

Basal Kroppskännedom (BK), fördjupning i klinisk tillämpning av kroppsjagsfunktioner integrerat med bl.a. Mentalisering, Neurosomatik, Polyvagal teori, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Schematerapi och Compassionfokuserad terapi (CFT).

BK i Aktivitet kan förbättra aktivitetsutförandets kvalitet

Växjö 200823

Författare

Pernilla Sporre
Leg. Arbetsterapeut
Bättringsvägen 45
352 63 Växjö
Tel 070-5654757, pernilla@aktivitetsbalans.se

Kurslärare och examinator

Ingrid Olsson Nordgren
Leg. Fysioterapeut
Leg. psykoterapeut KBT
Lärare i BK, kurslärare samt examinerande lärare
Tel 0702 491664, ingridwivianne@gmail.com

Anna Bjarnegård Sellius
Leg. Fysioterapeut MSc.
Specialist i smärta och smärtrehabilitering
Processhandledare
Examinerande lärare
0707-219083, anna.bjarnegard@gmail.com

Sammanfattning

BK i Aktivitet vilar på arbetsterapeutisk grund om aktivitetens betydelse för människan och människans hälsa, integrerad med Basal Kroppskänedom (BK), beteendeterapeutiska och psykoterapeutiska teorier och metoder samt forskning om hjärnans funktioner.

I detta arbete utforskades arbetssättets möjligheter i fem patientfall. Metoden som användes var kvalitativ deltagande ostrukturerad observation vid individuell och gruppbaserad arbetsterapeutisk intervention på primärvårdsrehab.

Aktivitet var både mål och medel i behandlingen där övande med BK i Aktivitet gick ut på att skapa en egen integrerad upplevelse av både självet och aktiviteten där alternativa skonsamma utförandesätt möjliggjordes och stärkte aktivitetsidentitet och aktivitetskompetens.

Omställning av autonom och känslomässig reglering kunde ske genom att bana in nya mönster under utförande av aktivitet. Behandlingen gav fördjupad förståelse för människans, kroppens och aktivitetens komplexitet och hur den egna livshistorien påverkade de aktuella symtomen och aktivitetsbegränsningarna. Målet i behandlingen var att bygga trygghet i sig själv, förstå sina reaktioner både kroppsligt och mentalt, hitta samband och sammanhang samt att stärka autonomi i aktivitetslivet. Interventionen behövde ske i en trygg behandlingskontext med fokus på acceptans och compassion för att minska stressreaktioner och ge möjlighet till skapande av nya nätverk i hjärnan. För att nå detta använde författaren både intoning, spegling, emotionell smitta och sin mentaliseringsförmåga för ett terapeutiskt förhållningssätt.

Arbetsterapeuter lär ut strategier för att öka aktivitetsförmågan, men många av dessa strategier är av kompensatorisk karaktär. Istället kan arbetsterapeuten lära patienten känna in sin kropp och förändra sitt beteende både kroppsligt och i tanken, hitta samband och sammanhang och därmed stärka sina faktiska förutsättningar. Resultatet av studien visar att BK i Aktivitet är ett nytt sätt inom arbetsterapi att integrera kunskap från olika områden, där möjlighet att stärka förmågan till aktivitet sker genom ökad tillgång till sina egna resurser.

Sökord: aktivitetsförmåga, kroppskänedom, medveten kroppsnärvaro, BK

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Arbetsterapi	1
Autonom och känslomässig reglering	3
Anknytning	5
BK och medveten närvaro	6
BK i Aktivitet	8
SYFTE.....	8
FRÅGESTÄLLNING	8
METOD.....	8
Etiska överväganden.....	9
RESULTAT	9
P1	9
P2	10
P3	10
P4	11
P5	11
DISKUSSION	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion	14
P1	14
P2.....	14
P3	16
P4.....	16
P5.....	17
KONKLUSION.....	22
REFERENSER.....	23

INTRODUKTION

Författaren arbetar som arbetsterapeut på primärvårdsrehab. Till arbetsterapeut remitteras patienter med nedsatt aktivitets- och arbetsförmåga. De har skiftande diagnoser, besvär och komplex problematik. Vanliga tillstånd är olika former av lättare psykisk ohälsa så som stress, ångest, depressioner, neuropsykiatriska svårigheter och andra diagnoser som t.ex. långvarig smärta, inte sällan i kombination med flera diagnoser. I behandlingen ingår oftast en utredande del, både av orsaken till svårigheterna och dess konsekvenser i vardagen, därefter en behandlingsperiod med skiftande längd. Fokus i denna studie är att utgå från, fördjupa och beskriva det arbetsterapeutiska behandlingsarbetet. Denna uppsats förväntas också vara en del i utvecklingen inom behandlingsmetoden BK i Aktivitet. Författaren har för avsikt att i arbetsterapi integrera kroppskännedom med beteendeterapeutiska och psykoterapeutiska teorier och metoder samt forskning om hjärnans funktioner. Författaren har under flera år integrerat kroppskännedom i det arbetsterapeutiska behandlingsarbetet och där sett mycket positiva resultat. Även patienter har påtalat att detta är kunskap och strategier som gör stor skillnad i deras liv och att det borde komma fler människor till del. Därför vill författaren mer systematiskt undersöka vad som är terapeutiskt verksamt vid behandling med BK i Aktivitet.

BAKGRUND

Arbetsterapi - Definitioner av ”människans görande” och ”aktivitet”.

Arbetsterapeuters kompetens innefattar att i dialog med personen observera och förstå när och varför en person har en begränsad möjlighet eller förmåga att kunna göra de aktiviteter som hen vill, behöver, förväntas eller tvingas göra. Det innebär att bedöma personens fysiska, psykiska och sociala färdigheter med hänsyn till deras inverkan på personens görande samt att bedöma omgivningens inverkan på görandet. Arbetsterapeuten kan analysera resurser och problem, samt identifiera behov av förebyggande, förbättrande och/eller kompenserande arbetsterapeutiska åtgärder. Utifrån dessa analyser sker åtgärder i relation till förmågan till aktivitetsutförande. Andra åtgärder består av att motivera och stödja personer att uppnå aktivitetsbalans genom strategier för att medvetandegöra och anpassa aktivitetsmönster, vanor, rutiner och roller som påverkar deras görande. Görandeperspektivet är därmed arbetsterapeuters sätt att förstå och kommunicera görande som en förutsättning för hälsa och utveckling. En person har optimal hälsa när hen har förmåga och möjlighet att göra det som hen önskar och vill göra i livet, och i det sociokulturella sammanhang där hen lever. Hälsa är inte ett entydigt begrepp utan kan uppfattas ha såväl objektiva som subjektiva dimensioner. Med objektiva dimensioner menas de grundläggande förmågor som krävs för handlingsförmåga och som är möjliga för en utomstående person att observera. Med subjektiva dimensioner menas de personliga upplevelser och känslor som endast hen själv kan erfara (Kielhofner 2012, Sveriges Arbetsterapeuter 2018a, 2018b).

Människan har ett inneboende behov av att vara aktiv som ett intensivt behov av att agera, en kropp som är kapabel att handla och dessutom medvetenhet om sin potential att handla. Utifrån den universella handlingskraften vill människan göra sådant som värdesätts, känner sig kapabel till och upplever som tillfredsställande. Viljan är en ständigt pågående integrerad och cyklisk utvecklingsprocess som påverkas av upplevelsen och den tolkning som görs vid

reflektion av upplevelsen. De dagliga aktivitetsvalen och de mer långsiktiga verksamhetsvalen påverkar i stort livets aktivitetsutförande. Halvautonoma beteendemönster samspelar med tidsbundna, fysiska och sociala närmiljöer och bildar vanor och roller i vardagen (Kielhofner 2012).

Aktiviteter är handlingar som sker i ett specifikt socialt och fysiskt rum, en aktivitetsmiljö, vilken utgör ett sammanhang och meningsfull kontext för aktivitetsutförandet. Mycket av det människor väljer att göra och hur man går tillväga beror på omgivningens egenskaper (Kielhofner 2012). Människans utförandekapacitet kan beskrivas som förmågan att göra saker baserat på statusen hos underliggande objektiva fysiska och mentala faktorer och motsvarande subjektiva upplevelser. Inom allt aktivitetsutförande kan ett antal separata målinriktade handlingar urskiljas, så kallade färdigheter. I motsats till utförandekapacitet, syftar färdigheter på de konkreta handlingar som används när en aktivitetsform utförs. Hur framgångsrikt en aktivitetsform utförs beror på hur skickligt färdigheterna behärskas (Kielhofner 2012). Aktivitetsidentitet består av ovanstående delar och uppbyggnaden börjar med självkänedom om kapacitet och intressen utifrån erfarenhet och utvecklas till att skapa en värdebaserad vision om den framtid som önskas. Aktivitetskompetens handlar om att använda denna identitet i handling. Delaktighet i aktivitet påverkas av personliga egenskaper vid interaktion med miljön. Aktivitetsidentitet och aktivitetskompetens beskriver det tillstånd av utveckling som människor befinner sig i under alla livets skeden. De flesta människor upplever någon gång under livet hot mot, eller problem med, aktivitetsanpassning som kräver omstrukturering av aktivitetsidentitet och aktivitetskompetens (Kielhofner 2012).

En förutsättning för att förstå aktivitetens möjligheter är att förstå en individs uppfattning om meningen med att utföra en aktivitet. När en unik individ utför en aktivitet omvandlas dess "neutrala" form och beroende på individens utvecklingsmässiga förutsättningar och specifika sammanhang får den sin mening. I modellen Canadian Model of Occupational Performance Engagement (CMOP-E) framhålls att andlighet, medvetande och kropp tillsammans utgör grunden för uppfattningen av mening i aktiviteter (Townsend & Polatajko 2007).

Aktivitet är komplext och The Value and Meaning in Occupations, ValMO-modellen (Erlandsson & Persson 2014) syftar till att beskriva flera aspekter genom strukturen av tre triader i samverkan: aktivitetstriaden, värdetriaden och perspektivtriaden, vilka alla är relaterade till varandra. Utifrån ett systemteoretiskt resonemang innebär det att individens görande styrs i en dynamisk process utifrån hans unika förutsättningar, omgivningens krav och det ständiga samspelet med aktiviteten som utförs. Beroende på upplevelser och reaktioner präglas nästa val och utförande av aktivitet. Det sker hela tiden en utveckling och förändring. Samspelet mellan person, omgivning och uppgift transformerar den opersonliga uppgiften till en unik aktivitet - aktivitetstriaden.

Värdetriaden; I varje unikt utförande av aktivitet uppstår en upplevelse, ett aktivitetsvärde, som kan beskrivas i tre dimensioner; konkret (påtaglig), sociosymboliskt (kombination av samspel på personlig, sociokulturell och universell nivå) och självbelönande värde (upplevelsen av glädje att göra och skapa).

Perspektivtriaden bygger på tre olika tidsperspektiv vilka är interaktiva; makro (livsförloppet), meso (vardagen) och mikro (förlopp i utförande av aktivitet). I mikroperspektivet av

aktiviteten illustreras en enskild aktivitet ur aktivitetsrepertoaren i form av handlingar som ingår och operationer som bygger upp handlingarna. Mikrokomponenterna saknar i sig själva syfte, värde och mening om de lyfts ur sitt sammanhang. I mesoperspektivet beskrivs hur en enskild aktivitet utförs i sitt vardagliga sammanhang, vilket innebär att samma aktivitet kan utföras på olika sätt (Erlandsson & Persson 2014).

