



Att förstå kroppens budskap

– sjukgymnastiska perspektiv

GABRIELE BIGUET
RIITTA KESKINEN-ROSENOVIST
ADRIENNE LEVY BERG (RED.)

Basal Kroppskännedom

AMANDA LUNDAVIK GYLLENSTEN

I detta kapitel kommer metoden Basal Kroppskännedom (BK) att beskrivas. Inledningsvis ges en kort historik med beskrivning av metodens rötter. Grundläggande begrepp avseende kroppsjagsfunktioner kommer att beskrivas liksom det sjukgymnastiska förhållningssättet i BK. Aspekter på BK-behandling i grupp diskuteras. Vidare kommer evidensläget att belysas och kapitlet avslutas med några teoretiska reflektioner om vad som gör dessa enkla rörelser effektiva i patientbehandlingen. Texten illustreras av citat som är hämtade från de kvalitativa vetenskapliga studier som kapitlets författare publicerat.

Jag upplever inte min kropp så tydligt. Den finns där men jag upplever inte att den finns där. Man skulle kunna säga att det finns ett avstånd mellan vad jag tänker och gör och kroppen. Jag tror att jag missköter min kropp ibland ... Kan det vara så att om du inte upplever din kropp i kontakt med andra människor glömmet du bort att den existerar, kan det vara så?

Citat från patient ur Gyllensten m.fl. 2010

Historik

Basal Kroppskännedom (BK) är både en behandlingsmetod och ett förhållningssätt som integrerar österländska metoder som Tai Chi och Zen med västerländska rörelsemetoder, terapiformer och uttryckande konstformer (Gyllensten 2001). Teorier och övningar har utvecklats som en syntes av "det bästa från många traditioner" av den franske psykoterapeuten, dansaren och zenläraren Jacques Dropsy under 1960- och 70-talet (Dropsy 1975, 1988, 1999). I den psykiatriska sjukgymnastiken introducerades BK av Roxendal på 70-talet och blev i samband med hennes disputation 1985

(Roxendal 1985) en etablerad sjukgymnastisk behandlingsmetod i psykiatrisk sjukgymnastik för patienter med schizofreni. Roxendal formulerade tidigt teorin om *kroppsjaget* som den sammanhängande enheten kropp/själ/ande. Roxendal inspirerades till denna terminologi av Sigmund Freud som formulerade att "jaget är först och främst ett kroppsjag" (Freud 1923). Roxendal utvecklade begreppet kroppsjaget till att inom sjukgymnastik omfatta den helhet/enhet som kommer till uttryck i rörelserna och speglar hur individen upplever sig själv, dvs. individens totala identitetsupplevelse. Att via rörelser och ett positivt möte mellan behandlare och patient stärka kroppsjaget och aktivera inneboende resurser, såg hon som syftet med BK. I Basal Kroppskännedom betraktas förhållningssättet till den egna kroppen, till andra människor och till verkligheten som intimt sammanflätade (Dropsy 1975). Syftet med BK är att utveckla:

- kroppsmedvetenhet; medvetenheten om kroppen i vila och rörelse
- kroppslig funktion/beteende; förhållningssätt och beteende i relation till egna behov, känslor och reaktioner i vardagen
- medveten närvaro; förmåga att vara närvarande i nuet och acceptera sig själv och sin kropp
- kroppsjagsfunktionerna.

Kroppsjagsfunktioner

Via enkla och mjuka rörelser stimuleras utvecklingen av kroppsjaget. De sex delfunktioner, som Roxendal har definierat som ingående i den totala identitetsupplevelsen, kropp/själ/ande kommer först att namnges och sedan att beskrivas mer utförligt i texten.

Kroppsjagsfunktioner:

- 1 Relation till underlag, grundning
- 2 Relation till balanslinje, mittlinje
- 3 Centrering
- 4 Andning
- 5 Flöde
- 6 Medveten närvaro

1. *Relation till underlaget.* Den mer är förmågan att släppa ner tyngd muskelansträngning för att hålla och låta jordens dragningskraft för en basal tillit, att jorden/mar som liten ha vilat tillitsfullt i av att bli buren av golvet eller matburen som barn. Att t.ex. kunna ge en ökad känsla av stabilitet och liggande låta tyngdkraften verka som en upplevelse av att kunna slapp

... jag känner att jag kan röra hela kroppen nere i framfoten ...

Ur Gyllensten m.fl. 2003a

2. Den posturala stabiliteten tränad till mittlinjen eller balanslinjen (musklerna) behöver normalt stå motverka tyngdkraften. De volvo i ett dynamiskt växelspel med om Det är djupa, lednära och korta I-fibrer som är lämpade för att raktiveras inte av viljan. När man stabiliserande musklerna precis och stödjande underlag för rörelse (Trew & Everett 1997). De djupa automatiskt av tyngdkraften såv är dessa posturala muskler som Kroppen blir välbalanserad och tyngdlös och stabil. Aktivitet i c hämmande på andningen som d Balans och hållning påverkas de djupa stabiliserande musklerna muskulära aktiveringsmönstret ten "core stability". Personen kan

1. *Relation till underlaget.* Den mest grundläggande av kropps-jagsfunktioner är förmågan att släppa ner tyngden till underlaget utan att göra någon muskelansträngning för att hålla sig uppe, att vara grundad. Att slappna av och låta jordens dragningskraft verka på kroppen kan ses som ett uttryck för en basal tillit, att jorden/marken bär kroppen. Här finns paralleller till att som liten ha vilat tillitsfullt i armarna på en trygg person. Upplevelsen av att bli buren av golvet eller marken har således paralleller till att ha blivit buren som barn. Att t.ex. kunna ha god kontakt mellan fotsulan och golvet ger en ökad känsla av stabilitet och balans som gör rörelserna friare. Att i liggande låta tyngdkraften verka utan att hjälpa till att hålla sig uppe ger en upplevelse av att kunna slappna av och vila.

... jag känner att jag kan röra hela kroppen bättre om jag placerar tyngden nere i framfoten ...

Ur Gyllensten m.fl. 2003a

2. Den posturala stabiliteten tränas i BK, genom att arbeta med *relationen till mittlinjen eller balanslinjen*. Den volontära motoriken (de ytliga musklerna) behöver normalt sätt inte aktiveras eller styrketränas för att motverka tyngdkraften. De volontära muskelgrupperna är avsedda för att i ett dynamiskt växelspel med omgivningen utföra just dynamiska rörelser. Det är djupa, lednära och korta stabiliserande muskler med många Typ I-fibrer som är lämpade för att neutralisera tyngdkraften. Dessa muskler aktiveras inte av viljan. När man får en impuls att röra sig, aktiveras de stabiliserande musklerna precis innan rörelsen sker, för att vara ett stabilt och stödjande underlag för rörelsen s.k. anticipatorisk postural kontroll (Trew & Everett 1997). De djupa posturala musklerna aktiveras således automatiskt av tyngdkraften såväl i sittande, stående och gående och det är dessa posturala muskler som svarar för att hålla kroppen i upprätt läge. Kroppen blir välbalanserad och redo för handling och kan upplevas som tyngdlös och stabil. Aktivitet i de djupa muskelgrupperna inverkar inte hämmande på andningen som därför får det utrymme som behövs.

