



Høgskulen på Vestlandet

BFY330 -

Bacheloroppgave

BFY330

Predefinert informasjon

Startdato:	01-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Slutt dato:	19-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 BFY330 1 O 2020 VÅR Bergen		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 355

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9667

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?: Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 34

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

BFY330

Ulike holdninger til kroppsholdning: Et fagessay

Differing views on posture: A scientific essay

Kandidatnr.: 355

Bachelor i fysioterapi

Avdeling for helse- og sosialvitenskap, Institutt for
helse og funksjon

Innleveringsdato: 19.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag:

Målet med denne oppgaven er å diskutere ulike perspektiver om kroppsholdning i fagmiljøet, og hvordan en nyutdannet fysioterapeut kan forholde seg til denne ny kunnskapen i sin tilnærming til pasienter. De ulike perspektivene som blir diskutert, blir delt inn i hva forfatteren definerer som et ”tradisjonelt” og ”moderne” perspektiv på kroppsholdning. De ortopediske, nevrologiske og psykosomatiske perspektivene befinner seg under kategorien, ”tradisjonell”, og er i hovedsak belyst av Westgaard og Thornquist (2016). Det ”moderne” perspektivet inkluderer verk fra Lennart Bentsen og Eyal Lederman, som representerer et ”utviklet” syn på en ortopedisk og manuellterapeutisk tilnærming som har i hensikt å motbevise kroppsholdning som årsaket til smerter og samtidig protestere mot en kroppsholdningsfiksert praksis. Denne oppgaven introduserer Ledermans ”A Process Approach” (2017), som påstår å være en alternativ tilnærming til pasienters muskel-skjelett plager innenfor diskusjonen om kroppsholdning.

Summary:

This bachelor paper aims to discuss the different perspectives held on posture within the physiotherapy community, and how a newly educated physiotherapy student can seek to apply the newfound knowledge to her practice as a physiotherapist. The different perspectives discussed involve, what the author defines as, ”traditional” and ”modern” perspectives on posture. Within the ”traditional” perspective, lie the perspectives of the orthopedic, neurologic and psychosomatic physiotherapy traditions, as mainly described by Westgaard and Thornquist (2016). The ”modern” perspective includes the works of Lennart Bentsen and Eyal Lederman, which represent an ”evolved” view on orthopedic and manual therapy practices seeking to disclaim posture related pain and posture fixated practices. This paper also introduces Lederman’s, “A Process Approach” (2017), which claims to be an alternative to dealing with patients’ musculoskeletal problems within a discussion of posture.

Innholds fortegnelse

Forside	1
Sammendrag (norsk)	2
Summary (engelsk)	2
Innholds fortegnelse	3
Innledning	4
Bakgrunn	4
Forforståelse og metode	5-6
Vitenskapsteoretiske- og filosofiske forutsetninger for ulike perspektiver	6-7
Ulike perspektiv	7-8
“Tradisjonelle” perspektiv	
Et ortopedisk perspektiv	8-12
Et nevrologisk perspektiv	12-14
Et psykosomatisk perspektiv	14-19
De ”tradisjonelle” perspektivene oppsummert	19
Et “moderne” perspektiv	20-26
”A Process Approach”	26-28
Kunnskapsbasert praksis	28
Min egen holdning til kroppsholdning	28-30
Referanselisten	31-33

Innledning

Når jeg sitter her og skal i gang med å skrive om kroppsholdning, blir jeg bevisst på hvordan jeg selv sitter på sofaen - hvilket forhold skuldrene mine får når jeg støtter hendene til tastaturet, hvor på setet vektlinjen min faller og hvilken kontakt føttene mine har med underlaget. Burde jeg sitte på sofaen og jobbe på min bærbare pc i det hele tatt? Jeg får lyst til å rette meg opp fra den krummete stillingen jeg automatisk satt meg ned i, samle bena i hoftebreddes avstand og senke skuldrene. Aller helst burde jeg sitte på en stol ved en pult som er i lik høyde som albueene mine, en mer riktig ergonomisk arbeidsstilling. Dette er ferdigheter jeg er trent i gjennom veiledning av medelever, pasienter og ikke minst, meg selv, i løpet av studiet innen fysioterapi. På samme måte som det å høre om lus får deg til å klø i hodet, får du kanskje den samme impulsen når du leser dette?

Bakgrunn

I fysioterapiutdanningen er holdningsanalyse i både stående, sittende og liggende en essensiell del av vår undersøkelse og behandling (Eide Sivertsen, 2016, avsnitt 3.1). Derfor blir jeg overrasket når jeg leser at det har kommet en bølge innen fagmiljøet som råder fysioterapeuter å “slutte med å gi folk uhjelpsomme oppfatninger og unødvendig kroppslig årvåkenhet gjennom å veilede/undervise dem om *optimal holdning*” (Bentsen, 2017b). Lennart Bentsen, er leder for faggruppen i manuellterapi ved Norsk Fysioterapeutforbund. Han fortsetter, ”Du har aldri bare én holdning og det finnes ingen *optimal holdning*” (Bentsen, 2017b).

Bentsen har publisert flere artikler i *Fysioterapeuten* og på sin egen blogg, ”Fysio Neuralyzer”, om kroppsholdning. Bentsen (Kristiansen Rønning, 2018) beskriver en kroppsholdningsfiksert praksis som “utdatert, unyansert og uriktig.” Hans utsagn om at en kroppsholdningsfiksert praksis er ”utdatert”, danner derfor grunnlaget for at jeg videre kommer til å definere et kroppsholdningsfiksert perspektiv som “tradisjonell”. Perspektiver som jeg tolker å være kroppsholdningsfiksert, vil komme under denne ”tradisjonelle” kategorien. Bentsens perspektiv vil bli definert som ”moderne”, for å bruke Bentsens egen retorikk. Jeg har utifra dette kommet frem til denne problemstillingen: *Hvilke ulike perspektiver om kroppsholdning kommer til uttrykk i diskusjonen om kroppsholdning i fagmiljøet, og hvordan kan en nyutdannet fysioterapeut forholde seg til dette i sin tilnærming til pasienter?*

Forforståelse og metode

Jeg må problematisere min egen forforståelse, nettopp fordi jeg jobber som instruktør for Nordisk Institutt for Fysio-Pilates hvor vi tar utgangspunkt i at en ”god holdning avlaster ledd og tillater kroppen å ta opp belastninger på en gunstigst mulig måte” (Odland, 2007). Av den grunn jobber vi også mye med å få kontakt med postural muskulatur, samt å oppdage midtstilling i stående, sittende og liggende. Denne tilvenningen kan jeg enkelt gjenkjenne innen ortopedisk-, nevrologisk- og psykosomatisk fysioterapi, som er perspektiver jeg har jobbet innen på skolen og i praksis. I tillegg har jeg både ubevisst og bevisst erfaring fra selv å ha en kroppsholdning, som jeg beskriver i innledningen. Å ha et åpent sinn til ulike holdninger til kroppsholdning, innebærer å kunne gi rom til andres argumenter og tillate en åpen diskusjon rundt de ”moderne” innvendingene til det ”tradisjonelle” perspektivet. Malterud (2011, s. 18) mener dette muligjgjøres ved at jeg ”ikke bare vente[r] på overraskelser, men lete[r] etter konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner.” Dette krever at jeg ikke bare leter etter en konfrontasjoner med Bentsens perspektiv, men at jeg også konfronterer min egen forforståelse. Jeg har kanskje ikke fått med meg alt de ulike perspektivene har å si? Kanskje jeg har feiltolket de? I all hovedsak vil en hermeneutiske metode forme oppgavens essayistiske tilnærming, nettopp fordi jeg kommer til å fortolke de ulike perspektivene som enten ”tradisjonell” eller ”moderne”, og drøfte de i forhold til hverandre.

Jeg har begitt meg ut på et område som eksperter fortsatt diskuterer, og en av hovedgrunnene til at jeg valgte fagessay er fordi, ofte “stiller essayet flere spørsmål enn det besvarer [...]” (Dietrichson, 2016, s. 92). Problemstillingen søker å drøfte ulike perspektiver på kroppsholdning, og ikke nødvendigvis svare på hva kroppsholdning er. Leseren vil først og fremst få innblikk i hvordan en nyutdannet fysioterapeut opplever å få sin forforståelse utfordret, og hvordan dette påvirker tilnærmingen til diskusjonen om kroppsholdning. Å skrive et fagessay gir meg muligheten til å utfordre min forforståelse ved å generere nye spørsmål. Slik Malterud sier, blir det ved å stille spørsmål ”... mulig for oss å se på det vi gjør, fra siden med friske øyne” (Malterud, 2011, s. 18). Ifølge Kjær og Martinsen (2015), gir et essay i tillegg åpent rom til å reflektere rundt fenomenet kroppsholdning. Jeg skal forsøke å veie det tradisjonelle og det moderne opp mot hverandre i håp om at jeg kommer ut på den andre siden og skjønner ”hva som

er lettest eller har best tyngde, og derfor [er] best egnet til noe bestemt” (s. 16). Malterud (2011, s. 19) støtter opp om denne prosessen ved å påpeke at, fordi “en sak oftest kan ha flere sider, og et funn som regel har flere mulige tolkninger, er forskerens oppdrag å ta stilling til hvorfor man anser sin egen konklusjon som det sterkeste alternativ.”

Bentsens utsagn om kroppsholdningsfiksert praksis rystet grunnlaget jeg har dannet i løpet av fysioterapiutdanningen. Jeg ser likevel ikke på det å ha min for forståelse utfordret som noe negativt, men heller en mulighet til å undersøke temaet nærmere, for å kunne utfordre min egen holdning til kroppsholdning innen fysioterapi. ”Som forsker må jeg være forberedt på muligheten av at jeg må forkaste resultater og konklusjoner som jeg trodde jeg hadde” skriver Malterud (2011, s. 18). Det er kanskje ikke skadelig likevel, å sitte i en krummet stilling?

Vitenskapsteoretiske- og filosofiske forutsetninger for ulike perspektiver

I empirismen søkes objektivitet i forståelse av verden, ”[...] der upersonlig avstand ofte fremstår som et ideal” (Malterud, 2011, s. 19). Malterud (2011, s. 19) hevder at slik dette begrepet, objektivitet, i dag brukes i den medisinske forskningskulturen, ikke tar hensyn til betydningen av forskerens egen rolle i kunnskapsutviklingen. I følge Thornquist (2003, s. 12, 14) har en fenomenologisk forskningsmetode, som anser subjektivitet ”som forutsetning for forståelse overhodet,” vokst mer og mer frem de siste tiårene innenfor fag som omhandler kroppslig praksis i samfunnet. Fenomenologien kan dermed beregnes som ett av flere kvalitative alternativer til en kvantitativ vitenskapsteoretisk forskningstilnærming, som for eksempel empirismen.

