som att de kan förta möjligheten till framväxten av insikter och av att insikterna förankras i patientens erfarenhetsvärld och blir hennes egna. Reflexionen i behandlingsprocessen ges i detta en ickespråklig och kroppslig dimension, där det kroppsliga erfandet blir en viktig utgångspunkt i meningsskapandet. Utifrån detta kan följande aspekt formuleras:

- Mening är något som är förankrat i kroppen som erfarenhet. Orden kan ibland förta patientens kontakt med denna kroppsliga förankring av mening.

### Kropp och samtal i behandlingsrummet

Carin talar om balansen mellan att kroppsligen vara, att erfara och att samtala i behandlingen. I hennes fall så har hon delat upp samtalets och kroppsmedvetandeträningens plats rent fysiskt, i två olika rum. I det ena rummet finns en samtalsplats med två karmstolar och ett litet bord och i det andra en behandlingsmatta som är upphöjd på en sockel. I detta rum finns också lite

övningsredskap som käppar, bollar och kuddar att sitta på. Carin säger att det är lite olika från behandling till behandling hur balansen mellan det kroppsliga och samtalet blir. Det hon tar sikte på i behandlingen är att kopplingen mellan de kroppsliga erfarenheterna och det patienten pratar om, ska komma till stånd, att orden knyts an till det kroppsliga. Så länge som samtalet inte känns som tomt prat så tycker hon att det fyller en funktion. Då tycker hon inte det spelar så stor roll om samtalet kommer före, under eller efter övningarna. Huvudsaken är att det tomma pratet inte tar överhanden och att det de talar om knyts an till det kroppsliga i behandlingen. Men det finns även andra aspekter av samtalet i behandlingsrummet:

*"Samtalet kan ibland fungera som ett försvar för att kontakten med kroppen blir för provocerande. Då är det viktigt att gå med i försvaret och inte gå på för snabbt med övningar."*

Sjukgymnasten antyder här att kontakten med kroppen kan vara alltför provocerande för en del patienter. Hon använder sig också av en terminologi som är förankrad i psykodynamisk teori där hon talar om samtalet som "försvar", i det här fallet ett försvar mot kontakten med kroppen och det som känns. Det kan också förstås som ett försvar mot den för patienten kanske ovana sociala situationen att arbeta med sin egen kropp tillsammans med en sjukgymnast. Samtalet fyller i sjukgymnastens förståelse här en viktig social trygghetsskapande funktion, som en slags "refug" i behandlingen. Utifrån detta kan följande aspekt formuleras:

- Samtalet i behandlingen kan vara trygghetsskapande och en viktig vila från den ibland alltför provocerande kontakten med den egna kroppen.

Carin talar, i likhet med Rebecka och Line, om betydelsen av att patienternas hittar sina egna ord på det som känns. I kroppsmedvetandeträningens metodik ingår som tidigare nämnts att träna upp patientens förmåga att känna skillnader i kroppen mellan olika förnimmelser. Härvid kan sjukgymnasten hjälpa patienten "på traven" genom att be henne känna om det är någon skillnad i upplevelse av exempelvis benens (eller andra kroppsdelars) olika vikt, längd, värme, volym, konsistens, och liknande. Instruktionerna styr emellertid vilka förnimmelser som patienten riktar sin uppmärksamhet mot. Likaså styr det formuleringen av upplevelserna i motsatspar som spänd/avspänd, tung/lätt, lång/kort, varmt/kallt, stor/liten, mjuk/hård, etcetera. Meningen är dock att patienten så småningom ska kunna beskriva det som känns på ett mer mångfacetterat sätt med egna ord. Carin beskriver detta:

*"Det är lätt att de lär sig en läxa som de ska säga. Jag tror det här med tystnaden och att låta patienten känna och eventuellt berätta för mig vad hon känner, det ger mer i det långa loppet. Men ibland kan jag ju använda mig av sådana tekniker också, som ett sätt att sätta patienten på spåret. Sedan när de väl är där så kan de få göra sin egen resa och berätta för mig vad de ser och känner. När patienten säger saker som jag vet att jag inte stoppat i dem, när de har egna tankar om det här med mittlinje och centrum till exempel, när de beskriver sin egen känsla, så märker jag att då har patientens eget kommit med och bilden kan förändras. Då börjar patienten tillåta sig att känna det hon känner. Då vågar hon vara i sin process och så kan både hon och jag se att det här är något som kan förändras. Att hon kan se att det hon känner inte är statiskt, utan att hon nästa gång kanske känner på ett annat sätt."*

Sjukgymnasten lyfter här fram tystnaden som ett kreativt moment i meningsskapandet i behandlingen. En tystnad där patienten får vara ifred med sin upplevelse så länge som behövs för att få kontakt med det som känns. Om de inte hittar dithän, säger hon att hon "hjälper dem på spåret" med de tekniker som nämndes i introduktionen till citatet. När de väl är där, säger hon att de får lov att göra sin egen resa och *eventuellt* berätta för henne vad de känner. Sjukgymnasten anger därmed att hon inte avkräver patienten någon rapport, utan låter sina patienter i sin egen takt finna bilder, ord och tankar för det som känns.

Att respektera patientens egen takt, kan här ses som ett sätt att ge rum för och därmed tydliggöra patientens egen process i behandlingsrummet. Att inte avkräva patienten rapport, utan låta hennes berättelse få ta sin tid att ta form, kan ses som ett klagörande av vem det är som är ägare till upplevelsena. Då har "patientens eget kommit med", säger hon. Den innebörd hon ger detta skeende, är att patienten då kan börja tillåta sig att känna det hon själv känner (till skillnad från att försöka känna det hon tror att sjukgymnasten förväntar sig att hon ska känna). Detta i sin tur innebär att hon vågar vara i sin egen process. Detta är ett viktigt skifte där behandlingen övergår från att vara en pedagogisk metod för att träna kroppsmedvetandet, till att bli en möjlighet att utforska relationen mellan kropp och liv och att skapa mening i denna relation. Genom detta kommer också patientens process i fokus i behandlingen. Tystnaden och icke-presterandet i behandlingsrummet kan ses som en viktig bidragande katalysator för att detta skifte ska komma till stånd.

Utifrån detta kan följande aspekter formuleras:

- Tystnaden och icke-presterandet i behandlingsrummet kan ses som ett kreativt moment i meningsskapandet.

- När patienten börjar kunna beskriva det de känner med egna ord och tankar, inträffar ofta ett skifte i behandlingen där patienten kan tillåta sig att känna det hon/han känner och våga vara i sin egen process.

Att ge upplevelser ett språk, innebär att ge upplevelserna en mening inom ramen för en språklig kultur. I likhet med Rebecka och Line uttrycker sjukgymnasten här en vikt av att patienten hittar sina egna ord för sina upplevelser. Detta kan förstås som att patienten ger upplevelsen mening utifrån sitt eget meningssammanhang i sin egen livsvärld. Denna syn på erfارande och språk kan förstås som att språket måste få böttna i de erfarenheter man själv gjort för att orden ska bli sanna och brukbara i meningsskapandet. Följande aspekt formuleras härvid:

- Språket måste få böttna i patientens egen erfarenhetsvärld, för orden ska bli sanna och brukbara i meningsskapandet.

Gunilla beskriver i detta sammanhang en av sina patienter som att han var allergisk mot ord för att de inte betyder någonting för honom. Orden kändes meningslösa och var inte att lita på. Han hade växt upp i en familj där man manipulerat, styrt och krossat varandra med ord, så för honom var orden onda och farliga. Av den anledningen hade han sökt sig till Gunilla för att få kroppsterapi. Hans önskan var att hon skulle arbeta praktiskt med honom hela tiden. Patienten hon berättar om, hade väldigt svårt att känna den känslomässiga kommunikationen i deras samtal. Kropp, känslor och ord bildade inte någon meningsfull enhet för honom. När de arbetade med kroppen så var det bara kroppen som gällde. När känslorna kom så var det bara känslorna som kommunicerade i honom och när de pratade så var det något annat. Gunillas sätt att närma sig detta problem i behandlingen är att tydliggöra och lyfta fram mönster i patientens sätt att förhålla sig. Detta gör det möjligt att han utifrån det han erfar kan se och känna att det han säger och det han gör hänger samman och är förankrat i det han känner. Nedanstående citat speglar hur hon arbetar med detta problem med hjälp av det som kallas överföringsinterventioner i psykoterapeutisk praxis..

*"Det handlar om att vi kan prata om det som sker mellan oss. Att jag kan säga att: Alldeles nyss så uttryckte du att du kände positiva saker, att du kände att du var i kontakt med någon värme i dig. Att du kände att du blev lugn. Och sen strax efter det så förringar du allt det jag gör och säger att jag inte vet vad jag gör och att du inte kan känna att du litar på mig. Det*

*här har ju inträffat förut, att först så är du i kontakt med någonting gott och sen i nästa stund så är du tvungen att förgöra det här goda. Och det kan han se: Ja just det! Nu gjorde jag det igen. Sedan kan vi prata om hur det kommer sig att inte det här goda kan få finnas kvar. Att han kan känna att han blir rädd när han kommer för nära mig och att jag blir för viktig och tänk om jag försvinner ..."*

Här tydliggör sjukgymnasten hur patientens rädsla hänger samman med vad han säger och vad som sker mellan dem i behandlingsrummet. Genom att många gånger och från olika infallsvinklar lyfta fram och göra den känslomässiga verklighet han lever i synbar, så kan han se och förstå hur hans känslor ord och handlingar hänger samman. Gunilla beskriver denna behandlingsuppgift som att hjälpa patienten att förankra orden i den känslomässiga och kroppsliga verkligheten så att de blir meningsfulla och sanna. Hon benämner det integrering och ser det som en förutsättning för att en förändring ska kunna komma till stånd. När han kan känna och bli medveten om de här mönstren, innebär det att han inte bara behöver vara styrd av rädsorna inifrån, utan också kan låta andra känslor växa fram och bli förankrade, uppger Gunilla. Således blir förankringen av ord och handlingar i den känslomässiga och kroppsliga verkligheten en möjlighet för patienten att bli medveten om innebörderna i sina egna förhållningsmönster till livet.

Det som är intressant med Gunillas patient är att han inte accepterar att gå i traditionell psykoterapi, eftersom han inte litar på orden. Han har i stället sökt sig till Gunilla som arbetar med kroppspsykoterapi, för att han litar mer på sin kontakt med kropp och känslor än med ord. Gunillas kroppsliga infallsvinkel i behandlingen blir här till en tryggare plattform för patienten i behandlingen än orden, och en möjlighet för orden att förankras i den kroppsliga och känslomässiga verkligheten så att de så småningom kan bli meningsfulla och sanna för honom.

## Att arbeta med känslor och kropp

Känslor är generellt ett viktigt område i sjukgymnasternas behandlingsarbete, men oftast som sammanflätade med det kroppsliga och inte huvudfokus i det man väljer att starta med. Anledningarna till detta är många. Patienter som söker sjukgymnastik definierar oftast inte sina problem som känslomässiga utan som kroppsliga. Det kroppsliga blir därför vanligen utgångspunkten i behandlingen. Sjukgymnastik är heller inte definierat som ett arbete med känslor utan med kropp och den sjukgymnastiska utbildningen ger av den anledningen inte kompetens att arbeta fokuserat med känslor och samtal. Behandling av känslomässiga störningar hänförs dessutom traditionellt till psykoterapiens domäner och sjukgymnaster som ger sig in på detta område kan räkna med att få problem med kritik från såväl psykologer och läkare som från egna kollegor. Det har inneburit att sjukgymnaster som arbetar inom områden där de anser sig behöva denna kompetens, vidareutbildat sig i psyko-terapeutiskt behandlingsarbete och har skaffat sig handledning. På så sätt har de både fått en större trygghet i sitt arbete med patienterna och kan legitimera sitt arbetssätt.

I några av informanternas behandlingsarbete med de patienter som valts ut, har de kommit till en fas i behandlingsprocessen där patientens känslor är ett viktigt fokus i meningsskapandet. Kroppen blir här en möjlighet att förnimma och komma i kontakt med sina känslor och levda känslomässiga relationer. Men kroppen ger också bäring åt känslorna och blir till en möjlighet att förankra och hårbärgera dem. Två av dessa fall redovisas nedan, Carin i sin behandling med Anncharlotte och Ingela i sin behandling med Bertil.

### Att förankra sina känslor i kroppen

Carins förståelse av Anncharlottes kroppsliga symptom är att de är grundade i att Anncharlotte stänger av, inte orkar vara och vila i de känslomässiga reaktioner som hennes livssituation väcker – hon klarar inte av att förankra sina känslor i sin kropp. För Anncharlotte blir symptomen till tecken på allvarliga sjukdomar. I behandlingen har de arbetat med Anncharlottes rädsla för att lösas upp och falla sönder i kontakten med de känslor som livssituationen med en hotande skilsmässa väcker.<sup>36</sup> Behandlingsprocessen utgjordes av 12 behandlingar där sjukgymnasten följt Anncharlotte i hennes kris under loppet av ett halvår. De har inlett oftast helt kort med ett samtal om vad som hänt sedan sist och hur det är just nu. Därefter har de arbetat med

---

<sup>36</sup> Delar av denna behandling finns beskriven i kapitel 8, under rubriken: "Rädslan för upplösning och förnimmelsen av kroppen som sammanhållande rum".

övningar som förstärkt möjligheterna för Anncharlotte att förnimma hur hon mår för tillfället i sin kropp. När Anncharlotte mått dåligt, hatat mannen, gråtit, haft ont i magen, varit yr och haft värk överallt, så har de arbetat med "handpåläggning" - massage som stimulerar upplevelsen av konturer, inre rum och att vara hel och sammanhängande. Innebörden av detta uttrycker sjukgymnasten som att bli mottagen och buren när man inte orkar bära sig själv. När Anncharlotte uttryckt osäkerhet på sig själv och vem hon är, så har de arbetat med övningar för att Anncharlotte ska få tillgång till sin kraft via röst och rörelse. Likaså har de arbetat med centrerande och hopsamlade övningar kring mittlinje och skelett – "för att hon inte ska behöva vara som ett rö för vinden". När hon mått bra har de arbetat med centrerande, grundningsövningar och röst. Detta kan förstås som att sjukgymnasten försökt förankra patienten känslomässigt i kroppen genom att arbeta med övningar som kan ge en upplevelse av att vara fysiskt sammanhållen och centrerad, hitta stöd och inbalansering i skelettet i förhållande till gravitationen och tillgång till sin egen kraft. Sjukgymnasten uttrycker det som att hon har "lagt ved på brasan" i patientens process genom att underlätta kopplingen mellan förnimmelserna i kroppen, känslorna och livssituationen i den kris hon befann sig i. Detta uttrycker hon som att patienten har integrerats i sin kropp. Innebörden av denna integrering kan tolkas som att förankra sina känslor i sin kropp och våga vara med dem.

Det Carin uppger när vi talar om denna process är att det ofta tar ett tag innan patienterna börjar tillåta sig att känna det de känner i kroppen och sammanhanget med hur de mår i sin livssituation. För att koppla ihop symptomen med hur de mår och har det, ger hon ofta patienterna frågor att fundera över som: "Vad tror du ligger bakom att du känner såhär? Är det något du tänker på? Hur var det innan du fick symptomet? Var det något som hände eller? Hur mådde du då? Kan det finnas andra orsaker till att du känner de här symptomen än de som du brukar tro är orsaken?" På så sätt kan patienterna få impulser till att tänka lite vidare, större omkring och inte bara fastna i symptomen med stort S, säger hon. Carins erfarenhet är att patienten ofta gör kopplingarna själva och kommer till en slags insikt om vad de måste göra själva - att det växer fram utan att de arbetar med mer regelrätt "samtalsterapi".

*"Det kommer ofta som ett brev på posten. Efter att vi arbetat med de här kroppsliga erfarenheterna, så kopplar patienten ofta ihop de här sakerna väldigt lätt och gör jobbet själva på något sätt. Och vi får skörda frukterna av det tillsammans. Jag vet ju att jag har bäddat för att det ska ske på något sätt, genom att ha arbetat med rätt övningar vid rätt tillfälle, eller hur man nu ska säga. Jag har ju i det haft i sikte att den här kopplingen hos patienten ska komma till stånd. Och då blir jag väldigt glad när jag får höra från patienten sådant som jag tidigare kanske hade kunnat sitta och säga till dem, men som kanske inte alls hade fallit i god jord då. Det hade*

*inte varit patientens insikt då, utan min insikt. Och det är ju inte någon av oss betjänta av i det här sammanhanget."*

Sjukgymnastens sätt att arbeta med patientens känslor är i det här fallet inte så mycket med hjälp av ord utan en kroppslig dialog. Carin uppfattar med hjälp av det inledande samtalet och hennes kroppsliga symptom hur Anncharlotte mår när hon kommer till behandlingen. Själva meningsskapandet kan sägas ske genom att Anncharlotte blir kroppsligen mottagen och bekräftad i kraft av relationen och de övningar som förstärker hennes upplevelse av sig själv. Genom detta får hon möjlighet till att vila i sig själv och erfara kroppsligen hur hon mår. När hon vågar vara i vad hon känner i sin kropp kan symptomen med hjälp av känslorna och kopplingen till livssituationen få mening. Det är detta "som kommer som ett brev på posten".

I samband med att vi samtalar om vad behandlingen lett till talar Carin om att Anncharlottes kroppsliga lyhördhet förändrats så att hon också kan känna mer positiva saker från sin kropp och inte bara symptom som tidigare. Det vill säga att kroppens betydelse förändrats. Den är inte längre bara en tyngande börda för henne utan har också blivit en källa till upplevelse av lust och glädje. De förändringar Carin särskilt fokuserar är Anncharlottes sociala funktion. Detta har kommit till uttryck i Anncharlottes relation till sina föräldrar, där hon nu upplever att hon kan vara en vuxen kvinna som bestämmer över sitt eget liv. Likaså uttrycker Anncharlotte att hon i sin arbetsledande funktion och relation till sina arbetskamrater kunnat släppa sin "duktighetsrustning" och våga erkänna att hon ibland gör fel och visa mer av sig själv och hur hon mår. Detta har lett till att hon fått väldigt mycket värme och respekt tillbaka i relationen med sina arbetskamrater. Hennes självbild har också förändrats genom detta så att hon nu också både vågar inrymma och visa både sin egen sårbarhet och styrka. Förändringen i relationen till mannen nämns i de behandlings-anteckningar Carin gjort och som jag fick del av, inte mer än som att skilsmässan blir ett faktum - som om detta hela tiden varit en utgångspunkt och mål i Anncharlottes eget förändringsprojekt. I telefon i samband med att den här analysen gjordes, bekräftar Carin detta och säger att Anncharlotte på något vis från början var klar över att hon ville skiljas, men att hon var osäker på om hon orkade genomföra skilsmässan. Behandlingen blev hennes sätt att hitta kraften till detta, säger Carin.

Problemet för den här patienten var så att säga varken en oförmåga att känna eller att sätta ord på känslorna, utan att våga känna och ge uttryck för det hon känner och den hon är/skulle kunna vara, i relationen till andra. Med Bertil nedan har utvecklingen till att arbeta med fokus på känslor i den sjukgymnastiska behandlingen en annan grund.



Att fixera sig vid sina symptom - ett sätt att undgå kontakt med sig själv

Den grundläggande svårigheten som Ingela beskriver utifrån sitt behandlingsarbete med Bertil, är att få honom att komma i kontakt med sina känslor. De kroppsliga övningarna uppger hon har varit det som kunnat få igång denna process:

*"De första två åren har använts mycket till symptomprat .. och jag har känt att vi sitter där i var sin stol och pratet om symptomen känns kallt, utan känsla. Det händer ingenting. Det är först när vi gör våra kroppsliga övningar som det kan bli någon känsla med."*

Symptompratet blir i sjukgymnastens förståelse ett sätt att undgå känslor och kontakt med det kroppsliga varandet, något som hon bemöter med att arbeta konkret kroppsligt med kroppsmedvetandeövningar. Det påtagligt kroppsliga blir det som kan få patienten att konkret börja känna och uppleva. Nedan följer Ingelas kommentar till hur hon ser på denna process med Bertil:

*"Sammanfattningsvis, om man ska se vad som hände, så var det nog det här att börja ge liv åt kroppen och att få värme och kontakt, som han sa. Ryggen som han för första gången kände fick liv. Det här ömmande partiet som det började pirra i. Sedan så småningom att han via min beröring mer och mer kunde känna saknaden av beröringen .. suget och behovet av att bli berörd. Det sista året gjorde vi upp ett nytt kontrakt. Då jobbade vi inte med övningar överhuvudtaget utan med samtal för att verbalisera och integrera hans kroppsliga upplevelser så att symptomen kan sluta att kretsa runt i kroppen."*

Beröringen blir i sjukgymnastens förståelse en ingångsport till att utveckla patientens förmåga att känna värme, kontakt och liv i kroppen. Genom kontakten med kroppen ges en möjlighet att få kontakt med sin historia och känslorna i de levda relationer som präglat och präglar patientens kroppsliga varande - Bertils sug efter att bli berörd. Sjukgymnastens övergripande behandlingsprojekt utifrån ovanstående, är att patienten ska våga bli mer levande och kännande och verbalt kunna formulera sina känslor. Genom det menar hon att de i behandlingen kan utveckla en förståelse av kopplingarna mellan kropp, symptom och liv. Det underliggande antagandet i detta är att förståelsen och inrymmandet av behovet efter beröring kan göra det möjligt för patienten att växa och lämna sin låsning i kroppsliga symptom. Att vara i kontakt med känslan och att sätta ord på den - att symbolisera - blir i denna förståelse centralt.

## Från symptom till känslomässig kontakt

I behandlingen med Bertil är Ingela fokuserad på att han ska få kontakt med sina känslor utifrån att hon förstår hans problematik kopplad både till tidiga relationer och till hans socialisering in i sin mans- och yrkesroll. Att få Bertil att få kontakt med sina känslor, sätta ord på det som han känner och sätta det i sammanhang med sitt liv, utgör mot bakgrund av hur hon förstår problemen, kärnan i hennes förståelse av den meningsskapande processen. Detta menar hon är nödvändigt för att han ska kunna släppa sina symptom och gå vidare.

Ingela beskriver de fysiska övningarna som en ingångsport till att börja känna, men att det kroppsliga, symbolerna och det verbala måste integreras för att Bertil ska komma vidare. De kroppsliga förnimmelserna förstår hon som symboler för olika känslor som Bertil får under behandlingen. Uppgiften för henne som sjukgymnast ser hon som att hjälpa honom att förstå symboliskt vad kroppen uttrycker. I sitt behandlingsarbete arbetar hon både med att få patienten att hitta beskrivande bilder, metaforer, för det som känns och med att formulera det som känns i ord.

*"Behandlingen går ju ut på att försöka verbalisera känslorna och upplevelserna som han har utifrån kroppen. Att **lära** honom att sätta ord på det .. att få honom att uttrycka."*

Kroppen blir här förstådd som bärare av "tecken" på något annat än det som den uttrycker sig kroppsligen som. Detta "något", tolkar hon som känslor som patienten blockerar upplevelsen av. Detta bekräftar den tidigare framförda förståelsen av symptomet som icke upplevda känslor och en uppstannad förståelse. Att få patienten i kontakt med och i ord uttrycka och tolka dessa symptom/"tecken" blir sjukgymnastens projekt i den här fasen av behandlingen. Detta återspeglar ett psykodynamiskt tänkande där symbolisering och arbete med känslor förstås som centralt i patientens meningsskapande och förändringsprocess. Vad som skiljer behandlingen i det här fallet ifrån psykoterapi, är att både sjukgymnast och patient är överens om att det är via kroppsliga övningar som patienten kan komma vidare med att lära sig att känna och förstå vad det är han känner och koppla detta till ett meningssammanhang.

Det hon gör för att få igång denna process, är att hjälpa honom att tolka sin kropps signaler genom att spegla och göra kopplingar mellan det han känner i de olika delarna av kroppen. Hon menar att en sådan återkoppling kan ge något ytterligare än vad bara de enskilda kroppsörnimmelserna var för sig ger. Det får honom också att stanna upp i den känsla som kroppen uttrycker.

*"Det kan vara såhär att jag repeterar vad han har sagt och håller kvar honom i reflekterandet: Kan du stanna kvar i det? Vad ger det för känslor? Får du någon bild, får du någon tanke?"*

Ibland måste hon hjälpa honom på traven genom förslag till tolkningar. Ett exempel på detta ger hon under den filmade behandlingen: "Kan det vara ett välbefinnande som inte känns så tillåtet och att det är därför det ger en osäkerhet?"

Så småningom uppger hon att patienten klarar av att tolka själv. Förmågan att tolka menar hon är avhängigt av vilken tillgång patienten har till reflexioner och symboler. Patienter med tidiga störningar kan behöva mer vägledning för att få tag i innebörderna i det som känns, säger hon. För att hjälpa Bertil att få kontakt med det han känner, förmedlar hon också det hon själv ser och känner via hans ansiktsuttryck, andning och röst. Hon kan t.ex. säga: "Jag får en känsla nu av att du är ledsen ...?"

Bertils svårigheter med att stanna kvar i kontakt med sina känslor, kommer bland annat till uttryck genom att han lätt hoppar från den ena sensationen till den andra i kroppen. För att få honom att stanna upp i det som känns, uppehåller hon sig vid varje sensation och "förföljer", som hon säger, det som känns. Hon låter det bli tysta pauser och försöker få honom nyfiken på "vad kroppen har att säga". Hon beskriver också hur hon måste arbeta med att inte följa med i hans ytlighet, utan fylla rummet med känsla med hjälp av sin röst och närhet.

En annan svårighet de arbetat med, är att få honom att nyansera det han känner. Ofta svarar han att "det är perfekt" - det vill säga det känns bra, och sedan är det införstått inget mer att säga om det. Hon nöjer sig då inte med hans svar, utan försöker få honom att differentiera upplevelsen mer genom att t.ex. fråga vad det är som känns bra i rörelsen, och så vidare.

Nästa steg i hennes förståelse av processen är att få patienten att börja reflektera kring det som känns och hur det hänger samman med honom själv, hans liv och livsstrategier. Hon frågar honom: "Hur tänker du själv runt detta?". Hon menar att det bara är han själv som kan få tag i det som ligger bakom, men hon kan få honom att tänka och hjälpa honom att associera vidare.

Vid tiden för filmning och intervju uppgav Ingela att den processen började lossna, men att han inte reflekterade själv mellan behandlingarna.

Genom sitt sätt att förhålla sig till patientens kropp ger sjukgymnasten kroppen en ny betydelse för patienten som meningsbärare och förmedlare av känslor. Detta i sin tur innebär en källa till förändring av patientens upplevelse av vem han är i relation till omgivningen. Den förändrade betydelsen av kroppen blir på så sätt potentiellt förändrande för hans självbild, vilket kanske också utmanar det som han förväntas vara som man. Sammantaget försätter detta honom i en sårbar förändringsprocess.

Att få patienten att våga känna, differentiera ut och ordbära de kroppsliga upplevelserna, blir i sjukgymnastens förståelse till en möjlighet att utforska hans kroppsliga symptom. Symptomen utforskas utifrån hur de hänger samman med hans levda och levande relation till omvärlden och de känslor som är förbundna med detta. Den känslomässiga kontakten i kroppen och förmågan att ordbära det som känns, blir i hennes förståelse en betingelse för att kunna lämna den uppstannade förståelse som symptomet kan sägas utgöra. I stället kan patienten börja reflektera kring symptomets sammanhang med hans liv och förhållningssätt till detta. På så sätt kan symptomet ges en mening. Samtalet i behandlingen får genom detta en växande betydelse i behandlingen med Bertil, vilket fortsättningen nedan klargör.

#### Att frustrera för att få kontakt med "bristen"

Ingela uppfattar att Bertil har ett stort behov av fysisk kontakt och omhändertagande som han söker i den sjukgymnastiska behandlingen. Hennes tanke bakom det fysiskt omhändertagande i behandlingsarbetet, förutom att patienten ska få bättre kroppsmedvetenhet, är att han måste få närhet för att komma i kontakt med sin brist, för att kunna sakna och sörja det som han inte fått. Inom ramarna för den sjukgymnastiska behandlingen ser hon en möjlighet att på ett tillåtet sätt – via olika kroppsmedvetandeövningar tillföra känslan via kroppen. På så sätt menar hon att det kan komma till stånd en koppling mellan brist och symptom.

*"För att få någonting att jobba ifrån tänker jag mig att patienterna behöver få känna närheten för att kunna sakna och sörja sin brist. De kan behöva uppleva närhet i nuet, som kan väcka minnen av närhet, eller brist på närhet från tidiga relationer för att kunna undersöka hur de relationerna sett ut och vad de väcker .. så att de kan få kontakt med och kunna arbeta med det.*

Sjukgymnastens förståelse av kroppen uttrycks här som att det är möjligt att via kroppen komma i kontakt med sin egen livshistoria och de känslomässiga relationer som präglar vårt kroppsliga varande i nuet. Hon uttrycker också att det är möjligt att via närheten i relationen i behandlingen komma förbi hindren för att uppleva de känslor patienten blockerat sig för att uppleva i sin kropp.

För att Bertil ska komma i kontakt med sin "brist" och kunna uttrycka sina behov, beskriver sjukgymnasten att hon måste sluta ge honom symptombehandling - sluta att tillfredsställa honom i behandlingen genom symptomlindring och i stället börja frustrera honom. Genom tystnad och att förhålla sig passiv, har hon försökt få honom i kontakt med det han söker hos henne, så att den brist som hon hjälpt honom att tillfredsställa ska kunna komma till uttryck.

Hon beskriver detta som ett kärleksfullt avvisande och växande som är nödvändigt för att patienten ska kunna göra sig fri från henne.

*"Det är ett kärleksfullt avvisande som jag ser som nödvändigt för att han ska kunna göra sig fri från mig och kunna växa. Och att växa är ju då sjukgymnastiskt att han ska kunna släppa sina smärtor och det han gör med sitt bäcken för att undertrycka sina behov. Så att han istället ska kunna uttrycka vad han vill och komma åt den konflikt som han gömmer i sitt bäcken. Jag tror inte att jag hjälper honom med att växa genom att fortsätta att tillfredsställa honom med sjukgymnastisk närhet, utan att gå vidare med att försöka förstå bakomliggande drivkrafter."*

Det sjukgymnasten uttrycker är att patienten i sitt varande i den "hjälprelation", som den sjukgymnastiska behandlingen i någon mening utgör, använder henne som "mamma" för att slippa bli vuxen och ta ansvar för sina egna behov. Genom att ge honom symptombehandling menar hon att hon hindrar honom från att växa. Samtidigt som det fysiska omhändertagandet tidigare varit en utgångspunkt för tilliten i deras relation och för att han ska kunna bli som "Ferdinand under korkeken" och våga känna, utgör det i den här fasen ett hinder för att växa. Citatet uttrycker också en förståelse av att det är en känslomässig konflikt som patienten avskärmar sig från genom att låsa sin andning och sin rörlighet i bäcken/rygg. För att patienten ska bli av med sina kroppsliga besvär måste han komma i kontakt med och bearbeta konflikten. Denna konflikt iscensätter hon i verkligheten i det sjukgymnastiska behandlingsrummet genom att inte ge honom det han önskar och genom detta få honom att komma i kontakt med sina önsknings. Sin egen funktion, som hon beskriver den i denna fas, är att både frustrera och samtidigt fortsätta ge patienten trygghet att möta sina egna känslor utan att överge honom:

*" .. så att han kan våga vandra och titta efter vad som ligger bakom det här...(..) och förstå sitt stora behov av att bara få."*

Att få sörja bristen - det man inte fått och kanske inte heller lyckats skapa sig i sina nära relationer i nuet och som patienten söker i behandlingen, beskrivs av sjukgymnasten som en viktig fas i behandlingen. Här tar sjukgymnasten upp betydelsen av att inte svika patienten och upprepa dennes grundproblematik genom att avsluta behandlingen på grund av att patientens regression kanske väcker svårhanterliga känslor hos behandlaren. Hon menar att man i sjukvården ofta gör detta, för att man inte förstätt vilka processer som satts igång.

Sjukgymnasten uttrycker en psykodynamisk förståelse med fokus i behandlingsarbetet på att patienten ska komma i kontakt med sin inre "bakomliggande" känslomässiga konflikt. Hon frustrerar patienten genom att

inte ge honom det han söker hos henne, för att han ska komma i kontakt med sina önskningar och för att han ska kunna förstå sina önskningar inom ramen för behandlingsrelationen. Men för att komma till den här fasen av menings-  
skapande med hjälp av känslor och ord i behandlingsarbetet, har de arbetat kroppsligt i över ett och ett halvt år med kroppsmedvetandeträning. Den kroppsliga och relationella plattform som de därigenom uppnått, ser hon som förutsättningen för att kunna arbeta med fokus på känslor med hjälp av ord, i behandlingsarbetet. Sjukgymnast och patient avslutade så småningom det kroppsliga behandlingsarbetet och upprättade ett nytt behandlingskontrakt, som innebar att de arbetade vidare med samtal under något års tid. Bertil blev efter detta symptomfri. Vid telefonkontakt med Ingela i samband med att den här analysen slutfördes, berättar hon att han fem år senare åter söker henne. Nu för tinnitusbesvär, vilka han tolkar har förvärrats i samband med en konflikt på arbetsplatsen. Han berättar då att han inte känt några symptom från ryggen sedan han avslutade den tidigare behandlingen.

Den process som Carin beskriver som att den ofta kommer som ett brev på posten, kan i det här fallet sägas ha tagit många års arbete i anspråk.

## Att arbeta med mönster i varandet

Under den här rubriken redogörs för hur sjukgymnasterna arbetar med fokus på patientens mönster i sitt varande för att skapa mening och hur de förstår detta. Line och Rebecka är de två informanter som tydligast uttrycker denna förståelse i arbetet med sina smärtpatienter.

### Det svindlande i behandlingsprocessen

Line försöker beskriva det oerhört komplexa i en förändringsprocess som innefattar människans mönster i sitt varande. Hon beskriver det i termer av att det är svindlande och att komplexiteten gör henne överväldigad. Det handlar om en hel kedja av kopplingar som man i många fall önskar förändra; emotionella mönster, motoriska mönster och sociala beteendemönster som påverkar och väver sig in i varandra på olika sätt, menar Line.

*"Hur ändrar man det? Så får man tag i en pytteliten del av ett stort dynamiskt mönster. För det är det det är. Men när människor försöker att förstå och gripa den här verkligheten som då hela tiden är i liv, så styckar vi upp den i organsystem, neurofysiologiska, ledmässiga och allt det som finns om teorier om varje sådant system. Och så har du många olika sätt som du kan förstå det emotionella på. Och många olika sätt att förstå både det kognitiva och det socialpsykologiska på. Du kan välja systemteori och du kan välja det psykodynamiska för att förstå de fenomenen som dyker upp i terapिसammanhanget. Och det svindlar för dig - hur kan jag förstå det här och hur kan jag förstå det där? Samtidigt så är det något mycket mer. Samtidigt så är det något annorlunda. Vi försöker ju gripa verkligheten med hjälp av teorierna. Men människan hon kommer ju som en hel gestalt, som vi förhåller oss kroppsligt och verbalt till och som vi tar på, ser på och luktar på. Inläringen av ett nytt mönster är därför mycket mer komplicerat för mig än att öva att hitta en bättre balans på fötterna. I övningen så måste man koppla till alla de här andra aspekterna också för att det ska kunna bli integrerat. För att det ska kunna bli sant för patienten själv och bli något som är där."*

Sjukgymnasten uttrycker att hon hanterar komplexiteten i praxis genom att förhålla sig till människan hon möter som en hel gestalt, där de arbetar med till synes enkla övningsmoment som att till exempel balansera in sig över fötterna. Samtidigt som hon griper verkligheten genom att förhålla sig till det enkla och konkreta i behandlingsarbetet, så är hon öppen för och försöker omfatta dess sammansatthet i den människa som hon har framför sig. Denna utgör en sammansatthet som hon varken kan förklara med hjälp av medicinsk

vetenskap, psykodynamiska teorier eller sociologi. Det svindlande och överväldigande kan tolkas som det komplexa i den levande dynamiken, som inga av de enskilda teorierna eller perspektiven kan förklara, men som sjukgymnasten likväl måste vara öppen för och förhålla sig till i den konkreta verkligheten i behandlingsrummet. För att förstå komplexiteten i de kroppsliga varandemönstren så uttrycker hon att hon och patienten måste koppla det de gör i de kroppsliga övningarna till alla de andra aspekterna som ingår i det dynamiska mönstret. Hur hon arbetar med detta följer nedan.

### Att tydliggöra förhållningsmönster till livet

I behandlingen arbetar Line tillsammans med patienten med det hon uttrycker som "att bli mer kroppslig i sina dagliga sammanhang". Detta gör hon genom att via kroppen försöka tydliggöra mönster i patientens förhållningssätt i sitt liv och att hjälpa patienten att utforska deras samband med konkreta livssituationer. Hennes inställning till förändringsprocessen uttrycks i följande citat:

*"Jag är inte så förtvivlat upptagen av att allt det gamla ska bort, men de ska vidga repertoaren. Att det som är krisreaktion inte ska bli vardagsliv, utan det kan få lov att vara en krisreaktion som man kan släppa när den inte behövs längre. Det handlar om att vidga sitt handlingsutrymme, att utvidga sina handlingsmöjligheter."*

Det första steget i detta, menar Line, är att känna att man gör på ett visst vis och att klargöra att det kroppsliga inte är något man **har**, utan något man **gör**. I denna förståelse ligger implicit ett klargörande mellan att vara offer för något och att ha möjligheter att välja och handla som subjekt i sitt eget liv. Klargörandet kan också sägas inge ett hopp om att det är möjligt att själv ta herraväldet över och förändra en till synes omöjlig situation.

Om patienten uppfattar klargörandet mellan att vara offer och att kunna välja som en möjlighet, eller om klargörandet blir till en anklagelse om att det hon gör är hennes eget fel, beror på sjukgymnastens sätt att förhålla sig, menar Line. Hon säger att hon försöker förmedla en acceptans till patienterna. I detta ligger att de ska kunna acceptera att de gör som de gör och att alla har sina mönster i sitt sätt att förhålla sig till livet. Hon försöker få patienten att förstå att mönstren är en produkt av ett försök att klara av sitt liv och att de har gjort så gott de kunnat, istället för att betrakta mönstren som fel.

