

# Kroppsfenomenologi – innsikt relevant for klinisk praksis



## Kommentar og debatt

**Kroppsfenomenologien peker på at kronisk sykdom og funksjonssvikt innebærer grunnleggende endringer i et menneskets levde relasjoner til seg selv og omgivelsene, med utgangspunkt i et endret *kroppslig* perspektiv. I denne artikkelen argumenterer jeg for at det er av stor verdi for klinisk praksis å kjenne til og ta på alvor endringer som skjer i pasienters livsverden når kroppen blir syk, smertefull og begrensende. To hovedtemaer følges: Betydningen av anerkjennelse av og innsikt i pasientens livsverden for å kunne forstå og hjelpe. Dessuten den rekonstitusjon av livsverdenen legende terapirelasjoner gir mulighet for. Følgende kilder til innsikt og endring belyses: sykehistorien og kroppen som uttrykksfelt. Det hele bindes sammen i relasjonens kvalitet.**

Denne morgenen er en vanlig morgen i denne livsperioden for Ester. Hun er sløv, omtåket, sliten, stiv og har sterke smerter. Det var umulig å stå opp med en gang. Hun måtte ligge litt, komme til seg selv og overtale kroppen til å fungere: «Jeg var så stiv og kroppen ville ikke lystre. Jeg kan ikke gjøre noen bevegelser automatisk, jeg må bevisst snu meg i den rette stillingen i sengen, jeg må ta kontroll over kroppen, planlegge bevegelsene og forsøke å bli våken og bevisst slik at jeg klarer å ta kontrollen. Jeg må overtale kroppen til å virke; nå, kjære venn, skal du stå opp.» Selv når kroppen er så plagsom, er hun altså i en slags forhandlende dialog med den. Å bevege seg forsiktig er nødvendig, ellers kan hun falle på grunn av nummenhet under føttene. Når hun er så stiv, er det umulig å skynde seg. Det er som om alt går i «langsom kino». Hun har helt faste rutiner om morgenen, og beregner alltid god tid. «Jeg må «time» alt,» sier hun. Slik opplever hun at hun får gjort det hun skal, og klarer å bli rede til å gå på jobb. «Jeg greier det, jeg skal greie det, jeg har bestemt meg for å greie det. Jeg lar meg ikke knekke,» fortsetter hun. Hun forteller om en sterk motivasjon til å mestre gjennom hele intervjuet. Men en daglig kamp er det, og morgenen er verst (1).

Dette sitatet kan være en ledetråd til det denne artikkelen handler om: Pasienters livsverden ved kronisk sykdom eller funksjonssvikt. Kvinnen det vises til, har kroniske muskelsmerter og diagnosen fibromyalgi, og situasjonsbeskrivelsen er hentet fra min doktoravhandling.

Når man er frisk, fremstår kroppen først og fremst som basis for deltakelse som er tatt for gitt. Ved kronisk sykdom og funksjonssvikt, som for eksempel ved kroniske smerter, erfarer den samme kroppen som hinder for deltakelse. Kroppen blir, i uønsket for-

---

**Målfrid Råheim**

*malfrid.raheim@isf.uib.no*

Seksjon for fysioterapivitenenskap

Institutt for samfunnsmedisinske fag

Universitetet i Bergen

Uriksdal 8c

5009 Bergen

---

Omarbeidet prøveforelesning for den filosofiske doktorgrad, oppgitt emne, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, 25.10. 2001

stand, fokus for egen oppmerksomhet. Des-integrasjon fra den egne kroppen innebærer splittelse i selvpplevelsen. Kroppen oppleves helt eller delvis som utenfor viljens kontroll, som fremmed og uberegnelig. Opplevelse av desintegrasjon fra en praktisk og mellommenneskelig verden følger med. Handlingsrommet snevres inn og livsrytmer endres. Fremtiden kjennes uforutsigbar og utrygg. Opplevelsen av samhörighet med andre og en praktisk virkelighet trues. Den hverdagslige fortroligheten raser med andre ord sammen, fulgt av tap av opplevelsen av å høre hjemme i sin kropp og i sin verden (1–7). Ikke å kunne stå opp av sengen, gå trappene, bære handleposer hjem fra butikken, vaske gulvet eller løfte barnet sitt uten stort besvær minner om kroppens begrensninger. Ikke å kunne gå turene man før satte slik pris på, er forbundet med tap. Å ha store problemer med å klare jobben ute undergraver selvtiliten og opplevelsen av autonomi. Når tiden fylles av smerter som varer og varer, blir både hvile og innsats forstyrret, og dagliglivets rytme endres. Det dreier seg om det ikke å kunne delta og gi sitt bidrag som før. Det handler om tap av friheten til å handle. Og det hele har bakgrunn i et endret *kroppslig* perspektiv.

