



**UiT** Norges arktiske universitet

Helsevitenskapelige fakultet

## **Vanskelige følelser i psykomotorisk behandling**

Jørgen Skarnes Evensen

Masteroppgave i psykomotorisk fysioterapi, HEL- 3962-1, mai- 2022

## Sammendrag

**Hensikt:** Formålet med studiet er å utforske hvilke erfaringer pasienter har om vanskelige følelser som oppstår i psykomotorisk behandling. Med dette menes ikke skjulte følelser som avdekkes i behandling, og som kan bidra til at pasienten lærer om seg selv. Isteden menes vanskelige følelser som oppstår på grunn av behandling, og som kan være en utfordring for videre behandling.

**Metode:** Dette er ett kvalitativt studie. Tre individuelle semistrukturerte intervjuer ble brukt som metode for datainnsamling. Intervjuene er gjennomført digitalt over «Teams».

Vitenskapsteoretisk er studiet forankret i hermeneutikk og fenomenologi. Til analyseprosessen ble tematisk analyse anvendt.

**Resultater:** Etter analysen ble temaene «skam i behandling» og «ambivalens» stående som de to hovedtemaene. Temaet om skam i behandling har undertemaene: Forventninger, prestasjon, selvets verdi og grenser. Temaet om ambivalens har undertemaene: Autonome reaksjoner – grenser, og forventninger til psykomotorisk fysioterapi.

I temaet om skam i behandling beskrives hvordan informantene opplevde at det å ikke bli møtt med forventninger i psykomotorisk behandling, godt kan føre til usikkerhet. Hvor usikkerheten ble skapt ved at informanten ikke visste hvordan hun skulle prestere for å være en flink pasient. Dette gikk ut over selvets verdi på bakgrunn av at informanten ikke opplevde å være god nok for terapeuten.

I temaet om ambivalens beskrives en motsetning som oppstår på bakgrunn av informantens forventninger til psykomotorisk fysioterapi, sett opp mot hennes egne emosjoner og behov.

**Diskusjon:** Resultatene drøftes i lys av teori om skam fra blant annet Goffman og Scheff. Videre brukes flere perspektiver på hvordan en kan forstå sykdom, samt teori om psykomotorisk fysioterapi.

**Nøkkelord:** Psykomotorisk fysioterapi, skam, ambivalens, pasienterfaringer

## Summary

**Purpose:** The purpose of this study is to illustrate how some patients may experience difficult emotions that occur in psychomotor treatment. In this case difficult emotions does not mean hidden emotions that are brought to light by treatment and can help the patient evolve. Instead, by difficult emotions I mean emotions that can occur during treatment, and which can make further treatment challenging.

**Method:** This is a qualitative study. Three individual interviews were conducted to collect empirical data. The interviews were preformed digitally using «Teams».

The theories of science used in this study are hermeneutics and phenomenology. For the process of analysis, a thematic analysis model was used.

**Results:** After the analysing process, the two main themes of this study were «shame in treatment» and «ambivalence». The subtopics of the main theme «shame in treatment» are: Expectations, performance, the value of the self and boundaries. The main theme «ambivalence» has these subtopics: Autonomous reactions – boundaries, and expectations to psychomotor physiotherapy.

Under the theme “shame in treatment” it is described how the informants did not meet any expectations, which may lead to insecurity. This insecurity occurred when the informant did not know how to perform with the goal of being a good patient. This seemed to influence their sense of value of the self, because the informant felt that she was not good enough for the therapist.

In the theme of ambivalence, an ambivalence is described, stemming from the informant’s expectations to psychomotor physiotherapy, and from her own emotions and needs.

**Discussion:** The results are discussed in the light of theory about shame by Goffman and Scheff. Other theory used in this study includes several perspectives on how to understand disease and pain, and theory about psychomotor physiotherapy.

**Key words:** Psychomotor physiotherapy, shame, ambivalence, patient experiences

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	7
1.1	Annen forskning .....	8
1.2	Problemstilling.....	9
1.3	Oppgavens oppbygning .....	10
2	Teori .....	10
2.1	Psykomotorisk fysioterapi .....	11
2.1.1	Pust og autonome reaksjoner.....	12
2.2	Sykdomsforståelse .....	12
2.2.1	Dualismen.....	13
2.2.2	Kroppsfenomenologi.....	14
2.3	Skam .....	16
3	Metode.....	17
3.1	Forskningsdesign og vitenskapsteori.....	17
3.1.1	Vitenskapsteoretisk ståsted .....	19
3.1.2	Semistrukturerte intervju.....	20
3.2	Forforståelse .....	21
3.2.1	Avgrensning av prosjektet.....	22
3.3	Rekruttering .....	23
3.3.1	Digitale intervjuer .....	25
3.4	Forberedelse og gjennomføring.....	26
3.4.1	Forberedelse til intervju .....	26
3.4.2	Gjennomføring .....	27
3.5	Analyse .....	28
3.5.1	Transkripsjon.....	28
3.5.2	Tematisk analyse .....	29
3.5.3	Valg av temaer .....	30

3.6	Skrijving av resultater.....	32
3.7	Validitet og reliabilitet.....	32
3.8	Etikk.....	33
3.8.1	Dilemmaet i kvalitative intervjuundersøkelser .....	34
3.8.2	NSD og lagring av data .....	35
3.8.3	Samtykkeerklæring.....	35
3.9	Metodediskusjon.....	36
4	Resultater.....	37
4.1	Skam i behandling .....	39
4.1.1	Forventninger .....	40
4.1.2	Prestasjon .....	41
4.1.3	Selvets verdi .....	42
4.1.4	Grenser .....	43
4.2	Ambivalens .....	44
4.2.1	Autonome reaksjoner – grenser.....	45
4.2.2	Forventninger til psykomotorisk fysioterapi .....	46
5	Diskusjon.....	47
5.1	Skam i behandling .....	48
5.1.1	Forventningsfrihet .....	48
5.1.2	Grenser .....	50
5.2	Informantens forståelse og forventninger.....	51
5.2.1	Forventninger .....	51
5.2.2	Helsevesenet og dualisme .....	54
5.2.3	Kroppsfenomenologi.....	57
5.2.4	Psykomotorisk fysioterapi.....	58
5.3	Ambivalens .....	59
5.3.1	Ambivalens og skam .....	59

5.4	Individene i behandling .....	62
6	Avslutning .....	63
	Referanseliste .....	65
	Vedlegg 1 - Samtykkeerklæring.....	67
	Vedlegg 2 – Intervjuguide.....	70
	Vedlegg 3 – Godkjenning fra NSD.....	71

# 1 Innledning

Siden 2019 har jeg som student i psykomotorisk fysioterapi jobbet med psykomotorisk behandling. I denne perioden har jeg tilegnet meg mange nye erfaringer ved å jobbe på denne måten, og med denne type pasienter. Min opplevelse er at en med mange pasienter har et godt behandlingsforløp, der de får nye og hensiktsmessige perspektiver om egne helseplager. De lærer mye nytt om seg selv og sin egen kropp, noe som hjelper dem med å slippe til et rikere følelsesliv, friere pust og mer avspent muskulatur. Resultatet er gjerne at pasientene opplever at det bedrer deres lokale smerter og funksjon.

Allikevel er det ikke alle pasienter som har et slikt behandlingsforløp. Etter min erfaring opplever noen pasienter at psykomotorisk fysioterapi kan være vanskelig og utfordrende. Som terapeut kan det være vanskelig å få ordentlig kontakt med pasienten, noe som igjen gjør det vanskelig å jobbe mot et felles mål. Noen behandlingsforløp er rett og slett mer utfordrende og krever mer av meg som terapeut, men også av pasienten. Nå skal det sies at psykomotorisk fysioterapi ikke passer for alle, og at noen pasienter ikke vil ha nytte av psykomotorisk fysioterapi. Dette er ikke pasientene jeg snakker om her. Sagt på en annen måte mener jeg her pasienter som har nytte av psykomotorisk fysioterapi, men som av ulike årsaker kan ha utfordringer med å finne et felles mål og mening med behandlingen sammen med terapeuten.

Fra mitt ståsted virker det som om psykomotorisk fysioterapi med sin forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser er veldig annerledes enn det de fleste pasienter er vant til å møte, og at sammenhengen mellom kropp og følelser for noen kan være vanskeligere å akseptere enn for andre. På bakgrunn av dette har jeg ofte stilt meg spørsmål om hvordan psykomotorisk behandling oppleves for pasienten, kanskje særlig i de situasjonene hvor det har vært eller er utfordringer som vanskeliggjør behandlingen. En definisjon av utfordringer er vanskelig å gi, og avhenger ofte av den individuelle pasienten. I tillegg sitter jeg ofte kun med min tolkning av utfordringen, da dette i flere tilfeller er noe utalt mellom meg og pasient. Noen konkrete eksempler på utfordringer fra egen erfaring presenterer jeg likevel: vanskelig å finne en felles forståelse av målet, vanskelig for pasienten å finne mening i behandlingen, manglende følelse av mestring hos pasienten, og vanskelige følelser som kan oppstå i behandling. Med det siste punktet mener jeg ikke vanskelige følelser som ligger skjult og som avdekkes gjennom behandling, men heller vanskelige følelser som

oppstår på grunn av utfordringene i behandling – der pasienten eksempelvis opplever seg som avvist, skamfull, eller for lite flink.

## 1.1 Annen forskning

Flere forskere har tidligere skrevet om pasienterfaringer i psykomotorisk fysioterapi. Av disse skiller særlig fire artikler seg ut som relevante og handler spesifikt om pasienterfaringer.

Nylig ble en ny artikkel av Kristiansen og Ekerholt publisert. Der det ble benyttet semistrukturerte intervjuer for å se på pasienterfaringer i psykomotorisk fysioterapi. Studiets konklusjon sier at psykomotorisk fysioterapi bidro til at pasienter med sammensatte lidelser, opplevde reduserte plager og økt evne til å ivareta seg selv. Videre fremheves at alle informantene opplevde bedring, meningsfull behandling, følte seg møtt og at de hadde en god relasjon med behandleren (Kristiansen & Ekerholt, 2022).

To relevante artikler av Ekerholt og Bergland er skrevet og publisert med utgangspunkt i forskningsintervjuer med 9 kvinner og en mann. I den første artikkelen utforskes pasienterfaringer i forbindelse med det første møtet med psykomotorisk fysioterapi. Her fremheves det at kroppens signaler var vanskelig å forstå, men at pasienten og en dyktig terapeut kunne samarbeide om å utforske pasientens plager, med kroppen som en kilde til kunnskap. Her vektlegges samarbeidet som en nøkkelfaktor, der utforskningen handler om hvordan sosialt og emosjonelt liv påvirker kroppens signaler og symptomer (Ekerholt & Bergland, 2004).

Den andre artikkelen til Ekerholt og Bergland utforsker pasienterfaringer med hvordan pusten opplevdes under en terapeutisk prosess med psykomotorisk fysioterapi. Her beskrives det at informantene i starten av sin behandling syntes det var vanskelig å kjenne sin egen pust, eller forstå den som noe annet enn en fysisk handling, men at de etter hvert lærte seg å kjenne sin egen pust gjennom psykomotorisk behandling. Dette hjalp informantene med å identifisere mønstre i muskelspenninger og emosjonelle mønstre, og på denne måten bedre forstå seg selv (Ekerholt & Bergland, 2008).

Den siste artikkelen jeg vil nevne er en studie av Sviland, Martinsen og Råheim. Her utførte de tre fokusgruppeintervjuer med til sammen 17 deltakere. Hensikten var å utforske pasienterfaringer fra psykomotorisk behandling av pasienter med langvarige muskel- og



skjelettplager eller psykosomatiske lidelser. De fremhever at pasientene kunne oppleve en utvikling av sin narrative identitet, men at pasientene da måtte utvide sine kroppslige erfaringer med hjelp av psykomotorisk behandling og teoretisk forståelse. Til slutt konkluderer de med at pasienterfaringer fra psykomotorisk fysioterapi bør utforskes videre, for å utvikle teori om psykomotorisk fysioterapi, og for å gi nye perspektiver på behandling av pasienter med langvarige muskel- og skjelettplager eller psykosomatiske lidelser (Sviland, Martinsen, & Råheim, 2014).

## **1.2 Problemstilling**

Disse fire artiklene belyser flere perspektiver fra pasienterfaringer, der noen av hovedtrekkene er at pasientene føler seg sett og møtt, at god relasjon er viktig, at utforskning av kropp og pust kan gi nye perspektiver på egne plager og identitet, og at noen pasienter syntes det var utfordrende å forstå pustens betydning eller kroppens signaler i starten av behandlingsforløpet. Dette treffer godt min egen forforståelse av hvordan pasienter erfarer psykomotorisk fysioterapi.

Som tidligere nevnt har jeg over tid vært nysgjerrig på hvordan pasienter opplever psykomotorisk fysioterapi. Særlig er jeg interessert i hvordan pasienter erfarer forskjellige utfordringer i psykomotorisk fysioterapi. Dette handler om min forforståelse med bakgrunn i egne erfaringer og min fagkunnskap. I et forsøk på å ha et åpent sinn startet jeg prosjektet med et bredt problemfelt. Målet med dette var å få et innblikk i hva pasientene vektlegger som viktige erfaringer og ikke avgrense prosjektet i en retning som ikke er relevant for informantene. Her mener jeg det ligger et verdifullt perspektiv og informasjon om hva en pasient opplever som sentralt i møte med en psykomotorisk fysioterapeut. Dette kan igjen bidra til å endre min forforståelse av hvordan pasienter opplever psykomotorisk fysioterapi.

Fra prosjektets utgangspunkt om hvilke erfaringer pasientene trekker frem som sentrale, har jeg senere avgrenset prosjektet til problemstillingen jeg presenterer nedenfor. Fra et bredt problemfelt brukte jeg prosjektets empiriske materiale, min fagkunnskap og tidligere forskning for å avgrense prosjektet. Prosessen rundt avgrensningen av prosjektet vil beskrives nærmere i metodeavsnittet.

Problemstillingen som ble utgangspunktet til prosjektet står i samsvar med min nevnte nysgjerrighet om hvordan pasienter opplever utfordringer i psykomotorisk fysioterapi. Forskningsspørsmålet med underspørsmål lyder derfor som følger:

**«Hvilke erfaringer har pasienter om vanskelige følelser som oppstår i psykomotorisk behandling?»**

- **Hva ligger til grunn for hvordan disse følelsene oppstår?**
- **Hvilke utfordringer kan vanskelige følelser som oppstår i behandling føre til?**

Som nevnt tidligere er det ikke uvanlig å møte vanskelige følelser i psykomotorisk behandling. Dette er skjulte følelser som avdekkes i behandling, og som kan hjelpe pasienten med å forstå seg selv på en ny måte (Thornquist & Bunkan, 1995). Dette er ikke følelsene jeg refererer til i problemstillingen. Her mener jeg som tidligere beskrevet, vanskelige følelser som oppstår som følge av utfordringer i behandling.

### **1.3 Oppgavens oppbygning**

Videre i oppgaven vil jeg først redegjøre for relevant teori som vil brukes for å belyse problemstillingen. Deretter presenteres metoden hvor jeg forklarer fremgangsmåten, valg jeg har gjort underveis og hvilke konsekvenser det har for oppgaven. Så presenteres resultatene fra det empiriske materialet, før diskusjonsavsnittet diskuterer resultatene i lys av de teoretiske perspektivene fra teoriavsnittet.

## **2 Teori**

I det følgende avsnittet vil jeg presentere teori som vil brukes til å belyse problemstillingen og diskutere resultatene. Jeg har valgt ut tre teorier som jeg anser som relevante, og som vil bidra med nye perspektiver for å kunne diskutere de empiriske data: Teori om psykomotorisk fysioterapi er relevant for å forstå hvordan noen av utfordringene til informantene oppstår. I tillegg har jeg valgt å trekke frem forskjellige forståelser av sykdom som en kan møte i helsevesenet og samfunnet ellers. Teori om skam er også høyst relevant, og jeg har særlig valgt ut perspektiver fra Goffman og Scheff for å belyse hvordan skammen synes å påvirke informantene.

## 2.1 Psykomotorisk fysioterapi

Her vil jeg beskrive teori om psykomotorisk fysioterapi, spesielle kjennetegn og forståelse av sykdom.

Norsk psykomotorisk fysioterapi ble grunnlagt av psykiateren Trygve Braatøy og Fysioterapeuten Adel Bülow-Hansen. Det nye med psykomotorisk fysioterapi var helhetssynet på mennesket. Kroppen ble sett som et hele, der lokale symptomer var et uttrykk for ubalanse i helheten, og derfor ble ikke spesielle hensyn tatt til lokale symptomer under behandling. Denne nye tankegangen møtte stor motstand fra tradisjonell fysioterapi på 40 og 50- tallet. Dette fordi psykomotorisk fysioterapi sto i kontrast til den mer tradisjonelle fysioterapien (Thornquist & Bunkan, 1995).

For å se på helheten i kroppen var pust et viktig aspekt å observere. Med pasienter som oppnådde fri pust erfarte Bülow-Hansen at de lokale smertene også forsvant. Hos pasientene hvor pusten forble kontrollert forsvant plagene derimot ikke. Det var på denne måten hun forstod at lokal-rettet behandling var ufullstendig (Thornquist & Bunkan, 1995).

Et annet viktig aspekt ved helheten, var utgangspunktet om at kropp og følelser gjensidig påvirker hverandre. Derfor ble kontrollert pust, stramme muskler og holdningsendringer i kroppen tolket som kontroll på glemte og gjemte følelser. På den måten jobbet man også med følelser i psykomotorisk behandling, der slipp av muskelspenninger og frigjøring av pust, også innebærer slipp av holdte følelser. Når en snakker om slipp av muskulatur tenker de fleste på avspenning, og at dette er noe en oppnår gjennom prestasjon, vilje og kontrollert pust. I psykomotorisk fysioterapi ansees derimot avspenning som det motsatte. Både det å være anspent og å avspenne er like mye emosjonelle som fysiske tilstander, hvor det å avspenne faktisk dreier om å gi slipp – slippe kontroll – om å ikke være flink – om å ikke tilfredsstillte. Å slippe spenninger innebærer da også å slippe til tilbakeholdte følelser, vedkjenne seg dem, samt å tørre å kjenne på dem (Thornquist & Bunkan, 1995). At pasienten kan komme til å kjenne på følelser som oppleves ubehagelig, er derfor ikke uvanlig i psykomotorisk fysioterapi. Kanskje kan det heller sies å være noe av det særegne ved psykomotorisk fysioterapi.

Når det kommer til hvorfor noen har kontrollert kropp, pust og følelsesliv, så er det i psykomotorisk fysioterapi tenkt at alle erfaringer vi har gjennom livet vil nedskrives i

kroppen. Levd liv vil på den måten påvirke vår psykiske utvikling og sosiale funksjon. I psykomotorisk fysioterapi står kroppen i fokus, hvor kroppen er en del av selvet. Derfor arbeider en ikke bare med rent kroppslige forhold, men følelsesmessig omstilling samtidig. Følelsesmessig omstilling kjennetegnes ved at pasienten vil kjenne og bearbeide gammelt konfliktstoff, samt glemte og ubearbeidede erfaringer og følelser. Ved at pasientene på den måten bearbeider sine egne følelser, bidrar det til en friere og mer avspent kropp, sammen med en friere pust (Thornquist & Bunkan, 1995).