Fenomenologi har også vist seg å være hjelpsom i å søke etter kunnskap som kan utvide forståelsen av kliniske prosesser (Skjærven et al., 2008, s. 15). Slik ”fysikken var idealet for all vitenskap” innenfor empirismen, er ifølge Thornquist (2003, s. 14) erfaring idealet for fenomenologien. Ved fenomenologi rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet; ikke mot verden i seg selv, slik empirismen gjør (Thornquist, 2003, s. 14, utheving fjernet). Naturvitenskapen studerer kroppen som et objekt, i motsetning til fenomenologien, som studerer kroppen som et subjekt. Fagressursene jeg anvender har ulik vitenskapelig tilnærming, hvor det ortopediske og nevrologiske perspektivet er hovedsakelig naturvitenskapelig, og det psykosomatiske perspektivet fenomenologisk.

Thornquist (2003, s. 14) beskriver videre at fenomenologien tematiserer hvordan verden konstitueres av vår bevissthet. Dermed kan fenomenologien også regnes som en vitenskapsfilosofi fordi den belyser kroppens eksistensielle karakter. Det er i vår bevissthet at vi opplever og sanser verden, og en kan si at det vi opplever og sanser skjer gjennom kroppen, i følge Maurice Merleau-Ponty referert i *An eye for movement quality* (2008, s. 23). Merleau-Ponty knyttet den menneskelige subjektivitet til kroppen, og hans tenkning har blitt særlig viktig for utviklingen av helsefag (Thornquist, 2003, s. 14). Med bakgrunn i denne tankegangen kan ikke kroppen anses kun som et objekt, og heller ikke studeres kun som et objekt (s. 14).

Hvordan kan jeg forholde meg til kroppsholdning som noe jeg *har* og samtidig, noe jeg *er*? Må det være et skille? Thornquist (2003, s. 13) problematiserer dualismen, med oppsplitting av mennesket i to uavhengige substanser: kroppen som subjekt og objekt. Ifølge Skjærven et al. (2008, s. 23) gjenforener fenomenologien disse to kunnskapsforståelsene, ved å foreslå at vår eksistens kan forstås ved å veksle blikket mellom det fysiske, fysiologiske, psykologiske, sosiale, kulturelle og egne handlinger,. Men må det et så langt begrep til for å beskrive kroppen som to uatskillelige substanser? ”Kommer vi til kort med et språk som skiller ad det uatskillelige?” (Sviland et al., 2007, s. 23).

Det er verdt å nevne konseptene ”kroppsbilde” og ”kroppsskjema” i diskusjonen om kroppsholdning samt å belyse vesentlige forskjeller som de viser til. Shaun Gallagher (1986, s. 541) har skrevet en artikkel som skal hjelpe å skille disse to, ofte forvirrende, konseptene. Gallagher (1986, s. 541) definerer kroppsbilde som et bevisst, men abstrakt og oppløsende bilde som omhandler et system av tanker, følelser og minner knyttet til egen kropp. På den annen side, kan kroppsskjema defineres som et ubevisst, sensorisk-motorisk system som tilpasser og orienterer kroppens bevegelser i rommet og i relasjon til tyngdekraften (s. 543). Fordi kroppsholdning, ifølge Thornquist (2003, s. 14), kan knyttes til bevissthet, vil perspektivene berøre disse konseptene.

Ulike perspektiv

Westgaard og Thornquist belyser i sin artikkel, *Kroppsholdning- meningsrammer og praksis* (2016), at fysioterapeuter ser på kroppsholdning med ulike briller. Her blir tre fysioterapeuter

med ulik spesialisering innenfor fysioterapifaget intervjuet for å belyse tre ulike perspektiver på kroppsholdning: et ortopedisk, et nevrologisk og et psykosomatisk. Westgaard og Thornquist (2016, s. 20) skriver at det naturvitenskapelige perspektivet på kropp er rådende i Norge, men at kroppen i økende grad anerkjennes som et subjekt. Dette ledet dem til å intervju fysioterapeuter for å drøfte hvilken plass kroppsholdning har i dagens kontekst. Bentsen (2017b) går *imot* noe de tre fysioterapeutene ifølge Westgaard og Thornquist (2016, s. 23) vurderer som sentralt i en fysioterapeutisk undersøkelse og i utarbeidelsen av tiltak, nemlig kroppsholdning. Men hva står egentlig de ulike ”tradisjonelle” perspektivene *for*? Og hvordan vil de ulike perspektivene om kroppsholdningens plass i dagens kontekst, veies opp i møte med den ”moderne” bølgen?

”Tradisjonelle” perspektiv

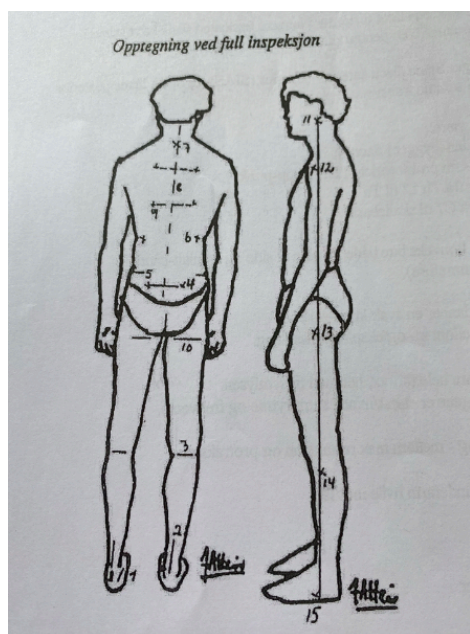
Et ortopedisk perspektiv

Ifølge Westgaard og Thornquist (2016, s. 20) har det ortopediske perspektivet en lang tradisjon og er kjent for å ha stor innflytelse innen fysioterapi. I tillegg til Westgaard og Thornquist (2016) vil jeg anvende, *Physiotherapy in Orthopaedics* (2005) av Atkinson og Hassenkamp, for å belyse det ortopediske perspektivet. Boken var pensum for fysioterapistudenter i 2019 og anses derfor som essensiell i diskusjonen, samtidig som det viser at perspektivet fortsatt er rådende i dag. En fagressurs som jeg også vil referere til, er *Arbeidshäfte i Fysioterapi Ferdighet* (Eide Sivertsen, 2016) som er et supplement ved ferdighetstrening i fysioterapiutdanningen.

Westgaard og Thornquist (2008, s. 20-21) forteller at kroppsholdning ifølge et ortopedisk perspektiv er rettet mot kroppens mekaniske sammenhenger og vurderes som god eller dårlig basert på kriterier om mekanisk belastning, og at problemer behandles med utgangspunkt i samme modell. Westgaard og Thornquist (2016, s. 20) beskriver at den *ideelle* stående kroppsholdning er ”fremstilt med referanse til den såkalte loddlinjen, og er den stilling som belaster leddene minst og som krever minst muskelkraft for å opprettholdes.” Med andre ord skal man ideelt sett kunne stå avslappet i en oppreist stilling. Eide Sivertsen (2016, avsnitt 3.1) tilføyer at ”stillingen representerer en likevekt mellom de statiske kreftene som virker i ethvert kroppssegment og de dynamiske kreftene som balanserer dem.”

Undersøkelsen og vurderingen skal avdekke hvordan de ulike kropps-segmenter hviler på hverandre i følge de fire kriteriene: ”slapp” (pas. ”trykkes” ned av tyngdekraften), ”tilfredsstillende”, ”delvis stram”, og ”stram” (pas. arbeider aktivt mot tyngdekraften) (Eide Sivertsen, 2016, avsnitt 3.1). Her vurderes tyngdekraften som et element i relasjon til kroppsholdning. I løpet av undersøkelsen oppdages avvik utifra *optimale forhold* (avsnitt 3.2). Atkinson og Hassenkamp (2005, s. 280) forklarer det slik: ”In order to assess abnormalities of posture you must re-familiarize yourself with the *hallmarks* of normal posture.”

Men hva er en normal kroppsholdning? Illustrert nedenfor i Figur 1 (Eide Sivertsen, 2016, avsnitt 3.3) er et forslag til en slik *ideell, tilfredsstillende* eller *optimal* holdning. Her kan en se hvordan



Figur 1 (Eide Sivertsen, 2016)

”loddlinjen”, sett fra sagittalplanet, faller rett gjennom såkalte ”nøkkelpunkter”; processus mastoideus, tuberculum majus, trocanter major og basis for 5. metatars (Eide Sivertsen, 2016, avsnitt 3.2). Hvor mange kan si de har denne *ideelle* kroppsholdningen? Jeg blir ikke overrasket over at venner, familie og bekjente automatisk retter seg opp, når jeg never at jeg skriver om kroppsholdning. Det er tydelig at befolkningen kan noe om dette temaet. Selv om holdning generelt anses som en ubevisst stillingen kroppen inntar, blir pasienter likevel ifølge det ortopediske perspektiv, bedt om å stå med ”bena parallelle i hoftebreddes avstand” (avsnitt 3.2). Men hvis det stemmer at kroppsholdning er delvis ubevisst, hvordan kan en fysioterapeut be pasienten stille seg på en bestemt måte og samtidig forvente å se pasientens vanestilling? Eide Sivertsen (2016, avsnitt 3.1.) tilføyer at det er en påkjenning å bli inspisert. Hvordan kan vi vite hva som er pasientens uttrykk for vane og hva som er en påkjenning?

Men pasientens kroppsholdning registreres ikke bare i stående stilling, men ”også i liggende og i bevegelse, for eksempel under gange [*Sic.*]” (avsnitt 3.1). I tråd med dette, beskriver Atkinson og Hassenkamp (2005, s. 280), at kroppsholdning kan anses som den stillingen kroppen inntar i

forberedelse på neste bevegelse. Ifølge Atkinson og Hassenkamp (2005, s. 280), krever en oppreist stilling balanse, motorisk kontroll, koordinering og tilpasning, og en sann kroppsholdning er dermed mer enn bare en oppreist stiling. Atkinson og Hassenkamp (2005, s. 280) tilføyer flere faktorer som kan påvirke kroppsholdning; som emosjonelle, hormonelle, mekaniske, nevro-fysiologiske og sosiale faktorer. Ifølge denne sammensatte definisjonen er det tydelig at avvik fra den *ideelle* kroppsholdning vil være svært vanlig (s. 280).

