



Psykomotorisk fysioterapi i forhold til pasienter som strever med
ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner.

Gry Enge Kristensen

**Mastergradsoppgave i helsefag,
studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.**

Institutt for helse og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2013

Forord

Et tre års langt studieforløp, og en intens periode med oppgaveskriving er snart over. Det har vært tre krevende år, og jeg er stolt over og glad for at jeg nå snart har fullført studiet.

Jeg vil først takke informantene i studien. Tusen takk til fysioterapeutene som tok velvillig imot meg, og delte av sin kunnskap. Og spesielt takk til pasientene som lot meg få innblikk i et øyeblikk av deres liv.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Aud Marie Øien, som gjennom hele prosessen har vist interesse og engasjement, og hatt tro på at prosjektet kunne gjennomføres. Takk for oppmuntring, støtte og god veiledning.

Tusen takk til fysioterapikollegaene ved Nordlandssykehuset som har støttet og oppmuntret meg underveis i studiet. Takk til kollegaer ved allmennpsykiatrisk avdeling. Uten dere og pasientene hadde ikke oppgaven kommet til. Deres engasjement, faglige kunnskap og dyktighet inspirerte meg til å skrive oppgave om dette temaet. Takk til Nordlandssykehuset for økonomisk støtte og permisjon under studiet. Og tusen takk til biblioteket og Ove for god hjelp og strålende service under arbeidet med oppgaven.

Takk til fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte i forbindelse med studiet.

Sist men ikke minst tusen takk til venner og familie som alltid er støttende. Takk til mamma som leste korrektur. Og spesielt takk til Fredrik, som har støttet og oppmuntret meg hele veien gjennom studiet. Du har vært en uvurderlig støtte gjennom hele prosessen.

Gry Enge Kristensen

Bodø, 14. mai 2013

Sammendrag

Det er i dag en rekke studier som viser klare sammenhenger mellom traumatiske livshendelser i barndom, oppvekst og voksenliv, og fysisk og psykisk helse.

Formålet med studien var å belyse hvordan psykomotoriske fysioterapeuter arbeider i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger etter belastende livshendelser i nære relasjoner. Dette i den hensikt å skape en bedre forståelse for den problematikken pasientene sliter med, og hvordan psykomotorisk fysioterapi kan anvendes i forhold til disse pasientene i praksis.

Studiens empiri er forankret i tre videoobservasjoner av behandling og to intervjuer. Utvalget består av tre pasienter, og to fysioterapeuter. Materialet er sett lys av relasjonen og samspillet mellom fysioterapeut og pasient, med utgangspunkt i fysioterapeutens perspektiv. Resultatene er drøftet i forhold til teori om psykomotorisk fysioterapi, teori om traumer og dialektisk relasjonsteori.

Resultatene viser hvordan fysioterapeutene bidrar til å fremme kroppen som kilde til innsikt om seg selv, men også som kilde til kontakt med seg selv. Terapeutens rolle/væren fremstod av særlig betydning for å fremme endring hos pasientene. Sentralt var terapeutens evne til oppmerksom tilstedeværelse, veksling mellom handling og refleksjon, og veksling mellom nærhet og avstand. Terapeutene viser variasjon i måter å tilpasse seg pasientene på, men vektlegger å tilpasse seg pasientenes forutsetninger for nærhet til seg selv og terapeuten. Pasientene blir aktivt innlemmet som subjekt i behandlingene. Opplevelse av trygghet syntes å ha betydning for pasientenes evne til å tåle nærhet til seg selv og den andre. Men også for å våge å avgrense seg selv og sette egne grenser. Fysioterapeutenes måte å fremme økt kroppskontakt, evne til grensesetting, opplevelse av styrke og stabilitet hos pasientene synes å bidra til økt autonomi hos pasienten. Resultatene viser hvordan kroppen kan være en ressurs i arbeidet med å regulere kroppsforannelser og følelser.

Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, relasjonstraumer, samhandling, endring, erfaring, kroppskontakt.

Summary

There are currently a number of studies that show clear links between traumatic events in childhood, adolescence and adulthood, and physical and mental health.

The purpose of this study was to elucidate how psychomotor physiotherapists work in relation to patients who are struggling with the after-effects of stressful life events in close relationships. This in order to create a better understanding of patients' problems and how Norwegian psychomotor physiotherapy may be used in relation to these patients in practice.

Empirical study is based on three video observations of treatment and two interviews. The committee consists of three patients, and two physiotherapists. The material is seen in light of the relationship and interaction between therapist and patient, based on the physiotherapist's perspective. The results are discussed in relation to theories of psychomotor physiotherapy, theory of trauma and dialectical relations theory.

The results show how the physiotherapists help promote the body as a source of insight about themselves, but also as a source of contact with itself. The therapist's role and interactions were of particular significance to promote change in patients. Central to the study was the therapist's ability to note the presence, switching between action and reflection, and switching between closeness and distance. The therapist shows variation in ways to adapt to the patients, but emphasizes adapting to patients' requirements for proximity to themselves and the therapist. Patients are actively incorporated as subjects in the treatments. Creating a sense of security seemed to have had an impact on patients' ability to tolerate proximity to themselves and others. But also for daring to refine themselves and setting their own limits. The physiotherapists way to promote increased body contact, the ability to set limits, experience the strength and stability of patients, appeared to contribute to increased autonomy for the patients. The results show how the body can be an asset in efforts to regulate body sensations and emotions.