Kroppsfenomenologien peker på at kroppen er vår primære erkjennelseskilde og alle handlingers subjekt. Med det som utgangspunkt kan man si at endringer i kroppen endrer livsverdenen (2, 3, 8, 9). Ved kronisk sykdom og funksjonssvikt er det tale om grunnleggende endringer i et menneskets levde relasjoner til seg selv og til omgivelsene. Er sykdommen eller smertene alvorlige nok, dreier det seg om intet mindre enn «un-making of the world», for å låne Scarrys uttrykk (7). For den som er rammet, kan det fortone seg som om hele tilværelsen står på spill. Det blir viktig å skape ny mening, ny integrasjon, «re-making of the world» (7).

En rekke fenomenologisk inspirerte studier og analyser beskriver i detalj endringer i pasienters livsverden ved kronisk sykdom og smerter, og er rike kilder til innsikt (1–7). Her tar jeg utgangspunkt i kroppen som levd erfaring – som livshistorie og meningsmettet uttrykksfelt. Dette til forskjell fra å ta utgangspunkt i kroppen som et abstrakt objekt – en entydig, gitt og materiell størrelse, som en biomedisinsk forståelse av kroppen har røtter i. I den videre fremstilling skal jeg følge disse hovedtemaene: Betydningen av anerkjennelse av og innsikt i pasientens livsverden for å kunne forstå og hjelpe, og den rekonstitusjon av livsverdenen legende terapirelasjoner gir mulighet for. Disse aspekter griper inn i hverandre i møter mellom pasient og kliniker. Første tema er likevel mest forbundet med å skape en felles forståelse av problemet pasienten søker hjelp for. Det er knyttet til handlingsgrunnlaget, inkludert å stille diagnose. Det siste er mest knyttet til råd som gis og tiltak som settes i verk. Jeg skal ta utgangspunkt i disse kilder til innsikt og endring i pasienters livsverden – sykehistorien og kroppen som uttrykksfelt og erfaringskilde. Relasjonens kvalitet binder det hele sammen. Til slutt skal jeg trekke tråder til tenkningen om livsverden og kroppsfenomenologi.

### **Kilder til innsikt og endring i pasientens livsverden – sykehistorien**

Når kroppen blir kronisk syk, endres altså livsverdenen på grunnleggende vis. Hjelp til å rekonstituere livsverdenen og finne nye handlingsmuligheter blir viktig. Det er her klinikerens rolle kommer inn. Utgangspunktet for å kunne hjelpe er å anerkjenne og få innsikt i den virkelighet pasienten opplever. En felles kommunikatív grunn gir forutsetninger for et best mulig handlingsgrunnlag (2, 10). Fortellingen om det å være syk, konsekvenser og sammenhenger det er forbundet med, er for klinikerens en viktig kilde til innsikt i pasientens livsverden. Sykehistorien har dessuten flere viktige funksjoner for pasienten. Good (10) og Kleinman (11) for eksempel understreker at det å binde sammen erfaringer og hendelser til en historie med mening og sammenheng, er med på å rekonstituere livsverdenen for den det gjelder. Det gjør erfaringen av det å være syk mer forståelig. Det forankrer den i livshistorien. Med terapeutens hjelp kan også utforsking av sykehistorie og livshistorie gi mulighet for å gi vesentlige livserfaringer ny mening, med mulighet for å se nye handlingsmuligheter. Det kan rett og slett være del av terapien. Sandsberg (12) viser i sin studie av kvinner med kroniske muskelsmerter at nettopp denne muligheten satte i gang endringsprosesser til et bedre liv for flertallet av deltakerne. Disse kvinnene ble imidlertid fulgt opp over tid og med basis i en spesifikk psykoterapeutisk metode. For å understreke: Den terapeutiske samtale har

alltid sin plass. Den kan på det beste skape fundament for felles kommunikatív grunn, ny tilhørighet, innsikt og tro på egne muligheter.

