

AFFEKTREGULERING



ERFARINGER FRA PRAKSIS

De neuroaffektive kompasser er vigtige værktøjer i planlægningen af den fysioterapeutiske intervention til patienter med psykiatriske lidelser. Artiklen gennemgår teorierne bag kompasserne, og hvordan de indgår i behandlingen på Middelfart Sygehus.



LÆS OGSÅ

To cases illustrerer to behandlingsforløb med patienter med skizofreni med henholdsvis udadreagerende adfærd og en adfærd domineret af hypoarousal. SIDE 48.



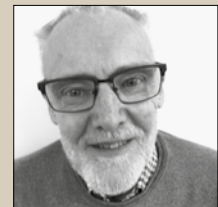
LÆS OGSÅ FYSIO.DK

Lone Katballe og Aksel Grosens artikel 'Psykiatrisk fysioterapi med afsæt i mentaliseringsbaseret terapi', Fysioterapeuten nr. 2 2014.
fysio.dk/mentaliseringsbaseret-fysioterapi



LONE KATBALLE

Ledende fysioterapeut,
psykiatrisk afdeling
Middelfart.



AKSEL GROSEN

Overlæge, psykiatrisk
afdeling Middelfart

Kompasanalysen sætter retning på den fysioterapeutiske intervention

På psykiatrisk afdeling på Middelfart Sygehus har man gode erfaringer med at benytte affektregulerende fysioterapi med afsæt i mentaliseringsbaseret terapi til patienter med enten lavt eller højt arousalniveau. Artiklen beskriver, hvordan man med udgangspunkt i en neuroaffektiv kompasanalyse kan hjælpe patienten med at regulere sine affekter.

AF LONE KATBALLE OG AKSEL GROSEN

DER ER I DE SENERE ÅR kommet fokus på, hvad der skal til for at nedbringe tvang i psykiatrien. Psykiatrisk afdeling på Middelfart Sygehus har i flere år blandt andet gjort brug af en mentaliseringsbaseret tilgang i behandlingen af patienterne på sygehuset (1). Denne artikel beskriver, hvordan fysioterapeuterne på baggrund af en neuroaffektiv kompasanalyse bruger affektregulerende fysioterapi med afsæt i mentaliseringsbaseret terapi (AF-M) til at behandle patienter, der er udadreagerende og har svært ved at regulere og rumme konfliktfyldte og ubehagelige følelser. To cases illustrerer et behandlingsforløb med patienter med diagnosen skizofreni, hvilket er den dominerende diagnose i retspsykiatrien. Erfaringsmæssigt er AF-M egnet til såvel patienter med en psykotisk lidelse (fx skizofreni, bipolar), en vanlig psykisk lidelse (fx PTSD, depression, misbrug), samt til patienter med en emotionel ustabil personlighedsstruktur (impulsiv eller borderline).

Patienter med ovenstående psykiske lidelser udviser ofte, i presede situationer, impulsiv aggression (2). Grundlæggende er de

MENTALISERINGSBASERET TERAPI

Affektregulerende fysioterapi med afsæt i mentaliseringsbaseret terapi (AF-M) er en integreret del af behandlingen af psykisk lidelse på Middelfart psykiatrisk afdeling. Den har fokus på, hvorfor og hvordan den psykiske lidelse manifesterer sig med kropslige og adfærdsmæssige symptomer. AF-M gør brug af forskelligartede kropslige og mentale interventioner. AF-M tager udgangspunkt i en forståelse af, at en kropslig tilgang kan være med til at udvikle og opbygge patientens mentaliseringssevne (1).

prægede af frygt, angst og sårbarhed og er ofte fastlåste i deres egne forudfattede meninger om, hvad de tror, andre tænker om dem. De kan fx have en oplevelse af, at medpatienterne eller personalet er utilnærmelige eller tænker negativt om dem, selvom det modsatte gør sig gældende. De reagerer derfor enten med fjendtlighed eller ➤

⇒ tilbagetrækthed, når deres behov ikke opfyldes. De er således på skift i en tilstand af enten hyper- eller hypoarousal.