### **2.1.1 Pust og autonome reaksjoner**

Som nevnt over er pust, følelser og kropp uløselig knyttet sammen, noe som aktivt kan brukes av psykomotoriske fysioterapeuter for å kunne observere optimale øyeblikk for følelsesorienterte terapeutiske handlinger (Thornquist & Bunkan, 1995). Det betyr at eksempelvis hvordan en pasient puster, og hvordan dette endrer seg i behandling, kan være med på å avgjøre retningen i behandlingen. Det samme gjelder for autonome reaksjoner, som betyr at man reagerer ufrivillig med blant annet kvalme, gåsehud og skjelving med mer. Dette indikerer også følelsesorienterte øyeblikk som terapeuten må ta hensyn til (Gretland, 2007).

På grunnlag av Thornquist & Bunkan og Gretland forstår jeg disse reaksjonene slik: Enten behandlingen gir spontane endringer av pust, kroppslige reaksjoner, eller trigger autonome reaksjoner- vil disse reaksjonene kunne hjelpe terapeuten å observere en pasient sine ureflekterte og ubevisste grenser. I den sammenheng vil altså spontane endringer av pust, kroppslige reaksjoner eller autonome reaksjoner, kunne være et hjelpemiddel for å «dosere» behandlingen. Med det menes å ikke trække for langt over en grense og potensielt krenke en pasient. Samtidig gir disse en reaksjonene en indikasjon på hvor langt man kan utfordre pasienten.

## **2.2 Sykdomsforståelse**

Her vil jeg beskrive hvordan dualismen og kroppsfenomenologi ser på sykdom. Dualismen er for mange kjent gjennom samfunnet eller møte med helsevesenet, der kroppsfenomenologien virker å være mer ukjent. Disse to perspektivene har noen viktige forskjeller, som vil beskrives nærmere under. Jeg vil understreke at dette omhandler sykdomsforståelsen vi finner i det moderne vestlige samfunn, og eksempelvis ikke Østens tradisjonelle syn på sykdom.

### 2.2.1 Dualismen

Sykdomsforståelse innebærer hvordan vi forstår sykdom og kroppsforståelse. På 1700-tallet vokste biomedisinen frem, også kalt moderne medisin eller vitenskapelig medisin. Denne mekaniske måten å forstå kroppen på finner vi i dag igjen i helsevesenet og samfunnet for øvrig (Thornquist & Kirkengen, 2020). Kjennetegn ved en grunnleggende dualistisk tankegang og reduksjonistisk kroppsforståelse, er at kropp og sjel er to adskilte systemer. Det innebærer at kropp og sjel sees på som to uavhengig eksisterende fenomener (Gretland, 2007).

Denne biomedisinske tenkningen stammer fra filosofen Descartes og har vært innlært i samfunnet gjennom generasjoner. Ikke bare ser en dette i samfunnet; det gir seg også uttrykk i helsevesenet, eksempelvis ved organiseringen av somatiske og psykiatriske helsetjenester som uavhengige og adskilt. I tillegg til denne delingen hevder Gretland at en i psykiatrien også vil finne et dualistisk fokus, der kroppen sees på som en ren biologisk organisme, uavhengig fra menneskers erfaring og livsverden (Gretland, 2007).

Dualismen har av flere mottatt kritikk, blant annet av Gretland, Thornquist og Kirkengen (Gretland, 2007; Thornquist & Kirkengen, 2020). Kritikken av Dualismen er både vitenskapsteoretisk, men også hvordan den er forankret i moderne medisin. Denne kritikken er av høy relevans for denne oppgaven – fordi prosjektet vitenskapsteoretisk er forankret i fenomenologi og hermeneutikk, men også fordi prosjektet tar utgangspunkt i psykomotorisk fysioterapi, som med sin forståelse av sykdom er en motsetning til dualismen.

Som konsekvenser av den dualistiske og mekaniske forståelsen vi finner i biomedisinen fremhever Thornquist og Kirkengen særlig to punkter: For det første forbindes subjektet og det menneskelige som tenkning og tale – med en ensidig bruk av ord og verbale budskap – mens kroppen forblir et naturfenomen og rent objekt, løsrevet fra den menneskelige erfarings- og meningsverden. For det andre betraktes kroppslig sykdom eller friskhet utelukkende som et fysisk fenomen, noe som prinsipielt gjør kroppen a-sosial og a-kommunikativ. Dette innebærer igjen at kroppen blir avpersonifisert og uttrykksløs (Thornquist & Kirkengen, 2020).

Thornquist og Kirkengen sier da at det blir et problem med forbindelsen mellom kroppen og den enkeltes livshistorie, samt forbindelsene mellom sykdom og samfunn, og individer og

historiske epoker. På bakgrunn av dette hevder de at så lenge kropp/sjel dualismen preger vår forståelse av hva mennesket er, vil våre forsøk på å forstå sykdom være dømt til å mislykkes (Thornquist & Kirkengen, 2020).

Tankemåten med den tause kroppen og det talende subjekt er opprettholdt fra 1700-tallet og frem til i dag. Dette mener Thornquist og Kirkengen har sammenheng med at kropp/sjel dualismen er nedfelt i språk, teorier, forskning, og i klassifikasjonssystemer for sykdom og organisering av helsevesenet. Videre skriver de om klassifisering av sykdom i helsevesenet at nettopp dette er en av årsakene som forklarer hvorfor det er så vanskelig å løsrive seg fra dualismen. Tolkning og klassifisering av helseproblemer preges av at pasienter med kroppslige og fysiske symptomer typisk defineres som somatiske plager, hvor det ikke tas hensyn til at psykiske og sosiale belastninger uttrykkes og nedfelles i kroppen. Med samme logikk defineres psykiske problemer ofte som en restkategori når en ikke finner noe som passer med den somatiske forforståelsen. Thornquist og Kirkengen mener allikevel at det er hevet over enhver tvil ut fra erfaring og klinikk, at mennesker preges av det livet de lever – også kroppslig. Thornquist og Kirkengen påpeker derfor at det er et misforhold mellom den dualistiske tenkning og klinisk erfaring (Thornquist & Kirkengen, 2020). Dette understøttes i senere tid av mye forskning, og er noe man særlig fikk øynene opp for etter ACE-studien. Her fant man en sterk korrelasjon mellom livsbelastninger tidlig i livet, og tidlig død, sykdom, kriminalitet og rus (Felitti et al., 1998).

### **2.2.2 Kroppsfenomenologi**

I fenomenologien finner vi en annen grunnlagstenkning enn i dualismen. Her er det et brudd med dualismen, hvor verden observeres gjennom det intensjonale subjektet, i motsetning til dualismens ideal om objektivitet (Thornquist, 2018). Under vil jeg se nærmere på kroppsfenomenologi, som tar utgangspunkt i fenomenologi.

Kroppsfenomenologi utgjør et viktig alternativ til den dualistiske kropps- og sykdomsforståelsen (Gretland, 2007). Kroppsfenomenologi er utformet av Merleau-Ponty, der utgangspunktet er at mennesket eksisterer i verden som kropp. Ponty fremhever at vi som kropp er rettet mot omverdenen, hvor vi persiperer og beveger oss, søker mening, snakker og utvikler bevissthet. Vi er sosiale og i kontakt med andre gjennom kroppen, og vi blir

fortrolige med oss selv gjennom en aktiv prosess av meningsskapende samhandling. Det betyr at vi blir kjent med oss selv og omverdenen samtidig (Merleau-Ponty, 1994).

Vi persiperer som nevnt gjennom kroppen. Det vil si at vi persiperer gjennom alle sansene våre; syn, hørsel, smak, lukt, bevegelsessans med mer. Alle sanseintrykkene vi får gjennom kroppen gir oss mulighet til å danne mening. Vi er også meningssøkende, som innebærer at ikke alle sanseintrykk er like fremtredende på samme tid. Ponty mener her at vi på bakgrunn av intensjonalitet alltid vil ha noen sanseintrykk som blir fremtredende og noen som trer inn i bakgrunnen, og at dette er avhengig av vår individuelle intensjonalitet. Hvordan vi søker mening avhenger av vår bakgrunnshorisont. Vi persiperer på bakgrunn av erfaring, interesser, forventninger, stemning og forestillinger. Vår levde kropp danner grunnlag for vår bakgrunnshorisont, og erfaringene som påvirker hvordan vi persiperer verden (Merleau-Ponty, 1994).

Begrepet «kroppsskjema» bruker Ponty for å forklare vår ureflekterte fornemmelse av kroppen. Hvis vi danner oss en bevisst forestilling om kroppen vår, vil ikke dette være det samme. Kroppsskjema er en kroppsvirkelighet som er innvendig forbundet med en umiddelbar og ureflektert oppfatning av en bestemt verden. Dette vises i våre handlinger, påvirker hvordan vi forholder oss til hendelser, eller påvirker hvordan vi løser oppgaver. Det betyr at væremåter som fremtrer nå, har røtter i tidligere erfaringer, og i subjektiv persepsjon av en konkret og objektiv virkelighet. Fortiden preger altså våre handlinger og forventninger. Det blir derfor tydelig at fortid, nåtid og fremtid er vevet sammen i ureflekterte væremåter i øyeblikket. Handlingene våre kan derfor ikke forstås som en løsrevet enhet, men som en konsekvens av en kjede av handlinger, hendelser og forventninger (Merleau-Ponty, 1994).

Når erfaringer gjenskapes i nye situasjoner er det nettopp på bakgrunn av denne tause kunnskapen, som gir felles mening sammenlignet med noe vi har opplevd tidligere. Denne kroppslige kunnskapen aktiveres gjennom sansene våre, hvor tidligere erfaringer da vekkes til live. Dette er gjerne skjult for bevisstheten, og kroppen husker mer enn det vi selv er klar over. Ponty beskriver at disse erfaringene kan deles inn i to nivåer, hvor den første er knyttet til en opprinnelig situasjon og den andre er gjenskapelse i en situasjon som har fellestrekk med den opprinnelige erfaringen. Kroppen blir da en kilde til kontakt med våre erfaringer og

verden. Samtidig kan den også være en kilde til at vi unngår bestemte situasjoner eller omgivelser, for på den måten å skjermes oss (Merleau-Ponty, 1994).

## 2.3 Skam

Her vil jeg presentere relevant teori om skam. Sentrale navn i teorien jeg beskriver er Goffman, Scheff og Bo. Scheff bruker i stor grad Goffman som grunnlag når han bygger videre på egne teorier. Det samme gjør Bo med Scheff. Goffman er derfor grunnlaget til både Scheff og Bo.

Goffman er kanskje mest kjent for sitt verk «The presentation of self in everyday life». Her beskriver han sin dramaturgiske metafor; at alle er skuespillere i vårt eget liv, der vi lager en opptreden for hvordan andre skal se oss. Dette gjøres ut fra nødvendigheten av å skjule våre skamfulle sider fra omverdenen. Dette mener Goffman gjør skam til den sentrale driveren i sosiale interaksjoner (Goffman, 1959).

Thomas Scheff har med utgangspunkt i Goffman (Goffman, 1959) og Cooley (Cooley, 1922) skrevet videre om hvordan skam påvirker alle i et moderne samfunn (Scheff, 2014). Scheff skriver at vårt moderne vestlige samfunn baserer seg på individualisme, tanker og kognitivitet – fremfor relasjoner og følelser. I dette ligger det en undertrykkelse av følelser, og spesielt av skam. Scheff skriver videre at skam sammen med stolthet, er de to følelser som dikterer vår sosiale interaksjon med andre. I samhandlingen med andre, forventes det av oss at vi oppfører oss som kapable individer, noe som innebærer at skammen må skjules (Scheff, 2014). Det betyr at vi som Goffman skriver må opptre for å unngå skam, selv om det betyr at vi skjuler oss selv fra omverdenen (Goffman, 1959). Cooley (1922:208) beskriver det som «at vi lever gjennom andres oppfattelse, uten at vi selv er klar over det» (Cooley, 1922).

Selv om moderniseringen av samfunnet har gjort oss tilsynelatende fri for relasjoner og tilknyttede følelser er ikke følelsene borte; de er gjemt og forkledt i ødeleggende former. En måte å fri seg fra skam kan være ved å forkle skam i andre ord som «å føle seg utilstrekkelig», «ubrukkelig» og «svak». På den måten omgår en å uttrykke seg som skamfull. Scheff skriver videre at skam er et tabu i dagens samfunn, både blant forskere og i hverdagen, hvor vi dersom vi ikke påtar oss en rolle for å skjule skammen risikerer å fremstå som ikke kapable kognitive individer (Scheff, 2014).



Å opptre for å unngå skam innebærer ikke kun å vise oss fra vår beste side. Det er en komplisert prosess som inkluderer hvordan vi selv tror at andre oppfatter oss, samtidig som vi forsøker å analysere hvilken dom den andre vil gi. På bakgrunn av dette spiller vi vår rolle for best mulig å fremstå som et verdifullt individ, uavhengig av andres meninger – altså mest mulig løsrevet fra vår relasjon med andre og følelsene det innebærer. Denne interaksjonen, analysen og opptreden skjer umiddelbart og underbevisst. Så raskt analyserer vi vår videre rolle, at vi ikke kan vente til den andre er ferdig med å snakke. I stedet for å lytte, må vi derfor simultant analysere og planlegge vår respons (Scheff, 2014).

Scheff beskriver skam som en overordnet følelse som har langt flere funksjoner i en interaksjon enn andre emosjoner. Han beskriver at skam i seg selv er ikke farlig, men en harmløs og nødvendig følelse. Skam fungerer som et moralsk kompass ved at den er en sentral følelse for vår selvbevissthet, beskjedenhet og moral (Bo, 2012)<sup>1</sup>. Som emosjon kan skam generere tettere sosiale bånd til andre gjennom at den blir gjort synlig, erkjent og akseptert av andre (Bo, 2012). Skam blir først et problem når den ikke erkjennes, men heller skjules og undertrykkes (Bo, 2012). Men oftest fremtrer skam usynlig for de fleste, hvor skammen ofte ikke blir erkjent, og i stedet gjort til tabu (Bo, 2012; Scheff, 2014). I dette ligger skammens ødeleggende potensial for både sosiale relasjoner, men også for individet.

### **3 Metode**

I metodeavsnittet vil jeg presentere metodiske valg og refleksjoner jeg har gjort gjennom prosjektet, samt hvordan dette har påvirket prosjektet. Jeg vil etterstrebe å være så transparent som mulig - for at leser kan sette seg inn i hva jeg har tenkt, og for å kunne gjøre seg opp sin egen mening.

#### **3.1 Forskningsdesign og vitenskapsteori**

Når en skal velge hvilket vitenskapsteoriske ståsted og hvilket forskningsdesign en skal støtte et prosjekt på avhenger valget av hva som skal undersøkes og hvilken kunnskap en søker. I en kvantitativ tilnærming tar en utgangspunkt i spørsmål som: Hvor mange, hvilken effekt, hvor ofte osv., altså spørsmål som kan besvares ved å telle og måle data. Vitenskapsteoretisk er

---

<sup>1</sup> Denne kilden kommer fra (Scheff & Starrin, 2004, pp. 163-164) referert i (Bo, 2012).

kvantitativ forskning forankret i empirisme og positivisme, som nettopp observerer verden objektivt gjennom å telle, veie og måle (Thornquist, 2018).

I kvalitativ forskning er man derimot ikke opptatt av å være objektiv og studere data som kan måles. Her vektlegges i stedet at mennesker er forstående og fortolkende vesener, der historie og sosiokulturelle sammenhenger preger hvordan vi oppfatter spørsmål. Dette innebærer at samme spørsmål kan oppfattes og fortolkes forskjellig fra person til person (Thornquist, 2018). I kontrast til den kvantitative objektive tilnærmingen til å skape kunnskap, fremhever kvalitativ forskning viktigheten av subjektet.

Som kritikk til hverandre mener kvantitative forskere at kvalitativ forskning har lite verdi, nettopp fordi en her tolker verden som et subjekt og bryter med objektiviteten som er idealet i kvantitativ forskning. Her mener kvalitative forskere på sin side at en aldri kan være helt objektiv, og at forskerens subjekt alltid spiller en rolle i forskningsprosessen – selv om forskeren hevder seg å være objektiv (Thornquist, 2018).

Utgangspunktet for dette prosjektet er pasienterfaringer fra psykomotorisk behandling. Informantenes fortolkning og meningsverden det som skal utforskes. Det er dermed lite relevant å benytte kvantitative metoder og tilsynelatende objektive data for å belyse problemstillingen. Et kvalitativt forskningsdesign er valgt til denne oppgaven, og vil være mer relevant for å hente inn subjektive og individuelle erfaringer som kan belyse problemstillingen. Som nevnt er det i kvalitativ forskning fokus på at forskeren ikke skal være objektiv, men fortolkende, noe som innebærer at jeg som forsker, vil være et instrument for å skape ny kunnskap (Malterud, 2018).

Kvalitative metoder er ikke en enkelt metode, men flere felles strategier for kunnskapsutvikling. De kvalitative forskningsmetodene omfatter alle strategier for systematisk innsamling, organisering og fortolkning av tekstmateriale, ofte fra samtaler, observasjoner eller skriftlig kildemateriale. Vitenskapsteoretisk er kvalitative metoder blant annet forankret i hermeneutikk og fenomenologi (Malterud, 2018). Videre vil jeg presentere hvilket vitenskapsteoretisk ståsted prosjektet forankres i, samt metode for innsamling av empiriske data.

### 3.1.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Denne oppgaven vil lene seg vitenskapsteoretisk både på hermeneutikk og fenomenologi. I hermeneutikken legges det stor vekt på forståelse og fortolkning, og hvilke vilkår som er knyttet til denne fortolkningen. Det vil si at hermeneutikken søker å forstå hvordan vi forstår, og hvordan vi gir verden mening. Et sentralt begrep i hermeneutikken er den hermeneutiske sirkel. Den viser til et forskningsmessig prinsipp der vi forstår delene ut fra helheten, og helheten og fra delene. Det er en dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet, med mål om å forstå begge deler mest mulig. Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten. Den nye helheten kan gi en ny forståelse av delene, som igjen påvirker forståelsen av helheten (Thornquist, 2018). Dette vil for forskeren skape en ny forståelseshorisont.

I fenomenologien vektlegges hvilken måte fenomener er gitt vår bevissthet, der det som kjennetegner bevisstheten særlig er dens rettethet. Dette kalles også intensjonalitet, og betyr at bevisstheten vår alltid er rettet mot noe, og aldri er tom (Thornquist, 2018). På den måten vil vårt subjekt og dens intensjonalitet avgjøre hvordan et fenomen fremstår for oss, noe som igjen påvirkes av vår historie og sosiokulturelle erfaringer.

Ettersom jeg ønsker å belyse informantenes bevissthet og refleksjoner rundt fenomenet – pasienterfaringer i psykomotorisk fysioterapi – vil deler av oppgaven være forankret i fenomenologien, herunder analysen, hvor jeg fremmer informantenes erfaringer og forståelse av fenomenet. Som nevnt over vil informantenes erfaringer farges av deres historie og sosiokulturelle erfaringer. Informantenes erfaringer er derfor kun deres egne og individuelle oppfatning av utfordringene de eventuelt møter i psykomotorisk behandling.

Prosjektet vil også støttes på et hermeneutisk vitenskapsteoretisk ståsted, gjennom at jeg på bakgrunn av prosjektets utgangspunkt har avgrenset oppgaven ved å gjennomføre en hermeneutisk sirkel. Dette gjøres for bedre å forstå hva som er viktig for informantene, og essensen i deres erfaringer. Den hermeneutiske sirkelen tar form gjennom at jeg lar min forforståelse være grunnlag for datainnsamlingen, og at jeg gjennom datainnsamlingen vil forstå helheten i et nytt lys og dermed flytte min forståelseshorisont. Ut ifra min nye forståelseshorisont vil jeg deretter avgrense oppgaven. Dette vil jeg utdype ytterligere senere i metodeavsnittet.

