

PSYKOMOTORISK BEHANDLING PÅ ENGHAVEN

Eric Ballowitz



Psykomotorisk behandling på Enghaven

Indhold

1. Om beskrivelsen .....	3
2. Indledning .....	3
3. VIDEN – korte facts om Psykomotorisk Terapi .....	3
4. VIDEN – dokumenteret effekt af Psykomotorik .....	4
3.1 Angst og depression .....	5
3.2 Spiseforstyrrelser .....	5
3.3 Personlighedsforstyrrelser .....	5
3.4 Smertelindring .....	5
5. TEORI – det teoretiske grundlag for Psykomotorisk Terapi .....	5
6. METODE – Psykomotorik på Enghaven .....	6
5.1 Visitation .....	6
5.2 Behandling .....	6
5.2.1 Samtalen mellem terapeut og klient .....	7
7. MÅLING – brugerundersøgelse .....	8
6.1 Resultater fra den kvantitative undersøgelse (afkrydsningsskema) .....	9
6.2 Resultater fra den kvalitative undersøgelse (spørgeskema) .....	10
6.3 Konklusion af brugerundersøgelsen .....	11
8. BRAND – essens .....	12
9. Referencer: .....	12

## 1. Om beskrivelsen

Beskrivelsen henvender sig til samarbejdspartnere, nuværende og kommende beboere, personale og andre interesserede.

Beskrivelsen følger "OK-modellen": VIDEN – TEORI – METODE – MÅLING – BRAND. OK-modellen er den røde tråd i OK-fondens strategiarbejde:

- VIDEN: her beskrives korte facts om faget, efterfulgt af en gennemgang af nogle af de dokumenterede positive effekter af psykomotorisk terapi på forskellige psykiatriske tilstande.
- TEORI: her gennemgås det teoretiske grundlag for psykomotorisk terapi.
- METODE: i dette afsnit beskrives, hvorledes psykomotorisk terapi konkret bliver anvendt på Enghaven.
- MÅLING: Dette afsnit omhandler en brugerundersøgelse af brugere af psykomotorisk terapi, foretaget på Enghaven jan-april måned 2018.
- BRAND: Tre udsagn fra brugere, der har modtaget psykomotorisk behandling, der beskriver helhedsindtrykket af brugerundersøgelsen.

## Psykomotorisk behandling på Enghaven

### 2. Indledning

Enghaven har altid haft tværfaglighed som sit særkende, og i det daglige arbejder pædagoger, sygeplejersker, ergoterapeuter, assistenter og andre faggrupper på lige fod med hinanden. Endvidere har Enghaven haft fokus på sammenhængen mellem krop og psyke i mange år, og den første psykomotoriske terapeut blev ansat for 20 år siden. I de første år indgik den psykomotoriske terapeut i den daglige vagtplan og arbejdede med bostøtte, side om side med de andre faggrupper. Men i 2004 begyndte Enghaven at tilbyde egentlige psykomotoriske behandlinger til beboerne, da psykomotorisk terapeut Vibeke Sandberg blev ansat.

### 3. VIDEN – korte facts om Psykomotorisk Terapi

Fagets oprindelige inspiration kom blandt andet fra balletdansernes arbejde med krop, bevægelse og afspænding og det opstod som selvstændigt fag i 1930'erne.

Formålet med den psykomotoriske profession er at understøtte udviklingen af borgerens handlekompetencer og livsmestring med udgangspunkt i samspillet mellem krop, kognition og emotion.  
(1)

Psykomotorik er et sundhedsfagligt fag med en sundhedspsykologisk og sundhedspædagogisk profil. Psykomotorik kombinerer viden fra natur- og sundhedsvidenskaberne, samfundsvidenskab og psykologiske fagområder. Faget integrerer krop, psyke, erkendelse og handling.