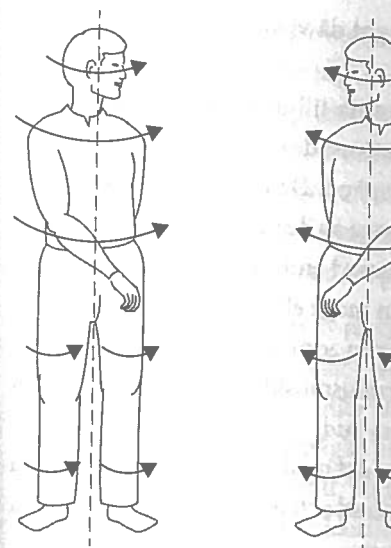
Balans och hållning påverkas negativt om en person inte kan aktivera de djupa stabiliserande musklerna optimalt, eller har brister i det neuro-muskulära aktiveringsmönstret och således brister i den inre stabiliteten "core stability". Personen kanske uppvisar ett *extensionsmönster* dvs.

håller sig aktivt uppsträckt eller ett flexionsmönster som tyder på kamp eller flykt beredskap. Ett ogynnsamt hållningsmönster kan innebära att lederna hamnar i ofördelaktiga positioner; översträckta eller flekterade med risk för smärta i de strukturer som belastas i ytterläge. Den flekterade hållningen kan också ge upphov till sekundära problem till följd av minskat utrymme för de inre organen och andningen. Även om de volontära musklerna aktiveras för att hålla kroppen uppe i ett extensionsmönster, sätts kroppens automatiska funktioner ur spel. Aktiviteten i de yttliga musklerna kan medföra att andningen försvåras, det kan kännas tungt att andas. Musklerna kan upplevas som stela, spända och ömma. En patient uttryckte det så här:

För att inte se så trött ut har jag försökt att hålla mig uppe från axlarna. Jag trodde att det var så man skulle göra, jag förstod inte då att hållningen började i fötterna.

Ur Gyllensten m.fl. 2003a

3. *Centrering* övas också i Basal Kroppskännedom. Med centrering avses hur rörelserna kan samordnas genom bälten. Rörelsecentrum är lokaliserat till solar plexus-regionen samt området kring den thorako-lumbala övergången, och omfattar även strukturerna emellan kroppens framsida och



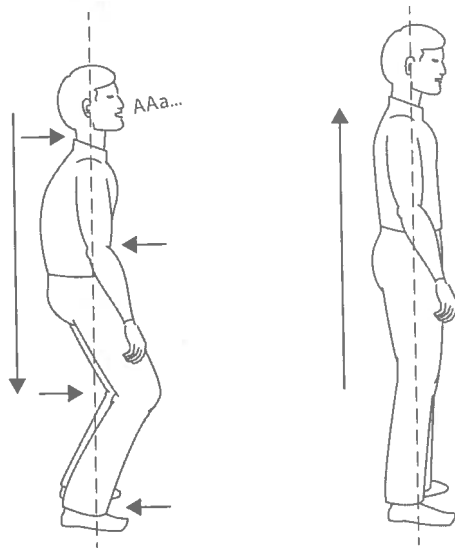
Figur 11.2 Vridningskoordinationen.

baksida. Det är här som bälens stora bäcken/höftregion. Rörelsecentrum för koordination och för ändamålsenligt Enligt BK-teori (Dropsy 1988) flexion-extension av bälten (figur 11.1.2) och gångkoordinationen vridning

Viktigt är också nervcentret i sc muskeln diafragma. Just här har vil Muskelspänning i ryggen, i diafragma området runt rörelsecentrum blir hå bli splittrat, stelt och mindre koordin och ofri. Upplevelsen av att hänga i i rörelser blir ofta förbättrad när cen

4. I BK läggs stor vikt vid andning autonoma regleringen sköta andning fri". När de automatiska andningsfun ningen till våra fysiologiska behov c att blodgas balansen upprätthålls. Ar känslor, t.ex. tenderar vi att hålla and

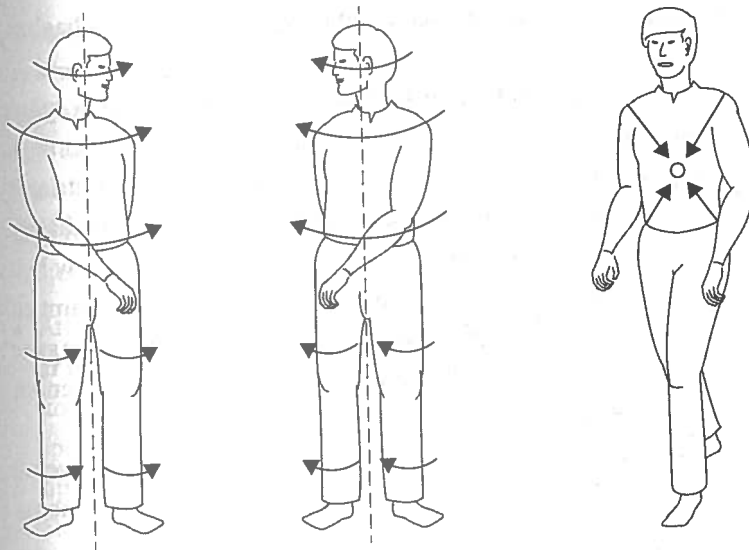
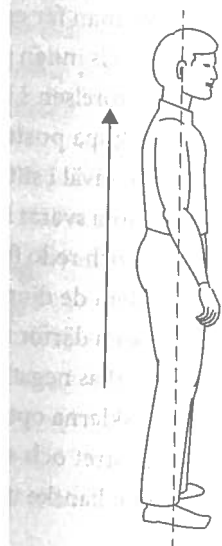
Figur 11.1 Flexion-extensions koordination genom bälten.



ett flexionsmönster som tyder på kamp samt hållningsmönster kan innebära att positioner; översträckta eller flekterade urer som belastas i ytterläge. Den flek- upphov till sekundära problem till följd e organen och andningen. Även om de r att hålla kroppen uppe i ett extensions- iska funktioner ur spel. Aktiviteten i de tt andningen försvåras, det kan kännas upplevas som stela, spända och ömma.

ikt att hålla mig uppe från axlarna. Jag i, jag förstod inte då att hållningen

ropps-kännedom. Med centrering avses om bålen. Rörelsecentrum är lokaliserat urådet kring den thorako-lumbala över- urerna emellan kroppens framsida och



Figur 11.2 Vridningskoordinationen.

Figur 11.3 Vridning- motvridningskoordinationen.

baksida. Det är här som bälens stora muskelgrupper möts från thorax och bäcken/höftregion. Rörelsecentrum i mitten av bålen har betydelse både för koordinering och för ändamålsenlig användning av kraft i rörelserna. Enligt BK-teori (Dropsy 1988) finns tre ursprungliga koordineringar: flexion-extension av bålen (figur 11.1), vridning runt balanslinjen (figur 11.2) och gångkoordineringen vridning-motvridning (figur 11.3).

