

# Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer



## Kommentar og debatt

Norsk psykomotorisk fysioterapi ble utarbeidet fra sluttet av 1940-årene av psykiater Trygve Braatøy (1904–53) i samarbeid med fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (f. 1906). Metoden omfatter massasje, spesifikke kroppsbevegelser og noe samtale. Respirasjonsforholdene bestemmer doseringen. Et lite smerteknip i muskulaturen benyttes for å få frem pasientens spenningsmønster ved ubehag. Pasienten lærer å finne frem til adekvate måter å motvirke ubehag og spenninger på i et empatisk, terapeutisk klima. Indikasjonsområdet er først og fremst økte eller reduserte muskelspenninger og myofasial smerte med bakgrunn i ergonomi, uheldige vaner og lettere emosjonelle problemer.

Legen vurderer pasienten og henviser til behandlingen. Psykomotorikeren undersøker kroppsholdning, respirasjon, bevegelser og muskelkonsistens. Ved betydelige avvik fra normene for ideelle kroppsforhold anbefales annen type fysioterapi. Målet med norsk psykomotorisk fysioterapi er smertefrihet eller reduserte smerter i en stabil og fleksibel kropp hvor pusten har full tilpasningsevne både til fysisk aktivitet og følelser.

Det finnes ca. 360 fysioterapeuter med videreutdanning i norsk psykomotorisk fysioterapi. I 1997 ble norsk psykomotorisk fysioterapi en høgskoleutdanning. Tilfanget av psykomotorikere per år stipuleres til ca. 40.

### Utdanningen i norsk psykomotorisk fysioterapi

Utdanningen i norsk psykomotorisk fysioterapi var underlagt Norske Fysioterapeuters Forbund fra 1960 frem til 1994 da den ble inkludert i Videreutdanningen i psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi, Høgskolen i Oslo. Siden 2000 har videreutdanningen i norsk psykomotorisk fysioterapi vært knyttet til Tverrfaglig videreutdanning i psykisk helsearbeid med faglig fordypning i fysioterapi. Utdanningen strekker seg over tre år og gir 20 vekttall (1). Deler av utdanningen er på deltid. Utdanning i norsk psykomotorisk fysioterapi er inkludert i tilsvarende videreutdanning ved Høgskolen i Tromsø fra 2000. Til sammen er det utdannet 241 fysio-

---

**Berit Heir Bunkan**

*beritheir.bunkan@hf.hio.no*

Avdeling for helsefag

Fysioterapeututdanningen

Høgskolen i Oslo

Pilestredet 44

0167 Oslo

---

☞ Se også side 2799

terapeuter med videreutdanning i norsk psykomotorisk fysioterapi (tab 1). Det forventes et tilfang på ca. 40 per år. Fysioterapeuter med videreutdanning i norsk psykomotorisk fysioterapi finnes i de fleste kommuner i Norge og kan nås ved henvendelse til det lokale trygdekontor eventuelt lokalforeningene av Norske Fysioterapeuters Forbund. Grunnlaget for utdanningsopplegget innen norsk psykomotorisk fysioterapi ble påbegynt av forfatteren i 1960-årene (1).

### Utviklingen av norsk psykomotorisk fysioterapi

I slutten av 1940-årene utviklet psykiater Trygve Braatøy norsk psykomotorisk fysioterapi i samarbeid med fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (2–5). Det humanistiske grunnsyn hos Braatøy gjennomsyrrer anvendelsen av norsk psykomotorisk fysioterapi. Han var opptatt av at både fysisk og emosjonell belastning preget kroppen (2). Norsk psykomotorisk fysioterapi var en av de første behandlingene innen fysioterapi som tok konsekvensen av sammenhengen mellom kropp og følelser, og til en viss grad pasientens sosiale miljø. Norsk psykomotorisk fysioterapi skilte seg fra annen fysioterapi ved at den ikke var symptomorientert. Kroppen ble sett på som et sammenhengende hele hvor den ene del hadde konsekvenser for funksjonen i en annen, uten at dette var sett isolert fra personen som opplevende menneske. Hver time inkluderte behandling av hele kroppen. Respirasjonen var en kontinuerlig ledetråd i doseringen, og pasientens følelsesreaksjoner ble ansett som vesentlig for bedringen.