Et spørsmål gjenstår: hva innebærer en såkalt ”dårlig holdning” ifølge et ortopedisk perspektiv? Manuellterapeuten intervjuet av Westgaard og Thornquist (2016, s. 20) forteller at dårlig kroppsholdning ”skyldes strukturelle forhold eller uheldige vaner som kan gi ubalanse i styrkeforhold, forkortet muskulatur og smerter.” Atkinson og Hassenkamp (2005, s. 280) legger til at en dårlig holdning kan ha negative konsekvenser, som å forsterke pasientens problemer eller i verste fall, forårsake dem. Her ramser Atkinson og Hassenkamp (2005, s. 280) opp hvilke ulike problemer eller konsekvenser en dårlig holdning kan skape;

limits range of motion, increase discomfort and pain (back pain, headaches, arm and shoulder pain etc.), create pain in the temporomandibular joint, decrease lung capacity affect bowel function, change normal muscle patterning, change the length and flexibility of soft tissue structures, generally interfere with musculoskeletal potential.

Som en bisetning i noe som ser ut som et hav av patologiske tilstander forårsaket av en dårlig holdning, minner likevel Atkinson og Hassenkamp (2005, s. 280) om viktigheten av måten vi tolker objektive funn på, fordi, ”things are not always what they seem and a deformity might not result in pathology.” Her kunne forfatterne gjerne utdypet hvilke forhold som ikke fører til patologi. Ifølge Atkinson og Hassenkamp (2005, s. 280) ligger det, i bunn av det ortopediske perspektivet, en tanke om at man generelt sett ”...assumes that postural problems can be abolished.” Atkinson og Hassenkamp (2005, s. 280) tilføyer, med mindre kroppsholdningsproblemer har utviklet seg til varige bløtvevsforkortninger eller strukturelle endringer, og betegnes som deformitet.

Manuellterapeutens forhold til kroppsholdning er,

Jeg synes [kroppsholdning] overfor pasientene er et veldig delikat emne fordi vi som fagpersoner ofte er veldig klossete i uttalelsene våre når det gjelder kroppsholdning. Og

da er det dessverre mange pasienter som går rundt med veldig dårlig samvittighet fordi at de på et eller annet tidspunkt har fått beskjed om at de har feil kroppsholdning. Og det mener jeg er helt forkastelig fordi kroppsholdning er noe som er veldig individuelt og tilpasset de funksjonene man skal gjøre (s. 21). At kroppsholdning er tilpasset de funksjonene man skal gjøre, blåser nytt liv i det ortopediske miljøet. Manuellterapeuten "[...]viser til at variasjon mellom kroppsholdninger er et nødvendig resultat av menneskers ulike liv" (s. 21). Ifølge manuellterapeuten (s. 22) handler det ikke lenger om at alle skal passe inn i en form for *riktig* kroppsholdning, men heller at kroppsholdningen har tilpasset seg det livet man lever, samt er bærer av menneskers livshistorie. Vil ikke denne tankegangen lede til en holdning om kroppsholdning som mener at det finnes like mange varierte kroppsholdninger som det finnes jobber eller funksjoner? Er det da realistisk å tenke at alle skal ha en lik kroppsholdning? Manuellterapeuten problematiserer også måten fysioterapeuter kommuniserer med pasienter på ved å belyse hvilken innflytelse ordet "dårlig" kan ha på pasienter (s. 21).

Manuellterapeuten forholder seg allikevel til mekaniske aspekter ved tilnærming til kroppsholdning, men lar individets kroppsbevissthet og kroppslige forutsetninger for endring bestemme tiltak (s. 22). Det kroppslige og psykososiale skilles i manuellterapeutens differensialdiagnostiske arbeidsmåte, for å klargjøre hvilket aspekt som har størst påvirkning på det problematiske ved kroppsholdningen (s. 22). Manuellterapeuten kategoriserer fysiske aspekter som bevegelighet og muskellenge tilhørende "kropp", mens faktorer som psyken og miljø tilhørende "utenfor kropp" (s. 22). Men hans praktiske orientering er uansett mot lokale områder der problemet sitter i "kroppen" (s. 23). Dersom uheldig belastningsforhold viser seg i undersøkelsen, er manuellterapeutens mål å "utvikle mer hensiktsmessige bevegelsesmønstre og stillinger" ved å rette lokale tiltak mot "leddbevegelighet, muskellengde, muskelstyrke og muskelkontroll" (s. 22-23). Ifølge manuellterapeuten kan en dårlig kroppsholdning "...skyldes strukturelle forhold eller uheldige vaner som kan gi ubalanse i styrkeforhold, forkortet muskulatur og smerter" (s. 20). En ideell kroppsholdning, på den annen side, er "... fremstilt med referanse til den såkalte loddlinjen, og er den stilling som belaster leddene minst og som krever minst muskelkraft for å opprettholdes" (s. 21). Manuellterapeuten kommenterer samtidig at ikke alle har muligheten til å oppnå dette idealet, på grunn av fysiske begrensninger som muskellengde, leddbevegelighet eller nivå av kroppsbevissthet (s. 22). Ifølge Thornquist (2008, s.

143), defineres kroppsbevissthet som både evnen til å registrere kroppens og de enkelt ledds stilling og belastningsforhold, samt evnen til å lokalisere muskler og bestemme grad av muskelaktivitet uten bruk av synet.

Utifra dette kan det tolkes som at et ortopediske perspektiv tar stilling til at det er mer enn bare mekaniske forhold som bestemmer hvordan strukturene hviler på hverandre, men likevel velger å beholde et dualistisk syn på kroppsholdning. Dersom behandlingen "[...] provoserer frem følelsesmessige reaksjoner... tilpasser [manuellterapeuten] behandlingen slik at situasjonen ikke blir for truende for pasienten [...]" (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 23). Manuellterapeuten foretrekker å være tilbakeholden ovenfor pasientens emosjonelle side, med mindre pasienten selv er åpen for det (s. 23). Kroppen anerkjennes altså som et subjekt, men i praksis er tilnærmingen i tråd med kroppen som objekt. "Manuellterapeuten bruker kroppsholdning for å teste og reteste tiltak. Han observerer pasientens holdning før han arbeider med pasientens problem, ber vedkommende stille seg i sin vanestilling, og vurderer hvilken virkning tiltaket har hatt" (s. 23). Oppsummert, kan det se ut som det ortopediske perspektivet har en tendens til å vurdere kroppsholdning utifra en stående "vanestilling". I praksis tilnærmes kroppsholdning som et objekt, og beregnes som en passiv mottaker av behandling. I bunnen av det ortopediske perspektivet ligger en antagelse om at problemer med kroppsholdning kan fikses, som belyst av Atkinson og Hassenkamp (2005, s. 280).

Et nevrologisk perspektiv

Det nevrologiske perspektivet belyser hvordan de mekaniske elementene i kroppen samarbeider med sentralnervesystemet for å sikre kroppens balanse og romorientering (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 21, 22). Sentralnervesystemet styrer nevro-muskulære prosesser som motorisk kontroll samt sensoriske prosesser og kognitive funksjoner (s. 22). Ved det nevrologiske perspektivet knyttes derfor kroppsholdning til begreper som postural kontroll, postural orientering, postural stabilitet, motorisk kontroll og tonus (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 21, 23). Ifølge den nevrologiske fysioterapeuten er en god kroppsholdning effektiv og energisparende, og vurderes som stabil med referanse til loddlinjen (s. 21, 22). Tanken om å bruke minst mulig energi, gjenspeiles også i det ortopediske perspektivet.

Den nevrologiske fysioterapeuten oppfatter kroppsholdning som dynamisk, fordi den ”[...] stadig endrer seg i og mellom stillinger gjennom gjentatte forskyvninger av tyngdepunktet, og slik danner forutsetning for bevegelse” (s. 22). Her anses ikke kroppsholdning som bare en oppstilt, stillestående holdning, men heller mange ulike kroppsholdninger sett i forskjellige stillinger gjennom bevegelse. Det kan sammenlignes med en filmrull som projeksjoner på et lerret, hvor flere individuelle bilder danner en filmsnutt. Definisjonen er ikke så ulik det ortopediske synet på kroppsholdning, hvor kroppsholdning anses som den stillingen kroppen inntar i forberedelse på neste bevegelse (Atkinson & Hassenkamp, 2005, s. 280). Ifølge Atkinson & Hassenkamp (2005 s. 280) krever en oppreist stilling balanse, motorisk kontroll, koordinering og tilpasning. Det ser likevel ut til at det nevrologiske perspektivet tar fokuset på dynamikk hakket videre enn det ortopediske perspektivet, fordi mye av behandlingen går ut på funksjon, forflytning og gjennomføring av oppgaver (s. 23). Undersøkelse og behandling flyter mer i hverandre hos den nevrologiske fysioterapeuten (s. 23). Hvis kroppsholdning sådan beregnes dynamisk, er det da teknisk sett umulig å definere kroppsholdning som noe statisk? Kan det tenkes at de indre fysiologiske prosessene er bevegelser, selv om disse prosessene til tider er usynlige for fysioterapeuten som observerer?

Kroppsbevissthet, kan i en nevrologisk sammenheng, relateres til grad av oppmerksom deltagelse (Thornquist, 2008, s. 217). Den nevrologiske fysioterapeuten jobber utifra en oppstått skade på hjernen, eller en del av det nevromuskulære systemet. Avhengig av skadens omfang vil oppmerksomheten pasienten er i stand til å gi, avgjøre hvilken type skade som har oppstått på sentralnervesystemet. Den nevrologiske fysioterapeutens mål er derfor å undersøke om skaden er hovedsakelige motorisk, sensorisk eller kognitiv, og hva skaden har gjort med pasientens kroppsholdning (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 21). Det nevrologiske perspektivet kan derfor tolkes å omhandle en skade på et kroppsskjemanivå, samtidig som det kan tenkes at pasientens kroppsbildet gjennomgår en endring. Men med mindre pasienten selv åpner opp for det, er også den nevrologiske fysioterapeuten tilbakeholden ovenfor pasientens følelsesliv og eventuelle emosjonelle problemer knyttet skaden (s. 23). Behandlingen rettes mot pasientens kroppsskjema og går derfor ut på å ”[...] relære, eventuelt kompensere for tapt funksjon” (s. 21). Her er kroppsholdning knyttet funksjon, slik manuellterapeuten også nevner, og funksjon regnes som vesentlig i å styre målene (s. 23).