Neuroaffektiv teori

Den teoretiske baggrund for AF-M tager udgangspunkt i Susan Harts neuroaffektive udviklingsteori (3), der samler den nyeste viden inden for hjerneforskning og udviklingspsykologien med teorier om tilknytning. Susan Hart inddrager bl.a. den portugisiske professor i neurovidenskab Antonio Damasio's teori om de somatiske markører (4,5) og den amerikanske professor i psykologi Daniel Sterns teori om udviklingen af selvfølelse (6). Sterns teori om betydningen af de første nonverbale stadier, som han kaldte det gryende selv, kerneselvet og det intersubjektive selv, kan illustrere, hvordan en kropslig indgangsvinkel kan være med til at skabe psykisk udvikling (7).

Den neuroaffektive udviklingsteori præsenterer en forståelse af menneskets følelsesmæssige udvikling i samspillet med andre. Den tager afsæt i Paul MacLeans model (8,9) af den treenige hjernes tre funktionsniveauer: den mentaliserende (tænkende, sprogliggørelse af tanker), den følende (følelsesmæssig afstemning) og sansende (kropssanser) (figur 1). Hjernens hierarkiske struktur gør, at de højere funktioner arbejder på basis af de lavere funktioner, mens de lavere funktioner kan fungere uafhængigt af de højere, om end de også vil kunne hæmmes af de højere bevidste funktioner. Normalt vil de forskellige lag være tæt forbundne, så der er sammenhæng i en persons indre og ydre virkelighed. De tre niveauer samarbejder om at regulere energiniveau og følelser med impulshæmmende funktioner.

Kompasanalyse

Susan Hart udviklede i 2010 et analyseredskab, som kan anvendes i behandlingen af børn og voksne. Analyseredskabet de 'Neuroaffektive Kompasser' tager udgangspunkt i modellen om den treenige hjerne, og der er således defineret et kompas til hver af de tre niveauer.

Kompasserne kan vi som fysioterapeuter bruge som et slags landkort at navigere efter, når vi med den kropslige tilgang støtter op om patientens personlighedsudvikling. Kompasserne beskriver evnen til selvregulering, som udvikles i relation og tilknytning til andre, men som kan ryge ud af kurs pga. omsorgssvigt, traumer, psykisk sygdom mv. Patienterne kan således blive låst i uhensigtsmæssige stressreaktioner. Disse fastlåste tilstande eller flaksende tilstande mellem yderpolerne er problemstillinger, vi ofte arbejder med som fysioterapeuter i psykiatrien.

Anvendelse af kompasserne i praksis

Når fysioterapeuten har vurderet, hvor patienten befinder sig i kompasserne, kan der tilrettelægges en bottom up eller top down intervention. Bottom up vil sige, at man doserer behandlingen mhp. et ønskeligt arousalniveau samt passende mængde sansestimulering uden nødvendigvis at sprogliggøre dette for patienten. Sansningerne og arousalreguleringen forplanter sig til en følelsesmæssig tilstand i det limbiske system. Hvis det lykkes at ramme et passende energiniveau i en vis behagelig tilstand, kan der på det præfrontale niveau skabes bedre forudsætninger for at arbejde på at tolke og sprogliggøre det, der opleves.

Top down vil omvendt betyde, at fysioterapeuten inddrager patienten i en mere kognitiv bevidst tilgang til behandlingen, hvor patienten via sin tænkning og fx egne valg af øvelser, lægger mærke til, hvordan følelses- og sanseniveauet reagerer på det, han/hun laver. Herved kan patienten opleve at få en vis indflydelse på eget følelsesliv og kropslige fornemmelser. Man kan overordnet sige, at der arbejdes med at finde hensigtsmæssige kropslige strategier, som patienten kan anvende i dagligdagen, måske relativt ureflekteret med hjælp fra personale eller mere bevidst og selvstændigt.

Kompasanalysen er stadig ny på Psykiatrisk Afdeling Middelfart og det er derfor fysioterapeutens opgave at udbrede kendskabet til analysen og anvendelsen af den til det øvrige personale.