Line ser mönstren som en syntes av allt en människa har i sig av inneboende möjligheter och hur de har kunnat bruka de möjligheterna i det som livet varit för dem. Detta framkommer när vi talar om en man som hon har i behandling och som har en uttalad krum hållning med låst andning i övre bröstkorgen:



*"Jo då säger jag att: Här har du en obrukad möjlighet! (Line klappar sig på framsidan av bröstet) Kan du tänka dig att utforska den? Det som vi har stängt av, det är ju möjligheter som ligger där, inte sant! Det brukar jag säga i stället för att tala om allt som är galet, att hållningen är galen och att man är stram i kroppen och står fel och så vidare. Då går man ju ut med en känsla av att man bara är fel. Att allt är fel med en. (...) En människas förhållningssätt till livet är ju en summa av de lösningar och värderingar man funnit på vägen, lösningar som i det långa loppet kanske inte alltid visar sig vara så gynnsamma."*

Hållningsavvikelse, spänningar och låst andning får här mening som obrukade möjligheter. Sjukgymnasten vänder i detta det som i en traditionell sjukgymnastisk funktionsbedömning skulle rubriceras som fel eller brist, till möjligheter. Perspektivet i citatet definierar kroppen som resurs och utforskbar möjlighet i motsats till objekt för behandlingen. Hennes fråga till patienten definierar också honom som medskapande subjekt i behandlingen i motsats till ett objekt i behandlingen. Likaså definierar det behandlingen som en utforskande process som är okänd men som kan öppna för nya möjligheter, snarare än som ett på förhand upplagt behandlingsprogram.

Line arbetar som tidigare nämnts med att få patienten mer närvarande i sin kropp och att känna vad hon/han gör med sig själv i sina dagliga sammanhang. I den konkreta verkligheten i behandlingsrummet utforskar de bland annat om patienten behöver fortsätta att använda sig själva på det sätt de gör i vissa situationer, eller om det kanske finns någon annan möjlighet att förhålla sig:

*"Då kan de hända att patienten kommer tillbaka och säger att de inte gör på just det sättet hela tiden, men att de har lagt märke till att i den eller den typen av situationer så gör de det. Det ger en möjlighet att börja utforska vad det är med just den situationen som är så speciellt och annorlunda än annars. Då kan de hända att de finner ett svar och så kommer de tillbaka och så har de funnit ett svar bakom det svaret och till slut så kan det hända att de får tag i en eller annan stark känsla också."*

Vart man kommer, menar Line att man inte kan veta, utan det tror hon har mycket att göra med åldern på mästringsstrategin och intensiteten i det som ligger bakom. Hon tänker att det är viktigt att som behandlare kunna tåla att den ideala förändringen inte alltid kan uppfyllas och att människor trots det, kan komma till en slags försoning med sina mer eller mindre ändamålsenliga mästringsstrategier. Line menar att det kan ge en slags trygghet, som kan ta brodden av det skrämmande i symptomen och det man känner i kroppen.

Ett grundantagande om människan i detta är att hon befinner sig i ett ständigt nyskapande/omskapande av mening snarare än att hon kommer till en slags slutgiltig insikt om vem hon är.

#### Att arbeta med situationer där patienten blir synlig för sig själv

Rebecka varvar i behandlingsrummet rörelser och samtal utifrån det som framträder i det kroppsliga samhandlandet. Hon säger att hon försöker skapa en situation som gör det möjligt för den person hon har framför sig att ta fram någonting från sig själv, av de vanor och mönster de har och som uttrycker sig i det kroppsliga varandet. Vad de tar fram kan vara olika från gång till gång, men hon försöker vara lyhörd för, fånga upp och ta fasta på olika sätt som patienten verkar fungera med i vardagen. Detta utvecklar hon i samtal under behandlingen. I stället för att hon själv talar om hur det är eller vad hon tror, ställer hon ofta en fråga till patienten om vad hon gör med sig själv i olika situationer. Frågan kanske inte behöver besvaras just då den ställs, men patienten kan ta den med sig och fundera kring den. På så vis sätter hon igång en reflexionsprocess hos patienten kring hennes kropp och varande, i relation till sitt liv, utifrån det som händer i behandlingsrummet. Exempelvis var Svea omedveten om vad hon gjorde med sig själv och sin kropp i övningarna. Hon gjorde dem utan att känna efter. Detta ledde in på vad som visade sig vara ett centralt tema i Sveas liv - att hon inte var medveten om vad hon gjorde och vad hon ville i sitt liv.

Sjukgymnasten gör här kopplingar mellan patientens kropp och hennes vardagliga mönster i sitt varande, utifrån vad som framträder i behandlingsrummet.

När Rebecka hittar något som hon tycker är framträdande i patientens sätt att fungera med sig själv, relaterar hon ofta till dess motpol. Ett exempel hon nämner är någon som använder och visar väldigt mycket styrka och kraft, där det verkar vara viktigt för personen i fråga att vara stark:

*"Det kanske är någon som använder och visar massor med styrka och det är så viktigt för den personen att vara stark. Men det visar sig att det sätt som den här personen använder styrkan verkar destruerande för henne eller honom. Då kan vi gå in i att se på hur man på olika sätt kan använda styrkan. På det sättet kan du hitta nyanserna i det, nyanserna i livet, i stället för att de går efter en bild av sig själva att de är så starka att de klarar allting. Och att -"alla andra vet att jag klarar allting, så de lämnar över det på mig."*

Rebecka lyfter här fram att det går att hitta nyanser även i negativa mönster. Det finns alltid variationer i mönstren som man kan se, om man kan få upp

dem på en medveten nivå, säger hon. Det är viktigt för patienten att känna att allt det hon gjort förut är inte dåligt och att hon måste sluta med det. Dåligt blir det om man använder mönstret för mycket eller bara använder och fastnar i det hela tiden, resonerar hon. Det är också viktigt att se vad som är bra med mönstret och lägga till annat och kunna skilja ut när det är bra och när annat är bättre, säger Rebecka.

Sjukgymnasten uttrycker här vikten av att få perspektiv på sitt eget sätt att fungera och att kunna se att det är situationen som avgör om ett sätt att fungera är bra eller inte. Genom att utifrån olika situationer medvetandegöra nyanserna i de mönster som patienten uppfattar som negativa hos sig själv, kan patienten i större utsträckning nyansera och välja hur hon vill använda sig själv i stället för att vara offer för sitt eget handlande. Sjukgymnasten uttrycker i sin förståelse vikten av reflexion i behandlingsarbetet. I detta blir förmågan att se sig själv utifrån viktig för att kunna nyansera och anpassa sina mönster i sitt varande i relation till omgivningen. Detta kan ses som ett sätt att vidga självbilden så som den levs och därigenom förändra mönstren i sina relationer med andra människor. Ett sådant mönster de arbetat med är Sveas vilja att vara till lags.

#### Att möta patientens vilja att vara till lags

"Svea är alltid steget före, så väldigt snabb att hjälpa till och serva", uppger Rebecka. Samtidigt är det en fin sida, en glädje i att göra något för andra och få uppskattning för det, som är viktig att inte ta ifrån henne. Frågan är mer hur hon ska använda den och bli klar över var hon känner sig utnyttjad, säger Rebecka. Hon använder ordet lyda, och säger att det i behandlingen varit viktigt för Svea att förstå att hon inte behöver lyda, varken henne eller försäkringskassan - att hon inte måste göra allt som andra säger:

*"Hon har tillfredsställt så många andras behov tidigare, så hon har behövt titta på vad hon som människa, som kvinna, som dotter, behöver och har rätt till ... vad hon har rätt att tillgodose i sitt liv. Det har varit en del av den problematik hon har hanterat i behandlingsprocessen. ....*

*(...) det är också så att det är en av de sakerna som går långt tillbaka för henne i barndomen. Så det är ju helt naturligt att i och med att man hittar det så kan det hålla, för det är därifrån hon behöver förstå någonting."*

Sjukgymnastens förståelse av patientens mönster att vilja vara till lags i relation till andra är att det är ett mycket tidigt utvecklat varandemönster som präglat och präglar hela patientens liv. Arbetet med att förstå och kunna förhålla sig till detta mönster har varit den grund som gör att det sjukgymnastiska arbetet "håller", uppger sjukgymnasten. Här ger sjukgym-

nasten uttryck för vikten av en förståelse av de livshistoriska omständigheter som varandemönstret utvecklats i, för att förändringen ska "hålla", en logik som återfinns i psykoterapi, men som här används med kroppen som infallsvinkel i behandlingen.

### Att arbeta med kroppsliga metaforer

Rebecka använder sig av och utvecklar teman som dyker upp under behandlingsarbetet, både vad gäller kopplingar till det kroppsliga och vad gäller sådant som kommer fram i relationen. Ett exempel på ett sådant kroppsligt kopplat tema med Svea, är hennes svårigheter att hitta balansen och att ge efter för tyngden i sin högra sida, både i liggande och i stående. Den högra sidan "svävar" lite i kontakten med britsen liggande och bär inte riktigt ibland i stående. De har då arbetat med jämvikten i stående, att väga över på höger sida och känna om det bär och sedan över till vänster sida där hon är trygg med att det bär. Så småningom har hon kunnat hitta att det också bär i höger sida. Rebecka säger: "det är ju hennes eget som hon förlorar lite när hon förlorar känslan i den högra sidan". Rebecka menar att det ligger väldigt mycket i känslan av att det bär och att de kunnat gå vidare och utveckla detta i samtal: "Vad känner du för något som bär i ditt liv och vad har du för något som inte bär i ditt liv just nu?" Från det har de kunnat gå vidare bakåt i tiden och sett på tonårstiden och så vidare. Detta har lett Svea in på djupa känslor kring vad som bär och har burit och vad som inte bär och inte har burit i hennes liv.

De kroppsliga metaforerna som sjukgymnasten ser i varandemönstren i behandlingen blir något som hon gör patienten uppmärksam på och som genom sin dubbelbottnade bild kan leda in i ett utforskande av kroppens sammanhang. Här får det att förlora känslan/kontakten med en del av sin kropp meningen av att förlora en del av det som är en själv och ens eget. Den djupare meningen av upplevelsen av att kroppen inte bär, förstås som att sakna tillit till att det bär i livet. Den kroppsliga metaforen blir ett sätt att fånga/gripa och utforska det svårfångade i varandemönstret.

### Att ge biomekaniken mening

Ett annat mönster Rebecka och Svea utforskat är det som är kopplat till Sveas onda skuldra. Rebecka identifierar det som att hon har svårt att hitta den funktionella förbindelsen i den diagonala rörelsen från vänster fot upp till höger skuldra arm. För att komma åt detta har de arbetat med rörelse diagonalt genom kroppen. De har medvetandegjort fotens tryck mot golvet och krafttransporten upp till motsatta sidans skuldra-arm-hand när hon lyft armen.

Resultatet har blivit att hon kunnat börjat använda armarna på ett annat sätt. Hon har emellertid fortsatt att ständigt återkomma till sin onda skuldra.

Genom det sätt att tala om och hålla om sin skuldra som Svea har, fick Rebecka den bildliga associationen till att det var Sveas sätt att skydda och ta hand om sig själv. Tillsammans utforskade de frågan hur Svea tog hand om sig själv och andra och vem hon tog hand om när? Det som hon från början inte tyckte handlade om något annat än en ond skuldra, visade sig handla om väldigt mycket.

Sjukgymnasten kopplar här samman ett till synes biomekaniskt problem med patientens mönster att förhålla sig till sin kropp, sig själv och sitt liv. Den onda skuldran får i sjukgymnastens förståelse inte bara en biomekanisk betydelse, utan hon försöker förstå den mening som den onda skuldran får i patientens liv. Det biomekaniska ges här mening mot bakgrund av patientens mönster i sitt varande. Det kroppsliga ges på så sätt inte bara status som fysik, utan också som något som är impregnerat med mening, en mening som uttrycks i patientens mönster i sitt varande.

### Att tydliggöra det som framträder så att något nytt kan växa fram

Med sina händer bekräftar och tydliggör Rebecka för patienten vad hon gör eller inte gör, genom att lägga händerna på det ställe i kroppen där det sker något som hon tolkar som viktigt. Likaså bekräftar hon patienten utifrån det verbala, genom att fånga upp ord och tankar som patienten uttrycker och stanna i dem, för att se vad de har för kopplingar till det kroppsliga och det patienten gör med sig själv i sitt liv.

*"Det är hela tiden det här att bekräfta. När någonting pågår så bekräftar jag det, så får det komma fram något nytt. Jag tycker det gäller både med rörelser och med ord. Med känslor likaså, i den mån man förstår att någonting är på gång känslomässigt. Det är svårt att se, men man kan "fiska" lite - vad känner du när du säger det här?"*

Bekräftandet blir här till en form av både kroppslig och verbal spegling av patientens varandemönster, så som de framträder i det gemensamma arbetet. Att tydliggöra, stanna i och bekräfta det som pågår, förstår sjukgymnasten som en möjlighet få kopplingar till stånd mellan kropp och varande så att något nytt ska kunna framträda i patientens förståelse och varande i relation till sitt liv.

*"Det som du är medveten om gör du något annat med än det som du inte är medveten om. Där kan du välja. Där har du en valfrihet och en valmöjlighet. Där du använder dig själv på ett omedvetet sätt där kan du tvinga dig och tvingas och låta dig pressas. I det du inte är medveten om*

*vet du inte vad som händer eller var dina gränser går, vilka gränser och icke-gränser du har. Andra kanske ser vad du sysslar med, men själv vet du inte."*

I sjukgymnastens förståelse blir det kroppsliga till en konkret möjlighet att erfara och bli medveten om vad man gör med sig själv i olika situationer. Den kroppsliga medvetenheten blir en möjlighet att känna de egna gränserna i relation till andra människor och omvärlden i olika situationer och därmed en möjlighet att kunna välja vad man vill gå in i eller inte. Den kroppsliga medvetenheten kan här förstås som en förutsättning för att kunna göra medvetna val, i motsats till att vara offer. Ett praktiskt exempel på detta följer nedan.

#### Att vara offer eller att kunna välja

I behandlingsarbetet med Svea uppger Rebecka att hon försökt arbeta med att göra Svea medveten om att hon har valmöjligheter, att hon inte behöver vara ett offer. I stället för att Svea enbart skyller på vädret eller något annat, försöker de då se efter vad det är hon gör med sig själv när det är dåligt väder. Införstått att det kan finnas olika val för man gör med sig själv när livet är allmänt otrevligt. Därifrån har steget inte varit långt att se på vad hon gör med sig själv, även i relation till andra situationer och människor. Fostersystemen har i detta fall varit en person som Svea kunnat skylla på. "Det finns något man kan göra eller inte göra i alla de här situationerna", säger Rebecka. Så utifrån vad Svea gör med sin kropp och med olika delar av sig själv när hon befinner sig med olika människor och i olika situationer, så har de kunnat medvetandegöra att det finns något i henne själv som hon kan påverka. Hon behöver inte vara offer.

Sjukgymnasten arbetar här med patientens självbild via det kroppsliga. En självbild som också måste ses mot bakgrund av det sociokulturella sammanhanget att hon är en 50-årig utbildad kvinna, i en livssituation med ett slitsamt rutinarbete i småindustri och ett obetalt omsorgsarbete med svärföräldrarna, samt ett eget hem att ta hand om. Ett livssammanhang som kan tänkas bjuda ett visst motstånd mot att Svea förändrar sin självbild och därmed eventuellt sitt sätt att agera i dessa livssammanhang. Sjukgymnasten har tolkat det som att Sveas strategi för att kunna skapa sig ett utrymme för att få lov att ta hand om sig själv, har varit att skydda sin onda skuldra. Det är den mening sjukgymnasten tolkar att Sveas onda skuldra får i hennes liv. Sjukgymnasten arbetar med att utforska de möjligheter hon har att ta hand om sig själv och på så sätt kunna bryta den eventuella vanmakten i rollen som offer.

Det sjukgymnasten gör, är att hon höjer blicken lite från patientens onda skuldra, till att försöka se det patienten ser och spegla det. Svea bekräftar betydelsen av detta när hon säger att hon haft turen att träffa någon som i alla fall förstår vilket lidande hon har. Det sjukgymnasten gör mer i sin behandling av Sveas smärta, är att hon försöker vidga Sveas seende av situationen och vad hon kan göra i den, utifrån det Svea förnimmer i sin kropp. Detta gör hon inte enbart utifrån vad hon själv ser eller har bestämt sig för att hon ser, utan genom att tillsammans med Svea utforska möjligheterna till att se, förstå och förändra. Samtidigt utforskar de hur Svea kan hitta andra kroppsliga sätt att förhålla sig genom närvaron i den egna kroppen, genom att hitta förbindelse i kroppen för att kunna balansera in sig själv gentemot gravitationen, etcetera. På detta sätt arbetar de med att vidga Sveas medvetenhet om vad hon stänger sig för och vad hon öppnar sig för och hur hon förhåller sig till det som blir synligt i hennes relation till sitt liv. Nedan följer en beskrivning av hur detta konkret går till.

### Att stänga av sig själv eller öppna för förändring

Rebecka och Svea har arbetat mycket kring temat att stänga och öppna kroppen i rörelse. Rebeckas utgångspunkt för detta var Sveas tendens att i hållningen dra sig tillbaka med hela sig själv. Ett mönster där Svea såg neråt med blicken, drog tyngdpunkten tillbaka på hälarna och drog ihop framsidan av bröstet. I behandling arbetade de då med att utforska både hennes vanemönster och att därifrån gå till rörelser där hon samordnade ögonen med huvud, bröst, armar, ben och bäcken. Det innebär att växla mellan att se och öppna med hela sig, för att sedan differentiera, bryta mönstret och stänga. Genom att använda rörelserna och samtalen parallellt, arbetade de med att gå från det ena till det andra: Vad är det du stänger om och vad är det som du öppnar upp för? Det framkom att hon till exempel stängde av sig själv från sin pappa till förmån för sin fostersyster. De kunde då utforska hur hon gjorde för att stänga respektive öppna. Under den här perioden förändrades mycket i hennes relation, rent konkret, till sin pappa. Hon kände att hon fick tillgång till honom på ett sätt som hon inte hade haft sedan hon var liten. Hon upptäckte att pappan inte var sådan som hon trodde att han var. Till exempel hade hon haft föreställningen att hon måste prata med fostersyster innan pappan kom och hälsade på henne, ifall det kanske var så att pappan skulle åka till fostersystem, eller att fostersystem skulle åka till pappan. I stället upptäckte hon att hon kunde ta kontakt direkt med pappan och att detta inte var något problem. Det hade varit hennes egna spärrar. När Svea började få insikt i vad hon gjorde med sig själv kroppsligen i olika situationer och att hon faktiskt kunde påverka detta själv, att det fanns val, började hennes självförtroende att öka, uppger Rebecka.

Sjukgymnasten uttrycker en förståelse av kroppen som ingångsport för att förändra patientens sätt att se och förhålla sig, där kroppen blir en möjlighet till att konkret kunna förnimma öppenheten/slutenheten i det egna förhållningssättet i specifika livssituationer. Genom att i kroppen tydliggöra skillnaden i förnimmelsen mellan öppet och stängt, skapas i behandlingen en medvetenhet om det förhållningssätt patienten annars lever omedvetet. Kroppens varande kopplas i denna sjukgymnastiska behandlingsprocess till patientens livssammanhang och får därigenom mening.

Arbetsättet uttrycker sjukgymnastens förståelse av det kroppsliga varandet som helt sammanflätat med patientens sätt att se och förhålla sig mentalt och socialt i förhållande till sina livssammanhang. Det innebär implicit att kroppen förstås som bärare av den mening patienten skapar i sina relationer till livet.

## Sammanfattning

Patientens förnimmelse av sin egen existens och sina livssammanhang förstår sjukgymnasterna som utgångspunkt för att kunna skapa mening i relation till sitt liv. Det kroppsliga behandlingsarbetet ses i detta som ett medel för patienten att förankra sig i själv, sitt eget varande och kunna känna sina dagliga sammanhang. blir härvid skapa mening i relation till sitt eget liv.

I förståelsen av patientens meningsskapande inryms en ickespråklig och kroppslig dimension, där närvaron och vilan i kroppen blir en viktig utgångspunkt för det kroppsliga erfandet av mening. Orden kan i detta skede av meningsskapandet "förta" patientens insikt, genom att språkliggöra något som ännu inte är färdigt att ge ord åt. Sjukgymnasterna uttrycker också vikten av att patienten själv ordbär sina upplevelser för att orden ska kunna förankras i patientens egen erfarenhet och mening. Detta kan förstås som att språket måste få böttna i de erfarenheter patienten själv gjort, för att orden ska bli sanna och brukbara i meningsskapandet.

Meningsskapandet utifrån kroppslig erfarenhet uttrycks också som en mängd associationer och kopplingar som måste få tid att finna sin väg och levas i konkreta situationer för att få sin mening. Detta sker bland annat genom att medvetandegöra patienten om sina kroppsligt förankrade förhållningsmönster till sitt liv. Sjukgymnasten tydliggör och hjälper här patienterna att kroppsligen förnimma vad de gör med sig själva i olika situationer både i behandlingsrummet och i sitt övriga liv. Mening kan utifrån kroppslig erfarenhet på så sätt både skapas och omskapas i det sjukgymnastiska behandlingsrummet, genom att patienten får möjlighet att erfara sig själv på nya sätt i samhandling med sjukgymnasten.



Det kroppsliga blir också till en konkret möjlighet att erfara vad man gör med sig själv i olika situationer och en möjlighet att känna de egna gränserna i relation till andra människor och omvärlden. Därmed blir det till en möjlighet att kunna välja vilka sammanhang man vill gå in i. Förankringen i kroppen och den kroppsliga medvetenheten förstås på så sätt som en förutsättning för att kunna göra medvetna val i motsats till att vara offer.

I sjukgymnasternas arbete med meningsskapande, fokuseras också känslor och känslomässiga konflikter. Det kroppsliga behandlingsarbetet blir här en möjlighet att komma i kontakt med sin egen livshistoria, så som den uttrycker sig i det kroppsliga varandet och i relationerna till andra. Det kroppsliga symptomet ses i detta som en konsekvens av patientens avskärmning av förmimelsen av sin kropp och existens och därmed också av de känslor som väcks i denna relation. I den meningen kan symptomet betraktas som icke upplevda känslor och en form av uppstannad förståelse. Via de kroppsliga övningarna kan patienten hitta fram till en vila i den kroppsliga närvaron och kontakten. Detta innebär en möjlighet för patienten att öppna sin uppmärksamhet mot förmimelserna av kroppen och därigenom erfara sina känslor. Förmågan att symbolisera, att hitta bilder och ord för det som känns, ges i detta en särskild betydelse i behandlingen för att kunna skapa mening. Förmågan till känslomässig kontakt i kroppen och verbaliseringen av känslorna, blir här till en grund för att kunna utforska sammanhanget mellan kropp och liv. Genom detta kan de kroppsliga symptomen ges mening. Detta återspeglar ett psykodynamiskt tänkande med den skillnaden att det är kroppen som är utgångspunkt i behandlingen och inte det talade ordet.

## Kropp, varande och mening - en teoretisk tolkning

I min teoretiska tolkning av resultaten har jag inspirerats av vissa perspektiv och begrepp inom den existentiella fenomenologiska filosofin och den symboliska interaktionismen. Härvid har delar av Heideggers Daseinsanalytiska perspektiv (Heidegger, 1992/1927; Boss 1983/1979; Condrau 1998; Hallquist, 1977; Svenaeus, 1999) använts. Merleau-Ponty's kroppsbegrepp - *den levda kroppen* (Merleau-Ponty, 1989/1962; Bengtsson 1988, 1999; Bullington, 1999), samt resonemang kring handlande och meningsskapande i den symboliska interaktionismen (Mead, 1976/1934; Charon, 1995), har likaså varit befruktande för tankarna.

Både Heidegger och Merleau-Ponty är i sina filosofiska projekt upptagna av att utveckla en förståelse av *den mänskliga existensen*. Medan Heidegger i sitt projekt försöker förstå det varande - *Dasein* - som förstår varat, vill Merleau-Ponty förstå *varats förmedling genom det varseblivande subjektet* (Bengtsson, 1999). Förståelsen av *kroppen*, blir genom detta fokus i Merleau-Ponty's filosofi, medan Heidegger fokuserar det vardagliga varandet och de aktiviteter i människans varande som konstituerar förståelsen av världen. Den symboliska interaktionismen fokuserar den *sociala interaktionen* och människans socialisationsprocess. Studieobjektet är människans handlande och interagerande. Intresset är härvid riktat mot *relationen* mellan människan och samhället och det människor *gör* i situationer.

Kroppen är inte frånvarande varken i Heideggers analys av existensen eller i den symboliska interaktionismen, men inte heller särskilt fokuserad. Jag har därför funnit det fruktbart att fördjupa dessa båda perspektiv med Merleau-Ponty's förståelse av kroppen, för att kunna belysa resultaten. De senaste åren har Merleau-Ponty's perspektiv också lyfts fram som en fruktbar utgångspunkt för att förstå kroppen och sammanhangen mellan person, kropp, liv och mening i sjukgymnastik (Engelsrud, 1985, 1990, 1998; Thornquist 1992, 1999;

Emaus, 1995, 1999; Mattsson, 1998). Heideggers analys av varandet, *Dasein*, ser jag i detta sammanhang som inspirationskälla för att fånga det sjukgymnasterna talar om som mönster i öppenheten i varandet och som summan av patientens levda relationer. Merleau-Ponty's kroppsbegrepp "*den levda kroppen*", ser jag som fruktbart för att förstå kroppsmedvetandeträningens betydelse för meningsskapandet i behandlingsprocessen. Förståelsen av det historiska och sociokulturella och den sociala interaktionens betydelse för meningskonstitution är inte frånvarande hos Heidegger och Merleau-Ponty, men är inte fokus för deras studier. Då jag vill lyfta fram samhandlandet i behandlingsrummet som betydelsefullt för den mening som skapas i den sjukgymnastiska behandlingen, har den symboliska interaktionismens perspektiv varit fruktbart. Jag har inte funnit några motsättningar mellan dessa tre olika infallsvinklar, utan snarare att de kompletterar varandra.

### Heideggers analys av existensen som Dasein

Det fenomen som är föremål för Heideggers studier är människans väsen och existens. I stället för den dualistiska förståelsen av människans helhet som tudelad i kropp och själ, utvecklar Heidegger perspektivet med den levande kroppen (*Leib*), till skillnad från den anatomiska kroppen (*Körper*) (Heidegger 1992/1927). Grundförståelsen i hans syn på människans helhet, är att man aldrig kan förstå människans helhet genom att addera delarna. Helheten är där redan från början som en grundförutsättning i människans varande. Den helhet människan utgör är dessutom en levande helhet, vilket skiljer sig från ett föremåls helhet vars existens är icke-levande. Det centrala i studiet av människans väsen blir utifrån Heidegger att försöka förstå den levande helheten i människans existens. Människan ses i detta som redan från början utkastad i (*Geworfenheit*) och involverad i relationer till världen, sammanvänt med världen. Existensen förstås i detta som en rumslik och historisk enhet, där människan aldrig kan förstås avskild från den totala summan av hennes *world-relationships* (Boss, 1983/1979). Craig (1993) uttrycker den enskildes upplevelse av denna enhet, som en okränkbar eller genuin känsla av "det som är jag" eller "det som tillhör mig":

*"What was disclosed by this term (Dasein) was that we do not exist as epidermally-bound monads of consciousness, but rather as whole worlds, that is, as invisible constellations of world relationships gathered around a unique and inviolable sense of mineness (Jemeinigkeit)." (s 270)*

Människans varandet ses således som i grunden relationellt, där människan existerar *i* och *som* en totalitet av relationer till världen. Detta varande betecknar Heidegger med termen Dasein, vilket kan översättas som där-varo

eller till-varo. Varandet-i-världen består både av samvaron med världen och öppenheten/slutenheten inför världen i denna samvaro, samt hur vi förhåller oss till/hanterar det som blir synligt för oss. Detta varande-i-världen kan enligt Heidegger karakteriseras med hjälp av vissa grundläggande egenskaper – *existentialer* - vilka konstituerar människans existens i världen. Ovan nämndes människans "*utkastadhet*" i världen (*Geworfenheit*) - att människan redan från livets första början är involverad i relationer till världen. Existensen är genom detta också grundläggande *social* i en samvaro/med-varo (*Sein-bei*) med världen och andra människor. Människan har också förmåga att förnimma och förstå sitt eget och andras varande. Det innebär att hon både är ett handlande och meningsskapande subjekt i världen och kan iaktta och *reflektera över* sig själv och *sitt eget varande*.som objekt. Människans existens karakteriseras också av en viss *befintlighet*, präglad av en *stämdhet/upplåtenhet* för världen (*Gestimmtheit*). Denna stämdhet konstituerar tillvarons öppenhet mot världen - det ljus vi ser världen i - och därmed vad som kan bli synligt för oss. På så vis är stämdheten konstituerande för den kunskap om världen och sig själv som människan kan erövra. Detta begrepp ska inte förväxlas med känslor, som endast utgör *en* aspekt av stämdheten. Stämdheten/öppenheten i varandet är något mer, ett meningsmönster inte bara i våra känslor, utan också i tänkande, språk och handlande, vilket förbinder människans varande och världens varande (Svenaesus, 1999, s 145). Till vår existens grundläggande villkor hör också att den är *kroppslig*. Det är som kropp vi existerar i världen. Till existensen hör också att den är *rumslig* och *tidslig* och genom detta har den en *historicitet*. Vår *dödlighet* och vår medvetenhet om vår egen död, utgör slutligen en avgörande existentiell bestämmelse av villkoren för vår existens. (Heidegger, 1992/1927; Boss, 1983; Condrau, 1998).

## Befintlighet

Av existentialerna ser jag befintligheten (*Befintlichkeit*) och stämdheten,<sup>37</sup> i form av den "upplåtenhet" människan har inför världen som den mest intressanta för att fördjupa förståelsen av det sjukgymnasterna benämner patientens varandemönster. I Varat och tiden deklarerar Heidegger:

---

<sup>37</sup> Begreppet översätts till *attunement*, *mood* på engelska. I den svenska översättningen av *Varat och tiden* som gjorts av Richard Matz (1992/1981), används omväxlande olika termer som *befintlighetens stämdhet*, *upplåtenhet*, *jämmod*, *missmod*, *till- och frånvändning*, *förstämning*, *stämdvaro*. Man skulle även kunna tänka sig "intoning" för att ange den relationella aspekten och på så sätt undvika att se stämdheten som en egenskap. Jag håller mig emellertid i texten till den översättning som Matz gjort.

*" Stämdivaron har i första han ingenting att skaffa med det psykiska (Seelisches), och är själv inget tillstånd där inne, vilket sedan på ett gåtfullt vis lyckas ta sig ut och färga av sig på ting och personer. (...) Stämdivaron faller över en. Den kommer varken utifrån eller inifrån, utan stiger upp ur i-världen-varon såsom en version (Weise) av denna själv."*

(Heidegger 1992/1927, s 179)

Stämdivheten, kan på detta sätt förstås som den relation människan är med världen, i vilken hennes förståelse av sig själv och världen har möjlighet att framträda. Heidegger talar om till- och frånvändning och om upplåtenhet/tillgänglighet i detta sammanhang. Befintligheten i varje situation kan sägas vara sammanflätad med vad som *angår och berör oss* utifrån de projekt vi är involverade i, samt hur vi *förstår* världen och oss själva i relation med världen. Svenaeus (1999) uttrycker detta som "attuned embodied understanding" (s 285) Stämdivheten formar också sättet vi förstår och uttrycker oss om oss själva och andra. Stämdivheten är således meningskonstituerande. Stämdivheten kan på så sätt förstås som både en kroppslig, känslomässig, handlingsmässig, tankemässig, och språklig *mening*, uttryckt i vårt varandemönster.<sup>38</sup>

Heidegger ser befintligheten som "en grundläggande art av världens, medvarons och existensens lika ursprungliga upplåtenhet" (Heidegger, 1992/1927, s 178-179), det vill säga att både världen och människan upplåter sig ömsesidigt för varandra i relationen. Människan kan på detta sätt förstås som varande i världen och världen som varande i människan. Befintligheten/upplåtenheten skulle härvid kunna tolkas som en form av närvaro i varandet-i-världen. Denna närvaro förstår jag utifrån ett sjukgymnastiskt perspektiv som kroppslig.

Stämdivheten/upplåtenheten i kroppen, skulle kunna kopplas till sjukgymnasternas förståelse av den så kallade psykosomatiska problematiken som patientens avskärmning, fjärmande, flykt, eller avstängning av förmimmelsen/kontakten med kroppen. Sjukgymnasternas fokus på patientens kontakt med kroppen och förmimelse av sina vardagliga varandemönster, kan i ljuset av ovanstående ses som att de arbetar med patientens befintlighet, hennes kroppsliga upplåtenhet och därmed tillgänglighet till förmimmelsen av sin existens. Denna tillgänglighet i kroppen kan kopplas till sjukgymnasternas förståelse av den existentiella tilliten i behandlingsrummet och patientens förmåga att kunna vila i det de benämner varandeupplevelsen. Sjukgymnasterna ser denna tillit och vila i varandeupplevelsen som

---

<sup>38</sup> *En koppling kan här göras till kropppsykoterapins fem nivåer: kroppsliga sensationer, kroppsliga motoriska uttryck, affekter och mer komplexa känslomässiga upplevelser, inre föreställningar och bilder, verbalt-kognitivt utformat tänkande och tal (Wrangsjö i Downing, 1997).*

befrämjande för att den mening som kroppen bär fram som relation med världen ska kunna framträda.<sup>39</sup> Tilliten blir här meningskonstituerande.

Att fokusera och arbeta med patientens stämhet i behandlingen genom de konkret kroppsligt uttryckta varandemönstren, innebär således en möjlighet att utifrån en kroppslig infallsvinkel vidga patientens potentiella möjliga varande-i-världen och därmed för att den mening som patienten lever i sin relation med världen ska kunna framträda och medvetandegöras.

Heideggers analys av varandet och de existentialer som är sammanflätade i detta, är mycket mer omfattande än så här. Mitt syfte är emellertid inte att avhandla detta, utan att använda valda delar av perspektivet för att belysa hur mening skapas utifrån en kroppslig infallsvinkel i den sjukgymnastiska behandlingen. Heideggers filosofi insatt i ett behandlingsperspektiv och i förståelsen av hälsa och sjukdom, är därför intressant. I detta sammanhang har Svenaeus (1999) utvecklat begreppet "homelikeness" vilket jag översatt till hemmastaddhet. Medard Boss har i sin tur använt Heideggers tankar om varande och existens som ontologisk grund för psykoterapi.

### Hemmastaddhet som hälsa

Svenaeus (1999) utvecklar i sin avhandling "The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health", en förståelse av hälsa och ohälsa med hjälp av begreppet *homelikeness*.

*"Health is to be understood as a being at home that keeps the not being at home in the world from becoming apparent."* (Svenaeus, 1999, s 157)

Av detta följer att ohälsa innebär "the-not-being-at-home", att inte vara hemmastadd. Sina tankar om detta utvecklar Svenaeus med inspiration från Heideggers analys av ångest som befintlighetsmodus. Heidegger säger i detta sammanhang att det som ångesten ängslas inför, är i-världen-varon själv (Heidegger 1992, s 240). Det kusliga i ångesten beskrivs som känslan av att vara ingenting och ingenstans, i kontrast till att känna sig hemmastadd, förtrogen med - att känna sig hemma i världen. Ångesten, menar han, får den all dagliga/ vardagliga förtrogenheten att rasa ihop (op.cit. s 241). Jag tolkar innebörden av denna hemmastaddhet och förtrogenhet till att också gälla hemmastaddheten i den egna kroppen i detta sammanhanget. Detta kan anknytas till sjukgymnasternas förståelse av patientens problematik, som en

---

<sup>39</sup> Den existentiella tillitens epistemologiska betydelse har intressant nog behandlats i en filosofisk avhandling av Hildur Kalman (1999) "The Structure of Knowing - Existential Trust as an Epistemological Category", men då med inspiration från Polanyi, Merleau-Ponty och Lögstrup. Kalman har disputerat på filosofiska institutionen i Umeå, men är inte bara filosof, utan också sjukgymnast.

bristande närvaro och kontakt med den egna kroppen. Kroppslig smärta såväl som ångest, skulle i detta sammanhang kunna utgöra ett befintlighetsmodus som gör att den vardagliga förtrogenheten rasar ihop och människan förlorar sin hemmastaddhet både i sin kropp och i världen.

Svenaues lyfter fram synen på hälsa som en process. Denna process innebär en balans i människans stämdhet (attunement) som understödjer hennes/hans handlingar och förståelse (1999, s 160). Den gradvisa förlusten av självklarheten i de vardagliga funktionerna både vid akut insjuknande i förkylning och vid kronisk sjukdom, ges som exempel. Processen från hälsa till ohälsa sker här gradvis. Personen i fråga strävar efter att hålla balansen och positionerna i "upprätt" ställning, men slutligen måste hon/han ge efter för sjukdomen. Detta är som jag ser det överförbart till det gradvisa förlorandet av balansen och utvecklandet av ohälsa under belastande livsomständigheter. Processen hälsa/ohälsa skulle på så sätt kunna ses som ett sätt att överleva genom att balansera öppenheten/slutenheten inför förnimmelsen av existensen och i detta balansera sin egen "hemmastaddhet". När patienten nått sin yttersta balanspunkt faller hon och förlorar därmed sin autonomi, genom att hon förlorat kontakten med sig själv och sin livssituation.

Förståelsen av smärta och sjukdom som ett befintlighetsmodus ser jag som fruktbar för att utveckla reflexionen kring den kroppsliga infallsvinkeln i den sjukgymnastiska behandlingen. Kroppsmedvetandeträning, såväl som olika former av "passiva" interventioner för smärtlindring, som värme, ultraljud, TNS, akupunktur, avspänning, massage, etcetera, skulle utifrån detta kunna förstås som ett sätt att hjälpa patienten till "hemmastaddhet", genom att återerövra och öppna sig för sin kontakt med kroppen och sitt varande i världen och därmed den mening som framträder i hennes/hans relation med sitt liv. Detta kan anknytas till den betydelse sjukgymnasterna ger spontaniteten i andningen och att bli mer "levande". Spontaniteten kan häri tolkas som en öppenhet/stämdhet för att kunna känna sina dagliga sammanhang. Sjukgymnasterna arbetar också rent konkret med att medvetandegöra patienterna om vilka mönster de tar till i kroppen för att stänga sig/öppna sig i olika situationer (se ex.vis Rebecka och Svea, eller Carins och Anncharlottes arbete med röst och andning).