Viktigt är också nervcentret i solar plexus och den stora andningsmuskeln diafragma. Just här har viloadningen sitt största rörelseutslag. Muskelspänning i ryggen, i diafragma eller magmusklerna kan leda till att området runt rörelsecentrum blir hårt och spänt. Rörelsemönstret kan då bli splittrat, stelt och mindre koordinerat. Kroppen kan kännas låst, spänt och ofri. Upplevelsen av att hänga ihop som en sammanhängande enhet i rörelser blir ofta förbättrad när centreringen ökar i behandlingsarbetet.

4. I BK läggs stor vikt vid *andningen*. Ett av syftena är att låta den fina autonoma regleringen sköta andningen och därmed "släppa andningen fri". När de automatiska andningsfunktionerna får styra, anpassar sig andningen till våra fysiologiska behov och den aktuella aktivitetsgraden, så att blodgas balansen upprätthålls. Andningen kan också påverkas av våra känslor, t.ex. tenderar vi att hålla andan när vi blir rädda, andas snabbare

när vi blir arga och andas djupt och lugnt då vi känner oss välbehagliga till mods.

Stress och känslor som inte får komma till uttryck kan skapa spänningar i andningsmuskulaturen. I vårt stressade samhälle är det mer regel än undantag att diafragmamuskeln är spänd. Då minskar rörelseutslaget och därmed diafragmas rytmiska massage av de inre organen i bukhålan. Symtom som kan uppkomma vid hämmad andning är en känsla av håll i mellangärdet, andnöd och besvär från mage eller hjärtområdet samt en upplevelse av minskad vitalitet (Gyllensten 2001, 2011). Ett ytterligare syfte med BK är att frigöra spänningar i andningsmusklerna, vilket görs genom att använda ljud, t.ex. ett mjukt tonat m-ljud.

I BK ses andningen som bron mellan det medvetna och det omedvetna p.g.a. av att andningen är dubbelinverkad och tillhör både det autonoma och det viljemässigt styrda nervsystemet.

Kroppskännedom för mig är att inte se mig själv utifrån utan att vara i mig själv. Jag är receptorn som fångar impulser både inifrån mig själv och utifrån omvärlden. Andningen hänger ihop med min vitalitet och säger mig att det finns liv i mig. Jag upplever att andningen är en del av det jag upplever inifrån mig. För mig är kroppskännedom en central medvetenhet som omfattar kroppen, som är i kroppen.

Ur Gyllensten m.fl. 2010

5. När rörelsen är grundad, balanserad, centrerad och integrerad med andningen hänger den ihop och ett sammanhängande *flöde* kan både iaktas och upplevas då rörelsen fortplantar sig från fötterna mot huvudet och från centrum mot periferin. Detta flöde av rörelser kan även ha en psykisk komponent som innebär att vara i kontakt med behov, känslor eller kreativitet (Roxendal & Nordvall 1997).

6. För att förena upplevelse och rörelse betonas att *vara medvetet närvarande* i alla BK-övningar. Att vara närvarande i handling/rörelse och i de sensoriska förmågor som rörelserna ger upphov till, möjliggör förmågan att bli mer närvarande i kontakt med sig själv i nuet (Gyllensten m.fl. 2010). När individen klarar av att vara närvarande i möte med sig själv så som det känns inifrån, så sätter det igång starka processer mot en ökad kontakt med egna behov och upplevelser, kroppskännedom

ökar. Kroppen kan ju upplevas av kroppskännedom, där jag tion och uthållighet. Kroppen själv och en ökad kroppskännedom mina känslor och behov, dvs. e Den franska filosofen Merleau subjektiv och objektiv på samn

- Att tänja på sina gränser är r är inte heller så självklart att kopplade till olika behov eller språket. I BK tränas förmåga upplevelser av att vara trött, Stern så är det en form av kälingen av det verbala språket kroppsspråket gör att det bli för den och lyssna på den sar världen och t.ex. tillfredsställ signaler gör det också lättare människor (Gyllensten m.fl.: mig själv, så är det svårt att för människor (Dropsy 1975, 198

Existensnivåer

Enligt teorier i BK sker rörelser på vilken *existensnivå* de utförs

Fysisk existensnivå: BK-rörelsernivå där det handlar om att hitta rörelserna ska utföras, med här förutsättningar. Man skulle kun niskt orienterar sig i kroppen på

Fysiologisk existensnivå: BK kan rörelser som främjar flöde, rytm poängteras. Att få kontakt med

då vi känner oss välbehagliga

... till uttryck kan skapa spän-
ssade samhälle är det mer regel
id. Då minskar rörelseutslaget
av de inre organen i bukhålan.
d andning är en känsla av håll
age eller hjärtområdet samt en
(2001, 2011). Ett ytterligare syfte
smuskler, vilket görs genom
id.

... medvetna och det omedvetna
och tillhör både det autonoma

... utifrån utan att vara i mig
... inifrån mig själv och utifrån
... vitalitet och säger mig att
... en del av det jag upp-
... central medvetenhet som

... trerad och integrerad med and-
ängande *flöde* kan både iaktas
... från fötterna mot huvudet och
... rörelser kan även ha en psy-
ntakt med behov, känslor eller

... betonas att *vara medvetet när-*
... arande i handling/rörelse och
... rna ger upphov till, möjliggör
... med sig själv i nuet (Gyllensten
... ra närvarande i möte med sig
... let igång starka processer mot
... evelser, kroppsmidvetenheten

ökar. Kroppen kan ju upplevas som ett objekt vilket är en kognitiv aspekt av kroppsmidvetande, där jag t.ex. har kontroll över min motorik, kondition och uthållighet. Kroppen är dock samtidigt en del av mitt subjektiva själv och en ökad kroppsmidvetenhet leder också till en ökad förståelse för mina känslor och behov, dvs. en ökad kontakt med mig själv som person. Den franska filosofen Merleau-Ponty beskriver den levda kroppen som subjektiv och objektiv på samma gång (Merleau-Ponty 1962), se kapitel 3.

- Att tänja på sina gränser är mycket vanligt i vår stressade tillvaro. Det är inte heller så självklart att förstå de sensoriska uttrycken som är kopplade till olika behov eller affekter och att tolka det egna kroppsspråket. I BK tränas förmågan att uppfatta vitalitetsaffekterna t.ex. upplevelser av att vara trött, pigg, lugn, samlad, nedstämd m.m. Enligt Stern så är det en form av känslokommunikation som föregår utvecklingen av det verbala språket (Stern 1991). Att kunna tolka det egna kroppsspråket gör att det blir lättare att lita på kroppen, ha förtroende för den och lyssna på den samt att använda den för att förhålla sig i världen och t.ex. tillfredsställa sina behov. Att tolka egna kroppsliga signaler gör det också lättare att vara närvarande i mötet med andra människor (Gyllensten m.fl. 2010). Saknas kontakt och förståelse för mig själv, så är det svårt att förstå och känna sig empatisk med andra människor (Dropsy 1975, 1988).

Existensnivåer

Enligt teorier i BK sker rörelser på olika sätt och har olika fokus, beroende på vilken *existensnivå* de utförs på.

Fysisk existensnivå: BK-rörelserna kan utföras på en grundläggande fysisk nivå där det handlar om att hitta de grundläggande (basala) spåren för hur rörelserna ska utföras, med hänsyn till leders och musklers anatomiska förutsättningar. Man skulle kunna säga att man rent mekaniskt/biomekaniskt orienterar sig i kroppen på denna nivå.