Det er vigtigt, at fysioterapeuten er bevidst om, hvorvidt patienten kan profitere af enten en bottom up eller top down intervention eller måske en kombination. Er patienten ikke i stand til at mentalisere eller magter det i ringe grad, kan det være svært at komme igennem med top down terapi. Omvendt kan personer, som meget let bliver overvældede og forskrækkede over egen sansning eller oplever voldsomt ubehag ved de mindste udsving i arousalniveau, have det svært med ren bottom up intervention.

Det er også vigtigt at afklare, hvor patientens aktuelle og nærmeste mestrings- og udviklingszone ligger. Det har stor betydning for behandlingen, at patienten i forbindelse med behandlingen oplever egen mestring og en følelse af egenkontrol.

Fra ydre regulering til selvregulering

Menneskets evne til selvregulering udvikles i samspil med andre. Hvis patienten aldrig har tilegnet sig egenkontrol eller har mistet evnen efter psykisk sygdom eller traumer, er der brug for, at vi støtter og guider patienten, når denne skal arbejde med selvudvikling.

I begyndelsen vil fysioterapeuten sørge for, at de ydre rammer ikke forstyrrer patienten i arbejdet, men giver en tydelig struktur og de klare regler, der skal til for at skabe ro og forudsigelighed.

FIGUR 1



Den treenige hjerne

Sansenhjernen - krybdyrhjernen

Krybdyrhjernen er det nederste, laveste niveau i hjernen placeret tæt ved hjernestammen samt i det autonome system. Det er et basalt sansende og arousalregulerende niveau, som er med til at styre vores evne til opmærksomhed og nærvær samt energiniveau. Herfra styres vores arousalniveau, så det passer til situationen. Fra denne del af hjernen udspringer også vores kropslige fornemmelser, der bl.a. udløses i forbindelse med primitive instinkter og reflekser, såsom kamp, flugt, stivnen eller det modsatte ved at være i en afslappet tryk tilstand. Man taler om, at dette niveau er følelselivets rod og det fysiologiske grundlag for at kunne mærke, om noget er behageligt eller ubehageligt. Disse kropslige fornemmelser er en forudsætning for, at en person overhovedet kan mærke sin egen eksistens og afgrænsning. Sansningen af os selv er ligeledes en forudsætning for at kunne mærke andre og leve os passende ind i, hvordan de har det.

Følelhjernen - pattedyrhjernen

I det limbiske niveau i hjernen opstår de grundlæggende følelser, der kaldes kategorialfølelser og omfatter glæde, tristhed, frygt, vrede og afsky. Ud fra disse følelser aktiveres vores handlinger. Det er også her, at samspillet med andre mennesker forfines, og vi lagrer vores erfaringer om samspillet med andre. Vi er fortsat på et niveau i hjernen, hvor oplevelserne ikke sprogliggøres, men ofte kaldes mavefornemmelser.

Tænehjernen - præfrontal cortex

Det øverste niveau, frontallapsystemet, er niveauet for komplekse følelser og rationel tænkning. Her findes vores bevidste funktioner, såsom sprog, at finde mening med tingene, abstrakt tænkning, behovsudsættelse, impuls kontrol, viljestyrede handlinger, samt evnen til at mentalisere. Mentalisering kræver, at vi kan reflektere over og forholde os til egne følelser og sansninger, der udspringer fra lavere niveauer af hjernen. Det er også i forlængelse heraf, at evnen til at forstå, hvad der sker følelsesmæssigt for andre, udvikles. Systemet er først færdigudviklet i 21-23 års alderen.

Det er også nødvendigt at opstille nogle klare rammer for selve behandlingsseancen. Det handler fx om, hvor behandlingen foregår, hvornår, hvor længe, hvad der skal trænes i, hvad patienten kan være med til at bestemme, og hvad terapeuten bestemmer undervejs. Denne struktur er en forudsætning for at selve behandlingen kan finde sted og lykkes.