### Daseinsanalysen som behandlingsperspektiv

Daseinsanalysen är intressant inte bara som analys av existensen, utan kan också användas i ett behandlingsperspektiv. Binswanger (1963, 1958/59) var en av de första läkare inom psykiatrin. som under 1930-talet såg möjligheterna att utveckla ett vidare perspektiv på diagnostiseringen av psykiska sjukdomar

och dess behandling, med hjälp av Heideggers Daseinsanalytik<sup>40</sup> (Binswanger, 1962; Condrau, 1998; Hallquist, 1977). Perspektivet vidareutvecklades under efterkrigsåren av den schweiziske läkaren och psykoanalytikern Medard Boss och hans medarbetare Gion Condrau, i samarbete med Heidegger. Daseinsanalysen utformades i detta samarbete som ontologisk grund för psykoteraeutiskt behandlingsarbete. Resultatet av detta samarbete utmynnade bland annat i boken: *Grundriss der Medizin und der Psychologie* (Boss, 1971, på engelska 1979). Under ett antal år föreläste också Heidegger vid Boss' utbildning för läkare i Zollikon, Schweiz. Föreläsningarna finns utgivna av Boss i boken *Zollikoner Seminare* (Heidegger, 1987). Gion Condrau, medarbetare till Boss, ledare av det Daseinsanalytiska institutet för psykoteraeutik och psykosomatik i Zürich, har likaså utkommit med ett flertal publikationer, varav den senaste 1998. Intressant nog finns också en svensk avhandling i ämnet av psykologen Tommy Hallquist (1977).

Boss projekt var att försöka humanisera medicinen genom att ge den en ny existentiell grund och att artikulera vidden av de teoretiska och praktiska konsekvenserna av en sådan förändring. Den kritik Boss (1983) framför mot det naturvetenskapliga och medicinska perspektivet på människan, är dess ensidiga letande efter kausala determinanter till sjukdom i vilket människan berövas sin grundläggande relation till världen. Även om Boss erkänner de positiva landvinningar medicinsk forskning lyckats göra, menar han att den moderna medicinen har misslyckats med att förstå den inneboende meningsfullhet som konstituerar den mänskliga existensen (op.cit.). Boss menar att den existentiella innebörden av varje människas kroppsliga symptom eller kroppsliga sjukdom i stället måste ses i relation till den enskildes summa av levda relationer till världen och hennes livssammanhang:

*"The blocked artery, the broken bone, the headache, the irritable bowel, the facial tic, and the hernia all mean something, all have an existential context of significance in the life of the individual."*

(Craig, 1993, s 268)

Medicinens reduktionistiska syn på kroppen menar han kan jämföras med att analysera och beskriva musik genom att återge den så som den framställs på papperet i nothäftet, eller att mäta och väga och kemiskt analysera ett konstverk. Denna undersökning, menar han, säger ingenting om det stycke konst som musiken eller konstverket utgör.

Boss (1983) betonar att både det som framträder ("shine forth") i ljuset av vårt varande, det som vi sluter oss för, och meningen i det som framträder, är kopplat till vår egen konstellation av våra levda relationer till världen. Varje

---

<sup>40</sup> Binswangers tolkning av Heidegger gav han benämningen Daseinsanalytik, medan Boss benämner sin tolkning Daseinsanalys



människa har sitt speciella livslopp och sina speciella levda relationer till världen. Varken livsloppet eller människans potentialer för sitt varande i världen kan därför förstås isolerat eller levas isolerat från den tid vi lever i, den värld, samhälle och kultur vi lever i, eller de människor vi lever med.

Boss' förståelse av kroppen som summan av en människas levda relationer och som meningsbärare av det sociokulturella sammanhangen, kan jämföras med sjukgymnasternas förståelse av kroppen och de kroppsliga varandemönstren.

#### *Synen på sjukdomars uppkomst*

Utifrån Daseinsanalysen kan roten till sjukdom sökas i en brist eller störning i patientens varande i relationerna till världen. Boss uppmanade därför de läkare, sköterskor, psykoterapeuter han utbildade och handledde:

*" to understand those whom they serve as whole, unique, distinctively human individuals; to grasp the fundamentally meaningful structure of their particular forms of illness or suffering; and to appreciate the body not merely as a material entity but also as the individual's own-most vessel for experiencing, carrying out or "bodying-forth" the entire scope of worldly relationships as which he or she exists.*

(Craig, 1993, s 269)

Kroppen framträder här som individens möjlighet att erfara och som det som bär fram summan av alla de relationer till världen genom vilka hon existerar. Denna förståelse av kroppen menar Boss kan hjälpa oss att förstå den grundläggande meningsstrukturen i patientens sjukdom eller besvär. Kroppen förstås här som relationell och som bärare av den mening som summan av en människas relationer till världen inneburit. I det här perspektivet är människan i världen och världen i människan, genom de levda relationer hon bär med sig. Person, kropp, liv, varande och mening kopplas här samman till något som framträder som en *samtidighet* i patientens varande.

Det Daseinsanalytiska sättet att komma fram till hur sjukdomar uppkommit, innebär ett utforskande av biografiska händelser som kan tänkas motivera en människa att förhålla sig på ett speciellt sätt i livet. Dessa händelser fortsätter att motivera honom/henne att upprepa sitt förhållningssätt. Den mening/innebörd dessa biografiska händelser har getts i patientens liv, utgör motiv till varför han/hon begränsar eller stänger sig för de potentiella andra möjligheter som hon/han skulle kunna förhålla sig på. Boss menar dock att vi inte får se de här händelserna, som Boss kallar "pathogenetic moments", som de som producerar eller orsakar de här förhållningssätten. Han förstår i stället den totala summan av en människas Dasein, hennes levda relationer till världen, som medbestämmande i och närvarande i hennes/hans varande i nuet. De

levda erfarenheterna utgör således orsaken till hur en människa betar sig i nuet på det sättet att en viss händelse orsakar ett visst beteende. Det är i stället i form av *motivationer* som de levda erfarenheterna påverkar nuet. Det sätt som en människa ser på det som varit och det som är i nuet, är emellertid också relaterat till vad hon/han förväntar sig av framtiden. På så sätt kan förhållningssättet i nuet ses i ljuset av hennes/hans levda dåtid, det hon/han står inför i nuet och det perspektiv hon/han har på sin framtid. (op.cit.). Sjukdom ses utifrån detta som en utarmning/inskränkning/undandragande från varandet-i-världen, i till-varon. Detta har likheter med sjukgymnasternas syn på patientproblematiken som ett undandragande från kontakten med kroppen och därmed det kroppsliga varandet-i-världen. Boss menar att det Daseinsanalytiska tänkandet därmed skiljer sig starkt från det naturvetenskapliga sättet att söka determinerande orsaker till sjukdom, utifrån ett orsak-verkan tänkande, där alla de fenomen som gör en människa mänsklig, det vill säga mening, förståelse, intuition, önskan, begär, handling, faller utanför ramen. (Boss, 1983).

### *Synen på behandling*

Terapeutens uppgift är enligt Boss att hjälpa patienten att öppna sina egna möjligheter att vara-i-världen, att hjälpa fram det som redan finns där av potentiella livsmöjligheter. Härvid betonas terapeutens egen förmåga till öppenhet i sitt varande som en väsentlig del av behandlingens möjliga framgång. Detta har klara likheter med sjukgymnasternas betoning på betydelsen av den egna kroppsliga närvaron och öppenheten i behandlingsrummet, för att patienten ska kunna få tillgång till sig själv. Daseinsanalytikerna kopplar förmågan till öppenhet till personlig mognad, men nämner inte terapeutens egen kontakt med sin egen kroppslighet, vilket sjukgymnasterna betonar. Tilliten ses som en bärande grund i relationen mellan terapeut och patient för att psykoterapi ska vara möjlig (op.cit), men beskrivs inte som kopplad till det kroppsliga.

Till skillnad från traditionell psykoanalytisk teori om hur ny insikt och nya förståelsehorisonter kommer till, är det inte med hjälp av terapeutens tolkningar av patientens fria associationer, utan genom att hjälpa patienten till ett fenomenologiskt utforskande av mening som nya insikter kommer till. Detta kan ses som en slags "själv-aktualisering" av nya förståelsehorisonter hos patienten (Hallquist, 1977, s 164). En bärande grundtanke i behandlingen är härvid att låta den, med Husserls' beteckning, "ännu stumma erfarenhetens mening" få framträda:

*"We have seen that existence is essentially an openness to perceiving whatever enters in the realm of this openness, shines forth within it, and so comes the present as a being with its own meaningfulness."*

(Boss, 1983, s 109)

Citatet uttrycker existensen som en öppenhet inför det patienten befinner sig i, där meningen i nuet kan få framträda - "shine forth". Boss använder också uttrycket *the present as a being* - nuet som ett varande. Jag ser i detta klara likheter med sjukgymnasternas uppfattning om betydelsen av att kunna vila i det som är - i varandet, för att något nytt ska kunna ta form för patienten.

Den Daseinsanalytiska behandlingen innehåller arbete med drömmar, fria associationer och samtal. Till den yttre formen skiljer detta sig inte från den psykoanalytiska traditionen. Condrau (1998) beskriver emellertid det Daseinsanalytiska arbetssättet som en utveckling av psykoanalysen genom en ny ontologisk position, som innebär ett fenomenologiskt utforskande av mening i de fenomen som framträder i behandlingsarbetet. Fokus i arbetet ligger på att försöka se och öppna seendet, inte att tolka eller förklara. Vad som är anmärkningsvärt i detta, är att man inte tagit konsekvenserna av förståelsen av öppenheten i varandet som kroppsligt och sett de möjligheter som ligger i att arbeta på en direkt kroppslig nivå med denna öppenhet gentemot världen i kroppen.

Jag går här inte in på den kritik och den skillnad som finns i förståelsen av det omedvetna, drömmar, symptom, överföring och motöverföring, etcetera, vilket skiljer sig radikalt från den traditionella psykoanalysens förståelse utifrån Freuds teorier och föreställning om en psykisk apparat. Detta ligger utanför mitt avhandlingsprojekts ramar. Vad som är värdefullt i Boss och hans anhängares arbete, är att de bidragit med att sätta Heideggers existentiella ontologi i ett praktiskt sammanhang, där den så kallade psykosomatiska problematiken kan förklaras på ett sätt så att person, kropp, liv, varande och mening kan förstås som en hel gestalt, en levande människa. Genom detta är det också möjligt att öppna sig för nya sätt att förstå och resonera kring behandling. Företeelser och fenomen kan inrymmas i ett större menings-sammanhang som överskrider såväl det biomedicinska som det psyko-dynamiska perspektivets orsak-verkan tänkande och uppdelning av kropp/psyke, kropp/värld i inre och yttre.

Sett i detta perspektiv blir det i sjukgymnastik mindre intressant att inrikta sig enbart på att behandla symptom eller att leta efter enskilda orsaker till människors fysiska besvär och intressantare att tillsammans med patienten utforska och vidga hennes Dasein så som det framträder i hennes kroppslighet. Det blir i behandlingen också mindre intressant att tolka det kroppsliga som uttryck för något psykiskt underliggande, som omedvetna konflikter och mer intressant blir att låta de kroppsliga varandemönstren få framträda och bli förstådda i den relation patienten lever sitt liv. Genom detta kan kroppens

mening och kunskap om våra relationer till världen få bilda en källa till förståelse av de sammanhang vi lever, har levt och förväntar oss att leva.

För att begreppsliggöra kroppens och kroppsmedvetandets betydelse i den sjukgymnastiska behandlingsprocessen så som den framträder i analysen, räcker inte det Daseinsanalytiska perspektivet. Med hjälp av Merleau-Ponty's kroppsbegrepp, "den levda kroppen", går det emellertid att komma en bit längre på vägen. I metodkapitlet presenterades detta kroppsbegrepp som hjälp för att förstå genereringen av data som en social meningsgivande aktivitet, utifrån sjukgymnasternas levda praxiserfarenhet. Jag hänvisar därför läsaren tillbaka till detta avsnitt för en redogörelse av livsvärldsperspektivet, meningsskapande, kropp och språk. Det sammanhang i vilket den levda kroppen används här, är för att förstå meningsskapandet i den sjukgymnastiska behandlingen utifrån *patientens* kroppsligt levda erfarenhet.

### Den levda kroppen som meningsskapande process

Merleau-Ponty (1962) utvecklar i sin filosofi begreppet *den levande kroppen* som ett tillstånd där existensen är tvetydig - en relation mellan att vara kroppen som subjekt och att ha kroppen som objekt för sin uppmärksamhet. Att vara kroppen som subjekt är det primära och utgör vår spontana, förreflekterade, odifferentierade kroppsliga relation med världen. Förhållandet till oss själva och kroppen som objekt, utvecklas i detta perspektiv i vårt möte med världen genom att medvetandegöra förnimmelsen i kroppen av vår existens och relation med världen. Den mening som uppstår i detta möte kan ses som ett resultat både av den personligt levda erfarenheten och det historiska och sociokulturella sammanhang som vi lever och intersubjektivt tolkar världen utifrån (Merleau-Ponty, 1962). Den levande kroppen kan i detta betraktas som både förreflexivt given och sociokulturellt skapad.

Merleau-Ponty betecknar således den kroppsliga existensen som en *process* mellan att vara kroppen som handlande och *varseblivande subjekt* och att i denna kropp vända sin uppmärksamhet mot och reflektera över sin egen kropp som *objekt*. I processen mellan dessa båda positioner, uppkommer en tredje position i *mellanrummet* mellan att vara och att förhålla sig till varseblivningen av relationen med världen. Detta exemplifierades av sjukgymnasterna när de talade om den koncentration de behövde i behandlingsrummet för att kunna förhålla sig till behandlingsprocessen. Carin betonade vikten av att hålla sin egen kroppsliga mittlinje i samtalet med Anncharlotte för att inte förlora sig i Anncharlottes kroppsspråk, utan behålla kontakten med det hon själv kände, samtidigt som hon kände in Anncharlotte. Att hålla sin egen mittlinje rent fysiskt i stället för att "falla in" i patientens kroppsspråk, menade hon hjälpte henne att skilja ut sig själv och sina egna reaktioner från patientens. Om hon inte klarade av att göra denna utsortering av reaktioner, menade hon att hon

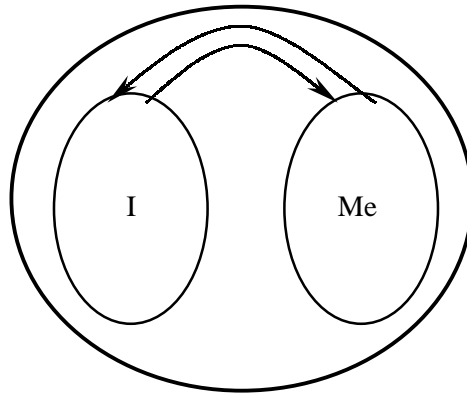
inte kunde se på vilket sätt hon skulle kunna hjälpa Anncharlotte. Denna tredje position eller "närvaro" övades likaså med patienterna. Line lät exempelvis Dora stå och se ut genom fönstret mot världen och samtidigt förnimma hur hon hade det i sin egen kropp. Carin lät Anncharlotte ropa mot väggen och försöka behålla sin mittlinje och sitt centrum - att bli kvar i kontakt med sig själv - utan att följa iväg med rösten. Betydelsen av att kunna behålla kontakten med sin mittlinje och sitt centrum och därmed kontakten med sig själv, anger Carin som att patienten har större förmåga att orientera sig/förhålla sig i rummet och till andra människor. Genom detta undgår hon att bli som ett "rö för vinden". Denna tvetydiga existens, förstått som en process som sammanflätar medvetande och kropp, betecknar Merleau-Ponty *den levda kroppen* (le corps propre/the lived body). Den levda kroppen förstått som en process mellan att vara kroppen och att medvetandegöra och reflektera över kroppens förnimmande av existensen, ser jag som ett fruktbart teoretiskt perspektiv för att kunna förstå kroppens betydelse i människans förmåga att skapa mening i relation till sitt liv. Om Heideggers förståelse av stämheten/öppningen mot världen avgör vad en människa har möjlighet att "få syn på" i sitt varande och relation med världen, så kan kroppsmedvetandet och förmågan att förnimma och differentiera i kroppen, sägas avgöra vad av det som framträder, som kan *medvetandegöras* och som det kan skapas mening om. Tilliten i varandet och kultiveringen av förmågan att kunna vila i det sjukgymnasterna benämner "varandeupplevelsen", utgör här en förutsättning för att kunna få kontakt med den kroppsligt förankrade och levda meningen. Denna närvaro och kontakt i kroppen, är en av de faktorer som sjukgymnasterna i sin behandling kan sägas kultivera genom kroppsmedvetandeträningen. Det andra de kultiverar är patientens kroppsmedvetande, i vilket förmågan att differentiera mellan olika förnimmelser i kroppen ingår. Den tvetydiga existens som sammanflätar medvetande och kropp i Merleau-Ponty's förståelse, kan utifrån det som framträder i resultaten, inte sägas vara en självklar befintlighet/existens. I sjukgymnasternas förståelse av patientens problematik är det i stället något som ibland är outvecklat, ibland något som gått förlorat i överbelastningssituationer, och något som är könsmässigt, sociokulturellt präglat. Men det är i sjukgymnasternas förståelse också ett varandetillstånd som är möjligt att erövra/återerövra genom en kultivering av relationen till kroppen. Därmed inte sagt att denna förmåga att både vara delaktig i samspelet med omgivningen och samtidigt behålla den egna integriteten och kontakten med sina egna reaktioner, inte skulle kunna utvecklas utifrån andra infallsvinklar än den kroppsliga. Närvaron och förankringen i kroppen utgör emellertid en viktig aspekt i detta, med utgångspunkt från att det är genom kroppen som vi erfar oss själva och vår relation med världen.

I Merleau-Ponty's förståelse är medvetandet förkroppsligat. Redan i själva varseblivningsakten sker en form av meningsskapande. Detta genom att uppmärksamheten söker sig mot det som framträder som meningsfullt, mot bakgrund av det meningssammanhang som det varseblivande subjektet befinner sig i. Denna mening kan sägas vara förkroppsligad och levs på en kroppslig nivå, som inte nödvändigtvis behöver medvetandegöras. I det att vi kan vända vår uppmärksamhet mot kroppen och kroppens förnimmande av världen, kan vi också medvetandegöra den levda mening kroppen bär fram. Dess innebörd är enligt sjukgymnasterna också förnimbar på en kroppslig meningnivå i vilan i själva upplevandet av varandet och existensen. Utifrån patientens kroppsmedvetande och kontakt med den kroppsligt förankrade meningen, har hon/han möjlighet att uppfatta och symbolisera förnimmelserna av den levda meningen i någon form. Genom detta kan patienten förhålla sig till den levda meningen och reflektera över den både i dialog med sig själv och med andra. Genom att handla utifrån den förståelse som meningen frambringar, kan den levda meningen därigenom också sättas in i ett vidare intersubjektivt, socialt meningssammanhang. Men redan på den förreflekterade kroppsligt levda innebördsnivån, kan patienten genom att handla utifrån den mening hon/han lever kroppsligen, sätta den levda meningen i ett intersubjektivt socialt sammanhang. Mening kan på så sätt också konstitueras genom *samhandling* mellan människor, som en mening som levs kroppsligen mellan människor utan att vara språkligt medvetandegjord/tematiserad och reflekterad. Ett exempel på det i anknytning till avhandlingens innehåll, är den mening sjukgymnasten ger patientens kropp genom sitt sätt att handla och förhålla sig till den. Likaså hur sjukgymnast och patient definierar varandra ömsesidigt i samhandlingen i det kroppsliga mötet, där de båda ger varandra olika utrymme både för vem de är och vem de kan bli i relationen. Handlingar kan således betraktas som en meningskategori, såväl som kropp, känslor, bilder, musik eller språk.

### Meningsskapande och handling i ett socialpsykologiskt perspektiv

Det socialpsykologiska perspektiv som den symboliska interaktionismen utgör, har likheter med Merleau-Ponty's förståelse av den kroppsliga existensens tvetydighet. Det tillför dock något mer genom för att fokuserar det meningsskapande som sker intersubjektivt genom handling i sociala sammanhang. Den symboliska interaktionismen är en idéströmning som har sin grund i verk som Cooley (1902), Dewey (1930), Mead (1934), Becker m.fl. (1961), Blumer (1969).

Den grundläggande idén som förenar perspektiven hos Heidegger och Merleau-Ponty med den symboliska interaktionismen, är synen på människan som förmögen att reflektera över sitt eget handlande och sig själv som objekt.



**Figur 1:** Självet

Utvecklingen av medvetandet om det egna jaget sker enligt Mead (1976/1934) som en process mellan de två positionerna att leva sig själv som aktivt subjekt (I) och (Me), som innebär att individen kan iaktta och reflektera över sig själv som objekt. Individens "I" kan här sägas vara den aktiva, kreativa, handlande och utforskande positionen i jaget, vilket kan jämföras med Merleau-Ponty's position att vara kroppen som subjekt. På samma sätt som hos Merleau-Ponty ses detta "I" som socialt. Meningsskapandet kan utifrån den symboliska interaktionismen betraktas både som en dialog inom individen mellan I och Me och som en dialog i interaktionen med andra i sociala sammanhang. Genom interaktionen med betydelsefulla andra, har individen en möjlighet att lära sig att se världen genom andra människors perspektiv. Därigenom har hon möjlighet att se sig själv och situationer utifrån. Genom att utforska sin egen tillhörighet i olika grupper, har individen dessutom en möjlighet att få tillgång till olika generaliserade perspektiv på världen. Medvetenheten om världen och det egna jaget sker i enlighet med detta i ett socialt sammanhang, i relationer med andra människor. Medvetenheten är därigenom socialt konstituerad. Denna socialt konstituerade mening/perspektiv, ingår som den bakgrund mot vilken "Me" tolkar världen och den egna personen i relation till världen, och mot vilken "I" förhåller sig och agerar i världen. Existensen ses här på samma tvetydiga sätt som hos Merleau-Ponty, som en dialektisk meningsskapande och meningsomskapande process där "I" och "Me" är ömsesidigt förändrande i förhållande till varandra.

I enlighet med den symboliska interaktionismen bestäms meningen av ett fenomen både av kontexten i den sociala situation där interaktionen föregår, samt den betydelse som fenomenet ges i interaktionen. Samma fenomen kan därför ges olika mening beroende på kontexten och vad som angår individerna

i den situation man interagerar i. Mead (1976/1934) skiljer i detta sammanhang mellan begreppen sociala objekt, symbol och tecken (signs), för att beskriva den process som leder till att fenomen identifieras, ges mening, definieras och begreppsfasts i språk.

Det *sociala objektet* kan vara fysiskt, ett ting eller en människa, eller det kan vara något abstrakt som vår dåtid, framtid, vårt själv, idéer, känslor eller symboler. De sociala objekten/fenomenen uppstår i social interaktion och framträder utifrån sin användning.

*Symboler* är sociala objekt som används för att i kommunikation *representera* något som getts en överenskommen mening. Symbolerna kan vara ting, bilder, handlingar eller ord. Den överenskomna meningen av symbolen definieras utifrån den användning det får i interaktionen i förhållande till den kontext som interaktionen försiggår i. Utan tolkningen av mening är det sociala objektet inte en symbol. Så till vida blir exempelvis en persons gråt symbolisk bara om dess mening förstås av den som gråter.

*"A symbol is a social object used for communication to self or for communication to others and to self. It is an object used to represent something else. It is intentionally used. The actors aim is to use it. Without intention, the actor may be communicating, but we do not call it symbolic."*  
(Charon, 1995 s 42)

Symbolerna används således intentionellt, och ger oss en möjlighet att berätta för andra vad vi tänker och känner och vill och för att genom tankar, föreställningar och bilder reflektera över oss själva och vår tillvaro. Språk ses som en särskild symbolkategori och beskrivs som en uppsättning ord som används för kommunikation och representation. I begreppet språk inkluderas också gester.

Det tredje begreppet som används i teorin om meningsskapande är *tecken*, *sign*.

*"The organism does not give meaning to signs and does not reflect upon them, but instead habitually respond to them. /.../ Signs are responded to because they are produced in one's physical presence, and they lead to an unthinking response. They must be sensed, and the receiver has no choice in response.  
/.../ The sign acts as a cue that leads to a response."*  
(Charon, 1995, s 51)



Tecken är således en meningsform som kommuniceras och levs kroppsligen, men som individen inte medvetandegjort och satt i ett meningssammanhang. Begreppet tecken används också inom semiotiken där det definieras som indexiellt - att det indikerar något - men att det inte representerar den företeelse det indikerar (von der Fehr 1994). Exempel på detta är röken som indikerar en eld. Det är på den indexiella nivån som meningsskapandet i sjukgymnastik kan sägas starta vid behandling av diffusa smärtproblem. Smärtan kan ses som ett oförstått tecken, som inte satts i ett meningssammanhang och getts mening och betydelse i patientens liv. För att kunna hantera smärtan och förändra sin livssituation så att symptomen minskar, måste symptomet sättas i ett meningssammanhang för att förstås. Detta meningsskapande sker i sjukgymnastik utifrån en kroppslig infallsvinkel.

Kroppens betydelse för meningsskapandet kan med hjälp av den symboliska interaktionismen således ses inom ramen för social interaktion. Genom sjukgymnastens sätt att hantera och förhålla sig till patientens kropp och smärta och sjukgymnastens och patientens interaktion kring detta, ges kroppen en betydelse som meningsbärare. Sjukgymnasten kan här ses som en slags "signifikant annan"<sup>41</sup>, som får sin betydelse genom att vara expert på kroppen och någon som patienten förväntar sig att bli hjälpt av. Sjukgymnasten ger uppmärksamhet åt, ser på, berör och hanterar patientens smärtande kropp. Därmed bekräftas patienten i alla sensoriska bemärkelser i ett kroppsligt möte. Om detta mötet blir positivt och sjukgymnasten lyckas ge patienten en upplevelse av att bli mottagen i ordets alla meningar, så kan mötet ha en chans att förändra patientens självuppfattning. Patienten kan få tillgång till en annan röst i sin "Me"-funktion att resonera om sin kropp och sig själv med. Genom att arbeta med övningar som ger ett positivt upplevande av kroppen, kan patientens bild av kroppen förändras från något som enbart är smärtfyllt och en börda för henne, till en upplevelse av välbehag och något som hon kan våga vila i och relatera till världen genom. Genom sjukgymnastens sätt att hantera och förhålla sig till patienten och hennes kropp, får kroppen därigenom en annan mening och betydelse. Patientens relation till sin kropp kan på så sätt förändras från att hon har varit avstängd från den till att den blir tillgänglig för henne.

Detta betyder att sjukgymnast och patient i kroppslig samhandling och genom rörelse och kroppsmedvetandeövningar, arbetar med att utveckla patientens förmåga att erfara sin kropp, att *vara* kroppen. Detta kan ses som att de utforskar möjligheterna i "I"-funktionen. Genom interaktionen kring kropp, rörelse och smärta kan de kroppsligt förankrade strategier och mönster som

---

<sup>41</sup> Detta är ett begrepp som används i den symboliska interaktionismen för att beteckna de betydelsefulla andra människor i individens liv, genom vilkas blick hon ser sig själv.

patienten använder sig av i sitt förhållningssätt till sitt liv erfaras, tydliggöras och reflekteras. Smärtan kan placeras i ett meningssammanhang och få betydelse genom reflexionen utifrån de kroppsliga erfarenheterna och insikterna om de egna varandemönstren. Detta kan ses som ett utvecklande av mening med hjälp av "Me"-funktionen, men som inbegriper den mening som kroppen frambringat.

Behandlingen innebär en växling mellan att vara och att reflektera, en rörelse mellan subjektjag och objektjag om man så vill. Det är i denna rörelse som medvetenheten utvecklas. Utifrån att ha medvetandegjort de mönster och strategier som leder till att kroppen svarar med smärta, arbetar sjukgymnast och patient också med att utforska nya sätt och möjligheter för patienten att förhålla sig med sin kropp/sig själv i sitt liv. Denna medvetenhet som utgår både från det kroppsligt levda och en reflekterad förståelse, utgör grunden för ett förändrat handlande för patienten i interaktion med sitt liv.

Meningsskapandet utifrån kroppslig erfarenhet i sjukgymnastik kan med utgångspunkt från ovanstående förstås som socialt konstituerad i samhandling mellan sjukgymnastik och patient.

Innebördsnivån kan i samhandling vara väl så "kultiverad" på den kroppsliga nivån i själva handlandet, som den "kultivering" av innebörd som sker genom reflexion. Den språkliga "meningskultiveringen" behöver därmed inte betraktas till en "högre" innebördsnivå. Det är även möjligt att utveckla en mycket finstämd och tydlig meningsskommunikation på handlingsplanet. Detta kan förstås som ett intersubjektivt meningsskapande på ett kroppsligt handlingsplan mellan människor, där handlandet är det "språk" som kommunicerar och transformerar meningen. Handlingen och inte bara språket, blir här till en möjlighet att förhålla sig till den levda meningen och kroppen som objekt. Att komma till "insikt" om något, är således inte förbehållet den språkliga kommunikationssfären, utan kan också ske genom att kroppsligen leva, erfara och handla. I detta sammanhang talar sjukgymnasterna om att skapa situationer så att patienten kan erfara sig själv kroppsligen på ett nytt sätt, och därigenom vidga patientens självbild av vem de är och skulle kunna vara.

Del IV

## DISKUSSION



## Sammanfattning och diskussion

Det övergripande syftet i föreliggande avhandling har varit att bidra till att vidga perspektiven på kroppen och sjukgymnastik i rehabilitering av patienter med svårdefinierade smärt- och spänningsproblem. Detta har gjorts genom att utforska och analysera en grupp erfarna sjukgymnasters förståelse av kroppen och innebörderna i den sjukgymnastiska behandlingen. Den genererade förståelsen har satts i ett existentiellt, fenomenologiskt och socialt perspektiv.

I vilka avseenden kan då resultaten sägas vidga perspektiven på rehabilitering av patienter med svårdefinierbara smärt- och spänningsproblem? Den mest centrala punkten i svaret på denna fråga, rör den ontologiska förståelsen av hur person, kropp, liv och mening är sammanflätade. Detta kapitel inleds med en sammanfattning och diskussion av denna förståelse, förståelsen av patienternas funktionsproblem och den sjukgymnastiska behandlingsprocessen. Därefter följer en diskussion om validiteten i resultaten. Som tredje punkt diskuteras den framlagda förståelsens implikationer för sjukgymnastisk yrkesverksamhet. Konkreta förslag ges till kompetensutveckling och utbildning för sjukgymnaster utifrån dessa tankar. Till sist framförs förslag till fortsatt forskning inom området.

### Den ontologiska förståelsen av kroppen

Sjukgymnasternas förståelse av sitt behandlingsarbete bär spår av flera olika perspektiv; fenomenologiska, socialpsykologiska, psykodynamiska och biomedicinska. Det är dock den förståelse av kroppen och sjukgymnastik som uttrycks i det direkta kroppsliga behandlingsarbetet som jag i första hand intresserat mig för i dialogerna med sjukgymnasterna. Det är också denna förståelse jag valt att lyfta fram i analys och tolkning utifrån olika teoretiska perspektiv. Detta val har gjorts utifrån de i bakgrunden beskrivna problematiska konsekvenserna av att särskilja kropp och psyke i sjukvården. Valet

har också gjorts utifrån den lucka som finns i förståelsen av kroppens roll i psykoterapeutisk behandling. Denna lucka är särskilt tydlig vid behandling av psykosomatiska tillstånd (Downing, 1997).

I analysen framträder kroppen som människans existentiella förankring i världen. Kroppen ses som den *relation* och tillgång en människa har till kontakt med både världen och sig själv. I detta ges kroppen betydelse som en levande och sammanflätad del av alla de livsprocesser och sammanhang en människa lever i. Människans kroppsliga *varandemönster* betraktas i denna förståelse som en summa av hennes levda relationer och den mening som skapats i dessa. Kroppen förstås härvid som bärare av människans livshistoria, mening och självbild.

Det ovan angivna perspektivet, som bär prägel av en fenomenologisk förståelse av kroppen, gör det möjligt att förstå kroppen som *mening* och som icke avskiljbar från *relationen* med de livssammanhang en människa ingår i. Kroppen är på detta sätt i världen, och världen i kroppen. Innebörden av detta är att patientens kroppsliga problem ges en meningsdimension. Denna förståelse upplöser det dualistiska skiljandet av kroppen som något "yttre" och psyket/medvetandet som det inre där mening skapas. Att betrakta kroppen som mening och som en summa av levda relationer, gör det möjligt att förstå hur kroppslig erfarenhet och social samhandling, och inte bara språk och reflexion, skapar och omskapar mening.

Förståelsen av kroppen som relation och bärare av livshistoria och mening, innebär att den kroppsliga infallsvinkeln i sjukgymnastik kan ses som en möjlighet att förnimma, bli medveten om och omskapa den levda mening som de kroppsliga förhållningsmönstren bär fram. Detta gör det möjligt för patienten att förändra de kroppsligt förankrade förhållningsmönster hon/han utvecklat till sitt liv och de symptom, smärtor och spänningar som är en del i dessa mönster.

Detta menings- centrerade perspektiv vidgar möjligheterna att förhålla sig till svårdefinierade smärt- och spänningsproblem. Den vidgade förståelsen av kroppen gör det möjligt att möta, förstå, utforska och behandla patienten i det patienten uttrycker och förstår som sitt problem – de kroppsliga besvären. Besvären behöver varken ogiltigförklaras som kroppsliga för att de saknar medicinsk grund eller omdefinieras till något annat "bakomliggande" psykiskt eller socialt. Genom att låta behandlingen ta utgångspunkt i patientens egen kroppsliga erfarenhet, är det i stället möjligt att stärka patientens tillit till sig själv och sin egen möjlighet att förstå och utforska sina möjliga sätt att förhålla sig till sina livssammanhang.

Denna förståelse av den kroppsliga erfarenhetens betydelse för patientens självtillit och funktion stöds bland annat i Engelsruds forskning (1990). I sin analys av interaktionsförloppen mellan sjukgymnaster och barn i behandling

lyfter hon fram sjukgymnasternas perspektiv på kroppen och hur kroppen "förvaltas" och levs i förhållandet mellan behandlare och patient. Detta menar hon är avgörande för om kroppen utvecklas som ett tillstånd och ett erfarenhetscentrum, eller om kroppen avskärs från upplevelser och instrumentaliseras. Engelsrud hävdar att när upplevelser inte knyts till den levande kroppen, kan kroppen bli främmande, fjärr och isolerad som fysiskt/mekaniskt ting, teoretisk och avskild från personen som upplevande subjekt. Det kroppsliga sammanhanget och upplevelseförmågan riskerar att raderas och splittras (Engelsrud, 1990, s 221).

Thornquist, (1998) framför tankar i linje med detta i sin analys av perspektiven på kroppen i sjukgymnasters funktionsbedömning. Hon har i sin avhandling studerat hur sjukgymnaster förhåller sig till, undersöker, kategoriserar och förstår patienters hälsoproblem i förstagångsmötet med en patient. I avhandlingen lyfter hon fram hur sjukgymnaster arbetar inom ramen för både ett biomedicinskt perspektiv och ett fenomenologiskt. Det biomedicinska perspektivet förser sjukgymnaster med begrepp, vilka predisponerar dem att vända sin uppmärksamhet mot vissa företeelser och att strukturera sin erfarenhet och sina tankar på ett visst sätt. Parallellt arbetar sjukgymnasterna med ett annat mer fenomenologiskt präglat perspektiv utifrån sin sjukgymnastiska yrkeserfarenhet med patienterna. De olika förståelseramarna strukturerar den sociala interaktionen på olika sätt i behandlingsrummet. Det biomedicinska perspektivet står emellertid i kontrast till den information sjukgymnasterna får fram i sin egen sjukgymnastiska undersökning av patientens funktion. Sjukgymnasternas egen undersökning menar Thornquist, ger andra och vidare möjligheter att förstå sambanden mellan kroppslig funktion, hälsoproblem, och livssituationer. I enlighet med detta lyfter hon fram den fenomenologiska, existentiella filosofins förståelse av kroppen utifrån Merleau-Ponty som mer förenlig med perspektivet i den sjukgymnastiska yrkeserfarenheten. I tillägg till detta diskuterar hon kroppen som individuell, social och politisk utifrån ett medicinskt antropologiskt perspektiv på kroppen (Scheper-Huges och Lock, 1987). Thornquist argumenterar för att vi bör uppmärksamma inte bara hur sociokulturella betingelserna påverkar mänskliga kroppar och praktiker, utan också hur olika former av kroppslig praktik inbjuder till olika former av socialitet och kulturellt liv.

Resultaten i den här avhandlingen bekräftar och utvecklar Thornquists och Engelsruds tankegångar med avseende på sjukgymnasters förståelse av kroppens betydelse i den sjukgymnastiska behandlingen.

Utifrån Thornquist och Engelsrud kan också sägas att den kroppsliga praktiken i sjukvården och i sjukgymnastik formar den sociala interaktionen i behandlingsrummet. Denna praktik kan bidra till att reproducera och förstärka sociokulturella mönster vad gäller objektifiering och instrumentalisering av

kroppen. Utifrån resultaten i den här avhandlingen kan argumenteras att medvetenheten om denna risk för objektifiering av kroppen i sjukgymnastik kan leda till en möjlighet att i stället bidra till att förankra patienten i sina kroppsliga sammanhang.

Råheim (1997) förespråkar en fenomenologisk förståelse av kroppen i linje med ovanstående argument och lyfter fram hindren i språket för att utveckla en sådan förståelse. Hon menar att en av hälso- och sjukvårdsyrkenas största utmaningar är att försöka gripa och förstå att kroppen *samtidigt* är både biologi och känsla, natur och kultur, objekt och subjekt. Att skissera alternativ till det dominerande tankesättet i vår kultur om kropp och sjukdom är emellertid svårt menar hon, inte minst för att både fackspråk och vardagsspråk är uppbyggt i särkillnader mellan kropp och själ och kropp och omvärld. Det är därför svårt att hitta språk som kan fånga den sammanflätade förståelsen.

Att i dialog med sjukgymnaster finna ett språk som kan fånga en sådan förståelse har varit en ambition i det här forskningsprojektet. Avhandlingen utgör i detta avseende ett bidrag till att utveckla ett språk som gör det möjligt att reflektera kring förståelsen av kroppsliga sammanhang. Denna förståelse och förmåga att uttrycka och beskriva det sjukgymnaster gör i behandling är central både för den inomkulturella reflexionen och för kommunikationen med andra yrkesgrupper inom sjukvården. I förlängningen av att formulera underliggande antaganden, är det också möjligt att synliggöra skillnader i olika perspektiv och diskutera konsekvenserna av traditionella perspektiv i gängse praxis. Genom att lyfta fram den ontologiska förståelsen utifrån praxis i kliniska situationer blir det också möjligt att se det filosofiska/ontologiska konkreta betydelse i praxis. En sådan språklig formulering av implicita antaganden och filosofisk koppling, främjar möjligheten att reflektera över praxis på ett nytt sätt. I sin förlängning kan detta förhoppningsvis också främja en utveckling av både ny undersökningsmetodik och behandling där den dualistiska synen på människan överskrids. Kanske är den viktigaste konsekvensen dock av etisk art - att som patient få lov att bli bemött som den helhet man är och bli trodd och respekterad i det man uttrycker sig som, utan att de egna erfarenheterna ogiltigförklaras eller omdefinieras.