### 3.1.2 Semistrukturerte intervju

Forskningsintervjuer er mye brukt i kvalitativ forskning, der hensikten er å få innblikk i informantens erfarings- og meningsverden. Her fremhever Thornquist viktigheten av at det skapes en situasjon hvor informanten kan komme i tale og artikulere seg fritt. Dette forutsetter at intervjuet har et samtalepreg, og at det ikke tilstrebes å skape en standardisert situasjon (Thornquist, 2018).

For å hente inn empiriske data har jeg valgt å benytte semistrukturert intervju. Dette er individuelle intervjuer, der jeg som intervjuer har temaer vi snakker om eller spørsmål jeg stiller, men der det også stilles oppfølgingsspørsmål basert på hva informantene svarer. Med individuelle intervjuer søker jeg å kunne snakke i dybden med hver informant om sine individuelle erfaringer. Det er nettopp informanten sine egne erfaringer og refleksjoner jeg er ute etter for å belyse problemstillingen. Et annet type forskningsintervju er gruppeintervjuer. Her kan den individuelle informasjonen jeg er ute etter raskt komme til å påvirkes av hva andre sier. Et eksempel er at en informant ikke tør å fortelle om sine egne meningsfulle erfaringer hvis de strider mot det de andre informantene erfarer. På en annen side kan gruppeintervjuer få informantene til å reflektere ut over kun sitt eget ståsted, da andres refleksjoner kan stimulere til videre refleksjon hos informanten. Likevel har jeg valgt individuelle intervjuer, for best mulig å kunne rette intervjuet mot informantens egne individuelle erfaringer.

Jeg vil utarbeide en intervjuguide som har til hensikt å sikre at intervjuene kommer inn på temaer der jeg ønsker informantenes erfaringer og refleksjoner. Ettersom jeg ønsker å finne ny kunnskap er det viktig at intervjuguiden ikke er for detaljert eller følges slavisk. Derfor vil jeg tilstrebe å benytte åpne spørsmål, samt være åpen for eventuelle nye spørsmål som kommer underveis. Som Thornquist presiserte er det viktig å unngå en standardisert situasjon (Thornquist, 2018). Dette forsøker jeg å unngå nettopp ved å holde spørsmålene åpne, noe som kan bidra til et mer samtalepreget intervju.

I intervjuguiden er det fire temaer, formulert som seks spørsmål (vedlegg 2 - intervjuguide). Temaene baserte jeg på problemfeltet slik det så ut ved prosjektets oppstart. På dette tidspunktet hadde jeg ennå ikke avgrenset prosjektet til problemstillingen som ble presentert i innledningen, og det spørres derfor ikke direkte inn til vanskelige følelser som oppstår i

behandling. Dette vil jeg komme tilbake til senere i metodekapittelet. Temaene jeg har med i intervjuguiden er relevante for å belyse erfaringer ved møtet med psykomotorisk fysioterapi, og spør inn til: hvorfor informanten oppsøkte psykomotorisk fysioterapi, opplevelse av egen sykdom, forventninger til psykomotorisk fysioterapi, og om behandlingen ga mening for informantene. Spørsmålene følges ikke slavisk, og er mer en påminnelse om temaene jeg ønsker å snakke om. Jeg vil blant annet oppfordre informantene til å snakke om konkrete hendelser og erfaringer, noe som vil hjelpe med å få frem den rikeste kunnskapen som er mest mulig erfaringsnær for informanten (Malterud, 2018).

Ifølge Tjora hviler kvaliteten i intervjuet på tilliten man klarer å opparbeide mellom forsker og informant i løpet av intervjuet (Tjora, 2021). Dette gjelder særlig ved sensitive temaer (Tjora, 2021), noe forskning og spørsmål om informanters helse og erfaringer fra behandling potensielt kan være. Derfor er de første spørsmålene i intervjuguiden formulert på en måte som i mindre grad krever refleksjon fra informanten. Dette vil kunne bidra til å bygge opp mestringsfølelse hos informanten, ved at de opplever å kunne svare godt for seg. Hensikten med dette er å bygge opp tillit mellom meg og informanten, før jeg spør inn til dypere mening og refleksjoner. Dette er den planlagte strukturen, men den vil kunne endres hvis informanten selv bringer opp dypere mening og refleksjoner. I så fall vil de få snakke videre, ettersom jeg som tidligere nevnt vil tilstrebe at intervjuet ligner en samtale, basert på Thornquist sin anbefaling om å unngå en standardisert situasjon (Thornquist, 2018).

### **3.2 Forforståelse**

I kvalitativ forskning er forskeren selv en viktig del av valg som gjøres underveis, analyse og resultatene i et prosjekt. Forskeren er drevet av egne motiver, bilder og forståelse. For at forskningsprosessen skal bringe frem noe nytt er det derfor viktig å ha et åpent sinn, kritiske refleksjoner og åpenhet for uventede konklusjoner. Et viktig prinsipp i kvalitativ forskning er transparens. Dette er viktig å sikre i høyest mulig grad ved å gi leseren innsikt i hvilke kontekstuelle forutsetninger som har hatt betydning for valg som er gjort underveis (Malterud, 2018). Derfor vil jeg i de nedenstående avsnittene presentere min egen forforståelse og bakgrunn jeg gikk inn i prosjektet med, i tillegg til å beskrive hvordan jeg planlegger å gjennomføre prosjektet, hvilke valg eller endringer jeg gjør underveis, og hvilke konsekvenser det har for prosjektet.

Jeg har vært fysioterapeut siden 2011 og går master i psykomotorisk fysioterapi som ble påbegynt i 2019. Det innebærer at jeg har med meg en bakgrunn innen helse, behandling av pasienter og helsevesenet både som fysioterapeut, og som snart ferdig utdannet psykomotorisk fysioterapeut.

Det at jeg selv er en behandler gjør at jeg befinner meg på «motsatt» side av helsevesenet som informantene jeg skal intervjuer. Det betyr at min forståelse av hva pasientene sier kan og vil farges av at jeg er en terapeut. Eksempelvis kan det tenkes at jeg har motiv for å vise faget fra en god side, og ta valg i forskningsprosessen basert på dette.

Masterutdanningen har også gitt meg et sett med normer og verdier som er forankret i den psykomotoriske tradisjonen. Det innebærer at måten jeg forstår sykdom på kanskje skiller seg fra informantene. Det kan igjen farge hva jeg vektlegger som viktig under intervjuet, men også videre i analyse og skriveprosess. På bakgrunn av min rolle som behandler og min kunnskap om psykomotorisk fysioterapi har jeg som Malterud anbefaler vektlagt å ha et åpent sinn. Dette innebærer på en side at jeg forsøker å ha et åpent sinn i møte med informantene for å få kunnskap om hva som er viktige erfaringer for informantene, samtidig som min forforståelse er nødvendig når jeg skal anvende meg selv som instrument i forskningsprosessen. I kvalitativ forskning som forankres fenomenologisk er nettopp forskerens forforståelse og tolkninger en del av forskningen (Malterud, 2018).

### **3.2.1 Avgrensning av prosjektet**

For å holde et åpent sinn og ta høyde for mine eventuelle motiver til å fremme faget, valgte jeg nettopp et bredt problemfelt i starten av prosjektet. Som nevnt i innledningen la jeg vekt på essensen i hva som var viktige erfaringer for informantene når de gikk til psykomotorisk behandling i avgrensningen av oppgaven. Dermed valgte jeg også å avgrense oppgaven etter innsamlingen av data. Prosessen som fører frem til avgrensningen kan beskrives som en hermeneutisk sirkel, hvor min forforståelse vil endres under, mellom og etter intervjuene, noe som igjen vil påvirke hvordan jeg ser helheten. Dette beskrives av Thornquist som en dynamisk prosess, hvor jeg tilslutt sitter igjen med en ny forståelseshorisont (Thornquist, 2018). Den nye forståelseshorisonten vil sammen med min fagkunnskap brukes for å avgrense oppgaven. Forforståelsen min er i denne prosessen ikke fjernet, men vil endres gjennom en

hermeneutisk sirkel. På den måten håper jeg å møte informantene med et åpent sinn for å utforske temaer de opplever som essensielle.

### **3.3 Rekruttering**

Her vil jeg redegjøre for utvalg og rekrutteringsprosessen til prosjektet, samt mine tanker om hvilken påvirkning det kan ha for prosjektet. Jeg vil også beskrive valg og endringer jeg måtte gjøre underveis.

Antall deltakere i studien er satt til tre informanter. Dette valget ble gjort på bakgrunn av prosjektets omfang og tidsbegrensning, samt at sammenligning med tilsvarende masteroppgaver viste at det er flere som bruker nettopp tre informanter. Dette underbygger at størrelsen på mitt utvalg er hensiktsmessig grunnet prosjektets omfang.

Som tidligere nevnt hadde jeg i starten av prosjektet et bredere utgangspunkt enn problemstillingen jeg presenterte i innledningen. Da jeg skulle finne informanter hadde jeg derfor kun et krav om at de skulle ha gått eller gå til psykomotorisk behandling. Ingen andre inklusjon- eller eksklusjonskriterier ble benyttet, da jeg ønsket å få frem hva som var viktige erfaringer for informantene. Jeg planla derfor å rekruttere fra et bredt utvalg, med spørsmål om hvilke erfaringer pasienter har i møte med psykomotorisk fysioterapi. Bredden i utvalget hadde også som hensikt å få frem flere perspektiver fra pasienterfaringer. Samtidig som dette valget kan gi flere perspektiver, kan det også begrense muligheten for nyanser og dybde i datamaterialet, noe som videre kan gjøre at analysen og resultatene også får bredde, i stedet for dybde.

Jeg tok kontakt med psykomotoriske fysioterapeuter, presenterte prosjektet, og forhørte meg om noen hadde pasienter de kunne spørre om å være informanter. På den måten ønsket jeg å få informanter som terapeutene antok at hadde gode refleksjoner om møtet med psykomotorisk fysioterapi. Dette kan kalles et strategisk utvalg selv om jeg ikke hadde mange inklusjon- eller eksklusjonskriterier for terapeutene å forholde seg til når de skulle rekruttere. En kritikk til denne rekrutteringsstrategien er at terapeutene kunne komme til å velge pasienter som kun hadde gode ord om møtet med psykomotorisk fysioterapi, noe som ville påvirke prosjektets resultater.

Med tanke på økonomi og reisevei kontaktet jeg primært psykomotoriske fysioterapeuter i geografisk nærhet. Først sendte jeg ut e-post til adresser jeg fant på nett i forbindelse med klinikkene som terapeutene var tilknyttet. Da jeg etter en uke ikke hørte noe ringte jeg alle terapeutene personlig. Noen var svært vanskelige å få tak i, men de jeg fikk snakket med var veldig positive og skulle prøve å finne informanter. Likevel var det dessverre ingen informanter som tok kontakt for å delta i studien. Av tidshensyn ble jeg dermed nødt til å endre strategi for rekruttering, noe jeg beskriver i de følgende avsnitt.

Jeg kom i kontakt med en bekjent som selv har gått til psykomotorisk behandling. Hun nevnte en offentlig Facebook-gruppe der jeg kunne legge ut et innlegg. Per dato 14/1-22 het Facebook-gruppen «Komplekse traumer – Forskning». Jeg la ut en kort beskrivelse av prosjektet, samt kontaktinformasjon til meg. Den første dagen tok tre kandidater kontakt. Jeg sendte dem deretter et skriv om informert samtykke på e-post, og alle tre ønsket fremdeles gjerne å delta. Dermed avtalte jeg intervjuer og hadde da tre informanter til studien.

De neste dagene tok flere kandidater kontakt og ønsket delta. Totalt tok syv kandidater kontakt. Ettersom jeg allerede hadde avtalt intervjuer, ble de siste fire som tok kontakt ikke inkludert. Sett i retrospekt er en kritikk til dette at jeg tok de tre første som meldte seg, når jeg potensielt kunne ha snakket med og vurdert alle syv. Valget jeg tok om å inkludere de tre første ble gjort på bakgrunn av min tidligere erfaring med at rekruttering av informanter var vanskelig. Jeg forventet dermed ikke at flere enn tre skulle melde seg som mulige informanter og valgte derfor å inkludere de tre informantene jeg på det tidspunktet trodde var tilgjengelig. Det er ikke sikkert at utvelgelsen ville ha blitt bedre dersom jeg hadde snakket med kandidatene først. Muligvis ville det ha kunnet trekke inn forforståelsen min i større grad, og jeg hadde på den måten spisset og avgrenset studiet mer i rekrutteringsprosessen enn jeg ønsket.

Et perspektiv som er verdt å merke seg, er at jeg valgte å rekruttere fra en offentlig Facebook-gruppe. Ved å gjøre dette, samt ved å velge de tre første informantene, kan det anses som sannsynlig at jeg rekrutterte informanter «med noe på hjertet». Sagt på en annen måte kan det fort være at informantene som tok kontakt hadde en agenda. Mulighetene for å treffe på ytterpunkter av informanterfaringer anses som større ved denne rekrutteringsstrategien. Dette kan ha påvirket resultatene i stor grad, men jeg vil allikevel kunne få frem essensielle



erfaringer for informantene som jeg ønsker. Disse erfaringene kan som nevnt være i ytterpunktene av pasienterfaringer.

### **3.3.1 Digitale intervjuer**

På forhånd hadde jeg planlagt å rekruttere informanter med geografisk nærhet. Dette planla jeg da jeg opprinnelig skulle gjennomføre intervjuene fysisk, med et møte mellom meg og informanten. Når jeg i stedet rekrutterte via en Facebook-gruppe hadde jeg ikke lagt inn noen kriterier om geografi, og jeg risikerte å få informanter hvor som helst i landet. Samtidig som jeg jobbet med rekruttering var hele landet midt i en smittebølge med covid virus. Dette innebar at samfunnet hadde strenge regler for smittevern, og det var en anbefaling om å begrense antall mennesker en hadde fysisk kontakt med. På bakgrunn av geografisk spredning og smittetrykket så jeg meg derfor nødt til å endre planen min, og som så mye annen kommunikasjon på den tiden ble intervjuene utført digitalt.

Informantene ble opplyst om dette da de ble rekruttert. Intervjuene ble så avholdt via «Teams», en tjeneste der en kan ha videosamtaler, som de fleste har tilgang til. En fordel med å ha digitale intervjuer var at det forenklet en vanskelig rekrutteringsprosess. En ulempe kan være at jeg går glipp av kommunikasjon med kroppsspråk og tolkning av kommunikasjon som ironi. Det kan også være vanskelig å tolke det underliggende i det informantene sier gjennom måten informantene sier ting på. Kanskje kan det også være vanskeligere å oppnå en tillit og god kontakt over skjerm, samtidig som avstanden en skjerm skaper kan gjøre at informantene føler seg tryggere. Situasjonen blir muligvis mindre inngripende når de får sitte i sitt eget hjem med intervjueren på skjerm. Dette kan være en fordel når en snakker om vanskelige og sensitive temaer, noe som i høy grad kan være aktuelt når informantene deler sine erfaringer fra psykomotorisk fysioterapi.

Uten at jeg har gjort forskningsintervjuer tidligere, satt jeg igjen med et inntrykk av at jeg fikk god kontakt og tillit med informantene på tross av at intervjuene ble gjennomført digitalt. Jeg har dessverre ikke noe sammenligningsgrunnlag med fysiske intervjuer og det blir dermed vanskelig for meg å reflektere ytterligere rundt om kontakten og tilliten hadde blitt bedre ved fysiske intervjuer.

## 3.4 Forberedelse og gjennomføring

Under vil jeg beskrive hvordan jeg forberedte meg til, og gjennomførte forskningsintervjuene. Det innebærer utarbeidelse av intervjuguide og temaene jeg ønsker at intervjuet skal handle om. Jeg vil også beskrive valg jeg tok underveis og hvordan disse påvirker oppgaven.

### 3.4.1 Forberedelse til intervju

I semistrukturerte intervjuer brukes som nevnt en intervjuguide for å hjelpe intervjueren med hva som skal snakkes om i intervjuet. Derfor startet jeg med å utarbeide en intervjuguide som inneholdt de temaene jeg ønsket at intervjuet skulle belyse. Som beskrevet tidligere sier Thornquist at intervjuene ikke skal bli en standardisert situasjon (Thornquist, 2018). Derfor er intervjuguiden ikke utarbeidet for å følges slavisk, men som en sjekklister for å snakke om alle temaene som er planlagt. Da jeg utarbeidet intervjuguiden landet jeg på fire temaer jeg ønsket å få med:

- Hva er årsaken til at informanten oppsøkte psykomotorisk fysioterapi?
- Hvordan opplever informanten sin egen plage/sykdom? (Samsvarer det med terapeuten sin oppfatning?)
- Hvilke forventninger hadde informanten til psykomotorisk fysioterapi?
- Ga behandlingen mening for informanten?

Totalt hadde jeg formulert seks spørsmål innenfor disse temaene. Disse kan leses i sin helhet i intervjuguiden (se vedlegg 2).

Når intervjuguiden var klar gjennomførte jeg et testintervju med en fysioterapikollega som selv har vært til psykomotorisk behandling i en kort periode. Når jeg intervjuer en kollega kan det argumenteres for at settingen ikke er lik den jeg vil møte i de faktiske intervjuene, og at situasjonen blir kunstig. Likevel valgte jeg dette, da det på dette tidspunktet så ut til å være vanskelig å finne både prøve-informanter og informanter. I retrospekt fikk jeg senere flere kandidater til intervju, og kunne ha spurt en av dem om et prøve-intervju. Likevel følte jeg et læringsutbytte av å intervju min kollega. Ikke bare fikk jeg testet de tekniske rammene for intervjuet, men jeg fikk også øvd meg i rollen som intervjuer.

### 3.4.2 Gjennomføring

Intervjuene ble som nevnt gjennomført på «Teams», hvor informantene satt i sitt eget hjem. Intervjuene ble gjennomført i januar 2022. Alle tre intervjuer varte i underkant av en time.

Før intervjuet startet pratet vi litt løst og fast, og informantene fikk mulighet til å stille eventuelle spørsmål. Hensikten med dette var å varme opp, samt å få i gang en samtale, med mål om at det ville gjøre det enklere å få til en samtale helt fra starten av intervjuet. Når jeg så startet opptaket, var det første jeg gjorde å spørre dem om informert samtykke. De bekreftet alle å ha lest samtykkeerklæringen, og ga alle muntlig samtykke til å delta i prosjektet i henhold til samtykkeerklæringen. Jeg understreket så deres mulighet til å trekke sitt samtykke når som helst i løpet av prosjektets varighet.

Intervjuet var som tidligere nevnt bygget opp med enklere spørsmål til å begynne med, som ikke krevde dypere refleksjoner fra pasientene. Eksempelvis var et av disse enkle spørsmålene, hvorfor de oppsøkte psykomotorisk fysioterapeut. Utover i intervjuet ble spørsmålene rettet mer mot dypere erfaringer og refleksjoner. Dette gjorde jeg bevisst for at informantene skulle få snakke seg varme, før jeg spurte vanskeligere spørsmål som krevde større grad av refleksjon. Dette opplevde jeg at fungerte godt, der flere av informantene endret sitt perspektiv underveis i intervjuet, på bakgrunn av deres egne refleksjoner. For å illustrere et eksempel på hvordan de reflekterte, sier en av informantene dette: *«Hva det kommer av.. det... Ehm.. Ja, hva kommer det av da?.. Altså jeg, det er jo måten jeg blir møtt på tror jeg?.. Det må jo være det.»* Her reflekterer en av informantene over hvorfor hun liker så godt å gå til psykomotorisk behandling, hvor hun oppdager at det er på grunn av måten hun blir møtt på. Dette var ny informasjon for henne, som hun opplevde som betydningsfullt å få reflektere over.