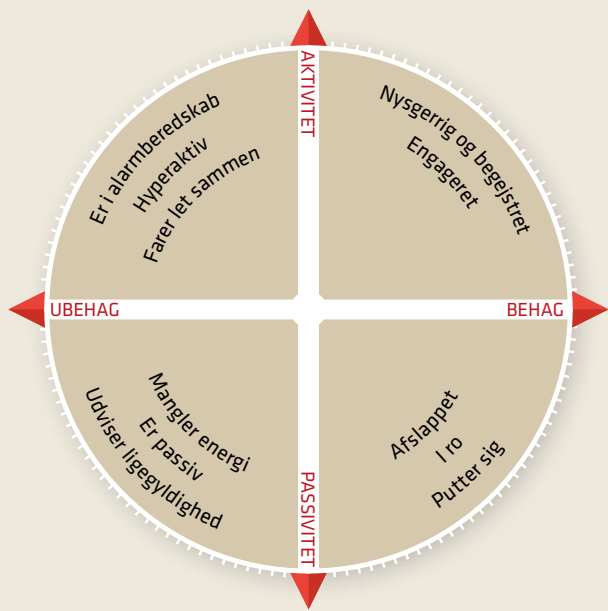
Efter at have opstillet rammerne for behandlingen vil fysioterapeuten indgå i et samarbejde med patienten, hvor det er fysioterapeutens opgave at hjælpe patienten med at opnå en bedre balance i de tre kompasser. Der er her tale om en symmetrisk relation mellem patient/behandler med et asymmetrisk ansvar. For det er fysioterapeuten, der har ansvaret for at tilrettelægge og dosere relevante interventioner og indgå i en ligeværdig interaktion med patienten.

Behandlingsprocessen kan strække sig over en længere periode eller bestå af få seancer. Målet er, at patienten opnår så høj en grad af selvreguleringssevne som muligt, så han kan håndtere udfordrende situationer og relationer uden for behandlingsrummet.

Fysioterapi - en vigtig del af behandlingen

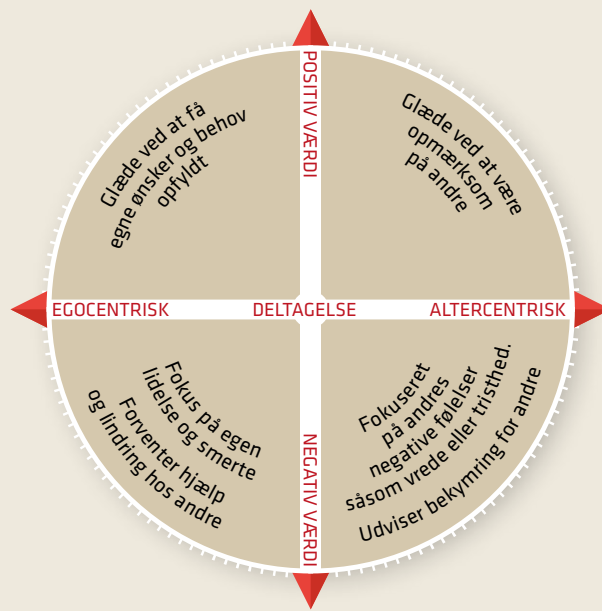
På psykiatrisk afdeling Middelfart er AF-M en integreret del af behandlingen, der skal føre til at patienterne får en bedre affektregulering og mentaliseringsevne. Der arbejdes målrettet med fysioterapeutiske behandlingsinterventioner, som øvelser, massage, sport, afspænding, så de matcher patientens mestringzone i de forskellige niveauer i hjernen. Fysioterapeuten har primær fokus på det autonomt sansende og det limbiske kompas, hvor behandlingen ➡

Det autonome kompas
REGULERING AF AROUSAL OG KROPSSANSNING



FIGUR 2. Dette kompas bruges til at vurdere en patients arousal-niveau. Den lodrette akse markerer, om personen har et højt eller lavt arousal-niveau. Den vandrette akse beskriver om en given sansning er behagelig eller ubehagelig.

Det limbiske kompas
FØLELSER FORBUNDET MED SAMSPILLET MED ANDRE



FIGUR 3. Den vandrette akse i det limbiske kompas analyserer, i hvor høj grad personen er optaget af sig selv eller andre, og den lodrette akse viser, hvilken værdi personen oplever ved det.