### Förståelsen av patientens funktionsproblem

Sjukgymnasterna i studien ställer ingen diagnos i medicinsk bemärkelse. Snarare är de upptagna av patientens *funktion* och att identifiera utgångspunkter och möjligheter både inför och under behandling. Sjukgymnasternas förståelse av patientens problematik är därför starkt knuten till hur de handlar och förhåller sig i behandlingsprocessen tillsammans med patienten.



Det sjukgymnasterna ser efter för att förstå patientens funktionsproblem är samspel både mellan lokala mekaniska belastningsförhållanden och mer omfattande spännings- och rörelsemönster kopplade till patientens förhållningsmönster till sitt liv. För att få information om patientens möjligheter till utveckling och förändring, intresserar sjukgymnasterna sig särskilt för patientens närvaro och kontakt med kroppen; hans/hennes förmåga att släppa ner sin tyngd och hitta stabilitet gentemot gravitationen; samt potentiella möjligheter till liv, rörelse och spontanitet i kroppen. Förmågan att släppa ner sin tyngd och ta emot stöd, ges en särskilt stark innebörd som kopplas till patientens existentiella tillit. Andra viktiga faktorer de intresserar sig för i detta sammanhang, är patientens självbild och förmåga att utveckla reflexion; utrymmena för förändring i patientens livssituation; samt motivationen till förändring. I denna bedömning ges varken ensidigt vikt vid kroppen som fysiskt objekt eller som uttrycksfält. Sjukgymnasterna försöker snarare utforska sammanhangen mellan struktur och förhållningsmönster. Härvid blir både det lokala och de större sammanhangen meningsbringande i förhållande till varannat. Detta gör att spännings- och belastningsförhållanden kan förstås i förhållande till person och liv. Den biomedicinska förståelsen av kroppen sätts på så sätt in i ett vidare meningssammanhang och de psykodynamiska faktorerna blir inte något "bakomliggande" utan framträder som kroppsligt förankrade förhållningsmönster. Känsla, kropp, tanke och handling blir i detta inte till något åtskilt inre eller yttre, högre eller lägre, utan kan förstås som sammanflätade meningsformer som kan kasta ljus över varandra och bidra till en djupare förståelse av patientens funktionsproblem.

I analysen framträder patientens centrala problem som en bristande kontakt med kroppen och kroppens livsuttryck och därigenom en bristande förmåga att relatera både till omvärlden och till sig själv. Detta kan tolkas med hjälp av det begrepp Svenaeus (1999) utvecklat utifrån Heidegger och Gadamer, där hälsa förstås som "homelikeness", vilket jag översatt till "hemmastaddhet" i sin kropp och i världen. Ohälsa ses utifrån detta som förlorad "hemmastaddhet" (unhomelikeness). Patientens bristande kontakt med kroppen kan därmed på ett träffande sätt uttryckas som att ha tappat sin "hemmastaddhet" både i sin kropp och i världen. Hälsa kan utifrån Svenaeus tolkning förstås som en process. Det gradvisa utvecklande av ohälsa vid degenerativa kroppsliga processer och smärta, såväl som vid belastande livsomständigheter, kan ses som ett sätt att överleva genom att balansera öppenheten/slutenheten inför förmiddelsen av överväldigande existentiella omständigheterna. När patienten nått sin yttersta balanspunkt i sitt avskärmande av kroppen, faller hon/han och förlorar sin förmåga till autonomi genom förlusten av hemmastaddhet och kontakt med både sig själv och sin livssituation. De förhållningssätt som leder till detta brott i kontakten med kroppen framstår i analysen i avhandlingen som:

- att fjärma sig från kontakten med kroppen, sig själv och sin omgivning
- att bromsa eller låsa livsuttryck i kroppen
- att symptomatisera kroppens förnimmelser av livssituationen
- svårigheter att förnimma, uppfatta meningen med, symbolisera och ge ord åt den kroppsliga förnimmelsen av relationen till livet

Dessa förhållningssätt förstås som *överlevnadsstrategier*; som *sociokulturellt formade mönster kopplade till kön* vad gäller disciplineringen av kroppen och som *bristande existentiell tillit*. Hur patienterna kommit att utveckla och upprätthålla dessa kroppsliga förhållningssätt förstår sjukgymnasterna som en samverkan mellan personlig livshistoria och historiska, sociokulturella faktorer. Utifrån förståelsen av kroppen som relation och bärare av mening, innebär den bristande kontakten med kroppen också ett brott i patientens förmåga att skapa mening i sin relation till sitt liv. Patientens symptom tolkas här som en uppstannad förståelse, i den meningen att symptomen är del i patientens förhållningsmönster vad gäller att fly, fjärma sig från, bromsa/låsa kroppens livsuttryck. Därmed förloras också förnimmelsen av existensen och den mening kroppen bär fram i patientens relation till sitt liv.

Bullington (1999) uttrycker i linje med resultaten i denna avhandling den psykosomatiska patientens funktionsproblem som ett brott i förmågan att skapa mening. Detta brott förstår hon som en bristande förmåga att transformera mening genom ett undandragande från självet och transformation av mening från den kroppsliga nivån till en högre känslomässig och reflekterande nivå. Resultaten i avhandlingen kan sägas vidga förståelsen av detta undandragande från självet till att det också rör sig om ett undandragande från kontakten med kroppen och kroppens förnimmelser av existensen. Den bristande förmågan att skapa mening kan utifrån resultaten av analysen i den här avhandlingen inte enbart förstås som en oförmåga att transformera mening från den kroppsliga till den språkliga meningssfären. Svårigheterna kopplas i sjukgymnasternas förståelse också till patientens existentiella tillit. Denna menar de påverkar patientens närvaro i kroppen och den öppenhet/slutenhet patienten befinner sig i situationen med. Likaså betonas patientens vana och förmåga att förnimma och differentiera i kroppen. Att "transformera mening" med hjälp av samtal blir i de fall dessa faktorer brister ingen meningsfull behandlingsåtgärd. Detta då det grundläggande hindret i första hand inte utgörs av en oförmåga att reflektera, utan en bristande existentiell tillit och tillgång till/oförmåga att förnimma/uppleva sin relation till livet genom kroppens perception. Att tala blir i detta fall som att tala om något man inte upplevt eller upplever genom att orden inte har någon förankring i patientens kroppsliga erfarenhetsvärld. Att förankra patienten i sin kropp, blir utifrån sjukgymnasternas förståelse primärt för att hjälpa patienten att återfinna/finna

sin "hemmastaddhet" i sig själv i sitt liv så att hon återigen kan skapa mening utifrån det hon erfar.

Eftersom kvinnor i större utsträckning drabbas av långvariga smärt- och spänningstillstånd, är kunskapen om de mönster kvinnor utvecklat i förhållande till sin kropp intressanta. Av patienterna i den här avhandlingen är också kvinnorna i flertal. Lilleaas (1995) bekräftar i sin intervjuundersökning av 77 kvinnor med kroniska muskelsmärter, resultaten i den här avhandlingen om patientens fjärande från kroppen som sociokulturellt formade könsmönster och överlevnadsstrategier. Kvinnorna i hennes studie var i åldern 25 till 69 år och intervjuades om uppväxt, arbetsliv, samliv och möte med sjukvården. Syftet med studien var att få kunskap om hur kvinnor med kroniska muskelsmärter upplever och förstår sina smärter och smärtutveckling och att kartlägga fysiska, psykiska och sociala belastningar. Lilleaas ville med detta få en bild av vilka förhållanden som kan tänkas vara sjukdomsframkallande i kvinnornas liv sett i ljuset av kön, kroppsupplevelser, arbets-situation och klasstillhörighet. Hon lyfter härvid fram kvinnors ökade omsorgsarbete som en faktor som gör dem kroppsligt sårbara. Hennes uppfattning är inte att kvinnor är mer kroppsnära och omsorgsfulla än män, utan att relationella, kulturella och strukturella förhållanden mellan könen är sådana att kvinnor präglas till att vara öppna för andras behov. Hon kommer bland annat fram till att kvinnorna genom sin ständiga öppenhet för andra i både yrkesliv och hem, stänger sig för sin egen kropp och sina egna behov. Det paradoxala i detta menar hon, är att trots att kvinnor i sitt ökade ansvar för omsorgsarbetet i samhället utvecklat stor kompetens vad gäller andras kroppar och behov, inte lyssnar till sin egen kropp. Lilleaas menar att genom att kvinnan inte tar hänsyn till sin egen kropp och sina egna behov, är det lätt att den också blir mer tillgänglig för andra än för henne själv. Hon frågar sig om det är möjligt för kvinnor att återerövra sin egen kropp så länge som könsdelningen vad gäller arbete består och så länge som de materiella strukturerna som upprätthåller detta mönster inte ändras. Liknande reflexioner görs i diskussionerna i vid de seminarier som hållits i den här studien.

Finkler (1991) beskriver på liknade sätt kvinnors liv och hälsa i Mexico som speglingar av deras livsförhållanden, sociala relationer, outhärliga motsättningar och moraliska värderingar. Hon talar om livsupplevande och livserfarenhet som basen för kvinnornas lidande. Uppkomsten av kvinnornas lidande menar hon finns i kvinnornas livssituation vilken uttrycks genom kroppen. Finkler menar att för att förstå sjukdomars uppkomst och utveckling måste därför människors liv studeras i sitt totala sammanhang och utifrån den mening och betydelse som patienterna själva ger sitt lidandet.

De tankar om sociokulturellt formad *disciplinering av kroppen* som framkommer i mitt material finner teoretiskt stöd i Elias (1994/1936), som menar att disciplineringen av kroppen utgjort en förutsättning för det moderna

samhällets framväxt. Thielst (1982) lyfter i linje med detta fram de sociokulturella aspekterna utifrån religionen. I dessa ingår västvärldens kristna kulturarv från den orfiska livsåskådningen, utifrån vilken bland annat Platon grundade sin filosofi. I denna livsåskådning sågs kroppen som själens fängelse och för att rena själen var det nödvändigt med en asketisk livsföring där kroppens nyckfullhet, orenhet och sexualitet tyglades. Foucault (1987/1975) talar i sin historiska analys av samhällets ordningssystem om bio-makt. Han beskriver målet för samhällets disciplinära politik som att forma "fogliga kroppar" som kan användas, omvandlas och utvecklas. Ett sådant forande av kroppen kan dagens träningskultur (Johansson, 1998) och skönhetskirurgi också ses som ett uttryck för. Vad jag vill säga med detta är att det historiskt och sociokulturellt sett finns djupt förankrade strukturella mönster vad gäller disciplineringen av kroppen, vars konsekvenser innebär ett fjärmande från kontakt med den egna kroppen. Dessa mönster kan förstås som en ofrånkomlig aspekt i patienternas kroppsliga förhållningsmönster, sammanvävd med andra aspekter kopplade till personliga överlevnadsstrategier, och/eller bristande tillit. Bourdieu (1990) skiljer i detta sammanhang mellan den "legitima" och den "reella" kroppen. Den "legitima" kroppen betecknar den sociokulturellt präglade relation som den enskilde utvecklar till sin kropp genom det objekt han/hon är för "den andres" blick. Detta kan sägas utgöra den "sociala blick" varigenom den enskilde betraktar sig själv genom i spegeln. Den "reella" kroppen däremot, är den upplevelse av kroppen som vi har en direkt tillgång till genom vår erfarenhet som kroppsliga subjekt.

Det sjukgymnasterna i den här avhandlingen vänder sin uppmärksamhet emot utifrån Bourdieus begrepp, kan sägas vara hur mycket tillgång patienten har till sin "reella kropp" - den levande kroppen som subjekt, samt de kompromisser patienten gör i relationen mellan den "legitima" och "reella kroppen".

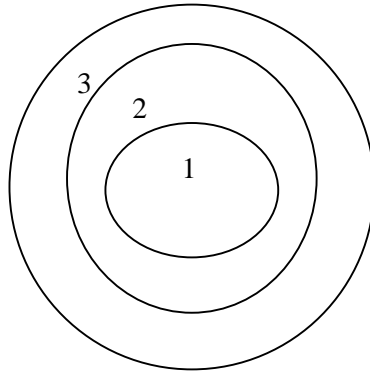
Eftersom sjukgymnastik utövas inom ramen för den sociokulturella och samhällsliga kontexten som beskrivs ovan, är det därför rimligt att disciplineringsstendenser, träningsfixering, objektifiering och instrumentalisering av kroppen också påverkar utvecklingen av den sjukgymnastiska praktiken. I kontrast till detta står sjukgymnasters handlings- och kommunikationssätt. I både Thornquists (1998) studie och i sjukgymnasternas förståelse av sin praxis i den här avhandlingen, visar sig detta vara förenligt med en fenomenologisk förståelse av kroppen. I detta spänningsfält mellan instrumentalisering och förståelsen av kroppen som subjekt, kan sjukgymnastiken sägas befinna sig. Utvecklingen av kroppsmedvetandeträning i sjukgymnastik skulle utifrån detta kunna tolkas som ett svar på de sociokulturellt formade hälsoproblem som patienterna kroppsligen för in i det sjukgymnastiska behandlingsrummet.

Sammanfattningsvis kan det perspektiv sjukgymnasterna uttrycker med utgångspunkt i det direkta kroppsliga behandlingsarbetet, vad gäller kroppen och uppkomsten av patientens funktionsproblem, sägas falla inom ramen för ett fenomenologiskt och sociokulturellt perspektiv. Detta perspektiv på sjukdomars uppkomst och utveckling kan sägas överskrida dikotomin mellan det fysiska och psykiska, mellan biologi och tänkande och natur och kultur. Inplaceringen av kroppen och den sjukgymnastiska behandlingen i ett fenomenologiskt och socialpsykologiskt perspektiv ger också en teoretisk grund för att kunna utforska det kroppsliga i relation till konflikter och motsättningar i det dagliga livet på både mikro och makroplan. Beteckningen på patientens funktionsproblem i termer av psykosomatisk och psykosocial blir här inte täckande. Snarare skulle begreppet existentiell problematik kunna användas för att ange kopplingen mellan person, kropp och liv.

### Förståelsen av behandlingsprocessen

I analysen av sjukgymnasternas förståelse framstår den sjukgymnastiska behandlingen som en social meningsskapande process. I denna process är behandlingsrelationen central. Sjukgymnasternas behandlingsprojekt kan sägas inrikta sig mot att vidga och fördjupa patientens relation till världen, genom att föra/återföra patienten till kontakten med sina dagliga kroppsliga sammanhang. Patientens förmåga till kontakt med kroppen ser sjukgymnasterna som avhängig patientens grundläggande tillit till livet och rätt att existera. Den existentiella tilliten ser sjukgymnasterna som kroppsligt uttryckt i patientens varandemönster och relation till gravitationen. Varandemönstret förstås som en summa av patientens levda relationer, de hon lever och de hon ser som möjliga att leva. Innebörden av detta är att den existentiella tilliten förstås som relationell och utvecklingsbar genom hela livet. Det kroppsliga mötet och samhandlingen i den sjukgymnastiska behandlingen innebär enligt sjukgymnasterna en särskild möjlighet att utforska och utveckla patientens förmåga till existentiell tillit. Sjukgymnastik kan enligt detta ses som en övning i att utforska tillitsfullhet.

Processen kan beskrivas som tre inbördes beroende områden som rör sig i förhållande till och i kraft av varandra. Jag vill dock betona att detta är en ytterst förenklad bild av den oerhört komplexa väv av relation, tillit, kropp och mening som vävs i varje enskild behandlingsprocess.



**Figur 2:** Behandlingsprocessen

1. Tilliten som skapas relationellt mellan sjukgymnast och patient. Denna har en avgörande betydelse för hur mycket patienten öppnar sig för i sitt varande i sig själv och vad hon/han vågar ge ett existensberättigande i behandlingsrummet. Behandlingsrelation och tillit avgör på så sätt vad som kan bli synligt och vad det kan skapas mening om i behandlingsrummet. Detta utgör hjärtat och pulsen i hela behandlingsprocessens rörelse. Ju starkare tilliten får lov att växa, ju mer energi är möjlig att generera i de andra fälten.
2. Närvaron och kontakten med den egna kroppen som gör det möjligt att förnimma och bli medveten om sambanden mellan kropp och liv. Ju större tillit till sitt existensberättigande och att våga vila i sitt kroppsliga varande, desto mer vågar patienten öppna sig för i sitt förnimmande i kroppen. I behandlingen tränas också kroppsmedvetenheten rent pedagogiskt genom övningar och rörelse där patienten lär sig att känna skillnad mellan olika sensationer i kroppen och att sätta ord på det som känns. Ett utforskande av den egna kroppen och dess samband med patientens liv medierar på så sätt i en glidande övergång det tredje området – meningsskapandet.
3. Meningsskapande. Rörelsen i detta område i behandlingsprocessen sker mellan den kroppsliga erfarenheten - att vara kroppen och att förhålla sig till det som erfars. Detta kan ske dels intrasubjektivt genom självreflexion,

dels i interaktion med sjukgymnasten genom att samhandla, samtala och reflektera. Denna rörelse kan i termer av den symboliska interaktionismen beskrivas som en dialektisk process mellan "I" och "Me" i självet.

#### *Förändringen av den egna förförståelsen*

I min tidigare studie (Rosberg, 1990) var mitt teoretiska perspektiv i huvudsak psykodynamiskt, objektrelationsteoretiskt och individualpsykologiskt. I forskningsprocessen i den här avhandlingen har det fenomenologiska och sociokulturella/socialpsykologiska perspektivet emellertid framträtt som mer utvecklande för att förstå kroppen och de olika företeelserna i behandlingsprocessen. I studien från 1990 utgick jag ifrån att det var själva behandlingsmomenten i kroppsmedvetandeträningen som var verksamma för att få patienten i kontakt med sin kropp och sig själv. Den process i den sjukgymnastiska behandlingen som ledde fram till denna kontakt kallade jag för "regression". I analysen i den här avhandlingen framträder emellertid *relationen* mellan sjukgymnast och patient som *överordnad* i förhållande till behandlingsmomenten som sådana i kroppsmedvetandeträningen. Särskilt avseende fästs vid utvecklingen av tillit i samhandlandet mellan sjukgymnast och patient. De kvalitativa sidorna i "träningen" och i relationen sätts därmed i förgrunden i förhållande till det praktiska övningsinnehållet. Det som skapas i behandlingsrummet kan utifrån förståelsen i avhandlingen snarare definieras som en socialt skapad process än som en individualpsykologisk.

Jag finner inte heller begreppet regression, vilket betyder återgång till ett tidigare utvecklingsstadium, som adekvat för att beskriva det skeende där patienten öppnar sig för kontakten med sina kroppsliga sammanhang. Att öppna sig för kontakten med sin kropp kan snarare förstås som en kultivering av kroppsligheten i vuxna människors liv, än en återgång till ett tidigare utvecklingsstadium. I stället har jag funnit Heideggers analys av varandet/existensen och hans begrepp *befintlighet* och *stämdhet*, som befruktande för att försöka förstå och reflektera över dessa skeenden. Innebörden av detta perspektiv är också att arbetet med känslor i behandlingen inte skiljs ut som "att arbeta med det psykiska", utan ingår som en självklar aspekt i arbetet med patientens kroppsliga erfارande.

#### *Vidgningen av perspektivet på rehabilitering*

På vilket sätt vidgar då den framlagda förståelsen av den sjukgymnastiska behandlingen perspektivet på rehabilitering av patienter med svårdefinierbara smärt- och spänningsproblem?

Så som den sjukgymnastiska behandlingen framträder i resultaten, innefattas en bearbetning och vidgning av patientens förhållningssätt till sin smärta, sig

själv och sin livssituation i den kroppsliga behandlingen. Sjukgymnasterna kan sägas hjälpa patienten att förankra sig i sin kropp och öppna sig för förmågan av existensen i kroppen och genom detta utforska, förstå och söka vidga patientens förmåga att förhålla sig till sina livssammanhang. Genom detta överskrids tudelningen mellan psykologisk behandling och fysisk träning/behandling.

Sjukgymnasterna säger dock inte att den fysiska träningen/behandlingen är oviktig. De sätter den i ett större meningssammanhang, där de förstår de relationella processerna i behandlingen – *hur* träningen sker - som avgörande för rehabiliteringsprocessens förlopp. De tydliggör också *vad* i det relationella som är av betydelse och *hur* det är betydelsefullt. De kvalitativa aspekterna kommer på detta sätt i förgrunden. Det centrala blir om patienten får möjlighet att erövra kontakten med sin kropp och sig själv eller om den fysiska träningen sker på ett sådant sätt att patienten stänger sig för kontakten med sin kropp och därmed relationen till både sig själv och sina livssammanhang.

Resultaten i denna avhandling vidgar också synen på den sjukgymnastiska behandlingen från att vara en *behandlingsmetod* till att bli en socialt konstituerad *meningsskapande process*, där mening skapas genom att patienten får möjlighet att erfara sig själv på nya sätt i samhandling med sjukgymnasten.

Mina resultat styrks i det Ek (1990) och Engelsrud (1990) kommer fram till i sin forskning om interaktionen i den sjukgymnastiska behandlingen. Ek visar i sina studier att den sjukgymnastiska behandlingen kan förstås som en socialt konstituerad process där både sjukgymnast och patient skapar mening utifrån sina förutsättningar. Engelsrud visar *hur* innehållet i interaktionen mellan sjukgymnast och barn och *sjukgymnasters förståelse av kroppen* är av betydelse relationen för om behandlingsförloppet blir låsande eller öppnande/utvecklande.

Förståelsen av den sjukgymnastiska behandlingen som en social process till skillnad från en metod, gör det möjligt att flytta uppmärksamhetsfokus i behandlingsrummet från "inre" *egenskaper hos patienten* till *samhandlingen* och *erfarenheter i situationen*. Detta ser jag som centralt för att kunna vidga perspektivet på kroppen och sjukgymnastik i rehabilitering av patienter med svårdefinierbar smärt- och spänningsproblematik. Utifrån detta perspektiv är det möjligt att utgå från kroppen och den "växande punkt" där patienten befinner sig. Det "svårdefinierbara" i patientens smärt- och spänningsproblematik blir också möjligt att utforska i ett samspel som i större utsträckning bygger på patientens egna premisser.



## Sjukgymnastik och kropporienterad psykoterapi – vad skiljer?

I och med att man ansluter sig till ett perspektiv på kropp och psyke där en uppdelning inte längre görs i vad som är psykiska problem och vad som är fysiska, faller de traditionella gränserna mellan psykoterapi och sjukgymnastik. Vad som i stället kan vara mer givande att resonera utifrån, är begreppet meningsskapande. Meningsskapande kan sägas vara ett centralt inslag i både psykoterapi och den förståelse av sjukgymnastik som presenteras i resultaten. Vad förenar och skiljer då dessa båda former av meningsskapande? Då sjukgymnasternas arbete i studien i många avseenden påminner om den kropporienterade psykoterapin (Downing, 1997; Wrangsjö, 1996), kan en jämförelse mellan dessa båda behandlingsformer vara intressant för att belysa frågan.

Den mest avgörande skillnaden mellan sjukgymnastik och psykoterapi generellt, är utgångspunkten för samarbetet med patienten. De människor som söker sjukgymnastik upplever, uttrycker och definierar i regel sina besvär som kroppsliga och förstår boten som kroppslig. De som väljer att söka psykoterapi uppfattar sig oftast ha psykiska problem och förstår boten som arbeta med "det psykiska" i förståelsen att samtal och känslor är centralt i behandlingen. Grovt sett kan skillnaderna mellan den förståelse av sjukgymnastik som framkommer i resultaten och kropporienterad psykoterapi (KOP) också sägas vara tonvikten på kroppen respektive ordet i behandlingen. I KOP sker meningsskapandet i behandlingen med tonvikt på det *verbala* men med det kroppsliga i tillägg (Downing, 1997). Det verbala är således behandlingens plattform och "text", medan kroppen mera kan sägas utgöra kontext. Sjukgymnasterna i den här studien arbetar med meningsskapandet företrädesvis utifrån en *kroppslig infallsvinkel*. Kroppen är således "texten", medan det verbala kan sägas växa fram ur det kroppsliga. En annan skillnad kan sägas vara förståelsen av patientproblemens uppkomst och vilken vikt man lägger vid detta i själva behandlingen. I ett psykoterapeutiskt behandlingsspektiv är patientens personlighetsutveckling centralt. Av den anledning ägnas mycket uppmärksamhet åt att utforska barndomsupplevelser, utifrån antagandet att olösta konflikter/trauman i barndomen kan vara orsak till psykiska eller psykosomatiska problem senare i livet. Mycket av det psykoterapeutiska arbetet i KOP inriktar sig också på att utforska det som varit, där kroppen kan förstås som en mötesplats med det förflutna (Downing, 1997). Sjukgymnastik som det bedrivs i den här studien har inslag av detta, men är i många av fallen mer nutids- och framåtriktad mot att förbättra *funktion* och vidga patientens möjliga sätt att förhålla sig till sig själv och sina nuvarande livsomständigheter. Patientens livshistoria kan i detta bli tema, bland annat genom kroppsminnen som blottas i behandlingen. När en av sjukgymnasterna i den här studien (Ingela i sin behandling med Bertil) närmar sig detta område,

skriver hon emellertid klart och tydligt om behandlingskontraktet med patienten till att gälla samtalsterapi.

I KOP är utforskandet av överföringsreaktioner en hörnsten i behandlingen som ett led i att medvetandegöra patientens mönster i sitt sätt att relatera. I traditionell sjukgymnastik är behandlingsrelationen sällan tema annat än när det uppstår problem. Informanterna i den här studien, för emellertid in det relationella mellan sjukgymnast och patient i behandlingsprocessen genom att medvetandegöra patientens sätt att förhålla sig i relationen. Några av informanterna använder också beteckningarna överföring och motöverföring och använder sig medvetet av sina egna motöverföringsreaktioner i behandlingen. Flera av dem har också steg I utbildning i psykoterapi och handledning. Överföringstemat är dock inte något som har utforskats särskilt ingående i dialogerna med informanterna. Genom att det relationella i framträtt som centralt vid analysen av den förståelse som genererades i dialogerna, har emellertid överföringstemat aktualiserats i analysfasen. Än tydligare framstod detta temas relevans i den sjukgymnastiska behandlingen i tolkningsfasen. Läsningen av Downings texter om överföring och motöverföring utifrån en kroppslig infallsvinkel i behandling (Downing, 1997) bidrog starkt till denna ståndpunkt. Som jag ser det är det utifrån etiska aspekter ofrånkomligt att utveckla sjukgymnasters kompetens att handskas med dessa relationella processer i den sjukgymnastiska behandlingen.

En central tankegång som framförs i KOP är att världen träder fram för oss genom våra känslor (Downing, 1997, s 241). Patientens känslor blir i KOP också föremål för stor uppmärksamhet. Utifrån resultaten i avhandlingen skulle kunna sägas att världen träder fram för oss genom vår kropp och att kontakten med kroppen därför blir fokus för stor uppmärksamhet i behandling. Dessa två olika uppmärksamhetsfokus motsäger dock inte varandra. Utifrån den förståelse som framförts i den kroppsorienterade psykoterapin (Wrangsjö, 1986, Downing, 1997) kan patienten sägas pendla mellan fem olika nivåer i terapin:

- kroppsliga sensationer och upplevelser
- kroppsliga motoriska uttryck
- affekter och mer komplexa känslomässiga upplevelser
- inre föreställningar och bilder
- verbalt-kognitivt utformat tänkande och tal

Dessa nivåer kan utifrån den förståelse som framkommer i resultaten också förstås som olika meningsformer som är sammanflätade med varandra i patientens varandemönster. Sjukgymnastik kan då sägas röra sig mer i det kroppsliga meningsfältet, medan psykoterapi rör sig mer i det verbala meningsfältet. Genom att fokusera det kroppsliga erfandet ges en tillgång till den preverbala, sinnliga erfarenheten av existensen. Detta görs i både

sjukgymnastik och KOP. Medan meningsskapandet i sjukgymnastiken i den här avhandlingen till stora delar sker genom att konkret kroppsligt *erfara* sig själv på nya sätt i samhandling med sjukgymnasten, kan meningsskapandet i KOP sägas ske mer med fokus på det verbala meningsskapande planet.

Ett annat centralt tema som sjukgymnasterna i den här avhandlingen lyfter fram i meningsskapandet, är att arbeta med patientens förmåga till existentiell tillit och "hemmastaddhet" i kroppen. Tilliten och hemmastaddheten i kroppen menar man gör att patienten vågar öppna sig för mer av kontakten med sig själv och världen och på så sätt för den mening som kan skapas i dessa relationer. Sjukgymnastik skulle i termer av den symboliska interaktionismen utifrån ovanstående kunna sägas vara inriktad på att reparera "I" - funktionen i dialektiken mellan "I" och "Me", medan KOP skulle kunna sägas ha en större tonvikt på "Me" – funktionen. Kontext, tonvikten i praxis och uppmärksamhetsfokus kan således sägas skilja sig åt mellan sjukgymnastik och KOP. Utifrån att kropp och psyke betraktas som sammanflätat överlappar emellertid processerna i behandling varandra och ingen klar skiljelinje kan dras mellan kroppsliga och språkliga nivåer i meningsskapandet. Vad som förenar förståelsen i de båda behandlingsmetoderna är betoningen på integrering och kroppslig förankring och vikten av att kunna röra sig mellan de olika formerna av mening i meningsskapandet. Skillnaden kan sägas vara vilka patienter man når med de olika behandlingsformerna. Här uttrycker Downing (1997) att de terapeuter han handleder upplever svårigheter att nå patienter som inte är "psykologiskt sinnade".

Innebörderna av dessa resonemang är att mening kan skapas på många sätt. Mina resultat vidgar synen på det verbala språkets och samtalets plats för att i behandling utveckla mening. I stället framställer resultaten en vidare syn på den ickeverbala dialogens meningsskapande möjligheter i behandlingsrummet. Resultaten motsäger också en alltför kategorisk uppfattning om att språket som en slags "högre" form av mening, i förhållande till den kroppsligt levda meningen. Därmed förringas inte det verbala språkets betydelse för att skapa mening, men möjligheten att kommunicera och kultivera mening på fler sätt än med hjälp av det verbala språket förtydligas. För vissa patienter kan detta också vara mer passande och mer meningsbringande, vilket Mattsson (1998) förtydligar i sin avhandling "Body Awareness":

*"Sjukgymnasten är mindre beroende av om patienten kan eller vill uttrycka sig verbalt. Via kroppen upprättas alltid en form av samtal. Ett terapeutiskt arbete kan vara mycket verksamt under stor tystnad.*

*(...) övergångar till att utgå från kroppen på symbolisk och existentiell nivå är närallgande och kan göras intuitivt och omedelbart. Med kroppen som utgångspunkt kan patienten bli bemött på den nivå där hon själv vill eller är mottaglig för beröring.*

*(...) De kroppsliga upplevelser som aktiveras i sjukgymnastiken förmedlar en "här och nu" upplevelse som inte behöver verbaliseras eller tolkas. Sjukgymnastiken tar kroppen och rörelsen som utgångspunkt, och skapar rörelseupplevelser. Rörelsen "berör och stör" samtidigt som den utvecklar funktion och mening"*

(s 92)

Genom att låsa meningsskapandet till den språkliga sfären, riskerar man att utestänga många människor från behandling, människor som Mattsson ovan säger, varken kan eller vill uttrycka sig verbalt, eller som till en början inte förstår vitsen med det, då de upplever sina symptom som kroppsliga. För en del människor kan det verbala språket också bli till en intellektuell sköld mot att bli berörd av kroppens förnimmelse av livssituationen. Det kroppsliga samhandlandet i behandlingen kan i dessa fall vara en möjlighet att hitta tillit, sammanhang och helhet i kroppen och en bas för att kunna skapa mening och vidga sina möjliga sätt att förhålla sig till sig själv och sina livsomständigheter. Genom sjukgymnastikens både/och position är det också möjligt för patienter att utifrån kroppen gradvis närma sig kontakten med en kanske alltför överväldigande i livssituation.

Utifrån resonemangen ovan utgör meningsskapande utifrån den kroppsliga infallsvinkeln i den sjukgymnastiska behandlingen en överskridande möjlighet i tomrummet mellan somatiska och psykoterapeutiska behandlingsalternativ. Det är också i detta tomrum som patienter med svårdefinierbar smärt- och spänningsproblematik ofta befinner sig. Då problematiken framträder som kroppslig, tror jag det är tillitsskapande att som patient få möta någon som kunskapsmässigt behärskar de biomekaniska och medicinska aspekterna på smärt- spänningsproblematik. Som sjukgymnast är det också lättare att förklara kroppsliga samband och göra kopplingar mellan biomekaniken och patientens förhållningsmönster till sig själv och sin livssituation. En annan rent pragmatisk aspekt är att sjukgymnastik ingår i sjukvårdssystemets ordinarie "somatiska" behandlingserbjudanden vilka försäkringskassan subventionerar. Detta kan sägas vittna om de strukturellt etablerade samhälleliga fördomar som fortfarande lever kvar mot "psykiska åkommor" och dess behandling. Sjukgymnastik är emellertid genom detta mer legaliserad i samhället. Det gör det både billigare för patienten och lättare att förklara för omgivningen att gå till en sjukgymnast än en psykoterapeut.

## Implikationer av förståelsen för sjukgymnastisk praxis

Den förändrade synen på kroppen och sjukgymnastik aktualiserar en rad konflikter i praxis. En av dem rör vilket sätt de sociokulturella, organisatoriska och institutionella ordningarna bestämmer och reglerar det sociala livet direkt eller indirekt i det sjukgymnastiska behandlingsrummet.

En av de allvarligaste konsekvenserna av det biomedicinska perspektivets inflytande i sjukgymnastik är definitionen av sjukgymnastik som en fysikalisk metod i stället för en behandlingsprocess där relationen är central. Genom att fokusera de fysiska interventionerna i metoden kommer betydelsen av det relationella arbetet i sjukgymnastik i skuggan. Därmed förbiser man inte bara en möjlighet i behandlingen, utan hänvisar också kunskapsutvecklingen på detta område till den enskilda sjukgymnastens sunda förnuft och förmåga att reflektera. Konsekvensen är också att man vid värderingen av arbetsbelastning och lönsamhet, inte med självklarhet kan hävda olika patienters behov av tid eller den emotionella kraft relationsarbetet med olika patienter tar. På grund av sin erfarenhet och sitt intresse för psykosomatik, uppger flera av sjukgymnasterna i studien också att de får de "svåra" patienterna som de "vanliga sjukgymnasterna" gått bet på, eller som ingen orkar ta. Det gör att sjukgymnaster med detta perspektiv lätt blir överhopade av "tung" behandlingar, som tar mycket kraft, energi och reflexion i anspråk. Frågan är om det är etiskt eller ens samhällsekonomiskt försvarbart, att sjukgymnaster i sitt kroppsligt nära arbete med andra människor saknar såväl professionell utbildning som handledning i att hantera de relationella processerna i behandlingen. Såväl patientens som sjukgymnastens hälsa riskerar att drabbas i detta.

Sjukgymnasternas sätt att förhålla sig till detta dilemma i den här studien, är i några fall att de skaffat sig steg I-utbildning i psykoterapeutiskt behandlingsarbete samt handledning. När det gäller att hushålla med den kraft som behandlingsarbetet med patienter med komplexa funktionsproblem tar, har några löst detta genom arbeta deltid. Några har klart sagt ifrån att de inte klarar mer än 4 "tung" patienter på en dag. Några har skaffat sig andra och mer varierade arbetsuppgifter, som handledning och utbildning av kollegor och personal. Några tar inte emot alltför svåra patienter, som de bedömer har "psykiatrisk problematik", utifrån argumenten att de arbetar ensamma och inte har handledning.

De slutsatser man kan dra av detta, är att för att arbeta på ett bra sätt utifrån den förståelse som framkommer i resultaten, så krävs att sjukgymnaster i praxis får såväl professionell utbildning som handledning i att hantera de relationella processerna i den sjukgymnastiska behandlingen. Likaså krävs en

omvärdering av begreppet lönsamhet och arbetsbelastning i sjukgymnastik. Hänsyn måste tas till att olika patienter kräver olika mycket tid men också olika mycket emotionellt arbete i anspråk. Risken är annars att man bränner ut de sjukgymnaster som idag tar sig an de "svårare" och mer oklart definierade patienterna med värk- och spänningsproblematik. Den andra risken är att ingen vill arbeta med dessa patienter för att man inser det omöjliga i arbetsuppgiften under de förutsättningar som idag föreligger.

### Validiteten i den förståelse som framlagts

Den validitetsdiskussion som följer nedan fokuserar resultaten. Diskussionen om metodens validitet och hur mina positioneringar som forskare påverkat den kunskapsbildande proceduren, diskuteras i metoddiskussionen i kapitel 3.

Validiteten i resultaten är kopplad till kommunikativa och pragmatiska aspekter av hur trovärdiga, meningsfulla och rimliga resonemangen som förts fram kan sägas vara. Giltighetsanspråken är också kopplade till i vilken utsträckning resonemangen kastar nytt ljus över det problematiska i behandlingen av patienter med svårdefinierbar smärt- och spänningsproblematik, samt om resultaten inspirerar till nytänkande. En intern validering gentemot informanterna har härvid förekommit genom forskningsprocessens utformning med återkommande dialoger och seminarier. Informanterna har också fått läsa resultatdelen och analyserna av deras uttalanden. Valideringen av denna har skett utifrån om de känner sig rätt tolkade och förstådda. Mindre modifieringar har härvid gjorts dels för att förtydliga vissa innebörder och modifiera en del uttryck som skulle kunna kännas utlämnande för patienterna. Detta har dock inte förändrat materialets innebörder. En extern validering har likaså genomförts, genom att resultaten har diskuterats i en referensgrupp bestående av sjukgymnaster verksamma inom problemområdet, men som inte deltagit i studien. En närmre beskrivning av detta gjordes i redogörelsen för "analysen av de bärande idéerna i sjukgymnasternas förståelse" i kapitel 3. Resultatens giltighet för att beskriva praxis, förmåga att kasta nytt ljus över problematiska situationer och inspirera till nytänkande, visade sig i denna grupp genom att de synliggjorde välkända händelser och situationer i sjukgymnasternas praxis på ett nytt sätt. Detta visade sig bland annat genom den inspiration till diskussioner och nya tankar om egna patientbehandlingar, som utvecklades med utgångspunkt från resonemangen i avhandlingen. Synpunkter har också framkommit i samband med föreläsningar utifrån resultaten som jag hållit för sjukgymnaster yrkesverksamma inom skilda områden. Sjukgymnasterna har härvid beskrivit att resultaten sätter ord på företeelser som de känner igen, men som de haft svårt att finna ord för. Den mer omfattande kommunikativa och pragmatiska valideringen av den framlagda förståelsens giltighet återstår dock. Denna görs genom de

diskussioner som avhandlingen förhoppningsvis ger upphov till i det sjukgymnastiska yrkeskollektivet.