For å oppnå bedring av funksjon, arbeider den nevrologiske fysioterapeuten, i likhet med manuellterapeuten, også med innskrenkninger av bevegelsesutslag. Ifølge den nevrologiske fysioterapeuten, er det å være bevegelig og ha gode bevegelsesutslag utgangspunktet for å finne en mer optimal kroppsholdning (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 22). Den nevrologiske fysioterapeuten arbeider med pasientens kropp gjennom bevegelse og med ”hands on” (s. 22). En ”hands on” tilnærming baseres på ideen om at nervesystemet trenger nye sensoriske stimuli for læring og endring av stillinger og bevegelser, og at fysioterapeuter kan gi dette, gjennom for eksempel, bruk av berøring/palpasjon (Thornquist, 2008, s. 217). Det nevrologiske perspektivet bygger på ideen om at de fleste av kroppens stillinger og bevegelser er programmerte og ideelt sett fungerer automatisk (s. 217). Men dersom det har oppstått en skade på sentralnervesystemet, må det ifølge Thornquist (2008, s. 217) dannes nye impulsveier og synapser som kan øke effektivitet av de gjenværende. Avhengig av skadens omfang, antyder en slik tilnærming til behandling av kroppsholdning, et langsiktig behandlingsforløp.

Gener, aktivitetsnivå, type skade og mental tilstand blir også tatt i betraktning når den nevrologiske fysioterapeuten skal vurdere pasientens kroppsholdning. Dette er nødvendig for å ”danne seg en forestilling om kroppsholdningen og bevegelsesmønsteret pasienten hadde tidligere” (s. 22). Den nevrologiske fysioterapeuten tar i sin vurdering hensyn til det individuelle og personlige, samt forsøker å ivareta pasientens opprinnelige kroppsholdning og bevegelsesmønster (s. 23). Ifølge den nevrologiske fysioterapeuten er ikke målet å skape en ny *ideell* holdning, men å arbeide mot mest mulig gjenopprettelse av den kroppsholdning pasienten hadde før det oppstod skade. Dette får meg til å lure på om den nevrologiske fysioterapeuten tar i betraktning om den opprinnelige kroppsholdningen var hensiktsmessig eller ei.

Et psykosomatisk perspektiv

Ifølge Norsk Fysioterapeutforbund [NFF] (2020), belyses det psykosomatiske perspektivet hovedsakelig av den psykomotoriske fysioterapitradisjonen. Den norske psykomotoriske fysioterapitradisjonen ”... befinner seg mellom medisin og psykologi, i en kultur med lang tradisjon for å skille kropp og psyke” (Sviland et al., 2007, s. 23). Psykomotorikere arbeider ofte med kroppslige symptomer som ikke kan spores til en bestemt sykdom, utifra en

naturvitenskapelig vitenskapsforståelse. Psykosomatikken tematiserer altså hvordan psykologiske forhold kan påvirke biologiske prosesser og bidra til sykdom og lidelser (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 21). I drøftingen om kroppsholdning og bevegelse, vil jeg i tillegg til Westgaard og Thornquist (2016) sitt intervju med en psykomotoriker, bruke Sviland, Råheim og Martinsen (2007) sin vitenskapelige essay, *Hvis ikke kropp og psyke – hva da?* Essayet er nevneverdig i diskusjonen om kroppsholdning i fagmiljøet, fordi de problematiserer den dualistiske tilnærmingen til kropp og psyke. For å drøfte sammenhengen mellom kroppsholdning og bevegelse, vil jeg bruke Skjærven, Kristoffersen og Gard (2008) sin artikkel, *An eye for movement quality*. Thornquist sin bok, *Lungefysioterapi* (2008), vil også blir brukt som en vesentlig fagressurs i forklaringen av det psykosomatiske perspektivet, fordi hun anses å være en rådende stemme i dette miljøet, samt at mange av hennes tekster og bøker er pensum i fysioterapiutdanningen.

I følge psykomotorikeren intervjuet av Westgaard og Thornquist (2016, s. 23), er en god kroppsholdning avspent, fleksibel og i balanse. I tillegg er loddlinjen og ledd i mellomstilling en referanse når hun vurderer kroppsholdning (s. 23). Det psykosomatiske perspektivet bygger derfor på det ortopediske og nevrologiske perspektivet om kroppsholdning i relasjon til tyngdekraften, som ”slapp” og ”stram”, og nevro-muskulære prosesser, men tematiserer psykososiale sammenhenger som også påvirker kroppsholdning (s. 21). Det psykosomatiske perspektivet baseres på en fenomenologisk vitenskapsfilosofi om at kroppen er et erfarende subjekt. Et av hovedmålene for psykomotorisk fysioterapi er derfor at pasientene selv skal bli bevisste sammenhenger mellom deres psykisk tilstand og kroppslige symptomer, og disse oppdagelsene anses som avgjørende i deres fremgang (Thornquist, 2008, s. 162-163).

Pasientens livshistorie og emosjonelle nevnes både i det ortopediske og nevrologiske perspektivet i teorien, samt knyttes til patologi. Men bortsett fra at det anerkjennes eller blir tatt i betraktning ved en totalvurdering av pasientens situasjon, jobber verken manuellterapeuten eller den nevrologiske fysioterapeuten direkte med pasientens emosjonelle problemer knyttet til kroppsholdning. Psykomotorikeren trekker seg derimot ikke unna slike spørsmål. Tvert imot, sentrerer psykomotorikeren sin praksis ”[...] rundt pasienters følelsesmessige konflikter og problemstillinger” (s. 23). Psykomotorikeren skiller ikke mellom kropp og kroppsholdning, og

fordi det psykosomatiske perspektivet belyser kroppens rolle i regulering av følelser, og hvordan de uttrykkes, blir følelser ofte sentrum for en psykosomatisk praksis (s. 21, 23). Der et dualistisk syn på kroppsholdning opprettholdes i praksis av manuellterapeuten og den nevrologiske fysioterapeuten, er fenomenene kropp og psyke uatskillelige fenomener for psykomotorikeren (Westgaard og Thornquist, 2008, s. 23). Psykomotorikeren ser, ifølge Westgaard og Thornquist (2016, s. 24), likevel ut til å ha et dualistisk syn på kroppen i teorien. I praksis betrakter psykomotorikeren kropp og psyke som to uatskillelige fenomener, men i teorien kildres kroppen som både et erfarende subjekt og samtidig likt et objekt, en beholder for følelser (s. 24).

Fokus på følelser innen det psykosomatiske perspektiv, betyr likevel ikke at psykomotorikeren provoserer fram pasientens følelser. Psykomotorikeren kan også være tilbakeholden med berøring/palpasjon, dersom pasientene "[...] gir uttrykk for at de ikke orker det, eller har behov for å beholde spenningsnivået sitt" (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 23). Thornquist (2008, s. 224) viser til enda en slik tilpasning som for eksempel å endre utgangsstillingen til pasienten fra liggende til stående, hvor pasienten har større grad av kontroll. Skjærven et al. (2008, s. 19), skriver, "If you are in pain and you close yourself in, the movement quality is appropriate for the situation, defending you when you are vulnerable." Dette får meg straks til å tenke på egne forventninger jeg har til pasienter som ligger sårbare på behandlingsbenken. Jeg forventer at de skal tåle berøring, selv om de kanskje føler seg utrygg. Sannsynligvis får vi ikke vite pasienters livshistorie i løpet av en typisk førstegangsanamnese, og jeg blir derfor mer og mer overrasket over hvor mye sårbarhet vi forventer av pasienter ved første møte. Ifølge Westgaard og Thornquist (2016, s. 24) kan manuellterapeutens og den nevrologiske fysioterapeutens tilbakeholdenhet være et uttrykk for at de ikke vil tre utenfor sin spesialisering, og separerer følelseslivet til en annen "meningsverden". Men hvordan kan vi la være å anerkjenne pasientens følelser, når de viser seg å være knyttet kroppsholdning, og samtidig tro at vi kan bidra med noe som helst?

Thornquist (2008, s. 151) belyser hvordan berøring aldri er en likegyldig handling, verken for fysioterapeuten eller pasienten. Vi vet at berøring påvirker mennesker følelsesmessig, men hvordan pasienten reagerer på å bli tatt på, forteller mye om pasientens reaksjonsmønster og vaner eller uvaner, og er en viktig informasjonskilde for fysioterapeutens vurderinger (s. 151).

Holder pasienten tilbake følelser eller slipper pasienten de ut gjennom kroppen? Thornquist (2008, s. 225) skriver at ”det er både terapeutens ansvar og valg om å utløse disse følelsene eller ikke.” For psykomotorikeren er det derimot avgjørende å tre inn i nettopp disse emosjonelle responsene, fordi kroppsholdning kan knyttes til det emosjonelle forsvaret (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 21).

Spørsmålet blir da: hva gjør følelser med kroppsholdning, ifølge det psykosomatiske perspektivet? På den begrensende side, kan følelser bremse respirasjon og bevegelse og øke muskulær spenning (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 21). Dette kan ifølge Sviland et al. (2007, s. 25) sammenlignes med at alt arbeid oppleves som å sykle med håndbremsene på. Thornquist (2008, s. 145) mener at spenninger og en låst pust kan oppstå som en forsvarsreaksjon ved et negativt og fornektende forhold til kroppen. På den annen side er en fleksibel og ledig kropp med en fri, rytmisk og omstillbar pust, forenet med en god kroppsholdning (s. 145). Thornquist (2008, s. 224) forklarer videre at så lenge det er uhensiktsmessig mye aktivitet i holdningsmuskulatur eller respirasjonsmuskulatur, vil en aldri oppnå en gunstig kroppsholdning (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 23). Skjærven et al. (2008, s. 17-18), beskriver en fri pust som en forutsetning for bevegelseskvalitet. Ifølge Thornquist (2008, s. 217) er pusten også ”alltid en indikator på hvordan vi har det følelsesmessig.” For en pasient som har gått med et anstrengt pustemønster over lengre tid, vil ikke fri pust slippe til før pasienten er moden for å møte tilbakeholdte følelser (s. 225).