### Begrepet norsk psykomotorisk fysioterapi

I de senere år har flere andre behandlingsformer i Europa og USA knyttet seg til begrepet psykomotorikk. For å skille den norske formen fra disse, benyttes nå begrepet norsk psykomotorisk fysioterapi. Norsk psykomotorisk fysioterapi har hatt egen takst i Riks-

trygdeverket siden 1974. Fysioterapeut med utdanning i norsk psykomotorisk fysioterapi refereres ofte til som psykomotoriker, men denne tittelen er ubeskyttet.

### Indikasjonsområde

Opprinnelig var målsettingen med norsk psykomotorisk fysioterapi å redusere kroppslig motstand og lette tilgang til følelser hos pasienten i psykoanalytisk behandling. Senere ble behandlingen vesentlig anvendt for pasienter med økte spenninger og/eller smerter i muskel- og skjelettsystemet og i noen grad for pasienter med muskelspenninger knyttet til lettere former for angst og nedtrykthet (5). Muskelspenninger benyttes her både om den palpable motstand mot trykk og «vanemessige» unødige kontraksjoner i muskulaturen. Andre lidelser hvor norsk psykomotorisk fysioterapi hevdes å kunne ha effekt er migrene, svimmelhet, anorexia nervosa, asthma bronchiale, menstruasjonsmerter og essensielt forhøyet blodtrykk. Når kroppsundersøkelsene viser store avvik fra ideelle kroppsforhold, anbefales vanligvis ikke norsk psykomotorisk fysioterapi. Bakgrunnen for dette er at kronifisering av den aktuelle lidelsen kan være for stor til at behandlingen får effekt, eller at det kan være fare for psykotisk gjennombrudd hos pasienten. Metoden forutsetter at pasienten har en viss evne til å tilegne seg det pedagogiske aspekt i norsk psykomotorisk fysioterapi.

### Henvisning og kroppsundersøkelse

De fleste henvisninger til norsk psykomotorisk fysioterapi kommer fra allmennpraktiserende leger. En kroppsundersøkelse med vurdering kan rekvireres uten forpliktelse om behandling.

For fysioterapeuten er det nyttig å få rede på om pasientens smerter er av gammel dato, og om pasienten har hatt psykotiske gjennombrudd eller om det kan være fare for slike.

Kroppsundersøkelser og prøvebehandling omfatter vurdering av kroppsholdning, respirasjon, bevegelser og muskelkonsistens. Kroppsfunnene vurderes i forhold til normer innen norsk psykomotorisk fysioterapi. Funnene hva angår respirasjon og bevegelser tillegges størst betydning.

For noen pasienter kan den kroppslige omstillingsprosessen medføre reaksjoner fra indre organer som trykk i mellomgulvområdet, hyppig niusus, endring av sekresjoner og liknende i en periode. Slike reaksjoner er vanligvis forbigående, men det er viktig at legen kjenner til dem, og eventuelt kan følge opp pasienten.

Funnene i den klassiske prøvebehandling i norsk psykomotorisk fysioterapi beskrives med ord. I de nyere mer systematiske kroppsundersøkelser benyttes definerte tallskalaer. De mest kjente kroppsundersøkelser er Global Fysioterapeutisk Muskelundersøkelse (6), Den Ressursorienterte