En begränsning av validiteten i förhållande till syftet i studien, är att den förståelse av kroppen och den sjukgymnastiska behandlingen som frambringats i avhandlingen enbart har genererats utifrån ett sjukgymnastiskt behandlarperspektiv. Förståelsen belyser därmed inte patientens perspektiv. Skälet till att detta perspektiv valdes bort redan på ett inledande stadium, var att jag inte såg det som försvarbart att genom djupgående intervjuer med patienterna under pågående behandlingsprocess störa den process som de var inne i med sjukgymnasten. Ett alternativ om tidsramarna hade tillåtit, skulle ha varit att intervjua sjukgymnasternas patienter, efter avslutad behandling, efter 6 månader, ett år och två år. En sådan tanke stöds i de resultat som Ullberg-Petterssons (1991) studie visar, där patienterna fortsatte att förbättras efter avslutad behandling. Detta kan tolkas som att den mening som utvecklats i behandlingsrummet faller på plats successivt och fortsätter att utvecklas genom förändringar som patienterna gör i sitt liv. Det är därför sannolikt viktigt att också låta patientens erfarenheter av behandlingen få en viss tid att falla på plats, för att kunna fånga patientperspektivet. Vad gäller att vidga synen på kroppen och den sjukgymnastiska behandlingen, skulle det också vara möjligt att generera kunskap om detta på det sätt som Andersen (1995/1991) beskrivit i sin bok "Reflekterande processer". Patienterna bjuds där in en tid efter avslutad behandling, för att i en dialog med en forskare reflektera över den behandlingsprocess som varit. De behandlande terapeuterna finns då med i rummet, men det är forskaren som ställer frågorna och leder dialogen. Syftet är att lära av patienten vad som gått snett och vad som fört deras process gynnsamt framåt. För att denna dialog ska bli givande måste patienten ha fått ett visst tidsperspektiv på det som skett i behandlingsprocessen. Det är också min egen och andras erfarenhet från praxis att patienterna sällan kan verbalisera den process de varit med om direkt efter avslutad behandling. Den tidpunkt då dialogerna sker med patienterna efter avslutad behandling, är därför sannolikt viktig. Det är också min övertygelse att den förståelse som dialoger över tid med patienter skulle kunna generera, har mycket att bidra med för att vidga perspektiven på rehabilitering inom området. Sannolikt skulle ett patientperspektiv på kroppen och den sjukgymnastiska behandlingens innebörder och mening i rehabiliteringen också synliggjort andra företeelser och därmed berikat den förståelse som avhandlingen syftar till.

För att validera förståelsen utifrån ett patientperspektiv, krävs således fortsatta studier. Det krävs också kontrollerade och randomiserade studier för att kunna belägga effekten av behandling utifrån den framlagda förståelsen.

En annan intressant infallsvinkel hade också kunnat tillföras genom att göra en analys av sjukgymnasternas handlingar och enskilda diskurser gentemot diskursen i den organisation och arbetsplatskultur som sjukgymnasterna ingår

i. För att få underlag för att göra detta hade jag emellertid varit tvungen att komplettera mina data genom att göra intervjuer med fler aktörer och deltagande observation under längre tid på varje arbetsplats. Detta är som jag ser det dock ett annat avhandlingsprojekt med diskursanalys som syfte.

### *Generaliserbarhet*

Genom den fenomenologiska analysen har underliggande antaganden om kropp, varande och mening i den sjukgymnastiska behandlingen lyfts fram ur det specifika, men som kan sägas vara giltiga inom både sjukgymnastik generellt och inom ett bredare behandlingsfält. Urvalet av erfarna informanter med lust och intresse för att formulera sig, samt de återkommande reflexionerna över tid, har här spelat en viktig roll för tilliten och djupet i den reflexion som varit möjlig att utveckla i dialogerna. Genom detta har dialogerna också kunnat överskrida det situationsbundna och tangera den ontologiska förståelsen av relation, kropp, existens och mening. Det gör att giltigheten av den förståelse som lyfts fram i analys och tolkning får en större räckvidd än det begränsade "behandlingsrum" i vilka videoupptagningarna gjordes. Utifrån sjukgymnasters djupa erfarenheter av det kroppsliga samspelet i behandlingsrelationen kastar resultaten också ljus över svårfångade företeelser som är av betydelse för skapande av tillit och mening i en behandlingsrelation generellt. Förståelsen av kroppen som relation och mening och samhandlandets betydelse för skapande av mening, kan på liknande sätt ses som applicerbart inom exempelvis både socialpedagogiskt behandlingsarbete och arbetsterapi.

### Förslag till utveckling av den sjukgymnastiska yrkeskompetensen

Den framlagda förståelsen aktualiserar frågan om innehållet i den sjukgymnastiska utbildningen och yrkeskompetensen.

Sjukgymnastutbildningen är idag treårig och ger en allmän kompetens för att arbeta som sjukgymnast. Efter avlagd examen vidareutbildar sig sjukgymnaster i stor utsträckning inom det eller det de specialområden de väljer att arbeta inom. Inom Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund finns sektioner som verkar för kunskapsutveckling och kursverksamhet inom respektive område. Det sjukgymnastiska arbetet inom primärvården borde som jag ser det också räknas som ett sådant område där särskild kompetens behövs. Detta inte minst sedan psykiatrin omorganiserats och människor med det som klassificeras som psykosomatik, "lättare psykiska besvär" och psykosociala problem, idag hänvisas till primärvården. Den kompetens utöver grundut-



bildningen som sjukgymnaster inom detta område behöver, gäller som jag ser det framförallt följande områden:

- Förmåga att förstå och hantera dynamiken i behandlingsrelationen, med särskild tonvikt på den kroppsliga infallsvinkeln i behandling. Här spelar handledning med utgångspunkt från konkreta behandlingssituationer en central roll för utvecklingen av kompetens.
- Undersökningsmetoder och anamnesupptagning som öppnar seendet för samspelet mellan person, kropp och liv. Exempel på sådana är BAS-skattningen (Body Awareness Scale) och ROK (resursorienterad kroppsundersökning).
- Behandlingsmetodik som inriktar sig mot att utveckla både erfarenhet och meningsskapande i samspelet mellan person, kropp och liv.
- Samtalsmetodik för att klara av att hjälpa patienter att göra kopplingar mellan kropp och liv och därigenom skapa mening.
- Förmåga att utifrån olika teoretiska perspektiv se på och kritiskt reflektera över den egna verksamheten.

En sådan kompetenshöjning av yrkesverksamma sjukgymnaster skulle rent konkret kunna ske genom:

- Utbildnings- och handledningsnätverk i primärvården för sjukgymnaster, eventuellt även tillsammans med andra yrkeskategorier.
- Handledarutbildning för sjukgymnaster som har lång erfarenhet och utbildning inom områdena ovan.
- Påbyggnadsutbildning och fristående kurser vid universitetet och sjukgymnastutbildningarna inom de olika områdena ovan.
- Forskningscirkel med sjukgymnaster i praxis, i syfte att utveckla verksamheten vid respektive enheter.

Utbildning och kompetenshöjning av yrkesverksamma sjukgymnaster med erfarenhet är, som jag ser det särskilt väl värt att satsa på. Erfarenhet av många olika behandlingssituationer med olika patienter underlättar möjligheterna att reflektera över praxis och tillägna sig den slags kompetens som beskrivs ovan. Jag tror också att det är av betydelse att denna kompetensutveckling sker i växelverkan med praxis. Av betydelse är också att samverkan sker med flera på den arbetsplats man arbetar, för att förändringar ska kunna genomföras och reflexion kunna utvecklas i arbetsgrupper.

När det gäller utbildningen i sjukgymnastik är det min uppfattning att det är viktigt att redan i grundutbildningen medvetandegöra studenterna om och få dem att reflektera över konsekvenserna av olika perspektiv på kroppen och den sjukgymnastiska behandlingen. Det är också viktigt att ge dem redskap för att kunna bli varse och kunna reflektera över den sjukgymnastiska behandlings-

processens förlopp och den relation som de skapar med patienten. En annan viktig aspekt är studenternas eget kroppsmedvetande och förmåga att kunna hitta en vila i sig själva i behandlingsarbetet. Detta är en utgångspunkt för att kunna uppfatta och förhålla sig flexibelt till det som sker i behandlingsrummet. En sådan kroppsligt förankrad trygghet öppnar också för möjligheten att kunna skapa tillit i relation till patienterna.

### Förslag till fortsatt forskning

Jag har i diskussionen om validitet ovan redan berört en del förslag till fortsatt forskning. Detta gäller bland annat patientperspektivet på rehabilitering där dialoger med patienterna en viss tid efter avslutad behandling skulle kunna synliggöra och ge mening åt företeelser som inte framträder så tydligt i behandlarens varseblivningsfält. En värdering av det som skett under olika faser i behandlingsprocessen skulle också kunna ske på detta sätt. De kvalitativa aspekterna i samspelet mellan behandlare och patient skulle på så sätt kunna belysas utifrån ett patientperspektiv. En kunskap om behandlingsarbetets betydelse för patienter som befinner sig i olika livssituationer skulle också kunna fås fram. Denna kunskap kan bidra till att bättre kunna värdera vilken behandling som passar vilka patienter och i vilka skeden de har mest nytta av de olika behandlingsinterventionerna.

Fler djupgående studier av sjukgymnastisk praxis behövs inom fler sjukgymnastiska behandlingsområden för att utveckla kunskap och teoretiska resonemang utifrån praxis. Det är en allvarlig brist att sjukgymnastik både i praxis och som akademiskt ämne idag saknar analys och teoretisk reflexion av sin egen praxis. Erfarenheterna i min egen forskning visar att det är möjligt att utveckla kunskaper inom detta område med hjälp av dialoger utifrån filmade konkreta behandlingssituationer och återkommande dialoger över tid. Ek (1990), Engelsrud (1990), Thornquist (1998), visar att filmning och analys av behandlingsförlopp och interaktion är en annan framkomlig forskningsmetod för att utveckla kunskap om sjukgymnasters praxis.

Då språket i hög utsträckning formar vår verklighetsuppfattning och strukturerar det vi vänder vår uppmärksamhet emot, ser jag det som oerhört viktigt att finna språk, beskrivningar och begrepp som kan synliggöra och bära fram betydelseerna av viktiga företeelser i den sjukgymnastiska behandlingsprocessen. Detta för att kunna reflektera i praxis och över praxis, men också för att kunna beskriva för andra yrkesgrupper vad sjukgymnastik är och innebär, i samarbetet kring patienten. Här tänker jag mig att forskningscirklar över tid med sjukgymnaster i praxis är en framkomlig väg. Filmade behandlingar med de som ingår i gruppen skulle här kunna utgöra underlag för dialoger och analys av egen praxis med hjälp av en utifrån kommande forskare. Syftet med detta skulle vara att utveckla såväl språk, begrepp,

reflexion och förståelse, som att omsätta denna förståelse i den egna verksamheten. Modeller för sådan forskning finns bland annat inom aktionsforskningstraditionen.

En sådan forskning skulle kunna bidra till att forskning och praxis befruktade varandra ömsesidigt i utvecklingen nya perspektiv och bättre behandling för patienter med svårdefinierbara smärt- och spänningsproblem.

## Summary

Undefined pain and tension constitute a big health problem in contemporary society. The health care system has difficulty providing fruitful help. One major reason for this is that these health problems are not interpretable within a biomedical framework. These problems present a challenge: to develop new perspectives on how to conceive the body and provide treatment.<sup>42</sup> This thesis argues that physiotherapy – the physiotherapeutic understanding of the body, and the possibilities inherent in working with bodily experience - can contribute to such new perspectives. The thesis aims to enrich perspectives on the body and on physiotherapy in rehabilitating people suffering from undefined pain and tension.

The focus of the study is the physiotherapist's *understanding* of the body and of the meanings of the physiotherapeutic treatment in rehabilitation. The thesis adopts a hermeneutic, phenomenological and social constructivist approach, with theoretical inspiration from Heidegger (1992/1927), Merleau-Ponty (1989/1962), Spiegelberg (1982), Berger & Luckmann (1998/1962), Schön (1983) and Molander (1993), to develop methods to reach this understanding. The concept of understanding is thus employed in the sense of 'insight into the meaning of something'. This implicates the epistemological position that meaning is constantly produced in social interaction within a historical and socio-cultural context. 'Understanding' is embodied, lived and expressed in the physiotherapists' way of working with patients – in what physiotherapists attune to, in what phenomena they give meaning to, and in how treatment emerges when they practice. 'Understanding' is also an outcome of the organisational and material settings in which physiotherapists work.

To catch what are in many ways implicit understandings, the research strategically selected a group of six physiotherapists with long experience in treating people with problems of undefined pain and tension and psychosomatic and psychosocial disorders. Each physiotherapist was videotaped in a natural treatment setting with one of her patients. The

---

<sup>42</sup> *By perspective I mean: "An ordered view of one's world – what is taken for granted about various objects, events, and human nature. It is an order of things remembered and expected as well as things actually perceived, an organized conception of what is plausible and what is possible; it constitutes the matrix through which one perceives his (or her) environment."* (Shibutani, 1955, s 564 in Charon, 1995).

videotapes were observed in detail to gain knowledge of each physiotherapist's way of working and of the individual treatment process. Then each physiotherapist was shown her videotaped session. In-depth dialogues followed, taking their departure from the filmed events, allowing different phenomena to be identified and given meaning. The videotaped treatment sessions thus formed the context for creating meaning between the researcher and the informants. By transforming into words what was, to a great extent, originally embodied understanding, the inter-subjective dialogue also transformed the meaning. In addition, new meanings appeared in the meeting of the researcher's and informants' different life worlds and strivings to understand.

The dialogues were taped, transcribed and thematically analysed using a hermeneutic, phenomenological procedure inspired by Spiegelberg (1982) and Karlsson (1995). The researcher discussed the content with the informants during three separate seminars over three years. These seminars were held in the context of shared living during four days each. This sharing and recurrent pattern of dialogue fostered mutual trust and created the conditions for reflection and interpretation in the knowledge generating process. They were also part of the internal validation process in the study. They made possible descriptive case reports giving an in-depth understanding of the material. Then, in order to reach the underlying assumptions on a more ontological level, the research undertook a phenomenological analysis of the meaning structure of the understanding developed from each of the cases. It was, finally, possible to interpret the general meaning structure of all aspects of the understanding.

The main interest in the analysis and interpretation was to understand how meaning can be created from bodily experience in the treatment process of physiotherapy. In my theoretical interpretation, I have gained inspiration from parts of Heidegger's *Dasein* analytic perspective employed by Medard Boss (1983/1979) in the treatment of psychosomatic illness. I have also used Merleau-Ponty's concept of the lived body to understand the process of creating meaning from bodily experience in physiotherapy. Lastly, to understand how bodily communication between physiotherapist and patient creates meaning, I have drawn on Mead's (1976/1934) symbolic interaction perspective. Thus the thesis puts the understanding of the body and physiotherapy into an existential, phenomenological and social perspective. The interpretative understanding of the material, presented in chapters 4 –10, forms the main result of the study. A summary follows.

## The understanding of the body

The thesis understands, at the ontological level, the body as a person's existential anchoring in the world. The body is the relation and access a person has to the world as well as to himself/herself. The body has meaning as a living, interconnected part of all the processes and contexts of a person's life. The sum of all these relations, and of the meaning which is thus created, is the embodied understanding, or 'attunement', of a person's being-in-the-world. The body carries a person's life history and her or his self-meaning and self-understanding. The perspective adopted in this thesis makes it possible to understand the body as meaning – the body as inseparable from the life a person is living, has lived or expects to live. In this sense, the body is in the world and the world is in the body.

The implication of this meaning-centred perspective is that bodily-expressed health problems can be understood by reference to a person's being-in-the-world. This understanding dissolves the dualistic representation of the body as 'external' and the mind/psyche as something 'internal' which generates meaning. To represent the body in this way makes it possible to grasp how bodily experience and physical social interaction, and not just language and reflection, create and recreate meaning.

The understanding of the body as relation – as embodied life history and meaning – makes it possible to see the bodily treatment in physiotherapy as an opportunity to become aware of and to change the lived meaning in the embodied patterns of a person's being-in-the-world. This offers the patient the chance to change the embodied patterns of how she or he relates to the world and the symptoms, pain or tension that are part of these patterns.

This meaning-centred perspective enriches our approach to undefined pain and tension problems. It makes it possible to meet and explore the patient's health problems, starting from the person's own bodily experience. Thus it is possible to strengthen the patient's own trust in himself/herself in exploring and understanding the relation between body and life and in establishing a more creative way of relating to his/her life situation. This approach contrasts with the common situation in which the patient's self-understanding and self-expression are not taken as the starting point, and in which health problems are defined as medically invalid or redefined as something else, as psychic, social and, by implication, as not 'real' in a biomedical sense.

## The understanding of the patient's function

In order to understand the problems of patients and identify themes and possibilities for treatment, physiotherapists attend to the individual patient's function in a broad sense. They look for the interaction between local bio-mechanical strains and more widely distributed tensions and movement patterns connected to the person's way of life. To gain information about the possibilities for change and development, they are particularly interested in the patient's contact with, and sense of presence in, the body. Physiotherapists often look for potential movement, life and spontaneity in the body. The patient's ability to let down his/her weight on the ground and find stability in relation to gravity is distinctive. Physiotherapists particularly emphasise the ability to let down the weight of the body and take support from the ground and in the body. It is understood as the patient's embodied existential trust. Other important factors for physiotherapists are the patient's self image and ability to develop self-reflection, the space for changes in the patient's life and the motivation for change. In their assessment, they don't narrowly emphasise the body as a physical object or as a field of expression. Rather, physiotherapists try to explore the connections between structure and patterns of being-in-the-world. The local bio-mechanical strains and the more widely distributed patterns are perceived to have meaning in relation to each other and to the context of the person's life. Thus, the physiotherapist both places the biomedical understanding of the body into a wider context of meaning and treats the psychodynamic factors as embodied patterns of understanding of the world and not as independent underlying causes. The result is that feelings, body, thought and action are not separated as 'internal' or 'external', 'higher' or 'lower', but are understood as interwoven forms of meaning which throw light on each other and together contribute to a deeper understanding of the patient's health problems.

In the physiotherapists' understanding in the study, their patients' main problem appears to be lack of contact with the body and thereby difficulty in relating to the world as well as to themselves. This disturbance can be conceptualised as lost "at homeness" in the body and the world<sup>43</sup>. If the body is understood as representing meaning and relation, the loss of a sense of presence, of contact with the body, implies a disruption in the patient's ability to create meaning in his or her relation to the world. In the understanding of

---

<sup>43</sup> *I have in this been inspired by the concept "homelikeness" that has been developed by Svenaeus (1999) using Heidegger and Gadamer in his philosophical analysis of the phenomenology of health. I would rather use the expression "at homeness" though ("hemmastaddhet" in Swedish), while this English expression seems clearer and more in line with how my informants understand the phenomena.*

physiotherapists in this study, the different ways of being-in-the-world which lead to a disruption of contact with the body include:

- Distancing self from the body and the environment.
- Cutting off, or strangling, expressions of life in the body (such as breathing or movements).
- Symptomising the bodily perception of the life situation.
- Difficulties of sensing, understanding, symbolising and finding language for the bodily perception of one's relation to life.

It is possible to conceive of these patterns as *strategies for survival*, as *socially constructed and gendered patterns of disciplining the body*; and as expressive of a *lack of existential trust*. The development and maintenance of the patterns of being-in-the-world result from the interaction between personal life history and socio-cultural factors. The patient's symptoms express a deracinated<sup>44</sup> understanding. The symptoms are part of the patient's way of distancing, cutting off and strangling the expressions of life in the body, and thereby also the capacity to sense the existence and the meaning in the body of the patient's relation to life.

### The understanding of the treatment process

The physiotherapists' understanding of treatment in this study, is that it is a socially constituted, meaning-creating process. In this process, the relation between patient and physiotherapist is central. The focus of treatment is to widen and deepen the patient's relation to the world by bringing him/her back into contact with his/her body and the bodily anchoring in the everyday world. The object can be said to restore "at homeness" in the body and the world. The physiotherapists in the study see the patient's ability to make contact with the body, and thereby the life situation, as dependent on the basic trust in life and on confidence in the right to exist. They view existential trust in being-in-the-world as embodied in the relation to the ground and gravitation. When thus understood as a bodily relation, it is possible to look for the development of existential trust throughout a person's life. Physiotherapy, with its bodily encounter and interaction, is understood as a special opportunity to explore and develop the patient's innate capacity for existential trust. Physiotherapy can thus be regarded as a practice which explores trustfulness.

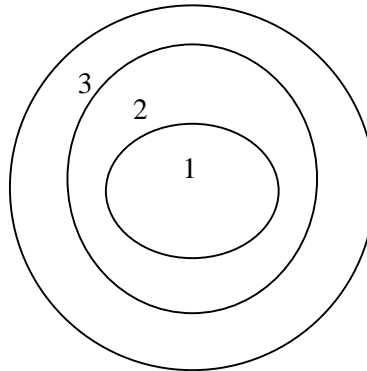
It is possible to picture the process as three mutually dependent areas, areas which move in response to the force of each other. Each area is an area where meaning is created. This is, of course, a very simplified model for a very

---

<sup>44</sup> 'Rootless' or 'cut off from the roots'.



complex web of relations, in which trust, body and meaning are rewoven on each occasion.



The treatment process

1. The trust created in the relation between physiotherapist and patient. This is decisive for the patient's ability to develop a sense of presence in the body, and for the extent to which the patient opens to her or his being-in-the-world. Thus it is also decisive for what the patient creates and gives meaning to in the treatment room. Trust is the heart-beat of the treatment process. The stronger the trust grows, the more energy it is possible to generate in the other two areas.
2. The awareness in the body that makes it possible to sense the relation of body and life. The stronger the trust in dwelling in one's being-in-the-world, the more can emerge in one's perceptual field. In treatment, body awareness is also taught through exercises in which the patient learns to differentiate between different sensations in the body and to give words to them. An exploration of the body and its relations with life mediates connections with the third area.
3. Creation of meaning from bodily experience. This involves a dialectic between being/living the body and becoming aware of the lived experience, and then transforming the lived experience into symbolic form (movements, actions, pictures, words, thoughts, etc.). Meaning thus emerges both by an intra-subjective process, self-reflection, and by an inter-subjective process, the interaction with the physiotherapist. This process can be interpreted, in symbolic interactionist terms, as a dialectic between the 'I' and the 'Me' in the self.

It is an underlying assumption of these arguments that meaning can be expressed, communicated and cultivated in many ways, not only through words and spoken language. For some patients, those who are less likely to express themselves verbally or who cannot see the sense in talking while they experience their symptoms as bodily and feel that they need bodily help, this approach to the creation of meaning in the three areas can be appropriate and meaningful. For other people, who use words as an intellectual shield against bodily experience of life relations, the exploration of trust in the body can be a way of getting more anchored in the world and in the self.

In conclusion, this research understands physiotherapy as much more than a treatment method. It develops the enriched view that it is a socially constructed process in which meaning is created from bodily experience, owing to the patient being able to experience him-/herself in new ways in the interplay with the physiotherapist. Physiotherapy, therefore, opens possibilities to bridge the void between biomedical and psychotherapeutic alternatives in the rehabilitation of persons suffering from problems of undefined pain and tension.

As regards practical applications, this understanding of physiotherapy implies that physiotherapists need to develop their competence in handling the relational dynamics of bodily interaction. This needs experienced supervision as well as education in the basic dynamics of therapeutic interaction. Physiotherapists also need to develop their competence in working with bodily experience and symbolisation, and in helping patients to experience and understand the connections between body and life.

This study also points to the need for further research to understand physiotherapy in practice and to develop theoretical perspectives in physiotherapy. There is also a need for further research to understand the patient's perspective in the rehabilitation process. Research of the kind undertaken in this thesis makes it possible to contextualise and interpret empirical evidence, and thus to develop an understanding of *what* is important in treatment and *how* it is important in the rehabilitation process. It also suggests resources to gain knowledge of what treatment might suit which patient.

## Referenslista

- Abrandt Dahlgren, M.** (1998). Learning physiotherapy: students' ways of experiencing the patient encounter. *Physiotherapy Research International*, 3(4), 257-273.
- Album, D.** (1991). Sykdommers og medisinske specialiteters prestisje. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 111:2127-2133.
- Alexander, F.** (1950). *Psychosomatic Medicine: Its principles and applications*. New York: Norton.
- Alexander, G.** (1981). Eutonie. Kösel's Verlag.
- Andersen, T.** (1995/1991). *Reflekterande processer. Samtal och samtal om samtalen*. Stockholm: Mareld.
- Andersson, H. I.** (1998). *Cronic pain. Epistemological studies in a general population*. Ak.avhandling. Lund: Lunds Universitet.
- Aristoteles** (1967/1993). *Den Nikomachiska etiken*. Göteborg: Daidalos.
- Bainbridge Cohen, B.** (1993). *Sensing, feeling and action. The experimental Anatomy of Body-Mind Centering*. Contact Editions Northampton; MA.
- Balint, M.** (1979/1968). *The Basic Fault*. London: Tavistock Publications.
- Bateson, G.** (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Beaven, D., & Tollington, G.** (1994). Healing the split: a psychophysical approach to working with sexually abused teenage girls. *Physiotherapy*, 80 (7), 439-442.
- Becker, H., Geer, B., Huges, E., & Strauss, A.** (1961). *Boys in white*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Bengtsson, J.** (1988). *Sammanflätningar. Fenomenologi från Husserl till Merleau-Ponty*. Göteborg: Daidalos.
- Bengtsson, J.** (Red.). (1999). *Med livsvärlden som grund. Bidrag till utvecklandet av en livsvärldsfenomenologisk ansats i pedagogisk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

- Benjamin, L.S.** (1974). Structural Analysis of Social Behaviour. *Psychological Review*, (81), 392-425.
- Benner, P.** (1984). *From Novice to Expert*. California: Menlo Park, Addison-Wesley.
- Berger, P., & Luckman, T.** (1998/1966). *Kunskapssociologi. Hur individen uppfattar och formar sin sociala verklighet*. Falun: Wahlström & Widstrand.
- Bernstein, R.** (1971). *Praxis and Action*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Bernstein, R.** (1991/1983). *Bortom Objektivism och Relativism. Vetenskap, hermeneutik och praxis*. Uddevalla: Röda bokförlaget.
- Blumer, H.** (1969). *Symbolic Interactionism*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Boorse, C.** (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, (44), 542-573.
- Bourdieu, P.** (1990). Kroppens sociala perception. *Sociologi idag*, 20(3), 3-11.
- Borgenhammar, E.** (1985). *Tillit och hälsa. Vägar till livskvalitet*. Libris.
- Boss, M.** (1983/1979). *Existential Foundations of Medicine and Psychology*. New York: Jason Aronsson.
- Brage, S., & Tellnes, G.** (1992). ICPC i allmenpraxis. *Tidsskr Nor Laegeforen*, (112), 2656-2659.
- Brattberg, G.** (1988). *Det handlar om ditt liv. Arbetsbok för människor med smärta*. Stockholm: Prisma.
- Brattberg, G.** (1991). *Den obotbara smärtan*. Stockholm: Tiger.
- Brattberg, G.** (1995). *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber.
- Broberg, C.** (1991). Om teori och begreppsutveckling i sjukgymnastik i ett historiskt perspektiv. *Sjukgymnasten, Vetenskapligt Supplement*, (1), 4-17.

**Buckelew, S.P., Conway, R., Parker, J., Deuser, W.E., Read, J., Witty, T.E., Hewett, J.E., Minor, M., Johnson, J.C., Van Male, L., McIntosh, M.J., Nigh, M., & Kay, D.R.** (1998). Biofeedback/relaxation training and exercise interventions for fibromyalgia: a prospective trial. *Arthritis Care Res*, (11), 196-209.

**Bullington, J.** (1999). *The Mysterious Life of the Body: A New Look at Psychosomatics*. Ak. avhandling. Linköping Studies in Arts and Science No 190. Linköping University, The Tema Institute, Dep.of Health and Society.

**Bunkan, B. H.** (1996). *Kropp, respiration og kroppsbilde: resursorientert kroppundersøkelse og behandling*. (3:e rev utplagan). Oslo: Universitetsforlaget.

**Carlstedt, G.** (1992). *Kvinnors hälsa - en fråga om makt*. Falun: Tiden/Folksam.

**Carlstedt, G., & Forssén, A.** (1999). *Mellan ansvar och makt*. Ak. avhandling. Luleå: Luleå teknologiska universitet.

**Charon, J.** (1995). *Symbolic Interactionism*. Engelwood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

**Christensen, K., Jerdal, E., Möen, A., Solvang, P., & Syltevik, L.J.** (1998). *Process og metode*. Oslo: Universitetsforlaget.

**Condrau, G.** (1998). *Martin Heideggers Impact on Psychotherapy*. Wien: Edition MOSAIC. (ISBN: 3-901953-12-4).

**Cooley, C.H.** (1902). *Human nature and the social order*. New York: Scribner.

**Craig, E.** (1993/1988). Psychotherapy for freedom. The Daseinanalytic Way in Psychology and Psychoanalysis. *The Humanistic Psychologist*, 16. Specialutgåva 1993.

**Dale, R.** (1990). *Arbeidsdeling - makt - identitet. Betydningen av kjønn i fysioterapiyrket*. Ak. avhandling. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid. Universitetet i Trondheim.

**De Souza, L.H.** (1997). One case at a time. *Physiotherapy*, 83(3), 107-108.

- De Souza, L.H.** (1998). Editorial - Theories about therapies are undeveloped. *Physiotherapy Research International*, 3(3), IV-VI.
- Dewey, J.** (1930). *Human nature and conduct*. New York: Modern Library.
- Dropsy, J.** (1987/1975). *Leva i sin kropp*. Lund: Natur och Kultur.
- Dropsy, J.** (1991/1984). *Den harmoniska kroppen*. Borås: Natur och kultur.
- Douglas, M.** (1970/1966). *Purity and Danger. An analysis of concepts of pollution and taboo*. Hammondsworth: Penguin Books.
- Downing, G.** (1997). *Kroppen och ordet. Kroppsorienterad psykoterapi - teoretisk bakgrund och klinisk tillämpning*. Borås: Natur och Kultur.
- Ek, K.** (1990). *Physiotherapy as communication*. Ak. avhandling. Michigan State University, East Lansing M.I.
- Elias, N.** (1939/1994). *The Civilizing Process*. Oxford: Cambridge.
- Elliot, J.** (1991). *Action research for Educational Change*. London: Oxford University press.
- Emaus, N.** (1995). *Den levende kroppen i filosofien og i fysioterapien*. Hovedfagsoppgave i fysioterapi. Bergen: Med.fak.i Bergen.
- Emaus, N.** (1999). Fenomenologiens kroppsforståelse – et alternativ til Descartes dualisme? *Fysioterapeuten* (12), 7-13.
- Engelsrud, G.** (1985). *Kropp og sjæl - et dualistisk eller dialektisk forhold. Forsök på avklaring av et av fysioterapins grunnlagsproblemer*. Hovedoppgave. Statens speciallærerhøgskole, Hosle.
- Engelsrud, G.** (1990). *Kjaerlighet og bevegelse. Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkelsesutøvelse*. Ak. avhandling. Oslo: Statens Institutt for Folkhelse. Helsetjenstforskning. Rapport nr. 1.
- Engelsrud, G.** (1995). *Mellom lengsel og lyst*. Arbeidsnotat nr 5. Oslo: Senter for kvinneforskning. Universitetet i Oslo.
- Engelsrud, G.** (1998). Fysioterapiens kropp - hvordan styrke kroppens kunnskap. *Danske Fysioterapeuter* (5), 4-17.

**Ernstvedt, R.** (1989). The problem of validity in social science. I: Kvale (Red). *Issues of validity in Qualitative Research*. Lund: Studentlitteratur.

**Feldenkrais, M.** (1984/1972). *Awareness through Movement*. Hammondsworth: Penguin Books.

**Finkler, K.** (1991). *Physicians at work, patients in pain: biomedical practice and patient response in Mexico*. Boulder, CO.: Westview Press.

**Fink, P.** (1992). *Psykiatrisk och somatisk comorbiditet*. Ak. avhandling. Århus: Psykiatrisk hospital, Århus.

**Flyvbjerg, B.** (1991). *Magt og rationalitet: Det konkretas vitenskap*. Ak. avhandling. Århus Universitet. Köpenhamn: Akademisk Forlag.

**Fog, J.** (1995). *Med samtalen som udgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. Köpenhamn: Akademisk Forlag.

**Foucault, M.** (1987/1975). Övervakning och straff: Fängelsets födelse. Lund: Arkiv.

**Fordyce, W.E., Brockway, J.A., Bergman, J.A., & Spengler, D.** (1986). Acute back pain: a control – group comparison of behavioral vs traditional management methods. *Journal of Behavioral Medicine*, 9(2), 127-140.

**Gadamer, H-G.** (1997/1960). *Sanning och metod i urval*. Göteborg: Daidalos.

**Gadamer, H-G.** (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

**Giddens, A.** (1982). *Profiles and Critiques in Social Theory*. Berkley: University of California Press.

**Giorgi, A.** (1975). An application of Phenomenological Method in Psychology. I: A. Giorgi, C. Fisher, & E.Murray (Eds.): *Duquesne Studies in Phenomenological Psychology, II*, 82-103. Pittsburgh: Duquesne University.

**Gowans, S.E., de Hueck, A., Voss, S., & Richardson, M.** (1999). A randomized, controlled trial of exercise and education for individuals with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* (12), 120-128.

**Göranzon, B.** (1990). *Det praktiska intellektet*. Stockholm: Carlssons.

**Hahn, S.R., Kroenke, K., Spitzer, R.I., Brody, D., Williams, J.B., Linzer, M., & Verloin deGuy III, F.** (1996). The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. *J Gen Intern Med* (11), 1-8.

**Haglund, D.** (1997). Intentionalitet som medvetandets väsen - det fenomenologiska synsättet. I: Orłowski, & A, Ruin, H. (Red). *Fenomenologiska perspektiv. Studier i Husserls och Heideggers filosofi*. Karlshamn: Thales.

**Hallquist, T.** (1977). *Daseinsanalysen - bakgrund, karakteristik, kritik*. Ak. avhandling. Uppsala: Psykologiska Inst. Uppsala Universitet.

**Hammarström, A., & Hovelius, B.** (1994). Kvinnors hälsa och ohälsa ur ett könsteoretiskt perspektiv. *Nordisk Medicin* (109), 288 – 291.

**Hamberg, K.** (1998). *Begränsade möjligheter - anpassade strategier: en studie i primärvården av kvinnor med värk*. Ak. avhandling. Umeå: Umeå universitet.

**Hamran, T.** (1987). *Den tause kunnskap*. Oslo-Stavanger-Tromsø: Universitetsforlaget.

**Haraway, S.** (1991). *Cyborgs and Women. The reinvention of nature*. New York: Routledge.

**Harding, S.** (1986). *The Science Question in Feminism*. Stony Stratford: Open University Press.

**Heidegger, M.** (1992/1927). *Varat och Tiden. Del I och II*. (i översättning av Richard Matz) Göteborg: Daidalos.

**Hellström, O., Bullington, J., Karlsson, G., Lindquist, P., & Mattsson, B.** (1998). A Phenomenological Study of Fibromyalgia: Patient Perspectives. *Scandinavian J. Of Primary Health Care*.

**Hemström, Ö. & Stefansson, C-G.** (1991). *Psykisk ohälsa bland primärvårdspatienterna. En demografisk och social beskrivning*. Stockholms läns landsting: Enheten för Psykosocial Forskning och Utveckling.

**Henriksson, B., Månsson, S-A.** (1996). Deltagande observation. I: Svensson, P-G., & Starrin, B. (Red) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.



**Higgs, J., & Titchen, A.** (1995). The Nature, Generation and Verification of Knowledge. *Physiotherapy*, 81(9), 521-530.

**Hirdman, Y.** (1988). Genussystemet - reflexioner kring kvinnors underordning. *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 9(3), 49-63.

**Holm, U.** (1993). *Modrande och praxis - en feministfilosofisk undersökning*. Ak. avhandling. Göteborgs universitet. Göteborg: Daidalos.

**Igra, L.** (1987). *Objektrelationer och psykoterapi*. Lund: Natur och Kultur.

**Jensen, G., Shephard, K., Gwyer, J., & Hack, L.** (1992). Attribute dimensions that distinguish master and novice physical therapy clinicians in orthopedic settings. *Physical Therapy*, 72(10), 711-722.

**Jensen, K. B.** (1995). *The Social Semiotics of Mass Communication*. London: Sage.

**Johannisson, K.** (1993). Vårt behov av sjukdom. *Nordisk Medicin*, (108), 92-93.

**Johannisson, K.** (1995/1994). *Den mörka kontinenten*. Stockholm: Nordstedts.

**Johansson, E.** (1998). *Beyond frustration: understanding women with undefined musculoskeletal pain who consult primary care*. Ak. avhandling. Umeå: Umeå universitet.

**Johansson, T.** (1998). *Den skulpterade kroppen*. Stockholm: Carlssons.

**Johnsen, M.** (1987). *The Body in the Mind*. Chicago och London: University of Chicago Press.

**Johnsson, J.V.** (1986). *The Impact of Workplace Social Support, Job, Demands and Work Control Upon Cardiovascular Disease in Sweden*. Rapport no 1. Ak. Avhandling. Inst. För Psykologi. Stockholms Universitet.

**Josefsson, I.** (1991). *Kunskapens former. Det reflekterade yrkeskunnandet*. Stockholm: Carlssons.

**Karasek, R., & Theorell, T.** (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of work life*. New York: basic Books.

**Karlsson, G.** (1995/1993). *Psychological Qualitative Research from a Phenomenological Perspective*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

**Karlsson, K.** (1994). *Psykosocial ohälsa i primärvården. Allmänläkarnas bedömning av patienter med psykosocial problematik. En studie i Malmöhus läns landsting*. Malmöhus läns landsting.

**Karlsson, K.** (1996). *Psykosocial ohälsa – ett växande folkhälsoproblem*. I SOU 1996:163. Behov av resurser i vården – en analys. Delbetänkande av HSU 2000. Del B. Stockholm: Socialdepartementet.

**Kirkengen, A. L.** (1993). Kan vi skifte fokus fra sykdom til helse?. I: Kirkengen, A-L., & Jörgensen, J. (Red) *Medicinsk teori. Tanker om sykdom og helse*. Oslo: Tano.

**Kirkengen, A. L.** (1998). *Embodiment of Sexual Boundary Violations in Childhood. A Phenomenological-Hermeneutical Study of the Health Impact of Childhood Sexual Abuse*. Ak. avhandling. Oslo: Inst. För Allmänmedicin, Oslo universitet.