Tilbake til spørsmålet under det nevrologiske perspektivet, om de indre fysiologiske prosessene kan anses som bevegelse. Ifølge Skjærven et al. (2008, s. 14), inngår både de indre motoriske prosessene og ytre bevegelsene i beskrivelsen av bevegelseskvalitet. Ifølge Sviland et al. (2007, s. 25), vil samspillet mellom holdning og bevegelse forme måten vi står, går og arbeider på, og dermed forme en kroppsholdningsvurdering. Som nevnt under det nevrologiske perspektiv, kan ikke holdning og bevegelse eksistere uten hverandre på grunnlag av kroppens dynamiske karakter. Slik Thornquist (2008, s. 215), beskriver sammenhengen mellom kroppsholdning og bevegelse, må en person, ”...være i bevegelig balanse i en stilling før bevegelser kan utføres hensiktsmessig.” Sviland et al. (2007, s. 25) gjør oss oppmerksom på at kroppsholdning som ”... går på bekostning av bevegelse blir rigid og uodynamisk, og bevegelse med mangelfull støtte

fra holdningsmuskulatur går på bekostning av stabilitet.” Her skiller ikke det psykosomatiske perspektivet seg fra det nevrologiske perspektivet. Likevel mener Sviland et al. (2007, s. 25), at holdning er noe annet enn bevegelse. Kan det være at skillet ligger i at kroppsholdning i større grad er knyttet til vårt emosjonelle forsvar, som belyst av Westgaard og Thornquist (2016, s. 21), og at det er ved bevegelse at vi uttrykker oss?

Kroppsbevissthet er ifølge manuellterapeuten og den nevrologiske fysioterapeuten avgjørende for effektiviteten av tiltak. For psykomotorikeren er derimot økt kroppsbevissthet et mål i seg selv, uavhengig av symptombilde (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 23). Thornquist (2008, s. 143) tematiserer kroppsbevissthet og mener at det er det første leddet i å bryte bevegelsesvaner og uhensiktsmessig belastning. Hvis pasienten til vanlig ikke er observant ovenfor hvordan kroppen belastes, er det urealistisk å tenke at pasienten er klar for å endre verken bevegelsesmåte eller stillinger. Ved det psykosomatiske perspektivet trer i tillegg begrepet ”kroppskontakt” inn. Med kroppskontakt menes ”evnen til å knytte følelser til kroppens stillinger og bevegelser og uttrykksformer” (s. 143). Eksistensielt sett overgår dette det å kun være en maskin (s. 145). Den grad av kroppsbevissthet og kroppskontakt pasienten mestrer, får en praktisk relevans når pasienten gir tilbakemelding om behandlingen treffer deres behov, og behandlingen får likedan en større betydning langsiktig (s. 147).

Der det ortopediske perspektivet inviterer pasienten til å ”selv kjenne etter og vurdere de justeringene fysioterapeuten foreslår” her og nå (Westgaard & Thornquist, 2016, s. 24), er utforskningen og opplevelsen av kroppen i pasientens dagligliv, i tillegg til behandlingssituasjonen, fokuset i det psykosomatiske perspektiv. Ifølge psykomotorikeren anses behandlingen som en omstillingsprosess (s. 21). Målet er at aspektene ved en god kroppsholdning skal automatiseres og fungere mest mulig hensiktsmessig (Thornquist, 2008, s. 215). Slik Thornquist (2008, s. 217) belyser, kan uheldige stillings- og bevegelsesmønstre, ”...være prentet inn i nervesystemet selv om pasienten psykisk sett nå er moden for endring av stillings- og bevegelsesvaner.” Slik det nevrologiske perspektivet belyser, må disse funksjonene, ifølge Thornquist (2008, s. 215) omprogrammeres i nervesystemet. I lys av denne nevrologiske kunnskapen, kan en omstillingsprosess anses som mer hensiktsmessig enn en instruksjonsorientert praksis hvor behandlingen både styres og utføres av terapeuten for så å be

pasienten kjenne etter i etterkant, som belyst av manuellterapeuten (Westgaard og Thornquist, 2016, s. 23). Mens ved det psykosomatiske perspektiv, hviler resultatet og ”driven” i selve behandlingsprosessen på pasientens evne til å være tilstede i kroppen. Ved konsentrasjon og gjentakelse kan både kroppsbevisstheten og kroppskontakten, i tillegg til mer hensiktsmessige stillinger og bevegelser, innarbeiddes (Thornquist, 2008, s. 217). Men blir vi noensinne ferdig omstilt? Sviland et al. (2008, s. 27) oppsummerer det godt: ”Vi må hele tiden finne vår holdning, for våre følelser må stadig formes i nye livssituasjoner.”

Et annet særtrekk ved det psykosomatiske perspektivet er hvordan det tematiserer normer knyttet til kroppsholdning. Det psykosomatiske perspektivet omhandler derfor også i stor grad pasientens kroppsbygge, i tillegg til kroppsskjema. Ifølge Thornquist (2008, s. 145) er det å fornekte kroppen, en vesentlig del av oppdragelsen i vår kultur. Et typisk eksempel på det er å ”suge” inn magen for å se tynnere ut. En slik fornektelse kan komme til syne kroppslig, ved låst pust og spenninger (s. 145). Sviland et al. (2007, s. 25), gjengir hvordan ”...normer preges inn i individet og blir del av individets biologi” gjennom kulturell og verdimeessig pregning av barnet (s. 25). Ifølge Sviland et al. (2007, s. 26), utvikles kroppsholdning parallelt med språket. Det betyr at en omstillingsprosess vil innebære et oppgjør med pasientenes normer og uttrykksformer, rett og slett deres identitet. ”Betyr det i så fall at holdningsomstilling kan endre en persons grunnleggende måte å være til på?” spør Sviland et al. (2007, s. 27). Dette spørsmålet vekker et etisk dilemma innen kroppsholdningsdiskusjonen. Oppsummert, kan det psykosomatiske perspektivet på kroppsholdning sees som ”...en måte å forholde seg til tyngdekraften på, men også for følelsesmessig innstilling og normer som har preget en person” (s. 24).

De ”tradisjonelle” perspektivene oppsummert

Samtlige ”tradisjonelle” perspektiver anser god holdning som ankret i det ortopediske perspektivet om gunstig belastning med referanse til loddlinjen og som en avspent stilling. Alle perspektiver har begreper som beskriver en god eller dårlig kroppsholdning, og bruker kroppsholdning som et sentralt redskap i vurdering av tilstand og tiltak. De mener at kroppsbevissthet som avgjørende for suksess ved behandling. De ”tradisjonelle” perspektivene anser kroppen som bærer av følelser og en livshistorie, men den psykomotoriske fysioterapeuten skiller seg ut når det gjelder praktisk tilnærming til pasientens psykologiske problemer.

Et ”moderne” perspektiv:

Som nevnt er Lennart Bentsen leder for faggruppen i manuellterapi ved Norsk Fysioterapeutforbund. Det vil si at han kan tenkes å være en rådende stemme innenfor manuellterapi miljøet. Men Bentsen er bare døren inn til det som kan beskrives som den ”moderne” meningsverden. Fra det som har blitt drøftet om det ortopediske perspektiv, med referanser fra en manuellterapeut, kan det oppleves overraskende at akkurat denne ”bølgen” kommer fra en manuellterapeut, og fra hva som viser seg å være et internasjonalt osteopatmiljø. Bentsen er altså ikke alene i sine meninger når han refererer til artikler som, *“Sit Up Straight”: Time to Re-evaluate* (2019), og har selv oversatt *15 things you didn't know about back pain* (2015) til norsk i *Fysioterapeuten*. Et annet verk som Bentsen refererer til og ser ut til å basere mye av sin holdning til kroppsholdning på, er artikkelen, *The fall of postural-structural-biomechanical model in manual and physical therapies: Exemplified by lower back pain* (Lederman, 2010), som har ledet meg til Lederman (2017). Dette ledet meg til Ledermans (2017) artikkel om *A process approach in osteopathy: beyond the structural model*, som er vesentlig i diskusjonen ved å presentere et alternativ til en ikke-kroppsholdningsfiksert praksis. Samtidig kommer jeg til å referere til en artikkel Bentsen selv har publisert i *Fysioterapeuten: Hørt om mobilnakke? Se her et øyeblikk!* (2016), og en annen artikkel i *Fysioterapeuten*, hvor Bentsen ble intervjuet: *Mener utstilling gir feil informasjon om rygg* (2018). I tillegg vil det nevnes innhold fra artikler Bentsen selv har skrevet på sin blogg ”Fysioneuralyzer”.

Innledningsvis siterte jeg fra Bentsens artikkel, *«Rett deg opp» – Skal vi ta sittestillingen ut av stillesittingen?* (2017b) hvor han råder fysioterapeuter til å ”slutte med å gi folk uhjelpsomme oppfatninger og unødvendig kroppslig årvåkenhet gjennom å veilede/undervise dem om *optimal holdning*.” Bentsen fortsetter å si at som “generaliserende informasjon er råd om *ideell* kroppsholdning eller sittestilling sjelden særlig hjelpsom, som oftest oppleves den misvisende” (Bentsen, 2017b). Som nevnt tidligere, er kroppsholdning noe som vurderes også i sittende av fysioterapeuter, så hva mener Bentsen med ”misvisende” råd om sittestilling? Bentsen (2017b) skriver, “Det er ikke sittestillingen i seg selv som er årsaken til utviklingen av plagene.” Mange opplever smerter eller ubehag etter å ha sittet lenge, det er det vel ingen som kan benekte, det gjør ikke Bentsen heller (2017b). Ifølge O’Keeffe, O’Sullivan og Griffin (2015) opplever 80% av

befolkningen en episode med rygg smerter i løpet av livet, og det er like vanlig og ufarlig som å bli sliten eller trist. Det Bentsen (2015) ikke mener er vanlig, er å ha vedvarende rygg smerter. Bentsen forneker heller ikke at mange som allerede *har* smerter, opplever visse sittestillinger mer smertefulle enn andre (Bentsen, 2017b). Men selv om man kan oppleve det slik, hevder Bentsen (2017b) at selve sittestillingen ikke nødvendigvis er årsak til utvikling av plagene. Bentsen anbefaler heller å endre sittestillingen for et smertelette (Bentsen, 2017b). Men blir ikke dette det samme som å gi generelle råd om sittestilling? Forskjellen er kanskje at han ikke oppfordrer befolkningen til å endre stillingen, for så å innta en ny, permanent sittestilling. Bentsens oppfordringen er derimot å kontinuerlig endre sittestillingen (Bentsen, 2015). Bakgrunnen for dette perspektivet kan i følge Bentsen (2016) baseres på at "[...] å holde spesielle stillinger i, eller trykk på, en kroppsdel over lengre tid kan bringe fram ubehag." Dette uavhengig av hvilken stilling som inntas. Bentsen (2016) fortsetter, "Derav klisjéen, og sannheten; vi er skapt for bevegelse. Og for variert bevegelse." Slik demonstrerer, finnes det, ifølge Bentsen, ingen *mer* egnet sittestilling enn andre, men tiden tilbragt i stillingen kan ha betydning for ubehag eller smerter.