**Tabell 1** Fylkesvis oversikt over psykomotorikere. Opplysninger fra Norske Fysioterapeuters Forbund september 2001

|                      |     |
|----------------------|-----|
| Akershus             | 30  |
| Aust-Agder           | 3   |
| Buskerud             | 10  |
| Finnmark             | 1   |
| Hordaland            | 31  |
| Hedmark              | 8   |
| Nord-Møre og Romsdal | 8   |
| Nord-Rogaland        | 4   |
| Nordland             | 8   |
| Nord-Troms           | 6   |
| Oppland              | 12  |
| Oslo                 | 45  |
| Sogn og Fjordane     | 5   |
| Sunnmøre             | 7   |
| Sør-Rogaland         | 5   |
| Sør-Trøndelag        | 16  |
| Telemark             | 6   |
| Troms                | 11  |
| Vest-Agder           | 8   |
| Vestfold             | 12  |
| Østfold              | 5   |
| Sum                  | 241 |

Kroppsundersøkelsen og Den Omfattende Kroppsundersøkelsen (7–9). De to første er basert på generelle sumskårer. Den Omfattende Kroppsundersøkelsen er utviklet ved Divisjon for psykiatri, Avdeling for forskning og undervisning, Ullevål sykehus, og omfatter 13 psykometrisk baserte subskalaer. Testresultatene kan gjengis som profiler av de 13 subskalaskårene og gir et godt bilde av pasientens kroppslige tilstand og antatte mulighet for bedring.

### Karakteristika ved norsk psykomotorisk fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi er ikke spesifikt rettet mot diagnoser. Behandlingen rettes mot en generell omstilling av kroppen. Norsk psykomotorisk fysioterapi er strukturert, lett gjenkjennelig fra gang til gang, og den foregår i enerom. Timen er relativt likt fordelt på bevegelser og massasje. For å få i gang en omstillingsprosess og forhindre forflytninger av «spenninger» bearbeides kroppen fra alle kanter, noe som bidrar til at norsk psykomotorisk fysioterapi hevdes å virke på en rekke tilstander. Andre treninger/kroppsbehandlinger som påvirker kroppen systematisk frarådes i begynnelsen av et behandlingsopplegg. Når respirasjon og bevegelser blir mindre hindret av muskelspenninger og holdningen får økt stabilitet, reduseres eller forsvinner ofte symptomene.

Målet er å oppnå en fleksibel og stabil kropp, uten unødige spenninger som hemmer respirasjon og bevegelser, samt en analytisk innstilling til hva som hemmer/fremmer egne kroppsforhold.

Uheldige kroppsforhold som er betinget i ergonomiske påkjenninger eller uheldige vaner er vanligvis relativt ukompliserte å endre. Når spenningene er betinget i emosjonelle forhold, er det vesentlig at pasienten får anledning til å bearbeide de følelsene som kommer frem i forbindelse med behandlingen.

Psykomotorikeren hjelper pasienten med å registrere egne kroppsreaksjoner og med å avlære uheldige måter å forholde seg til ubehag på (3). Det kreves aktiv innsats av pasienten for å oppnå endring av spenningsmønster og finne frem til hensiktsmessige kroppsvaner. Fysioterapeutens sensitivitet, empati og vennlige berøring kan ofte hjelpe pasienten i kroppsomstillingen og til å akseptere seg selv på en bedre måte.

Psykomotorisk massasje er overveiende behagelig. Et viktig hjelpemiddel er et grep som gir en liten og meget kortvarig smerteimpuls. Denne gjør pasientens kroppslige vaner i forbindelse med ubehag synlige. Psykomotorikeren kan f.eks. observere hvordan pasienten lukker munnen, holder pusten og stivner til i kroppen eller krøker seg når noe er ubehagelig. Hvis derimot de muskulære spenningene går ut på å bite tennene sammen, presse tungen opp i ganen, spenne seg i anus, underliv eller å øke indre trykk, kan de være vanskelige å oppdage. Andre reaksjoner kan være at pasienten distanserer seg fra kroppen (gjør seg død). Da kan kroppen blir slapp og følelsesløs i stedet for stram.