Den psykomotoriske terapeuts kernekompetencer er (1):

- Undervisning, formidling, behandling, supervision og vejledning med udgangspunkt i pædagogiske og psykologiske metoder
- Håndtering af psykomotoriske problemstillinger gennem blandt andet kropslig træning, kropsbevidsthedstræning, mindfulness/awareness og afspænding
- Selvstændig planlægning, gennemførelse, vurdering og evaluering af psykomotoriske interventioner
- Facilitering og ledelse af individuelle og gruppedynamiske forandrings- og rehabiliteringsprocesser
- Bevidsthed om egne kropslige og relationelle kompetencer samt at kunne anvende disse i professionsudøvelsen
- Understøttelse af sammenhængende borgerforløb på tværs af professioner, sektorer og regioner

Udgangspunktet i Psykomotorik er, at det er med kroppen, vi møder og erfarer verden. Kroppens signaler er afgørende for at være og forstå sig selv. I Psykomotorik handler det om at aktivere ressourcer og evner til *selvregulering* (2). Det er terapeutens opgave at samarbejde med klienten om at forstå betydningen af kropssignaler. Her udgør klientens viden et stort potentiale til at forstå sin egen situation. Denne viden ligger ofte ubevidst og skjult og skal vha. den psykomotoriske behandling nænsomt gøres bevidst og tilgængelig.

#### Selvregulering:

et forsøg på at ændre sine egne tanker, følelser, ønsker/begær, handlinger og præstationer for at opretholde en balance eller normal funktion.

#### **Samarbejdet mellem terapeut og klient er centralt i Psykomotorik**

I et behandlingsforløb hos en psykomotorisk terapeut bliver klienten altid inddraget som medspiller. Det er således ikke den psykomotoriske terapeut, der objektivt betragter klienten udefra og 'ordinerer' nogle øvelser eller giver klienten manuel behandling for at 'fixe' skaderne. I en psykomotorisk behandling indgår terapeuten og klienten i et *teamwork*, hvor klienten er ekspert på sig selv. Det forventes derfor også som udgangspunkt, at klienten gør en aktiv indsats i behandlingsprocessen (3)

Det psykomotoriske arbejde er funderet i en helhedsforståelse af mennesket, og årsagerne til sygdom eller sundhedsmæssige udfordringer kan tage sit afsæt i mange forskellige sfærer – det være sig i det psykiske liv (fx stress, depression, traumer), eller det fysiske liv (ergonomi, spændinger, kropsbevidsthed, etc.). I den psykomotoriske sundhedsopfattelse kan sundhed og sygdomsforhold for den enkelte tage afsæt i den ene sfære og komme til udtryk i den anden, og krop-psykeforholdene er derfor tæt forbundne og uadskillelige (4).

#### 4. VIDEN – dokumenteret effekt af Psykomotorik

I Danmark er forskning i effekten af Psykomotorisk Terapi begrænset, da uddannelsen først i 2002 blev en professionsbacheloruddannelse. Desuden bliver forskningsmidler primært givet til universiteter og i mindre grad til professionshøjskoler.

Den danske uddannelse til Psykomotorisk Terapeut er trods dette baseret på nyeste forskning inden for de områder, som har med krop og psyke at gøre. Det er kendetegnende for faget Psykomotorik, at man trækker på forskning både fra det naturvidenskabelige og humanistiske område. Den første ph.d. som har haft et psykomotorisk fokus er af Jan Ivanouw, som har lavet ph.d. om muskeltonus og psyke i 1997. I 2017 har Ane Moltke forsvaret sin ph.d. "Sygdom og sundhed i en uregerlig hverdag". På uddannelsen i henholdsvis Hillerød og Randers samarbejder man med forskellige kommuner og med f.eks. Skejby Sygehus og Vejle Sygehus. Her arbejder man med at dokumentere effekten af Psykomotorik på forskellig vis.

I lande som Frankrig, Holland og Portugal, hvor psykomotorisk terapi har været anerkendt i en længere årrække, foreligger der noget forskning om Psykomotorik. Denne er dog sjældent udgivet på engelsk.

I det følgende kan du få et udpluk af de resultater der foreligger, som er relevante for Enghavens beboere:

### 3.1 Angst og depression

En norsk undersøgelse (5) af personer med et gennemsnit af 9 år med sundhedsproblemer viste, at alle de målte symptomer var *reduceret signifikant* efter 6 måneders behandling og at personerne efter 12 måneders behandling *fortsat* havde *forbedret* sig på alle parametre (depressive symptomer, angst, helbredsgener, træthed, livskvalitet, søvnbesvær). Symptomer på angst og depression samt livskvaliteten blev *forbedret* fra et "klinisk" niveau (omfattende i en grad der kræver behandling) før behandlingen til et "ikke-klinisk" niveau (hvor behandling ikke er nødvendig) efter behandlingen.