Fysiologisk existensnivå: BK kan också utföras på en fysiologisk nivå där rörelser som främjar flöde, rytm, spänst och integrering med andningen poängteras. Att få kontakt med vitalitetsaffekter och de sensomotoriska

processerna i kroppen ses som mycket viktigt. Fokus ligger på att lära sig lyssna inåt på den egna kroppen och att andning och rörelser integreras.

Psykologisk existensnivå: På denna nivå har rörelsen ett mål eller är en del av en relation. Rörelserna kan också vara en symbolhandling eller innehålla ett uttryck för en känsla t.ex. tränas att uppfatta och värna om egna gränser. Detta övas konkret och kontinuerligt t.ex. att göra rörelsen inom de gränser där den är stabil, centrerad och integrerad med andningen eller att göra en "stopp/nej-övning". Att acceptera sig själv som den man är med begränsningar och möjligheter kan också stå i fokus.

Existentiell existensnivå: På denna nivå betonas upplevelsen av helhet, medveten närvaro eller mening. Att kunna vara närvarande med hela sitt engagemang och sin intention präglar rörelser som utförs på denna nivå. Det centrala subjektet eller upplevelsen av att "jag är" tränas via rörelser. Att träda fram som den jag är för mig själv och för andra kan då bli en effekt av övandet (Dropsy 1988; Gyllensten 2001; Roxendal 1995; Skjærven m.fl. 2003; Skjærven m.fl. 2008)

Sjukgymnastiskt förhållningssätt vid BK

Tillsammans med patienten utforskas olika möjligheter och nya rörelse-beteenden. När patienten i sin BK-övning (t.ex. vridning längst balanslinjen), klarar att låta tyngden landa ner mot golvet, och släpper muskelspänningen i axlarna och armarna, kan sjukgymnasten bekräfta detta och be patienten lägga märke till hur det känns att göra rörelsen på detta sätt. Principen är att *arbeta utifrån helheten* för att få delarna att smälta ihop till en enhetlig rörelse, där patienten kan vara så grundad, balanserad, centrerad och släppa till andningen så mycket som möjligt. Andning och rörelse lockas att bli mer integrerade genom att använda ljud som även syftar till att fördjupa andningen. Sjukgymnasten uppmuntrar hela tiden patienten att uppmärksamma hur det känns och vad som känns. Detta är ett sätt att få patienten att bli *mer medvetet närvarande* både i sin egen upplevelse och i sin rörelse.

De olika utgångsställningar som sjukgymnasten vanligtvis använder i behandlingen är liggande, sittande på pall, stående och gående. Att vara i stillhet tränas också i sittande och liggande närvaroövningar. Stillhet kan för många patienter var mycket ångestprovocerande och sjukgymnasten

doserar hela tiden efter hur patienten mår i behandlingen, och att stå ut med smärta. Massage och partner-övningar är också vanligt förekommande.

Sjukgymnasten hjälper patienten att utföra interventioner, s.k. guidning. Guidningen kan vara fysisk eller verbal. Guidningen kan också vara en metafor eller genom att patienten själv utför rörelsen. Att bana in nya rörelser och kroppsfunktionerna. Sjukgymnasten arbetar med patienten är oerhört centralt för patientens svårigheter och resurser. Att vara närvarande är viktigt. Sjukgymnastens egen upplevelse av sig själv med acceptans är ett av de viktigaste. Att ha mött sig själv är grunden för att kunna stärka upp sig. Behandlingen avslutas ofta genom att patienten får en upplevelse av helhet.

Behandlingsformer

Ofta börjar sjukgymnasten med att utforska patientens resurser och fram övergå till behandling i grupp eller på hur behandlingen ska gå till. BK ingår som en del i ett rehabiliteringsprogram. BK börja i grupp direkt efter en insjuknande. Sjukgymnasten har kompetens att utföra BK i grupp.

Gruppbehandling i BK används ofta som dynamisk en del av behandlingen. Sina förutsättningar och mål för gruppen. Deltagare vilket innebär att gruppen blir dock aldrig målet för interventionen. Att få vara i en grupp människor kan vara ett sätt att bli övermäktigt och då kan det bli ett slag för att eventuellt pröva sig själv. Ofta kan dock gruppen kanske får öva på det som är svårt. Gruppbehandling har många fördelar.

iktigt. Fokus ligger på att lära sig andning och rörelser integreras.

är rörelsen ett mål eller är en del av en symbolhandling eller innebär att uppfatta och värna om egna känslor t.ex. att göra rörelsen inom en integrerad med andningen eller att vara sig själv som den man är med att stå i fokus.

betonas upplevelsen av helhet, att vara närvarande med hela sitt kroppsliga uttryck som utförs på denna nivå. Att vara sig själv och för andra kan då bli en utmaning (Roxendal 1995; Skjærven 2001).

Sätt vid BK

lika möjligheter och nya rörelser (t.ex. vridning längst balansbalk mot golvet, och släpper muskel- och sjukgymnasten bekräfta detta och försöka att göra rörelsen på detta sätt. Att vara sig själv och för andra kan då bli en utmaning (Roxendal 1995; Skjærven 2001).

sjukgymnasten vanligtvis använder sig av ball, stående och gående. Att vara sig själv och för andra kan då bli en utmaning (Roxendal 1995; Skjærven 2001).

doserar hela tiden efter hur patienten klarar att vara medvetet närvarande i behandlingen, och att stå ut med eventuella obehagliga sensationer/känslor. Massage och partner-övningar ingår också i behandlingskonceptet.

Sjukgymnasten hjälper patienten att hitta egna resurser genom sina interventioner, s.k. guidning. Guidningen kan bestå av att visa med egen kropp, dvs. själv göra de rörelser som patienten ska göra, använda ord och metaforer eller genom att använda händer för att medvetandegöra patienten, och bana in nya rörelsespår eller förstärka kontakten med kroppsjagsfunktionerna. Sjukgymnastens egen medvetna närvaro i mötet med patienten är oerhört centralt. Att finnas där och se samt bekräfta patientens svårigheter och resurser på ett accepterande och prestationslöst sätt är viktigt. Sjukgymnastens egen erfarenhet av BK och förmåga att möta sig själv med acceptans är ett av de viktigaste instrumenten i behandlingen. Att ha mött sig själv är grunden för att locka någon annan att möta sig själv och därigenom kunna stärka upplevelsen av den "kroppsliga identiteten". Behandlingen avslutas ofta genom att sätta ord på det som upplevts.

Behandlingsformer

Ofta börjar sjukgymnasten med en individuell behandling för att längre fram övergå till behandling i grupp. Detta beror på patientens problem och resurser eller på hur behandlingssituationen ser ut i dess helhet. Ibland ingår BK som en del i ett rehabiliteringsprogram och då kan patienten börja i grupp direkt efter en individuell bedömning. Det är då viktigt att sjukgymnasten har kompetens för att utföra BK i grupp.