Det adekvate svar på det lille knipet i muskulaturen er en markert inspirasjon, et følelsesmessig utbrudd som «au» eller liknende på ekspirasjonsfasen. Samtidig oppfordres pasienten til å slippe frem sin motoriske reaksjon. Denne kan være å røre på seg, bevege seg vekk fra smerten eller liknende. Senere oppfordres pasienten til å markere seg. Markering innebærer at pasienten beveger seg mot smerten og strekker seg fremfor å krympe seg. Hvis personen kun trekker seg unna, kan nok muskelspenninger reduseres, men tilnærmingen fremmer «snille» og ettergivende trekk. Når for eksempel grepet i leggmuskelen utløser smerte, oppfordres pasienten til å reagere motorisk ved et lite, emosjonelt ladet spark eller ved å slippe en strekk. Dette er en måte å hjelpe pasienten til å reagere ut ubehaget på og hindre at spenningene blir sittende i kroppen. Symbolsk uttrykker dette at pasienten «vinner» i situasjonen, noe som bidrar til økt selvtillit. Det legges vekt på at ubehaget i forbindelse med behandlingen skal være lite. Ved smerter i forbindelse med grep eller bevegelser reduserer psykomotorikeren straks doseringen og stimulerer pasienten til å slippe pusten i et sukk. Ekspirasjonsfasen etter sukket er forbundet med en naturlig avspenningsfase. Norsk psykomotorisk fysioterapi omfatter derfor små pauser som inviterer pasienten til å slippe pusten passivt ut.

Fleire avreageringsmekanismer for smerte

og ubehag kan pasienten benytte på egen hånd (sukk, risting, avspenning, aksept av egne følelser). Den optimistiske atmosfære i norsk psykomotorisk fysioterapi er vesentlig i behandlingen, men det understrekes at den ikke må overdrives eller bli urealistisk.

For å unngå overdosering/provosering av pasienter med betydelige kroppsfunn og/eller personlighetsproblemer benyttes langsiktig og forsiktig tilnærming. Hvis pasienten er engstelig, har vært utsatt for vold eller reagerer negativt på det lille smertegrepet, utelates dette.

På samme måte som norsk psykomotorisk fysioterapi kan benyttes til å få frem følelser, kan metoden benyttes til å øke kontrollen med følelser. Ved de små knipene lærer pasienten å oppdage de tidlige signalene på uønskede følelser (agresjon, angst og liknende). En uvilkårlig omstilling av kropp og følelser kan kanskje gi en mer gjennomgripende bedring enn den som skjer ved korreksjon av deler av kroppen uten hensyn til sammenhengen mellom muskelspenninger, følelser og livssituasjon.

### Bestemte øvelser i bestemte faser

Et postulat i norsk psykomotorisk fysioterapi er at pasienten ikke skal slippe frem mer følelser enn han/hun har «bein å stå på og rygg til å bære». Øvelsene i norsk psykomotorisk fysioterapi tar hensyn til dette, og de er meget spesifikke i henhold til bestemte faser i kroppsomstillingen. Når pasienten har betydelige kroppsfunn, legges det mest vekt på en støttende intervensjon. Da stimuleres i første rekke kroppsstabilitet og kropps kontroll mens avspenningsmomentet tones ned. Når pasientens kroppsfunn er mer moderate, vektlegges fleksibilitet, kroppsopplevelse, avspenning, omstilling av respirasjonen, noe som ofte medfører nærmere kontakt med følelsene. I øvelsene legges det vekt på god sentrering i alle ledd, så habituelle ytterstillinger unngås. For eksempel vil fleksjonstendens i knærne påvirke kroppssegmentene ovenfor. Avbalansering for flekterte knær kan være et fremskutt hode. Hodets stilling kan igjen medvirke til myalgier i nakken og hodepine. Behandling av nakken alene kan avlaste hodepinen for en periode. Ved å legge vekt på gode kroppsakser spesielt i knærne kan en endre funksjonen i nakken. Sjansen blir større for at smertene forsvinner eller reduseres for lengre tid.