Jeg hadde som mål at intervjuet skulle bære preg av å ligne en samtale mellom informanten og meg. For å oppnå dette oppfordret jeg informantene til å snakke fritt, ut ifra temaene jeg spurte dem om. Jeg rettet ikke på informantene hvis de snakket om ting jeg ikke anså som relevant for prosjektet. I stedet var planen å lede informantene inn igjen på temaene jeg hadde i intervjuguiden når de hadde fortalt ferdig, eller at jeg skulle stille oppfølgingsspørsmål som ledet dem tilbake til temaene jeg spurte inn til. I praksis innebar dette at informantene fikk snakke mer om ikke-relevante temaer enn jeg i utgangspunktet hadde sett for meg. I

retrospekt kan det tenkes at denne gjennomføringen av intervjuene kan ha ført til at jeg fikk et empirisk materiale som var såpass bredt at det førte til utfordringer med å finne likheter mellom informantene i analyseprosessen.

Det må understrekes at informantene ikke snakket fritt om hva de ville i en time. I alle tre intervjuene fikk vi snakket om det som stod i intervjuguiden, men når informanten fikk en digresjon lot jeg dem få fortsette med den, i stedet for å hente dem inn før de var ferdige med digresjonen.

## **3.5 Analyse**

I dette avsnittet vil jeg beskrive hvordan analysen er gjennomført, og hvordan det har vært en prosess mer enn et stegvis arbeid. Med analyseprosessen mener jeg som alt som skjedde fra jeg var ferdig med intervjuene og forberedte meg til å transkribere, og frem til resultatene var ferdig skrevet. Samtidig som jeg skulle i gang med å transkribere – og før jeg kunne gå i gang med selve analysen – måtte jeg gjøre en endelig avgrensning av prosjektet. Det vil si at jeg kom frem til problemstillingen jeg presenterte i innledningen etter at intervjuene var gjennomført. Mitt empiriske materiale ble dermed ikke kun brukt til analysen som beskrives under; det empiriske materialet sammen med intervjuprosessen og mine refleksjoner i denne forbindelse ble også brukt aktivt for å avgrense prosjektet, som jeg beskrev i avsnittet om min forforståelse.

### **3.5.1 Transkripsjon**

Transkripsjon er prosessen der intervjuene gjøres om til skriftlig form. Når dette gjøres struktureres intervjuene slik at de er bedre egnet for analyse.

Jeg valgte å gjøre transkripsjonene selv, uten bruk av eksempelvis tale til tekst programmer. Hensikten med dette var å få bedre oversikt over det empiriske materialet. Transkripsjonen gjorde jeg så raskt etter intervjuet som jeg hadde mulighet til, for å huske mest mulig av tanker og refleksjoner jeg gjorde meg under intervjuet. Jeg skrev så nært muntlig som jeg kunne, og skrev også fyllordene som ble brukt, som ehm, atte, hmm osv. I tillegg brukte jeg to punktum for å indikere en liten pause, og tre punktum for å indikere en lenger pause. Hvis informanten lo, viste noe med hendene, eller lignende, brukte jeg eksempelvis: «\*Ler forsiktig» og «\*viser høyt opp med hendene.» Hvis informanten refererer til noe som er sagt tidligere, men som ikke kommer tydelig frem, har jeg skrevet en kommentar i parentes.

Da alt var transkribert gjennomgikk jeg alle transkripsjonene for å sikre at de var så like intervjuene som mulig. Deretter ble informasjon som bosted, jobb og barnas alder, fjernet for å aidentifisere informantene. De ble også gitt de fiktive navnene Julia, Mette og Beate.

### 3.5.2 Tematisk analyse

Som utgangspunkt for analysen har jeg valgt å følge Johannesen sin beskrivelse av tematisk analyse. Johannesen beskriver at tematisk analyse kan brukes som inspirasjon, eller følges gjennom fire punkter (Johannesen, Rafoss, & Rasmussen, 2018). Jeg valgte å følge disse fire punktene i den tematiske analysen for å sikre at jeg fikk analysert datamaterialet grundig.

Prosessen og punktene jeg fulgte var som følger:

- Forberedelser – få oversikt over dataene. Dette gjorde jeg ved å transkribere, samt å gjennomgå transkripsjonene flere ganger. Da fikk jeg et bedre overblikk over hva dataene inneholdt, samtidig som jeg begynte å reflektere over hvilke deler av materialet som fremsto som relevant for å belyse problemstillingen.
- Koding – Fremhever og setter ord på viktige poenger i datamaterialet. Her gikk jeg dypere inn i mer konkret hvilke setninger i materialet jeg syntes var viktig å løfte frem. Når jeg trakk ut setninger med viktige poenger, noterte jeg hva jeg mente var viktig med dette spesifikke utdraget.
- Kategorisering – Kodene kategoriseres i undertemaer, og deretter i hovedtemaer. Dette gjorde jeg ved å forsøke å finne en dypere mening i hva informantene sa, gjennom å spørre meg selv «hva er det informantene egentlig sier?» Deretter lette jeg etter mønstre som dannet undertemaene. Eksempler fra undertemaene er: Mening i behandling, grenser, skam, utrygghet i behandling, og motsetninger. Deretter ble undertemaene delt inn i temaene «Skam i behandling» og «Ambivalens»
- Rapportering – Skriver frem resultatene der en rapporterer om temaene fra trinnet over. I dette trinnet presenterte jeg resultatene fordelt i de forskjellige temaene jeg hadde kommet frem til, som jeg mente var relevant for å belyse forskningsspørsmålet. Dette vil jeg beskrive nærmere i avsnittet under.

Et eksempel på prosessen med koding og kategorisering ser slik ut:

<p>Ja. Så jeg følte vel egentlig at hun nesten ikke turte å ta på meg. Jeg synes jo det ble veldig fort problematisk</p>	<p>Problematisk å ikke bli tatt på.</p>	<p>Opplever en avvisning når hun ikke blir tatt på. Det blir problematisk fordi hun får en bekræftelse på at hun er ekkel.</p>
--	---	--

I dette utdraget har jeg trukket ut et sitat fra transkripsjonen som jeg mente var relevant for å belyse problemstillingen. Fra å være et helt sitat, kodes sitatet ned til essensen og viktige ord fra sitatet. I dette tilfellet kodes det som «problematisk å ikke bli tatt på». Dette for å løfte frem hva i sitatet jeg mente var viktig. Deretter kategoriseres sitatet, hvor jeg tolker og ser etter en dypere mening i sitatet, noe som her er at hun opplever seg avvist og ekkel. Sitatene ble så plassert i ulike undertemaer, hvor dette sitatet ble satt i undertemaet «skam». Til slutt så jeg etter mønstre i undertemaene, hvor skam i behandling og ambivalens var temaer som rommet de undertemaene som var mest relevante for å belyse problemstillingen.

Her fremstår analyseprosessen som en veldig strukturert og rammefast prosess som går fra start til slutt. Johannesen fremhever at dette ikke er tilfellet, og at en gjerne ender opp med å gå frem og tilbake mellom stegene flere ganger (Johannessen et al., 2018). Det er også erfaringen jeg gjorde meg. For hver gang jeg gikk tilbake fant jeg nye poenger i dataene og følte at jeg kom dypere ned i materialet. Dette tydeliggjorde for meg betydningen av at forskeren i kvalitativ forskning er et instrument, og en del av hele prosessen. Her er min forforståelse og tolkning ønskelig, men også nødvendig å bruke aktivt for å komme frem til resultatene.

### 3.5.3 Valg av temaer

Med bakgrunn i prosjektets problemstilling og analysen satt jeg igjen med to hovedtemaer: «Skam i behandling» og «ambivalens». For å komme frem til disse temaene, var det en rekke temaer som måtte velges bort. Alle temaene beskrev perspektiver på hvordan informantene opplevde møtet med psykomotorisk fysioterapi, men ble valgt bort, da de ikke var relevante for å belyse problemstillingen jeg hadde avgrenset til. I det empiriske materialet viste det seg

som nevnt at det var krevende å finne mønstre. De tre informantene fortalte om veldig ulike erfaringer, noe som tidligere nevnt kan være en konsekvens av at intervjuet og intervjuguiden åpnet for at informanten kunne fortelle hva som var viktig for hen i møtet med psykomotorisk fysioterapi. Dette var som tidligere beskrevet noe jeg aktivt valgte med hensikt å finne de erfaringene som informanten opplevde som essensielle i møtet med psykomotorisk fysioterapi. Rekrutteringsprosessen som jeg beskrev tidligere i oppgaven kan også ha vært en faktor som bidro til at det var vanskelig å finne mønstre i det empiriske materialet, blant annet på grunn av få kriterier for rekruttering, og potensielle agendaer hos informantene.

Likevel var det noen likheter mellom de tre, der noe av det som overrasket meg, var hvordan to av informantene hadde hatt ganske vanskelige og ugreie opplevelser i møte med psykomotorisk fysioterapi. Ikke bare hadde de opplevd krevende emosjonelle situasjoner i behandling som ble fremhevet som en faktor som vanskeliggjorde behandlingen, de hadde også erfart situasjoner i behandlingen som direkte krenkende.

Det var særlig noen store temaer som stakk seg frem fra det empiriske materialet, selv om disse temaene ikke var å finne som noe mønster hos alle tre informantene. Det første var hvordan det å bli sett, møtt og akseptert ble trukket frem som en suksessfaktor hos to av informantene. Dette faller utenfor problemstillingen, samt at det allerede er blitt beskrevet i annen forskning (Kristiansen & Ekerholt, 2022). På grunnlag av dette ble temaet valgt bort.

Det andre som stakk seg frem var hvordan to av informantene hadde erfart behandlingen hos noen av sine tidligere terapeuter som direkte krenkende. En av informantene beskrev det som at hun erfarte det som et overgrep av behandleren. Dette syntes jeg umiddelbart var viktig informasjon, men samtidig vurderte jeg det som vanskelig å si så mye faglig om og valgte derfor ikke å gå videre med temaet. Mine umiddelbare tanker om dette er at det åpenbart ikke skal forekomme i behandling. Mulige perspektiver her kunne eksempelvis ha vært etiske retningslinjer for terapeuter.

Et tredje og fjerde tema stakk seg også frem fra det empiriske materialet. Dette var de tidligere presenterte temaene «skam i behandling» og «ambivalens». De to temaene belyser problemstillingen godt, og sier noe om hvordan pasienter kan oppleve at vanskelige følelser oppstår i psykomotorisk behandling. Da jeg ikke spurte direkte inn til vanskelige følelser i intervjuene, er det heller ikke alle informantene som har snakket om disse to temaene. Dette

påvirker nyanseringen i det empiriske materialet når det gjelder skam i behandling og ambivalens. Dessuten innebærer det at særlig en av informantene blir referert til i vesentlig større grad enn de andre to. Dette påvirker variasjonsbredden, som gjør at jeg ikke har grunnlag for å beskrive flere nyanser av temaene skam i behandling og ambivalens. Allikevel vil jeg argumentere for at den vektlagte informanten i seg selv til en viss grad representerer flere nyanser, fordi hun har gått til behandling hos totalt fire terapeuter. Hun har derfor meget bred erfaring med psykomotorisk fysioterapi.

Vektleggelsen av én informant ville ha vært gjeldende uansett hvilke av de overstående temaene jeg hadde valgt for prosjektet, og er et resultat av tidligere beskrevne valg om rekruttering, forberedelse og gjennomføring av intervjuene som bidro til bredden i det empiriske materialet. Et mer avgrenset prosjekt fra start, ville sannsynligvis ha ført til at jeg kunne ha rekruttert mer strategisk, med hensikt å belyse de vanskelige følelsene som kan oppstå hos pasienter i psykomotorisk behandling. Samtidig ville intervjuguiden og intervjuet ha blitt mer spisset inn mot forskningsspørsmålet. På en annen side visste jeg ikke på forhånd at dette var noe av det som var essensielt for informantene, og jeg hadde kanskje heller ikke kommet frem til det hvis jeg fra start hadde spisset oppgaven.

### **3.6 Skrivning av resultater**

Da jeg skulle skrive resultatene var det viktig at informantenes erfaringer og sitater ble presentert så riktig som mulig i forhold til hva informantene mente. Som tidligere nevnt ble transkripsjonen på bakgrunn av dette skrevet så nært informantenes muntlige språk som mulig. Da jeg skulle presentere sitatene i oppgaven var det derimot sitater som var vanskelig å lese på grunn av et veldig muntlig språk. Derfor så jeg meg nødt til å redigere noen sitater så de ble enklere å lese. Dette var små endringer der jeg tilstrebet å tydeliggjøre hva informanten mente å si, hvilket gjorde det enklere å lese når sitatet ble tilpasset et mer leservennlig format. Sitatene slik de ble skrevet i resultatavsnittet fremstår fremdeles som muntlige sitater. Noen av fyllordene er fjernet, og setningsoppbyggingen er endret noen steder.

### **3.7 Validitet og reliabilitet**

I kvantitativ forskning brukes begrepene validitet og reliabilitet. Reliabilitet beskriver i hvor stor grad forskningen er pålitelig og kan reproduseres, mens validitet beskriver om forskningen er gyldig og har undersøkt det som skal undersøkes. I kvantitativ forskning anses



forskningen som ugyldig hvis resultatet ikke produserer tall (Malterud, 2018). Dette vil i så tilfelle bety at all kvalitativ forskning er ugyldig. Dersom en derimot ser på gyldighet i en bredere kontekst og tar stilling til om en undersøger det som skal undersøkes, betyr det at forskningen er valid hvis forskningen en gjør er relevant for og belyser problemstillingen (Tjora, 2021). Det vil si at det må være en logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn.

Pålitelighet handler om at det må være en intern logikk og sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet. Et verktøy for å oppnå dette er gjennom prinsippet om transparens, at forskeren viser metodiske valg som er blitt gjort underveis og argumenterer for påvirkningen det har på prosjektet (Tjora, 2021).

Gjennom dette prosjektet har jeg etter beste evne forsøkt å være så transparent som mulig. Jeg beskriver valg og konsekvenser av valg gjennom hele prosjektet, noe jeg mener fører at prosjektet er pålitelig. Når det gjelder gyldighet vil jeg argumentere for at jeg belyser problemstillingen og at jeg viser en logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn. Jeg mener at prosjektet utforsker det problemstillingen beskriver, og at det derfor også har gyldighet.

### **3.8 Etikk**

I dette avsnittet vil jeg tydeliggjøre etiske problemstillinger ved å gjennomføre en studie med kvalitative intervjuer. To sentrale begreper en møter på når en snakker om etikk er konfidensialitet og informert samtykke. Jeg vil også beskrive prosessen med søknad til NSD og lagring av persondata.

Med konfidensialitet menes enigheten mellom forsker og informant om hva resultatene fra intervjuene kan brukes til (Kvale & Brinkmann, 2018). I dette studiet innebærer det å ikke presentere data som kan identifisere informanten – det vil si navn, alder, bosted, jobb og eventuell annen informasjon med et særpreg som kan brukes til å identifisere informanten. I denne oppgaven gjelder det også noen detaljer om diagnoser og traumeerfaringer. Med hensikt å aidentifisere informantene ble derfor denne type informasjon fjernet fra transkripsjonen og fra selve oppgaven.

### 3.8.1 Dilemmaet i kvalitative intervjuundersøkelser

Ifølge Fog er det et grunnleggende dilemma i kvalitative intervjuundersøkelser at intervjueren ønsker at intervjuet skal være så dypt og inntrengende som mulig – noe som innebærer en fare for at informanten krenkes – men at forskeren samtidig ønsker å være så respektfull mot informanten som mulig, med fare for å få et empirisk materiale som kun skraper i overflaten (Fog, 2004). Kvale nevner en lignende problematikk, der kvalitative intervjuer i utgangspunktet er åpne og intime. Dette kan virke forførende på informantene og få dem til å gi opplysninger de senere kanskje vil angre på (Kvale & Brinkmann, 2018). I tillegg sier Tjora som tidligere nevnt at kvaliteten i intervjuet hviler på tilliten som er opparbeidet mellom forsker og informant (Tjora, 2021). Dette mener jeg tydeliggjør dilemmaet som Fog beskriver, der Tjora poengterer at en trenger sterk tillit for å få et godt intervju, samtidig som tillit kan tenkes å øke den forførende effekten som Kvale nevner. Dermed illustrerer de etter min mening kompleksiteten og vanskeligheten med å gjøre et godt intervju, idet det kan virke som om jo mer en tilstreber kvalitet og tillit, jo større er sjansen for at informanten krenkes eller angres på noe de har sagt.

På bakgrunn av dette forsøkte jeg å være varsom i møte med informantene. Da jeg rekrutterte fra en Facebook-gruppe som handlet om traumer, antok jeg det som sannsynlig at informantene kunne ha opplevd traumer. Dette var jeg særlig bevisst på. Tanken min var at disse traumene potensielt kunne bli et tema under intervjuet og at dette burde tales om med forsiktighet, særlig med hensyn til at informantene ikke skulle dele mer enn de senere kunne stå inne for. Samtidig ønsket jeg å få mest mulig kunnskap om erfaringene de hadde. Jeg forberedte meg på dette ved å legge en plan om å observere kroppsspråket på skjerm, toneleie i stemmen og hvordan de svarte for seg. Med dette var hensikten at jeg skulle kunne avdekke om informantene ble utrygge underveis. Når jeg i løpet av det ene intervjuet hadde observert noe jeg tolket som utrygghet, spurte jeg informanten om det vi snakket om var i orden, og sa at vi gjerne kunne snakke om noe annet. Hun svarte at hun var i orden, og forklarte at det var et vanskelig tema å snakke om, men at hun veldig gjerne ville fortelle om det likevel, fordi det var viktig for henne å fortelle. Dermed ga jeg informanten et signal om at jeg så at det var vanskelig, samtidig som hun selv fikk velge om hun ville fortsette å snakke om det. Ved slutten av hvert intervju ga jeg alle informantene tid til å tenke gjennom intervjuet og hva de hadde sagt. Jeg spurte deretter om det var noe de angret seg over å ha sagt, eller ikke ville at skulle bli med videre i prosjektet. Ingen av de tre informantene hadde

sagt noe de angret seg. Det ble fra min side også presisert at informantene når som helst kunne ta kontakt, hvis de på et senere tidspunkt likevel skulle angre seg.

### **3.8.2 NSD og lagring av data**

Før intervjuene kunne starte måtte jeg søke godkjenning fra NSD «Norsk senter for forskningsdata». I første omgang fikk jeg prosjektet godkjent, men måtte senere søke om endringer som også måtte godkjennes. Søknaden måtte endres fordi jeg gjorde endringer på prosjektet som NSD måtte godkjenne. Jeg søkte første gang tidlig i startfasen, før jeg ordentlig hadde landet hvilket utgangspunkt prosjektet skulle ha. Sett i retrospekt kunne jeg ha jobbet mer med prosjektet før den første søknaden til NSD. Prosessen med NSD tok lang tid, og kan ha bidratt til at valg senere i prosjektet ble tatt av tidshensyn.

I henhold til UIT sine retningslinjer om lagring av sensitive data ble TSD valgt som tjeneste for datalagring i samsvar med lagring av røde data – noe NSD godkjente. Lydopptakene ble gjort via tjenesten «Mediacapture», hvor opptakene ble sendt kryptert direkte til «mitt område» hos TSD.