Autonom och känslomässig reglering

Exteroceptionen är de signaler som nervsystemet uppfattar från det yttre genom våra fem sinnen. Interoceptionen är signaler inifrån kroppen, såsom balans, proprioception och kinestesi, allt det som kan kännas och förnimmas både på medveten och omedveten nivå (Barrett & Simmons 2015, Porges 2011, Rothschild 2017). Interoceptionen spelar en viktig roll i det emotionella systemet eftersom den inre kontakten bidrar till självkänsla, ego och identitet (Damasio 2003, Levine 2010). Signalerna är också den kroppsliga feedbacken på en upplevelse och ger signal till handling. Kroppens fysiologiska jämviktstillstånd upprätthålls via emotionerna som startas som affekter i hjärnstammen. Medvetenheten om dessa kroppsliga förnimmelser grundar funktionssättet på högre nivå, alltså tankar, känslor och handlingar. Sensorisk information formas i neurala mönster, en integration av biologisk och upplevelser som pågår helt automatiskt. Under barnets första månader läggs grunden för normalnivån för känslomässig aktivering (Bragée 2013, Gerhardt 2015, Levine 2010, Stern 1985/2003).

Rothschild (2017) har utvecklat förståelsen av autonoma nervsystemet (ANS) med utgångspunkt i Porges (2011) polyvagala teori och Levines (2010) forskning. Rothschild (2017) beskriver en modell med sex nivåer inom ANS, tre inom sympatiska nervsystemet och tre inom parasympatiska nervsystemet. Normala nivåer är lugn respektive alert, dessa ligger inom det sk. toleransfönstret och det är bara i dessa lägen behandling får effekt. Vid uppvarvning styr lägre nivåer i hjärnan och tillgång till minnesnätverk och logik förloras. Uppvarvningen kan ske av en reell anledning, eller så skrämmer man upp sig själv med katastroftankar, eller blir rasande så att prediktorn tar över, närvaron förloras och därmed ofta även förmågan att skilja på nu och då. Ångest, panik och även kollaps kan uppstå. Det är då prediktorn som styr och förmågan att validera känslorna går förlorad. Om uppvarvningen istället drivs av ältande, analyserande eller undvikande med den inre kritikern som följd, eller självömkan med ledsenhet som följd kan resultatet bli håglöshet, uppgivenhet och apati. Detta ses vid utmattning, långvarig smärta, depression, apati och kronisk trötthet. Medvetenhet om sina personliga triggande tankar och sinnesförnimmelser, förmåga att koppla loss från följdtankar och medveten närvaro exteroceptivt och interoceptivt är hjälpsamt för att förmå att vara inom sitt toleransfönster, en förutsättning för självreglering (Callesen 2019, 2020, Levine 2010, Rothschild 2017, Siegel 2012).

Bragée (2013) och Gerhardt (2015) förtydligar att patientens ökade förståelse för processer i sin egen kropp ger möjligheter att vara medveten om interoceptiva signaler och känslors påverkan vid uppvarvning både på biologisk och social nivå, vilket ger möjlighet att integrera emotioner och kroppsliga reaktioner i sin helhet. Levine (2010, Payne, Levine & Crane-Godreau 2015) har utifrån detta tankesätt utvecklat en psykoterapeutisk behandlingsform, Somatic Experience (SE), där fokus ligger på klientens kroppsliga upplevelse, exteroception,

interoception, proprioception och kinestesi, relaterat till upplevt trauma och ger en möjlighet att balansera nervsystemet. Levine påtalar vikten av att tydligt omfokusera från uppvarvning till närvaro inom toleransfönstret.

När uppvarvning i ANS sker förbereds kroppen för handling och om kroppen då sätts i rörelse dämpas samtidigt uppladdningen i kroppen som systemen åstadkommit. Om inte kroppsrörelse kommer till stånd, eftersom känslorna till viss del går att undertrycka, kan en kronisk långdragen emotionell uppladdning bli kvar i systemen. Däremot kan inte de organinriktade och hormonella reaktionerna undertryckas då de inte står under viljemässig kontroll, vilket innebär att den autonoma homeostasen rubbas. Överlevnadsbeteenden kan skapa kroppsliga obalanser som kvarstår tills ny balans kan upprättas (Bader-Johansson & Elmgren Frykberg 2013, Bragé 2013, Payne, et al. 2015). Om vissa upplevelser är för svåra att integreras kan dissociation uppstå. Personen kan få svårt att hålla sig i nuet med förändrad jagkänsla och personlighet. Traumatisk stress är den vanligaste orsaken till dissociation (Boon et al. 2012). Emotionell reglering syftar till att önskade emotioner ska finnas på hanterbara nivåer vid rätt tidpunkt. Emotionsregleringen formas genom anknytningen till föräldrarna när dessa förmår härbärgera barnets uppvarvning (Bragé 2013, Gerhardt 2015, Rothschild 2017, Stern 1985/2003).

Uppvarvningen är en avgörande del av kroppens sätt att reagera på livet och tycks ligga bakom många dysfunktioner och emotionella störningar (Gerhardt 2015). När den autonoma regleringen inte fungerar blir människan sårbar både i fysiologiskt och psykologiskt hänseende. När människan möter hinder där strukturerna inte räcker till för meningsskapande, att härbärgera det inträffade och transformera upplevelsen till begriplighet och hanterbarhet kan hen svara med ett kroppsligt uttryck, ett ”kollapsat meningsskapande” på icke-ändamålsenlig nivå, ett somatiskt signalerande (Bullington 2012). Systemet stängs av p.g.a. långvarigt stresspåslag, *nedreglering*, som en försvarsmekanism. Ett evigt analyserande, ältande och ständigt pågående tankearbete har gett bränsle till intensiva känslor och systemen överbelastas (Bergstad 2019, Callesen 2019). Kroppen försöker frigöra sig från smärtsamma känslor genom undvikande, avskärmning och förnekande. Genom att konstatera, acceptera och uthärda att vara i kontakt med det som är just nu ges istället möjlighet att integrera det som känns och gå vidare (Bergstad 2019, Callesen 2019, 2020, Harris 2011, Levine 2010, Rothschild 2017). Att arbeta med kontaktskapande i kroppen kan vara ett sätt att öka känslan av kontroll över symtomen och tillit till kroppen (Bragé 2013, Bullington 2012). Meningsskapandet sker genom erfarenheter av interaktion och interoception och utgår därmed från kroppen. Det gör att kroppens struktur och möjligheter blir viktiga för förståelse och handling i tillvaron. Den mentala simuleringen är inre bilder i någon form. I synnerhet i vardagliga situationer kan simuleringprocessen och kontakten med kroppserfarenheter ha blivit automatiserade. Bragé (2013) menar att om ny balans ska uppnås måste den kroppsliga meningen ställas i centrum av behandlingen. Detta kan ske när man är inom toleransfönstret.

Motivationsystemet beskriver hur känslor, tankar och beteenden fungerar och interagerar, alltså för samman motivation med känslor (Andersson 2016, Andersson & Viotti 2013). Vid kontakt med ett hotfullt stimuli signalerar *Hotsystemet* för behov av skydd, vilket sker automatiskt innan medvetandet hinner analysera situationen. HPA-axeln, kroppens

stressystem, sänder ut stresshormoner, så som kortisol, adrenalin och noradrenalin. Vid stress befinner man sig i hotsystemet oavsett vad som skapar stressen. *Utforskandesystemets* främsta fokus är nyfikenhet, att samla resurser av olika slag; prestera, vara aktiv och känna entusiasm. Kroppens prestationssystem ger drivkraft att vilja göra saker i livet. Systemet drivs av belöning och hur bra det känns att lyckas nå ett mål, vilket sker genom dopaminutsöndring. Dopamin skapar en förväntanseffekt och hjälper till med uppmärksamhetsreglering, men ger kortlivad effekt. Drivkraften kan vara lust och nyfikenhet, men också att slippa känna ångest och självkritik om man stannar upp. När *trygghetssystemet* är aktivt känns en inre rofylldhet, tillfredsställelse och möjlighet att koppla av, oxytocin utsöndras. Det är trygghetssystemet som ger återhämtning och är skapat för skydd genom stöd av andra människor och situationer som kan ge trygghet. Skyddet sker via omvårdnad, omsorg, vänlighet och stödjande anknytningsband. För att kunna ge sig själv värme och en känsla av att vara älskad behöver man ha upplevt det med någon som visat och delat de känslorna med en och på så sätt utvecklas systemet. När man tror att människor gillar en förväntar man att de kommer behandla en väl, vilket bidrar till upplevelsen av världen som trygg. De tre systemen behöver ha balans för att välmående ska uppstå (Andersson 2016, Andersson & Viotti 2013).

Anknytning

Det lilla barnets anknytningsbeteende har som ändamål att sätta igång föräldrarnas omvårdande funktioner och barnet anpassar sitt beteende utifrån den respons barnet får av föräldern. Bowlby (2010) utformade anknytningsteorin och beskrev att anknytningsmönster uppstår tidigt i livet och etableras under uppväxten som inre arbetsmodeller och sätter sin prägel på personligheten under resten av livet. Ainsworth kategoriserade anknytningsmönstren i trygg respektive otrygg anknytning (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander 2006, Gerhardt 2015). Den trygga anknytningen kännetecknas av tillit och närhetssökande till anknytningspersonen, användandet av anknytningspersonen som "säker hamn" vid oro och rädsla och som "trygg bas" vid utforskande. Otrygg anknytning beskrivs som otrygg-undvikande, otrygg-ambivalent eller otrygg-desorganiserad (Broberg et al. 2006, Josefsson & Linge 2008). En trygg anknytning skapar optimal balans mellan sympatisk och parasympatisk aktivitet, medan otrygga anknytningsmönster skapar dysreglering av ANS. Utvecklingen av höger hjärnhalva påverkas och det är den som är dominerande för anknytning, affektreglering och stressmoderering. En trygg känslomässig anknytning är alltid resultatet av en god relation och det mest utmärkande för en otrygg anknytning är en bristande tilltro till att andra ska finnas till hands för att ge känslomässigt stöd (Broberg et al. 2006).

Om anknytningspersonen inte förmått härbärgera barnets behov av att visa sig behövande och sårbar står inte heller barnet ut med den sidan hos sig själv. Vid motgång leder det till aktivering av hotsystemet, skapar stress och upplevelse av skam. Att man kan börja visa omsorg om sig själv vid besvikelse, när det inte blir som man vill, är ett förändringssteg mot ett liv där man trivs och mår bra. Spegelneuron gör att vi kan känna vad andra människor känner, så kallad emotionell smitta, vilket lägger grunden för affektintoning, att kunna dela känslomässiga tillstånd med andra (Bauer 2007, Andersson 2016, Andersson & Viotti 2013). Den emotionella smittan ligger till grund för att förstå vår omvärld, känna empati och reglera känslor. Mentaliseringsförmåga innebär att förstå inre tillstånd och göra dem begripliga, både

hos sig själv och hos andra (Rydén & Wallroth 2008, Wallroth 2010). Det är svårare att mentalisera då hotsystemet är aktiverat. För att kunna utvecklas och komma igenom emotionellt smärtsamma situationer behöver man kunna stanna kvar och nå den verkliga känslan/primära affekten som finns bakom och som ger vägledning om behovet. För att kunna stanna i det svåra och inte fly undan krävs att man känner sig trygg. Om patienten kan lugna ned sin uppvarvning, komma i kontakt med sin mentaliseringsförmåga och därmed bli autonom ges möjlighet att välja beteende utifrån långsiktiga mål och värderingar istället för att agera automatiskt. Att arbeta med compassion handlar om att balansera systemen för att patienten utifrån detta ska få tillgång till sin aktivitetsförmåga och vilja utforska livet (Andersson 2016, Andersson & Viotti 2013).