**Klaber Moffett, J., & Richardsson, P.** (1997). The influence of the physiotherapist-patient relationship on pain and disability. *Physiotherapy Theory and Practice* (13), 89-96.

**Kvale, S.** (1989). *Issues of Validity in Qualitative Research*. Lund: Studentlitteratur.

**Kvale, S.** (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

**Lakoff, G., & Johnson, M.** (1999). *Philosophy in The Flesh. The Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*. New York: Basic Books.

**Lather, P.** (1993). Fertile Obsession: Validity After Poststructuralism. *The Sociological Quarterly*, 34(4), 673-693.

**Lauvås, P., & Handal, G.** (1990). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen.

**Lazarus, R.S., Folkman, S.** (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publ. Co.

**Lazarus, R.S.** (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annu Rev Psychol*, (44), 1-21.

- Leder, D.** (1990). *The absent body*. Chicago: The Chicago University Press.
- Leinö, T-L.** (1995). Invandrades hälsa. I: *Invandrades hälsa och sociala förhållanden*. Underlag till Folkhälsorapport och Socialrapport 1994. SoS-rapport 1995:5. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Lilleaas U-B.** (1995). *Når forskjellen blir synlig*. Arbeidsnotat 8/95. Oslo: Senter for kvinneforskning. Universitetet i Oslo.
- Lind, B., Mattsson, M., Mattson, B., & Bergmark, E.** (1993). Sjukgymnastisk behandling av patienter med nack/ryggbesvär - erfarenheter av kroppskännedomsgupper på vårdcentral. *Allmän Medicin*, 14(3), 231 -235.
- Lindström, I., Ohlund, C., Eek, C., Wallin, L., Peterson, L.E., & Nachemson, A.** (1992). Mobility, strength and fitness after a graded activity program for patients with sub acute low back pain. A randomized prospective clinical study with a behavioral therapy approach. *Spine*, 17(6), 641-652.
- Linton, S. J.** (1992) *Smärtans psykologi: muskuloskeletal besvär – teori och åtgärder*. Stockholm: Folksam.
- Lipowsky, Z. J.** (1984). What Does the Word Psychosomatic really mean? A Historical and Semantic Inquiry. *Psychosom. Med.* (46), 153-171.
- Lobcowitz, N.** (1967). *Theory and Practice: history concepts from Aristoteles to Marx*. London: Notre Dame.
- Lomi, G.** (1993). Sjukgymnastikens bidrag till sjukgymnastikens utveckling. *Sjukgymnasten, Vetenskapligt Supplement*, (3). 48-51.
- Lundblad, I., Elert, J., & Gerdle, B.** (1999). Randomized controlled trial of Physiotherapy and Feldenkrais interventions in female workers with neck-shoulder complaints. *Journal of Occupational Rehabilitation*.
- Lundvik Gyllensten, A., Gard, G., Salford, E., & Ekdahl, C.** (1999). Interaction between patient and physiotherapist: a qualitative study reflecting the physiotherapist's perspective. *Physiotherapy Research International*, 4(2), 89-109.
- Lundblad, K.** (Red). (1993). *Sjukgymnastik i historisk belysning*. Lund: Studentlitteratur.

**Löfvander, M.** (1997). *Illness, Disease, Sickness: Clinical Factors, Concepts of Pain and Sick Leave Patterns among Immigrants in Primary Health Care: Effects of Different Therapeutic Approaches*. Stockholm: Repro Print.

**Malterud, K.** (1990). *Allmenpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Ak. Avhandling. Oslo: Tano.

**Malterud, K.** (1992). Women's undefined disorders – a challenge for medical communication. *Family practice* (9), 299-303.

**Malterud, K.** (1993). Vanlige helseplager hos kvinner - ubestemte og diffuse? I: Schei, B., Botten, G., & Sundby, J. (Red): *Kvinnemedisin*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

**Malterud, K.** (1994). Klinisk kunnskap om kvinners "ubestemte" plager. I: *Kroppen som informasjonssystem*. Arbeidsnotat 2/94. Oslo: Senter for kvinneforskning. Universitetet i Oslo.

**Mannerkorpi, K.** (1999). *Assessment and treatment of patients with fibromyalgia syndrome*. Ak. Avhandling. Lund: Lunds Universitet.

**Martin, C.** (1994). Förstår sjukgymnasten patientens känslor? *Sjukgymnasten, Vetenskapligt supplement* (2), 48-52.

**Mattson, M., & Mattsson, B.** (1994). Physiotherapeutic Treatment in Out-Patient Psychiatric Care. *Scand J Caring Science*, 8(2), 119 - 26.

**Mattson, M., & Mattsson, B.** (1994). Supervision as an aid to professional development. *Physiotherapy Theory and Practice*, (10), 113-121.

**Mattson, B.** (1995). Om psykosomatik i primärvården. I: Sivik, T., & Theorell, T., (Red) *Psykosomatisk medicin*. Lund: Studentlitteratur.

**Mattson, M.** (1998a). *Body Awareness - applications in physiotherapy*. Ak. avhandling. Umeå Universitet.

**Mattson, M.** (1997). Body awareness therapy with sexually abused women. Part 1: Description of treatment modality. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 1997; 1(5), 280-288.

**Mattson, M.** (1998b). Body Awareness therapy with sexually abused women. Part 2: Evaluation of body awareness in a group setting. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 2(1), 38-45.

- McDougall, J.** (1990). *Kroppens Teatrar*. Borås: Natur och Kultur
- Mead, G.H.** (1976/1934). *Medvetandet, jaget och samhället*. Kalmar: Argos.
- Merleau-Ponty, M.** (1989/1962). *Phenomenology of Perception*. London: Routledge.
- Merriam, S.** (1994). *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.
- Miles, M. B. & Huberman, A.M.** (1994). *Qualitative Data Analysis: An expanded Sourcebook*. London: Sage.
- Mirdal, G.** (1993). *Psykosomatik. Sårbarhet, stress og sygdom*. Köpenhamn: Munksgaard.
- Molander, B.** (1993). *Kunskap i Handling*. Göteborg: Daidalos.
- Nemiah, J.C.** (1996). Alexithymia: Present, past and future? *Psychosomatic Medicine*,(58), 217-218.
- Nicassio, P.M., Radojevic, V., Weisman, M.H., Schuman, C., Kim, J., Scoenfeld-Smith, K., & Krall, T.** (1997). A comparison of behavioural and educational interventions for fibromyalgia. *J Rheumatol* (24), 2000-20007.
- Nordenfelt, L.** (1986). Begreppen hälsa och sjukdom. I: *Hälsa sjukdom och dödsorsak. Studier i begreppens teori och historia*. Malmö: Liber.
- Ongstad, S.** (1997). *Sjangrer, positsjonering og oppgaveideologier. Et teoretisk-empirisk bidrag til et tverrfaglig, semiotisk og didaktisk sjangrebegrep*. Ak. avhandling. Det historisk-filosofiske fakultet. Institutt for anvendt språkvitenskap. NTNU, Trondheim.
- Peirce, C.** (1990). *Pragmatism och kosmologi*. Göteborg: Daidalos.
- Perby, M-L.** (1988). Den inre väderbilden - teknikbedömning från ett mitt-i-arbetet-perspektiv. I: B. Göransson (Red.): *Den inre bilden*. (s 107-142). Stockholm: Carlsson.
- Perby, M-L.** (1995). *Konsten att bemästra en process*. Ak. avhandling. Stockholms Universitet, Kungliga Tekniska Högskolan. Smedjebacken: Gidlunds.

- Pålshagen, Ö.** (1992). Aktionsforskning: en nyttig vitenskap? *Tidskrift for Samfunnsforskning*, (3), 231-251.
- RFV 1996:3.** *Sjukfrånvarons diagnoser och avslutningsanledningar 1990*. Stockholm: Riksförsäkringsverket redovisar.
- Retzinger, S.** (1991). *Violent Emotions. Shame and Rage in Marital Quarrels*. Newbury Park: Sage.
- Richardsson, B.** (1993). Practice, research and education - what is the link? *Physiotherapy*, (79), 317-322.
- Richardsson, P.** (1994). Placebo effects in pain management. *Pain Reviews*, (1), 15-32.
- Ricoeur, P. (1976).** *Interpretation Theory; Discourse and the Surplus of Meaning*. Forth Worth: Texas Christian University Press.
- Roberts, P.** (1994). Theoretical Models in Physiotherapy. *Physiotherapy*, 80(6), 361-366.
- Rosberg, S.** (1990). *Hur handskas den psykosomatiskt orienterade sjukgymnasten med patientens regression?* Uppsats, 10 P inom Forskningsförberedande fördjupningskurs i sjukgymnastik. Stockholm: Stockholms Universitet, Karolinska Institutet.
- Rothstein, J. M.** (1999). The sensitive practitioner. Editorial. *Phys Ther*, 79, 246-247.
- Roxendal, G.** (1985). *Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy*. Ak. avhandling Göteborg: Göteborgs universitet.
- Roxendal, G.** (1995). Psykosomatiskt inriktad sjukgymnastik. I: Sivik, T., & Theorell, T. (Red) *Psykosomatisk medicin*. Lund: Studentlitteratur.
- Roxendal, G.** (1987). *Ett helhetsperspektiv; sjukgymnastik inför framtiden*. Lund: Studentlitteratur.
- Roxendal G., & Nordwall V.** (1997). *Tre BAS - skalor*. Lund: Studentlitteratur.

**Rudebeck, G.** (1992). General Practice and Dialogue of Clinical Practice. On symptoms, symptom presentation and bodily empathy. Ak. Avhandling. *Scandinavian Journal of Primary Health Care. Supplement 1.*

**Råheim, M.** (1997). Forståelse av kroppen som fenomen. Kritikk og utfordringer i helefagens grunnlagsforståelse. I: *Kunskap, Kropp og Kultur.* Oslo: Ad Notam.

**Sachs, L.** (1996). *Sjukdom som ordning.* Stockholm: Gedin.

**Salner, M.** (1989). Validity in human science research. I: Kvale (Red). *Issues of Validity in Qualitative Research.* Lund: Studentlitteratur.

**Saltonstall, E.** (1988). *Kinetic Awareness, Discovering Your Bodymind.* New York: Kinetic Awareness Center. (ISBN: 0-89062-232-9).

**SBU 1999:101.** *Evidensbaserad sjukgymnastisk behandling. Patienter med nackbesvär.* Statens beredning för medicinsk utvärdering. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund.

**SBU 1999:102.** *Evidensbaserad sjukgymnastisk behandling. Patienter med ländryggsbesvär.* Statens beredning för medicinsk utvärdering. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund.

**SCB 1995:7.** *Ensidigt upprepat arbete. Information om utbildning och arbetsmarknad.* Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsen.

**Schaefer, K. M.** (1995). Struggling to maintain balance: a study of women living with fibromyalgia. *J Adv Nurs*, (21), 95-102.

**Scheper-Huges, N., & Lock, M.** (1987). The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Med. Anthro. Quarterly.* (1), 6-39.

**Schön, D.** (1987). *Educating the reflective practitioner.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

**Schön, D.** (1983). *The reflective practitioner.* New York: Basic Books.

**Sivik, T., & Theorell, T.** (1995). *Psykosomatisk medicin.* Lund: Studentlitteratur.

**SOU 1996:133.** *Jämställd vård. Olika vård på lika villkor.* Huvudbetänkande av utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet. Statens offentliga utredningar.

**SOU 1996:134.** *Jämställd vård. Möten i vården ur ett tvärvetenskapligt perspektiv.* Delbetänkande av utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialdepartementet. Statens offentliga utredningar.

**Socialstyrelsen** (1997). *Folkhälsorapport 1997.* Stockholm: SoS- rapport 1997:18.

**Spiegelberg, H.** (1984/1982). The Phenomenological Movement. A Historical Introduction. Martinus Nijhoff Publishers. *Phenomenological.* (5/6).

**Sumsion, T.** (1995). Client-centered implications for evidence-based practice. *Physiotherapy*, (83), 373-383.

**Svenaesus, F.** (1999). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health. Steps towards a Philosophy of Medical Practice.* Ak. avhandling. Tema Hälsa och Samhälle. Linköping: Linköpings Universitet.

**Söderberg, S.** (1999). *Women's experience living with fibromyalgia: Struggling for dignity.* Ak.avhandling. Umeå: Umeå Universitet.

**Tesch, R.** (1990). *Qualitative Research: Analysis types and softwaretools.* London: Palmer Press.

**Theorell, T.** (Red). (1998). *När orden inte räcker.* Stockholm: Natur och Kultur.

**Thompson, J.** (Ed) (1998/1991). *Paul Ricoeur Hermeneutics & the Human Sciences.* Cambridge University Press.

**Thornquist, E., & Bunkan, B.** (1991). *Vad är psykomotorisk behandling.* Värnamo: Natur och Kultur.

**Thornquist, E.** (1990/1988). *Kunskapsutveckling i sjukgymnastik.* Lund: Studentlitteratur.

**Thornquist, E.** (1992). *Fysioterapins funksjon og rolle innen psykisk helsevern.* Rapport. Oslo: Institutt for Allmenmedisin Oslo.



**Thornquist, E.** (1993). Fra "funn" til forståelse. I: Kirkengen, A-L., & Jørgensen, J. (Red.). *Medicinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse*. Otta: Tano A.S. : Allmenpraktikerserien.

**Thornquist, E.** (1998). *Conceiving Function. An investigation of epistemological preconditions, conceptualizations and methodologies in physiotherapy*. Ak. Avhandling. Inst. for Allmenmedicin. Oslo: Universitetet i Oslo.

**Thielst, P.** (1982). *Kropp og sjæl. Portraet av den europeiske splittelse*. Köpenhamn: Hans Reizels forlag.

**Thulin, A.** (1989). Rörelsehindrad till kropp och själ. *Sjukgymnasten* (8), 13-15.

**Turk, D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M.** (1983). *Pain and behavioural medicine*. New York : The Guilford Press.

**Ullberg-Pettersson, K.** (1991). *Kroppen - själens symbol. Utvärdering av psykosomatisk gruppbehandling - en retrospektiv studie*. Rapport. Skövde: Kärnsjukhuset i Skövde.

**Van Maanen, M.** (1990). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Ann Arbor, Michigan: The Althouse Press.

**Vlaeyen, J. W. S., Teeken-Gruben, N. J. G., Goossens, M. E. J. B., Rutten-van-Mölken, M. P. M. H., Pelt, R. A. G. B., & van Eek H.** (1996) Cognitive-educational treatment of fibromyalgia: A randomized clinical trial. Clinical effects. *J Rheumatol*, (23), 1237-1245.

**Von der Fehr, D.** (1994). Hva kan symptomet fortelle oss? I: *Kroppen som informasjonssystem*. Rapport 4/1994. Senter for kvinneforskning. Oslo: Universitetet i Oslo.

**Wrangsjö, B.** (Red). (1987). *Kroppsorienterad psykoterapi*. Lund: Natur och Kultur.

**Yin, R.** (1989). *Case Study Research*. London: Sage Publications.

**Yin, R.** (1993). *Applications of Case Study Research*. London: Sage Applied Social Research Methods Series, Vol. 34.

**Österberg, D.** (1984). Kropp og omverden. *Samtiden*, (6), 10-15.

**Östlin, P., Danielsson, M., Diderichsen, F., Härenstam, A., & Lindberg, G.**  
(Red) (1996). *Kön och ohälsa - en antologi om könsskillnader ur ett  
folkhälsoperspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

## Appendix

Som appendix i avhandlingen följer här beskrivningarna av de filmade behandlingarna. Dessa är i olika grad redigerade från den transkription som skedde i samband med den första detaljobservationen av filmerna. Detta beror på att det från början var tänkt att behandlingsbeskrivningarna skulle ingå som del i de fallbeskrivningar som jag från början tänkte utforma avhandlingen som. Härvid redigerades beskrivningen av Ingelas och Bertils, samt Carin och Anncharlottes behandlingsfilm ned i sidantal. Beslut togs emellertid i samband med slutseminariet att presentera resultaten endast i form av en gemensam analys på tvärs av alla informanternas material. Beskrivningen av de filmade behandlingerna med Line och Dora samt Rebecka och Svea har därför fått behålla sin mera omfattande detaljeringsgrad.

Syftet med att presentera de filmade behandlingarna är inte för att läsaren ska kunna jämföra om det sjukgymnasterna säger stämmer med det som görs i behandlingsrummen. Genom dialoger och bearbetningar i forskningsprocessen har både ny mening skapats och mening omskapats genom att placera sjukgymnasternas förståelse i de sjukgymnastiska behandlingsrummen i nya perspektiv. Syftet är i stället att ge den intresserade läsaren en möjlighet att få en bild av vad sjukgymnasterna gör i sina behandlingsrum och därmed bidra till att kontextualisera en del av det som sägs i resultatdelen.

### Den filmade behandlingen med Line och Dora

Filmningen av Lines behandling med Dora skedde ett år och tre månader efter att de hade inlett sin behandlingskontakt. Behandlingen är en timma lång, med en vilopaus för Dora i ensamhet efter 40 minuters behandling. Denna paus är 10 minuter lång. Därefter har de 10 minuters avslutande samtal och inbalansering i stående. Nedan följer beskrivningen av den filmade behandlingen.

#### Inledande samtal

Behandlingen inleds med att Line och Dora sätter sig och samtalar om vad som hänt sedan förra gången. Line har Doras journalkort i handen och antecknar då och då stickordsmässigt. Samtalet tar cirka tre minuter och handlar om Doras reaktioner på den Reeboxbehandling<sup>45</sup> hon fick över

---

<sup>45</sup> Form av elektrostimulering som ges på muskulaturen.

halsmuskulaturen sist. De kopplar samman spänningarna i denna muskulatur med Doras öronsus. Line frågar vad slags ljud Dora hör, vilken intensitet det har och i vilka situationer det kommer. Dora berättar att hon kommit på att hon kan göra avspänning i käkar och hals för att få ljudet att ge med sig. Därefter tar Dora av sig kläderna. Medan Dora klär av sig lägger Line lakan på britsen och tar fram lite kuddar och en handduk. När båda är klara ställer sig Dora i sina trosor med sidan mot Line.

### Stående inkänning av hur det är i kroppen

Line ber Dora att stå och titta på utsikten genom fönstret och sätter sig på huk bredvid henne och känner på Doras knäskålar. Ber Dora att börja känna efter nedifrån med instruktionen: "Vad känner Du själv?" Går igenom hur det känns i knä, bäcken, rygg och nacke. Dora berättar och de kopplar det hon känner till att hon arbetat i trädgården och fått lite ont i ryggen och att hon varit stressad och att huvudet är framskjutet.

### Sittande genomgång av ryggen

Därefter övergår de till att arbeta i sittande på en pall. Line ber Dora ta av sig glasögonen. Sätter sig själv bakom Dora och lägger sin hand runt Doras nacke med pekfingret längs spinalutskotten (de som bildar ett radband längs kotpelaren). Line ber Dora böja sig fram och hon rullar ner kota för kota. Line följer böjningen med sin hand och gör strykande rörelser över de partier som böjningen sker i hela vägen ned. När Dora kommit ända ner, ber hon henne känna efter vad hon gör med sina käkar. Läger sedan sin hand i övergången mellan bäcken och ländrygg och ber Dora komma upp lite så att hon känner att hon får kontakt med sitt bäcken. Sätter sina händer runt Doras bäckenkammar med tummarna i de övre korsbensledsgroparna (spinae iliaca posterior superior). Där! Säger Line. Nu har Du hela framåtböjningen i ryggen inte sant? Dora svarar jakande. Line ber henne därefter att lirka lite på käkarna och se till att inte hålla sig fast med tungan och ögonen. Reser sig från huksittande och gör några lyft och släpp på höger skuldra så att den sjunker ner lite mer av sin egen tyngd. Gör samma sak med andra sidan. Läger handen över Doras nacke och lirkar och roterar lite på hennes huvud. Ber henne sedan att rulla upp kota för kota igen och känna hur hon kan sitta på sina sittbensknölar. Ber Dora att släppa lite i svanken och försöka hitta den plats som det är friast att sitta utan att hon hänger i svanken. Därefter ber hon henne att lossa lite på sina höftleder genom att föra knäna lite ut och in. De avslutar sedan sittandet och går över till britsen.

## Behandling liggande på mage

Dora lägger sig på mage. De samtalar lite om Doras yrsel och Line frågar vad Dora gör när hon blir yr. Äter, svarar Dora. Line undrar om Dora tror att det är blodsockernivån som gör att hon blir yr. Dora säger att hon själv tror att det har med varandra att göra för hon får ett sug i magen när yrseln kommer. De talar om avstånd mellan måltider och blodsockernivå. Under hela samtalet arbetar Line med Dora; lägger hennes armar till rätta längs sidorna, pumpar upp britsen. Läger sedan sina händer över Doras skuldror och följer hennes andningsrörelser. Trycker/glider med händerna ut längs skulderna som för att få dem att sjunka ut och isär från varandra, medan de samtalar. Därefter lägger hon sin ena hand över korsben/ländrygg och lyfter med den andra handen mjukt upp Doras vänstra bäckenkam från britsen och släpper den mjukt tillbaka. Därefter tystnar samtalet. Line arbetar med mjuka lyft, tryckningar och strykningar runt Doras skuldror, bakre armveck, ländrygg och höft. Hon lyfter på inandning och släpper tillbaka på utandning. Stryker Dora över ländryggen och tar upp temat om trädgårdsarbete och Doras känningar i ländryggen. Lyfter sedan under samtalet upp höger underben och gungar och roterar i höften med 90 graders vinkel i knät och andra handen som stabilisator över sätesmuskulaturen. Line frågar om det kanske var lite på gränsen till vad hon orkade och att det var därför som hon fått ont i ryggen. Går över till andra sidans ben och arbetar lite med muskulaturen på lårets baksida och insida med underbenet uppböjt i 90 grader. Går sedan upp till vänster sidas skuldra och nacke. Läger en hand över skuldran och bearbetar kappmuskeln (trapezius). Lyfter skuldran mjukt och bearbetar muskulaturen i bakre armveck och kappmuskeln medan de småpratar, skämtar och småskrattar. Gungar sedan bröstkorgen från sida till sida. Tar ett tag runt midjemuskulaturen (quadratus lumborum), håller något andetag och släpper sedan på en utandning. Tar bort sina händer helt och ber henne att vända över på rygg och sätta sig i långsittande.

## Långsittande

Dora sätter sig upp med uppböjda knän och låter på Lines uppmaning huvudet sjunka framåt. Line lägger en hand runt Doras nacke och Dora sjunker nedöver med huvudet. Line roterar Doras bröstkorg med små gungande rörelser över skulderna. Ber sedan Dora sparka fram sina ben. Frågar Dora om det gör ont i knäveckan, men hon tar sig bara lite för nacken och säger att det spänner lite där. Line roterar och gungar Doras huvud lite. Avslutar sedan med att göra mjuka strykningar ut längs skulderna och sidorna av ryggen. Därefter ber hon henne lägga sig ned på rygg.

## Ryggliggande på britsen

Dora lägger sig ned på rygg med handduken under svanken. Line rättar till kudden för Dora och lägger ett lakan över henne. Sätter sig vid hennes högra fot och böjer upp Doras ben så att hon ligger med knät uppböjt 90 grader med foten i britsen. Lägger ena handen på Doras fot och för med den andra handen knät så det faller utåt/inåt. Bearbetar vadmuskeln på insidan och kniper till. Dora drar till sig benet medan Line tar bort sina händer. "Ja, vad vill du? Vill du sparka ut?" frågar Line och skjuter sedan iväg Doras underben så att benet glider ut raklångt. Dora sträcker ut benet och vinklar upp i fotleden.<sup>46</sup>

Line böjer upp benet igen och bearbetar sedan baksidan av låret på Dora. Bearbetar vaden igen och reser sig sedan upp och tar Doras underben i famnen, med höften i 90 grader. "Rickar" lite mjukt i inåt/utåtrotation i höften, gör lite cirkelrörelser i höftleden. "Är du rädd för att släppa där?" frågar Line. "Nej", svarar Dora. "På vakt liksom. Beredskapen ligger där", säger Line. Ber sedan Dora att själv dra knät upp mot magen och sedan att släppa ner det. Håller fortfarande underbenet i famnen. "När du kommer helt upp där, känner du något då?", frågar Line. "Nej", svarar Dora. "Du behöver inte vara rädd", säger Line och sänker sedan ner benet. Lägger ena handloven över knäskålen och den andra handen över axeln och verkar sträcka ut i båda riktningarna. Släpper och går sedan ner till fotändan av britsen och lägger lakanet till rätta över Dora.

Viker upp lakanet och börjar arbeta med andra benet på samma sätt som med det första, under det att de samtalar. "Om du tänker tillbaka till hur det var i fjol vår .. med trädgårdsaktiviteter och saker som du hade lust med, saker som du kunde göra. Är det då någon skillnad mot i år?" frågar Line. "Ja, det är en ganska stor skillnad", säger Dora. "Jaa...", säger Line. "Men det var på hösten med lökplantorna. Jag tänkte att det måtte jag väl klara. Jag fick min lilla dotter att gräva tre lökar och så grävde jag tre lökar och på det sättet gick det ju", säger Dora. "Kom de upp i år då?", frågar Line. "Ja, det kom några skott", säger Dora och så fnissar de båda. "Och resten av lökarna de åt kaninerna upp?", fyller Line i.

Line arbetar med att göra små passiva rörelser i höften på samma sätt som med det andra benet. Säger så lite avslutande: "Ja, det är kanske det du ska släppa för idag (att det är nog)." Vickar i inåt/utåtrotation: "Långt här inne så är där en broms", säger hon. "Ja", svarar Dora och låter som om hon är långt borta. Line hjälper sedan Dora att långsamt låta benet sjunka ned och sträckas

---

<sup>46</sup> Detta är ett välkänt massagegrepp i psykomotorisk behandling där patienten stimuleras att sparka ifrån och sträcka ut i stället för att dra sig samman och hålla andan. Det anses stimulera sträckimpulsen i kroppen och verka frigörande på andningen.

ut på britsen. Läger över lakanet och frågar Dora om hon har behov av en liten kudde under knäna. "Nej", svarar Dora.

Line flyttar sig upp till Doras vänstra arm. Läger en hand var på axel respektive underarm och gör en sträckande/förlängande rörelse på armen mellan dessa punkter. Gungar sedan bröstkorgen mjukt från sida till sida och håller den i gungning men ger impuls till gungningen på olika ställen i bröstkorgen med sin hand. Frågar om Dora har ätit nyss eller om hon ska äta. "Nej det är ett tag sedan", uppger Dora. Läger sin hand runt höger bröstkorgs nedre del och följer Doras andningsrörelser. Gungar sedan lite i samma område på vänster sida. "Jaaa", säger Line avslutande.

Line frågar: "Hur har det varit med bringan din då?"

"Jag har inte känt något på länge alltså", svarar Dora.

Line bearbetar musklerna i det främre armvecket (pectoralerna) på höger sida. Läger sedan handen över bröstbenet och gungar bröstkorgen fram och tillbaka i sidled igen. Sträcker och förlänger i diagonalen mellan höger höft och vänster skuldra. Lyfter sedan upp vänster arm och håller i handen så att armen hänger med 90 graders vinkel i armbågen. Skakar/gungar den lätt. "Kan du låta mig lyfta armen", frågar hon. För armen upp över huvudet och diagonalt uppåt utåt. "Och så sträcker du och ser på handen. Öppna handen helt", uppmanar Line.

Sträcker sedan ut i vänster armbåge och förlänger mellan bröstkorg och arm. Ger en snabb tryckimpuls på bröstkorgen när Dora andas ut och säger: "och så släpp", Kan du samtidigt när du själv sträcker ut armen lirka lite med käkarna för att stimulera gäsp-sträckimpulsen?" Dora sträcker ut armen diagonalt uppåt utåt på inandning och lirkar käkleden fram och tillbaka. "Och nu släpper du", uppmanar Line. Dora släpper av sträcken. "Och så gör du det en gång till men ansträng dig mycket mindre. Bara som en katt", uppmanar Line.

Dora: "... och samtidigt som jag gör så (lirkar på käkleden från sida till sida)?"

Line: "Ja, har du inte sett katten göra det då?"

Dora, tveksamt: "eehhh" (sträcker ut).

Line: "När du känner att det är nog ... så släpper du."

Dora sträcker ut på inandning och håller sedan andan och lirkar käkleden fram och tillbaka.

"Nu frestar du dig till att överdriva", säger Line och går upp och tar ner Doras arm. Håller den i luften och låter den hänga med böjd armbåge samtidigt som hon bearbetar övre delen av armbågssträckarna (triceps). Läger sedan ner armen och sträcker ut mellan axel och hand. Böjer så upp underarmen och bearbetar muskulaturen i tumvecket. "Det verkar som om muskulaturen i tumvecket har extra uppgifter? Att du har tillgång till extra krafter?", säger Line. "Men inte på långt när som innan jag var dålig", säger Dora. De har ögonkontakt och samtalar om när Dora tappade alla sina krafter.

- När är innan du blev dålig? Två år sedan? Tre år sedan?

- Hösten för 1 1/2 år sedan, är det inte det?
- Jag vet inte hur länge du var dålig innan du kom till mig.
- Jag var akut dålig på hösten.

Line bearbetar armbågsböjarnas fäste vid armbågsvecket och fortsätter ner på underarmen och bearbetar muskulaturen där. "Sträck där", uppmanar Line och sträcker Doras arm diagonalt utåt nedåt med handflatan uppåt. Sträcker ut fingrar och handled. Dora sträcker först ut med handleden rak. "Nej, ner med den (handen)", säger Line och hjälper Dora att sträcka ut mellan axel och handflata/fingrar. "Och så släpper du" uppmanar Line och lägger sedan upp Doras arm och lägger lakanet över. "Du kan lägga armen på magen eller vid sidan, allteftersom du har lust till", säger Line och går sedan över till andra sidan.

Line lyfter upp höger underarm och fattar tag om tumvecket och börjar bearbeta muskulaturen där. "Jag balanserar hårfint på vad jag egentligen tåler", säger Dora. "Ja, du har lust att fresta dig till och gå helt ut", svarar Line. "Ja, jag känner att jag blir väldigt irriterad över att inte klara av det när jag har lust", säger Dora. "Hur löser du det då?", frågar Line. "Jag blir irritabel och det är väl så det blir mest", svarar Dora och de fnissar båda.

Line stannar upp och ser på Dora: "Jaa", säger hon och koncentrerar sig sedan på att bearbeta muskulaturen i tumvecket under tystnad. Går sedan över till att sträcka ut mellan överarm och tumme. "Trots allt så är det fantastiskt att ge det en chans ..", säger Dora efter en stund. "Nej, men det är ingen som har sagt eller som kan veta något om hur denna förändringen kommer att stabilisera sig" (syftar på Doras kroppsliga förändringsprocess där hon får mer och mer kraft tillbaka), säger Line och roterar underarmen och handen. Sträcker ut mellan överarm och hand.

"Nej, det är ... det är kanske lite det att jag vet att det här är att jag har överförbrukat mig själv", säger Dora och ler mot Line. Line lyfter upp Doras arm. "Jag vet att jag inte kan fortsätta och göra det, det är inte realistiskt", lägger hon till. Skrattar lätt. "Mmm... mm", svarar Line och lägger upp Doras arm över huvudet.

Dora sträcker ut armen och lirkar underkäken från sida till sida. "Ta och lirka dig in i den sträcken en gång till, men använd inte så mycket kraft", uppmanar Line. Dora sträcker och håller andan och håller kvar.

"När den är slut (sträcken) så är den slut och det känner du själv... när du inte ska sträcka mer. Det känner du", säger Line. Dora är tyst. "Känner du inte det?", frågar Line. "Nej", säger Dora och ler. "Då föreslår jag att du slutar nu", säger Line och så skrattar de båda. Line klappar henne ömt skrattande på armen och hjälper Dora att ta ner den. Vaggar armen lite i sidled och lägger



den under lakanet. Line ställer sig så att de har ögonkontakt och säger: "Jag tänker att om du inviterar till en sträckning och du inte använder så stor kraft, så kan det hända att du får en impuls som liksom kommer av sig själv. Och den har sin tid. Det är den som du ska lägga förhållandena rätt för". "Ja", svarar Dora. "En gäspning har sin tid inte sant. Det är inte meningen att du ska bli ståendes i gäspningen" säger Line. "Ja" säger Dora. "Det är den sträckningen vi är ute efter", lägger Line till.

Så går Line upp till huvudändan på britsen och sätter sig på en pall bakom Doras huvud.. Viker ner lakanet lite så att Doras bröstorg blir synlig. Fattar Doras huvud med sina båda händer under Doras bakhuvud. Håller huvudet och gör små rörelser, förlänger nacken genom att böja upp i den övre nickleden. Iakttar Doras bröstorg och andning. Håller huvudet med ena handen och den andra bearbetar kappmuskulaturen (trapezius) på höger sida. Sträcker ut i nacken och frågar om det är "greit". Dora svarar jakande. Fortsätter med att bearbeta halsmuskulaturen (sternocleido och scalener) och sträcker sedan ut nacken igen. Lägger ned huvudet på britsen och roterar det lite i sidled.

- "Kan du lägga ifrån dig ögonen också?", säger Line och de båda fnissar. Dora ler. - "Känner du att du ...? De håller på och löper lite omkring (ögonen)?", säger Line.

- "Mmmm..", svarar Dora.

Line bearbetar vänster sidas kappmuskulatur. Iakttar Doras andning. Dora öppnar munnen. Line släpper greppet om muskulaturen och rullar huvudet lite från sida till sida. Bearbetar sedan muskulaturen bak i nackrosetten på vänster sida. Förlänger nacken och iakttar Doras respiration. Rullar Doras huvud lite från sida till sida. Bearbetar sedan halsmuskulaturen (sternocleido).

- "Detta är inte så särskilt skönt, det är obehagligt för de flesta (syftar på massagen av sternocleido) oavsett om man är särskilt stram där eller inte. Du kan gott vrida bort huvudet när det är obehagligt, om du känner att du har behov av det", säger Line och kniper till i muskulaturen<sup>47</sup>.

Dora vrider bort huvudet och sträcker ut tungan och säger: "Hää". Andas in ett djupt andetag efter.

- "Vad sa du?, frågar Line.

- "Shhhh" , svarar Dora suckande.

- "Uff", fyller Line i och tar lite mjuka massagetag över muskeln och trycker sedan mot muskelfästet för muskeln, bakom örat (processus mastoideus).

- "Jaa", säger Line avslutande och ser ner på bröstorggen och andningsrörelserna.

---

<sup>47</sup> Detta är något som de gjort förut.

- "Ska vi upprepa det?", frågar Line.
- "Nej", svarar Dora.
- "Nej, säger Line.

Line fortsätter med att bearbeta käkmuskulaturen (masseter).

- "Så kan du ta och göra ett underbett", uppmanar Line och gör själv underbett med sin underkäke. Rullar med sin rullpall ner från huvudändan på britsen och sätter sig så att Dora kan se henne.

- "Titta här", säger hon (och ser ur som en chimpanse).

Dora tittar på henne och de skrattar båda. Dora gör ett underbett och Line iakttar.

- "Så släpper du", uppmanar Line och för sin egen underkäke lite från sida till sida.

Dora gör samma sak.

- "Och igen", säger Line. Dora upprepar underbettet.

- "Och nu släpper du", säger Line och rullar upp till huvudändan igen.

Line fattar tag om Doras hakspets och rör hennes underkäke i små cirkelrörelser. Efter en stund slappnar Dora av och följer med i rörelserna.

- "Så kan du känna på din tunga när du ligger nu. Vad gör du med den?", frågar Line.

Dora rör blundande på ögonen samtidigt som man kan se att hon rör sin tunga och svarar grötigt: "..nere".

- "Du har lagt den ifrån dig?", frågar Line. Dora svarar med att nicka jakande.

- "Ja", säger Line.

Lägger sedan en hand runt Doras nacke och vibrerar med den andra Doras struphuvud under det att hon gör ett tonande aaaaaaaa.

Dora och Line säger: "aaaaaaa", gemensamt.

Därefter suckar Line ut ett tonlöst "aaahhhh" och förlänger ut Doras nacke, släpper efter och bara håller helt stilla.

- "För ett par veckor sedan så berättade du att du hade vänt huvudet snabbt till vänster och (bearbetar Doras halsmuskulatur på hö sida) då du plötsligt fick en sådan svimningsattack. Har du upplevt något liknande sedan dess?", frågar Line.

- "Nej", svarar Dora.

- "Nej. .... Det var tydligen inte något som hade med att det kom i kläm. Tänker du på det att du inte ska vrida på huvudet?"

- "Njaa, jag undviker sådana där snabba vridningar jämnt", svarar Dora.

- "Om du sitter på huk och ska resa dig upp igen ... tänker du dig för då så att du inte ska bli yr?"

- "Nej, jag blir inte yr av att resa mig alltså. Det är inte något som har med blodcirkulationen och så. Det var det första läkaren som frågade om jag blev yr när jag reste mig upp, om jag hade lågt blodtryck och så."

Line tar ett tag i håret vid båda tinningarna och sträcker ut bakåt. De fortsätter att småprata om hon blir kall om benen mm. Det går ej att höra exakt vad de säger, men de småskrattar och Dora säger att det var säkert inget allvarligt.

Line tar ett nytt tag i håret vid tinningarna och sträcker ut bakåt. Dora blundar hela tiden.

Line sätter sina pekfingrar i Doras ögonvrå vid näsroten och gör små cirklande massagerörelser.

Dora berättar: "Men när jag blev dålig så stod jag med ????(ohörbart) bakom mig".

Line vilar sina händer på Doras panna och lyssnar. Drar ut nacken och säger: "sånn", för sig själv. Tar ett tag om Doras nacke och frågar: "Vad för slags väg var det på då?"

- "Nej, det var ute i skogen på en väggkant och högt upp då. Där stod jag och plockade hallon. Jag stod säkert ganska länge, för det var ganska mycket bär.

- "Men det du upplevde då, det var väl inte då det började utan det var då det blev väldigt synligt?", frågar Line.

- "Jaa", svarar Dora.

- "Så det är klart det är den händelsen du minns det från", säger Line och fortsätter att massera ögonvrån hos Dora.

- "Men jag hade ju inte så mycket speciella symptom på att jag var sliten innan dess".

- "Nej", säger Line och fortsätter att massera en bit ner mot kindbenen.

- "Nej, tvärtom så hade jag ganska mycket överskott på krafter", säger Dora.

Line lyfter bort sina händer och ser på Dora: "Du kan känna lite på dina ögon inifrån... Om du kniper ihop dem", uppmanar hon. Dora kniper med ögonen.

- "Och så släpper du det lite långsamt", säger Line och stryker bort håret från Doras panna.

- "Det är helt OK (greit) att du är orolig i ögonen", säger Line och lägger sina pekfingrar i den yttre ögonvrån på Dora, "men du kan känna lite på det".