Sykehistorien spiller dessuten en viktig rolle når det gjelder å få og å stille en diagnose, og når det gjelder å autorisere og legitimere erfaringen av det å være syk – for pasienten selv overfor lege eller terapeut og omgivelsene ellers. Sykehistorien er rettet mot å finne kilden til lidelsen, et navn på den, hjelp og lindring (10). Når pasienten oppsøker lege eller terapeut, står dette sentralt. Å få et navn på lidelsen er forbundet med å få en diagnose. En diagnose som gir legitimitet plasserer sykdomserfaringen i en intersubjektiv verden. Det er med på å gjenspeile en livsverden med mening og form. Selv en diagnose som forteller at det kan stå om livet, er med på det, samtidig som den vekker frykt. Ikke å få et legitimt navn innebærer at det stilles spørsmål ved sykdomserfaringen og dermed ved pasienten som person. Det oppstår en legitimeringskrise, og pasientens erfaring kommer i mistankens lys. Diagnosen er basis for vurdering og bedømmelse, den er et handlingsgrunnlag så vel som moralsk grunn. Det er viktig å holde opp for seg som kliniker hvor mye som står på spill for pasienter med store plager når de forteller sin sykehistorie og når plagene får et navn. Når enkelte leger eller fysioterapeuter sukker over at noen pasienter ikke vil høre om sammenhenger mellom dagligliv og plager i kroppen for eksempel, er det et poeng å huske på hva som gir mest legitimitet i konteksten de møtes i. Å navngi via det å stille en diagnose handler altså om et viktig handlingsgrunnlag for klinikerens. Det handler også om å gi plagene i kroppen symbolverdi (10, 13). Symbolverdi påvirker måter å erfare virkeligheten på like mye som det å representere og beskrive den. Å havne i en legitimeringskrise gjør det vanskeligere å rekonstituere livsverdenen. Jeg vil understreke at skjer det patologiske endringer inne i kroppen, er de der uansett navnet de får. Symbolverdi som tilskrives sykdom, har likevel stor betydning for pasientens erfaring og håndtering av det å være syk og for hvordan de blir møtt.

Den fenomenologiske tradisjon peker også på at persepsjonen er selektiv. Den er situasjonsbundet og knyttet til hele spekteret av erfaring og viten. Vi har alltid med oss en forforståelse i møtet med nye situasjoner (14). Det gjelder også for diagnostiseringsprosesser. Å stille en diagnose handler om å fortolke symptomer og funn, velge ut, sortere, klassifisere. Det gjør klinikerens ut fra den kunnskap om sykdom og funksjonssvikt som til enhver tid gjelder i hans eller hennes helsefaglige felt, og ut fra måter å undersøke og klassifisere dem på. Allmennneskelig dagliglivskunnskap er også i bruk i denne prosessen (2, 10, 13, 15). Det er viktig å peke på at selv om helsearbeider og pasient samhandler for å finne ut av problemet som

er utgangspunkt for at de møtes, så er perspektivene de bringer med ulike. Pasientens perspektiv har først og fremst basis i en verden av levd erfaring knyttet til det å være syk. Enhver diagnose, medisinsk eller psykiatrisk, en funksjonsdiagnose eller en pleiediagnose, befinner seg på et annet nivå av meningsdanning (2), selv om grad av avstand til levd erfaring kan variere noe. Har klinikerens, for eksempel legen, sitt blikk ensidig rettet mot den medisinsk-vitenskapelige representasjon av sykdommen, beveger han eller hun seg vekk fra pasientens erfaringsverden. Slik kan det oppstå en kommunikasjonskløft mellom de to. Om det er tilfellet, får sykehistorien kun relevans i den grad den kan brukes som «oversettelse» til patologiske forhold i kroppen. For å understreke – dette er selvsagt et viktig siktemål. Pasienten er tjent med at legen forfølger det, og legen er forpliktet til å gjøre det. Å stille en korrekt diagnose kan, som vi vet, handle om liv og død. Det er et nødvendig fokus, men langt fra tilstrekkelig. For å kunne hjelpe på en god måte må legen også være oppmerksom på sykehistorien som kilde til innsikt i pasientens opplevde realitet (2, 16).