### 3.2 Spiseforstyrrelser

I behandling af spiseforstyrrelser viser en hollandsk undersøgelse gode resultater: Undersøgelsen beskriver en psykomotorisk model med et kropsorienteret udgangspunkt, der kan hjælpe mennesker med en spiseforstyrrelse til at forholde sig til vrede og aggressioner. De lærer herved at se aggressioner som en positiv, relationel, kropslig oplevelse – og de lærer at kontrollere vredesudtryk med den rette styrke/intensitet og til rette tid. De kliniske erfaringer indikerer, at Psykomotorisk Terapi kan fremskynde den overordnede behandlingsproces ved at få adgang til skjulte følelser og tanker og ved at udvikle færdigheder til at udtrykke disse. Der er dog behov for yderligere forskning der kan validere disse resultater. (6)

### 3.3 Personlighedsforstyrrelser

Ligeledes i Holland blev der foretaget et pilotstudie med en gruppe voldelige psykiatriske patienter med en personlighedsforstyrrelse. Her undersøgte man effekten af Psykomotorisk Terapi som en supplerende behandling til Aggression Replacement Training (ART). Studiet indikerer, at den kombinerede behandling faktisk kan resultere i forbedringer af specifikke behandlingsmål. Evnen til at kunne mestre vrede og evnen til at være kropsbekvidst i en tilstand af vrede blev forbedret noget. Effekten på den aggressive adfærd kræver dog yderligere forskning. (7).

### 3.4 Smertelindring

Et norsk studie (8) har undersøgt erfaringer med kropsoplevelser og mulige ændringer i disse kropsoplevelser hos patienter med kroniske smerter, som konsekvens af at have fået behandling af psykomotoriske terapeuter. Med én undtagelse havde alle patienter, der modtog længerevarende behandling, opnået en ny kropsbekvidsthed. Denne nye kropsbekvidsthed var afgørende for deres evne til at håndtere smerter.

Et andet norsk studie (9) af patienter med signifikante lændesmerter, udforskede kvantitative ændringer i smerteintensitet, fleksibilitet og afspænding efter behandling af psykomotoriske terapeuter. 9 af 12 patienter viste signifikant reduceret smerte efter behandlingen. Bedringen i forhold til smerte, fleksibilitet og afspænding var statistisk signifikant.

## 5. TEORI – det teoretiske grundlag for Psykomotorisk Terapi

Psykomotorisk Terapi er udviklet med afsæt i psykodynamiske teorier og metoder. Faget har forandret sig over tid og man præsenteres for mange forskellige referencerammer under uddannelsen. Men den grundlæggende tanke er, at psyken er dynamisk og at psyken er koblet til kroppen.

Den systemiske tænkning er en stor del af det teoretiske grundlag for Psykomotorikken. Den tager udgangspunkt i, at det der foregår i et system, opstår af den dynamiske interaktion mellem dets dele. Mennesket ses som et sådant system, bestående af fysiske/biologiske, psykiske, mentale, åndelige og sociale elementer, hvor alle dele påvirker hinanden.

Udover den systemiske tænkning indgår der en lang række af teorier i den psykomotoriske uddannelse, lige fra fagspecifikke områder (psykomotorisk -teori og metode, -behandling, -ergonomi og sundhedsfremme og fysisk træning), over naturvidenskabelige områder (anatomi, fysiologi og psykiatrisk sygdomslære) til humanistiske områder (psykologi og pædagogik) og til samfundsvidenskabelige områder (samfundsfag og videnskabsteori). Psykomotorisk Terapi har ligeledes sine rødder i psykoterapeutiske teorier.

## 6. METODE – Psykomotorik på Enghaven

Arbejdet med beboerne viser i en stadig større grad, at der er behov for at forholde sig til tilstande, der har deres oprindelse i traumatiske hændelser i beboerens liv. Disse tilstande er ofte ret fastlåste og de kan spænde ben for at beboeren kan opnå sine ønsker og drømme. De kan skabe store begrænsninger og har en kraftig negativ indflydelse på beboernes livskvalitet.