Line lägger handen runt Doras nacke och masserar Doras käkar och hals på höger sida. Förlänger sedan hennes nacke. Släpper och går över till att massera käkmuskulaturen (masseter) på vänster sida. Iakttar Doras andningsrörelser i bröstkorgen och rullar lite bakåt på stolen och lägger tillbaka Doras huvudkudde under henne. Läger den till rätta.

*Lines Kommentar:*

- När du har ett ögonlock, vad kan du göra med ett ögonlock? (vi skrattar) Det som vi väldigt ofta gör det är att vi kniper och håller och vi myser med dem. Det är ju på ett vis ett flexionsmönster. (...) Vad sker när du provar att sträcka ut ögonlocken passivt? Ger de efter? Får de tag i något annat? (...) Det är ju klart att det och arbeta med ögonen kan verka väldigt frigörande på respirationen. Precis som med käkar och mun. Du ser ju att jag hela tiden ser neråt. Och då ser jag ju på respirationsreaktionen ända ner till botten, helt ner till symfyssen. Du kan inte få tag i en djup respiration om du inte har släppt ögonen, strupen och käken.

Behandling i ryggliggande, fortsättning:

Line flyttar sig och ställer sig vid Doras högra arm och lägger en hand på Doras axel och en på handen och förlänger mellan genom ett lätt tryck. Tar Doras hand och lyfter upp underarmen från underlaget och gör små rörelser upp och ned (flex - extension) i handleden. Masserar tumvecket. Vänder upp handflatan mot taket och frågar: "kan du öppna din hand". Håller i Doras lillfinger och tumme. Ber sedan Dora att släppa sträckningen i handen. Skakar handen lätt och stryker sedan längs handflatan och ut.

- "Du behöver inte ta i så hårt", säger Line och Dora öppnar då handen och sträcker ut fingrarna i en solfjäder.

- "Hur kändes det?", frågar Line.

- "Det känns inte något särskilt", svarar Dora.

- "Prova och lägg ifrån dig handen", säger Line och håller Doras hand i sin. Skakar Doras hand lite lätt upp och ned i sin hand. Släpper ner handen och stryker ut handflatan på Dora. Tar ett "goddag-grepp" i Doras hand och roterar hand/underarm (pro och supination) lite fram och tillbaka medan hon bearbetar armbågsböjarna (biceps). Förlänger mellan axel och hand med Doras handflata upp (supinerad). Lyfter upp armen med böjd armbåge och skakar lite i handen så att överarmen dinglar utåt och inåt. Line säger sedan något som inte går att höra och Dora svarar: "Med mig ja" och öppnar sina ögon.

Line lägger en hand på var axel på Dora och sträcker med ett lätt tryck ut framsidan av skuldrorna. Fortsätter med att bearbeta bröstmuskulaturen på vänster sida (pectoralerna). Dora öppnar ögonen och frågar: "Är det något speciellt?"

- "Jaaa ... vi har ju arbetat en del med den här .... Hur har du det med (visar med bågge händerna över bröstet och drar ihop framsidan av bröstkorgen) .. Jag tänker på trycket, känslan av att vara klämd?", frågar Line.

- "Det är mycket bättre. Det känns som en naturlig öppenhet", svarar Dora.

- "Ja", säger Line och går sedan ner mot fotändan och rättar till lakanet som ligger över Dora. "Då ska du få lov att ligga och vila lite. Vill du ha ett täcke över dig?", frågar Line.

- "Nej", svarar Dora.

- "Då får du fortsätta med att arbeta med särskilt (stryker Dora över kindben och kind), särskilt detta området här. Då kan det vara att din uppmärksamhet från inne i munnen och till läpparna, hakan, hakspetsen, eller tillbaka här (visar på sig själv över området runt käkar och hals). Eller att du känner över nacken eller halsen och strupen (markerar på sin egen hals och strupe). Att liksom allt detta här det hänger ju samman", säger Line.

- "Det hänger ju samman ja", säger Dora.

- "Några gånger så kan det vara läpparna man får tag i det med och så följer det andra med. Några gånger så kan det vara här (för sina käkar fram och tillbaka) man får tag i det med. Eller bakom här (visar med att dra utslätande men händerna över ögonlocken och ner mot kinderna. Ler och drar utslätande över patientens ansikte på samma sätt). Ha det så länge", säger Line och går ut ur rummet.

### *Kommentar*

- Jag säger ganska ofta ... inte mer till henne än till andra .. Jag kan ge lite olika slags besked när jag går ut ur rummet. Innan den lilla vilostunden. I princip så tänker jag att de inte ska vara så ambitiösa, utan de ska på ett sätt vara i den öppenheten och bara (införstått: bara vara). Men ibland så säger jag att hon ska ligga med händerna på magen och inte göra något speciellt, bara vara vaken för den böljningen som är där.

- Tanken, det är andningsrörelsen?

- Ja, men inte något ambitiöst som att de ska se till att de har andningsrörelse där. Det är ju det att koncentrera sig och fokusera på centrum och ..

- Men beröringen i sig ....

- Det är ju samlande ikke sant?  
10 minuters ensam vila

Line lämnar Dora ifred med sig själv i 10 minuter.

Vad har hänt i kroppen medan Dora legat själv?

Line och jag kommer in i rummet igen efter att det gått 10 minuter. Just som vi kommer in så sträcker Dora ut sig och gäspar. När hon är färdig frågar Line:

- "Var det ...??? (ohörbart)".  
- "Jag gäspade förfärligt mycket", svarar Dora.  
- "Gäspade du förfärligt?", frågar Line. Och Dora nickar jakande. "Hur (sätter sig vid Doras huvud) var den, din gäsp då? Kom den ända från botten?  
Dora gäspar och svarar: "Ja" och vänder sedan bort huvudet från Line.  
- "För du vet ju hur det känns med ofullständiga gäspar", säger Line.  
- "Mmmm", svarar Dora.

Line tar bort Doras huvudkudde och lägger hennes huvud i sina händer: "Hur kändes dina ögon då?"

- "Dom var lite ??? " (hörs inte vad hon säger).  
- "Ja", säger Line och rullar huvudet lite från sida till sida. "Jag tycker att du har släppt lite i nacken, så att det är inte så konstigt om du ????? (ohörbart) .. ögonen (Line iakttar Doras andningsrörelser i bröstkorgen), att du öppnar för en gäsp. Det du gjorde just som jag kom in, var det så som du tänkte att du skulle göra, eller kom den sträckningen och gäspen också av sig själv?" (tar bort händerna från Dora).  
- "Nej det var för att jag kände behov av det", svarar Dora.  
- "Ja, det är ju en del av din gäsp, inte sant (syftar på behovet)."  
- "Ja", säger Dora, som hela tiden ligger med slutna ögon.  
- "Att du tar med dig den sträckimpulsen. Det är rätt primitivt och den slags primitiva beteende, det är ju helt riktigt", säger Line och går ned till fotändan av britsen. "Kan du hitta något sätt att resa dig upp från britsen?", uppmanar Line.  
Dora reser sig upp.  
- "Du kan ta på dig kläderna", säger Line och viker samman lakanet som Dora haft över sig, medan Dora klär på sig.

## Stående

När Dora tagit på sig kläderna ber Line henne att ställa sig med sidan emot henne:

- "Jaaa. Du kan stå som vanligt och så provar du att hitta en balans som du tycker känns "go" (norska, det svenska ordet bra känns inte likvärdigt med go)."  
Dora trampar in sig och böjer och sträcker lite i knäna.  
- "Jaa.. är det något som du inte tycker känns bra?", frågar Line.  
Dora pekar på sitt högra ben: "Det spänner i ....".  
- "I ditt högra ben?, fyller Line i.  
Dora böjer fram höger knä och roterar det lite utåt-inåt.

- "Prova dig lite fram med hur du placerar vikten över benen... om den är långt framöver eller...", föreslår Line.

Dora böjer och sträcker på båda knäna.

- "Ska jag känna på dina knän?", frågar Line.

- "Mmmm", svarar Dora.

Line går fram och sätter sig på huk vid Doras knän och rör lite på Doras knäskålar.

Klappar sedan på fram och baksida av Doras lår, med bägge händerna samtidigt. Tar ett grepp runt knät ovanför knäskålen på höger knä och säger: "Strama upp mer här .... släpp! (stryker handen mjukt runt nedre delen av lårmuskulaturen) Om du skakar (rister) lite på låret igen! (Dora rister på benet). Om du lyfter foten lite och så släpper ned den igen! (Dora lyfter foten och släpper ner den med hjälp av Line) Prova och bara ... tungt. Jaaa." (Dora gör det igen)

Line klappar ljudligt på fram och baksida om Doras ben och stryker sedan formande runt benen med sina händer. Känner på knäskålen igen och säger: "Spänn ... släpp" (Dora spänner och släpper) Line vickar lite på knäskålen fram och tillbaka: "Det är alltid den högra som du har svårast med?"

- "Mmmm", svarar Dora

- " Krulla dina tår och strama här i knät och så knip med baken!", uppmanar Line.

Dora gör som hon säger.

- "Och så släpp!", säger Line. Och Dora släpper

- "Du står inte och blåhåller, men det verkar som om du glider ut och in i det. Du kan ju ??? (ohörbart, men låter som knepen)".

Dora trampar in sig med benen och står och känner efter.

- "Känn efter hur du har ditt huvud!", uppmanar Line.

- "Det känns bra", svarar Dora.

- "Det känns bra (båda skrattar). Ja då ska inte jag bry mig om det", säger Line och så skrattar de båda och avbryter övningen.

- "Då har vi avslutat den här ...", säger Line.

### Reeboxbehandling

Dora tar på sig sina långbyxor och lägger sig ned för att få Reeboxbehandling på halsmuskulaturen. Line lägger en kudde under hennes huvud och hämtar Reeboxen från ett annat rum. Dora får en liten metallstång som hon ska hålla i handen, som är kopplad till apparaten.

- "(lite skämtsamt/ironiskt): Det har mycket högre status detta här då ... med apparater..... Det är mer vetenskapligt!", säger Line och sätter sig ner och tar den pennliknande impulsgivaren till apparaten.
- "Då får du säga ifrån om det blir obehagligt", säger Line och sätter "pennan mot halsmuskulaturen (sternocleido mastoideus). Ett pipande ljud hörs var gång hon sätter den mot huden på olika ställen längs muskeln.
- "Men det är lite morsamt för det bekräftar på ett sätt vår hypotes och durationen av det (öronsuset)...", säger Line.
- "Ja", säger Dora.
- ".. och samband med spänningar bakom örat. När du beskriver det att du arbetar med det själv för att reducera det (öronsuset), så går det via käkarna", säger Line.
- "Jaa", säger Dora.
- "Kanske arbetet med käkarna är ingångsporten för dig att reducera spänning i halsmuskulaturen .. också", säger Line.
- "Om man tänker på hur mycket tandregulering som har gjorts.. alltså käkplaceringen och allt sådant (som Dora själv varit med om) ... I förhållande till ... det är nog något med det alltså. Mitt överbett var så pass stort", säger Dora.
- "Nej, jag har tänkt på det i förhållande till mina egna barn. För det finns flera typer av regulering. Regulering är nog så diskutabelt tycker jag utifrån den förståelsen som vi har här då. Den vanliga är ju med strik och bälte bakom ..", säger Line.
- "Också sådan där plastgom som man för in", lägger Dora till.
- "En av mina barn har en sådan, men jag är lite osäker på den. Tvingar den fram underkäken?", frågar Line.
- "Ja, ja", svarar Dora.
- "... övertänjning då...", säger Line.
- "..upp i gommen också då", förtydligar Dora.

Line lägger ner "pennan".

- "Hur kändes det här då?", frågar Line.
- "Jag känner mig ganska ... det vibrerar lite", säger Dora.
- "Jaa, då ska vi ta den andra sidan", säger Line och rullar runt till den andra sidan. Dora skiftar den lilla metallstången till den andra handen.
- "Jag tänker att det blir lite tillfälligt att jag ligger här och berättar att jag får ont i öronen", säger Dora.
- "Jaa, att du berättar om det?", frågar Line.
- "Ja, jag tycker att jag ville sätta det i samband med det här (spänningen i käkar och hals)", svarar Dora.
- "Ja, för det tänkte jag att det .. ja nu är det kanske att det kommer av den förändring som håller på att ske, inte sant. För då kan den aktivera symptomen på ??? (ohörbart)", säger Line.



- "Ja, ja", säger Dora.  
- "Men när man ser på det att du skulle ju haft ... ett sånt öronljud (sätter pennan på muskulaturen och det piper), och det är ju inte hela tiden så skarpt", säger Line.  
- "Nej", svarar Dora.  
- "Jag vet inte vilken ton du har, om det är A eller C eller ..", frågar Line.  
- "Den är ganska låg", svarar Dora.  
- "Ganska låg ... är den som ventilationen här?", frågar Line.  
- "Ja, inte så stark alltså", svarar Dora.  
- "Är det som ett trafikljud långt bort (fjernt) eller? .... Vet du inte?", frågar Line.  
- "Det är inte lätt att sätta ord på. Det är mer ett sånt inre sus alltså", svarar Dora.  
- "Ja ..... Men det är ju för att vi vill försöka få tag i sådana saker som vi intervjuar om naturliga funktioner och om sömn och matsmältning och sexualitet och allt möjligt sådant", säger Line.  
- "Men det var en sak som jag ??? (ohörbart). När du är så uttröttad så är det en bagatell alltså. Då kanske det inte betyder hälften", säger Dora.  
- "Jag ser ju detta som något som stämmer på ett vis. Både med det jag ser och känner och med de andra sakerna som du känner", säger Line.  
- "Ja, ja", svarar Dora.  
- "Hur känns detta i förhållande till på andra sidan (Reeboxbehandlingen)?", frågar Line.  
- "Det sticker lite mera", svarar Dora.

Line tar bort "pennan".

- "Så det sticker lite mera", säger Line och känner över fästet för halsmuskulaturen (processus mastoideus).  
- "Du kan inte lokalisera den där susningen till den ena eller den andra sidan?", frågar Line.  
- "Nej det är bägge sidor alltså. För jag märker att det kan börja på ena sidan och så blir det reducerat där och så går det över till andra sidan", svarar Dora.

Line fortsätter med att arbeta med "pennan".

- "Det viktigaste arbetet är ju det andra, det att du känner vad du håller på med och vad du kan utforska av alternativa sätt ... inte sant? Det är det som är det viktigaste. När du sedan avlastar den muskulaturen så kommer du ju att avlasta muskelfästet bakom örat, inte sant?", säger Line.  
- "Mmmm", svarar Dora.  
- "Så det hjälper inte att jag arbetar med den här, om du inte arbetar med ..", säger Line och Dora fyller i: "..resten."  
- "Muskelbalansförhållandet. Vad var det du höll på att säga då?", frågar Line.

- "Nej, i förhållande till äldre som är plågade av öronsus. Ja, svärmor min var väldigt plågad då. I förhållande till protes som inte passade och det. Det är säkert mycket sånt som ...", säger Dora.

- "Och så faller folk ofta samman (äldre sjunker ihop)", lägger Line till.

- "Ja, ja", säger Dora.

- "Nu är inte jag någon specialist på det alltså", säger Line.

- "Det är ganska spännande alltså", säger Dora.

- "Man kanske skulle gå in i geriatriken", säger Line och avslutar behandlingen och samlar ihop alla sladdar och redskap. Dora sätter sig upp. De pratar i munnen på varandra och skrattar och jag kan inte höra vad de säger. Dora sätter på sig sin BH.

### *Lines kommentar i samband med att vi ser på filmen*

Jag frågar:

- Det känns som om det är lite förbjudet det här med apparatbehandling?

- Ja det är ju det på ett vis. Inte förbjudet heller, men det är ju inte det hon är remitterad till. Men jag tycker det är försvarligt att likväl använda det då och då som en puff i behandlingen, på samma sätt som att man i psykoterapi i en period kan vara tvungen att använda mediciner. Men man ska veta varför man gör det.

I motsättning till annan terapi så är det ju något som patienten inte kan styra, inte kan regulera, i vart fall i väldigt lite utsträckning. Därför så tycker jag att det på ett sätt är väldigt viktigt att tydliggöra att det här är kvalitativt något annat. Detta är något annat. Jag har också upplevt att patienterna själva uppfattar det som något annat. De kan säga att de vågar det ännu inte, för de jämför det med och ta Valium eller antidepressiva och då känner de det som att de ger ifrån sig totalt, styrningen av det som ska ske. Det är ett överlämnande som de inte känner att de vill tillåta.

Så när jag föreslår eller inför bruk av elektroterapi, Reebox eller ultraljud så är det antingen för att jag har resignerat vad gäller insiktsterapi med just den patienten, eller när patienten är väldigt gott införstådd med sitt eget ansvar för att driva en process och vara i en process, så som med Dora. Hon är ju väldigt införstådd med det på många plan. Hon försöker ju och förmedlar hur hon arbetar med det att känna och släppa och då är det ju försvarligt. Men likväl så vill jag precisera för patienten att det inte är så att "nu ska jag ordna upp sakerna för dig. Nu ligger du bara här med din kropp och ..." Det är ju inte det som är det viktigaste som sker.

(...) Om vi inte hade haft en lång behandlingsrelation tillbaka och om hon inte hade gått i samtalsterapi också och om hon inte hade varit införstådd med att yrseln inte bara är ett mekaniskt problem utan ett mycket mer sammansatt

problem ... (Införstått: så hade jag inte gett henne apparatbehandling) Men det är också några lokala förändringar som måste förstås på olika plan och jag tycker inte det är någon motsättning mellan det och att ha flera angreppspunkter i behandlingen.

## Den filmade behandlingen med Rebecka och Svea

Filmningen av Rebecka och Sveas behandling skedde cirka ett och ett halvt år efter det att deras behandlingskontakt påbörjats. Svea gick då mest i grupp för att arbeta vidare med sin rörelsemedvetenhetsträning, men ställde kom ändå på en individuell lektion<sup>48</sup> hos Rebecka i samband med filmningen. Det är uppenbart att Svea tycker att hon själv "lyckats" och att hon gärna vill dela med sig av detta genom filmningen. Hon säger sig också vilja bidra till att tankarna kring att arbeta på det här sättet med kroppen sprids.

Vi valde att filma i Rebeckas stora ljusa grupprum, där hon ställt in en brits. Det lilla behandlingsrummet gav inte samma möjligheter att få avstånden bra för filmningen. Jag kunde på sätt befinna mig lite längre bort med kameran och behövde inte känna att jag var för nära inpå deras relation. Både Svea och Rebecka kände i början av kameran, vilket märktes i en viss anspänning, men också som en uppsluppenhet i rummet. Vi kunde dock skämta om det, och hade då och då i övergångarna mellan liggande, sittande och stående, lite fnissande kommentarer sinsemellan alla tre, som avdramatiserade det hela. Dessemellan arbetade Rebecka och Svea mycket koncentrerat. Behandlingen i samband med filmningen tog en timma, vilket är normal behandlingstid.

### Samtal, val av tema i behandlingen

Behandlingen inleds med ett stående samtal om hur det varit sedan sist, efter gruppbehandlingen för en vecka sedan. Rebecka frågar om det är något speciellt som Svea känt av eller lagt märke till. Svea svarar att hon känt av skuldran och att hon tänker på att stå och gå "riktigt". På Rebeckas förslag kommer de sedan överens om att arbeta vidare med ben-bäcken-skuldror. Samtalet tar c:a två minuter, varefter Rebecka går och hämtar Sveas handduk som hon har på britsen.

#### *Rebeckas kommentar när vi ser på filmen.*

Jag väljer att arbeta med det här utifrån vad jag gjorde den tidigare gången när jag mötte henne individuellt. Då kom vi på vissa saker när det gällde diagonalerna. Det var något som blev tydligt och som jag tyckte var viktigt att spinna vidare på och som det kommer ut saker av i behandlingen. Det kommer fram tydligast i ryggliggande, även om jag kan hantera det också i andra lägen. Det är en intressant sak som har att göra med hennes besvär i hennes högra arm. Ibland kan hon få upp armen hela vägen och ibland inte. Hon brukar

---

<sup>48</sup> I Feldenkraismetoden kallas det lektion och inte behandling, för att betona att det handlar om inlärning

vinka till folk hon möter när hon är ute och går i skogen och ibland så märker hon att hon inte kan få upp armen. Ibland så går det jättebra att vinka. Det är det här vi har undersökt.- Vad händer, vad är det hon gör med armen? Vi har kommit underfund med att hon låser den från benet, från vänster ben. Sedan har hon arbetat med det här själv och kommit att känna igen vad hon gör med benet när hon inte får upp armen. Hon drar ihop och liksom krymper benet och håller armen i schack från det. Så fort som hon känner det här, så har hon vant sig vid att klara av det genom att förlänga benet, genom att sträcka ut det. Då går det lättare att få upp armen. Men så fungerar det inte alltid. Utifrån det så tror jag att hon har nytta av att känna vad hon gör med kroppen i diagonalerna, för hon använder inte rörelsen genom diagonalerna och hon använder inte rotationen i kroppen. Jag tror att det är en del i det att hon låser sig i vänstra benet.

### Att hitta sig själv just nu i sin kropp

Inför behandlingen gör de en gemensam inventering av hur Svea har det just i stunden med sitt stående och sina spänningar. Rebecka iakttar Svea i stående, framifrån och bakifrån och känner på rygg, bäcken och skuldror under det att hon ber Svea tala om vad hon själv lägger märke till. Svea uppger att hon drar in sina tår. De ser lite extra på hennes fötter och vad hon gör med dem. Rebecka stryker Svea över ländryggen och undrar om det finns fler ställen som Svea känner att hon drar samman. Det är det inte. Det hela tar en minut bara. Därefter ombeds Svea ta av sig sina strumpor och lägga sig på britsen.

Rebecka provar hur många underlägg som behövs under huvudet och hjälper Svea att hitta en bra position att ligga i. Därefter går hon efter sin egen behandlingspall och sätter den vid huvudändan. Hon går sedan själv ner till fotändan och ställer sig. Rebecka fortsätter att iaktta Svea i liggande under det att hon ber henne känna kroppen mot bänken och hur hon ligger. Rebecka granskar Svea från olika håll och de samtalar om hur hon känner att hon ligger. Svea svarar att hon tycker att hela höger sida ligger "i luften". Rebecka går fram och känner under ländryggen och bekräftar att vänster sida ligger närmre britsen. Rebecka ber Svea att känna efter om hon ligger mitt på britsen eller om hon ligger närmre höger eller vänster sida, utan att se eller känna efter med händerna. Svea svarar att hon tror att hon ligger närmre vänster sida. Rebecka ber henne lyfta huvudet och se efter om det stämmer, vilket det inte gör.

*Rebeckas kommentar.*

Jag tittar ju mycket på hur deras hållning är och vad som är symmetriskt och asymmetriskt, bakifrån, framifrån och från sidorna. Jag känner på höftkammarna och jag tittar på axlarna och jag känner också på hur de håller armarna. En del trycker ju armarna hårt intill kroppen. Jag tittar på hur de håller huvudet och hur de håller sig hela vägen, bäckenet och så vidare. Jag försöker få en helhetsbild först. Sedan ser jag på de här detaljerna. Jag går tillbaka till det många gånger för att påminna mig själv om hur det var och delvis för att se om det hänt någonting.

Särskilt ser jag på scolioser och på skulderpartiet. De har ju ofta ont på ena sidan. Ofta har de då heller inget grepp om skulderpartiet på den sida de har ont. Bäckenet och sittbenen kan ju vara i olika lägen, när de har låsningar i sacroiliacalederna. Jag försöker också få en helhetsbild av hur de använder hela högra sidan och hela vänstra sidan i stående och gående.

Jag ser på deras hållning i liggande och hur de till exempel vänder fötterna på den ena eller den andra sidan och det är viktigt att se huvudets läge i förhållande till det.

### Att utforska motstånd och rörlighet

Under nästan tre minuters tystnad arbetar sedan Rebecka med att iaktta, själv känna på och att manuellt, med små rörelser, utforska var i kroppen det är motstånd och var det är rörligt. Hon iakttar Sveas ansikte och andning, känner på rörlighet och motstånd i tår och fötter, iakttar höfter mage och bröstkorg under det att hon känner på eftergivlighet i knäveckan och rotation i höfterna. Går vidare till huvudet, lägger höger hand på Sveas panna och roterar huvudet långsamt åt vänster medan hon hela tiden iakttar bål och ben. Gör samma sak åt andra hållet. Lyfter den övre skulderbladsranden (spina scapulae) lätt med fingrarna och håller stilla kvar en stund, ser efter andningsreaktioner. Låter skuldran gå tillbaka och gör därefter om samma sak. Flyttar ner till höger sida och för Sveas högra arm uppåt och neråt, den rörelse som Svea haft svårt med och smärtar i.

#### *Rebeckas kommentar.*

Det vi håller på med är att utforska lite hur det är, på det sätt som det är, för att se om det finns en öppning, om hon kan känna förbindelse.

Jag känner på benet till exempel och rör det utåt och inåt, eller huvudet och rör det åt höger och vänster. Där kan jag känna om personen håller sig väldigt stilla, att inom de här gränserna är de fria och utanför de här gränserna så finns det något som tar emot, där de håller igen. Jag försöker ha en accepterande inställning till det som jag möter, att så här får det vara, så här är det. Jag kan ju säga att: "Känner du att du håller igen", för att ta reda på om de själva

upplever något stopp. Om de gör det så säger jag att "du behöver inte göra någonting med det. Låt det bara vara. Det här är som det är just nu". Man ökar medvetenheten om hur de själva har det. Jag har inte en massa idéer om att du borde komma så eller så långt, utan här har du ju möjligheter! Vi arbetar med den biten som är fri! Det är det handlar om. Det handlar om det som är en möjlighet. Det handlar inte om det som inte är möjligt, så länge det inte är möjligheter.

- Hur får du information om vilket ställe på kroppen du ska gå till?

(Rebecka suckar tungt) Det finns ju många möjligheter. Det finns ju inte ett sätt att börja. Jag tar nog väldigt mycket det första jag ser. Börjar jag dividera med mig själv om vilket jag ska göra så är det inte säkert att det blir något bättre.

Dagens tema: Vad gör du med dig själv när det blir kallt eller obehagligt?

Rebecka bryter tystnaden och frågar hur det gått att lyfta armen på sistone. Svea svarar att det går bättre, men att ibland hänger det upp sig och då tar hon till benet. Sjukgymnasten ler och säger: "då tar du till benet".

Svea påpekar att det är om det är kallt och hon går, som hon stänger av uppe i högra skuldran/armen, varvid Rebecka ställer den fråga som blir ett genomgående tema i dagens behandling: "Vad gör du med benet när det blir kallt och du känner dig ... Är det när du känner det obehagligt överhuvudtaget eller är det ....?"

De samtalar om spänningen och att hon drar sig samman i kroppen och stänger av i höger skuldra. Samtidigt arbetar Rebecka med att lyfta och röra den högra skuldran/armen och så småningom också handled och hand. Det blir tystare igen och Svea verkar sjunka in i att känna och svarar till slut bara med ett frånvarande mmm, när Rebecka frågar något.

Rebecka går över till höger knä. De börjar samtala om vad Svea gör för att få låsningen att släppa. Rebecka roterar benet långsamt ut och in från knät och iakttar benets och fotens rörelse. Går sedan ut ur rummet och kommer tillbaka med tre rullar. Den tjockaste av dem lägger hon under Sveas knän med uppmaningen att hon inte behöver hjälpa till. "Du får vara lat just nu!" (Svea hjälper hela tiden till att hålla och kan inte slappna av i detta)

Rebecka arbetar vidare under tystnad och tar ett lyftgrepp runt lårmusklerna alldeles ovanför knät, som för att medvetandegöra spänningen här.

Hon tar bort rullen under knäna, varvid Svea är snabb att hjälpa till. Rebecka ber henne komma längre ner mot fotändan och lägger tillbaka rullen under

knäna. Tittar på utgångsställningen och går sedan ned till fotändan. Flyttar lite på Sveas ben och frågar om hon ligger bra. "Mmmm", får hon till svar.

#### Att tydliggöra relationen mellan fötter och ben

Under i stort sett 13 minuters total tystnad arbetar här efter Rebecka med Sveas fötter och ben. Hon tydliggör hälen mot britsen genom att rulla benet utåt och inåt och ibland "dunsa" den lätt mot britsen. Hon arbetar med små sviktande rörelser med tårna och mellanfotsbenens förbindelse, med mellanfotbenens och fotledens förbindelse, med mellanfotbenens inbördes relation. Hon arbetar med fotens och fibulas och tibias förbindelse upp till knät genom att röra foten på olika sätt i sidled och hålla/trycka på olika ställen runt knän och vader. Hon rör underben och fot i olika riktningar och "knackar" på lårmuskulaturens senor på ovansidan av knät och säger att hon slipper hålla benet nu.

Svea meddelar att det är ömt och lite stelt på utsidan av ankeln på den högra foten och att det brukar bli som en påse på kvällen, som hänger där. "Det är ett ställe där som du känner", säger Rebecka och fortsätter att utforska området genom att röra foten och underbenet i olika riktningar, lite snabbare, och "dunsar" sedan hälen lite i britsen. Svea uppger då att det känns ända ut i lilltåsidan på foten. Rebecka avslutar med att lyfta upp underben och fot och ge tryck på lite olika ställen under foten upp genom benet i riktning upp mot huvudet. "Då så", säger hon sedan och avslutar med att lägga ner benet och rulla det lite utåt och inåt med handen på knät. Läger sedan ner sina händer i sitt eget knä och låter det bli en tyst paus.

Rebecka ber efter en stunds tystnad så Svea att känna skillnaden mellan höger och vänster sida, om det känns olika och på vilket sätt. Svea svarar med att hon tycker att det känns tryggare. "Det känns tryggare", upprepar Rebecka, "och hur känns det i höger", frågar hon. Svea svarar då med att det känns svävande och att hon tycker att hon ligger snett ändå. Rebecka bekräftar att hon inte är helt nere med den högra sidan på britsen.

#### *Rebeckas kommentar.*

När jag rör där, över fibula eller under fibula och liksom stöttar, då händer någonting nere i foten, att hon känner hur underbenet och foten har med varandra och göra. Jag stöttar och rör på foten på olika sätt för att känna om hon differentierar på något sätt mellan underben och fot, eller om de bara har ett bestämt läge. Jag försöker låta henne känna att det går att röra på många olika sätt och hur hon kan låsa foten från det området. Om du stöttar sättet att låsa så talar du om för musklerna att "ni kan lägga av!" Då kan du se - Vad kan foten göra? Sedan kanske fot och underben kan komma i en annan relation till varandra så att de rör sig på ett friare sätt sinsemellan, som de inte har gjort



innan. När foten då rör sig i sidled på ett sätt som den inte kunde innan, när hon höll allting, så blir det möjligt för henne att känna den där stumheten hon talar om.

- Du ger en stunds tystnad efter det du gjort?

Det blir en stund för att smälta det som varit. Det blir en slags möjlighet för mognad, att det kan ta form för henne. Jag kan ju vara nyfiken på hur hon tar upp det här, vad det ger henne. Men om jag börjar dra ur henne vad det är då blir det fel för henne. Då får hon inte ut det hon har rätt att få ut av detta.

Att hålla åt patienten det hon annars håller själv.

Rebecka går över till Sveas högra höft och bäcken och lägger in sina händer under ländryggen från båda sidor och ger stöd för ländryggen. Hon håller kvar under nästan en minut och flyttar sedan sina händer så att hon håller om de nedre revbensbågarna och midjan en stund. Flyttar sedan över båda händerna så att hon håller om den nedre högra sidans revbensbåge på fram och baksida och provar att ge lite tryck och sedan släppa efter igen.

Rebecka frågar Svea efter momentet, om det känns lika svävande. "Nej, nu är det jämnt här (rör på underbenen) .. i knäna känns det lika", uppger Svea.

*Rebeckas kommentar.*

Jag håller upp lite grann åt henne och då kan hon i det läget andas på ett annat sätt än när hon håller sig uppe själv. Sedan följer jag ländryggen ner igen och då kan det hända att hon andas igenom friare och på något nytt sätt. Sedan håller jag om den högra revbensbågen för att förtydliga det som skett med läget och andningen - "Här är du just nu", så att säga.

Att förtydliga

Rebecka går över till höften och lyfter/sviktar i en diagonal rörelse mellan hö höftkam och vänster höftled.

Rebecka sätter sig sedan vid fotändan och rullar vänster ben inåt och utåt från knät och ber Svea att känna hur mycket friare i rörelse det vänstra benet blivit genom det de gjort på den högra sidan. Svea svarar med ett "mmmm".

*Rebeckas kommentar.*

Nu roterar jag henne åt höger och vänster i bäckenet och då blir det också något av den rörelsen mellan kotorna i ländryggen, i den mån hon släpper till där. Det är det diagonala jag känner, från högra höftkammen ner till vänster trochanter. På den högra sidan håller hon ju upp, svävar, och den vänstra sidan

vilar mer. Jag ger ett förtydligande bara på det som hon själv gör och att hon ska få chans att uppfatta skillnaden i frihet i rörelse och hur hon vilar här, jämfört med hur hon gör på den högra sidan. Sedan är det nog när hon har känt den skillnaden.

#### Att utforska balansen mellan frihet och stabilitet

Rebecka flyttar sig på sin pall till höger fot igen och börjar göra små rörelser från hälen, fotleden, drar i hälen och undrar om Svea känner det upp i armen, där det drog förut. Svea svarar nekande, men att det känns i fingrarna på höger sida. "Stickningar och kallt! Jag stänger av", säger hon.

Rebecka gör då dragningar omväxlande med gungningar från foten och upp genom kroppen samtidigt som hon inåt och utåtrotter benet. Läger sedan ner foten och rullar-gungar benet lite från knät och frågar: "Stänger du av nu?"

"Nej det är bättre" svarar Svea.

"Det är bättre ja", upprepar Rebecka och gungar och drar lite igen.

"Det är fortfarande bättre?" undrar Rebecka.

"Ja nu är det lite i långfingret" säger Svea.

"Så det är något som händer som har med benet att göra?" säger Rebecka och sätter ner foten och går upp till höger knä.

#### *Rebeckas kommentar:*

Ja, jag trycker lite och drar, provar fotens rörelser igen. Frågan är ju .. När det blir friare i höften, är det så farligt så att hon måste stänga av någon annanstans då? Upp i bröstet där hon brukar känna att hon stänger av, där var det ju fritt nu, men så började det ju sticka i fingrarna.

Rebecka tar bort rullen under höger knä och sätter sedan ner hela Sveas fotsula på britsen med böjt knä. Hon för ner benet raklångt och lyfter sedan upp det i knävecket och sätter i fotsulan igen, utan att Svea hjälper till. Sedan ömsom skjuter hon på och gungar genom benet från knät och upp i höften och ömsom drar hon det till sig via knät. Böjer sedan upp benet och gör små cirklar och inåt-utåt rotationer i höften. "Dunsar" sedan ner foten-hälen några gånger i britsen och lägger slutligen ner benet med rullen under knävecket igen.

Sätter sig så vid höger fot, lyfter upp den och börjar göra små rörelser genom benet upp i höften från foten. Slutar med att gunga igenom så att man på filmen ser att impulsen går igenom kroppen från foten ända upp i hjässan på Svea.

"Vad känner du alldeles just nu? , undrar Rebecka.

Svea harklar sig och säger att det känns bra.

"Det känns det?" undrar Rebecka.

"Mmmmm", svarar Svea.

*Rebeckas kommentar.*

Jag lyfter lite i knäveckan, det lilla som går att lyfta och känner och låter henne känna vad hon gör. Så tittar jag på andningen också - Vad händer med andningen när jag för ner? Det är ju så att håller hon med knäna så håller hon ju andningen också på något sätt. Jag behöver ha information om andningen för att se sedan vad skillnaden är i andningen när vi har jobbat vidare - när hon blivit friare i knäna. Jag vill se om det är vad jag trodde att något hände med andningen när hon gav efter i knäna. Då måste jag ha tittat från början. Ja, veta hur det hänger ihop.

Sedan prövar jag hur långt rörelsen i höften är fri, men den går inte längre. Hade det gått lätt så hade jag lyft upp knät och låtit foten hänga i luften och sedan jobbat med höften på ett friare sätt. Men den ville inte längre just då.

Sedan trycker jag från knät upp mot höften och likaså ner mot foten så att det känns ner i foten och sträcker. Jag stabiliserar åt båda håll. Jag ger henne förbindelsen från knät upp i höften och försöker göra det stabilare i höften, för däromkring tror jag finns mycket rädsla. Nu är det så mycket av stabilitet att hon kan klara den frihet hon har, för att friheten är maximal nu också. Det är balansen mellan frihet och stabilitet.

Att väcka klumpfötter till liv.

Efter det här fortsätter Rebecka att arbeta under c:a 10 minuters tystnad med den vänstra foten och benet på liknande sätt som med den högra.

*Rebeckas kommentar:*

Ibland tänker jag att vad sjutton håller jag på med så länge, när jag ser det här. Men man kan göra så mycket med fötterna. Där finns så väldigt mycket. Trampdynorna kan kännas väldigt kompakta till exempel, att foten känns som en klump. Det finns mycket att upptäcka och differentiera, så oändligt mycket mer än de någonsin har känt. Från den lilla ytan som foten är så finns förbindelser till allting uppåt. Man ska ju balansera på den lilla ytan, och det gör det ju till ett oerhört fint instrument.

Jag tänker ofta från rörelse till relationer i skelettet. Som i en syskonskara: det är alltid de här som leker ihop och de där bråkar alltid med dem. Sedan tänker jag: hur kan de leka med den och hur kan den få leka med dem alla tre? Kan de där tre tårna leka med de där två? Kan foten leka med underbenet? Kan den leka med lårbenet och höften? Och så vidare. Alla olika kombinationer. Vad kan man göra med dem?

## Att utforska förbindelse i kroppen

När Rebecka är färdig med det vänstra benet går hon över till det högra och gungar igenom skelettet genom att skjuta på i små impulser från foten och uppåt.

"Hur långt kan du känna och var känner du den här rörelsen?", frågar Rebecka.

"Hit upp", säger Svea och pekar på nacken.

"Ända upp till nacken?", frågar Rebecka.

"Jaa, i huvudet" säger Svea.

"Om du tänker på skuldrorna, går den till din högra eller vänstra skuldra?...

...Kan du följa den rörelsen?" frågar Rebecka medan hon gungar igenom.

Svea pekar på sin vänstra skuldra.....

"Det går till vänster", bekräftar Rebecka.

"Men nu så stänger det av den armen", säger Svea och lyfter sin högra arm.

Rebecka ler och flyttar sig med pallan och är på väg upp till höger skuldra när Svea avbryter och pekar på sitt vänstra ben och säger: "Men det är det benet som det går att sätta igång det med".