Kroppsfenomenologien understreker at som levde kropp er dyp samhörighet med omverdenen har mennesker grunnleggende erfaringer som skaper basis for felles kommunikatív grunn (2). Både klinikerens og pasientens har forankring i en livsverden. Å kunne stille seg åpen for den andres erfaringsverden er imidlertid ikke alle gitt. Det utfordrer til å sette egen forforståelse på prøve og skjerpe evnen til lydhørhet. Med utgangspunkt i kroppsfenomenologien etterlyser for eksempel Toombs (2), Leder (3), Good (10), Baron (16), Svenæus (17) og mange flere «a medicine of the intertwining». Det vil si en medisinsk praksis med fundament i en forståelse av at en sykdom har eksistensielle dimensjoner som er like viktige som dens patofysiologi. Det har konsekvenser for metoder og betydninger som vektlegges i møte med pasienter. Kroppsfenomenologien utfordrer altså det medisinske feltet, og alle helseprofesjoner, til å integrere levd erfaring i forståelse og representasjon av sykdom.

### **Kilder til innsikt og endring i pasientens livsverden – kroppen som uttrykksfelt**

Sykehistorien får altså høynet status med utgangspunkt i tenkningen om livsverdenen. Det gjelder ikke bare den. Kroppsfenomenologien understreker at levde kropp skaper mening, uttrykker og inkarnerer mening – i gjensidig avhengighet av sine omgivelser. Levde kropp kommuniserer uophørlig. Det har selvsagt også klinisk relevans. Det retter oppmerksomheten mot levde kropp som uttrykksfelt og erfaringskilde. Det setter også søkelys på samhandlingens kvalitet, slik jeg allerede har antydnet.

Med utgangspunkt i kroppen som ut-

trykksfelt er følgende temaer sentrale: Hva levde kropper uttrykker i og om situasjonen her og nå, og hva levde kropper uttrykker om sin livssituasjon og livserfaring. I det første tilfellet rettes oppmerksomheten mot kommunikasjonen i møtet mellom kliniker og pasient. Levde kroppers evne til å skape og uttrykke mening konstituerer relasjoner mellom mennesker (6, 9, 18, 19). I vårt tilfelle handler det om pasientens og klinikerens forståelse av seg selv og den andre slik det uttrykkes i det felles møtet, og relasjonens kvalitet kommer altså i søkelyset. Det handler også om konteksten de møtes i. Sterke strukturelle føringer er bestemmende for hvordan det blir mulig å fremtre for og samhandle med hverandre i slike møter (10). Mye er forhåndsstrukturert, men slett ikke alt. Klinikerens sensitivitet når det gjelder å ta inn og fortolke den andres kroppslige ytringer, er kilde til kunnskap om hvordan pasienten opplever situasjonen her og nå, og viktig for den videre samhandling. Å kunne anvende slik informasjon på fruktbart vis er imidlertid avhengig av at klinikerens også retter oppmerksomheten mot sin *egen* måte å kommunisere på. Og det hele må sees i lys av den spesielle situasjonen.

Ta for eksempel sykepleieren som kommer for å stille en alvorlig syk pasient etter en operasjon. Da er det vesentlig hvordan han eller hun tar hånd om vedkommende, og hvordan pasienten bokstavelig og i overført betydning blir berørt. Ta også fysioterapeuten som kommer for å undersøke og starte behandling av en pasient som akkurat har hatt hjerneslag. Da er det avgjørende å se og innrette kroppslig håndtering etter hva pasienten uttrykker med hele seg. Det har betydning for hva som uttrykkes av respekt og omtanke i det kroppslige møtet, og for mulighetene for å starte på den vanskelige veien fremover. I begge tilfeller er det altså av betydning *hvordan* dette blir gjort. Spesifikk kunnskap om opptrening etter hjerneslag og om behandling av sår og andre særlige komplikasjoner er nødvendig, men ikke tilstrekkelig. Relasjonens kvalitet er også betydningsfull. Måten den kroppslige nærheten håndteres på kan være begynnelsen til å minske splittelsen i selvoplevelsen for pasienten, det som er så fremtredende ved kronisk sykdom eller funksjonssvikt. Det kan starte en prosess som handler om å gjenintegre kroppen som sin i pasientens erfaring. Eller det kan være det motsatte – ytterligere objektgjøring. Kroppslig nærhet er særlig kraftfull når det gjelder slike prosesser. Levde kropper som er syke og smertefulle er mer sensitive i møtet med andre enn levde kropper som er friske og velfungerende. Mer står på spill. Igjen – å møte pasienter med respekt og lydhørhet blir vesentlig. I en tid der kunnskapsbasert behandling er blitt det nye slagordet, minner tenkningen om livsverdenen og den levde kroppen oss om at både pasienter og terapeuter er utlevert til og må få lov til å by på