Bentsen (2017b) påpeker videre:

Vi beveger oss når det blir ubehag, flytter posisjon, endrer holdning. Dette gjør vi mange ganger gjennom døgnet, både ubevisst og bevisst. Du har antagelig sittet i den samme stillingen som nå gjør vondt tusenvis av ganger før uten at det har gjort vondt. Kroppen er godt



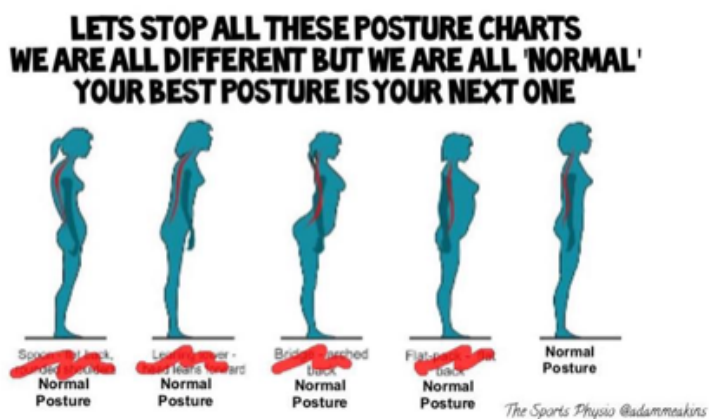
Figur 2 (Bentsen, 2017a)

”trent” i den stillingen og tåler den godt, det er bare det at akkurat nå er det ubehagelig å innta akkurat den stillingen. Den ”trente stillingen” Bentsen referer til kan også kalles “vanestilling”, selv om Bentsen (2017b) tilføyer at både “din normale sittende og stående holdning varierer faktisk mye i løpet av dagen. Du har aldri bare én holdning og det finnes ingen *optimal* holdning.” Etter Bentsen mening, har mennesker da ikke vanestillinger? Tvert imot, skriver han at en

“lutet/flektert sitteposisjon synes å være den vanemessige holdningen til smerteFRIE mennesker” (Bentsens egen utheving) (Bentsen, 2017b). Kan dette tolkes som et indirekte råd fra Bentsens om at en lutet sittestilling er ideell? Dette minner på spørsmålet jeg stilte innledningsvis, er det da greit å sitte krummet? Ifølge Bentsen (2017b), er det å sitte i en krummet stilling både avslappende og energi-konserverende. Det samme gjelder, ifølge Bentsen (2017b), en lutet/kyfosert brystrygg, som sannsynligvis heller ikke har noen sammenheng med for eksempel skulderplager. Med dette i bakhodet, skal jeg da heller ikke tenke på forholdet skuldrene mine har til tastaturet når jeg skriver?

Bentsens (2017b) utsagn om at ”vi beveger oss når det blir ubehag” gjelder så lenge vi antar at personen er i stand til å endre stilling. Dette kan utelukke en del nevrologiske og kognitive skader, samt mennesker med låst pust og anspent muskulatur. Som nevnt under det psykosomatiske perspektivet, sier Thornquist (2008, s. 217) at uheldige stillings- og bevegelsesmønstre ”...kan være prentet inn i nervesystemet selv om pasienten psykisk sett nå er moden for endring av stillings- og bevegelsesvaner.” Pasienter kan mangle kroppsbevissthet, og dermed ha problemer med å koble deres ubehag til stillesitting. Eller kanskje de kan opprettholde denne stillingen fordi de ikke har erfart at det finnes en annen stilling som er mer behagelig. Slater, Korakakis, Sullivan, P., Nolan og Sullivan, K. (2019, s. 563) anbefaler å utforske ulike stillinger som oppleves avslappende, men sier at hvordan de ser ut kan variere fra person til person. Samtidig kan det det å betrygge pasientene på at stillingen de inntar er trygg, gi smertelette (s. 563). Det motsatte vil være å be pasienter jobbe hardt for å finne den riktige holdningen, som i gjengjeld kan skape en følelse av at de mislykkes og økende angst dersom smertene fortsetter. Det ser ut som Slater et al. og Bentsen motsier seg selv når de foreslår en stillingsendring, men har som hovedpoeng å finne en, eller flere avslappede stillinger, uavhengig av hvilken. Igjen, er ikke dette så ulikt de andre perspektivene, som definerer en god kroppsholdning som en avslappet holdning.

Ikke bare finnes det utallige mange ulike sittestillinger, men ifølge Bentsen finnes det like mange ulike, og samtidig normale stående stillinger, som vist i Figur 3 (2017a). Denne figuren står i kontrast til den rådende entydige skissen, som Figur 1 viser til. Manuellterapeuten intervjuet av Westgaard og Thornquist (2016, s. 21), nevnte også den mangfoldige stående stilling som et



Figur 3 (Bentsen, 2017a)

for vanlige oppfatninger om kroppsholdning, mener Bentsen (2017b) at all forskning de siste 30-40 årene, i overveldende grad har avkreftet sammenhengen mellom kroppsholdning, sittestilling og helseproblemer. Dette ledet Bentsen til å beskrive en praksis som sier at ryggplager skyldes skjevt bekken, usymmetrisk ryggstøyle, benlengdeforskjell eller overpronasjon i foten for utdatert, unyansert og uriktig (Kristiansen Rønning, 2018). Bentsen mener at en slik ”tradisjonell” holdning til kroppsholdning “[...] gjør mer skade enn gagn” (Kristiansen Rønning, 2018). Derfor foreslår Bentsen (Kristiansen Rønning, 2018) et økt fokus på sosiale og psykologiske faktorer hos pasientene. Psykomotorikerene er nok helt enig i dette. Sosiale og psykologiske faktorer innebærer blant annet redusert søvnkvalitet, angst, depresjon, sosiale utfordringer, bekymringer, stress og lavt aktivitetsnivå (Bentsen, 2015). Stillesitting, ofte forvekslet med sittestilling, er også under kritikk i dag. Bentsen (2017b) ønsker å separere fokuset på sittestilling, fra det å være stillesittende generelt, og heller flytte fokuset til økt fysisk aktivitet. Bentsen (2015) påpeker gevinsten av regelmessig fysisk aktivitet og at det kan redusere smerter, ubehag og muskelspenninger, samt gi bedre humør og styrke immunforsvaret. Ifølge Bentsen (2017b), er det bare fysisk aktivitet som har dokumentert effekt i forebygging av ryggplager. Men når Bentsen (2017b) sier: “[...] der det i noen tilfeller kan være hensiktsmessig med ergonomisk veiledning, kan [det] tas individuelt med den det gjelder“, lurer jeg på i hvilke scenario han mener det er gunstig med veiledning.

resultat av menneskers ulike liv.

Bentsen (2017a) beskriver ryggstøyle som ”...en fantastisk fleksibel og robust konstruksjon med mangfoldige individuelle variasjoner som er normale.”

Hva forårsaker ubehaget eller smerten vi kan oppleve når vi sitter eller står, hvis det ikke skyldes en ”dårlig” kroppsholdning? Til tross

Fra Bentsens ”moderne” perspektiv, er drømmescenariet at mennesker pleier sine egne (lette ryggrelaterte) plager i stedet for å søke behandling (Kristiansen Rønning, 2018). Bentsen uttrykker at terapeuter er med på å generere et marked som sier at kroppens strukturer må korrigeres (Kristiansen Rønning, 2018). Dette fører til at mennesker som ikke nødvendigvis har behov for behandling, oppsøker behandling. ”Helseprofesjonene er sentrale aktører i denne prosessen, ettersom de har både interesse av – og mulighet til – å generere sin egen etterspørsel” (2017a). Prosessen Bentsen (2017a) refererer til, er en medikalisering av samfunnet, som tjener på befolkningens frykt. Prognosen for folk som tror at ryggsmarter er relatert til strukturelle årsaker har, ifølge Bentsen (2017a) “...sannsynligvis høyere grad av plager og dårligere forventninger om å bli bedre.” Bentsen (Kristiansen Rønning, 2018) påpeker at det er terapeuter og andre i muskel- og skjelettbransjen som tjener mest penger på rygg. Bentsens perspektiv setter da spørsmålsteget ved behandling av kroppsholdning som etisk forsvarlig (2017a). Ikke at behandlingen i seg selv er skadelig, men fokuset på strukturer i stedet for de underliggende psykososiale sammenhenger kan, ifølge Bentsen (2017b), skygge for mer sannsynlige årsaker som kan være sammensatte. Oppsummert kan dette tolkes som at behandlingen blir som plaster på såret.

Men Bentsen (2017a) klandrer ikke bare helsepersonell for deres trosretning angående kroppsholdning, han beskriver også hvordan fenomenet kroppsholdning kan spores så langt tilbake i historien, at frykten for at avvik fra idealet kan bety lidelser praktisk talt selger seg selv til befolkningen. Hva er da befolkningens tro om kroppsholdning? Ifølge Bentsen (2017a) er fokuset på kroppsholdning sosiokulturelt konstruert. Bentsen forteller hvordan vi kan, ”...spore idéen om rak holdning som noe betydningsfullt tilbake til romerne” (2017a). Ifølge Slater et al. (2019, s. 562) kan kroppsholdning også ofte påvirkes av stereotyper om kjønn, verdighet, anstendighet, utseende og moralitet. Skjærven et al. (2008, s. 21) beskriver hvordan bevegelseskvalitet ikke bare innebærer energi-konserverende, effektive og funksjonelle aspekter, men også et estetisk preg. Slater et al. (2019, s. 563) anbefaler derfor fysioterapeutene å heller bygge en relasjon med pasientene og utforske hvorfor de inntar en viss kroppsholdning. Men er det noe galt i å ville stå ”rakrygget”? Slater et al. (2019, 563), påpeker hvordan balletdansere og militærpersonell ofte må tilpasse seg en slik holdning etter sin rolle. En rak holdning, sittende eller stående, kan ifølge Slater et al. (2019, 563) være gunstig så lenge den oppleves avslappende.

Ifølge Bentsens perspektiv er det altså ikke *nødvendig* å endre kroppsholdningen til en ideell, rak holdning. Og hvis det koster mer energi enn det konserverer, er det heller ikke *anbefalt*. Men er det *mulig* å endre kroppens strukturer?