For at hjælpe beboerne med disse problemstillinger, har Enghavens Psykomotoriske Terapeut efteruddannet sig i behandling af traumer. Uddannelsen er specifikt rettet mod at undersøge, afdække og hele traumatiske tilstande.

I centrum af uddannelsen står metoden "Ressourceorienteret færdighedstræning" (ROF), der har sin baggrund i Bodydynamic Analyse og afspændingspædagogik. Metoden er udviklet af Merete Holm Brantbjerg.

Intentionen i metoden er at stimulere og vække kontakt til psykosocialt potentiale, som derefter kan integreres som handlefærdigheder i personligheden (10). I følge Merete Holm Brantbjerg er ROF en traumebehandlingsmetode, der har muligheden for at række helt ind i traumemønstrene og udløse kontakt til selvhelende kræfter, der kan lede vejen til nye strategier (11).

Der er opnået gode resultater på Enghaven ved hjælp af traumebehandlingen, som bl.a. har kropsligt nærvær og kropsligt baserede mestringsstrategier i fokus. Ved at træne disse strategier og færdigheder, bliver de mere og mere automatiserede og kan på denne måde øge beboerens funktionsniveau generelt. Mere specifikt kan de hjælpe med at tackle eksempelvis stress, angst og uro.

Udover psykomotoriske behandlinger varetager Enghavens Psykomotoriske Terapeut aktivitetsgrupper, der har fokus på kroppen, nemlig Yoga, svømning og behandlingsgruppen "Krop og Nærvær". Her er de overordnede temaer grounding, centrering, bevægelighed og afgrænsning.

### 5.1 Visitation

For at starte et forløb hos den Psykomotoriske Terapeut på Enghaven, skal beboeren udfylde en henvisning med beskrivelse af problemstillinger og mål for behandlingen. Målene er som oftest del af en handleplan, udarbejdet i samarbejde med kontaktpersoner, sagsbehandler og beboer. I løbet af de første sessioner vurderer man i fællesskab, om der er basis for et egentligt forløb.

### 5.2 Behandling

Der er p.t. 14 beboere i individuel behandling hos Enghavens Psykomotoriske Terapeut. Der er typisk afsat 55 minutter til en session.

Det faglige udgangspunkt for en behandling er, at alle følelsesmæssige påvirkninger ligger lagret i den fysiske krop, og at disse påvirkninger forbliver lagret dér, indtil beboeren bliver bevidst om dem og får bearbejdet dem kropsligt, mentalt og psykofysisk. (3)

En psykomotorisk behandling indeholder flere elementer. Hvor meget de enkelte elementer fylder og i hvilken rækkefølge de kommer, kan variere fra gang til gang, afhængig af omstændighederne.

Elementerne er

- samtale
- manuel behandling
- instruktion og samarbejde om øvelser

Se nærmere beskrivelser af elementerne her:

### 5.2.1 Samtalen mellem terapeut og klient.

En session starter som regel med en samtale, hvor terapeuten spørger ind til dagsformen: hvordan har beboeren det lige nu, hvilke problemstillinger fylder for tiden, m.m. Der spørges især ind til psykiske og fysisk/kropslige tilstande nu og her. Dette bl.a. for at afdække grad af sårbarhed og grad af realitetsorientering (om man er psykotisk e.l.).

I dialogen med beboeren afdækkes også, i hvilken styrke eller intensitet beboeren oplever kropsfornemmelser. Det kan f.eks. dreje sig om uro i krop eller ben, kulde i fødderne, trykken eller ubehag i maven, spænding i skuldrene eller andre kropsfornemmelser. Det kan også dreje sig om mere generelle fornemmelser, som eksempelvis grad af ubehag/velvære, ro/uro, tillid/angst, m.m.

En vigtig del af behandlingen er at spørge ind til forskelle i kropsfornemmelser og kropstilstande: før og nu, før og efter samtalen/behandlingen, siden sidste behandling og nu, etc. Her benytter terapeuten sig ofte af skalering, typisk vha. af en skala fra 1-10. Dette giver et vigtigt fingerpeg af, i hvilken retning man skal arbejde.