BK och medveten närvaro

BK är en fysioterapeutisk processororienterad behandlingsmetod med ett holistiskt perspektiv och förhållningssätt som integrerar västerländska och österländska synsätt kring kropp och själ (Institutet för Basal Kroppskännet 2020). De grundläggande principerna är balans, frihet och medveten närvaro (Dropsy 1988). BK innefattar också ett förhållningssätt till kroppen, dess rörelser och upplevelser av inre behov och känslor (Lundvik Gyllensten, Skoglund & Wulf 2015).

Människosynen är en central del i BK och tar sin utgångspunkt i fyra existensdimensioner av att vara människa (Dropsy 1988). Med den *fysiska dimensionen* menas kroppen med skelett, muskler och vävnader. I den *fysiologiska dimensionen* pågår ständig aktivitet och rörelse i form av processer så som andning, blodcirkulation, nervsignaler, hormonproduktion, ämnesomsättning, interoception och proprioception. Den *psykologiska dimensionen* innefattar alla tankar och känslor och det är här man tar emot och blir medveten om interoceptionen. Den dimension som ibland kallas "Den säreget mänskliga" är den *existentiella dimensionen*, vilken handlar om människans förmåga att reflektera över sig själv, sina tankar och handlingar, så som etik, moral, värderingar och andlighet. Mellan människans fyra existensdimensioner pågår ständigt ett komplext samspel och förändringar i en dimension påverkar de andra vilket gör det nödvändigt att se till helheten. Hur människan mår avspeglar sig i kroppen; i hållningen, sättet att röra sig, rösten, andningen, blicken. Genom att utveckla sättet att använda sin kropp, kan måendet påverkas i flera dimensioner (Roxendal & Winberg 2002, Sannum Karlsson & Cederhag 2016).

Teorigrunden för BK har formulerats i funktioner av kroppsjaget. Begreppet "kroppsjag" användes av Freud som menade att det är själva jagets ursprung och kärna. Det innefattar både upplevelser och funktioner, där ingår såväl beteenden som förmågor (Roxendal & Winberg 2002). *Förankring* innebär att ge kroppsvikt/tyngd till underlaget, vilket balanseras av hållningskraften uppåt genom *balanslinjen*. Den övre och nedre delen av människan är förankrade i ett gemensamt *centrum* där de nedre delarna är anpassade till stora krav på styrka, balans och stabilitet, medan den övre delen är anpassade till mer flexibilitet. Centreringen kan också beskrivas som att ha kontakt med och aktivera inre, skelettnära, stabiliserande muskler i bålen och få dem att samarbeta med yttre rörelsefrämjande muskulatur och därmed anpassa kraften i en rörelse. *Andningen* är central i samspelet med rörelserna och friheten i andningen är en av förutsättningarna för stabilitet och harmoni i

kropp och själ. När alla dessa funktioner samverkar i kroppen kan man också uppleva ett bättre *flöde*. En flödande kvalitet söks i rörelserna, i form av bättre koordination, flyt, cirkulation, känsla av lätthet och energi som genomsyrar kroppen. Att kunna *avgränsa* och *relatera* till sig själv och till andra är också viktiga delar av kroppsjagsfunktionerna och mognadsutvecklingen. Att inta en observerande hållning, att öva med *medveten kroppsnärvaro* är en förutsättning för att övandet ska nå hela personen (Dropsy 1988, Roxendal & Winberg 2002, Stern 1985/2003).

Harris (2011) beskriver att handling präglad av medveten närvaro är handlingar som utförs fullt medvetet om görandet, samtidigt med öppenhet för upplevelsen och verkligt engagemang i det som görs, alltså att vara uppmärksam på ett flexibelt, öppet och nyfiket sätt. Medveten närvaro i nuet innebär en medvetandeprocess, inte en tankeprocess. En attityd av öppenhet och nyfikenhet eftersträvas, istället för att försöka fly eller ta strid emot upplevelsen och en flexibilitet i uppmärksamheten. En förmåga att medvetet rikta, vidga eller fokusera sin uppmärksamhet på skilda aspekter av sin upplevelse. Att leva medvetet kan beskrivas som en konst, vilket på djupet stärker psykologisk motståndskraft och ökar tillfredsställelsen med livet. För att vara fullständigt medvetet närvarande krävs också en acceptans av det som sker i stunden. Ett syfte med Acceptance and Commitment Therapy (ACT) är t.ex. att skapa ett rikt, helt och meningsfullt liv och kunna acceptera det lidande som livet ofrånkomligen innebär. Inte reducering av symtom, utan ett liv utifrån sin värdegrund präglad av närvaro i nuet och en vilja i att livet ständigt förändras (Harris 2011).

När ickeverbala metoder som att t.ex. andas fritt, le, sitta rak i ryggen, inta kraftfulla positioner, används sker inte distraherande av dömande tankar. Istället ges möjlighet att konstatera och acceptera med hjälp av närvaro i nuet och på så sätt komma till sin rätt i den stund som är. De fysiologiska förändringarna, åtföljer kroppsspråket och stärker de beteenden som de hör ihop med. Metoder som låter kroppen påverka sinnesstämningen bygger på att kroppen har en mer ursprunglig och direkt länk till känslolivet än metoder som enbart använder sig av verbal intervention, t.ex. affirmationer. Via kroppen får du veta att du är trygg (Bergstad 2019, Cuddy 2016, Levine 2010).

All kroppsmedvetenhetsbehandling syftar till att stärka och fortsätta en avbruten process mot ökad helhet och integration av kropp/medvetande och omgivning, denna process som avbrutits, men alltid är möjlig att fortsätta utveckla (Stern 2005). BK syftar till att människan ska leva mer förankrad i sin egen kropp, bli mer "embodied" (Lundvik Gyllensten et al. 2015). De subjektiva dimensionerna av hälsa är ett tydligt perspektiv i BK där de personliga upplevelserna och känslorna är en utgångspunkt i övandet vilket kan leda till ökad självkänedom. Patienten själv behöver erfara för att kunna hitta åter och göra övningarna/aktiviteterna till ett hållbart verktyg. Att göra beteendemönstren medvetna möjliggör förändrade vanor och utförandekapacitet. Den förstärkta kontakten med kroppen och kroppsjagsfunktionerna ger möjlighet till optimal tillgång till aktuell förmåga som utgångspunkt i aktivitetslivet (Roxendal & Winberg 2002).

BK i Aktivitet

BK i Aktivitet är ett försök till en integrativ metod och ett arbetssätt som både ger en grundläggande filosofi om människosyn, möten mellan människor och hur människan får tillgång till sin egen potential. Samtidigt är det en arbetsmetod som ger verktyg att hjälpa människor att stärka sitt aktivitetsutförande. Integrativ betyder att kombinera delar från olika teorier och modeller på ett eklektiskt/samverkande sätt. BK i Aktivitet vilar på arbetsterapeutisk grund om aktivitetens betydelse för människan och människans hälsa, integrerad med BK, beteendeterapeutiska och psykoterapeutiska teorier och metoder samt forskning om hjärnans funktioner. De integrerade teorierna används för att stärka arbetsterapeuters möjlighet att se patientens beteendemönster och rörelsekvantiteter, integrera rörelse och beteende i aktiviteten och därmed främja ett optimalt aktivitetsutförande (Aktivitetsbalans för Dig 2015). Arbetsterapeuters möjlighet att observera och förstå varför en patient har begränsade färdigheter att utföra sin aktivitetsrepertoar kan underlättas med hjälp av ovanstående teorier. Rothschild (2017) betonar vikten av att blanda många principer och variera kombinationer för att maximera den individualiserade terapin, säkerheten och effektiviteten. Reflekterande samtal sker kontinuerligt och har en grund i *lösningfokuserad korttidsterapi* där sättet att ställa frågorna ger patienten möjlighet att konstruera lösningar istället för att fokusera på problem (Kim Berg & De Jong 2003). Rothschild (2017) påtalar också vikten av att utgå från patientens resurser, att identifiera, kultivera och göra dem tillgängliga i vardagssituationer, som en viktig utgångspunkt i behandlingen. När människor har god kontakt med hela sig själv och därmed god medvetenhet om sina behov och förutsättningar ökar chansen att anpassa och använda aktivitetsmiljön på ett för hen optimalt sätt. Därmed förtydligas upplevelsen av det unika aktivitetsutförandet och aktivitetsvärdet kan tydliggöras (Kielhofner 2012). När aktivitetsanpassning krävs kan arbetsterapeutens möjligheter att stödja patienten i omstruktureringen av aktivitetsidentitet och aktivitetskompetens stärkas med hjälp av BK i Aktivitet. Arbetsterapeuters åtgärder kan på detta sätt öka möjligheterna att förebygga, förbättra och/eller vidmakthålla aktivitetsförmåga.

SYFTE

Syftet med studien var att försöka sätta ord på vad som sker i mötet mellan arbetsterapeut och patient för att det ska upplevas som terapeutiskt verksamt, en upplevelse som processas av mottagaren och gör det meningsfullt.

FRÅGESTÄLLNING

Vad upplever patienter som terapeutiskt verksamt i den arbetsterapeutiska interventionen med BK i Aktivitet?

METOD

De patienter som ingår i rapporten valdes ut för att ge en bred bild av det arbetsterapeutiska arbetet. Deltagarna hade god effekt av behandlingen och förmåga att beskriva sin process. Den använda metoden var kvalitativ deltagande ostrukturerad observation. Observationerna

gjordes av författaren i det ordinarie patientarbetet. Utöver individuell intervention ansvarade författaren för gruppinterventionen ”Aktivitetsbalans i kroppen och dagen” där metoderna BK i Aktivitet och Vardagsrevidering kombinerades och integrerades vid 6 tillfällen à 1 ¾ tim. Deltagarantalet i gruppen var 6–8 personer vilket möjliggjorde individuellt anpassad behandling. Av exemplen beskrivna i resultatdelen var en sekvens vid nybesök, en från bedömningsituation/observation i aktivitet, två i grupsituation enligt ovan och en intervju i samband med behandlingsavslut.

Grupptillfällena inleddes alltid med guidad närvaroövning, oftast i form av en sittande eller stående inbalansering med tydlig förankring i kroppen och nuet. Därefter varvades reflekterande samtal, övande av kroppskännedom och övande i aktivitet med kortare föreläsningar. Övningarna kopplades till deltagarnas aktivitetsutförande i vardagen, hur övningarna kunde tillämpas och samtal fördes om vilka erfarenheter som gjorts mellan behandlingstillfällena. Övandet guidades verbalt, visuellt och/eller manuellt. Övningarna utvecklades och fördjupades efterhand, vilket oftast innebar initialt fokus på förankring, balanslinje, andning och postural stabilitet för att efterhand involvera även övre extremiteter. Stor tonvikt lades vid upplevelse och inre kontakt, att stärka den kroppsliga närvaron, för att på så sätt stärka hälsa och aktivitetsförmåga.