De tre kompasser

Det autonome kompas

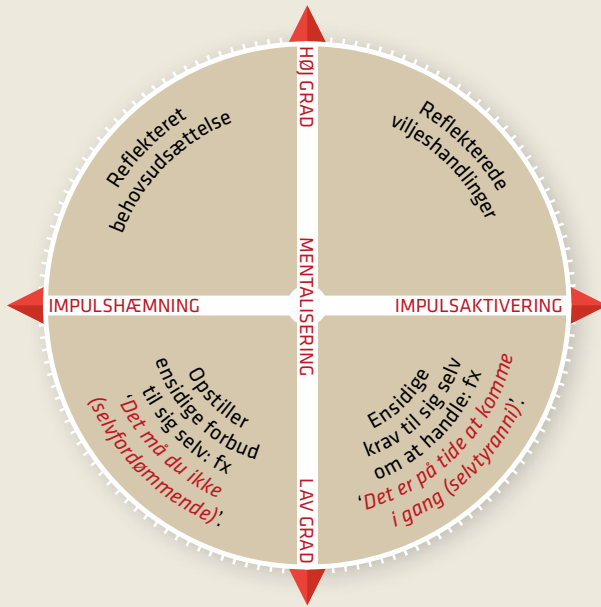
Med det autonome kompas (figur 2) kan vi vurdere patientens arousalniveau. Man kan enten være i et højt eller et lavt aktivitetsniveau/arousalniveau og begge tilstande kan opleves behagelige eller ubehagelige. Kompasset illustrerer de fire tilstande, man kan være i og som er normale for os alle. Det kan for eksempel være følelsen af: henrykkelse (øverste højre del), afslapning og ro (nederste højre del) passivitet og ligegyldighed (nederste venstre del). Bruges kompasset til at vurdere en person, som er røget ud af kurs i det autonome kompas, kan det se således ud: overaktivitet/træningsafhængighed (øverste th), fjernsyns-/computerafhængighed (nederste th), kollaps, følelsesløshed og dissociative tilstande (nederste tv), og kamp-/flugtreaktioner (øverste tv). På dette niveau arbejdes med at afbalancere patientens arousalniveau samt stimulere kropssansningen i passende grad.

Det limbiske kompas

Det limbiske kompas bruges til at analysere personens følelsesmæssige tilstand. Den vandrette akse er udtryk for, i hvilken grad vi er optaget af os selv (egocentriske deltagelse) eller andre (altercentriske deltagelse). Den lodrette akse viser den følelsesmæssige værdi, vi tillægger samværet med andre eller manglen på samme. Startende i højre øverste fjerdedel: vi kan alle opleve glæden ved at gøre noget godt for andre, være bekymret på andres vegne (nederste th), fokusere på eget ubehag (nederste tv) eller glæde os over at få vores ønsker opfyldt (øverste til venstre). En overbelastning på dette niveau kan føre til: altopførende adfærd ift. andre, en oplevelse af at være offer og med en forventning om, at andre er negativt indstillede over for ham/hende. Optaget af sin egen lidelse uden forventning om hjælp fra andre eller ekstrem selvoptagethed og fokus på egne behov. Fysioterapeuten skal møde og anerkende patienten i dennes ofte fastlåste, diffuse og kaotiske følelser. Patientens deltagelse tilpasses, så han bliver mødt, hvor han er, men samtidig skubbes lidt i en hensigtsmæssig retning, fx med forventning om samarbejde og interaktion med terapeuten eller andre.

Det præfrontale kompas

IMPULSKONTROL OG EVNE TIL AT MENTALISERE



FIGUR 4. Den vandrette akse i det præfrontale kompas handler om, hvorvidt personen er i stand til at hæmme sine impulser eller ej og kan gøre det, også selv om han ikke har lyst til det. Den lodrette akse udtrykker, i hvor høj grad personen er i stand til at mentalisere dette.

Det præfrontale kompas

Det normale vil være, at vi har evnen til at se os selv udefra og andre indefra. Når vi er roget ud af kurs på dette niveau, vil der være en endeløs strøm af rationelle forklaringer og argumenter, som ikke nødvendigvis har hold i virkeligheden og derved får mennesket til at træffe beslutninger, som er uhensigtsmæssige. Det som også kaldes intellektualisering eller pseudomentalisering. Hvis vi ryger ud af kurs i bunden af kompasset, fremstår personen som styret af en indre dommer eller slavepisker. Er personen ude af kurs på den vandrette akse, der vedrører behovsstyring, har denne enten meget svært ved at tage sig sammen til at gøre ting, som han ikke har lyst til (fx stå op om morgenen) eller svært ved at bremse sig selv i ting, han har meget lyst til (fx alkohol eller stoffer).