Eyal Lederman (2011, s. 257) er osteopat og har jobbet i flere år under en postural-strukturell-biomekanisk (PSB) modell. Lederman tilbrakte mye tid på forskning, og kom til et punkt hvor han forkastet den ”gamle” modellen. Selv om artikkelen *The Fall of the postural-structural-biomechanical model in manual and physical therapies* (2010) bruker korsryggsmerter som et eksempel, er perspektivet like overførbart til andre muskel-skjelett plager, som for eksempel skulder/nakke problemer (Lederman, 2010, s. 1, 8, 10). Det første grunnleggende argumentet Lederman (2010, s. 3) tematiserer, er hvordan konsekvensene av korsryggsmerter ikke nødvendigvis er årsaken. Dette perspektivet har en klinisk relevans fordi pasienten oftest blir vurdert etter at smertene har oppstått og kroppen allerede har tilpasset seg for å håndtere tilstanden (s. 3). Ifølge Lederman (2010, s. 4) er altså ikke for eksempel nedsatt muskelrekrutteringstid, årsak til smertene, men heller et resultat av smertene. Derfor er det, ifølge Lederman (2010), uhensiktsmessig å rette behandlingen mot disse prosessene da det vil anses som symptombehandling i stedet for å komme til roten av selve problemet. Andre faktorer som forskjeller i beinlengde og muskellengde, fotens stillinger og kroppsvekt viser heller ingen tydelig assosiasjon til smerter (s. 2, 4, 5). Til og med skoliose og andre degenerative strukturelle endringer i ryggraden samt overvekt har lav evidens som årsak til korsryggsmerter (Lederman, 2010, s. 2, 3, 4). De eneste faktorene som viser seg å ha en tydelig assosiasjon med smerter og nedsatt funksjon er ”...severe nerve compression, disc extrusion and distal leg pain” (s. 3, 4) og ekstrem skoliose (s. 8). Disse patologiske faktorene vurderes, ifølge Lederman (2010, s. 9), som hensiktsmessig å diagnostisere, mens resten anses som overflødig.

Et annet grunnleggende argument for å forkaste PSB modellen, er kroppens biologiske system, som er selv-tilhelende og tilpasningsdyktig (s. 7,8). Strukturer som i dette tilfellet, ryggraden, kan ifølge Lederman (2010, s. 8), gjennomgå fysiske endringer innenfor en biologisk reservekapasitet før det oppstår en skade. For å sammenligne det biologiske systemet med et mekanisk system, tolererer kroppen ved et mekanisk system belastning innenfor et bestemt spillerom, og har et lite toleransevindue før det oppstår skader (s. 5). Å nå terskelen for dette toleransevinduet, vil resultere

i skade og progressiv degenerering, som ved en maskin (s. 5). Ved et biologisk system, har kroppen et spillerom og et tilpasningsdyktig toleransevindu, slik at det ved en økt belastning, øker terskelen (s. 5). Ved et biologisk system, tilpasser kroppen seg altså etter behov. Dersom det oppstår en skade, er resultatet, ifølge Lederman (2010, s. 5), enten en akutt skade med en reparasjonstid i etterkant, eller en permanent skade som verken påvirker funksjon eller gir symptomer. Lederman (2010, s. 8) tilføyer også hvordan menneskets bevissthet, følelser, vilje og handlinger påvirker dette biologiske systemet. Derfor er en persons kognitive og atferdsmessige aspekter også avgjørende for tilhelingen (s. 7).

Det siste argumentet leder tilbake til spørsmålet jeg stilte, om det, ifølge Lederman, i det hele tatt er *mulig* å påvirke kroppens strukturer. Lederman (2010, s. 8) tematiserer hvilken relevans manuelle teknikker vil ha dersom asymmetrien eller ubalansen er såpass liten at den blir asymptotisk. På den annen side, avveier han hvilken effekt manuelle teknikker vil ha dersom asymmetrien eller ubalansen er såpass stor at verken trening eller manuelle teknikker kan endre resultatet (s. 8). For å oppnå permanente muskel-skjelett endringer, trenger, ifølge Lederman (2010, s. 9), strukturene eller bindevevet en overbelastning over lengre tid og på et nivå av regelmessighet som overstiger personens daglige belastning. Overbelastningen er ikke bare avhengig av hyppigheten og varigheten, men også mengde kraft som brukes. Lederman (2017, s. 23) hevder at kreftene som må til for å påvirke bindevevet eller strukturene, tilsvarer et nivå som er uoppnåelig ved manuelle teknikker. Dette kan sammenlignes med tannregulering, som demonstrerer hvor drastiske tiltak som må til for å korrigere tenner (Lederman, 2010, s. 9), og personen må i tillegg ofte bruke skinner om natten i flere år i etterkant for at tennene ikke skal returnere til sin ”vanestilling”. Et slikt behov ligger langt forbi det terapeuter er i stand til å gi en pasient i løpet av en standard fysioterapitime og et behandlingsforløp (Lederman, 2010). Det som gjenstår da er grad av egeninnsats pasienten er i stand til å bidra med, for å oppnå nok belastning de resterende 23 timene i døgnet. Her kommer da pasientens prioriteringer inn i bildet. Kanskje det ikke er så lurt å selge kroppsholdningsbehandling som en ”quick fix,” da det kan se ut som det leder til falske forhåpninger.

”A Process Approach”

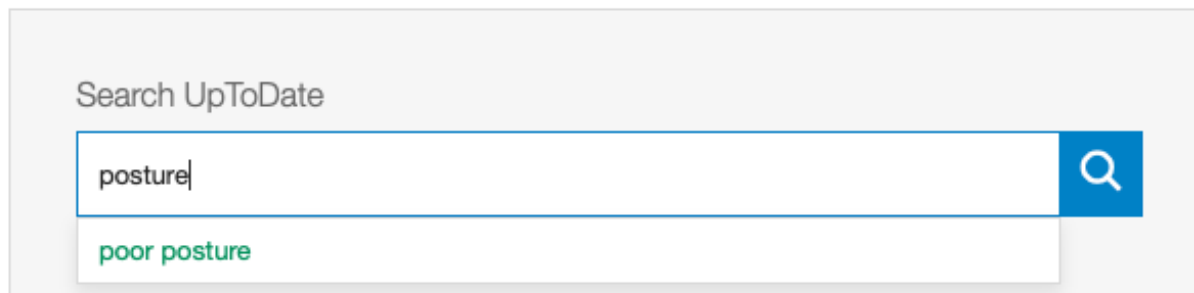
Lederman (2011, s. 257) har i ettertid utviklet en alternativ tilnærming til kroppsholdning som innebærer en "hands on" tilnærming i en kontekst som integrerer biologiske prosesser som reparasjon, tilpasning, smerteprosesser, motorisk læring, samt psykososial vitenskap og adferdsvitenskap. Lederman kaller denne tilnærmingen "A Process Approach". Både "A Process Approach" og en PSB modell anser kroppens evne til selv-tilheling som nøkkelordet ved behandling, men forskjellen er hvordan de tilnærmer seg denne prosessen (Lederman, 2017, s. 22). Ved en PSB modell, anses strukturelle avvik som hindringer for denne selv-tilhelingsprosessen (s. 22). Derfor blir terapeuten avgjørende for å hjelpe "fjerne" disse hindringene for at kroppen skal kunne tilhele seg selv (s. 22). "A Process Approach", derimot, forsøker ikke å fjerne disse strukturelle hindringene, siden, i følge Lederman (2011, s. 257), tilsvarer ikke posturale-strukturelle-biomekaniske og funksjonelle asymmetrier patologi, men normen. Målet er heller å direkte påvirke prosessene assosiert med tilheling, nemlig; reparasjon, tilpasning og smertelindring (2017, s. 22). "A Process Approach" ønsker ikke å endre, fikse, balansere, manipulere, og passivt behandle pasientens muskel ubalanser, og heller ikke forme pasienten til å passe en ideell struktur (Lederman, 2011, s. 257).

Målet ved "A Process Approach" er å tilpasse behandlingen inn i det pasienten allerede mestrer sånn at pasienten i en større grad er i stand til å overføre tiltakene til dagliglivet (s. 257). Dette regnes som en vesentlig forskjell fra en manuellterapeutisk tilnærming, som belyst tidligere under det ortopediske perspektivet, fordi pasienten er "involved, proactive and empowered and not a detached recipient of health" (s. 257). Ved "A Process Approach", er fokuset på pasientens behov i de ulike faser av tilheling, den akutte og kroniske fasen, og ikke på en spesiell teknikk eller spesialisering (s. 257). Thornquist (2008, s. 163) uttrykker det samme, "Det er vanskelig og hensiktsløst å knytte bestemte metoder til bestemte kliniske tegn og behandlingsmål." Hovedprinsippet ved en slik tilnærming er å skape et miljø sammen med pasienten hvor pasientens tilheling kan optimaliseres (Lederman, 2011, s. 257). For at det skal fungere må terapeuten lete etter de underliggende prosessene og matche intervensjonene med disse behovene (s. 257). De underliggende prosessene har allerede blitt beskrevet som sammensatte. Skal vi da forkaste all kroppsholdningsvurdering og manuelle teknikker? Dette er ikke Ledermans (2017) intensjon, men heller at vi bruker de fysioterapeutiske "grepene" vi har med hensikt om å støtte kroppens egne tilhelingsprosesser, i stedet for med hensikt om å fikse strukturer. Ett eksempel på dette kan

være å bruke massasje for å gi pasienten smertelindring, men ikke for å oppnå endring i selve bindevevet (Lederman, 2017, s. 28).

Kunnskapsbasert praksis

Hva sier en systematisk oversikt som UpToDate, om tilnærming til kroppsholdning? Ved å skrive inn ordet, ”posture”, i søkefeltet, fikk jeg *ett* forslag: ”poor posture” (som vist i Figur 4).



Figur 4 (UpToDate, 2020)

Er begrepet ”poor” kroppsholdning virkelig så integrert i forskning på et overordnet nivå på tross av all kunnskapen som belyser hvor viktig det er at helsepersonell unngår å bruke ord som ”dårlig” eller ”feil”? I *An Overview of Joint Protection*, skriver Gecht-Silver og Duncombe (2019, utheving tillagt), ”Good body mechanics and posture can have a powerful impact by minimizing musculoskeletal strain and thereby *preventing or reducing pain*”. Gecht-Silver og Duncombe (2019, utheving tillagt) fortsetter videre, ”While it takes more energy initially, once it becomes a habit, it takes less energy to maintain *good posture*.” Det er tydelig at et ortopedisk perspektiv er rådende i dag.