### Samtalen

Fysioterapeuten legger gjennomgående vekt på å skape trygghet, forutsigbarhet og en god relasjon. Vanligvis starter timen med en kort samtale, og utgangspunktet er først og fremst kroppen. Samtalen tas opp igjen under behandlingen når pasienten har behov for det. Innledning til samtalen kan være et helt åpent spørsmål, som for eksempel: «Hvordan har du det?» Da kan pasienten svare med det som opptar ham/henne. Det



**Figur 1** Modellen er sammensunket ved ribbeinsbuen. Dette hemmer respirasjonsbevegelsen. Tillatelse til bruk av bildene er gitt av modellen

kan være smerter, at pasienten er lei seg fordi hunden er syk, eller det kan dreie seg om alvorlige personlige problemer. Når pasientene slapper av, i annen halvdel av behandlingen, kommer oftest behovet for å verbalisere konflikter og frustrasjoner. For en del pasienter er det ikke alltid nødvendig å snakke mye. Det at pasienten opplever en engasjert og ivaretakende terapeut er ofte tilstrekkelig til at vedkommende føler seg hjulpet.

Berøringsaspektet i norsk psykomotorisk fysioterapi gir begreps- og språkfattige pasienter noe konkret å forholde seg til og meddele seg om. Klinisk erfaring antyder at dette medvirker til at noen får tak i følelsesmessige nyanser og lærer å sette ord på disse. Det er viktig at psykomotorikeren ut fra muskelkonsistensen har en forståelse av hva pasienten kjenner, og bekrefter pasientens



**Figur 2** Grep som strekker musklene i epigastriet og stimulerer respirasjonsbevegelsen

eventuelle smerteopplevelse. Vektlegging av smerte bør imidlertid ikke bli for stor, fordi somatiseringen derved kan øke.

Psykomotorikeren reformulerer ofte det pasienten sier, eller vender spørsmål tilbake til pasienten. «Hva tror du selv?» er det klassiske spørsmålet som setter pasientens egen refleksjon i gang. Pasienten oppfordres til å ta stilling til følgende spørsmål: «Når kommer smertene/angsten/ubehaget?» «Hvilke situasjoner er de knyttet til?» «Forventer du vanskelige situasjoner før eller etter at smertene/angsten/ubehaget har meldt seg?» «Hva bedrer eller forverrer smerten/angsten eller ubehaget?» (3). «Hva gjør du eller kan du gjøre som hjelper?» Selvtillit og tro på at det kan gå bra stimuleres når pasienten finner frem til egne løsninger.

### Smarter og følelser

Selv om smerter og følelser kan oppleves kroppslig, er den kognitive innflytelsen medbestemmende for den individuelle reaksjonen (10). Sammenhengen klargjøres for pasienten som oppfordres til å vende fokus vekk fra smerten. Pasienten hjelpes til å akseptere egne følelser uten voldsomme utbrudd, slik at toleransen for ubehagelige følelser øker. Når pasienten har en vanskelig livssituasjon, benyttes den mer støttende behandlingsform. Pasienten oppfordres til å sette ord på problemene, vurdere alternative løsninger og tenke over konsekvensene av disse. Samtidig stimuleres den enkelte til å tro på egne løsninger (11) og til å ta ansvar for sine valg.

Alt etter grad og type følelsesmessige problemer kan mestringen ivaretas av pasienten selv, eller i samarbeid med psykomotorikeren som eventuelt får veiledning av psykiater eller klinisk psykolog. Hos noen kan følelsene være så fjerne at pasienten ikke får kontakt med dem, eller problemene så store at annen terapi passer bedre.

Braatøy fremhevet betydningen av et nært samarbeid mellom psykiater og fysioterapeut. Dette skulle sikre tilfredsstillende behandling og bidra til at fysioterapeuten var trygg i behandlingssituasjonen (1). Et slikt samarbeid er fortsatt etterlengtet av de fleste psykomotorikere.