Gruppbehandling i BK vänder sig till individen i gruppen, inte primärt till gruppen som dynamisk enhet. Den enskilda individen arbetar efter sina förutsättningar och mål men ingår i ett sammanhang med andra deltagare vilket innebär att gruppdynamiska faktorer aktiveras. Gruppen blir dock aldrig målet för interventionen även om man i BK-gruppen använder sig av formen. Att få vara sig själv samt bli sedd som den man är i en grupp människor kan vara mycket ångestprovocerande. Ibland kan det bli övermäktigt och då kan patienten behöva arbeta individuellt ännu ett slag för att eventuellt pröva att ingå i en grupp när identiteten hunnit bli stärkt. Ofta kan dock grupp vara ett mycket bra alternativ där man kanske får öva på det som är svårt, nämligen att vara sig själv i en grupp. Gruppbehandling har många fördelar, t.ex. att man ser och hör andra

kanske mer erfarna gruppdeltagare berätta om hur de haft det när de började i gruppen och hur deras process framskridit. Att skapa hopp om att även jag ska kunna förändras är en stark terapeutisk faktor (Yalom 1995). Att få ingå i en grupp och att göra rörelser tillsammans med andra där man är en accepterad medlem, kan sätta igång en rad positiva processer som förutom effekterna på kroppsjagsfunktionerna också kan ge effekter på självbilden och tilltron till de egna sociala möjligheterna (Hedlund & Gyllensten 2010). Att som sjukgymnast kunna leda en BK-grupp så att man hjälper individen i den egna processen, samtidigt som man stärker individens funktion i gruppen, kräver både erfarenhet och utbildning. Ledarens uppgift är att ge ansvar till den individuella deltagaren att arbeta med att utveckla sig själv, och samtidigt ta sitt professionella ansvar för att skapa ett tryggt klimat där den enskilde ges möjlighet att växa.

I detta avsnitt kommer vi inte att beskriva alla de övningar som ingår i BK, utan hänvisar till Roxendal och Winberg (2002) eller Dropsy (1988) för mer läsning och förslag på övningar. Ofta rekommenderas att själv öva med en handledare eller lärare. Det är det självupplevda som är basen för att som sjukgymnast kunna använda sig av behandlingsmetoden BK. Den egna upplevelsen av en övning, både svårigheter, motstånd och positiva effekter ger bättre möjlighet att tillämpa metoden i det professionella arbete som sjukgymnast. När man som sjukgymnast börjar arbeta med BK är det naturligt att kombinera BK med andra sjukgymnastiska metoder, allt för att utifrån sin kunskapsnivå och patientens mål ge patienten en så givande och evidensbaserad behandling som möjligt.

Evidensläget för Basal Kroppskännedom

Gyllensten, Hansson och Ekdahl (2003b) har i en randomiserad och kontrollerad studie visat goda effekter av BK i tillägg till sedvanlig psykiatrisk behandling (psykoterapi, medicin, sjukskrivning) inom öppenvårdspsykiatri. I studien randomiserades 77 patienter med ångest, depression eller personlighetsstörning samt kroppsliga symtom till två grupper, där den ena fick enbart sedvanlig psykiatrisk behandling och den andra fick sedvanlig behandling med tillägg av 12 gångers individuell behandling med BK. Grupperna var lika före behandlingen och den sedvanliga behandlingen administrerades på samma sätt i båda grupperna. Vid behandlingsavslut hade BK-gruppen signifikant förbättrade kroppsjagsfunktioner,

kroppsmedvetande, inställning till kropp och bättre copingförmåga vad de uppföljning efter 6 månader visade på bättre kroppsjagsfunktioner, samt tilltro till sin egen förmåga. Det var också signifikant mindre sjukvårdssjukvårdsbesök som kontrollgrupp och de som inte fick BK. Efter 12 månader var signifikant mindre sjukvårdssjukvårdsbesök som kontrollgrupp och de som inte fick BK.

I en annan randomiserad studie (Gyllensten & Mattsson 2011) för patienter med schizofreni visade sig BK ha positiva effekter för BK-gruppen mätt med "Body Attitude Test" och "SF-36".

Kvalitativa studier i psykiatri har också visat på positiva effekter av BK. I en studie inkluderades tio patienter som fick en fyra gångers intervention med tillägg av BK. Resultatet visade på minskning av symptom och ökad livskvalitet (Mattsson & Mattsson 2011).

Effekterna av BK för patienter med schizofreni har också studerats. Resultaten visade att BK-gruppen hade bättre kontakt, sexuellt intresse och självbild till en jämförelsegrupp som inte fick BK. För patienter med schizofreni har också studerats effekterna av BK på områden: affektreglering, självbild, självkänsla och påverkan på det sociala livet (Gyllensten 2010), se kapitel 23.

Det finns forskning som visar på positiva effekter av BK vid smärta (t.ex. minskning av smärta vid Bowel Syndrome) efter behandling (Gyllensten & Mattsson 2011), se kapitel 19. En övergripande studie har också visat på positiva effekter av BK i studier för patienter med långvarig smärta och viss kostnadseffektivitet (García-Campesano et al. 2011).

Teoretisk reflektion

De enkla rörelserna i BK utförda tillsammans med kroppsjagsfunktionerna. I studier har det visats att BK samvarierar med livskvalitet, tilltro till sin egen förmåga och självbild (Gyllensten & Mattsson 2011).

a om hur de haft det när de bör-
nskrudit. Att skapa hopp om att
erapeutisk faktor (Yalom 1995).
ser tillsammans med andra där
igång en rad positiva processer
ktionerna också kan ge effekter
ciala möjligheterna (Hedlund &
kunna leda en BK-grupp så att
sen, samtidigt som man stärker
åde erfarenhet och utbildning.
ndividuella deltagaren att arbeta
a sitt professionella ansvar för att
ges möjlighet att växa.

riva alla de övningar som ingår i
berg (2002) eller Dropsy (1988)
r. Ofta rekommenderas att själv
r det självupplevda som är basen
sig av behandlingsmetoden BK.
e svårigheter, motstånd och posi-
nna metoden i det professionella
ukgymnast börjar arbeta med BK
andra sjukgymnastiska metoder,
patientens mål ge patienten en så
; som möjligt.

skänndom

) har i en randomiserade och kon-
i tillägg till sedvanlig psykiatrisk
kskrivning) inom öppenvårds-
patienter med ångest, depression
sliga symtom till två grupper, där
sk behandling och den andra fick
ngers individuell behandling med
egen och den sedvanliga behand-
t i båda grupperna. Vid behand-
t förbättrade kroppsjagfunktioner,

kroppsmedvetande, inställning till egen kropp, tilltro till sin förmåga samt
bättre copingförmåga vad det gällde sömn (Gyllensten m.fl. 2003b). Vid
uppföljning efter 6 månader hade BK-gruppen fortfarande signifikant
bättre kroppsjagfunktioner, kroppsmedvetande, inställning till kroppen
samt tilltro till sin egen förmåga. Efter 1 år hade BK-gruppen konsume-
rat signifikant mindre sjukvård och hade mindre än hälften så många
sjukvårdsbesök som kontrollgruppen. BK-gruppen hade också signifikant
mindre sjukskrivning och den totala kostnaden för sjukförsäkring under
12 månader var signifikant mindre (Gyllensten m.fl. 2009).