Nogle beboere vil have en let og umiddelbar tilgang til deres kropsfornemmelser, andre har en begrænset kontakt til kroppen og mangler måske ord for, hvad de eventuelt mærker. I disse tilfælde arbejdes der vedholdende for at åbne for sansningen og for bevidsthedsgørelsen heraf.

Samtalen er en vigtig del af sessionen, da den hjælper beboeren med at reflektere, med at skabe selvindsigt og med at blive bevidst om sine tilstande. Via bevidsthedsgørelsen skabes grobund for andre/yderligere handlemuligheder. Der bliver bl.a. brugt psykoedukation, f.eks. i forhold til stresstilstande og uhensigtsmæssig adfærd, med henblik på mestring af sygdommen og dennes følger. Dette for at beboeren forstår sammenhænge mentalt.

Samtalen danner også grundlag for de to andre dele af behandlingen, nemlig den manuelle behandling og instruktion i og samarbejde om øvelser.

### 5.2.2 Manuel behandling

Den manuelle behandling foregår på en briks og indeholder muskelstimulerende og muskelafspændende massage.

Her arbejdes med beboerens muskelkonsistens, muskelkvalitet og muskelreaktionstid. Der skelnes mellem to grundlæggende forskellige muskeltilstande, nemlig hypertone og hypotone muskulatur (12), stærkt forenklet beskrevet således:

- Hyperton - mindre elastisk, nedsat smidighed, mere hård, øget tonus, belastede led, lukker af for nogle af bevidsthedens områder, lav trætheds- og smertetærskel.
- Hypoton - mere slap, mindre elasticitet, sænket tonus, overstrakte muskler, hypermobilitet, hængende kropsholdning, manglende sanseoplevelser fra muskler og led, lav trætheds- og smertetærskel.
- Hypo- og hyperrespons er betegnelser for 2 forskellige psykologiske forsvarsreaktioner, som er repræsenteret i muskulatur og bindevæv. Neutral muskelrespons modsvarer *bevidsthedsmæssig*

*adgang* til de impulser og følelser, der knytter til de handlefærdigheder, den pågældende muskel er involveret i. Hyporespons svarer til *opgivelse* af impulser og følelser. Hyperrespons svarer til *tilbageholdelse* af impulser og følelser.

Der forekommer både hyper- og hypotone muskelgrupper i samme krop, men også muskler med en *optimal spænding!* En del af behandlingen er at klassificere beboerens muskler efter de tre muskeltilstande. Klassifikationen danner grundlag for næste element, som er instruktion af øvelser.

### 5.2.3 Instruktion i og samarbejde om øvelser af fysisk, mental og/eller psykisk art

På baggrund af samtalen og den manuelle behandling instrueres beboeren efterfølgende i øvelser af fysisk, mental og/eller psykisk art.

Samtalen og den manuelle behandling vil typisk munde ud i nogle træningsområder, som det vil være gavnligt at arbejde med for beboeren. De kan deles op i:

- Kropslige signaler – beboeren træner dét at kunne genkende og mærke sine fysiske gener. Beboeren får konkrete redskaber i form af fysisk/psykisk relaterede øvelser til at håndtere dette på egen hånd.
- Psykiske signaler – beboeren træner dét at kunne genkende sine egne handlemønstre, tankemønstre, fortolkninger osv., der optræder hos ham/hende i forbindelse med udfordrende situationer. F.eks. når beboeren oplever stress. Beboeren får konkrete redskaber i form af fysiske/psykisk relaterede øvelser til at håndtere dette på egen hånd.
- Øvelser kan f.eks. være: træning af vejrtrækning, holdningskoordination, guidet afspænding, øvelser til grounding, m.v. (3)

Øvelserne bliver gennemgået og specifikt tilrettelagt efter beboerens behov for regulering, idet det er meget forskelligt, hvad der rører ved beboerens grænser: nogle reagerer på langsomt tempo, andre på hurtigt tempo, nogle reagerer på kraftfuldhed, andre på forsigtighed, på store bevægelser eller på små bevægelser, osv. Terapeuten lytter til og sanser beboerens samlede udtryk, eks. åndedræt, verbale tilbagemeldinger, mimik og kropssprog og regulerer øvelserne efter dette.