### Primitivreaksjoner og kroppsomstilling

Braatøy var opptatt av en gruppe autonomt relaterte reflekser og impulser og deres sentrale funksjon. Disse refererte han til som primitivreaksjoner (2). En av de viktigste primitive reaksjoner er gjespen. Hos mange mennesker er den fullstendige gjespen sosialisert bort. Den sosiale, knepne gjesp har liten rekreasjonsvirkning på indre organer og kroppen for øvrig. Den totale gjespen kommer ikke ved at man ber pasienten gjespe. Først når kroppen har en viss grad av fleksibilitet og personen er i stand til å slippe til den dype pust, begynner den fullstendige gjespen å utvikle seg. Gjespen setter i gang en strekkimpuls som sprer seg fra kroppens

sentrum, gjennom hele kroppen til nakke, kjeve, tunge og helt til tær og fingrer. Når gapet åpnes og hodet flekteres lett, åpnes luftveiene maksimalt. Luften suges inn, og respirasjonsbevegelsen kan sees fra lysken og opp til toppen av brystkassen. Det hele kulminerer i en passiv ekspirasjon og en generell avspenning.

I behandlingssituasjonen kan det ofte observeres at den basale respirasjon har sammenheng med primitivreaksjoner som kroppsstrekk, gjesp, tårer, rumling i magen og spyttsekresjon. Etter en fullstendig gjesp kan det ofte observeres en lett rødme i huden, samtidig som personen opplever varme og velvære. Klinisk erfaring tyder på at den fullstendige gjespen kan følges av frigjøring av andre primitivreaksjoner (buklatter, uhemmet gråt, flatulens, aerofagi, spyttsekresjon, etc.) (2–3).

### Tidsaspektet i norsk psykomotorisk fysioterapi

Når det gjelder muskulatur som har vært hard eller slapp i årevis, kan omstillingen ta tid. Akutte kroppslige problemer som er ergonomisk betinget eller skyldes ytre stress, kan bedres på kort tid. Hvis problematikken betinges av fastlåste situasjoner, personlighetsstruktur eller emosjonelle konflikter, blir behandlingen vanskeligere og kan ta lengre tid. Norsk psykomotorisk fysioterapi er basert på en times behandling i uken. I timen inngår 45 minutters behandling, ti minutters hvile og fem minutter til avslutning. Etter hvert trappes behandlingen ned til en gang i måneden eller sjeldnere. Langtidsperspektivet er heldig på flere måter, blant annet ved at omstillingen i kroppen blir mindre smertefull og mer varig. Pasienten får mer tid til å bearbeide den følelsesmessige omstillingen og eventuelt øve seg i nye måter å løse problemer på.

### Forskning og litteratur

Det er foretatt lite forskning på norsk psykomotorisk fysioterapi. En forklaring kan være at få psykomotorikere har hatt forskningsut-

danning og at det er vanskelig å effektivt vurdere en behandling som ikke alltid virker spesifikt på det lokale symptom, men som virker på kroppen som system. Psykiater Nils H. Houge, som overtok Braatøys praksis, har sammen med Bülow-Hansen beskrevet samarbeidssituasjonen mellom lege og fysioterapeut (12). Houge har videre beskrevet aspekter ved psykomotorisk fysioterapi (13, 14), og Johan Fredrik Thaulow har belyst Braatøys relasjon til pasienten (15). Det foreligger to artikler som dreier seg om evaluering av behandlingsresultater (5, 16) og tre små bøker med orientering om norsk psykomotorisk fysioterapi (3, 17, 18). En gruppe i Bergen har benyttet norsk psykomotorisk fysioterapi og kroppsundersøkelser i et prosjekt om effekt av korttidsbehandling i psykoterapi (19). En artikkel avspeiler vesentlige sider ved kommunikasjonen i norsk psykomotorisk fysioterapi (20). En video om behandlingen er tilgjengelig for leger, psykologer og fysioterapeuter. Den er klausulert til å vises kun for helsepersonell (21). Undersøkelsesinstrumentet Den Omfattede Kroppsundersøkelsen (7–9) er nettopp ferdig standardisert. Målet er at den skal kunne bidra til forskning på metoden og evaluere nytten av fysioterapi i sin alminnelighet. Divisjon for psykiatri, avdeling for forskning og undervisning ved Ullevål sykehus er åpen for slik forskning.