I en annan randomiserad pilotstudie, gjord av Catalan-Matamoros med
kollegor (2011) för patienter med ätstörning, visades också signifikant posi-
tiva effekter för BK-gruppen vad det gäller "Eating Disorder Inventory",
"Body Attitude Test" och "SF 36 Mental Hälsa".

Kvalitativa studier i psykiatrisk vård beskriver också goda effekter av
BK. I en studie inkluderas tio patienter från psykoterapiväntelistan i en
fyra gångers intervention med BK. Patienterna fick tydlig till stor symtom-
minskning (Mattsson & Mattsson 1994).

Effekterna av BK för patienter med schizofreni har också studerats.
Resultaten visade att BK-gruppen blev signifikant förbättrade i förhål-
lande till en jämförelsegrupp vad det gällde kroppsmedvetande, blick-
kontakt, sexuellt intresse och ångest (Roxendal 1985). I en kvalitativ studie
för patienter med schizofreni beskrev patienterna effekter inom följande
områden: affektreglering, kroppsmedvetande och självförtroende,
påverkan på det sociala livet samt bättre förmåga att tänka (Hedlund &
Gyllensten 2010), se kapitel 23.

Det finns forskning som visar att BK påverkar patienter med långvarig
smärta positivt, t.ex. minskar symtomen hos patienter med IBS (Irritable
Bowel Syndrome) efter behandling med BK (Eriksson m.fl. 2007), se
kapitel 19. En övergripande studie som sammanfattade resultatet av flera
studier för patienter med långvarig smärta, visade att BK har evidens och
viss kostnadseffektivitet (Gard 2005).

Teoretisk reflektion

De enkla rörelserna i BK utförs utifrån perspektivet att stärka kropps-
jagfunktionerna. I studier har framkommit att kroppsjagfunktionerna
samvarierar med livskvalitet, tilltro till egen förmåga, psykiska och fysiska

symtom, känsla av sammanhang, smärta och psykiskt välbefinnande. Bättre kroppsagensfunktioner är förenat med flera positiva funktioner och mindre symtom samt mindre smärta (Gyllensten m.fl. 1999).

I ett fysiologiskt perspektiv kan BK troligtvis jämföras med "moderat träning" vad det gäller fysiologiska effekter. Det finns forskning från Tai Chi där man klassificerat Tai Chi som "moderat träning" Denna forskning visar på evidens för konditionsökning på lite äldre otränade personer. Troligtvis ger inte BK någon konditionsökning om inte personen är mycket otränad. En del patienter i psykiatrisk vård kan vara fysisk otränade, speciellt de med långvariga psykiska funktionshinder. De undviker av olika skäl att röra på sig. Patienter med schizofreni har i en intervjustudie rapporterat ökad lust att röra på sig efter träning med BK (Hedlund & Gyllensten 2010), se kapitel 23.

De fysiologiska effekter som huvudsakligen har setts i samband med träning i BK är t.ex. ökad benstyrka och smidighet. Det är inte ovanligt att patienter klagat över träningsvärk i benen i samband med stående BK-övningar. Detta skulle kunna hänga samman med en ökning av antalet sarkomerer (de minsta sammandragande enheterna i muskelcellerna). Bildandet av nya sarkomerer gör att myofibrillerna förlängs och muskeln blir tåligare, och med detta får vi bättre förutsättningar för muskelarbete. Detta är inte specifikt för BK utan sker vid all träning (speciellt excentrisk träning) som ger träningsvärk (Ji-Guo 2003). Kroppsmedvetenheten ökar med BK-träning, både på kort och på lång sikt (Gyllensten m.fl. 2003b; Gyllensten m.fl. 2009). Det finns goda skäl att tro att detta bland annat beror på en ökad proprioceptiv medvetenhet. Det proprioceptiva informationsflödet är nödvändigt för att hjärnan, såväl medvetet som omedvetet, ska kunna uppfatta och hantera armar, ben, bål, hals och huvud som en sammanhängande enhet (känslan av att vara en kropp). Det innebär också att kunna avgöra om huvud och resten av kroppen förändrar sin hastighet och sitt läge i förhållande till jordens dragningskraft (gravitationen), samt att kunna avgöra var i rummet/rymden de olika kroppsdelarna befinner sig och hur de rör sig i förhållande till varandra. Proprioception innebär också att kunna uppfatta kraftutvecklingen i de olika musklerna och ger möjlighet att kontrollera att de rörelseprogram som håller på att utföras genomförs på det sätt som planerats, eller att aktivera de korrekationer som behövs (Trew & Everett 1997).

Att arbeta med rörelser, ino i t.ex. de liggande sträckövning speciellt om gränserna för avsp sträcks där tyngden kan avlast tillsammans med andningen c pen" kan även bidra till en gen

I forskning har framkommit BK-träning. En av förklaringe med den djupa posturala stab vetna träningen av grundning Gyllensten m.fl. 2009). I Tai (påvisar positiva effekter på bal

I vänster hjärnhalva finns a lingsmentalitet, prestation oc egenskaper och färdigheter pr hjärnaktivitet, såsom känslor s skap att göra, inte värdesatts li

De s.k. spegelneuronerna (b veras både när vi själva gör någ den högra hjärnhalvan aktive andra människor och kunna k utifrån ett helhetsperspektiv c enhet. Detta sker i den högra som är kopplad till rörelsens c hjärnhalvan aktiveras upplevel att kroppen är levande, en del den huvudsakliga propriocep förändringar som uppstår i kro (Yokoyama m.fl. 1987). Undan sakligen aktiveras i vänster h nära kopplad till känslor som och stimuleras bland annat v poesi. Meningen med BK är ju identiteten som helhet. Rörel kroppsbilden, uppfattningen (Gyllensten m.fl. 2010). Spegel

och psykiskt välbefinnande. Med flera positiva funktioner och Gyllensten m.fl. 1999).

ofta jämföras med "moderat tempo". Det finns forskning från Tai Chi om "relaxerad träning" Denna forskning gäller lite äldre otränade personer. Utvärdering om inte personen är mycket otränad kan vara fysisk otränad, speciellt äldre. De undviker av olika skäl att delta i en intervjustudie rapporterad BK (Hedlund & Gyllensten 2003).

Även om BK ofta har setts i samband med balans och stabilitet, är det inte ovanligt att det också ses i samband med stående arbete. Detta kan ses i samband med en ökning av antalet fallolyckor (samband med muskelcellerna). Detta kan ses i samband med ögonbrillerna förlängs och muskeln utsätts för ökad belastning. Detta kan ses i samband med ökad träning (speciellt excentrisk träning). Kroppsmedvetenheten ökar med ökad träning (Gyllensten m.fl. 2003b; Gyllensten m.fl. 2003c). Det är viktigt att tro att detta bland annat gäller för proprioceptiva informationer (medvetet, omedvetet, balans, bål, hals och huvud som en del av kroppen). Det innebär också att kroppen förändrar sin hastighet och styrka (gravitationen), samt att olika kroppsdelarna befinner sig i olika lägen. Proprioception innebär att de olika musklerna och ger signaler som håller på att utföras och att aktivera de korrektioner som

Att arbeta med rörelser, inom gränsen för vad som går att göra avspänt i t.ex. de liggande sträckövningarna, verkar leda till en ökad rörlighet, speciellt om gränserna för avspänd rörelse respekteras och kroppsdelarna sträcks där tyngden kan avlastas mot golvet. Liggande rörelser som görs tillsammans med andningen och "uppmärksamhetens resa genom kroppen" kan även bidra till en generell muskulär avspänning.