### **3.8.3 Samtykkeerklæring.**

Før informantene kunne delta på intervju måtte alle gi et informert samtykke. Hensikten med dette var at informantene skulle få overordnet informasjon om prosjektet, dets formål og design. Det inkluderte også informasjon om hvordan intervjuene lagres, håndteres, og hvem som har tilgang til dataene. Det viktigste med informert samtykke er allikevel kanskje å opplyse om at det er helt frivillig å delta og at samtykket når som helst kan trekkes (Kvale & Brinkmann, 2018). Dette ble derfor tydeliggjort i skrivet om informert samtykke, samt både før og etter intervjuet. Skrivet om informert samtykke utarbeidet jeg fra NSD sin mal for å sikre at all relevant informasjon kom med. I tillegg til det jeg allerede har nevnt ble det også poengtert at det ikke ville ha noen negative konsekvenser for informanten – skulle hen velge å trekke samtykket sitt.

Denne samtykkeerklæringen ble sendt ut til informantene på mail, godkjent, og underskrevet av alle informantene før intervjuene ble gjennomført.

### 3.9 Metodediskusjon

I hele metodeavsnittet har jeg skrevet om valg jeg har gjort underveis som setter sitt preg på prosjektet. Her vil jeg trekke frem og sammenfatte det jeg mener er de viktigste valgene, som hadde størst konsekvenser for oppgaven.

Prosjektet startet i vår 2021 med en prosjektskisse. Denne ble jobbet videre med og sendt inn for vurdering hos NSD i juli. I august kom svaret, men kort tid etter ble det klart at jeg måtte endre litt på prosjektet. Dette innebar at endringene måtte sendes til NSD for ny godkjenning. Så sent som i november 2021 ble prosjektet til slutt godkjent. På dette tidspunktet begynte det å bli nødvendig å komme i gang med innsamling av data, på grunn av tidsmessige hensyn. Jeg begynte å planlegge rekruttering, og begynte på arbeidet med å utarbeide intervjuguide og informert samtykke. Kort tid etter dette begynte jeg å ta kontakt med psykomotoriske fysioterapeuter for å rekruttere informanter. Da tiden nærmet seg jul, hadde jeg enda ingen informanter. På nyåret 2022 begynte det å bli kritisk å finne informanter for å kunne ferdigstille prosjektet i tide. Derfor måtte jeg endre strategi for prosjektet, og rekrutterte de informantene som ble først tilgjengelige.

I ettertid ser jeg at valg jeg tok allerede tidlig i startfasen av prosjektet hadde påvirkning på hvordan rekrutteringen ble gjort, noe som igjen har hatt påvirkning på resultatene. Som tidligere nevnt er det sannsynlig at rekrutteringen bidro til at jeg fikk frem det jeg anser som ytterpunkter av pasienterfaringer.

Et annet valg jeg vil fremheve er valget om å bruke det empiriske materialet aktivt for å avgrense oppgaven. Som tidligere nevnt var dette en strategi jeg valgte for å få frem det som virkelig var viktige pasienterfaringer, sett fra informantens perspektiv. Dette valget medførte at jeg fikk frem mye av det informantene opplevde som essensielt i møtet med psykomotorisk fysioterapi, samtidig som det sannsynligvis var en av faktorene som medførte at det var utfordrende å finne mønstre i det empiriske materialet. Konsekvensen av dette var som nevnt at en av informantene ble mer referert til enn de andre, noe som medfører at en får et godt innblikk i viktige tematikker fra denne informantens erfaringer, men at en på den andre siden ikke får flere nyanser rundt disse temaene gjennom andre informanter. Allikevel kan det som tidligere nevnt argumenteres for at denne ene informanten til en viss grad kan nyansere

temaene, ettersom hun har gått til behandling hos fire psykomotorikere og dermed har mye erfaring fra psykomotorisk behandling.

I retrospekt kan en si at dersom prosjektet hadde blitt tidligere avgrenset kunne det ha vært mulig med et mer strategisk utvalg. Dette kunne ha gitt mer dybde og nyanser i resultatene, men det hadde også blitt et helt annet prosjekt. Selv anser jeg resultatene fra prosjektet som viktige å løfte frem, noe som kanskje ikke hadde vært mulig hvis jeg hadde valgt annerledes underveis. Samtidig kan en argumentere for at det i denne typen forskning nettopp legges vekt på at alle fenomener erfares forskjellig av alle individer gitt deres forståelsesramme, samt at målet med kvalitativ forskning ikke nødvendigvis er å finne koherens mellom informanter. Kanskje er nettopp mangelen på koherens av stor interesse med tanke på psykomotorisk fysioterapi og hvordan behandlingsformen oppleves for pasientene.

Målet med å beskrive disse valgene er ikke å eliminere problemer, men kun å synliggjøre betydningen av mine valg underveis.

## **4 Resultater**

Som tidligere nevnt ble tre informanter individuelt intervjuet for å samle inn data til prosjektet. De hadde alle ulike erfaringer med psykomotorisk fysioterapi. Med tanke på oppgavens avgrensning og datamaterialet sin bredde er det er ikke mulig å bruke alt datamaterialet i prosjektet. Jeg vil nå i korthet presentere informantene, før jeg legger frem deler av det empiriske materialet som ikke blir vektlagt i oppgaven. Deretter vil hovedtemaene presenteres.

Julie har en livshistorie som inneholder seksuelle overgrep med blant annet en PTSD-diagnose. Hun har mye kroppslige smerter, som er årsaken til at hun startet i psykomotorisk behandling. Julie har hatt meget god effekt av behandlingen og er veldig takknemlig for behandlingen hun får.

Mette har opplevd ett overgrep, og hun har i ettertid vært innlagt på psykiatrisk sykehus. Etter utskrivelse oppsøkte hun en psykomotorisk fysioterapeut som hun opplevde seg krenket og re-traumatisert av. Hun beskriver at hun opplevde behandlingen som et overgrep. Hos sin andre psykomotoriske fysioterapeut fikk hun veldig god hjelp, og hun har det mye bedre etter behandling hos henne.

Beate har opplevd gjentatte seksuelle overgrep fra en nær relasjon gjennom mange år. Hun har også en PTSD-diagnose og har gått til totalt fire psykomotoriske fysioterapeuter. Denne behandlingen har vært spredt ut over mange år. De to første terapeutene opplevde hun som krenkende, da deler av behandlingen ga assosiasjoner til de tidligere seksuelle overgrepene. Hennes tredje behandler snakket hun mest med, noe hun heller ville gjøre hos sin psykolog. Sin nåværende terapeut er hun veldig fornøyd med, men hun opplever en del utfordringer i behandlingen. Dette vil jeg beskrive nærmere i avsnittene som følger.

Mette, Julie og Beate hadde alle positive erfaringer med psykomotorisk fysioterapi. Alle hadde de oppsøkt behandling på grunn av kroppslige plager som hadde underliggende psykiske årsaker. Hos psykomotorikeren hadde de lært nye ting om seg selv og kroppen sin, som Julie beskriver slik:

*«Det er så lærerikt, hver gang.. Så... Så lærer jeg liksom om meg selv. Og det er ikke fordi hun har sagt «sånn eller sånn eller sånn», men det er fordi at jeg får en kroppslig opplevelse da...» (...)* *«Og bare det synes jeg hjalp meg så mye, for jeg følte meg så veldig sånn... Ja at hun virkelig møtte meg der hvor jeg er da.»*

Jeg synes det er viktig å fremheve at to av informantene også hadde hatt vonde erfaringer fra psykomotorisk behandling. Både Mette og Beate har hatt flere behandlere, og begge to beskriver å ha opplevd krenkende behandling hos en eller flere av sine tidligere behandlere. Mette går så langt som å si at:

*«Altså, han rett og slett tafset på meg. Hver eneste gang. Og ehm.. Jeg ser ikke en eneste behandlingsgrunn til det. Så jeg.. Ehm.. Nå tenker jeg rett og slett at det var overgrep. Altså det var ikke sånn som når jeg ble utsatt for overgrepet. Men det var et overgrep på alle måter.*  
*Og jeg... At jeg ikke anmeldte han. Det har veldig mye å gjøre med at jeg var veldig dårlig, og at jeg ikke visste hvor» (...)* *«Og jeg er helt sikker på at det var på grunn av den behandlingen, at jeg ble innlagt igjen»*

Begge beskriver at de opplever en behandling som åpenbart høres ut til å kunne ha et skadelig potensial. Overgrep i behandling skal aldri skje. Uansett om det er pasienten som erfarer det slik eller det juridisk defineres som et overgrep. Mette beskriver tydelig sin opplevelse som et

overgrep fra sin ene behandler, der hun ble tatt på ryggen og nedre rygg, mot sin vilje og på en måte hun opplevde som krenkende. Beate på sin side beskriver at hun hos sine to første behandlere ofte dissosierte. Hun bruker også ord om behandlingen som «ekkel», «jeg måtte kle av meg», «hun masserte rumpa», «det var så vanskelig», «det ville jeg ut av» og «jeg hadde null kontroll». Hun nevner aldri overgrep, men det er tydelig at hun opplevde behandlingen som veldig krenkende.

Beate beskriver at det ikke fremstår som at behandlerne hennes har gjort dette med overlegg, men kanskje heller som følge av uoppmerksomhet. Mette derimot, beskriver tydelig en opplevelse av overlegg. Hun beskriver en uhensiktsmessig bruk av makt og ingen individuell tilpasning fra terapeuten sin side, noe hun beskriver som re-traumatiserende for henne

Både opplevelsen av å bli møtt, og krenkelseserfaringene er noe jeg finner viktig å nevne, selv om de på bakgrunn av problemstillingen og min analyse ikke vil utgjøre hovedtemaene jeg har kommet frem til. Hovedtemaene jeg vil bruke videre i prosjektet er som nevnt «skam i behandling» og «ambivalens». Dette er følelser som hovedsakelig beskrives som at de oppsto i behandlingen. Erfaringene som belyser disse temaene baserer seg mye på erfaringer som Beate har fra sin nåværende terapeut, men også delvis fra Mette og Julie. Denne skjevfordelingen av hvilket empiriske materiale som benyttes gjøres på bakgrunn av problemstillingen og valg som er beskrevet i metodekapittelet.

## **4.1 Skam i behandling**

I dette avsnittet vil jeg belyse informantenes erfaring med skam i behandlingen. Det er ifølge Thornquist og Bunkan ikke uvanlig at pasienter møter vanskelige og krevende følelser i psykomotorisk behandling. Dette beskriver de som skjulte følelser som kan avdekkes i behandling og skape mening for pasienten (Thornquist & Bunkan, 1995). Det er ikke skjulte følelser som beskrives i dette avsnittet, men primært en skamfølelse som oppstår på grunn av behandling. Skam kan ifølge Scheff være en kilde til sterkere sosiale bånd og utvikling, men bare hvis skammen bringes frem og synliggjøres (Scheff, 2014). Det som derimot karakteriserer dette avsnittet, er hvordan skam forblir stille – noe som virker å bidra til å vanskeliggjøre behandlingen til informantene.

### 4.1.1 Forventninger

Dette avsnittet handler om hvilke forventninger informantene opplevde å møte hos sin psykomotoriske fysioterapeut. Informantene har vært i helsevesenet før og har vært vant til at de møter forventninger her, men som Julie og Beate beskriver møter de ingen forventninger hos psykomotorikeren. Julie beskriver dette slik:

*«Nei, jeg føler ikke liksom at nå må jeg treffe riktig. \*Ler. Nei altså hvis du skjønner da. Ehm... Fordi... Fordi hun spør jo bare etter min opplevelse hele veien...» (...) «Men det jeg kanskje har følt veldig gjennom livet, er at jeg skal tilpasse meg forventningene til andre. Og plutselig så er dette litt sånn snudd på.»*

*«Jeg tilpasser meg vel egentlig alle jeg møter, ikke sant. Men med henne, så gjør jeg ikke det... Hva det kommer av... Ehm... Ja, hva kommer det av da? Altså det er jo måten jeg blir møtt på tror jeg?.. Det må jo være det. Ja... Ja hvordan hun setter den der... Hele meg.. Altså.. Ikke bare hodet, ikke bare kropp. Men Hele meg da på en måte.» (...) «Ja.. ehm.. Det kan nok være mitt hode igjen da. Men.. Ja det kan være faktisk en veldig viktig ting, fordi... Jeg trenger kanskje ikke tilpasse meg henne faktisk..»*

I møte med psykomotorikeren trenger Julie ikke å tilpasse seg. Det er en forventningsfrihet, som innebærer at hun kan være seg selv; fri fra tilpasningene hun vanligvis gjør for å passe andres behov. Her er det hennes behov som settes i sentrum. Det gjør at Julie føler at terapeuten ser og aksepterer hele henne, noe som bidrar til at skammen hun normalt kjenner i møte med andre blir erstattet med en aksept av selvet.

Dette er en god opplevelse for Julie og virker å være en at tingene som er virkelig verdifullt for henne i psykomotorisk behandling. Som en kontrast til dette vil jeg nå presentere hvordan Beate opplever fraværet av forventninger. Beate sier:

*«Nei jeg tror nok at.. Jeg tror nok hovedtingen er at.. at det er uklart for meg hva som er forventningene. Eller hva som er målet.. Hva som er planen.. Det er nok.. Det er nok mest det...» (...) «Altså det jeg er mest usikker på, som gjør meg mest usikker, er nok at jeg er usikker på... ehm... psykomotorikerens forventninger»*

I motsetning til Julie opplever ikke fravær av forventninger som noe positivt for Beate. Det gjør henne derimot usikker og utrygg på terapeuten. Hun klarer ikke å forholde seg til eller



fremme sine egne behov. Det virker som om letingen etter hva som forventes av henne overskygger hennes egne behov. Det kan forstås som at Beate får sjansen til å rette blikket innover mot egne behov, men at det blir for skamfullt å stå i. Derfor føler hun seg utrygg og usikker, som således påvirker relasjonen til terapeuten og behandlingsforløpet på en negativ måte.

#### **4.1.2 Prestasjon**

Dette avsnittet handler om informantens ønske om å være bra nok som pasient, samt hvordan pasienter kan oppleve sider av seg selv som tabu. Tidligere har jeg nevnt at informantene har hatt mange møter med helsevesenet og blitt møtt med forventninger der. Hos psykomotorikeren opplevde derimot ikke Julie og Beate å bli møtt med forventninger, hvilket for Beate gjorde behandlingen vanskelig. Videre beskriver Beate et ønske om å prestere og å være bra nok for fysioterapeuten. Når hun ikke vet hva som forventes, innebærer det også at hun ikke vet hvordan hun skal være flink nok som pasient. Beate beskriver det slik:

*«Jeg føler at det er litt opp til meg fra gang til gang. Så hver gang jeg drar dit, så har jeg litt prestasjonsangst.» (...)* *«Hva er det egentlig de vil meg? Hva er det som forventes? Er jeg bra nok hvis jeg gjør sånn her liksom?»*

*«Det er... Men ikke sant, bare det å komme dit og liksom. Når hun spør, «hva har du behov for i dag» ikke sant. Bare det å kjenne etter det da.. Det er vanskelig.. Det er jo kjempevanskelig.»*

Dette viser hvordan Beate undergraver sine egne ønsker og mål for behandlingen, da det er viktigere for henne at terapeuten synes hun er flink. Når hennes mål og behov forblir utalt vil det kunne vanskeliggjøre den psykomotoriske behandlingen. Uten å ha snakket med hennes terapeut antar jeg at terapeuten skaper denne forventningsfriheten som et sted der Beate kan utforske sine egne behov. Det får allikevel stikk motsatt effekt, fordi Beate blir veldig usikker når hun ikke forstår hvordan hun skal være flink nok. Det tolkes dit at Beate har vært nødt til å vise at hun er bra nok gjennom store deler av livet, også i møte med helsevesenet. Med dette som bakteppe velger Beate å vise kun de sidene av seg selv som gjør at hun fremstår som flink, og hun unngår å vise de sidene av seg selv som hun kanskje kommer til behandling for å få hjelp til – de sidene av henne som hun skammer seg over.

Tabu er et begrep som kan brukes om sidene Beate ikke kan vise. For henne fremstår disse sidene som så skamfulle at hun ikke kan vise dem til terapeuten. Blant annet sier Beate:

*«Men da tenker.. Så har jeg jo lyst til å si.. «Kan ikke du gå inn, kan du ikke kjenne. Kan du ikke liksom gjøre». Kan man ikke gjøre noe liksom? Kan man ikke prøve å hjelpe til?? Men det føler jeg liksom blir for mye. Altså det blir.. I: For mye å be om liksom? B: Ja.»*

Det er tydelig her at Beate har noen klare behov og ønsker for behandlingen. Fysioterapeuten etterspør ifølge Beate også aktivt «hva har du behov for i dag», men Beate opplever at det hun har behov for er for mye å be om. Dermed blir hennes behov for hjelp et tabu; noe som ikke skal eller kan vises til terapeuten. I stedet for å rette fokuset mot Beate sine behov som terapeuten ønsker, retter Beate fokuset mot prestasjon. Dette fremstår som en strategi for å unngå å vise sidene som er tabu, og i stedet jobbe med å fremstå som flink og verdig terapeutens tid.

#### **4.1.3 Selvets verdi**

I de overstående avsnittene har jeg skrevet om hvordan skam blir påvirket av hvilke forventninger Beate møtes med, samtidig som det fremmer et behov om å prestere og å være flink. Alt dette skjer uten at dette tales om eller tematiseres i behandlingen. Dette kan være fordi at å aktualisere skammen gjør det umulig å vise seg fra sin beste side. I dette avsnittet vil jeg trekke frem erfaringer Beate har fra behandlingen der hun opplever at terapeuten ikke vil ta på henne. Dette bidrar til å skape en følelse av skam og å være lite verdt.

Beate ønsker at terapeuten skal massere henne, for på den måten å hjelpe henne til å få mindre vondt, men også utforske følelser. Til tross for dette opplever hun at terapeuten ikke ønsker å ta på henne. Beate beskriver det slik:

*«Ja. Så jeg følte vel egentlig at hun nesten ikke turte å ta på meg. Jeg synes jo det ble veldig fort problematisk» (...) «Hun var veldig fin å ha... Hun... \*Sukker. Men samtidig så var jeg litt sånn, hvorfor tar du ikke. Hvor kan du ikke bare på en måte bare ta.. Altså, om ikke man jobber så mye med ting, bare massere, bare gjøre..»*

I dette sitatet beskriver Beate hvordan terapeuten ikke vil ta på henne. Det virker som om terapeuten og Beate har to forskjellige mål, noe som sannsynligvis har sammenheng med at Beate sine ønsker er skjult for terapeuten. Beate beskriver dette som problematisk, og det er naturlig å tenke at hun kan føle seg avvist av terapeuten. Om sin egen kropp bruker Beate videre ord som «ekkel» og «som å ta på søppel». Dermed virker det som at terapeuten ved å ikke ta på Beate sannsynligvis forsterker hennes opplevelse av at kroppen hennes er ekkel. Med andre ord kan det virke som om terapeuten gir en bekreftelse på at Beate er lite verdt, noe som igjen kan forsterke verdiløsheten hun allerede føler.

Når de to som nevnt virker å ha to forskjellige mål med behandlingen, ligger det tilsynelatende også en slags forventning til psykomotorisk fysioterapi i sitatet. Beate forventer å bli tatt på og massert. Dette tolkes som hennes forventning til hvordan man jobber med og løser kroppslig smerte, idet Beate har en tro på at hennes lokale smerte kan masseres vekk. Dette synet på smerte stemmer ikke overens med hvordan en tenker om smerte i psykomotorisk fysioterapi. Derfor har Beate en annen forventning til behandlingen enn det jeg antar at terapeuten har. Her vil jeg særlig trekke frem hvordan Beate og terapeutens ulike forståelse av lokal smerte kan medvirke til at Beate opplever at hun som kropp og menneske ikke er bra nok til å bli tatt på. Forskjellen på deres forståelse er utalte og blir en kroppslig avvisning av Beate som er grobunn for enda mer skam noe som kan virke negativt med tanke på et videre behandlingsforløp.