### Litteratur

1. Rigault N, Ekerholt K. Videreutdanningen i psykosomatisk og psykiatrisk fysioterapi. Oslo: Høgskolen i Oslo, 2000.
2. Braatøy T. De nervøse sinn. Oslo: Cappelen, 1947.
3. Thornquist E, Bunkan BH. Hva er psykomotorisk behandling? Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
4. Bülow-Hansen A. Problemer ved behandling av muskelspenninger. *Nor Tannlægeforen Tid* 1967; 77: 6–13.
5. Houge NH. Physiotherapy in certain aspects of psychosomatic medicine. *Psychother Psychosom* 1979; 32: 302–5.
6. Sundsvold MØ, Vaglum P, Denstad K. Global fysioterapeutisk muskelundersøkelse. Oslo: Eget forlag, 1982.

7. Friis S, Bunkan BH, Ljunggren AE, Moen O, Opjordsmoen S. What are the basic dimensions of body posture? An empirical evaluation of the comprehensive body examination. I. *Nord J Psychiatry* 1998; 52: 319–26.
8. Bunkan BH, Opjordsmoen S, Moen O, Ljunggren AE, Friis S. What are the basic dimensions of respiration? A psychometric evaluation of the comprehensive body examination. II. *Nord J Psychiatry* 1999; 53: 361–9.
9. Bunkan BH, Ljunggren AE, Opjordsmoen S, Moen O, Friis S. What are the basic dimensions of movements? A psychometric evaluation of the comprehensive body examination. III. *Nord J Psychiatry* 2001; 55: 33–40.
10. Hilgard ER, Atkinson RC. Introduction to psychology. New York: Harcourt, Brace, 1953.
11. Bunkan BH, Størmer I. Jeg er alltid optimist. I: Bunkan BH, Radøy L, Thornquist E, red. Psykomotorisk behandling: Festskrift til Aadel Bülow-Hansen. Oslo: Universitetsforlaget, 1982: 3–10.
12. Bülow-Hansen A, Houge NH. Samarbeid mellom fysioterapeut og lege i forbindelse med psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1990; 110: 3498–500.
13. Houge NH. Psykomotorisk fysioterapi og psykomotorisk behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1979; 99: 787–8.
14. Houge NH, Braatøy og psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 505.
15. Thaulow JF. Pasientens talsmann Trygve Braatøy. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2902–3.
16. Aabakken L, Aabakken B, Øfsti L, Schrøder R, Wilhelmsen T. Psykomotorisk fysioterapi – pasientenes utgangspunkt og deres vurdering av behandlingsresultatet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1991; 111: 1619–23.
17. Ianssen B, Øvreberg G, Andersen T, Kvebæk I, Ottosen A, Rognved E, red. Bevegelse, liv og forandring: i Aadel Bülow-Hansens spor. Oslo: Cappelen akademisk forlag, 1997.
18. Øvreberg G, Andersen T. Aadel Bülow-Hansens fysioterapi. Oslo: Norli, 1986.
19. Møllstad E, Havik OE, Barth K, Nielsen GH, Haver B, Rogge H et al. En sunn sjel i en sunn kropp? Forandringer i kroppsforhold etter korttids dynamisk psykoterapi. *Tidsskr Nor Psykologforen* 1995; 3: 221–31.
20. Thornquist E. Fysioterapi praksis – undersøkelse og deltakelse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 545–9.
21. Bunkan BH, Hagen T. Psykomotorisk fysioterapi. III. Behandling. Video. Tau: Eget forlag, 2001.

○

## Annonsen