Alt efter ressourcer kan beboeren arbejde selvstændigt med regulering og færdighedstræning indtil næste behandling. Herved får beboeren mulighed for at gøre sig erfaringer med selvregulering og på denne måde lære, *selv* at tage hånd om kroppens og psykens signaler.

## 7. MÅLING – brugerundersøgelse

Undersøgelsen er baseret på besvarelser fra i alt 13 beboere. Af 16 udleverede spørgeskemaer blev 13 returneret. Nogle deltagere i undersøgelsen er aktuelt i et forløb i psykomotorisk terapi, andre har afsluttet deres forløb inden for det sidste års tid. Nogle har deltaget i flere år, andre kun i 2-3 måneder.

Skemaerne er delt op i 2 dele. En *kvantitativ* del i form af et afkrydsningsskema, der omfatter 9 spørgsmål med hver 5 svarmuligheder: "slet ikke", "lidt", "i nogen grad", "en del" og "særdeles meget". Og en *kvalitativ* del, der ligeledes omfatter 5 spørgsmål (plus en rubrik for "andre kommentarer") som klienterne kunne svare på mere uddybende, med deres egne ord.

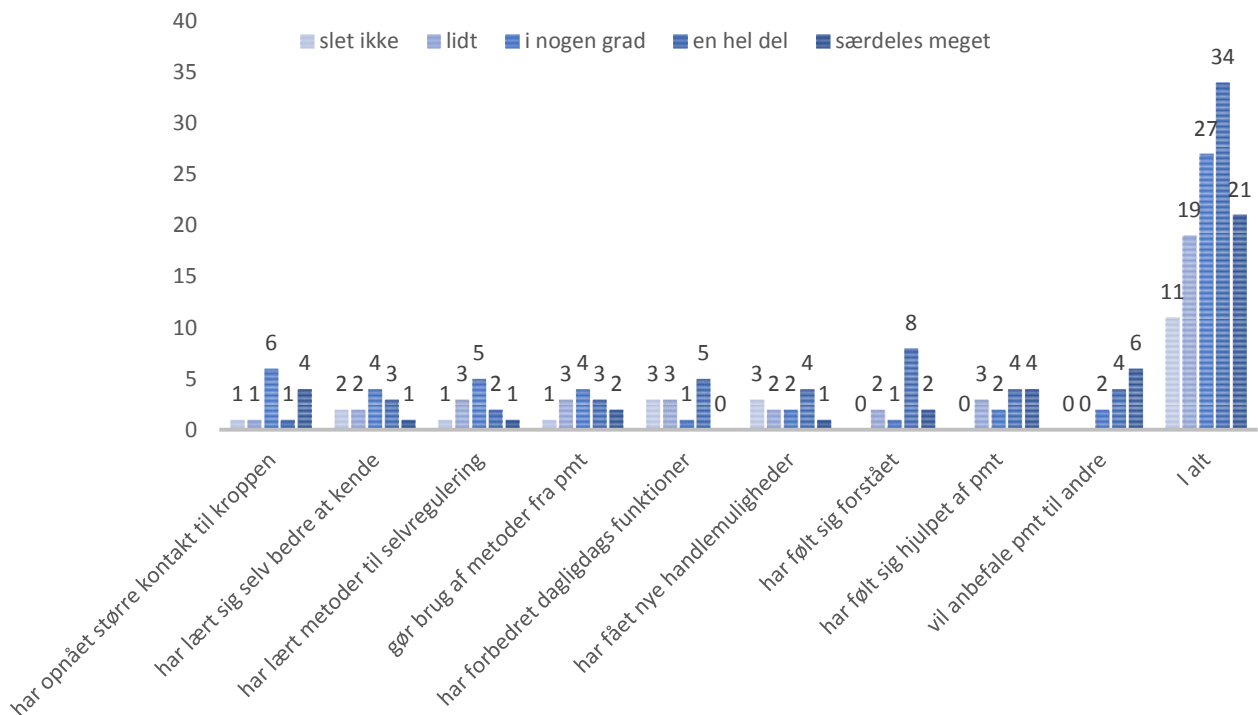


## 6.1 Resultater fra den kvantitative undersøgelse (afkrydsningsskema)

Spørgsmål	Svaret "en hel del" eller "særdeles meget"
1. I hvilken grad har du opnået en større kontakt til din krop ved den psykomotoriske behandling?	5 af 13 (38%)
2. I hvilken grad har du lært dig selv bedre at kende?	4 af 12 (33%)
3. Har du gennem den psykomotoriske behandling lært nogle redskaber til at regulere dig selv?	3 af 12 (25%)
4. I hvilken grad bruger du de metoder/redskaber du har lært?	5 af 13 (38%)
5. Har du forbedret nogle dagligdags funktioner ved hjælp af den psykomotoriske behandling?	5 af 12 (42%)
6. Føler du, at du har fået nye handlemuligheder ved hjælp af den psykomotoriske behandling?	5 af 12 (42%)
7. Har du følt dig forstået og fået mulighed for at være den du er i den psykomotoriske behandling?	10 af 13 (77%)
8. Har den psykomotoriske behandling hjulpet dig?	8 af 13 (62%)
9. Vil du anbefale psykomotorisk behandling til andre?	10 af 12 (83%)
Samlet besvarelse "en hel del" og "særdeles meget":	55 af 112 (49%)

Note: på et af skemaerne blev kun 4 af de 9 spørgsmål besvaret. Derfor er %-satsen beregnet på baggrund af hhv. 11 og 12 besvarelser

## BRUGERUNDERSØGELSE PMT JAN. - APRIL 2018



### 6.2 Resultater fra den kvalitative undersøgelse (spørgeskema)

#### Udpluk af citater:

- Hvad har du fået ud af forløbet?