#### **4.1.4 Grenser**

I psykomotorisk behandling kan en terapeut søke å utforske og utfordre en pasient sine grenser. I så tilfelle sammen med- og på pasientens premisser. I dette avsnittet vil jeg belyse hvordan det å trå over en grense kan fremme skam, hvis ikke grensene utforskes på pasientens premisser. Både Mette og Beate har erfaring med dette fra behandling hos sine tidligere terapeuter.

Mette beskriver hvordan hun skammer seg over at hun ikke ba behandleren stoppe når han tok på henne på en måte hun virkelig ikke likte. I ettertid har hun vansker med å akseptere at hun lot behandleren krenke grensene hennes. Om opplevelsen av selve behandlingssituasjonen beskriver derimot Mette det slik:

*«For jeg visste ikke om.. Jeg bare ikke klarte behandlingen, eller.. Om det egentlig var... Det var jo ikke sånn som når jeg ble utsatt for overgrep.. men om jeg gjorde noe feil kanskje? Så ja.» (...)* «Og så.. Men så tenkte jeg sånn.. Kanskje man må gjøre det, for å starte behandling? Jeg visste jo ikke.»

Mette beskriver en behandlingssituasjon som hun ikke ønsket å være i, fordi behandleren krenket grensene hennes – men hun opplevde at hun måtte tåle det for å komme i gang med behandlingen. Likevel virker Mette å assosiere denne krenkelsen med overgrepet hun har vært utsatt for tidligere i livet. På tross av dette prøver Mette å tåle behandlingen. Dermed kan hun hverken fortelle terapeuten det, eller stoppe ham. I stedet for retter hun skam mot seg selv; at det er hun som gjør noe feil, og at hun kanskje bare må stå i det for å være god nok til å behandles. Det kan tenkes at Mette har noen forventninger til behandlingen som gjør at hun nedprioriterer at hennes kroppslige grenser krenkes. Eksempelvis kan det være en forventning om at terapeuten kan fikse noe som er feil hvis han bare får gjøre det han skal. Dette går på bekostning av at Mette ikke føler seg bra nok, som skaper skam i behandlingssituasjonen. I tillegg til skammen hun kjenner i etterkant over at hun ikke stoppet behandleren.

Beate forteller på sin side at:

*«Jeg husker at jeg hatet alle de tingene jeg måtte gjøre. Fordi det innebar at jeg måtte.. Jeg lå.. Jeg hadde bare truse der og ... og det... Jeg var alltid redd for.. Jeg følte meg jo veldig fæl rett og slett.»*

I likhet med Mette opplever Beate at behandlingen er ubehagelig. Når hun må ligge i bare truse, gjør det at hun føler seg fæl. På en lignende måte som hos Mette velger også Beate å holde ut behandlingen, på tross av at behandlingen får henne til å føle seg fæl og skamfull. Kanskje har også Beate en forventning om at terapeuten vet hvordan Beate skal fikses, uten at Beate sine behov er sentrale. Dette gjør at Beate velger å holde ut når hun opplever behandlingen som krenkende.

## **4.2 Ambivalens**

I avsnittet «skam i behandling» har jeg presentert forskjellige situasjoner hvor informantene av ulike årsaker har opplevd skam. Dette avsnittet handler om ambivalens, men det kan ikke løsrives helt og sees uavhengig av skam. I dette avsnittet vil jeg hovedsakelig fremheve

ambivalensen, før forholdet mellom skam og ambivalens deretter vil beskrives nærmere i diskusjonsavsnittet.

#### **4.2.1 Autonome reaksjoner – grenser**

Dette avsnittet handler om at kroppen kan si nei, selv om det kognitive selvet sier ja. Dette viser Beate et tydelig eksempel på. Hun har tidligere nevnt at hun så gjerne ønsker å bli tatt på og bli massert av sin nåværende terapeut. Hun forstår ikke hvorfor terapeuten «ikke bare kan hjelpe» henne med de fysiske plagene sine. Når Beate så blir massert beskriver hun det slik:

*«Men det endte opp med at hun masserte og holdt på litt i nakken og sånn. Og jeg var jo sånn når jeg lå der at, «nei dette er jo ikke hardt nok» tenkte jeg da. Litt sånn, «ta i skikkelig». Også satte jeg meg opp og da ble jeg kjempekvalm...» (...) «Men jeg følte at det turte jeg ikke si til henne da. Men det var en sånn følelse da, av at noen hadde gjort noe med meg, som ikke.. Som ikke var greit på en måte. Og hun da, jeg vet at hun ikke gjorde det.. Men jeg hadde en sånn.. Jeg hadde.. Jeg hadde den opplevelsen at... At jeg følte meg nesten litt sånn skitten»*

I dette sitatet viser Beate til en hendelse der hun til slutt ble massert. Hun beskriver blant annet at hun underveis tenkte: «ta i skikkelig». Dette har hun gitt tydelig uttrykk for i intervjuet at er noe hun virkelig ønsker, noe som er skrevet om i tidligere avsnitt. Når Beate er ferdig med å bli massert opplever hun å bli veldig kvalm. Hun beskriver at hun også kjenner seg kvalm i lang tid etterpå. Dette forstår jeg som en kraftig autonom reaksjon, der Beate reagerer negativt på massasjen. Det fremstår som en reaksjon der kroppen kommuniserer «stopp», men hvor Beate tenker at hun gjerne vil at det skal være hardere.

Som en konsekvens av dette kjenner Beate på både skam og tabu. Hun tør ikke å fortelle terapeuten at hun føler seg «skitten» eller at terapeuten hadde gjort «noe som ikke var greit» mot henne. Dette er en reaksjon Beate beskriver at hun også tidligere har fått etter massasje, og etter yoga behandling og trening. Likevel ønsker hun fremdeles veldig sterkt å få massasje av sin psykomotoriske fysioterapeut. Her tydeliggjøres en ambivalens ved at massasje er noe Beate virkelig ønsker, samtidig som hun vet at hun blir kvalm, uvel og skamfull av det. På en annen side opplever hun også skam når terapeuten ikke vil massere henne. Det sterke ønsket om massasje fremstår som en urokkelig forventning eller forståelse om at det er riktig

behandling for henne, hvor hun emosjonelt og kroppslig får en stikk motsatt reaksjon der hun skjemmes.

Dermed virker det som en problemstilling for Beate at hennes kropp og kognitive selv ikke er enige i hva hun trenger, på tross av at hun kjente seg skitten etter massasjen. Det kan virke som om Beate i veldig liten grad tar hensyn til hennes kroppslige grenser. Sannsynligvis kommer dette av at hun har en tro og forventning om at det er massasje som er best for henne. I møte med en slik pasient kan det tenkes at terapeuten ikke vil ta på Beate som en måte å sette grenser på vegne av Beate, men dette har som tidligere beskrevet kun ført til at Beate føler seg mer verdiløs og skamfull.

#### **4.2.2 Forventninger til psykomotorisk fysioterapi**

Her vil jeg beskrive hvordan forventningene Beate har ser ut til å skape ambivalens hos Beate, en ambivalens som virker å være et stort problem for Beate når hun behandles hos sin nåværende psykomotoriker. Tidligere skrev jeg om hvordan Beate sine forventninger til psykomotorisk fysioterapi kan ha bidratt til at hun måtte holde ut og tåle behandlingen hun fikk, og at hun som følge av dette følte seg fæl. Temaet om forventninger vil gå igjen her, men vil belyse ambivalens i stedet for skam.

Jeg har spurt Beate om hvilke forventninger hun hadde når hun startet til behandling hos psykomotorisk fysioterapeut. Hun svarte da at hun trengte hjelp til fysiske plager som skyldtes psykiske utfordringer, men at hun utover dette ikke hadde noen spesielle forventninger. På bakgrunn av hennes sterke ønske om massasje, så kan det virke som at Beate faktisk hadde en hel del forventninger til psykomotorisk fysioterapi. Dette beskriver hun her:

*«Ja. Men jeg tror at liksom.. Hvis jeg ikke blir berørt, og ikke blir tatt på . Så Tror jeg at.. Tror jeg ikke at det vil... Komme noen vei, på en måte da.»*

Beate tror ikke at hun vil bli noe bedre uten å få massasje, på tross av at hun opplever massasjen slik:

*«Jeg stresser over at hun må ta på min kropp.. Og det er faktisk... Det er sånn... Veldig stress.. Ehm.. Og når jeg.. Nesten sånn at «unnskyld at du må ta på meg». Og det bruker jeg veldig mye tid og tankevirksomhet på når jeg er der. Og det gjør jo også at jeg spenner*

*kroppen ikke sant, og at jeg ikke klarer å slappe av.*

*Også når hun kommer til føttene mine særlig... Jeg skammer meg så immari over de føttene da. Hun driver der å kjenner. Og jeg synes det er så stygge føtter, og de er bare: \*Lager brekke seg lyd\*. De er helt like føttene til faren min... Ehm... Ja... og da føler jeg liksom at hun tar på sånn.. Hun kunne like gjerne tatt på søppel.»*

Her tydeliggjøres ambivalensen til Beate ytterligere. Hun tror ikke at hun kan bli bedre uten å bli tatt på. Hun fastholder dette, selv etter hun har opplevd kraftige autonome og kroppslige reaksjoner. Hun blir kvalm, hun spenner seg og hun føler seg som søppel. På alle måter fremstår det som at hun vegrer seg for å bli tatt på, fordi hun skammer seg veldig over kroppen sin. Dette tolkes som en problemstilling der Beate sin kropp, følelser og behov settes opp mot Beate sin forventning om at hun bare må holde ut for å bli frisk. Sagt på en annen måte ser det ut til at signaler fra kropp, følelser og behov blir prioritert bort, til fordel for massasje. Hun beskriver hele situasjonen som «veldig vanskelig», og viser med dette at hun er godt klar over dilemmaet og ambivalensen hun opplever.

Beate sier at hun blir stresset og anspent av å bli tatt på. Paradoksalt nok er hensikten med at Beate holder ut massasjen nettopp å bli mindre anspent. Dette virker ikke å være en del av forståelsesrammen til Beate. Kanskje er pasientrollen godt innlært fra tidligere, hvor det har vært forventet at hun holder ut. Kanskje har Beate en forståelse som innebærer at smerter eller deler av kroppen kan repareres eller fikses etter en oppskrift gitt av behandleren. Det virker i dette tilfellet å skape problemer i møtet med psykomotorisk fysioterapi, gjennom at Beate og behandleren virker å ha forskjellig forståelse av hvordan Beate bør behandles for å bli bedre.

## **5 Diskusjon**

Her vil jeg diskutere og drøfte resultatene sett i lys av teorien jeg har beskrevet i teoriavsnittet. Jeg vil diskutere situasjoner informantene beskrev som oppstod i behandlingen, betydningen av ambivalens og skam, samt fremheve de store individuelle forskjellene mellom pasienter.

## 5.1 Skam i behandling

I teoriavsnittet skrev jeg om hvordan psykomotorisk fysioterapi ser på frigjøring av muskelspenninger og frigjøring av pust som en samtidig frigjøring av følelser. Følelsene kan være tilbakeholdte og skjulte og en frigjøring av disse kan hjelpe pasienter med å skape ny mening, eller å få bedre innsikt i eget liv og eventuelle plager (Thornquist & Bunkan, 1995). Derfor er det som nevnt heller ikke uvanlig å møte vonde og vanskelige følelser i psykomotorisk behandling. Når pasientens skjulte følelser trer frem gjennom behandlingen, er dette følelser pasienten har fra før. Det er altså ikke slik at behandlingen påfører en ny følelse, men hjelper pasienten å avdekke den.

Når det gjelder skammen Beate og Mette opplever i behandling, fremstår dette ikke som en skjult følelse, men en skam som oppstår på grunn av behandlingssituasjonen. Det virker som om behandlingen i stedet for å avdekke en skjult skam, heller skaper en ny skam som er knyttet til nåtid – selv om grunnen til at de opplever behandlingen som skamfull, virker å være påvirket av deres tidligere overgrepserfaringer. Videre i dette avsnittet vil jeg trekke frem faktorer jeg mener har hatt innvirkning på at disse to informantene kjente på en økt skamfølelse som følge av behandlingen.

### 5.1.1 Forventningsfrihet

Her vil jeg i lys av teori om skam, se på hvordan forventningsfriheten Beate møtte i behandling gjorde at hun opplevde å skamme seg. Samtidig vil jeg sammenligne med Julie sin erfaring med forventningsfrihet, for å fremheve at det er individuelle og ulike reaksjoner på samme fenomen.

Dette med at det ikke stilles noen forventninger til deg i psykomotorisk behandling, er trukket frem som viktig av både Julie og Beate. I denne forventningsfriheten fremstår det som at Julie får nye innsikter om seg selv, mens det for Beate virker å bryte helt med hennes forståelse av det å være pasient.

Som nevnt i resultatavsnittet sier Julie at hun føler seg sett og møtt som hele henne og opplever for første gang at hun ikke trenger å tilpasse seg noen andre, men bare kan være seg selv. Ser man dette fra et perspektiv om skam kan Goffman sin thetaer-metafor være relevant. Julie har gjennom livet alltid tilpasset seg andre. I overført betydning står hun alltid på scenen og opptrer for å unngå å settes i forlegenhet. Dette er innlært basert på tidligere erfaringer og



er en del av hennes ureflekterte kroppsskjema. Når Julie derimot møtes av en terapeut som signaliserer at hun virkelig kan aksepteres som den hun er, kan Julie opptre i mindre grad. Den skjulte skammen hun bærer med seg virker ikke å være så tabu lenger. Derfor kan hun også vise sine egne behov og oppleves som en følge av dette å bli møtt og akseptert som hele henne. Julie er her et godt eksempel på hvordan Scheff beskriver at skam ikke trenger å være en negativ og ødeleggende følelse, men heller kan skape sterkere sosiale bånd (Bo, 2012; Scheff, 2014).

For Beate sin del virker derimot forventningsfriheten hun møtes med som en faktor som gjør henne utrygg. Hun nevner flere ganger at det er vanskelig å vite hva hun skal gjøre når hun ikke vet hva terapeuten forventer. Beate har også beskrevet at hun alltid tilpasser seg andre mennesker, og poengterer at dette er noe hun gjør i stor grad. Som hun sier, er det aldri plass til hva hun selv har lyst til eller behov for. Fra et perspektiv inspirert av Goffman er det derfor åpenbart at også hun opptrer for andre i stor grad, som et virkemiddel for å skjule de sidene av henne som kan sette henne i forlegenhet – et ord Goffman brukte mye om skam.

Når Beate møtes med forventningsfrihet, opplever hun ikke en mulighet til å synliggjøre sin skam eller at hun kan søke aksept for sine skjulte sider. Det er for utrygt. Skuespillet må fortsette, fordi tabuet om skammen hennes ikke kan brytes. For å utdype utryggheten virker forventningsfriheten å gjøre Beate svært usikker på hvordan hun skal opptre for å skjule skammen sin. De vante rammene hun har lært seg hvor hun analyserer raskt hva som forventes og hvordan hun må opptre – virker plutselig ikke lenger. Som en konsekvens av forventningsfriheten klarer hun ikke å analysere hvordan hun må opptre for å skjule skammen sin. Analysen er som Scheff sier, en viktig del av prosessen når man må opptre for å skjule sin skam (Scheff, 2014). Når dette ikke går resulterer det i at Beate opplever usikkerhet. Sagt på en annen måte opplever Beate at det hun vanligvis er så god på plutselig ikke går. Hun klarer ikke å analysere seg frem til fysioterapeutens forventninger, og hun sitter igjen med en opplevelse av å ikke være god nok. Dermed har rammene for behandlingen – forventningsfriheten – gjort at hun ikke klarer å opptre for å skjule skam, samtidig som den har påført henne enda mer skam gjennom manglende mestring. Oppsummert kan det argumenteres for at forventningsfriheten er altfor eksponerende for Beate.

Her ligger det negative potensialet i skam som Scheff beskriver. Beate sin skjulte skam, påførte skam og frykt for skam, er skjult for behandleren og i stor grad også kanskje skjult for Beate selv. Dette hindrer henne i å forsterke sine sosiale bånd og kan i stedet virke ødeleggende, noe som samtidig vanskeliggjør behandlingen hos hennes psykomotoriske fysioterapeut. Skjulte følelser har ikke blitt synliggjort og er om mulig enda mer skjult på grunn av utryggheten Beate kjenner på.

Hvis en sammenligner Julie og Beate er det veldig stor forskjell på hvordan de to opplevde å ikke møte noen forventninger til seg selv. Jeg vil senere i diskusjonen skrive mer om individuelle forskjeller.

### **5.1.2 Grenser**

Mette har fortalt at også hun kjenner på en skam som oppstod på grunn av behandling. Hun sier at hun i behandlingen kjente på at hun ikke var bra nok til å få behandling, og at det kanskje var henne det var noe galt med som ikke tålte behandlingen. I etterkant skjønnte hun derimot at det ikke var henne det var noe galt med, og hun skammer seg nå for ikke å ha sagt stopp. Dette forteller Mette at det ikke er noen som vet. I hennes livsverden er dette så skamfullt at det er blitt en skjult skam og et tabu. Denne typen skam er dermed også en skadelig skam, der skadepotensialet ligger nettopp i at skammen skjules (Scheff, 2014).

For Mette oppstår det en skam i behandlingsøyeblikket som gjør det vanskelig for henne å sette grenser. Når hun tenker at det er henne det er noe galt med, innebærer det også å tillate at behandleren krenker henne. Dette blir kilden til skammen hun kjenner i etterkant. Behandlingssituasjonen og krenkelsen hun erfarte der har skapt et tabu. Det skadelige potensialet kan innebære at hun gjennom Goffman sine øyne må opptre i større grad enn tidligere. Opptreden skjuler skammen hennes og fører til at en større del av Mette må forbli skjult fra omverdenen. Sett fra et kroppsfenomenologisk perspektiv, kan skadepotensialet ligge i at dette vil kunne endre hennes kroppsskjema, hvilket også påvirker hennes intensjonalitet og i siste ende kan endre måten hun møter verden på. I praksis virker dette å medføre at det blir vanskelig for Mette å sette grenser.

Mette sine vansker med å sette grenser i behandlingen vil jeg også diskutere senere; da fra et perspektiv om en dualistisk forventning til psykomotorisk fysioterapi.

## **5.2 Informantens forståelse og forventninger**

I dette avsnittet vil jeg først belyse hvilke forventninger informantene hadde til psykomotorisk fysioterapi. Deretter vil jeg belyse hvordan helsevesenet kan ha bidratt til forståelsen av psykomotorisk fysioterapi som Beate hadde, før jeg til sist belyser hvordan en kan se på informantenes problemer og sykdom sett fra et kroppsfenomenologisk og psykomotorisk perspektiv.

### **5.2.1 Forventninger**

Ingen av informantene sa at de hadde noen spesielle forventninger når de oppsøkte psykomotorisk fysioterapi. Ingen av dem virket å vite så mye på forhånd om hva denne formen for behandling innebar. Både Thornquist & Kirkengen og Gretland skriver at vi gjennom flere generasjoner er innlært i Dualismens virkelighetsoppfatning, noe det også kan se ut til at både Mette og Beate er (Gretland, 2007; Thornquist & Kirkengen, 2020). Dette innebærer at de har med en dualistisk forventning når de oppsøker psykomotorisk behandling, noe som tilsynelatende skaper noen utfordringer.