På dette niveau arbejder fysioterapeuten med at øge patientens forståelse af sammenhængen mellem sansninger og følelser, og adfærd og bevidstheden om deres relation til hverdagen og livshistorien. Der arbejdes også med at kunne være i sine sansninger og følelser uden at være nødsaget til at handle på dem.

kan gennemføres, selvom patienten har svært ved at sætte ord på sin tilstand. På disse niveauer arbejdes der struktureret med sansningen og nervesystemets sympatiske og parasympatiske regulering. Det er dog samtidigt også vigtigt hele tiden at være opmærksom på at stimulere patientens mentaliseringsevne og dermed bevidstheden om egne kropslige signaler og adfærd, samt opøve evnen til at være i samspil med terapeuten omkring noget meningsfuldt.

De daglige udfordringer

Miljøet på psykiatrisk afsnit er i høj grad belastet af patienter med impulsiv aggression.

Vi har erfaringer for, at der er tre væsentlige områder, der skal sættes fokus på, hvis den fysioterapeutiske behandling skal have effekt. Først og fremmest må fysioterapeuten være bevidst om sin egen indre tilstand og kunne regulere sig selv, hvis det er nødvendigt. Fysioterapeuten skal både kunne regulere sig selv op og ned i arousalniveau og være bevidst om, hvad der handler om hende selv, og hvad der hører andre til (ego/alter position).

Det kan være svært at få kontakt til patienter, som er plaget af mistillid. Ofte skal der flere forsøg til, før patienten begynder at få tillid og tryk til fysioterapeuten og ønsker at indgå i et samarbejde om den egentlige undersøgelse og behandling. Fysioterapeuten må være vedholdende og opsøgende.

Det sidste vigtige område er at få den ydre struktur og samarbejdet med andet personale til at fungere optimalt. Det vil sige at få opsat de rette ydre rammer. Mange af de dårligt fungerende patienter kan ikke selv holde styr på behandlingstider og kan have svært ved at komme ud af sengen og være klar i passende tøj, når der er behandling. De har ligeledes svært ved at holde fast i de øvelser og strategier i hverdagen, som har vist sig at have positiv effekt i behandlingen. Dette nødvendiggør et tæt samarbejde med det personale, som er omkring patienten på skift i løbet af af døgnet. ●

To patientforløb

Ibrahim – en patient i hypoarousal

IBRAHIM HAR DIAGNOSEN skizofreni og er periodevis stofmisbruger. Han er indlagt i retspsykiatrien pga. voldshandlinger. Han har tendens til udadreagerende adfærd, hvor han uden forvarsel slår både personale og medpatienter. Fysioterapeuten har behandlet Ibrahim i 1½ år 2-3 gange om ugen med henblik på affektregulering. Han trækker sig ofte tilbage og bruger de fleste timer i sengen eller i en lænestol. Han virker trist og tillukket. Han bevæger sig mellem et lavt og højt arousalniveau. Kompasanalysen viser, at han har brug for at finde balance i det autonome system, så han ikke springer fra den ene yderlighed til den anden, det vil sige fra kollaps til kamp. Fysioterapeuten arbejder på at løfte arousalniveauet i passende grad og stimulere den basale sansning gennem aktiv styrketræning, gå- og løbeture samt Basic Body Awareness Therapy-øvelser (BBAT) på gulv. Der bruges også facilliterende massageformer af kropsområder, som Ibrahim ikke har så god kontakt med. Ibrahim har svært ved at mærke sine ben, og han giver udtryk for tilfredshed, når han igen får genetableret kropskontakten. Her arbejdes med de basale forudsætninger for at mærke egne kropssansninger og blive bevidst om behag og ubehag. I starten vælges interventioner, som ser ud til at vække velbehag for at opbygge positive erfaringer og ro i nervesystemet.