seg selv (20). Terapirelasjoner kan ikke standardiseres.

Levde kropper uttrykker altså og har inkarnert viten om sin livssituasjon – livserfaring kroppsliggjøres. Det vanemessige i måter å reagere kroppslig på, forholde seg og handle på kommer i søkelyset. Når det kommer en kvinne med kroniske muskelsmerter til lege eller fysioterapeut, er det, i tillegg til å lytte til hennes historie, viktig å vite noe om hvordan belastninger i livssituasjonen uttrykkes kroppslig. Det medisinske blikket er ikke skarpt når det gjelder å se etter og systematisere kunnskap om hva kropper uttrykker. Legen er først og fremst ute etter å bekrefte eller avkrefte objektiviserbar sykdom inne i kroppen.

Thornquist (13, 21) hevder at en omfattende kroppsundersøkelse gir mulighet til å forstå sammenhenger mellom kroppslig funksjon, helseproblemer og livssituasjon. I fysioterapien står kroppsundersøkelse sentralt, og innenfor psykomotorisk fysioterapi er denne type undersøkelse videreutviklet (22). Kroppssynet den bygger på, er ikke avklart i fysioterapilitteraturen. Med utgangspunkt i kroppsfenomenologisk forståelse kan man likevel hevde at en omfattende kroppsundersøkelse gir mulighet for å si noe om hvordan levd erfaring uttrykkes kroppslig, med vanemessige spor i kroppen som fremste siktemål. Kroppsholdning og muskulære spenningsmønstre, pust og evne til avspenning, bevegelsesmønstre, bevegelse samt muskelkvalitet er i søkelyset. Jeg vil også peke på at det er vesentlig å få med om det kroppslige uttrykket er fullt av eller tappet for vitalitet og kraft. Til sammen danner sykehistorien og funn fra en slik undersøkelse basis for innsikt i hvordan pasienten har det her og nå, og hvordan hun eller han oppfatter sin situasjon. Det gir utgangspunkt for samtale om fortolkning av funn, og handlingsgrunnlag å basere videre råd og tiltak på.

Terapi som bevisst tar i bruk kroppen som erfaringskilde, arbeider med forholdet mellom det å erfare seg selv kroppslig og bevisst reflektere over det, med relasjonen mellom pasient og terapeut som det bærende element. Oppmerksom tilstedeværelse er stikkord for begge parter, og det er også anerkjennelse av erfaringen som skapes i samspillet (6, 18, 19). Terapeutens rolle blir å åpne for pasientens muligheter til å forstå og utforske måter å forholde seg kroppslig og handle på, og relatere det til sin livssituasjon og livshistorie.

### Livsverden og den egne, levde kroppen

For å plassere kroppsfenomenologien nærmere er det viktig å gå til *livsverden* og *levd erfaring*, som er sentrale begreper i den fenomenologiske tradisjon. Livsverden viser til menneskers erfaringsverden slik vi til daglig erfarer den og gir den mening; en levd, konkret, praktisk og mellommennes-

kelig verden som vi først og fremst tar for gitt i alle våre aktiviteter (8). Livsverden er altså direkte gitt i erfaring og handling. Dog ikke i betydningen en virkelighet som er unndratt påvirkning av kultur, samfunnets sosiale strukturer eller vår personlige historie for den saks skyld. Merleau-Ponty (9) peker på at vår eksistensielle status er at vi er i og bebor en verden som i utgangspunktet er sosial og kulturell. Det vil for eksempel si at kulturelle forestillinger og i det hele tatt meningssystemer vi har til felles, der språket står i en særstilling, påvirker måter å erfare virkeligheten på.