Beate sine forventninger virker være deler av årsaken bak det sterke ønsket hun har om å masseres selv om hun blir uvel og kvalm av massasjen. For Mette sin del kan forventningene til psykomotorisk fysioterapi være en av faktorene som gjorde det så vanskelig for henne å sette grenser i behandlingen. For å se nærmere på forventningene Mette og Beate hadde til psykomotorisk fysioterapi, vil jeg nå utdype min tolkning av deres forståelse av seg selv og sine plager.

#### **5.2.1.1 Beate**

Det fremstår som at Beate har noen relativt rigide forventninger til hvordan hun kan hjelpes med sine smerter i kroppen. Det hun har sett for seg og dermed trenger, er en lokal behandling av smertene i form av massasje. Gjerne en massasje som hun kjenner litt – i overført betydning; gjør vondt.

I Beate sin forventning sees tydelige likhetstrekk med dualismen. På den ene siden forteller Beate at hun oppsøker psykomotorisk fysioterapi for å få hjelp med plager som henger sammen med psyken hennes. Hun utdyper at psyken har gitt henne smerter i kroppen. Allikevel fremstår ikke dette som relevant for hvordan Beate mener at behandlingen skal være. Hun ønsker seg en grundig massasje for å løse opp vonde muskler, og behandling med

premisset om at en muskel kun er stram og vond som et isolert problem. På den måten virker Beate sin forståelse av kroppen og forventning til behandling å kun forholde seg til kroppen hennes som et objekt som behandleren skal fikse. Det fremstår dermed som at Beate forstår seg selv delt i kropp og psyke, på samme måte som dualismen gjør.

For å tydeliggjøre hennes dualistiske forståelse vil jeg fremheve at Beate ønsker og forventer massasje på tross av at hun blir kvalm og anspent i kroppen. Fra et psykomotorisk perspektiv er dette noe som tydelig viser at kroppen hennes gir signaler om at massasje er for krevende for Beate. I lys av dette fremstår det som at objektet kroppen skal fikses, og den skal fikses på tross av belastningen hun utsettes for ved å masseres. Dette demonstrerer i mine øyne en virkelig avpersonifisering av kroppen, noe en finner igjen i dualismens ideal om at kroppen er en ren fysisk ting, uten noe sammenheng med det kognitive overhodet (Gretland, 2007). Ser en dette fra et psykomotorisk perspektiv, vil massasjen i dette tilfellet kunne påføre mer skade enn det hjelper, med bakgrunn i den kroppslige avpersonifiseringen der kroppen gjøres til en ren fysisk ting.

Som nevnt er dualismens verdier en del av samfunnet og har vært innlært gjennom generasjoner. Det alene forklarer likevel ikke hvorfor Beate har denne forventningen. Julie lever i den samme generasjonen og det samme samfunnet. Nå finnes det ikke grunnlag i det empiriske materialet for å tolke hvilke forventninger Julie hadde til psykomotorisk behandling, men ifølge Gretland og Thornquist & Kirkengen er dualismen innlært i samfunnet (Gretland, 2007; Thornquist & Kirkengen, 2020). Dermed kan en anta at også Julie hadde med seg noen dualistiske verdier inn til behandling. Likevel opplever Julie raskt hvor nyttig det er for henne å oppleve kroppen sin som en integrert del av hele henne. Da merker hun for første gang hennes egne behov. Etersom egne behov og egen kropp var mer eller mindre ukjent for henne før hun startet i psykomotorisk behandling, underbygger det antakelsen om at hun i utgangspunktet også hadde med seg dualistiske forventninger til behandlingen. Dermed blir det naturlig å anta at samfunnet ikke alene er årsak til hvorfor Beate sine forventninger gjør at hun vil ha massasje på tross av at hun blir uvel og kvalm. Forventningene til Beate kommer jeg tilbake til i neste avsnitt om helsevesenet og dualisme, og i avsnittet om ambivalens.

### 5.2.1.2 Mette

Mette har erfaringer fra sin første behandler som hun opplevde som krenkende. Uten å undergrave hennes erfaring vil jeg ikke bruke mye tid på å diskutere denne situasjonen og hva som har skjedd. Mette har vært veldig klar på at hun opplevde behandlingen som et overgrep. Terapeutens rolle, motivasjon og bakgrunn for behandlingen vil jeg ikke diskutere her, men det virker uansett som en situasjon som ikke skal skje i behandling når Mette opplever seg krenket på den måten. Uten å undergrave denne erfaringen vil jeg nå forsøke å se den i lys av et dualistisk perspektiv, noe som kan ha bidratt til at grensesetting ble vanskeligere for henne i møtet med denne psykomotoriske fysioterapeuten. Det må understrekes at jeg ikke mener at dette er eneste årsak, eller at opplevelsen hun har er hennes egen feil. Jeg mener heller ikke at det er hennes ansvar alene å skulle sette grenser når hun var i en svært sårbar posisjon. Jeg ønsker å trekke frem et perspektiv som kan ha bidratt til at Mette hadde vansker med å sette grenser for seg selv i denne situasjonen.

Mette sier om behandlingen at hun bare ville vekk, men at hun ikke visste om det kanskje bare var henne det var noe galt med. I dette utsagnet ligger det en opplevelse av at hun vil vekk, men at hun isteden er nødt til å holde ut behandlingen. Dette valget virker hun å ta på bakgrunn av at hun lurte på om det er henne det er noe galt med, noe som innebærer at terapeuten har rett i å behandle henne slik han gjør.

Når Mette velger å holde ut kan det ha sammenheng med at hun tidligere har opplevd overgrep, og at hun har tillært seg å holde ut som en overlevelsesstrategi. Det kan også tenkes at hun i behandlingsøyeblikket forholder seg til forventningen om at behandleren gjør det som er best for henne. I så tilfelle skjer det en undergravelse av hennes egen opplevelse av behandlingen der hun i stedet for å sette grenser velger å forholde seg til at autoritetspersonen vet best, og som fra et dualistisk perspektiv kan finne og kurere problemet hennes. En slik vurdering fremstår for meg som helt i tråd med dualismens verdier, hvor behandleren har fasiten og kan gjøre det som trengs med Mette sin kropp, og behandle henne ut ifra en reduksjonistisk kroppsforståelse, uten at hennes subjekt trenger å påvirke hvilken og hvordan behandling som er best for henne.

For en pasient i en sårbar posisjon og med det hun selv beskriver som lite ressurser er det foruroligende at helsepersonell kan behandle som de vil, uten å forholde seg til hvordan behandlingen oppleves for pasienten. Det fremstår som at behandleren i dette tilfellet retter alt

fokus mot behandlingen som han skal utføre, og utelukker å ta hensyn til hvordan Mette opplever det. Han virker å kun utføre en fysisk behandling, heller enn å tilpasse behandlingen etter Mette sine behov. I mine øyne vil han i så tilfelle utelukkende se på kroppen som et objekt, uten noe hensyn til at hun helst bare vil komme seg vekk. Selv om behandleren i dette tilfellet var en psykomotorisk fysioterapeut, vil jeg likevel argumentere for at behandlingen kan være skadelig og ikke individuelt tilpasset, sett fra et psykomotorisk perspektiv.

### **5.2.1.3 Grenser**

Det er likhetstrekk mellom Beate og Mette sine erfaringer. Beate ønsker å få massasje på bakgrunn av hennes forståelse av egen helse og sykdom. Dette er en behandling hun ønsker, men som hun er nødt til å holde ut ettersom hun blir uvel. Mette på sin side ønsker ikke å motta behandlingen hun får. Allikevel så er også Mette nødt til å holde ut. Likheten her mener jeg er hvordan begge to velger å holde ut, tilsynelatende på bakgrunn av hvordan de forventer at en terapeut vet best, uavhengig av hvordan de opplever behandlingen.

Det må presiseres at Mette på dette tidspunktet beskriver at hun var relativt ressurs svak og nylig utskrevet fra psykiatrisk sykehus, noe som kan ha gjort det enklere for behandleren å krenke grensene hennes, uten at hun klarte å sette grenser selv. Terapeuten har utvilsomt spilt en avgjørende rolle i denne situasjonen som etter Mette sin erfaring fremstår som etisk tvilsom.

Allikevel vil jeg trekke frem hvordan det ser ut til at en tilsynelatende dualistisk forståelse hos Beate og Mette, har gjort det vanskelig for de begge å sette grenser i behandling. For Beate virker det å sidestille hennes subjektive opplevelse i så stor grad at hun ønsker å få behandling som krenker hennes kroppslige grenser. For Mette derimot virker den dualistiske forståelsen å forsterke en tro på at terapeuten har en objektiv sannhet, hvilket innebærer at Mette sin subjektive erfaring ikke er relevant, og derfor må holde ut. I motsetning til Beate er imidlertid Mette veldig klar på at hun gjerne vil vekk fra behandlingen. For begge informantene virker det bakgrunn av dette som at grensesetting er vanskelig, sett i lys av en dualistisk forståelse av egne plager.

## **5.2.2 Helsevesenet og dualisme**

Her vil jeg belyse hvordan Beate sin forståelse av psykomotorisk fysioterapi og forventninger til behandling, kan sees i sammenheng med tidligere erfaringer fra helsevesenet. Som nevnt i

teoriavsnittet har dualismen preget samfunnet og helsevesenet gjennom generasjoner. Dagens helsevesen bygger i stor grad på dualismen, både innen soma men også i psykiatrien (Gretland, 2007). Det betyr at tanken om at noe i kroppen eller psyken kan måles, for å påvise patologi, som så kan kureres – alt mens kroppen og psyken sees på som to helt uavhengige systemer som ikke påvirker hverandre (Gretland, 2007).

Legen er den som er øverste autoritet i helsevesenet (Kirkengen, 2015). Det innebærer at legen er den som har ansvaret for å finne ut hva som er galt med oss, for så å behandle oss på bakgrunn av dette. I dette ligger en forståelse av at vi mennesker ved sykdom har feil ved oss, som legen kan måle rent objektivt og fikse med en kur eller oppskrift. Vi lærer også at vi i større og større grad er ansvarlig for egen helse. Da med utgangspunkt i hvordan legen og helsevesenet definerer helse, og ikke med utgangspunkt i vår egen opplevelse av egen helse. Når vi er opplært til å tenke om sykdom og helse at det defineres av legen og står separert fra vårt subjektive selv skyves våre egne behov vekk, noe som i et psykomotorisk perspektiv kan gjøre det utfordrende å ta ansvar for egen helse. Paradoksalt nok er det nettopp det som ligger i blant annet begrepet helsekompetanse – ansvar for egen helse som definert av helsevesenet (Helsedirektoratet, 2022). Riktignok innebærer dette et samarbeid mellom pasient og behandler, men fremdeles med målet om en diagnose og dermed oppskrift som i sin dualistiske natur innebærer en fasit. Eksempelvis kan det være en fasit som forteller deg hvordan du skal komme deg ut av depresjoner, overkomme traumer, leve sunt og unngå livsstilssykdommer. På tross av at pasienten skal lyttes til er det diagnose og spesifikk behandling som er målet, noe jeg mener automatisk fjerner subjektet som meningsbærende i en situasjon med sykdom eller plager.

Beate har vært bruker av helsevesenet i mange år. For sine psykiske problemer har hun vært hos blant annet psykolog, DPS og institusjon som er spesialisert på traumebehandling. Her demonstreres det dualistiske skillet i helsevesenet ved at hennes psykiske plager ikke sees i sammenheng med sine fysiske plager, og hun har derfor oppsøkt allmenn fysioterapeut og yoga for dette (yoga er ikke en del av helsevesenet, men hun har brukt det med mål om å redusere smerter). En av tingene Beate savner hos sin psykomotoriske fysioterapeut er en plan for hvordan hun skal bli frisk. Det har hun vært vant til hos både DPS, på institusjonen og hos allmenn fysioterapeuten.

Jeg trakk også frem yoga. På tross av at yoga gir et inntrykk av å være en helhetlig tilnærming til mennesket, hvor pust og fleksibilitet er viktig, beskrives yoga av Beate mer som vonde og vanskelige stillinger hvor det ikke er alle hun klarer, men hvor hun ved hjelp av pusten, på tross av ubehag likevel skal forsøke å tilpasse seg stillingen. Samtidig forteller hun at hun har fått yogamassasje, som var god i hennes øyne fordi hun tok i skikkelig, men der hun så ble veldig kvalm av det når hun var ferdig. I det hun beskriver fra yogaen hun har utøvd, synes det for meg å implisitt ligge en oppskrift. Hvis en tøyser en stiv kropp nok, bruker pusten til å holde det ut og masserer vekk smerter, så vil det gjøre deg frisk.

Alle disse behandlingene virker å ha til felles denne oppskriften, noe som innebærer tanken om at noe lokalt kan skilles ut i en diagnose, patologi eller problemområde. Ikke bare illustrerer helsehjelpen hun har fått den dualistiske oppdelingen av psyke og soma, den har sannsynligvis bidratt til Beate sin jakt etter en plan eller oppskrift. Altså har store deler av helsevesenet Beate har vært i kontakt med kun økt forventningen om en dualistisk tilnærming og en fasitløsning på problemene hennes. Problemet med denne planen hun søker er at den i sin natur bryter med en psykomotorisk forståelse av kropp og sykdom. Som Thornquist og Kirkengen skriver er en dualistisk forståelse av sykdom dømt til å mislykkes (Thornquist & Kirkengen, 2020). Derfor vil hun aldri få en fasit hos sin psykomotoriske behandler. I stedet forsøker behandleren å inkludere Beate sine behov. Dette synes Beate er veldig vanskelig. Noe som fra et psykomotorisk perspektiv kan sees på som at det å ta avstand fra egne behov, også betyr at hun tar avstand fra egne følelser, og at dette har sammenheng med hennes livshistorie med de krenkelsene hun har opplevd.

Dette virker å være en av de sentrale faktorene som vanskeliggjør Beate sin psykomotoriske behandling. Selv om hennes behandlere fra helsevesenet kan ha et ønske om å se sykdom i et større perspektiv som inkluderer psyke og sosialt liv, skriver Thornquist & Kirkengen at det virker å være motsetninger mellom vår teoretiske kliniske resonnering og hva vi gjør i praksis (Thornquist & Kirkengen, 2020). Dette betyr at selv om Beate sine behandlere teoretisk sett ønsker å møte hennes problemer i et større perspektiv, er det ikke gitt at det er sånn hun har blitt møtt i praksis. Dersom en skal sette det helt på spissen kan helsevesenet i kraft av dualismen ha bidratt til å lære Beate å utsette seg for behandling som fra et psykomotorisk perspektiv fremstår som potensielt skadelig.



### 5.2.3 Kroppsfenomenologi

Til nå har jeg diskutert hvordan en dualistisk forventning til helsevesenet kan ha bidratt til Beate og Mette sine erfaringer med psykomotorisk fysioterapi. Nå vil jeg fra et kroppsfenomenologisk perspektiv forsøke å løfte frem hvordan Beate sitt levde liv kan være en del av årsaken til at Beate ikke klarer å slippe disse forventningene i møtet med psykomotorisk fysioterapi.

I kroppsfenomenologien står det sentralt at vi danner mening gjennom kroppen, og at vi har en ureflektert oppfattelse av oss selv. Denne ureflekterte oppfattelsen kalles kroppsskjema og vil påvirkes av levd liv, vevd sammen med nåtid og forventninger om fremtid (Merleau-Ponty, 1994). Som nevnt blir kroppen da en kilde til kontakt med våre erfaringer og verden. Samtidig kan den også være en kilde til at vi unngår bestemte situasjoner eller omgivelser, for på den måten å skjerme oss (Merleau-Ponty, 1994).

I Beate sitt tilfelle blir det derfor relevant å trekke frem hennes levde liv. Hun har gjennom flere år opplevd seksuelle overgrep da hun var ung. I forbindelse med denne type krenkende og avmektige situasjoner er det for meg vanskelig å forestille meg hvilke følelser hun sitter igjen med etter en disse opplevelsene, men sett fra et kroppsfenomenologisk perspektiv, vil disse overgrepene skape erfaringer som nedskrives i hennes kropp og kroppsskjema. Dette vil fungere som en kilde til kontakt eller skjerming fra forskjellige situasjoner. For Beate virker dette å innebære at hun kroppslig i visse situasjoner kan kjenne at noe er grenseoverskridende, men i stedet for å gi henne en forståelse og mening om at dette er uhensiktsmessig eller potensielt skadelig for henne, virker det som om hun skjermer seg fra denne assosiasjonen ved å «koble ut» eller ikke ta hensyn til kroppens signaler. Når hun for eksempel blir kvalm og uvel av behandling, skjermer hun seg ureflektert ved nettopp å ikke assosiere behandlingen som krenkende. Kvalmen gir ikke mening for Beate, i hvert fall ikke som noe grenseoverskridende. Hennes ureflekterte handling er å stå i det kroppslige ubehaget, kanskje fordi dette er en innlært strategi gjennom mange års seksuelle overgrep, som vil ha påvirket hennes kroppsskjema. Med andre ord kan det jeg tidligere kalte hennes «rigide forventninger» nettopp fremstå som rigide fordi de er en del av hennes ureflekterte, men nødvendige forsvarsverk.

## 5.2.4 Psykomotorisk fysioterapi

Psykomotorisk fysioterapi står i kontrast til dualismen ved å vektlegge at erfaringer man gjør seg gjennom livet, blir synlige i kroppen. Når en i kroppsfenomenologien sier at Beates mangeårige seksuelle overgrep vil skrives ned i kroppen vil det fra et psykomotorisk perspektiv innebære at hun for å kontrollere følelsene sine også må kontrollere sin pust og sine muskler. Helt konkret kan dette sees ved holdningsavvik, bevegelsesbegrensninger og holdt pust (Thornquist & Bunkan, 1995). For å sammenligne med kroppsfenomenologien er det også i et psykomotorisk perspektiv mulig at Beate ikke ser egne autonome reaksjoner som meningsbærende ut fra et behov om beskyttelse eller forsvar.

I kroppsfenomenologi anses Beate sine livserfaringer som meningsfulle og med en innvirkning på hvordan hun møter verden og ser seg selv. Sett fra et psykomotorisk perspektiv er det mye likt – ved at man også i psykomotorisk fysioterapi ser på Beate sitt levde liv som en viktig del av den hun er i dag, men der kroppsfenomenologien bruker kroppsskjema for å beskrive hennes ureflekterte tanker om seg selv vil psykomotorisk fysioterapi i større grad se på hvordan Beate bærer, bruker og begrenser kroppen sin.

For å utdype dette vil en psykomotorisk fysioterapeut eksempelvis se kvalme som en autonom reaksjon som betyr at Beate utsettes for noe som oppleves som fysisk, og/eller emosjonelt grenseoverskridende. Dette er en reaksjon hun har på massasje, og kan innebære at Beate assosierer den berøringen med sine tidligere erfaringer med seksuelle overgrep. Dette kan være veldig emosjonelt vanskelig og smertefullt; så smertefullt at hun for å beskytte seg ubevisst kobler ut meningen i kroppens signaler, noe det fremstår som at Beate gjør her, i kraft av at hun ikke tar hensyn til sin kvalme. Begrepet «dissosiasjon» brukes i tilfeller hvor en kobler ut kropp eller bevissthet som en forsvarsmekanisme mot eksempelvis emosjonell smerte (Kirkengen, 2015). Om Beate har dissosiative tendenser når hun må forholde seg til kroppen sin vites ikke sikkert, men det vil i så tilfelle være et tydelig tegn på utryggheten Beate møter når hun må forholde seg til kroppen sin som eksempelvis ved massasje. Som nevnt i tidligere avsnitt kan Beate sine forventninger til psykomotorisk fysioterapi være et uttrykk for, og et behov for emosjonell beskyttelse, der hun på den måten slipper å forholde seg til en kropp med skjulte følelser etter mange år med seksuelle overgrep. Dermed behøver ikke den dualistiske forventningen hennes kun å ha opphav fra et dualistisk preget samfunn

og helsevesen; det kan også være en del av hennes forsvarsverk for å slippe å kjenne kroppen og følelsene sine.