  - Jeg har lært min krop at kende. Lært øvelser for at få det bedre.
  - Kan samle krop og hoved i krisesituationer. Har lært at bruge min krop på en mere konstruktiv måde.
  - Fik lyst til at gøre noget godt for mig selv, vise noget egenomsorg ift. min krop.
  - Har fået en kropsbevidsthed samt fået værktøjer til selvregulering af bl.a. angst og uro.
- Hvad var bedst?
  - At få strategier til at håndtere svære perioder samt tankemylder.
  - At få behandling til sidst og komme helt ned i gear.
  - Samtaler omkring kroppen, følelser og hvorfor man f.eks. har uro og hvad det gør ved en.
  - At få ro og velvære i kroppen. At kunne slappe af.
- Hvad var svært?
  - Samtaler omkring svære og uoverskuelige ting ved min sygdom, eks. sorg, kærlighed, familie, følelser, nærhed, mad, osv.
  - At gå i dybden med sig selv.
  - I starten var det svært at slappe af. Jeg var meget spændt.
  - At vende negative tanker og ikke "gå med dem".

- Har du lært noget nyt om dig selv? Og hvad?
  - At man kan klare mere end man lige regner med vha. kropslige øvelser og vejrtrækning. At man kan få samling i kroppen – føle sig hel.
  - Ja. Især at jeg kan tage øvelserne med mig, også når jeg er flyttet.
  - Har fået kropsbevidsthed.
  - Jeg har i hvert fald lært, at jeg 90 % af tiden er oppe i mit hoved og kun 10 % i min krop – og at jeg gerne vil ændre det.
- Hvilken betydning har den psykomotoriske behandling haft for dig?
  - At man tackler krisesituationer lidt bedre. F.eks. impulser om selvskade, overspisning, opkastning. At man kan udskyde det, man som impuls har lyst til at gøre.
  - Er blevet gladere for mig selv. Har fået afklaring på bekymringer samt angst. Har opnået større kropsbevidsthed.
  - At jeg er blevet bedre til at slappe af i hele kroppen og til at lave øvelserne.
  - Givet mig nogle strategier til at imødegå svære situationer, uden brug af PN. Laver ofte øvelser i stedet for at tage PN.
- Andre kommentarer?
  - Det er godt at der er tilbud som Vibekes med fokus på kroppen, så alt ikke går op i samtale. Det er tit at det utalte sprog siger mere.
  - Jeg har været rigtig glad for forløbet.
  - Jeg vil opfordre andre til at gå til psykomotorisk terapi, for det er virkelig godt.
  - Lidt tungt, men givende på sigt.