Rebecka går då ner till vänster fot och sätter sig där stället.

"Så hur kan du sätta igång det med det högra benet när det stänger av i skuldran?

(införstått- det går ju inte) Alltså måste du sätta igång det med det vänstra benet för att komma loss. Rebecka skrattar upprymt och sätter igång med att gunga igenom från foten och upp genom diagonalen mot höger skuldra.

Patienten stönar lite lätt och lyfter höger arm upp och ner.

"Så var känns det nu?", undrar Rebecka?

"Jo det känns bättre", får hon till svar.

"Och så håll armen nere och känn bara vart den här rörelsen går? Går den till höger eller vänster skuldra?", undrar Rebecka.

"Den går ända ut i fingrarna här", säger Svea och pekar på höger hand.

"Till höger sida" bekräftar Rebecka.

"Mmmm", svarar Svea.

Rebecka flyttar så upp till huvudändan på britsen och lägger handen över patientens panna och börjar rotera huvudet långsamt.

"Så du reagerar olika med höger och vänster sida .. och det är du inte ensam om" (syftar på att impulsen går igenom diagonalt från den ena foten men upp i samma sida från den andra foten, min tolkning), säger Rebecka medan hon roterar huvudet långsamt även åt andra hållet. Går sedan över till att lägga fingertopparna under Sveas skuldror. Lyfter mjukt upp i muskulaturen och vandrar längs skulderbladsranden. Frågar om Svea är lite öm här. Får ett jakande svar.

Lägger sina händer över axlarna och gör små rytmiska gungningar omväxlande på höger respektive vänster sida, så att bröstkorgen kommer i gungning. Trycker sedan båda axlarna neråt, mot fötterna till.

Rebecka börjar sedan att arbeta med den vänstra armen och diagonalen.

Hon lyfter Sveas vänsterarm och försöker få henne att släppa armens tyngd till henne genom att knacka lite mot armbågen och säga: "Jag håller!" Båda skrattar lite. Hon för upp Sveas hand mot hennes panna och gör små rörelser med armbågen som för att få henne att släppa till (min tolkning). Placerar slutligen Sveas hand på hennes panna. Gör rörelser med armbågen och lägger sedan sin egen hand under Sveas skuldra och rör lite på Sveas skulderblad. Trixar på olika sätt med små rörelser och tycks slutligen få Svea att släppa tyngden av sin arm till henne.

"Mmmmm ... farligt! Eller?" säger Rebecka.

"Jooo", svarar Svea och båda skrattar till.

#### *Rebeckas kommentar.*

Ja, det var någonting som tog emot där. Jag vet att jag gick aningen för långt där. Egentligen så skulle jag ha känt innan jag kom dit att hon inte ville gå längre. Där var en smärtpunkt. Men hon svarar väldigt muskulärt, men hon säger inget, hon klagar inte på att jag har gjort för mycket och jag ger väl henne tillbaka att jag märker att det inte var bra.

- Du lägger handen på hennes huvud?

Ja, det är ju en annan sak för henne själv att känna rörelse med huvudet än att känna när jag gör det med min hand, att få en rörelse och känsla från hand till huvud, till nacke, till skuldra - genom hela armen och till handen igen, för att hitta en förbindelse i den cirkeln. Det finns ett flöde genom axelleden. Sedan stöttar jag in under skuldran och låter henne känna: "Vad har skuldran med nacken att göra? Vad har hela skulderpartiet med armen att göra? Har de med varandra att göra? För egendomligt nog så är det ju tvärstopp just i axelleden hos henne.

Funktionellt sett så är ju armen så mycket mer än bara armen. Skuldran hör ju till bålen och med skuldran så kan revbenen röra sig och så kommer man till ryggraden och till bäckenet och så är man så småningom ända nere i fötterna. Det här med handen och huvudet är ett sätt att komma in på den förbindelsen.

Hur huvudet rör sig åt ena och åt andra hållet ger också en viktig information. När man jobbat med ena sidan så kan det vara att man får en överföring i den andra sidan, eller en överföring från vad man gör nere i benet, till hela den sidan. Då blir rörelsen i huvudet ett utslag av det.

Jag försöker se hur mönstret i skelettet är, det kan ju vara ett segment, vissa kotor tillsammans som rör sig som ett block. Jag ser på hela mönstret, till

exempel vad hennes sätt att hålla huvudet stilla har att göra med hur hon håller foten stilla. Har det med varandra att göra? Håller de varandra i schack på något sätt? Och när foten och benet blir friare i rörelse, hur reagerar huvudet på det? Med nacken håller vi mycket spänningar i andra delar av kroppen.

Får det lov att vara en rörelse här?

Rebecka fortsätter att "joxa och trixa" med vänsterarmen som för att få loss spänningen i det bakre armvecket. Hon sträcker ut armen, gungar skulderna från sida till sida och gungar sedan igenom diagonalt från den vänstra skuldran. Hon roterar armen och låter Sveas hand vila på pannan medan hon roterar huvudet från sida till sida. Läger sedan ner vänsterarmen. Svea markerar att det gör ont när hon tar ner hennes arm och Rebecka frågar hur det känns nu. Svea lyfter armen upp och ner och svarar att nu känns det bättre.

*Rebeckas kommentar*

Där prövade jag diagonalen. Jag tänkte ner i höger ben, men så märkte jag att det inte fungerade. Då ville jag känna vad det var som pågick där i bröstkorgen.

Jag lyfter lite grann för att ge henne frihet, ja möjligtvis mera andning, friare andning. Och sedan med hjälp av rörelsen som sådan, drar jag och ger efter lite grann, så låter jag henne känna: är det någonting man får lov att röra där? Får det lov att vara en rörelse där?

Jag bollar lite grann med rörelsen mellan höger och vänster skuldra. Det kan ju vara någonting i bröstkotorna som gör att man inte får igenom rörelsen diagonalt neråt.

Att vänta tills saker är färdiga

Därefter går Rebecka ner till höger fot och gungar igenom diagonalt upp mot vänster skuldra. Hon frågar hur det känns i höger arm.

"Jo det känns bra nu" säger Svea och lyfter båda armarna som för att visa att det känns lika i dem (min tolkning).

"Hur går denna rörelsen nu? Går den till höger eller vänster sida?", undrar Rebecka. Svea svarar tvekande att den går nog till höger. Rebecka undrar hur långt och om den går hela vägen ut i höger skuldra.

"Mmmm, upp i huvudet där", säger Svea och pekar på huvudet.

"Kommer du ihåg var den stannade förut?" undrar Rebecka.

"Den stannade ju här någonstans", säger Svea och pekar på bröstbenet.

"Då stängde du av där" bekräftar Rebecka.

*Rebeckas kommentar.*

Det gick inte igenom hela vägen på höger sida, utan hon stoppade. Men hon hade inte några stickningar längre i handen och det jag gjorde från vänsterarmen var ju viktigt för där fanns olika stopp som hon kom igenom, när jag rörde nedåt. Det var väldigt mycket som blev fritt i diagonalen från armen till foten. Men från foten till armen kanske är en svårare väg, och det kan ju också vara en upptäckt. En annan gång kan vi arbeta med: Hur är det för dig att hitta diagonalen därifrån och dit och hur är det att hitta den i en annan riktning? När det blir uppenbart så kanske hon hittar båda vägarna. Men det är inte färdigt att göra allting.

### Att bli gungad

Rebecka går sedan över till vänster ben och gungar igenom diagonalt, men går snabbt över till att gunga igenom mittlinjen först från bägge fötterna samtidigt och sedan genom att rulla rullkudden under knäna så att Svea gungar med i hela kroppen från knäna. Fortsätter med att gunga igenom och dra från fötterna, först genom båda samtidigt och sedan ge impulser diagonalt genom att omväxlande dra i det ena benet och skjuta i det andra. Läger ner hälarna och reser sig upp för att inspektera hur Svea nu ligger och andas. Säger ett avslutande: "Sååå." Och frågar om det känns bra. "Ja det gör det", svarar Svea, som nu legat på britsen på ryggen i drygt 50 minuter.

### *Rebeckas kommentar.*

Ja, det är ju att låta henne känna: vad är fritt nu? Det är en väldigt skön rörelse. Det brukar kännas väldigt behagligt. Och när jag gör det med rullen så går inte jag in med mina händer utan det sker på något annat sätt. Rullen har ju inga krav på dig, men mina händer kan ha krav på dig. Det är någon slags idéer om frihet som patienten kan få från den upplevelsen. Att bli gungad är något väldigt gott. Det är något som vi tycker om när vi är små barn, men därmed behöver det inte vara något som för henne tillbaka till något regredierande. Det är mer att ha det skönt! Även en vuxen kan bli glad och börja skratta åt att det känns så härligt, mysigt, väcker glädje. Får det vara så enkelt? (införstått - livet).

För en del kan det väcka trötthetskänsla, att de går ännu djupare in i en trötthet.

- Det är något i rytmen och återfjädringen i kroppen, att det studsar och bollar tillbaka.

Joo, och jag tror att det är energigivande också.

### Att känna reaktionen efter

"Då kan du ta en stund och ligga (Svea reser upp huvudet som för att ta sig upp) Bara ligg kvar och känn! Och du kan tänka till hur det var först när du lade dig ner", uppmanar Rebecka. Hon sätter sig på pallen och tar bort kudden under Sveas knän. Svea hjälper till på nytt.

När kudden under knäna kommer bort och hon ligger raklång på britsen, utbrister Svea: "Åhhh, nu ligger jag precis ..."

"Och så känn vad som är annorlunda mot när du lade dig först ner", uppmanar Rebecka.

"Ja, jag ligger mer jämnt. Nu ligger jag med hela kroppen i ..... Jag ligger tryggt", säger Svea.

"Du ligger tryggt", upprepar Rebecka.

Efter en stunds paus uppmanar Rebecka Svea att när hon känner sig färdig, kan hon långsamt rulla åt sidan och komma upp och vandra omkring lite. Svea sätter sig på en gång upp och Rebecka försöker hejda henne: "Sitt gärna en stund innan du ställer dig upp ..."

Svea reser sig upp till sittande, får syn på mig och filmkameran och vi flinar lite bägge två. Hon stryker sig över håret och reser sig sedan upp utan att sitta och vila.

"Inte så bråttom nu!" , uppmanar Rebecka och lägger undan huvudkudden. "Stå nu lite här och känn", säger hon och hejdar Svea och ställer sig med händerna runt hennes höfter.

### Att bära upp sin egen tyngd

"Och bara känn hur du har fötterna mot golvet!" uppmanar Rebecka.

"Jo, det är nog platt", säger Svea och ser lite ner på fötterna och svajar lite fram och tillbaka och ser sedan upp lite osäkert, som om hon inte visste riktigt vad som förväntades av henne (min tolkning).

"Känn efter om du vilar på frambdelen eller bakdelen av fötterna. Var lägger du mest tyngd?" frågar Rebecka. Ber sedan Svea att väga fram och tillbaka på fötterna och går och sätter sig bredvid henne på britsen.

"Och var har du mittläget där du har tyngden jämnt fördelad?" frågar Rebecka. Svea väger in sig där hon uppfattar att hon har sitt mittläge (min tolkning).

De arbetar sedan lite med att trycka och väga åt höger och vänster och Rebecka uppmanar Svea att känna hur det är att ta tyngden i vänster respektive höger sida och hur de olika sidorna bär.

Därefter får Svea gå runt och uppmanas att känna hur hon använder sig när hon går nu, mot när hon kom. Svea uppger att hon har svårt att gå "barplatt" (barfota) och att hon då lätt sätter i hälen. Sägar att hon har haft svårt att lära sig att gå riktigt, men att hon nu använder hela foten. Visar hur hon menar.



Rebecka frågar om det har något att göra med att hon fortfarande känner att hon drar ihop tårna.

"Jaa, jag gör så när jag har bråttom och är upprörd", delger Svea.

"Bara du tänker på det, bara vi pratar om det, vad gör tårna då?" undrar Rebecka.

"Dom drar ihop sig och jag känner att sedan när jag trampar så trampar jag inte rätt. Jag tycker att jag trampar i luften", beskriver Svea.

Att öppna upp för något nytt.

"Jaa, det betyder ju inte att du inte får bli upprörd. Men när du är upprörd så gå till tårna och känn - vad gör de - och så kan du ju känna hur det är att vara upprörd och låta tårna vara nere", föreslår Rebecka.

"Vandra lite fram och tillbaka och känn hur det är att sträcka ut fötterna ... känn efter hur långa de är .. "

"Jaa, de är jättelånga ..", säger Svea.

"Dom är långa! Hoppas att du får ner dem i skorna", säger Rebecka och tar Svea under armen när de går, och de skrattar båda. Svea tar en sista runda över golvet och sedan avslutar Rebecka sessionen med att säga: "Men då så. Då avslutar vi där tycker jag." Svea nickar mot Rebecka och sedan mot mig och vi skrattar lite alla tre åt att nu är det över med filmningen. Därefter avrundar vi med 20 minuters gemensamt samtal med Svea.

*Rebeckas kommentar.*

Det tog lång tid för henne att ge efter i fötterna och benen och hade jag varit ensam med henne tror jag inte det hade tagit så lång tid. Jag blir fundersam efteråt. Hur kunde jag hålla på så länge? Men det var så segt.

När hon sedan kom upp så hamnade hon på hälarna, drog sig bakåt. Normalt så skulle hon nog inte hamna på hälarna direkt när hon ställde sig. Det var nog reaktionen inför kameran när hon kom upp. Men med väldigt lite instruktioner så kom hon tillbaka till en balans över fötterna igen. Jag tror det var en spegling av hur hon ställde upp på att vara där i rummet med kameran.

## Den filmade behandlingen med Carin och Anncharlotte

Filmningen av Carin och Anncharlotte gjordes den 11:e behandlingsgången i deras totala behandlingsprocess. De hade då haft behandlingskontakt i cirka sex månader.

Vi behövde inte göra några omflyttningar i rummen för filmningen, utan allt var som det brukade, förutom att jag fanns som ett tredje öga i rummet. Carin har två rum som hon använder för behandling. Det ena rummet är en kombinerad expedition och behandlingsrum med skrivbordsarbetsplats för Carin, samt en samtalsplats med två karmstolar och ett litet bord emellan. Det andra rummet som ligger vägg i vägg med en dörr emellan, är ett behandlingsrum avsett för mer praktiska övningar. Detta rum domineras av en sängliknande behandlingsbänk bestående av mattor som ligger på en cirka 40 cm hög sockel. I rummet finns också en karmstol, en pall samt lite behandlingsredskap som bollar och käppar som står i ett hörn. Det går att arbeta i liggande, sittande och stående, men knappast gående i rummet. När de ska arbeta med patientens gång måste de gå ut i korridoren.

Efter filmningen uppger Carin att behandlingen innehållsmässigt i stort sett fungerade som den brukade, men att momenten med "varande" var kortare och färre än annars på grund av en viss anspänning både hos henne själv och patienten.

Nedan följer en kronologisk beskrivning av behandlingsmomenten. I rubrikerna har jag försökt fånga något av den mening som Carin ger behandlingsmomenten i intervjun i samband med att vi ser på den videofilmade behandlingen.

Vad har hänt sedan sist och vad ska vi göra idag?

Behandlingen startar vid samtalsplatsen på Carins expedition. Anncharlotte har kommit hem mitt i natten med buss från en resa till ett kloster i Frankrike och är uppfylld av sina upplevelser. Det är näst sista behandlingen och samtalet får något av en avslutande redogörelse från Anncharlottes sida över vad hon tycker förändrats för henne. Hon berättar om att hon erfarit att hon vågat vara mer sig själv i relation till andra människor och att hon kunnat hantera sin ångest på ett bättre sätt. Samtalet kommer in på andning och röst och avslutas med att de talar om en kurs i Röst och talövningar, som Anncharlotte har anmält sig till på jobbet. Andning och röst blir också dagens behandlingstema. Carin och Anncharlotte går in i behandlingsrummet. Bredvid sockeln står en karmstol som Carin sitter på under övningarna i liggande. Karmstolen står i

huvudhöjd i förhållande till patienten och är lite snett vänd i riktning mot fotändan på mattorna.

#### Att hitta närvaron i sig själv genom andning och röst

Carin lägger fram en kudde och ett papper över örngottet och säger att de kan börja en stund i liggande så att Anncharlotte kan hitta sin andning. Anncharlotte får instruktioner om att lägga sig så bekvämt som möjligt och kommer efter en stund till rätta på britsen. Därefter får hon instruktioner om att försöka låta andningen hitta sin egen rytm och ta den plats den behöver. Efter en stunds vila säger Carin att hon ska försöka känna att hon låter andningen andas i henne, att hon ska försöka att inte göra någonting utan bara vara. Carin följer Anncharlottes andetag med sin egen andning en stund. Så ber hon Anncharlotte låta rösten få vara med genom att på utandningen med slutna läppar göra tonande mmmm -ljud. Båda tonar tillsammans. "Du öppnar upp för ljudet och släpper ut det på utandningen utan att anstränga dig", uppmanar Carin och de ljudar båda tillsammans. "Försök att känna de här vibrationerna ... inne i bröstkorgen ... känn värmen i ljudet", instruerar Carin och de fortsätter att ljuda tillsammans. "Känn hur du öppnar hela vägen", lägger hon till.

De fortsätter en stund och sedan ber Carin henne att sluta tona och bara låta andningen fortsätta i sin egen takt.

#### Att hitta centrum och mittlinje i kroppen

Carin fortsätter behandlingen med att be Anncharlotte att försöka visualisera och känna sitt eget centrum i trakten av naveln och att tänka och försöka känna mittlinjen i kroppen från hjässan, utefter ryggraden och ner mellan benen, som en mittlinje som förenar höger och vänster kroppshalva och binder ihop kroppen. Därefter ber hon henne att pressa benen mot varandra och känna det som att hon tar kraften från centrum när hon pressar, för att sedan släppa och låta benen falla isär. Detta upprepas snabbare och snabbare och Anncharlotte uppmanas att hela tiden ta impulsen från centrum i övningen. Därefter ber Carin henne att släppa helt i benen och låta andningen hitta sin plats.

#### Att sträcka ut sin längd och känna var man börjar och slutar

I nästa moment ber Carin Anncharlotte att lägga armarna över huvudet så att hon kan sträcka ut sig i hela sin kropps längd. Hon ber henne vinkla upp fötter och handlovar, att tänka mittlinjen och sträcka ut hela kroppens längd från centrum genom mittlinjen. "Känn hur du sträcker och sträcker och blir som en

enda lång cell som blir längre och längre", uppmanar Carin, "Och **släpp av** alltihopa". Carin ber Anncharlotte att upprepa sträckningar och avspänning ett antal gånger och att ge utrymme för och bjuda in eventuella gäspningar. Anncharlotte släpper ut luften och gäspar ett par gånger under övningen.

Därefter ber hon Anncharlotte att ta ner armarna och lägga händerna på magen med fingertopparna mot mellangärdet och med sin uppmärksamhet följa andningen. "Känn att det andas i dig ... att du inte gör någonting ... ", är hennes instruktion.

Carins kommentar när vi ser filmen är att det är viktigt att känna var man börjar och slutar. Av den anledningen förstärker hon också den upplevelsen genom att vinkla upp händer och fötter i sträckningen i stället för att sträcka ut, som hon säger, "i tomma intel" genom tår och fingertoppar.

### Att sträcka ut sidorna och hitta sitt centrum

Efter att Anncharlotte fått en stund att vila med uppmärksamheten riktad mot andningen, ber hon Anncharlotte att ta upp armarna över huvudet igen. Den här gången för att sträcka ut en sida i taget. Hon ber henne att sträcka ut hela höger sida från centrum och ut genom höger hand och fot så att hon kan känna sidan så tydligt som möjligt från centrum och ut. "Sträck och sträck och sträck! ..... Och släpp av", instruerar Carin omväxlande för höger och vänster sida. Långsamt ökar hon i instruktionerna tempot på sträckningarna tills det blir till en snabb rörelse runt centrum: "Du kan göra det själv allt snabbare. Känn hur det rör sig i centrum", uppmanar Carin. Därefter ber hon henne att avsluta med en stor sträckning där hela kroppen får vara med och att gäspningarna kan få bli inbjudna och komma *genom* kroppen. Varefter Anncharlotte uppmanas att bara ligga och låta andningen hitta sin rytm igen.

Efter någon minuts vila och uppmärksamhet mot andningen fortsätter de med sträckningar i "stjärnan".

### Att sträcka från centrum ut i kroppens alla riktningar - "stjärnan"

Bilden av en stjärna som strålar från centrum vid naveln med fem riktningar ut från kroppen genom ben, armar och huvud, används som hjälp i den här övningen. Därav dess namn. Carin ber Anncharlotte att bredda armar och ben och ta sikte ut i hörnen. "Först kan du ligga ganska avspänd i stjärnan och känna var diagonalerna möts, där du har ditt centrum", instruerar Carin, "ligg och lyssna en stund till andningen där i centrum och försök att se figuren av den här femuddiga stjärnan framför dig". Efter en stund ber hon Anncharlotte att vinkla upp fötterna, knyta händerna och sträcka ut i alla riktningar, genom nacken likaså, så att den femte udden kommer med. "Känn hur kraften

kommer från centrum och sprider sig ända ut i varje udd", säger Carin och ber henne att också låta gäspningarna få komma om det kommer någon.

Därefter ber hon Anncharlotte att släppa av och sedan upprepa sträckningen och avspänningen ytterligare några gånger i lugnt tempo för att sedan rulla ihop kroppen till en boll med knäna mot magen: "rulla ihop dig och massera ryggen lite grann genom att rulla från sida till sida". Övningen avslutas med att Carin ber Anncharlotte att ligga och vila med böjda knän och fötterna i madrassen. (fotstödkrokliggande).

### Att hitta kraften från sitt centrum med hjälp av röst och rörelse

Nästa övning är en övning Carin och Anncharlotte gjort en gång tidigare tillsammans. Carin benämner den andningsövning och visar med handen under Anncharlottes ländrygg var hon ska pressa ner svanken mot britsen på sin utandning: "om du vill så kan jag lägga min hand här så att du känner var du ska lägga kraften någonstans", säger Carin och gnuggar med handen under Anncharlottes svank.

Därefter ber hon henne att lyssna på sin andning och efter en stund börja hjälpa till på utandningen genom att trycka ner ländryggen lite extra mot den hand som Carin håller under ryggen på henne: "när du känner att luften är alldeles ute ur dig så bara släpper du av i ryggen och låter inandningen komma alldeles passivt. Bara låter luften få strömma in och fylla tills det är fullt igen", uppmanar Carin.

Efter en stunds in och utandning ber Carin Anncharlotte att lägga till ljud på utandningen med öppen mun och ljudar själv med: "öööhhhhhhhhhh" låter de tillsammans, samtidigt som Anncharlotte trycker ut sin svank. Carin uppmanar Anncharlotte att låta det som sker ske med röst och andning och känna vibrationerna i bröstkorgen och låta det bli varmt av ljudet: "som en hel tunna som fylls med ljud", säger Carin.

Efter några gånger ber Carin Anncharlotte att avsluta en sista gång och bara ligga en stund och slappna av.

De talar om övningen efter den korta pausen efter övningen. På Carins fråga om hur det kändes, om hon kunde känna att hon fick ljud från området kring solar plexus, svarar Anncharlotte att det kändes bra och att hon upplevde det som att hon kunde släppa ner ljudet och att luften fyllde hela bröstkorgen. Carin bekräftar att det blev ett kraftigare och mörkare ljud och frågar om hon kunde känna förbindelsen .. (visar med en pendlande rörelse med handen över Anncharlottes bål). Ja, säger Anncharlotte, hon kunde känna det. De avslutar samtalet med att Carin ber Anncharlotte att lägga sig på magen för att få en stunds tryckmassage eller ryggpromenad, som Carin benämner nästa behandlingsmoment.

## Att hitta sina konturer - "cat - walk"

Anncharlotte lägger sig på magen och Carin hjälper henne att ta bort kudden och komma till rätta. Carin tar av sig skorna och uppmanar Anncharlotte att försöka koppla av helt och hållet. Går sedan upp på britsen och ställer sig gränsle över Anncharlotte med fötterna i bäckenhöjd. Rättar till Anncharlottes tröja och stryker lite över hennes axlar innan hon lägger sina händer över hennes ländrygg och börjar "ryggpromenaden". Ger tryck omväxlande på höger respektive vänster sida om kotpelaren och vandrar i bestämd och relativt snabb rytm upp och ner längs ryggen. Efter fyra "promenader" upp och ner börjar hon att ge lite mer av sin egen kroppstyngd in i trycken. Avslutar efter åtta gånger med att hålla kvar trycket över höftbenskammarna, går ner från britsen, fortfarande med handen på Anncharlottes rygg och sätter sig på knä bredvid. Lägger så händerna över Anncharlottes ländrygg och följer hennes andningsrörelser. Carins egen andning kommer in i samma rytm som Anncharlottes och hela Carins kropp rör sig med andetagen. Efter fyra andetag slutar Anncharlotte att andas och det kommer några väldigt grunda andetag. Därefter kommer en djup suck. Carin markerar ett avslut på sin beröring genom att ge ett lätt tryck och sedan ta bort händerna. Sätter sig sedan bredvid och vilar och Anncharlotte ligger kvar i tystnaden.

Efter en stund ber hon Anncharlotte att långsamt börja röra på sig och sedan att sätta sig upp. Anncharlotte tar sig upp till sittande, sträcker på sig lite och tar på sig sina glasögon.

Carin föreslår sedan att de ska arbeta vidare i sittande på stol.

## Att hitta sin inbalansering av kroppen gentemot gravitationen i sittande

Carin tar fram en stol och lägger en kilkudde på. Annika provsitter och känner att hon vill ha en mindre kilkudde. De byter kudde och börjar sedan att arbeta med sittställningen. Carin börjar med säga att Anncharlotte satt sig i en väldigt fint inbalanserad ställning med en gång. Därefter börjar hon sina instruktioner med vart Anncharlotte ska rikta sin uppmärksamhet i kroppen. Inte någon gång korrigerar hon Anncharlottes hållning utifrån, med sina händer eller i ord. I stället frågar hon hur det känns. Hon ber Anncharlotte att känna fötterna mot golvet och att hitta en lagom bredd mellan benen. Därefter ber hon henne att känna sittbensknölna under sig. Stryker med handen över Anncharlottes svank och frågar hur svanken känns. Ber henne sedan att känna sin kotpelare och mittlinje och riktningen upp mot taket och att känna efter vilken vinkel hon vill ha i ljumsken: "Du kan flytta tyngden lite grann framåt och bakåt och känna var du har sittbensknölna. Känn var du har en bra balans..... där du behöver spänna så lite som möjligt", instruerar Carin. Ber henne sedan att dra upp axlarna lite grann, känna spänningen och sedan släppa av och på samma sätt framåt och bakåt. Går vidare med att fokusera Anncharlottes

uppmärksamhet på huvudets inbalansering i framåt/bakåtböj, framskjutet/bakåtskjutet och att känna var hon har sitt medelläge. Anncharlotte arbetar hela tiden under tystnad med små rörelser i de olika riktningar hon blir ombedd att utforska.

Carin avslutar den sittande inbalanseringen genom att trycka på axlarna i kotpelarens riktning ner genom sittbensknölna. Gör samma sak från Anncharlottes hjässa. Frågar om Anncharlotte kan känna sin mittlinje när hon trycker, vilket hon säger att hon kan.

Därefter går det över till nästa behandlingsmoment som är den så kallade sittande "Dropsymassagen" där behandlaren trycker, oftast i sin egen andningsrytm, genom axlarna ner i sittbensknölna.

#### Att hitta sin kotpelare och sin andning i sittande

Carin tar fram en stol som hon sätter bakom Anncharlottes, klättrar upp och ställer sig på den. Därefter lägger hon sina händer på Anncharlottes axlar, nära halsen, och trycker på utandning med sin egen kroppstyngd genom kotpelaren ner mot sittbensknölna. Släpper upp trycket på inandning och upprepar i andningsrytmen ett flertal gånger. Går sedan över till att göra "hackningar", så kallad tapotement, löst och långsamt över hela skulderpartiet. Avslutar sin "handpåläggning" med att stilla hålla runt kappmuskeln, trapezius, och följa Anncharlottes andningsrörelser en stund med sina händer. Tar bort händerna och låter sedan Anncharlotte vila i tystnad tills Anncharlotte själv bryter övningen och delger lite av sina upplevelser.

Därefter tar de undan stolarna för att arbeta med inbalansering av kroppen gentemot gravitationen i stående.

#### Att hitta sin inbalansering av kroppen gentemot gravitationen i stående

Carin och Anncharlotte ställer sig mitt emot varandra. Carin låter först Anncharlotte trampa in ett lagom avstånd mellan fötterna som känns bra för henne. Därefter ber hon henne att stäcka i knäna och släppa och försöka hitta en ställning i knäna där hon kan vila. De går vidare till bäckenet inbalansering i höftlederna, över benen och Carin ber Anncharlotte att känna sig fram till en bäckenställning som känns så stabil så möjligt.

Därefter fortsätter de till huvudets inbalansering över kotpelaren och Carin ber Anncharlotte att först känna på framåt - bakåtböjningen av huvudet och känna in var hon har ett avspänt medelläge. Därefter ber hon henne att skjuta fram huvudet längs en tänkt linje parallellt med golvet och sedan dra det bakåt längs samma linje för att känna in var hon har ett avspänt medelläge där huvudet kan balansera över kotpelaren, i mittlinjen.

Carin testar stabiliteten i det läge som Anncharlotte har hittat i sin stående hållning, genom att trycka neråt genom axlarna mot fötterna. Gör samma sak genom hjässan. Det viker sig lite i brösttrygg och svank och A. svajjar till både när hon trycker genom axlarna och genom hjässan. Carin frågar hur det känns när hon står. Anncharlotte säger att ståendet är det svåraste och att hon känner sig inte riktigt stabil. "Du känner en svacka här?" frågar Carin och lägger sin hand över de ställen som det viker sig på. Anncharlotte nickar jakande. "Det är bara en liten aning, men den är nog så viktig", säger Carin försiktigt och hjälper Anncharlotte lite till rätta i ryggen med sina händer. Trycker henne sedan igen och säger att nu känns det stabilare.

#### Att göra sin röst hörd utan att förlora sig själv

Som avslutande moment arbetar Carin och Anncharlotte med rösten. Hon ber Anncharlotte känna fötterna som rötter som går ner i marken och hitta en stabil ståställning. Sedan gör de tonande mmmm-ljud som riktas inåt (som förut med vibrationerna som fyller kroppen). Därefter gör de aaaaa-ljud som de riktar mot en punkt på väggen framför sig. Anncharlotte blir uppmanad att inte följa med ljudet ut i rummet utan att stå kvar men låta ljudet träffa väggen. Sist gör de ssssss-ljud med kraften från mellangärdet.

Carin frågar hur rösten kändes och Anncharlotte säger att hon tyckte att hon kunde hitta kraften, att det bar. "Ja, kraften kom och gick i vågor, kände du det? Det finns mer att jobba med där, men du har verkligen kommit långt redan", säger Carin och sätter punkt för den här gångens behandling.



## Den filmade behandlingen med Ingela och Bertil

Behandlingen sker i det speciella behandlingsrum som Ingela använder för sina behandlingar. Detta ligger lite avsides från övriga sjukgymnastiken, där det är lite tystare och lugnare bland annat för att Ingela ska kunna få ro med patienterna när hon arbetar med avspänning och kroppsmedvetandeträning. Rummet har ett högt källarfönster och det finns plats för en brits och en samtalsplats med två karmstolar och ett litet soffbord emellan. För att få lite plats att göra övningar i stående måste de flytta undan britsen till väggen.

### Inledande samtal

Behandlingen inleds i karmstolarna med att Ingela och Bertil samtalar kort om tider och hur det varit sedan sist. Ingela frågar om hur det känts under veckan som varit. Han avbryter med att fråga hur det är med tider framöver. Hon tar fram tidboken och de förhandlar om flyttning av dagar och tider. Han markerar att det är hon som inte kan och inte han. Den tid, klockan 11.30, som han blir erbjuden tycker han passar dåligt. Han jobbar i lag och vet inte riktigt var han kommer att finnas mitt på dagen. "Men jag kan ju alltid lämna återbud i så fall. Vi bokar in den. Du får ge mig en lapp!" uppmanar han henne. Först därefter börjar han svara på frågan om hur veckan har varit. Han tar då upp att han har svårt att komma ihåg händelser, men att det är en händelse som han minns efter att han haft samlag med sin fru, apropå att de talat om hans sexualliv förra gången. Han berättar att när han låg och vilade efter samlaget fått en "markering" i vänster vrist.

Hon frågar hur han tänker kring det och han refererar till det de talat om tidigare från hans barndom om strumpeband, livstycken och vrister. Hon frågar om ryggen och han säger: "jädrar vad det är bra i ryggen, förutom en viss morgonstelhet."

Ingela avslutar samtalet med att initiera den övning de brukar starta det praktiska behandlingsarbetet.

### Upptäcktsresa genom kroppen - hur är det just nu?

Bertil lägger sig på rygg på britsen och Ingela sätter sig på en karmstol bredvid. Hon instruerar honom att göra en "upptäcktsresa" genom kroppen och lägga märke till hur han har det just nu i sin kropp. De samtalar om det som känns och han uppger att höger fot liksom svävar och inte riktigt ligger an mot underlaget, samt att hela kroppen känns osäker. Hon tolkar osäkerheten åt honom som en möjlig reaktion på filmningen och undrar sedan vad han vill att de ska arbeta med. Han får välja mellan fötter och ben eller rygg och bäcken.

Han svarar på frågan genom att markera med handen vid midjan och neråt och säga "Jag vill att det ska jobbas härifrån och ner."  
Hon säger att då känner hon att de ska börja med fötterna.

### Massage och passiva rörelser, fötter och ben

Ingela går ned till fotändan av britsen och börjar med att stryka, trycka och massera hans högra fot. Samtidigt samtalar de om det som känns i foten. Hon fortsätter med passiva rörelser där hon rullar hela benet utåt-inåt från foten. På filmen syns det att han släpper igenom rörelseimpulsen ända upp i ryggen och han säger att det är en "perfekt rörelse", en rörelse som "ger liv" och som dessutom gör honom påmind om vänster ben.

Ingela arbetar därefter en stund med vänster fot på samma sätt. De samtalar om det som känns och hon försöker få honom att uttrycka det han känner och göra kopplingar i kroppen mellan det som känns på olika ställen. Efter detta moment får han ligga och känna reaktionen efter.

### "Cat - walk" längs ryggen

Därefter får Bertil lägga sig på mage. Ingela klättrar upp på britsen och ställer sig med ett ben på varje sida om honom på britsen. Förflyttar sig sedan ner och upp längs hans ryggrad genom att trycka/tynga med sin kroppstyngd och sina händer ömsom på höger och ömsom på vänster sida av hans bröstorg/rygg. Detta behandlingsmoment kallas "cat walk", då det påminner om en katt som står och trampar när den spinner. Momentet avslutas med att hon sätter sig bredvid honom på britsen och följer hans andning med händerna vilande över hans ländrygg. Han får därefter ligga och känna reaktionen efter. De samtalar om det som känns.

### Diskussion om vad de ska göra härnäst

Ingela ger därefter ett förslag om att de ska arbeta i stående, vilket Bertil inte alls har lust med. Samtidigt blir han irriterad över att hon "backar", som han säger, bara för att han inte vill. Han uppger att hon får fortsätta och styra nu när hon har börjat med det, även om han inte tycker riktigt om att arbeta i stående. Ingela bestämmer då att han ska göra sig i ordning för att gå upp i stående. De skrattar båda åt paradoxen - att han bestämt att hon ska bestämma.

## Stående övningar

Efter att ha flyttat undan britsen arbetar de med övningar i stående. Han uppmanas att känna efter hur han står och "trampa in sig"- hitta en stabil ställning att stå i. Han trampar planlöst och visar på olika sätt att han inte gillar att stå - klagat över känningar i magen osv. Till slut ställer han sig, på Ingelas uppmaning, som han själv vill med händerna på ryggen och benen lätt isär och vinklade utåt, "meniga" i det militära.

Ingela övergår till att instruera honom om att spänna och släppa i lårmuskulerna, vilket han gör två gånger utan större inlevelse. Han visar på olika sätt att han inte har det bra. Är motoriskt orolig, skakar på ena axeln och markerar att det är obehag i magen, sätter händerna i midjan och sträcker ryggen samtidigt som han grimaserar illa. Ingela ber honom då att gå runt lite i rummet om det inte känns bra att stå stilla. Han tar upp att han mår så mycket bättre av att motionera och röra sig och att hans besvär började när han inte kunde springa längre för två år sedan. Säger att han inte trivs att gå runt och trampa så sakta heller utan att han vill ha lite jävla anamma.

"Jaha. Om du trampar med lite jävla anamma då!" svarar Ingela.

Han går skrattande med på att trampa runt lite med jädra anamma, men tillägger att han trivs inte med det heller. Han säger att han på något sätt tycker det är meningslöst och han hellre gör nån lek eller något, där han får ut samma. Då blir han mer målinriktad uppger han.

- "Det är det här att bara vara ... som känns lite jobbigt då", säger Ingela.

Hon frågar honom om hur han känner fötterna mot golvet och han svarar då att det är mycket bättre än när de började behandlingen för länge sedan, för då kunde han ju knappt stå såhär. Han känner det som om han står så stadigt att det känns som om det går en bult igenom var fot. Uppger också att det inte längre känns någon skillnad på höger och vänster utan de känns lika i stående, till skillnad från hur det var i liggande. Det enda som han tycker markerar är i ryggen, där han känner det som ett band över korsryggen.

Ingela föreslår att han ska försöka balansera in bäckenet genom att kuta och svanka. Han faller då hela överkroppen fram och tillbaka utan att kuta och svanka.

Ingela initierar då tyngdöverföring i stående, framåt och bakåt.

Han markerar med en cirkelrörelse över magen att det är något som inte stämmer, att det är ett illamående eller sug i magen.

Ingela frågar hur det blir om han lyfter och sänker axlarna lite. Han svarar med att han har svårt att uttrycka vad det är.

Då föreslår hon att han ska väga fram så att tyngdpunkten kommer över tårna och hon frågar om hur det blir då.

Det tycker han inte om, säger han.

Ingela frågar vad det är som händer då och han svarar att då trivs han inte med fötterna.

Slutligen säger hon: "ta nu och trampa runt här då, som du känner att du vill då."

Han trampar då runt lite, som om han skvätte i vattenpölar och säger att det är de stackars vristerna. Han vill ha rörelse i vristerna. Det är det han strävar efter.

Ingela säger: "Du vill röra på dem."

Ingela avslutar därefter behandlingen och ber mig gå ut. De båda avslutar sedan med att samtala om hur han upplevt det att bli filmad.