Behandlingen utvecklades och individanpassades för att stimulera funktions- och aktivitetsförmåga, ge mening och skapa sammanhang.

Etiska överväganden

De aktuella patienterna har avkodats och beskrivits så att sekretess kunnat bibehållas. Studien följer grundläggande principer formulerade av All European Academies, ALLEA för integritet i forskning gällande tillförlitlighet, ärlighet, respekt och ansvarighet (Codex 2019).

RESULTAT

P1 När Patient (P)1 kom till nybesöket var hen ganska säker på att hen hade ADHD. Både hens far och bror har denna problematik, men hen var inte säker på att hen skulle ha nytta av någon diagnos. ”Jag vill inte ta bort ADHDn, den är ju jag. Den är ju en stor förutsättning för att jag har gjort så många roliga projekt som jag har.” P1 var en mycket kreativ och social person med stort engagemang för miljön och världen. Hen hade stor potential att starta upp saker och trivdes i fria former, men i de mest lyckade projekten fanns det andra som följde upp och avslutade. Arbetsterapeut (AT) och P1 möttes vid ett enda besök för att tala om struktur och strategier. Hen hade just bestämt sig för att flytta till en annan stad för att börja på universitet. Själva utbildningen var verkligen något som intresserade hen, men hen var mycket tveksam till hur hen skulle klara av att hålla sig inom ramarna för utbildningen och inte minst sitta stilla på föreläsningar.

Hen satt på stolen på andra sidan bordet, men hann byta sittställning flera gånger. Hen sjönk ned till ungdomligt halvliggande, ibland på snedden, ibland med benen i kors. AT förslög att de skulle öva för att känna in kroppen. Inledningsvis gjordes en stående inbalansering. P1 var med på noterna och utforskade kroppens tyngdpunkt, förankring och balanslinje. Efter en stunds övande frågar AT ”Hur är det nu?”.

P1 ”Nu är det ingenting.”

AT blev fundersam vad hen menade ”Ingenting. Hur är det då?”

P1 ”Ja, prasslet försvann.” P1 berättade överraskat hur det ständigt närvarande prasslet i kroppen försvann under övandet. Så i stunden upplevdes lugn i kroppen, det var ”ingenting”. Hen blev varse att hen kunde påverka den ständigt krypande känslan i kroppen med hjälp av val av kroppsposition. Hen kunde hjälpa sig själv till samling istället för splittring. Det var en helt ny upplevelse. En inbalansering gjordes också i sittande, men det var inte lika enkelt.

P2 var i 30-års åldern och utreddes för oklara symtom som accentuerats under flera år, framförallt beskrivna som yrsel och nedsatt kognitiv förmåga, hen sa ”jag blir dum i huvudet”, det skedde plötsligt och oförklarligt. Hen var heltidssjukskriven, när hen försökte återgå i arbete blev hen hemskickad p.g.a. risken att skada sig själv eller andra. Hen har varit på flera bedömningar, men allt var ”normalt”. Rehabteamets tankegångar var breda, allt mellan neurologi, psykiatri och droger. Hen förnekade droger, men såg drogad ut när symtomen slog till vilket gav obehagliga reaktioner hos omgivningen och besvärade hen i vardagen. Detta beteende observerades av AT och kollega genom fönstret när hen kom till mottagningen vid andra besöket och hen betedde sig speciellt, men detta visade sig inte initialt under besöket. AT och P2 hade träffats en gång tidigare. P2 kändes speciell och gav vaga beskrivningar som AT inte lyckades identifiera i ett mönster. AT bedömde ett behov av observation i aktivitet och valde postsortering, bedömning enligt instrumentet Assessment and Work Performance (AWP-FK) (Sandqvist 2007). Hen tog sig an postsorteringen engagerat och bra och jobbade på effektivt. Hen böjde sig ned och sträckte sig upp utan svårighet, men ostadigheten ökade och ofta låg tyngdpunkten bara på höger ben. Hen till och med svajade runt med vänster ben och stod i extensionsmönster med tyngden bakom balanslinjen. P2 parerade med armar och överkropp och det var observerbart hur hen fick anstränga sig för att fokusera på brev och postfack och hitta tillbaka i balans. Samtidigt verkade hen inte medveten om hur hen svajade. Ostadigheten ökade vid lägesförändringar, då hen vred sig mot backen med post, sträckte sig och framförallt böjde sig. När hen var klar pratade AT och P2 om hur det gått och hur hen kände sig. Hen svarade, men blicken flackade uppåt väggarna och AT fick inte ögonkontakt. Hen lutade ostadigt bakåt och armarna var halvt utsträckta för att hålla balansen. AT försökte återkalla hen i balans genom verbal guidning, men först då AT tar hen i händerna och hen kände ATs stadighet kunde hen få någon kontakt med sin kropp. AT fick ge tydlig verbal och manuell guidning för att hjälpa hen att komma i inbalansering och när hen till slut fick fram tyngden och släppte ned den, fick in hakan och sänkte blicken så hände något. Plötsligt hade hen en klar blick med ögonkontakt. De stora stirrande ögonen blev mjuka med tydlig närvaro. Det var en helt annan person AT mötte. Hen var inte stor i orden, men hen var väldigt tydlig med att det här var ett genombrott, ”Du ledde mig till mitt normala jag.” Hen summerade behandlingstillfället med ”Framsteg”.

P3 var en ung universitetsstuderande, heltidssjukskriven pga. utmattning och ångest. Hen deltog i gruppen ”Aktivitetsbalans i kroppen och dagen” och berättar här om sin egen upplevelse mitt i övandet:

P3 tänker ”Det börjar nere i fötterna, kommer krypande uppåt. Trycket. Det där otäcka trycket. Kan inte andas. Nu kommer det igen! Vill inte! Nä det här går inte. Måste nog vila.”

AT säger ”Vad var det som hände där, då när du avbröt övningen och la dig ner istället?”

P3 ”Nä, jag fick ont i ryggen av att sitta. Orkade inte mer.”

AT ”Ja, men precis innan där. Hur kändes det då? Vad kom före smärtan?”

P3 ”Cirkusen började igen. Jag måste vila... (paus)”

AT ”Ja, men du, utforska vad som händer precis före cirkusen sätter igång.”

P3 tänker ”Så jobbigt, ännu en sak jag ska tänka på. Hur ska jag orka det? Men ändå. Vad var det hon sa; precis innan... Vad finns där? Då har jag ju slutat andas. Då när det trycker, kryper och sticker i kroppen. Snurrar i huvudet och mår illa. Det är jätteobehagligt. Det vill jag väl inte känna mer på eller acceptera!

Men det är klart, jag måste ju andas.

Nu andas jag medvetet. Försöker trycka tillbaka känslan som kommer stigande i kroppen.

Ibland lyckas jag bra. Ibland blir mottrycket för stort och jag lyckas inte vinna mot cirkusen.

Men jag tänker att det är bra för mig att andas.

Plötsligt förändras livet. Jag kanske har fler verktyg än att vila? Det är kanske inte ”vila” som ska vara det rådande mantrat? Kanske kan jag möta symtomen med andning istället? Jag vill inte låta tröttheten definiera mig längre! Tidigare hade jag två scenarion; utför aktiviteten snabbt så jag snart kan vila eller gör det extremt långsamt, innan jag i alla fall vilar. Nu kan jag göra annorlunda; ha andningen med i medvetandet samtidigt som jag utför aktivitet. Så plötsligt kanske jag inte behöver vila hela tiden?

Så enkelt, varför kunde ingen berättat det här för mig tidigare?!”

P4 har sökt vårdcentralen pga. stress. Efter inledande individuella behandlingar deltar hen i gruppen i Aktivitetsbalans i kroppen och dagen. Vid det tredje tillfället har gruppen bl.a. guidats i sittande kroppskännedomövningar med inledande inbalansering. I den avslutande reflektionsrundan funderar hen över sin process och de senaste erfarenheterna. P4 ”Jag är 42 år gammal och har hela mitt liv försökt göra mig smalare än jag är. Suttit med benen hopvirade på snedden, då ser man smalare ut, tittat på vågen och använt olika dieter. Nu hör jag dig säga ”Låt rumpan bli stor och bred.” Jag inser att min självbild och kroppsuppfattning är rätt sned. Det börjar bli hög tid att bli vuxen och våga utgå från hur jag själv mår och vad jag behöver.”

P5 har varit långtidssjukskriven pga. smärta och utmattning. Intervju sker i samband med utvärdering och avslut av en behandlingsperiod med både individuell kontakt och gruppdeltagande, med fokus på ”Vad har varit verksamt för dig?” (inspelad och transkriberad). P5 berättade om några sekvenser som varit av avgörande betydelse för hen: ”När jag kom till dig hade det fallit nysnö, jag var så ledsen. Jag kan inte ens sopa trappan, det är bara puder och jag var arg och ledsen på mig själv. Och så säger du bara det där irriterande Hur sopade du? och då vet jag ju någonstans, jag fattade ju direkt, vad du menade; Men visa mig hur. Och då insåg jag ju redan innan jag visade, jag sopade ju med kraft. Kan du sopa på ett annat sätt? kom det ju då. Och det kunde jag ju. Och jag fick praktisera direkt och då kunde jag ju sopa på ett annat sätt. Och jag fick inte ont. Och där föll det, och det var ju ganska snabbt det där huret.”

AT ”Det var ju ett fint exempel, för pudersnö, där är ju ingen egentlig belastning utan hur.”

P5 ”Det brukar jag tänka på väldigt mycket när jag gör fysiska saker; Hur krattar jag löv? Jag

kan ju räfsa lätt, kratta med små rörelser, avgränsa ytan, ta en bit i taget, det gick ju hur bra som helst. Jag fick inte ont någonstans.”

AT ”Wow!”

P5 ”Men det var ju mesräfsning, men det får det väl vara då. Men jag vet inte om det tog så mycket längre tid än vad det brukar.”

AT ”Men är det mesräfsning egentligen? Bara för att det inte var ansträngande?”

P5 ”Nä jag tror inte det, faktiskt.”

DISKUSSION

Metoddiskussion

Utförande av vardagens alla aktiviteter är en mycket komplex process som underlättas av god självkännedom genom utforskande av de egna förmågorna och färdigheterna. I behandlingen kan patienten förstå mer om människans och kroppens komplexitet och hur den egna livshistorien påverkar de nu aktuella symtomen och aktivitetsbegränsningarna. Med arbete där alla existensdimensioner stimuleras och integreras kan kroppsjagsfunktionerna stärkas genom att låta varje del av kroppen göra det den är ämnad för. Arbetet behöver ske i en trygg kontext med fokus på acceptans och compassion för att minska stressreaktioner och ge möjlighet till skapande av nya mönster. Aktivitet är både mål och medel i behandlingen och på så sätt möjliggörs utveckling av aktivitetsidentitet och aktivitetskompetens samtidigt som aktiviteters värde och mening förtydligas. Författarens upplägg av intervention utgår från denna ovan beskrivna process och det är alltid bara nuet som kan påverkas, genom kontakt med hela sig själv – tankar, känslor och kropp i medveten närvaro, samtidigt som vardagens aktiviteter utförs. Vikten av att känna in och acceptera det som är, uppmärksamma och vila i att livet ständigt förändras, samtidigt som den inre tryggheten handlar om förmågan att visa sig själv omsorg. Forskning har visat att hjärnan är plastisk och förändras utifrån vad man väljer att fokusera på, vilket blir tydligt för både P3, P4 och P5. Genom att öva och känna skillnader i kroppen uppmärksammas och identifieras möjligheter att påverka sin egen situation, dysfunktionella mönster kan få chans att läkas och integreras, vilket ger möjligheter till förändrat aktivitetsutförande. Genom patientens val av arbetssätt och förhållningssätt påverkas utfallet och därmed stärks autonomin, vilket vi bl.a. ser hos P5.