### 6.3 Konklusion af brugerundersøgelsen

Man kan ikke udlede entydige konklusioner af undersøgelsen. Dels fordeler svarene sig på alle 5 svarmuligheder (i den kvantitative del), dels er antallet af deltagere for lille. Der er dog flere ting, der falder i øjnene, når man ser på undersøgelsesresultaterne:

- Der er afgivet svar i hele spektret af svarmuligheder, dog med en overvægt i den positive ende af skalaen. Det kan ses som et udtryk for, at mange af deltagerne på den ene side har fundet forløbet udfordrende, men på den anden side også har fået noget brugbart og gavnligt ud af forløbet.
- Mange deltagere giver udtryk for, at det ikke bare er let og behageligt, at deltage i den psykomotoriske terapi. At der er påkrævet en vis portion ihærdighed, motivation og vilje til at gå ind i og fortsætte med behandlingen.
- Mange deltagere giver udtryk for, at behandlingen kræver en indsats – men at det lønner sig:
  - "Jeg har blandede følelser overfor psykomotorisk terapi, fordi det kræver, at jeg virkelig koncentrerer mig, men det gør også meget godt. Jeg har det virkelig godt når jeg går fra Vibeke"
  - "Lidt tungt, men givende på sigt"
- Rigtig mange deltagere fremhæver den ro, der følger den fysiske behandling – omtalt som massage, "briks-behandling", kropsbehandling og afgrænsning – som værende det *bedste* ved forløbet. Altså den del, hvor deltagerne var mere "passive" og modtagende i behandlingen.
- Omvendt er der en der synes, at samtalerne og øvelserne var det *svære* ved behandlingen. Altså den mere aktive del.
- Selvom nogle har syntes, at psykomotorisk terapi har været udfordrende og svært, vil langt de fleste deltagere dog anbefale psykomotorisk terapi til andre. 10 ud af 12 svarer "en hel del" eller "i høj grad".

## 8. BRAND – essens

Det overordnede indtryk af brugerundersøgelsen kan udtrykkes ved hjælp af disse tre citater fra brugerundersøgelsen:

- ❖ Jeg har fået kropsbevidsthed
- ❖ Jeg kan samle krop og hoved i krisesituationer
- ❖ Jeg er blevet gladere for mig selv

## 9. Referencer:

1. VIA University College. VIA Psykomotorik-uddannelsen. 2017;(august):1–45.
2. DAP. Psykomotorisk Terapeut [Internet]. Available from: <http://www.via.dk/-/media/VIA/dk/uddannelser/sundhed-og-omsorg/psykomotorik/dokumenter/opbygning/folder-psykomotorikuddannelsen.pdf?la=da>.
3. DAP. Hvad er psykomotorik? [Internet]. Available from: <http://www.dap.dk/psykomotorik/faget/hvad-er-psykomotorik>
4. Rossing S, Flammild M. Psykomotorisk undervisning i fysisk træning. 2013;(November).
5. Breivite M, Hynninen M, Kvåle A. The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiother Res Int*. 2010;15(4):212–21.
6. Boerhout C, van Busschbach JT, Wiersma D, Hoek HW. Psychomotor therapy and aggression regulation in eating disorders. *Body, Mov Danc Psychother*. 2013;8(4):241–53.
7. Zwets AJ, Hornsveld RHJ, Muris P, Kanters T, Langstraat E, van Marle HJC. Psychomotor Therapy as an Additive Intervention for Violent Forensic Psychiatric Inpatients: A Pilot Study. *Int J Forensic Ment Health* [Internet]. 2016;15(3):222–34. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14999013.2016.1152613>
8. Dragesund T, Råheim M. Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: patients' perspective on body awareness. *Physiother Theory Pract*. 2008;24(4):243–54.
9. Alstad E, Stiles TC, Fladmark AM. Kvantitativt mindre rygg smerter etter psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*. 2011;24–31.
10. Brantbjerg MH. Ressourceorienteret færdighedstræning [Internet]. 2007. 6 p. Available from: [www.moaiku.dk](http://www.moaiku.dk)
11. Brantbjerg MH. Ressourceorienteret færdighedstræning [Internet]. 2007. 28 p. Available from: [www.moaiku.dk](http://www.moaiku.dk)
12. Drost S. Muskeltest Og Muskeltonus. Drost-Thorndal; 2016.