### **5.3 Ambivalens**

Ambivalensen som Beate opplever opptrer i situasjoner i behandlingen hvor hun både vil være, men samtidig ikke vil være. Særlig erfarer hun at hodet vil en ting, men at kroppen ikke vil. En annen måte å si det på er at Beate fra sitt kognitive perspektiv gjerne vil masseres, men at hun fra et kroppslig og mer underbevisst perspektiv ikke vil masseres. I dette tilfellet kan det til å begynne med virke som at Beate selv ikke alltid er klar over sin egen ambivalens og motsetningene mellom det kognitive og kroppslige. Mot slutten av intervjuet omtaler hun allikevel situasjonen som «det er så vanskelig», og hun virker å mene at det er vanskelig når kroppen ikke vil det hun kognitivt vil.

Denne ambivalensen fremstår som en kompleks og vanskelig situasjon for både Beate og behandleren når de skal drive med psykomotorisk behandling. Det virker også som at Ambivalens og skam er tett knyttet opp mot hverandre i denne situasjonen, noe jeg vil skrive mer om i avsnittet under.

#### **5.3.1 Ambivalens og skam**

Hovedtrekkene i ambivalensen Beate opplever består av at hun vil ha massasje, samtidig som hun blir fysisk dårlig av å få massasje. Likevel endrer ikke dette hennes ønske om å få massasje, eller forventningen om at det er massasje hun trenger. Fra et psykomotorisk perspektiv kan det virke som at ønsket om massasje kommer fra en ytre forventning, hvor kroppens reaksjoner mer er et uttrykk for hennes emosjoner og behov. Med bakgrunn i Beate sin livserfaring, kan det tenkes at kroppen hennes reagerer som den gjør, med bakgrunn i at hun underbevisst assosierer massasje med skam eller overgrep.

I resultatavsnittet er ambivalens og skam presentert som to separate fenomener. Dette ble gjort i analyseprosessen for å strukturere dataene så de lettere kunne leses og presenteres. Det er imidlertid noen likheter som virker å henge sammen mellom skammen og ambivalensen som Beate opplever. Som tidligere nevnt virker det som at Beate uansett om hun får massasje eller ikke, vil kjenne på skam. Enten i form av en avvisning, eller fordi hun føler at kroppen hennes er ekkel og like verdiløs som søppel. På den måten virker skam og ambivalens å være knyttet sammen for Beate, hvor hun kjenner både skam og ambivalens samtidig.

For å utdype skammen hun kjenner nærmere, så kan det i lys av den dualistiske forventningen hennes til psykomotorisk fysioterapi, fremstå som at hun har skapt et kognitivt behov å få massasje. Når hun ikke får det, oppleves det som en avvisning der terapeuten ikke vil hjelpe, en avvisning som påfører Beate skam. Samtidig forklarer Beate at hun blir veldig kvalm og anspent av å få massasje, og skammer seg så mye over kroppen sin «at terapeuten like gjerne kunne tatt på søppel».

Denne situasjonen synes jeg godt beskriver kompleksiteten som kan forekomme hos pasienter. En kompleksitet som i seg selv er veldig utfordrende dersom en er klar over den, men som i dette tilfellet er utalt mellom Beate og behandleren. Et sentralt poeng her kan være hvordan Beate sin dualistiske forståelse av hennes plager, virker å krasje med sykdomsforståelsen i den psykomotoriske tradisjonen, uten at dette blir italesatt mellom pasient og terapeut. Dette fremstår som en forverrende faktor på situasjonen ved at behandleren på bakgrunn av sin faglige forståelse, velger å sette grenser for Beate. I praksis innebærer det at behandleren ut av omsorg ikke kan ta så mye på Beate. Det begrunnes sannsynligvis med at Beate har flere autonome reaksjoner og blir anspent i kroppen, og ikke fordi behandleren synes Beate er ekkel. Beate på sin side tenker ikke på sine autonome og kroppslige reaksjoner som noe negativt og ønsker bare hjelp til å bli bedre. I hennes forståelse av situasjonen krever det at hun masseres og at hun skal holde det ut. Derfor opplever ikke Beate omsorgen som sannsynligvis ligger i behandlerens valg. I stedet opplever Beate det som en avvisning.

Etter hva Beate forteller vet ikke terapeuten om dilemmaet hun her står i. Hadde terapeuten vært klar over dilemmaet ville valget ha stått mellom å lytte til Beate sin kognitive forforståelse som blir avvist og skammer seg hvis ikke hun får massasje, eller å lytte til Beate sin kropp, som i et psykomotorisk perspektiv ekstremt tydelig kommuniserer at den ikke vil bli massert - i tillegg til at massasjen vil gjøre Beate skamfull når hun beskriver å måtte bli tatt på sin ekle kropp.

Som nevnt kan det forstås som at denne innviklede ambivalensen uansett vil gi Beate skam – enten ved avvisning, eller ved å massere henne. Her finnes ingen klare valg om hvordan en skal gå frem i behandlingen for å hjelpe Beate med sine plager. Jeg mener at en ikke kan velge ut kun en enkelt sykdomsforståelse eller en behandlingsstrategi, fordi hverken

kroppsfenomenologi, dualisme eller psykomotorisk fysioterapi alene virker å ha et teoretisk grunnlag som kan løse dette dilemmaet.

Dualistisk kunne en ha tatt utgangspunkt i at Beate må stå i kvalmen, skammen og de autonome reaksjonene med hensikt å lokalt smertelindre henne med massasje. I dette ligger en total avvisning av at hennes kroppslige og autonome reaksjoner har noen betydning eller verdi. Dette virker å være hva Beate så sterkt ønsker, men det strider imot psykomotoriske prinsipper. Fra et psykomotorisk perspektiv vil det også kunne være en potensielt skadelig behandling.

Felles hos både psykomotorisk fysioterapi og kroppsfenomenologi er at en må se hennes autonome og kroppslige reaksjoner som meningsfulle og viktige. Disse er reaksjoner som skjer av en grunn, og som sannsynligvis har sammenheng med hennes tidligere livserfaringer og som med bakgrunn i kroppsfenomenologi blir en del av Beate sitt ureflekterte kroppsskjema. Både fra et psykomotorisk og kroppsfenomenologisk perspektiv er det essensielt å vektlegge kroppslige erfaringer. Massasje kan på bakgrunn av hvordan hennes kropp reagerer i dette tilfellet sees på som en krenkende behandlingsform, fordi Beate sine kroppslige og autonome reaksjoner i et psykomotorisk og et kroppsfenomenologisk perspektiv tilsier at Beate utsetter seg for et voldsomt ubehag. Dette bekrefter hun også selv ved å fortelle at hun føler seg kvalm og ekkel når hun blir massert. Selv om det fra et kroppsfenomenologisk og psykomotorisk perspektiv kan være krenkende å massere kan det med det samme perspektivet også argumenteres som krenkende å avvise Beate, fordi hun opplever det som bekræftelse på at hun er verdiløs og ekkel.

Uten å komme med en løsning eller oppskrift på dette dilemmaet, vil jeg trekke frem noen punkter jeg med min bakgrunn synes er viktige å tenke på i denne situasjonen. For det første finnes det ingen fasit på dette dilemmaet. Det er ikke en god løsning å velge mellom å massere, eller ikke massere. Begge deler resulterer i skam, og kan potensielt være skadelig for Beate. For det andre er hele denne situasjonen taus. Hvis en skal se for seg en løsning med noen kompromisser mellom Beate sitt ønske og psykomotorisk prinsipper må situasjonen først løftes frem for behandleren og Beate. For det tredje virker dette å være en drakamp mellom to ulike perspektiver på sykdom der Beate på den ene siden som nevnt har noen sterke dualistiske forventninger, som møter en behandler som er forankret i en psykomotorisk

tradisjon. Her virker for meg kjernen til dilemmaet å ligge: et syn på kropp som objektiv, mot et syn på kropp som meningsbærende.

## 5.4 Individene i behandling

Når vi i psykomotorisk fysioterapi behandler mennesker søker vi å frigjøre muskelspenninger, pust og følelser (Thornquist & Bunkan, 1995). For å gjøre dette må en ta hensyn til de individuelle forutsetningene pasienten har. I tidligere forskning som jeg nevnte innledningsvis (Kristiansen & Ekerholt, 2022), er noe av det informanter fremhever med psykomotorisk behandling at de føler seg møtt. Dette mener jeg krever en individuell tilpasning til pasienten, og var også noe Julie fremhevet som noe av det beste ved hennes behandling. Som vi har sett har det å møte pasientene der de er, på andre siden vist seg som utfordrende for både Mette og Beate. De har begge blitt møtt på en måte som har vært utfordrende av ulike årsaker. Enten det som i Mette sitt tilfelle oppleves som krenkende, eller det som i Beate sitt tilfelle er en komplisert situasjon preget av skam, forventninger og forventningsfrihet. Med dette ønsker jeg å vise at ikke alle pasienter føler seg møtt når de tilsynelatende blir sett som individer, men også kan oppleve seg som skamfull, avvist og krenket.

I dette mener jeg det ligger verdifull informasjon om den store ulikheten mellom mennesker. I et dualistisk preget helsevesenet behøver de individuelle forskjellene muligvis ikke å være like store, ettersom en i mindre grad tar hensyn til individuelle forskjeller. Dette kan være noe pasienter har begynt å forvente og kanskje til og med akseptere. Når Beate i psykomotorisk fysioterapi møter en terapeut som prøver å se individene og deres særegne livshistorie, kan det virke som om Beate har vansker med å forholde seg til at hun har individuelle særtrekk. Det kan argumenteres for at hun enten erfarte en for individuell eller for lite individuell måte å møte henne på. For individuell fordi hun søker å bli møtt som et objekt, noe behandleren ikke gjør, eller for lite individuell fordi det ikke i stor nok grad ble tatt hensyn til hennes vansker med å vise sine skjulte sider. Sett fra Goffman sitt perspektiv kan det se ut til at hun ble tvunget til å opptre i mindre grad enn Beate kan akseptere, noe som gjør at det kan se ut til at Beate ikke ble tatt godt nok hensyn til som individ, med tanke på hvilke sider hun måtte vise i behandlingen.

Poenget med dette er å tydeliggjøre hvor kompleks et møte mellom en pasient og behandler kan være, og at når en jobber ut ifra et perspektiv der subjektet tillegges mening, så vil det

være store individuelle forskjeller. Dette kan føre med seg vanskelige utfordringer både for behandleren, men også for pasienten.

## **6 Avslutning**

Målet med dette prosjektet var å utforske pasienterfaringer med vanskelige følelser som oppstår i psykomotorisk behandling. For å utforske dette har jeg gjort tre individuelle forskningsintervjuer med informanter som har gått eller går til psykomotorisk behandling. Analysen av det empiriske materialet fra intervjuene resulterte i to hovedtemaer i denne oppgaven: «skam i behandling» og «ambivalens». Disse temaene ble så drøftet i lys av teori om skam, psykomotorisk fysioterapi, dualisme og kroppsfenomenologi.

Studien har vist at det kan oppstå flere utalte utfordringer i behandling, som kan skape problemer for videre behandling. Blant annet har det kommet tydelig frem at skam og tabu kan være utfordrende å forholde seg til, sannsynligvis både for terapeut og pasient. Det har også blitt tydelig at skam kan skapes i behandlingssituasjoner, med bakgrunn i forventninger, forventningsfrihet, ønske om å prestere og grensesetting. Årsaken til at disse situasjonene kan skape skam, virker å ha sammenheng med informantenes levde liv som de bringer inn i behandlingen.

Ambivalens er det andre hovedtemaet i denne oppgaven, og har sammen med skam vist seg å kunne skape utfordringer i behandling. Det har blant annet blitt fremhevet hvordan forventninger til psykomotorisk behandling kan bidra til ambivalens, samt at det kan oppstå dilemmaer i forbindelse med ambivalens.

Gjennom studien har jeg som terapeut lært mye om hvordan vanskelige følelser som oppstår i behandling kan være utfordrende for pasienter og behandlere. Samtidig sier studien noe om kompleksiteten man møter som terapeut i møtet med individet, og viktigheten av å være oppmerksom på pasientens livsverden og levde liv. Studien gir et innblikk i de tre informantenes erfaringer, og kan ikke brukes til å generalisere, men det er heller ikke målet med kvalitativ forskning. For meg har studien som nevnt gitt lærdom i rollen som terapeut, men studien har også gjort meg interessert i flere nye spørsmål rundt temaet. For å nevne noen har jeg blitt veldig nysgjerrig på hvilke erfaringer terapeutene sitter med fra lignende situasjoner. Det kunne derfor ha vært veldig spennende å få innblikk i en og samme

utfordrende situasjon fra både pasienten og terapeuten sitt perspektiv. En annen ting jeg har blitt nysgjerrig på er om og hvordan relasjonsarbeid kan påvirke situasjoner der en møter tabu og utalte behov.



## Referanseliste

- Bo, I. (2012). Det sociale bånd og følelser i menneskers interaksjon. *Psyke & Logos*, 33, 7-26.
- Cooley, H. C. (1922). *Human nature and conduct*. New York: Schribners.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scand J Public Health*, 32, 403–410. doi:DOI: 10.1080/14034940410029441
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2008). Breathing: a sign of life and a unique area for reflection and action. *Physical Therapy*, 88(7), 832-840. doi:10.2522/ptj.20070316
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., . . . Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults, The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt* (Vol. 2): København: Akademiske forlag.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life* (Vol. 1). United states, NY: Anchor Books.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Helsedirektoratet. (2022). Helsekompetanse – kunnskap og tiltak. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). Tematisk analyse. In E. B. Rasmussen & T. W. Rafoss (Eds.), *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse* (pp. 278-313). Oslo: Universitetsforl.
- Kirkengen, A. L. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Kristiansen, I., & Ekerholt, K. (2022). Fra kaos til sammenheng og mening: Pasienterfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapi. Retrieved from <https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/fra-kaos-til-sammenheng-og-mening-pasienterfaringer-med-norsk-psykomotorisk-fysioterapi/141026>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju* (4 ed. Vol. 3): Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder* (2 ed. Vol. 4): Universitetsforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.

Scheff, T. (2014). Goffman on Emotions: The Pride-Shame System. *Symbolic Interaction*, 37(1), 108-121. doi:10.1002/SYMB.86

Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 609-624. doi:10.1007/s11019-014-9562-0

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.

Thornquist, E., & Bunkan, B. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* : Universitetsforlaget.

Thornquist, E., & Kirkengen, A. L. (2020). *Samensatte lidelser - Et samfunnsspeil* (Vol. 1): Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (1 ed. Vol. 4): Gyldendal akademisk.

# Vedlegg 1 - Samtykkeerklæring

## Vil du delta i forskningsprosjektet

*«I møte med psykomotorisk fysioterapi»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se nærmere på hvordan pasienter opplever møtet med psykomotorisk fysioterapi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Dette er et masterprosjekt i forbindelse med utdanning i psykomotorisk fysioterapi hos UIT og vil foregå fra høsten 2021 til vår 2022. Prosjektet vil se nærmere på pasienterfaringer om møtet med Psykomotorisk fysioterapi. Det kan eksempelvis være dine forventninger, nye perspektiver eller om behandlingen gir mening for deg.

Forskningsspørsmålet som prosjektet tar utgangspunkt i er formulert som: *«Hvordan erfarer pasienter møtet med psykomotorisk fysioterapi?»*

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UIT Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Deltakere rekrutteres fra hele landet gjennom psykomotoriske fysioterapeuter eller facebookgrupper. For å delta må man gå eller ha gått til behandling hos en psykomotorisk fysioterapeut. Det innhentes ingen personopplysninger før deltakere melder sin interesse til å delta. Da innhentes mail eller adresse for å sende ut dette skjemaet.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du takker ja til å bli med på prosjektet vil du bli med på et intervju bestående av deg selv som informant og masterstudenten som intervjuer. Intervjuet vil kunne ta opp til en time. Opplysningene som innhentes handler om dine erfaringer i møtet med en psykomotorisk fysioterapeut.

Det vil gjøres lydopptak av intervjuet som lagres kryptert på en sikker dataservert for oppbevaring av denne type materiale. Ingen andre enn studenten og veileder har tilgang på lydopptakene.

### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Det vil ikke påvirke din behandling hos din psykomotoriske fysioterapeut.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Som nevnt har kun masterstudenten og veilederen tilgang på opplysningene du gir.

Alle data vil lagres kryptert på en server hos «TSD» som har servere til dette formålet. Alle data vil lagres uten ditt navn og kontaktopplysninger.

Dine opplysninger vil lagres og behandles anonymisert. Du vil ikke kunne identifiseres eller gjenkjennes i selve masteroppgaven.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

De anonymiserte opplysningene slettes når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i juni 2022

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UIT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

UIT ved student: Jørgen S. Evensen, Mail: [jorg-se@online.no](mailto:jorg-se@online.no), tlf: 45474243. Veileder: [kristin.s.myklestad@uit.no](mailto:kristin.s.myklestad@uit.no)

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, Mail: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no), tlf: 776 46 322 og 976 915 78

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kristin Sør Dahl Myklestad

(Forsker/veileder)

Jørgen S. Evensen

(Masterstudent)

---

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «I møte med psykomotorisk fysioterapi», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta på intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2 – Intervjuguide

### Intervjuguide

- Hva er grunnen til at du oppsøkte psykomotorisk fysioterapeut, og hva ønsket du hjelp til?
- Hvordan opplever du egen sykdom/plage?  
Oppfølging:- Har den endret seg etter PMF? – Forstår fysioterapeuten din plage på samme måte som deg?
- Hvilke forventninger hadde du til psykomotorisk fysioterapi før oppstart?  
Oppfølging: - Har de forventningene blitt møtt? - Har de forventningene endret seg?  
Hvordan opplevde du oppstart av behandling?
- Hvordan opplever du behandlingen du får? – Gir den mening?
- Kan du fortelle om en gang du opplevde at behandlingen gav/ikke gav mening?
- Hvordan var ditt møte med pmf?

## Vedlegg 3 – Godkjenning fra NSD



# Vurdering

## Referansenummer

630531

## Prosjekttittel

Hvordan påvirker sykdomsforståelse oppstartsfasen av et psykomotorisk behandlingsforløp?

## Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller

stipendiat) Kristin Sjørdahl Myklestad,

[kristin.s.myklestad@uit.no](mailto:kristin.s.myklestad@uit.no), tlf: 77660766 **Type**

### prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

## Kontaktinformasjon, student

Jørgen Skarnes Evensen, [jorg-se@online.no](mailto:jorg-se@online.no), tlf: 45474243

## Prosjektperiode

01.08.2021 - 30.06.2022

## Vurdering (2)

---

### 01.11.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 03.10.2021

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD, den 1.11.2021.

Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV

PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Njaal H.

Neckelmann Lykke til videre med

prosjektet!

### 04.08.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 4.8.2021. Behandlingen kan starte.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 30.6.2022.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.



For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

## **PERSONVERNPRINSIPPER**

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet.

## **DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## **MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## **OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa

Lykke til med prosjektet!