I alla patientmöten fokuserar författaren på att lyssna in de aktuella behoven hos patienten. Taylor (2008/2020) har beskrivit vikten av arbetsterapeuters medvetna förhållningssätt och användande av sig själv i den terapeutiska relationen i modellen The Intentional Relationship Model (IRM). Enligt modellen är det arbetsterapeutens ansvar att utveckla en positiv relation med klienten med förståelse utifrån ett interpersonellt perspektiv. För att få relationen att fungera behöver arbetsterapeuten använda sig själv genom att agera medvetet, eftertänksamt och med vaksamhet på de utmaningar och genombrott som har potential att påverka relationens gång. I de beskrivna patientfallen använde författaren både intoning (Stern 1985, Gerhardt 2015), spegling (Stern 2005, Damasio 2011), emotionell smitta (Andersson & Viotti 2013) och sin mentaliseringsförmåga (Rydén & Wallroth 2008, Wallroth 2010), vilket blev extra tydligt t.ex. i slutet av bedömningstillfället med P2. Ambolt et al. (2017) beskriver terapeutiskt förhållningssätt som en verksam faktor i BK-behandling: Terapeuten behöver se,

möta och tona in patienten, samtidigt som det är viktigt att vara medveten om och i kontakt med den egna processen i terapeutens kropp och sinne. Den ständiga interaktionen under behandlingen baseras på medvetenhet, samarbete och utforskande av möjligheter. Även Rothschild (2017) betonar vikten av att behålla både terapeut och klient klartänkta och förstå vad som händer genom hela terapisessionen genom medvetenhet om och balansering av bådas uppvarvningsnivå, att vara inom respektive toleransfönster.

Att utföra aktivitet innebär stor komplexitet när både person, aktivitet och miljö ska integreras, den så kallade aktivitetstriaden. För att gynna inövande av ett mer gynnsamt aktivitetsutförande fokuseras på aktiviteter med lägre komplexitet eller delmoment av aktivitet. Är aktiviteten dessutom rytmisk, som t.ex. att torka bord, ges chans till upprepning av rörelserna vilket ger möjlighet till närvaro och repetition. Tillsammans med tillräcklig tid för utförandet ger det möjlighet att bana in nya mönster och därmed omställning i hjärnan när nya nätverk stärks. Rytmiska rörelser kan ge en god möjlighet att öva ökad kontakt med kroppsregleringsfunktionerna och skapa flöde (Blomberg 2012, Drosy 1988, Roxendal & Winberg 2002).

I övandet fokuseras på mikroperspektivet av aktivitetsutförandet för att bana in nya möjliga utföranden, men de behöver kunna omsättas i patientens vardag, meso och makroperspektiv för att vara meningsfullt. För att fånga det användbara krävs närvaro; att känna in både sig själv, aktiviteten och miljön samtidigt. På så sätt möjliggörs att känna in och få tillgång till den egna potentialen i stunden.

De flesta aktiviteter i vardagen utförs i sittande eller stående position varför tonvikten läggs här, men för att komma åt vissa funktioner görs även övningar i liggande och gående positioner. I de flesta aktiviteter inbegrips övre extremiteter och kognition vilket ökar komplexiteten och försvårar det fria flödet i rörelserna. Inför aktivitetsutförande utförs övningar med rörelser förekommande i aktiviteten för att bana in rörelsemönster och rörelseeffektivitet innan svårigheten ökas. Ökad kroppsmedvetenhet och medveten närvaro vid dagligt aktivitetsutförande är en förutsättning för att minska kompensationer och främja god användning av kroppens optimala förutsättningar.

Individuella behandlingar sker oftast i form av samtal som kombineras med övningar och utförande av aktiviteter. Mest tillgängligt i behandlingsrummet är aktivitet som ställer lägre krav på utförande och resurser som t.ex. sittande och stående vid skrivbord, torka bord eller simulera aktivitet. I grupp finns större möjligheter att öva i konkreta aktiviteter, men eftersom aktivitetsutförande är komplext försvåras därmed samtidigt fokus på individuella förutsättningar. Under övandets gång sker ett ständigt samspel med reflekterande utforskande processororienterade frågor om upplevelser i kroppen, tankar och känslor vilket kopplas till dagligt aktivitetsutförande, detta ger möjlighet att upptäcka det som ger mening och gör skillnad. Vid intervention är fokus på att bli medveten om sina förutsättningar, öva in ett gynnsamt beteende- och rörelsemönster och medvetet ha det som utgångspunkt för aktivitetsutförande. Patienten behöver få hjälp att uppleva alternativa utförandesätt för att stärka sin tro på förändring och bygga upp nya beteendemönster i vardagen för varaktig hållbarhet även när komplexiteten ökar. Då arbetsterapeuter har kunskaper om

kroppskännedom har de möjlighet att stegvis guida patienter via rörelseövningar och aktiviteter med lägre komplexitet till mer sammansatta aktiviteter. Det möjliggör att möta patienten på den utvecklingsnivå hen är och inte, som så ofta sker, gå in på för hög nivå. Risker är annars att förändring uteblir och försämring riskeras i form av upplevelse av ytterligare misslyckanden. Bragée (2013), Callesen (2019), Elphinston (2014), Kirkegaard (1859), Levine (2010), Rothschild (2017) och Stern (2000) betonar också vikten av att ta reda på och utgå från människans faktiska förmåga för möjlighet till positiv utveckling.

Övandet i BK i Aktivitet syftar till att skapa en egen integrerad upplevelse av både självet och aktiviteten där alternativa skonsamma utförandesätt möjliggör och stärker aktivitetsidentitet och aktivitetskompetens. Både förmågor för att stärka utförandekapacitet och konkreta färdigheter är möjliga att träna med hjälp av BK i Aktivitet.

Resultatdiskussion

P1 Från besöket tog hen med sig en ny upplevelse av sig själv och en möjlighet att påverka det aktivitetsutförande hen planerade. Genom P1s beskrivning av upplevelsen i kroppen identifierades ökad kontakt med hens kroppslogsfunktioner och möjligheten att själv kunna påverka sina symtom och därmed utförandekapacitet, dels ur ett subjektivt perspektiv, men också ur ett objektivt perspektiv då det var observerbart för AT hur hen blev mer balanserad. På detta sätt kunde aktivitetsidentitet och aktivitetskompetens stärkas och P1s möjligheter till delaktighet och autonomi i planerade studier öka.

P1 påtalade att hens färdigheter styrdes mycket av lust, det självbelönande värdet, vilket ofta var en tillgång, men också ett stort hinder då hen behövde slutföra aktiviteter även då den lustbetonade delen avtagit. Vid neuropsykiatriska svårigheter fokuseras behandlingen vanligen på kompensering strategier för att minska dess negativa påverkan på aktivitetsutförandet (Sörngård 2014). Författaren vill lyfta fram nödvändigheten av att ha kroppen med som utgångspunkt för all verksam förändring, t.ex. hur sittställningen gör skillnad i samtalsprocessen och hur en samlad sittställning då kan öka patientens möjlighet till koncentration och delaktighet i samtalet. Författaren ser möjligheter att stärka både upplevt aktivitetsvärde och aktivitetsförmåga genom övande av kroppslogsfunktioner och BK-perspektivet vid aktivitetsutförande. Autonomi kan stärkas för möjligheten att välja hur och vilka aktiviteter som utförs som en generell möjlighet för personer med neuropsykiatriska funktionshinder. Vid beaktande av alla existensdimensioner ökar chansen till långsiktigt hållbara behandlingsresultat.

P2 Vid den interaktion som skedde mellan patient och författare genom verbal och manuell guidning kom hen, i slutet av bedömningstillfället, i kontakt med sig själv och sin egen kropp, sina kroppslogsfunktioner. Genom ökad självkännedom kan beteendemönstren göras medvetna och därmed ges möjlighet att förändra sin utförandekapacitet och sina vanor.

Med mindre erfarenhet än den som författaren hade vid bedömningstillfället är det troligt att författaren hade erbjudit hen sätta sig, vila och ett glas vatten. Istället kunde författaren tona in sina egna kroppslogsfunktioner och hur de påverkades av patientens nuläge. Författaren stämde av vilka korrigeringar som behövde göras för egen del för optimal kontakt med

kroppsjagsfunktioner och en tydlig balansering i sig själv och utgick från dessa signaler för att guida P2 mot inbalansering.

P2 visade på en dysfunktionell autonom reglering där dissociationer skedde i vardagen, för hen och omgivningen i oförklarliga sammanhang och intervall. Boon (2012) och Bragé (2013) beskriver att denna omedvetna strategi kan leda till ett tillstånd av känslomässig avtrubning som gör att människor känner sig tomma och avskurna från andra, de stänger av känslor överhuvudtaget, dvs depersonalisering (Boon 2012). Roxendal & Nordwall (1997) skriver att patienter som inte har tillgång till sina känslor ofta har en oförmåga att uppfatta kroppsliga signaler. Både Bragé (2013) och Bullington (2012) menar att de traditionella somatiska behandlingarna då inte kommer att hjälpa patienten, utan konceptualisera och troligen sedimentera en kroppslig förståelsenivå. Istället behöver behandlingen hjälpa patienten att förstå kroppens budskap och utveckla de psykosociala färdigheter, den egna livssituationen, som behövs för att lösa krisen. Om ny balans ska uppnås måste den kroppsliga meningen ställas i centrum av behandlingen, fortsätter Bragé (2013).

Under bedömningen som beskrivs i resultatdelen observeras hur aktiviteten utlöser dissociation hos P2. Hen tappar troligen kontakten med sitt toleransfönster och istället styr de djupa strukturerna av hjärnan. Hen förlorar kontakten med väsentliga delar av postural muskulatur och får kompensera kraftigt för att hålla balansen. Hen har inte längre tillgång till sina tidigare kompensationer och beskriver detta som att hen blir ”dum”. Det är hens känsla av att tappa kontakten med sina minnesnätverk och hippocampus. Baret (Barrett & Simmons 2015) beskriver att vid kraftig rädsla går prediktorn in och ger sin bästa gissning utifrån tidigare livshändelser, vilket innebär att personen upplever sig vara mitt uppe i ett misslyckande, som tex kan handla om rädslan att misslyckas, att inte duga.