Min egen holdning til kroppsholdning

Midt i arbeidet med denne oppgaven, opplevdes det på et tidspunkt som at alle byggesteinene mine, min forforståelse, smuldret opp i møte med den ”moderne” bølgen. Men ved å dykke dypere i de ulike perspektivene for å utfordre min egen forforståelse, har jeg fått nye, kanskje mer bevisste, byggesteiner. Jeg har fått øynene åpnet opp for hvor sammensatt kroppen er, og det har derfor også blitt åpenlyst for meg hvor viktig det er med en sammensatt tilnærming til pasienter. ”Som *generaliserende* informasjon er råd om ”ideell” kroppsholdning eller sittestilling sjelden særlig hjelpsom, som oftest oppleves den misvisende” (Bentsen, 2017b, utheving tillagt). Dette sitatet fra Bentsen (2017b) snudde verden min opp-ned, men nå ser jeg hvordan det jeg

opprinnelig tolket som et angrep på fysioterapiverdier, kan heller ses som en påminning om å ikke generalisere pasienter. Vi sier ofte at alle pasienter trenger en individuelt tilpasset behandling, men gjør vi det i praksis? Thornquist (2008, s. 164) beskriver det godt: ”Fysioterapi er mer enn metoder. Vurderingsgrunnlaget for bruk av metodene, tilpasning og dosering av dem er bestemmende for god eller dårlig fysioterapiutøvelse.”

Denne oppgaven har omhandlet ordbruk som ”god” og ”dårlig”, og det er ofte lettere å gi slik tilbakemelding enn å få det. En av tingene jeg har lært er å bli mer bevisst er hvilken ord jeg velger å bruke når jeg kommuniserer med pasienter om kroppsholdning. Manuellterapeuten belyste dette veldig godt under det ortopediske perspektivet, og sitatet har festet seg i sinnet mitt. Etter å ha lest artiklene til Bentsen, ønsker ikke jeg heller å være en del av en industri som fremstiller noen sin holdning som ”feil” og som tjener på å selge en ”quick fix”.

I løpet av mitt andre år i fysioterapiutdanningen, spurte jeg en ung mann om han hadde vondt i nakken. Det jeg hadde observert var en ”veldig” protraisert nakke og ”økt” kyfose. Til min forbauselse sa han nei. Når jeg tenker tilbake på denne hendelsen grusser jeg meg over min arroganse, over min tro på biomekanikken som gjorde meg sikker på at han måtte ha vondt i nakken. I hvert fall, tenkte jeg, kommer han til å få det senere. Forhåpentligvis fikk ikke mitt spørsmål han til å lure på om han burde ha vondt i nakken. Jeg har heldigvis lært av mine feil. Denne oppgaven har gitt meg nok grunnlag til å ikke anse meg selv som en som sitter med alle de ”rette” svarene, og som kan ”fikse” pasientene mine. Samtidig ønsker jeg ikke å kaste barnet ut med badevannet, som å fornekte kroppsholdning med referanse til tyngdekraften, energibruk, og et endringspotensiale som er avhengig av pasientens kroppsbevissthet. Men jeg vil heller ikke gå i den andre grøften, med å påstå at alle som har vondt i nakken strever med å håndtere sin livssituasjon.

Det vil stadig komme ny forskning og nye ”moderne” bølger som ønsker å utfordre forforståelsene mine. Å opprettholde en holdning som tåler motstand, og samtidig er ydmyk nok til å tilstå at jeg kan ha tolket feil, tror jeg vil berge min praksis som en nyutdannet fysioterapeut. Jeg tenker derfor at en mindre metodefokusert, og heller en mer spørrende tilnærming til pasientene mine, vil sørge for at jeg ikke får en arrogant holdning til kroppsholdning i fremtiden.

Som nevnt i innledningen har jeg ikke som hensikt å svare på hva som er en riktig tilnærming til kroppsholdning. Det er tydelig at det finnes mange ulike perspektiv, og jeg har til min beste evne forsøkt å belyse og drøfte de med et åpent sinn. Dette har jeg forsøkt blant annet ved å stille spørsmål. Et par av spørsmålene har blitt besvart i løpet av drøftingen, gjerne gjennom et annet perspektiv, samtidig som ”... det vil alltid være en rest som forblir uavklart, som livet selv” (Kjær & Martinsen, 2015, s. 16). Sist men ikke minst: er det så galt å sitte krummet? Jeg har i løpet av skriveprosessen blitt mindre og mindre redd for at min vanestilling er skadelig, og mer og mer klar over hvor godt det kjennes å bevege seg når jeg legger merke til at ryggen begynner å bli trøtt.

Referanselisten

- Atkinson, K. Coutts, F. J. & Hassenkamp, A-M. (2005). *Physiotherapy in Orthopaedics : a problem solving approach* (2.utg.). s. 280. Edinburgh: Elsevier Churchill Livingston
- Bentsen, L. (2015). 15 ting du ikke visste om ryggsmarter. *Fysioterapeuten*.
<https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Blogg/Lennart-Bentsen/15-ting-du-ikke-visste-om-ryggsmarter>
- Bentsen, L. (2016). Hørt om mobilnakke? Se hit et øyeblikk! *Fysioterapeuten*.
<https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Blogg/Lennart-Bentsen/Hoert-om-mobilnakke-Se-hit-et-oeeyeblikk>
- Bentsen, L. (2017a). Advarsel: du har fått kroppsholdning! *Fysioneuralyzer*.
<https://fysioneuralyzer.no/2017/03/31/advarsel-du-har-fatt-kroppsholdning/>
- Bentsen, L. (2017b). “Rett deg opp”- Skal vi ta sittestillingen ut av stillesittingen? *Fysioneuralyzer*. <https://fysioneuralyzer.no/2017/12/07/skal-vi-ta-sittestillingen-ut-av-stillesittingen/>
- Dietrichson, S. (2016). Hva er et essay – og hva er det ikke? Et essay lar seg ikke så lett definere. *Sykepleien Forskning*. 11(1): 92-95.
- Eide Sivertsen, A-L. (2016). Vurdering av Kroppsholdning. *Arbeidshefte i fysioterapi ferdighet: fysioterapeutisk undersøkelse*. Bergen: Høgskolen i Bergen, Avdeling for helse- og sosialfag, Institutt for fysioterapi
- Gallagher, Shaun. (1986). Body image and body schema: A conceptual clarification. *Journal of Mind and Behaviour*, 7(4), 541-554. https://www-jstor-org.galanga.hvl.no/stable/43853233?seq=1#metadata_info_tab_contents
- Gecht-Silver, M. R. og A. M. (2019). *Overview of joint protection*. I Redaktør (Isaac, Z. og Ramirez Curtis, M.), *oppslagsverk*. Hentet fra URL
https://www.uptodate.com/contents/overview-of-joint-protection?search=sitting%20posture&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Kjær, T. A. & Martinsen, K. (2015). *Ettertankens rom*. Utenfor tellekantene. Bergen: Fagbokforlag.

- Kristiansen Rønning, A. (2018). Mener utstilling gir feil informasjon om rygg. *Fysioterapeuten*.
<https://fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Mener-utstilling-gir-feil-informasjon-om-rygg>
- Lederman, E. (2010). The fall of the postural-structural-biomechanical model in manual and physical therapies: Exemplified by lower back pain. *CPDO Online Journal*. s. 1-14.
- Lederman, E. (2011). The fall of the postural-structural-biomechanical model in manual and physical therapies: Exemplified by lower back pain. A response to reviewers and further thoughts. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. 15, s. 257-258.
- Lederman, E. (2017). A process approach in osteopathy: beyond the structural model. *International Journal of Osteopathic Medicine*. 23, s. 22-35.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskning : En innføring*. (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Norsk Fysioterapeutforbund (2020). Psykomotorisk Fysioterapi. Hentet fra
<https://fysio.no/Historie/Kapittel-4/4.2-Historisk-oversikt-over-faggruppene/Psykomotorisk-fysioterapi>
- Odland, Å. (2007). *Kurs i Fysio-Pilates*. Upublisert manuskript. Nordisk Institutt for Fysio-Pilates, Bergen.
- O’Keeffe, M. Sullivan, K., & Griffin, D. (2015). 15 things you didn’t know about back pain. *Independent*. <http://www.independent.ie/life/health-wellbeing/15-things-you-didnt-know-about-back-pain-31367264.html>
- Skjaerven, L. H., 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*, 24:1, 13-27.
<http://dx.doi.org/10.1080/01460860701378042>
- Slater, D., Korakakis, V., Sullivan, P., Nolan, D. & Sullivan, K. (2019). “Sit up straight”: Time to re-evaluate. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 49:8, 562-564.
<https://www.jospt.org/doi/10.2519/jospt.2019.0610>
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke - hva da? Holdning og bevegelse i selvtfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten*, 12. 23-28. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Hvis-ikke-kropp-og-psyke-hva-da-Holdning-og-bevegelse-i-selvtfoldelse-og-tilbakeholdelse>

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. s. 14. Bergen: Fagbokforlag.

Thornquist, E. (2008). *Lungefysioterapi: funksjonsvurderinger og klinisk arbeid*. (2. utg.). s. Oslo: Gyldendal.

Westgaard, H. & Thornquist, E. (2016). En intervjuundersøkelse: Kroppsholdning – meningsrammer og praksis. *Fysioterapeuten*, 16, 20-25. Hentet fra <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-3-16/files/assets/basic-html/page-22.html#>

Figur 1

Eide Sivertsen, A-L. (2008). *Vurdering av Kroppsholdning. Arbeidshefte i Fysioterapi Ferdighet* [Illustrasjon]. Hentet fra <https://veientilhelse.no/6-teknikker-for-bedre-holdning/>

Figur 2

Bentsen, L. (2017a). Advarsel: du har fått kroppsholdning! *Fysioneuralyzer*. <https://fysioneuralyzer.no/2017/03/31/advarsel-du-har-fatt-kroppsholdning/>

Figur 3

Bentsen, L. (2017a). Advarsel: du har fått kroppsholdning! *Fysioneuralyzer*. <https://fysioneuralyzer.no/2017/03/31/advarsel-du-har-fatt-kroppsholdning/>

Figur 4

UptoDate (2020). *Content search* [Illustrasjon]. Hentet fra <https://www-uptodate-com.galanga.hvl.no/contents/search>