Tenkningen om livsverdenen viser videre til en dyp og uoppløselig samhörighet mellom subjektet og omverdenen. Kroppsfenomenologi er først og fremst knyttet til filosofen Maurice Merleau-Ponty, også kalt kroppens filosof. Han tar utgangspunkt i tenkningen om livsverdenen, og viser til et inkarnert subjekt i dyp samhörighet med omverdenen. Han benevner det den egne, levde kroppen. Den levde kroppen retter seg forstående mot verden, den er intensjonal. Den har iboende evne til å oppfatte, skape og uttrykke mening med basis i vår sansemessige erfaring (9). Merleau-Ponty gir altså kroppen forrang i erkjennelse og erfaring. Vår forståelse av verden er grunnet i vår kropps forståelse av sine omgivelser og sin situasjon. Dermed kan man også si at som inkarnerte subjekter bebor vi en praktisk og mellommenneskelig verden. I denne verdenen, livsverdenen, handler det om levd rom – handlingsrom, levd tid – livsrytmer, om ting og redskaper som kan innforlives med kroppen gjennom bruk og relasjoner til andre mennesker. Kroppsfenomenologien peker altså på at endringer i menneskers livsverden ved kronisk sykdom har utgangspunkt i at *kroppen* er vår primære erkjennelseskilde og alle handlingers subjekt (2, 3, 8, 9).

### Litteratur

1. Råheim M. Kvinners kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk-hermeneutisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter. Doktoravhandling. Bergen: Det psykologiske fakultet og Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, 2001.
2. Toombs SK. The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1993.
3. Leder D. The tale of the two bodies: the Cartesian corpse and the lived body. I: Leder D, red. The body in medical thought and practice. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992: 17–35.
4. Honkasalo M-L. Space and embodied experience: rethinking the body in pain. *Body & Society* 1998; 4: 35–57.
5. Söderberg S, Norberg A. Struggling for dignity: the meaning of women's experiences of living with fibromyalgia. *Qual Health Res* 1999; 5: 575–87.
6. Rosberg S. Kropp, varande och mening i en sjukgymnastisk perspektiv. Doktoravhandling. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet, 2000.

→

7. Scarry E. The body in pain. The making and unmaking of the world. Oxford: Oxford University Press, 1985.
8. Bengtsson J. Sammenflätningar. Fenomenologi från Husserl till Merleau-Ponty. Göteborg: Daidalos, 1988.
9. Merleau-Ponty M. Phenomenology of perception. London: Routledge & Kegan Paul, 1962.
10. Good BJ. Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
11. Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing, and the human condition. New York: Basic Books, 1988.
12. Sandsberg SB. Kronisk muskelsmertesyndrom: kjensgjerninger og refleksjoner. Doktoravhandling. Oslo: Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, 1998.
13. Thornquist E. Diagnostics in physiotherapy – processes, patterns and perspectives. Part I and II. Advances in Physiotherapy 2001; 3: 140–62.
14. Gadamer H-G. Truth and method. London: Sheed & Wards, 1993.
15. Malterud K. Diagnosen – et samhandlingsprodukt med sosiale konsekvenser. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 967–96.
16. Baron RJ. Why aren't more doctors phenomenologists? I: Leder D, red. The body in medical thought and practice. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1992: 37–47.
17. Svenæus F. The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health. Steps towards a philosophy of medical practice. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2000.
18. Engelsrud G. Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse. Doktoravhandling. Helsetjenesteforskning, rapport nr. 1. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 1990.
19. Øien AM. Å utvikle kunnskap om egen kropp. En kvalitativ studie av psykomotoriske behandlingsforløp. Hovedfagsoppgave i fysioterapi. Bergen: Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, 1999.
20. Ekeland T-J. Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. Tidsskr Nor Psykologforen 1999; 36: 1036–47.
21. Thornquist E. Fysioterapeutens funksjonsorientering – hva består den av? Del I. Fysioterapeuten 1991; 4: 10–4.
22. Thornquist E, Bunkan BH. What is psychomotor therapy? Oslo: Norwegian University Press, 1991.