Ibrahim har tendens til at køre højt tempo og tung vægt i øvelserne, hvilket lader til at forhøje hans arousalniveau i en grad, der ikke er hensigtsmæssig for ham. Han giver udtryk for, at det bliver ubehageligt og fortæller: 'det kører for stærkt inden i mig'. At han kan sætte ord på sine kropslige fornemmelser, tyder på, at han har en vis mentaliseringsevne i det præfrontale kompas. Han kan dog kun sætte ord på sine basale kropssansninger. Fysioterapeuten støtter ham i at vurdere, hvordan det er for ham følelsesmæssigt, når 'det kører for stærkt' og har mulighed for kort at drøfte, om følelsen fx hænger sammen med vrede, glæde eller frygt/angst.

Behandlingsintensiteten øges gradvist ved at tilpasse den til Ibrahims nonverbale, autonome reaktioner, så hans tolerancetærskel ikke overskrides, og hans kampreaktion ikke aktiveres. Fysioterapeuten synkroniserer sig med Ibrahims nervesystem i en nonverbal dialog og med anvendelse af krops- og ansigtskommunikation. Hun registrerer små ændringer i åndedræt, hudfarve, ansigtsmimik, motoriske impulser og kropssposition og responderer med sin egen

krop og ansigt. Der bruges intervaltræning, så Ibrahim trænes i at kunne tåle skift mellem et højt og et lavt arousalniveau.

Det kan ind i mellem være meget svært at få kontakt til Ibrahim, da han let låser sig fast i en egoposition på det limbiske niveau. I denne tilstand ønsker han ikke at være med til nogen form for aktiviteter og har ingen positive forventninger til samværet med andre. Fysioterapeuten kan have held med at få Ibrahim til at deltage i en meget enkel træning, så som en gåtur udenfor. Der skrues ned for forventningen til det præfrontale kompas, og der fokuseres i stedet på synkroniseringen uden ord i det autonome kompas. Fysioterapeuten finder ind i patientens gangtempo og prøver at give Ibrahim en oplevelse af at blive mødt. Denne oplevelse stimulerer det limbiske niveau og bringer ham fra en egoposition til et større socialt engagement. Efter 10 minutters gangtræning begynder han at indlede dialog med fysioterapeuten. Under træningen er fysioterapeuten aktivt deltagende som rollemodel for at give Ibrahim mulighed for at kopiere og imitere hensigtsmæssige bevægelsesmønstre. Det kan handle om kraftanvendelse, tempo, holdningen, ansigtsmimik mv. for at udvikle hans evne til at indgå i et passende samspil med andre mennesker. Fysioterapeuten begrænser den verbale guidning, da Ibrahim får en bedre kvalitet i bevægelserne og er mere positivt deltagende uden end med guidning.

Ibrahim vil helst træne det, han selv mener, er bedst, og det kræver en tydelig ydre regulering og rammesætning for at fastholde ham i den træning, som har den mest hensigtsmæssige affektregulerende effekt. Efter 1½ års indlæggelse og behandling er det yderst sjældent, at Ibrahim slår mere. Han lader til at have fået en bedre grundlæggende arousalregulering, om end han stadig har brug for meget støtte i hverdagen for at opretholde den. Hans frustrations-tærskel er øget en smule, så han i en vis grad kan udholde at skulle udsætte sine impulser og tage imod anvisninger i hverdagen. Han er interesseret i mere samvær og samarbejde med andre og har for det meste positive forventninger til behandlingen med fysioterapeuten. Han begynder at kunne sætte ord på egne frustrationer, når han støttes til det. ●