I forskning har framkommit att hållning och balans kan förbättras vid BK-träning. En av förklaringen kan vara att deltagarna får ökad kontakt med den djupa posturala stabiliserande muskulaturen genom den medvetna träningen av grundning och balanslinje. (Gyllensten m.fl. 2003b; Gyllensten m.fl. 2009). I Tai Chi-forskning finns ett flertal studier som påvisar positiva effekter på balans och minskad fallrisk (Wolf m.fl. 2003).

I vänster hjärnhalva finns aktiviteter som har med logik, förnuft tävlingsmentalitet, prestation och individuell självhävande att göra. Dessa egenskaper och färdigheter premieras i västvärlden. Däremot har högerhjärnaktivitet, såsom känslor som har med relationer, empati och gemenskap att göra, inte värdesatts lika mycket i samhället (McGilchrist 2009).

De s.k. spegelneuronerna (belägna i frontalloben i Brocas område) aktiveras både när vi själva gör något och när vi ser andra göra något. I speciellt den högra hjärnhalvan aktiveras spegelneuronerna som ett sätt att förstå andra människor och kunna känna empati med dem. BK-rörelserna görs utifrån ett helhetsperspektiv där rörelse och upplevelse vävs ihop till en enhet. Detta sker i den högra hjärnhalvan till skillnad mot den vänstra som är kopplad till rörelsens delar (Gainotti & Silveri 1996). I den högra hjärnhalvan aktiveras upplevelsen av kroppen som en enhet och känslan av att kroppen är levande, en del av identiteten. Höger hjärnhalva svarar för den huvudsakliga proprioceptiva medvetenheten, och för de fysiologiska förändringar som uppstår i kroppen i anslutning till upplevelsen av känslor (Yokoyama m.fl. 1987). Undantaget är känslan av aggressivitet som huvudsakligen aktiveras i vänster hjärnhalva. Den högra hjärnhalvan är alltså nära kopplad till känslor som har med anknytning och självbild att göra och stimuleras bland annat via helhetsrörelser men också av musik och poesi. Meningen med BK är ju att utveckla kontakten med den kroppsliga identiteten som helhet. Rörelser är viktiga för att skapa och upprätthålla kroppsbilden, uppfattningen om kroppen och uppfattningen av identitet (Gyllensten m.fl. 2010). Spegelneuronerna hjälper individen att direkt upp-

leva och erfara de rörelser som uttrycks av andra eller som de gör själva (Le Bihan m.fl.1993). Spegelneuronerna aktiveras också av liknelser och bildspråk. I BK rör sig sjukgymnasten tillsammans med patienten. Hon kan även använda ord och bildspråk för att förmedla ett budskap om hur rörelsen kan göras eller kännas. Man kan anta att en del av de positiva processer som aktiveras i behandlingen hänger ihop med aktivering av spegelneuronerna.

Den medvetna närvaron i BK är en icke-värderande, accepterande närvaro i det som är i stunden. Alla BK-övningar görs med medveten närvaro, men det finns även övningar i stillhet: den sittande närvaroövningen och den liggande närvaroövningen som mycket nära knyter an till zenmeditation. Zenmeditation fokuserar på att träna just medveten närvaro här och nu. Medveten närvaro, såväl i rörelserna som i de upplevelser som skapas i rörelserna, är genomgående i alla BK-övningar som en integrerande princip. Den medvetna närvaron i BK har stora likheter med det som kallas mindfulness (som även den är inspirerad av zen-traditionen) och innebär uppövande av förmågan att vara medveten om fysiska sensationer, affekter, tankar och fantasier utan att värdera dem. Det innebär stund-för-stundnärvaro i det ständigt skiftande perceptionsfältet och i det som känns i kroppen. Forskning inom mindfulness (Mindfulness Based Stress Reduction – MBSR) visar att ökad medveten närvaro leder till ökad förmåga att avläsa sig själv mer nyanserat och verklighetsförankrat, som svar på både yttre och inre stimuli. Förmåga att handla i världen och njuta av livet ökar liksom upplevelsen av kontroll och självförtroende (Grossman m.fl. 2004). Forskning har således visat att träning av förmågan att vara medvetet närvarande har ett flertal mycket positiva effekter. I BK är fokus inte bara på att vara medvetet närvarande och acceptera det som är, utan BK är en behandlingsmetod där målet är att utveckla individens rörelsekapacitet, kroppsjagsfunktioner, tilltro till sig själv, känsla av identitet och förmåga att vara närvarande i möte med sig själv och andra (Gyllensten m.fl. 2009).

När min medvetenhet är centrerad i kroppen – i mig själv, så ger det mig en annan känsla av trygghet och värme i kontakten med andra människor. Då kan jag acceptera förändringar både i mig själv och utanför. Kan jag behålla kontakten med mig själv ... så är jag nu mycket mindre rädd för andra människor. Jag tycker att jag kan se saker mer som de verkligen är även om det gör ont.

Ur Gyllensten m.fl. 2010

Avslutning

Det finns viss evidens för po Kroppskännedom för patier störning. Även vid ätstörnin positiva effekter och upplev utveckla rörelsekapacitet, ti symtom, öka livskvaliteten i sitt eget liv och i mötet m har belyst några av de meka i patientbehandlingen.

Litteraturförteckning

- Catalan-Matamoros, D., Skjæ Salazar-Arboleas, A. & Sán effect of Basic Body Aware randomized controlled tria
Dropsy J. (1975). *Leva i sin kro*
Dropsy, J. (1988). *Den harmor*
Dropsy J. (1999). Human exp
I *Bevegelseskapacitet, kunst c*
Bergen.
- Eriksson, E.M., Möller, I.E., S (2007). Body awareness th irritable bowel syndrome p 3206–3214.
- Freud, S. (1923). *The Ego and*
Gard G. 2005). Body awarene chronic pain. *Disability an*
Gainotti, G. & Silveri, M.C. (1 in a patient with a categor
Cognitive Neuropsychology
Grossman, P., Niemann, L., S based stress reduction and
Psychosomatic Research, 57
Gyllensten, A.L. (2001) *Basic*
Medicinska fakulteten, Lu
Gyllensten, A.L., Ekdahl, C. & Awareness Scale-Health (I 13, 217–226.

Avslutning

Det finns viss evidens för positiva effekter med behandlingsmetoden Basal Kroppskännedom för patienter med depression, ångest och personlighetsstörning. Även vid ätstörning och psykostillstånd finns studier som påvisar positiva effekter och upplevelser efter behandling. BK har visat sig kunna utveckla rörelsekvalitet, tilltro till egna möjligheter/resurser, minska symtom, öka livskvaliteten samt öka känslan av att vara mer närvarande i sitt eget liv och i mötet med andra människor. Teoretiska reflektioner har belyst några av de mekanismer som gör dessa enkla rörelser effektiva i patientbehandlingen.