## Kortfattet, problemorientert og innholdsrik bok om barnekirurgi

Glick PL, Pearl RH, Irish MS, Caty MG, red **Pediatric surgery secrets** Questions you will be asked. 396 s, tab, ill. Philadelphia, PA: Hanley & Belfus, 2001. Pris USD 43 ISBN 1-56053-317-X

Boken er en utgivelse i forlagets *Secret series*. Det er de fire redaktørenes femte felles skriveprosjekt i løpet av fem år, og sammen med 75 medforfattere har de skrevet en meget innholdsrik bok om det meste innen barnekirurgien.

Ifølge redaktørene er bokens målgruppe medisinstudenter, leger under spesialisering i pediatri, kirurgi og barnekirurgi, sykepleiere som arbeider med barn, privatpraktiserende barneleger, allmennleger og barnekirurger.



Bokens oppbygning er helt spesiell. Den er inndelt i 12 kapitler og 83 avsnitt med fortløpende nummerering. Innholdsfortegnelsen gir god oversikt, og det er et detaljert stikkordregister. I alle avsnitt består hele teksten av

spørsmål som er nummerert og fremhevet, og det gis korte og konsise svar. Den spesielle oppbygningen gir kanskje et kjedelig førsteinntrykk og får en til å tenke på pugging før eksamen. Men boken er faktisk ganske spennende, og den er utrolig innholdsrik, men det kunne gjerne ha vært flere illustrasjoner. Hvert avsnitt avsluttes også med litteraturhenvisninger. I det siste kapitlet er det også nyttige avsnitt bl.a. om barneradiologi, neonatologi, ortopedi, nevrokirurgi og endokrinologi. Siste avsnitt er for øvrig om hvordan man blir barnekirurg, men det er myntet på forholdene i USA.

Boken er så detaljert og innholdsrik at den nok først og fremst bør finne sine lesere blant barnekirurger, men det er ingen lærebok i operative tenikker. Fordi boken er så problemorientert, bør den imidlertid også være av interesse for både medisinstudenter og barneleger.

Sigvald Refsum  
Barnekirurgisk seksjon  
Kirurgisk avdeling  
Rikshospitalet

## Systematisk om gastroenterologi

Hansen OH, Søltøft J  
**Mave- og tarmsygdomme**  
5. utg. 352 s, tab, ill. København: Munksgaard, 2002. Pris DKK 318  
ISBN 87-628-0238-0

Denne danske læreboken, nå i 5. utgave, er ledd i en bredt anlagt serie med såkalte «basisbøker». Den presenteres som en introduksjon til gastroenterologi, primært skrevet for sykepleiestudenter, men angis også å være anvendbar for medisinstudenter.



Bokens gjennomarbeidede systematikk virker umiddelbart tiltalende. Hvert kapittel innledes med en kortfattet oversikt over anatomi og fysiologi, for så på en meget oversiktlig måte beskrive de forskjellige sykdommer knyttet til det aktuelle organ,

også de mer sjeldne (hvilket gjør boken egnet som oppslagsbok). I tillegg behandles i egne kapitler viktige tilstander som gastrointestinal blødning, inflammatorisk tarmsykdom, ikterus og akutt abdomen. Aktuelle undersøkelsesmetoder omtales i et eget kapittel.

Det gis en samlet oversikt over den medisinske og kirurgiske gastroenterologi, noe som harmoniserer godt med den kliniske hverdag. Stilen er kortfattet, stedvis nærmest stikkordpreget. Layout er enkel, men smakfull og pedagogisk effektiv – med stikkord i bred marg, stort sett valgte svart-hvitt-bilder og en rekke instruktive strektegninger. Boken er i et hendig A5-format og kan med litt velvilje få plass i frakkelommen.

Forfatterne angir i forordet at boken skal gi en introduksjon til faget og samtidig være en oppslagsbok, inkludert mer sjeldne tilstander. Dette er i utgangspunktet en god tanke – en lærebok som lykkes med dette, vil gi leseren både innsikt og oversikt.

Den kortfattede, ofte punktvis stilen, som gir et inntrykk av systematikk og orden, gir likevel en for dårlig beskrivelse av bl.a. patofysiologiske mekanismer og vil nok ikke alltid gi en nybegynner den nødvendige forståelse av faget. En annen innvending er at bokens målgruppe, i alle fall etter norske forhold, er litt uklare. Den vil nok være for omfattende for de fleste sykepleiestudenter, samtidig som den kanskje ikke er et naturlig førstevalg for medisinstudenter – med et stort utvalg av engelskspråklig litteratur.