Grunden för människors förmåga till kontakt med sina känslor läggs i mycket tidig ålder. Om personens förutsättningar att utveckla en trygg anknytning och känslomässig mognad begränsats av t.ex. omsorgssvikt eller känslomässig försummelse kan utvecklingsrelaterade traumorna ha uppstått och personens livsscheman utvecklats. Young & Klosko (2010) beskriver livsteman eller scheman som djupt rotade övertygelser inlärd tidigt i livet om en själv och omvärlden. Det ger en trygghet i att veta vilka vi själva är och hur världen fungerar oavsett om scheman är destruktiva. Dessa mönster påverkar den vuxna människans förmåga att möta utmaningar i livet och integrera dem.

Att arbeta med den kroppsliga meningen hade kanske varit en lösning för P2. Hen försökte själv omsätta strategierna från behandlingskontakten till sin vardag, men hade svårt att klara detta självständigt. Hen skulle behövt en tät regelbunden kontakt med övande för att stärka den motoriska och sensoriska medvetenheten. Hen skulle också behövt lära sig känna igen signalerna när hen var inom toleransfönstret och bli medveten om vilka tankar som varvade upp ANS, därefter övat fokuserat på nuet och släppa dysfunktionella tankar, det vill säga att lära sig självreglering. Men aktuell frågeställning för behandlingskontakten för P2 fokuserades på utredning av aktivitets- och arbetsförmåga vilket gav väldigt litet utrymme för behandling.

I primärvården är det inte ovanligt med vaga frågeställningar där ett stort arbete läggs på att hitta förklaringsmodeller till aktuell problematik. Strukturen är dock inte uppbyggd för att behandla långvarig komplex problematik utan den hänvisas till specialistvård. I P2:s fall hittade neurologen ingenting och psykiatern ställde diagnosen ångesttillstånd med dissociativa symtom pga. stress och föreslog att hen skulle resa iväg en period och öva med hjälp av Internet-KBT, vilket inte var en behandling P2 kunde tillgodogöra sig. När en diagnos inte kan identifieras som ligger inom en specialistkliniks uppdragsområde så faller behandlingsansvaret tillbaka på primärvården, som då förväntas ha resurser och kapacitet att genomföra behandlingen. Det kan innebära att patienten inte får den hjälp hen behöver och känsla av otillräcklighet skapas hos primärvårdens personal. Istället för att patienten slussas mellan verksamheter och "faller mellan stolarna" finns det här möjlighet att skapa förutsättningar för att behandla patienten i primärvården. Med ovanstående kunskap och god organisatorisk struktur kan detta möjliggöras. Målet med utredningen God och nära vård (2020) är en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Detta arbetssätt bedöms ligga i den riktningen. I utredningen betonas också vikten av samverkan och förebyggande insatser gällande psykisk ohälsa, likväl som att "primärvården ska ta hand om de allra flesta vårdbehov" (s 454) även vid "komplexitet i sjukdomstillstånd" (s 450) vilket detta arbetssätt också kan bidra till på ett resurseffektivt sätt.

P3 Under övandet observerades ett mönster där P3 avbröt övningar gång efter annan, vilket identifierades som ett *upplevelsemässigt undvikande*. Harris (2011) beskriver det som att undvika det som är jobbigt för kortsiktig lättnad. AT ville hitta möjligheter för patienten att våga möta sig själv, livets lidande, våga vara kvar i aktivitet och övning, att exponeras. I det intersubjektiva mötet uppstod ett tillfälle att verbalisera detta. Möjligheten till *distansering*, att objektivt beskriva de tankar som infinner sig, kan ge *psykologisk frigörelse*, det som Harris (2011) förklarar som att bryta negativa mönster och inte låta tankarna styra. P3 stannade upp och kände in sig själv i medveten närvaro och identifierade sitt eget avståndstagande från de smärtsamma signalerna i kroppen som skapat en uppvarvning av ANS. Hotsystemet aktiverades och hen hade omedvetet svarat med undvikande. I och med medvetandegörandet fick hen en chans till självreglering och integration av tankar, känslor och kroppslig aktivitet. Utrymme gavs för hens mentaliseringsförmåga, att lyssna in sina egna behov och utgå från dem. Hen kunde ta ansvar för och vara kvar i sin upplevelse med hjälp av ATs närvaro och trygga stöd, vilket Taylor (2008/2020) beskriver som terapeutiskt förhållningssätt. Genom ökad självmedkänsla kunde hen stanna i det svåra istället för att automatiskt fly undan, ökad trygghet och lugn kunde upplevas och känslan av hälsa och agens förstärktes. Andersson & Viotti (2013) och Andersson (2016) beskriver hur arbetet med compassion kan ge dessa verksamma effekter. Genom att P3 var kvar i kontakten med sig själv och sina kroppsjagsfunktioner i aktivitetsutförandet skedde en möjlighet till förändring och ökad aktivitetsförmåga.

P4 har under den sittande inbalanseringen kommit i kontakt med och identifierat en av hens stressorer i livet och den självkritik som påverkat hen sedan barndomen. Under behandlingen har hen fått mer tillgång till sina resurser, ökad kontakt och trygghet i sig själv vilket gjorde hen redo att lyssna på och utgå från sina aktuella behov och önsknings. Det gav möjlighet att

stärka P4:s aktivitetsidentitet och aktivitetsutförande. Hens självbild tydliggjordes och fick chans att revideras. Harris (2011) beskriver *självbilden*, summan av sina beskrivningar av sig själv, *det pågående självmedvetandet*, kunskap om vad vi upplever i ögonblicket och *det observerande självet*, som tre sidor av självet. Att ha låga tankar om sig själv, att inte duga, ger skamkänslor. Biologiskt är skam en stressreaktion, vilket innebär att stark självkritik ger en ständig uppvarvning och i förlängningen utmattning. Personer som bär på mycket skam och självkritik har ofta alltför aktiva och överstimulerade hot- och utforskandesystem. Tillsammans med ett underutvecklat trygghetssystem gör detta att de har svårt att känna sig trygga inom sig själva och i relationer (Andersson & Viotti 2013). Självkritik har i sin funktion en önskan om att öka närheten till anknytningspersonen. Det är mer riskabelt att se problemet hos anknytningspersonen än sig själv (Gerhardt 2015). Erfarenheterna formar människan och påverkar hjärnans utveckling och därmed förmågan att reglera känslor, tankar och beteenden, vilket får konsekvenser för välmåendet (Damasio 2011). Säkerhetsstrategier har varit funktionella tidigare i livet och fullt ändamålsenliga, vilket gör det viktigt att minska känslan av skam. Det krävs en känsla av trygghet och förankring i sig själv för ett utforskande och nyfiken förhållningssätt till livet. Det man inte fått hjälp att lära sig känna kan man inte heller skapa själv. Gerhardt (2015) beskriver förmågan som underutvecklad, vilket innebär att det krävs stöd och guidning t.ex. via relationen med terapeuten för att utveckla känslan av trygghet (Taylor 2008/2020).

Valen av ord under den verbala guidningen i den sittande inbalanseringen har haft terapeutisk effekt för P4. AT valde dem utifrån intoning, sin mentaliseringsförmåga och kontakten med sina egna kropps-jagsfunktioner utifrån ett terapeutiskt förhållningssätt. Taylor (2008/2020) beskriver olika terapeutiska förhållningssätt för att relatera till patienten, vilka arbetsterapeuten behöver växla emellan. Det kan vara empatiskt, att förespråka, samarbeta, instruera, uppmuntra eller lösa problem. Intuitivt i stunden gör AT observationer inför och under behandlingen av tex hållningsmönster, samtidigt som AT känner in sina egna reaktioner i kroppen utifrån känslomittan i rummet. Med detta som utgångspunkt leds guidning i övandet, som sedan anpassas utifrån de förändringar som observeras hos deltagarna för att nå balans, frihet och medveten närvaro (Dropsy 1988). Flera författare påtalar vikten av att känna in var patienten är och låta det vara vägledande för de terapeutiska insatserna (Boon et al. 2012, Bragé 2013, Kierkegaard 1859, Levine 2010, Rothschild 2017, Stern 2000). Ambolt et al. (2017) beskriver att beroende på patientens förmåga att komma i kontakt med sig själv, sina funktionella resurser, behöver terapeuten använda olika terapeutiska verktyg för att nå patienten i den tillgängliga funktionsnivån och där skapa personlig trygghet och säkerhet för personlig växt och för att komma över och förbi känslor av skam.

P5 Under behandlingens gång har P5 gjort en större beteendeförändring både hur hen använde sin kropp och hur hen förhöll sig till sig själv och sitt görande, sina prestationer. Genom att söka harmonier i aktiviteterna, att hitta en gemensam rytm för kropp och aktivitet, har hen upplevt förändringen i belastning och energiåtgång både på fysisk och psykisk nivå och därmed ökat sin aktivitetsförmåga, aktivitetsrepertoar och självständighet i vardagen. P5 beskrev situationer då hen upplevt motgång, reflektion och upplevelse av ny erfarenhet, hur hen kunde tillämpa strategier och utifrån det skapa förändring. Vid behandling med BK i

Aktivitet fokuseras på att skapa upplevelser. Både Merleau-Ponty (1945/1997) och Kielhofner (2012) menar att för att ett lärande ska ske behöver upplevelsen integreras genom att man tar till sig upplevelsen och lär sig hur det känns. Stern (2005) uttrycker att förändring grundar sig på levd erfarenhet. Även Dropsy (1988) och Lundvik Gyllensten et al. (2015) betonar upplevelsen av rörelsen som grund för lärandet, genom att vara i rörelsen integreras den i den egna personen.

P5 beskrev en upplevelse av värdeminskning då hen inte klarade utföra aktiviteten som vanligt. Upplevelsen av förlust av förmåga och därmed en meningsfull aktivitet i P5s aktivitetsrepertoar påverkade hens övergripande uppfattning om mening i livet. Med hjälp av ett alternativt sätt att utföra aktiviteten bibehölls värdedimensionerna som var sammanlänkade med den specifika aktiviteten. Kielhofner (2012) beskriver uppfattningen om den egna förmågan, *personal causation*, som bestående av två komponenter, en känsla av personlig kapacitet och kunskap om vår effektivitet i relation till omvärlden. Erlandsson & Persson (2014) menar att ur ett makroperspektiv kan till och med meningen fördjupas genom att klara hantera situationer under nya omständigheter och ge personen en övergripande känsla av kontroll och duglighet. Dropsy (1988) menar att genom att arbeta med kroppens sätt att utföra aktivitet har helheten förändrats och alla fyra existensdimensionerna av att vara människa har berörts.

Under behandlingens gång gjorde P5 en tydlig omorientering. Man skulle kunna säga att hen tillämpade de tre hörnpelarna i ACT; medveten närvaro, acceptans (att ta emot, ge utrymme för, ta kontakt med alla känslor, även negativa sådana) och det liv hen verkligen ville leva (Harris 2011). Ökad självkänedom innebar att hen värderade sitt aktivitetsutförande annorlunda och kunde känna compassion med sig själv. På så sätt ökade känslan av trygghet och P5 kunde utforska alternativa arbetssätt utifrån trygghetssystemet istället för att prestera utifrån hotsystemet.