Flemming – en patient i hyperarousal

FLEMMING HAR DIAGNOSEN skizofreni og er lavt begavet. Han er medicinmisbruger. Flemming har været indlagt mange gange de sidste par år, og hver gang får han affektregulerende behandling af fysioterapeuten sideløbende med den medicinske og miljøterapeutiske behandling. Flemming er meget urolig og omkringvandrende. Han 'kravler på væggene' og ser ud til at være fastlåst i en tilstand af høj arousal. Flemming er meget snakkende og springende i sin tankegang og let afledelig. Hvis han ikke får sine ønsker og behov dækket, bliver han vred og skælder ud med et meget grimt og ofte seksualiserende sprog. Han har ikke selv fornemmelsen af, at han råber, og han forstår ikke, at hans sprog er anstødeligt. Hans mentaliseringssevne i det præfrontale kompas er stort set ikke eksisterende. Han kaster rundt med inventaret på afsnittet, og har tydeligvis svært ved impuls kontrol. Fysioterapeutens kompasanalyse viser, at Flemming har meget svært ved at fornemme sig selv, idet evnen til basal sansning er nedsat og han har det ubehageligt, når han er i tilstand af lav arousal. Flemming får daglig fysioterapi i 15-20 minutter. Der sættes ind med en arousaldæmpende tilgang, hvor den basale sansning og forudsætningen for at registrere velbehag og ubehag stimuleres via taktile og proprioceptive input. En stimulering af den proprioceptive og taktile sans, hvor fysioterapeuten med sine hænder giver faste tryk på ekstremiteterne og i leddenes længderetning (approximationer), giver god effekt. Der gives også massage af kranie og pande med blød massagebold. Behandlingen har en tydelig beroligende effekt på det autonome niveau, hvilket kan aflæses i suk og gab og lavere spændingsniveau i kroppen. Målet med behandlingen er at give Flemming oplevelsen af, at der findes tilfredsstillende oplevelsesmæssige alternativer til den fastlåste stressreaktion, i form af kamp eller flugt, som han vanligtvis finder sig i. Han får en oplevelse af mestring og velbehag. Med andre ord hjælpes han til at finde hjem til sin egen kropsfornemmelse og dermed evnen til at berolige sig selv.

Flemming har en forventning fra tidligere indlæggelser om, at fysioterapi kan hjælpe og siger: 'du skal hjælpe mig', hvilket viser, at der er positive tidligere samspilserfaringer i det limbiske kompas at bygge videre på. Han begynder at rette sin opmærksomhed mere

mod samarbejdet med fysioterapeuten frem for kun på sine egne behov. At han bevæger sig mod en mere altercentrisk position i det limbiske kompas ses fx den dag, hvor han har sørget for gummi-handsker til fysioterapeuten, da han synes, det er synd for hende, at hun skal røre ved hans sure tæer.

På det præfrontale niveau bliver han bedre til at kommunikere, idet han ikke kommer med seksualiserende kommentarer på trods af, at fysioterapeuten (som er kvinde) rører hans krop. Hans impuls kontrol bedres. Fysioterapeuten starter bevidst med at stimulere de perifere områder af kroppen, såsom fødder og hænder. Henover forløbet prøver hun at øge hans tolerancetærskel ved at bevæge sig mere centralt i kroppen. Efter 3 uger kan fysioterapeuten bruge psykomotoriske greb omkring lænd og bækken med henblik på at få kroppen til at falde endnu bedre til i underlaget, uden at Flemming kommer med seksuelle kommentarer. Personalet på afsnittet mærker, at Flemming er mere rolig nogle timer efter den daglige behandling, og hans præfrontale bevidsthed om dette kommer ofte til udtryk med ordene: 'Hold kæft mand, det gir bare ro'. Han støttes i at sætte ord på sine kropslige fornemmelser, han har, såvel behagelige som ubehagelige. Giver indimellem udtryk for kategorifølelser, såsom glæde og vrede. Præfrontalt sker der også en udvikling, hvor han begynder at gå i dialog om planlægning og varighed af behandling og kan tage imod guidninger undervejs eller selv komme med forslag. Flemming har svært ved at berolige sig selv med fx musik og kugledyne og har brug for plejepersonalets støtte for at kunne bruge de nye mestringsstrategier. Efter 3-4 ugers behandling udviser han sjældnere udadreagerende adfærd, der også er blevet mindre voldsom. Han tåler bedre afvisning og udsættelse af egne behov og begynder at kunne være sammen med de andre patienter på en mere passende og kontrolleret måde. ●

 [Download referencelisten fra fysio.dk/affektregulering](https://www.fysio.dk/affektregulering)