Litteraturförteckning

- Catalan-Matamoros, D., Skjærven, L.H., Labajos-Manzanares, T., Martinez-de Salazar-Arboleas, A. & Sánchez-Guerrero, E. (2011). A pilot study on the effect of Basic Body Awareness Therapy in patients with eating disorders: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 25, 617–626.
- Dropsy J. (1975). *Leva i sin kropp*. Lund: Aldus.
- Dropsy, J. (1988). *Den harmoniska kroppen*. Borås: Natur & Kultur.
- Dropsy J. (1999). Human expression- the coordination of mind and body. I *Bevegelseskvalitet, kunst og helse*. Skjærven LH. (ed). Bergen: Høgskolen i Bergen.
- Eriksson, E.M., Möller, I.E., Söderberg, R.H., Eriksson, H.T. & Kurlberg, G.K. (2007). Body awareness therapy: a new strategy for relief of symptoms in irritable bowel syndrome patients. *World Journal of Gastroenterology*, 13, 3206–3214.
- Freud, S. (1923). *The Ego and the Id*. W. W. Norton & Company.
- Gard G. 2005). Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*. 27(12):725-728.
- Gainotti, G. & Silveri, M.C. (1996). Cognitive and anatomical locus of lesion in a patient with a category- specific semantic impairment for living beings. *Cognitive Neuropsychology*, 13, 357–90.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35–43.
- Gyllensten, A.L. (2001) *Basic Body Awareness Therapy*. Avhandling. Lund: Medicinska fakulteten, Lunds universitet.
- Gyllensten, A.L., Ekdahl, C. & Hansson, L. (1999). Validity of the Body Awareness Scale-Health (BAS-H). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 13, 217–226.

- Gyllensten, A.L. (2011) Andningen i ett psykosomatiskt perspektiv. I: Olseni, L. & Wollmer, P. (red.) *Sjukgymnastik vid nedsatt lungfunktion*. Lund: Studentlitteratur, 193–195.
- Gyllensten, A.L., Hansson, L. & Ekdahl, C. (2003a). Patient experiences of basic body awareness therapy and the relationship with the physiotherapist. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 7, 173–183.
- Gyllensten, A.L., Hansson, L. & Ekdahl, C. (2003b). Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A randomized controlled study of patients in psychiatric outpatient care. *Advances in Physiotherapy*, 5, 1–12.
- Gyllensten, A.L., Ekdahl, C. & Hansson, L. (2009). Long-term effectiveness of basic body awareness therapy in psychiatric outpatient care. A randomized controlled study. *Advances in Physiotherapy*, 11, 2–12.
- Gyllensten, A.L., Skär, L., Miller, M. & Gard, G. (2010). Embodied identity – A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26, 439–446.
- Hedlund, L. & Gyllensten, A.L. (2010). The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 14, 245–254.
- Ji-Guo, Yu. (2003). *Re-evaluation of exercise-induced muscle soreness: an immunohistochemical and ultrastructural study*. Avhandling. Umeå universitet.
- Le Bihan, D., Turner, R., Zeffiros, T.A., Cutnod, C.A., Jessard, P. & Bonnerot, V. (1993). Activation of human primary visual cortex during visual recall: A magnetic resonance imaging study. *Neurobiology*, 90, 11802–11805.
- Mattsson, M. & Mattsson, B. (1994). Physiotherapeutic treatment in outpatient psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 8, 119–126.
- McGilchrist, I. (2009). *The master and his emissary. The divided brain and the making of the modern world*. London & New York: Yale University Press.
- Merleau-Ponty, M. (1962). *The Phenomenology of Perception*. London: Routledge
- Roxendal, G. (1985). *Body Awareness Therapy and the Body Awareness Scale, treatment and evaluation in psychiatric physiotherapy*. Avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Roxendal, G. (1995). Psykosomatiskt inriktad sjukgymnastik, I: Sivik T, Theorell T. (red.) *Psykosomatisk Medicin*, Lund: Studentlitteratur, 296–312.
- Roxendal, G. & Nordvall, V. (1997). *Tre BAS-skalar*. Lund: Studentlitteratur.
- Roxendal, G. & Winberg, A. (2002). *Levande människa. Basal Kroppskännet för rörelse och vila*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Skjærven, L. H. (1999). *Å være seg selv – mer fullt og helt. En tilnærming til bevegelseskvalitet*. Hovedfagsoppgave, Bergen: Universitetet i Bergen.
- Skjærven, L.H., Gard, G. & dimensions to the phen
Journal of Bodywork an
- Skjærven, L., Kristoffersen
quality: A phenomenolo
of physiotherapists' und
Theory and Practice, 24,
- Stern, D. (1991). *Spädbarne*
- Trew, M. & Everett, T. (199
edition. New York: Chu
- Wolf, S., Barnhart, H., Kut
Reducing frailty and fal
computerized balance t
1794–1803.
- Yalom, I. (1995). *The theory*
London: Basic Books, I
- Yokoyama, K., Jennings, R.
of heart rate changes du
hemisphere lesions. *Neu*

omatiskt perspektiv. I: Olseni,
dsatt lungfunktion. Lund:

3a). Patient experiences of
nship with the physiotherapist.
s, 7, 173–183.

3b). Outcome of Basic
ntrolled study of patients in
siotherapy, 5, 1–12.

9). Long-term effectiveness of
outpatient care. A randomized
11, 2–12.

(2010). Embodied identity – A
ysiotherapy *Theory and Practice*,

periences of basic body
renia. *Journal of Bodywork and*

duced muscle soreness: an
dy. Avhandling. Umeå

, C.A., Jessard, P. & Bonnerot,
al cortex during visual recall: A
ology, 90, 11802–11805.

apeutic treatment in outpatient
ring *Sciences*, 8, 119–126.

sary. *The divided brain and the*
v York: Yale University Press.
of *Perception*. London:

nd the *Body Awareness Scale*,
iotherapy. Avhandling. Göteborg:

jukgymnastik, I: Sivik T,
nd: Studentlitteratur, 296–312.

alor. Lund: Studentlitteratur.

änniska. *Basal Kroppskännedom*
tur.

llt og helt. *En tilnærming til*
n: Universitetet i Bergen.

Skjærven, L.H., Gard, G. & Kristoffersen, K. (2003). Basic elements and dimensions to the phenomenon of quality of movement – a case study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 7, 251–260.

Skjærven, L., Kristoffersen, K. & Gard, G. (2008). An eye for movement quality: A phenomenological study of movement quality reflecting a group of physiotherapists' understanding of the phenomenon. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24, 13–27.

Stern, D. (1991). *Spädbarnets interpersonella värld*. Stockholm: Natur & Kultur.

Trew, M. & Everett, T. (1997). *Human movement. An introductory text*. Third edition. New York: Churchill and Livingstone.

Wolf, S., Barnhart, H., Kutner, N., Mcneely, E., Coogler, C. & Xu, T. (2003). Reducing frailty and falls in older persons: An investigation of Tai Chi and computerized balance training. *Journal of American Geriatric Society*, 51, 1794–1803.

Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York & London: Basic Books, Inc. Publishers.

Yokoyama, K., Jennings, R., Ackles, P., Hood, P. & Boiler, F. (1987). Lack of heart rate changes during an attention-demanding task after right hemisphere lesions. *Neurology*, 37, 624–629.