När P5 utförde räfsning, sopning eller andra rytmiska aktiviteter skedde en växling av spänning och avspänning. Tonusregleringens mål är att tillämpa konsten att använda sin kraft på ett ändamålsenligt sätt i livets alla situationer, en balanserad och kraftbesparande dynamik. Dropsy (1988) menar att det är endast tack vare denna växling som det är möjligt att utföra långvarigt arbete utan att bli alltför trött. Det är oändligt mycket svårare att manövrera pauserna än arbetet. En verkligt rytmisk rörelse är helt otänkbar vid dysfunktionell andning. Andningen behöver vara fullständigt fri och svara mot den reflektoriska anpassningen, hela kroppens enhet i varje rörelse. Armar och ben koordineras och förenas omkring centrum, varifrån impulserna utgår. Ett subjektivt intryck av lätthet kan uppstå. Den som har återvunnit kroppens toniska jämvikt förnimmer ansträngningarna som ett allmänt utnyttjande av sin styrka och inte som ett smärtsamt krampstillstånd på vissa punkter. När varje del av kroppen har återfunnit sin rätta roll i helheten kan rörelsen utföras utan möda (Dropsy 1988). Det går att jämföra med Elphinstons (2014) inledning av boken Total stabilitetsträning ”I våra försök att arbeta funktionellt hoppar vi ibland över de steg som faktiskt möjliggör funktionellt arbete. Sådana steg innebär bland annat att förändra vanemässiga aktiveringsmönster, släppa olämpliga spänningar, återställa tillgänglig rörlighet, förbättra positionsmedvetandet (proprioception) och aktivera kroppsmedvetenhet.” Elphinston (2014) fortsätter; ”Tidigare

trodde jag att jag identifierade en brist.” ...”hjälper människor att komma ur vägen för sig själva. ...många människor har redan mycket av det som behövs för bättre rörelse men stänger sig själva ute från ledig rörelse med spänningar, ansträngning, vanor och uppfattningar.” (s. 5). Elphinston utgår från idrott som aktivitet. I arbetsterapeutisk intervention handlar det om att få människor att förstå hur de själva fungerar på bästa sätt i alla vardagens aktiviteter; Genom ökad själv- och kroppskänedom används kroppens alla resurser på ett funktionellt effektivt sätt, utan komensationer och med minsta möjliga ansträngning. Oavsett vilka aktiviteter som ska utföras, t.ex. idrott eller i vardagen, gäller samma principer för kroppen som för hela människan.

Den funktionella förmågan i vardagsrörelser är beroende av stabilitet i funktion, koordination och andning, samt förmågan att relatera och vara medveten om både sig själv och andra i omgivningen. Arbetssättet med BK i Aktivitet möjliggör ett delvis annorlunda angreppssätt än vid aktivitetspacing som bl.a. innebär att ta korta pauser under aktivitetsutförandet. Vid arbetsterapeutisk intervention, speciellt inom smärtherehabilitering, är aktivitetspacing en vanlig copingstrategi (Ivansson & Nilsson 2007). Ofta upplever patienten en frustration över att ständigt behöva ta pauser, avbryta sin aktivitet, och energiåtgången blir ofta väldigt ojämn som följd av en kompensatorisk strategi istället för att en rytmisk växling i medveten kroppsnärvaro övas in. Denna frustration beskrivs av P3.

Hos patienterna kunde man se att livets erfarenheter avspeglat sig i kroppen och dysfunktionellt rörelse- och hållningsmönster uppkommit utifrån psykologiska och fysiologiska omständigheter. Det kan göra att andra ytliga muskelgrupper kompenserar istället för den djupa hållningsmuskulaturen, vilket kan leda till överbelastning. Som Elphinston (2014) och Dropsy (1988) beskriver kan komensationen hämma personens rörelsemönster och den optimala rörelsestrategin. Författaren har uppmärksammat hur ökad självkänedom och träning av kroppskänedom kunnat balansera systemen och därigenom skapa en självständig grund för patienten att stå på för varaktig hållbarhet i alla de aktiviteter som vardagen och livet innebär. När P4 ”flätar ut” benen och sätter dem i golvet, när P5 sopar trappan utifrån kraften i sitt centrum, när P2 förstår samband och sammanhang i sitt beteendemönster så är det exempel på när vertikal integrering (Ogden et al. 2006) av kroppens system kan ske, förmågan att mentalisera öka och tidigare trauman får chans att läkas.

I resultatet beskrivs olika *terapeutiska ögonblick*, situationer som varit av avgörande betydelse för förändring och process. Stern (2005) har fördjupat sig i mötet mellan människor, det som sker i korta ögonblick i interaktion och kan skapa terapeutisk förändring. Det räcker inte att verbalt förstå, förklara och berätta något för att få till stånd förändring, det måste också finnas ett subjektivt levande skeende, en faktisk erfarenhet. Det krävs att i stunden skapas närhet, de får kontakt och båda blir berörda för att ett verkligt möte ska ske. En händelse med känslor och handlingar i ett ögonblick av nukänsla, små händelser som varar några få sekunder i interaktion, där det nuvarande ögonblicket blir synligt och en verklig erfarenhet uppstår. Båda personerna deltar intuitivt i den andras erfarenhet utan att detta intersubjektiva delande behöver verbaliseras (Stern 2003, 2005).

I alla möten mellan människor uppstår en relation som påverkas av båda parter, inte minst i behandlingsrummen och dessa patientfall. Människors anknytningsmönster behålls genom livet, men påverkas av kommande relationer och känsla av trygghet. Nya anknytningsgestalter tar vid efter föräldrarna, t.ex. en partner. En terapi kan inte börja förrän terapeuten kan erbjuda sin patient ett visst mått av trygghet, ett hållande. ”När terapeuten utgör en trygg bas för sin patient, varifrån denne kan utforska och uttrycka sina tankar och känslor, spelar han samma roll som en mor som för sitt barn utgör en trygg tillflykt, en bas att utforska världen från.” (Bowlby 2010, s 166.). Patientens möjligheter att tolka relationen till terapeuten styrs både av patientens livshistoria och terapeutens förhållningssätt. Terapeuten måste alltså sträva efter att alltid vara medveten om sin roll i relationen och hur den påverkas av terapeutens eget mönster (Bowlby 2010). En terapeut som genom övning och erfarenhet lär sig detta kan enklare läsa av det som sker i rummet, så som känslomitter, intoning och otrygga signaler, som på så vis har en chans att bemötas på ett trygghetsskapande vis och främja behandlingens resultat. Ofta poängteras bemötandets roll i sjukvården och ovanstående kunskap är en god grund för patientens upplevelse av gott bemötande från personalen. Att hjälpa patienten bli medveten om sina mönster, vad som skapar känsla av trygghet och hur det påverkar den personliga utvecklingen ökar möjligheten till autonomi. Vid alla behandlingstillfällen med BK i Aktivitet finns en trygghetsskapande intention, dels med utgångspunkt i relationen mellan terapeut och patient, men främst i behandlingsmålet för att bygga ökad aktivitetsförmåga och bli medveten om sitt toleransfönster. Istället för känsla av splittring i tanke, känslor och kropp söks närvaro, samling och integrering. Rothschild (2017) uttrycker att målet är att behålla både terapeut och klient klartänkta och förstå vad som händer genom hela terapisessionen. För optimalt behandlingsutfall behöver alltså även terapeuten aktivt jobba med sig själv och sina egna förmågor.

I patientarbetet med gruppinterventionen ”Aktivitetsbalans i kroppen och dagen”, där P3, P4 och P5 deltagit, har framkommit att begreppen NU och HUR sammanfattar stor del av det som är användbart och praktiskt tillämpbart i patientens vardag. NU handlar om medveten kroppsnärvaro i aktivitetsutförandet och är en förutsättning för ett gott resultat. Vid medveten kroppsnärvaro i BK i Aktivitet eftersträvas att vara både i sig själv och i aktiviteten samtidigt. Att känna in och ta emot alla sinnesförnimmelser från kroppen och med hjälp av compassion stå ut med det som är. Detta ger andra möjligheter än att tappa kontakt med sig själv, tid och rum vilket Csíkszentmihályi (1996) beskriver som en känsla av flow där personen fångas av upplevelsen som kan uppstå under utförande av aktivitet.

HUR är en central fråga i det processorienterade behandlingsarbetet i aktivitet. Ofta fokuseras på om man klarar eller inte klarar en specifik aktivitet, både hos allmänheten och vid intervention av aktivitetsförmåga, men det är hur aktiviteten utförs som är avgörande för svaret. Det är sällan en betydelsefull aktivitet inte alls kan utföras, men för hållbart resultat krävs att utföraren gör på ett annat sätt än vanan säger. I begreppet HUR ges patienten möjlighet att själv känna in vilka strategier som kan vara lämpliga och tillämpbara i aktuell situation och vara en utgångspunkt för att omsätta det som arbetats med i behandlingen till patientens vardag. Hur var en viktig fråga för att P5 skulle kunna identifiera sina alternativa utförandemöjligheter av aktivitet.

Patientens aktivitetsrepertoar kan illustreras genom kartläggning av dygnsstruktur och aktivitetsbalans. Med reflekterande frågor, så som ”Hur behöver dagen vara strukturerad för att ge dig själv goda förutsättningar till långsiktigt hållbart mående?” ”Hur kan/behöver varje aktivitet utföras för att ge bästa möjliga förutsättningar att utföras optimalt, t.ex. energieffektivt, med minsta smärta eller största tillfredsställelse?” ”Hur känner du in och tänker om hur du använder din kropp, fördelar din energi, tidsåtgång, pacing etc.?” kan både behovet av vardagsrevidering och förändrat aktivitetsutförande förstärka varandra. Att känna och utifrån detta tolka sina behov för optimal fysiologisk balans i kroppen, så som hunger, törst och vila är grundläggande för att kunna skapa en god aktivitetsbalans. De olika tidsaspekterna i perspektivtriaden blir tydliga när utförandet av enskild aktivitet sätts in i sitt sammanhang i vardagen och livsförloppet och aktiviteternas värde synliggörs. De lösningsfokuserade frågorna hjälper arbetsterapeut och patient att fånga den egna upplevelsen av och motivation till aktivitet och förändring. Erlandsson & Persson (2014) påtalar att individens uppfattning om meningen med aktivitetsutförandet är en förutsättning för att förstå aktivitetens möjligheter. Eller som Rothschild (2017) skriver, att identifiera och kultivera de redan befintliga resurserna och göra dem tillgängliga i vardagssituationer, är lösningen.

I varierande grad kan kontakten med existensdimensionerna förnimmas i alla patientexemplen. Inom arbetsterapi finns två dominerande praxismodeller som beskriver människans förhållande till aktivitet och görande, Model of Human Occupation (MOHO) (Kielhofner 2012) och Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko 2007). Centrala begrepp gällande person är inom MOHO; Viljekraft, Vanebildning och Utförandekapacitet, medan det i CMOP-E är Spiritualitet, Affektivt, Kognitivt och Fysiskt. Dessa modeller kan jämföras med Dropsys (1988) beskrivning av människans existensdimensioner som är centrala i BK. I både MOHO och CMOP-E är människans drivkraft, motivation till delaktighet i aktivitet ”beyond performance”, centrala delar. I MOHO är viljekraften central där tolkning av upplevelsen styr motivation. I CMOP-E är ”spirituality” beskrivet som människans inre kärna, essensen, livskraften, därifrån utgår värderingar, attityder och meningsskapande, detta skulle då kunna jämföras med Dropsys existentiella dimension.

Många människor har liten kontakt med sig själva och aktivitetsutförandet styrs inte av den faktiska förmågan utan ifrån utforskande/prestationssystemet. Det gör att risken att gå över sina gränser ökar, vilket kan leda till överbelastning av individens mentala och fysiska resurser. Arbetsterapeuter lär ut strategier för att öka aktivitetsförmågan, men många av dem är av mer kompensatorisk karaktär än att lära patienten lyssna in sin kropp och sina faktiska förutsättningar. Vid arbetsterapeutisk intervention läggs stort fokus på aktivitetsbalans, vardagsrevidering där tankeprocesser och aktivitetsupplägg är i fokus, utifrån ett pedagogiskt och psykoedukativt perspektiv. Att följa ergonomiska regler om god kroppshållning och skonsamt arbetssätt kan riskera bli en rent kognitiv intellektuell process som kräver planering, framförhållning och stöd från yttre strukturer. Det finns få arbetsterapeutiska verktyg där syftet är att patienten kan förändra sina förutsättningar genom att känna in kroppen och förändra sitt beteende både kroppsligt och i tanken, alla existensdimensioner samtidigt. Förutsättningarna skulle öka genom att öva och uppleva istället för att bara samtala sig fram

till lösningarna, ”HUR gör du?”. Genom upplevelse ges möjligheten att lyssna in sig själv, få tillgång till sina resurser och den optimala förmågan i stunden och på så sätt öka autonomin och känslan av kontroll. För att kunna lyssna in sig själv krävs en förståelse för och trygghet i sig själv, att man är värd att tillfredsställa. Om otryggheten i grunden är stor kan arbetet med att bygga en förvärvad trygghet vara förutsättningen för att en hållbar förändring ska vara möjlig. Genom förstärkning av kroppsjagsfunktioner och tillgång till existensdimensioner kan trygghet byggas och utveckling möjliggöras. Genom att arbeta med BK i Aktivitet ges möjlighet till omsättning i det dagliga görandet i vardagen, själva omsättningen till görandet i livet.

KONKLUSION

I denna studie ville författaren fånga vad patienter upplevde som terapeutiskt verksamt i den arbetsterapeutiska interventionen med BK i Aktivitet. I de beskrivna patientfallen har författaren observerat förändring och patienterna själva i olika grad beskrivit sina upplevelser av tydlig terapeutisk effekt. Interventionen behövde ske i en trygg kontext med fokus på acceptans och compassion för att minska stressreaktioner och ge möjlighet till skapande av nya mönster. Då gavs möjligheter för patienten att förstå mer om människans, kroppens och aktiviteters komplexitet och hur den egna livshistorien påverkade de aktuella symtomen och aktivitetsbegränsningarna. Aktivitet var både mål och medel i behandlingen och på så sätt möjliggjordes utveckling av aktivitetsidentitet och aktivitetskompetens. Resultatet av studien visar att BK i Aktivitet är ett nytt sätt inom arbetsterapi att integrera kunskap från olika områden, där möjlighet att stärka förmågan till aktivitet sker genom ökad tillgång till sina egna resurser istället för att fokusera på kompensatoriska strategier. Likväl som arbetsterapeuten använder sig själv som instrument i interventionen är författaren en tydlig del av forskningsprocessen och för möjligheten att pröva överförbarhet, användbarhet och fortsatt utveckling av BK i Aktivitet behöver ytterligare studier göras, inom fler fält och av fler författare med motsvarande kunskap.

REFERENSER

- Aktivitetsbalans för Dig (2015). *BK i Aktivitet*. <http://aktivitetsbalans.se/detta-ar-aktivitetsbalans/bk-i-aktivitet/> [180519]
- Ambolt, A., Gard, G., & Sjö Dahl Hammarlund, C. (2017). Therapeutically efficient components of Basic Body Awareness Therapy as perceived by experienced therapists: A qualitative study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 21(3), 503-508. DOI: 10.1016/j.jbmt.2016.07.006
- Andersson, C. (2016). *Compassioneffekten*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Andersson, C. & Viotti, S. (2013). *Compassion-fokuserad terapi*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Bader-Johansson, C. & Elmgren Frykberg, G. (2013). *Rörelse och interaktion. Om grundmotorik, stress och självreglering*. Studentlitteratur, Lund.
- Barrett, L. & Simmons, W. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews Neuroscience* 16, ss. 419–429. <https://doi.org/10.1038/nrn3950>
- Bauer, J. (2007). *Varför jag känner som du känner. Hemligheten med spegelneuronerna*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Bergstad, J. (2019). *Hjärnfokus. Så blir du lugn, kreativ och fokuserad*. Bokförlaget Forum, Stockholm.
- Blomberg, H. (2012). *Rörelser som helar*. Harald Blomberg AB, Solna.
- Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2012). *Att hantera traumarelaterad dissociation. Färdighetsträning för patienter och deras terapeuter*. Insidan förlag, Vaxholm. ISBN 9789197865999
- Bowlby, J. (2010) *En trygg bas. Kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T. & Risholm Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori: Betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Bragée, B. W. (2013). *Kroppen först. En behandlingsmodell vid psykosomatik*. Studentlitteratur, Lund.
- Bullington, J. (2012). I Biguet, G., Keskinen-Rosenqvist, R., & Levy Berg, A. (Red.) *Att förstå kroppens budskap – sjukgymnastiska perspektiv*. Studentlitteratur, Lund.
- Callesen, P. (2019). *Lev mer - Tänk mindre. Bli fri från nedstämdhet och depression med metakognitiv terapi*. Norstedts, Stockholm.
- Callesen, P., Reeves, D., Heal, C. & Wells, A. (2020). Metacognitive Therapy versus Cognitive Behaviour Therapy in Adults with Major Depression: A Parallel Single-Blind Randomised Trial. *Scientific Reports* 10, 7878. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64577-1>

- Csikszentmihályi, M. (1996). *Flow: den optimala upplevelsens psykologi*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Codex (2019). *Forskarens etik*. <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml> [19-08-19]
- Cuddy, A. (2016). *Närvara, stärkt självförtroende med kroppens hjälp*. Libris, Stockholm.
- Damasio, A. (2003). Mental Self: the Person with in. *Nature* 423, 227.
<https://doi.org/10.1038/423227a>
- Damasio, A. (2011). *Du och din hjärna. Så skapar hjärnan ditt medvetande*. Optimal förlag.
- Dropsy, J. (1988). *Leva i sin kropp – Kroppsuttryck och mänsklig kontakt*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Elphinston, J. (2014). *Total stabilitetsträning för prestationsutveckling och skadeprevention*. SISU Idrottsböcker, Stockholm.
- Erlandsson, L-K. & Persson, D. (2014). *ValMo-modellen, Ett redskap för aktivitetsbaserad arbetsterapi*. Studentlitteratur, Lund.
- Gerhardt, S. (2015). *Kärlekens roll. Hur känslomässig närhet formar spädbarnets hjärna*. Karneval förlag, Stockholm.
- God och nära vård (2020). *God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19). Socialdepartementet, Stockholm.
- Harris, R. (2011). *ACT Helt enkelt. En introduktion till Acceptance and Commitment Therapy*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Institutet för Basal Kroppskänedom (2020). *Vad är BK?* <http://www.ibk.nu/vad-ar-bk/> [20-04-12]
- Ivansson, V. & Nilsson, I. (2007). *Aktivitetspacing. Ett sätt för arbetsterapeuter att arbeta i behandlingen av patienter med långvarig smärta?* Kandidatuppsats. Institutionen för hälsa, vård och samhälle. Sektionen för arbetsterapi och gerontologi. Medicinska fakulteten, Lunds universitet. <http://lup.lub.lu.se/student-papers/record/1323953>
- Josefsson, D. & Linge, E. (2008). *Hemligheten. Från ögonkast till varaktig relation*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Kielhofner, G. (2012). *Model Of Human Occupation. Teori och tillämpning*. Studentlitteratur, Lund.
- Kim Berg, I. & De Jong, P. (2003). *Att bygga lösningar. En lösningsfokuserad samtalsmodell*. Bokförlaget Mareld, Stockholm.
- Kierkegaard, S. (1859). *Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed: Til eftertanke*. Reitzel, Köpenhamn.

- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice. How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. North Atlantic Books Berkeley, California.
- Lundvik Gyllensten, A., Skoglund, K. & Wulf, I. (2015). *Basal Kroppskännedom. Den levda kroppen*. Studentlitteratur, Lund.
- Merleau-Ponty, M. (1945/1997). *Kroppens fenomenologi*. Bokförlaget Daidalos AB, Göteborg.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. Norton: New York.
- Payne, P., Levine, P. A. & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in psychology*. Doi: 10.3389/fpsyg.2015.00093
- Porges, S.W. (2011). *The Polyvagal Theory. Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-regulation*. Norton Professional Books, New York.
- Rothschild, B. (2017). *The Body Remembers Volume 2. Revolutionizing Trauma Treatment*. W.W. Norton & Company, New York.
- Roxendal, G. & Nordwall, V. (1997). *Tre BAS-skolor. Body Awareness Scale (BAS). BAS-hälsa. Intervjuskala för Kroppsjaget (ISK)*. Studentlitteratur, Lund.
- Roxendal, G. & Winberg, A. (2002). *Levande människa. Basal Kroppskännedom för rörelse och vila*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, Vol 55(1), 68-78.
- Rydén, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: att leka med verkligheten*. Natur & Kultur, Stockholm.
- Sandqvist, J. (2007). *Development and Evaluation of Validity and Utility of the Instrument Assessment of Work Performance (AWP)*. Diss. Linköping Universitet, Linköping.
- Sannum Karlsson, A. & Cederhag, W. (2016). *Hur gör du när du rör dig? Basal Kroppskännedom för vardag, friskvård, idrott och rehab*. Eget förlag, Malmö.
- Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are (2nd ed.)*. Guilford Press, New York.
- Stern, D. N. (1985/2003). *Spädbarnets interpersonella värld. Ett psykoanalytiskt och utvecklingspsykologiskt perspektiv*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Stern, D. N. (2005). *Ögonblickets psykologi. Om tid och förändring i psykoterapi och vardagsliv*. Natur och Kultur, Stockholm.

Sveriges Arbetsterapeuter (2018a). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*. Sveriges Arbetsterapeuter, Nacka.
<https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1666/kompetensbeskrivningar-foer-arbetsterapeuter-2018.pdf>

Sveriges Arbetsterapeuter (2018b). *Vad heter det på svenska? Grundläggande begrepp och perspektiv inom arbetsterapi*. Sveriges Arbetsterapeuter, Nacka.
https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1358/vad-heter-det-paa-svenska_webb.pdf

Sörngård, K. A. (2014). *ADHD hjälpen. För ett liv i balans*. Natur & Kultur, Stockholm.

Taylor, R. (2008/2020). *The Intentional Relationship. Occupational Therapy and Use of Self*. F. A. Davis Company, Philadelphia.

Townsend, E. A. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists, Ottawa.

Wallroth, P. (2010). *Mentaliseringsboken*. Karneval förlag, Stockholm.

Young, J. E. & Klosko, J. S. (2010). *Lev som du vill och inte som du lärt dig. Reinventing your life. Förstå och förändra dina livsteman*. Natur & Kultur, Stockholm.