Keywords: Norwegian Psychomotor Physiotherapy, relational trauma, interaction, change, experience, body contact.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	7
1.1	Introduksjon av tema	7
1.2	Bakgrunn for oppgaven	9
1.2.1	<i>Egen forforståelse</i>	9
1.2.2	<i>Forventninger</i>	10
1.2.3	<i>Relevans</i>	10
1.3	Problemformulering	11
1.3.1	<i>Avgrensning</i>	11
1.4	Litteratur og tidligere forskning	11
2.0	TEORI	14
2.1	Innledning	14
2.2	Psykomotorisk fysioterapi	14
2.2.1	<i>Kroppslig beredskap</i>	15
2.2.2	<i>Merleau-Pontys kroppsfenomenologi og psykomotorisk fysioterapi</i>	16
2.3	Dialektisk relasjonsteori	17
2.3.1	<i>Anerkjennelse</i>	18
2.4	Traume	19
2.4.1	<i>Tilknytning og traumer</i>	19
2.4.2	<i>Traume, hukommelse og dissosiasjon</i>	20
2.4.3	<i>Traumer og den terapeutiske relasjonen –å forholde seg til sterke reaksjoner</i>	21
3.0	METODE	23
3.1	Innledning –bakgrunn for metodevalg	23
3.2	Studiens forskningsdesign	23
3.3	Datainnsamlingsprosessen	24
3.3.1	<i>Utvelgelse av informanter</i>	24
3.3.2	<i>Observasjon og videoobservasjon, og erfaringer med dette</i>	26
3.3.3	<i>Kvalitativt intervju og erfaringer med dette</i>	27
3.3.4	<i>Transkribering og egen erfaring med dette</i>	28
3.3.5	<i>Analyse av video og erfaringer med dette</i>	29
3.3.6	<i>Delprosessanalyse og erfaringer med dette</i>	30

3.3.7	<i>Analyse av intervju og egne erfaringer med dette</i>	31
3.3.8	<i>Oppsummering analyse av intervju og video</i>	33
3.4	Etiske utfordringer ved kvalitative studier	33
3.5	Gyldighet (validitet) av metode og materialet	34
3.5.2	<i>Refleksjoner knyttet til forskerens rolle</i>	35
3.5.3	<i>Refleksjoner knyttet til analyse av materialet</i>	35
4.0	RESULTATER	37
4.1	Innledning	37
4.2	Presentasjon av fysioterapeut Karen	38
4.3	Presentasjon av pasient 1: Eli	38
4.4	En sammenfatning av videoobservasjon: Eli og fysioterapeut Karen	39
4.5	Videoobservasjon av Eli og fysioterapeuten	39
4.5.1	<i>Sekvens: Å kjenne seg stødig – å kjenne at rygg og hodet henger sammen.</i>	39
4.5.2	<i>Intervju med fysioterapeut Karen i forhold til behandlingstimen med Eli.</i>	43
4.6	Presentasjon av pasient 2: Line	43
4.7	En sammenfatning av videoobservasjon av Line og fysioterapeut Karen	44
4.8	Videoobservasjon av Line og fysioterapeuten	45
4.8.1	<i>Sekvens 1: Når behandlingen utløser sterke følelser og bringer frem minner hos pasienten.</i>	46
4.8.2	<i>Sekvens 2: Å hjelpe pasienten til regulere seg ved hjelp av kroppen</i>	49
4.8.3	<i>Sekvens 3: Å hjelpe pasienten til å få tak i egen styrke</i>	53
4.8.4	<i>Intervju med fysioterapeut Karen i forhold til behandlingstimen med pasient Line</i>	55
4.9	Presentasjon av fysioterapeut Solveig	56
4.10	Presentasjon av pasient 3: Mari	57
4.11	En sammenfatning av videoobservasjon av Mari og fysioterapeut Solveig	57
4.12	Fysioterapeuten og Mari	58
4.12.1	<i>Sekvens: Å legge merke til egen kropp, en forutsetning for endring?</i>	58
4.12.2	<i>Intervju med fysioterapeut Solveig</i>	61
4.13	Oppsummering av casene på tvers	62
5.0	DISKUSJON	64
5.1	Fysioterapeuten og Eli	64
5.1.1	<i>Å fremme opplevelse av sammenheng i kroppen</i>	64
5.1.2	<i>Når de traumatiske minnene ikke er integrert hos pasienten</i>	65

5.1.3	Å bli bevisst sammenheng mellom kroppslige symptomer og livet	65
5.1.4	Kroppen som ressurs og «stabilisator» når det «andre» er for vanskelig	66
5.2	Fysioterapeuten og Line	67
5.2.1	Å jobbe med å tåle å være tilstede i egen kropp – her og nå	67
5.2.2	Å hjelpe pasienten til å regulere seg selv ved hjelp av kroppen	68
5.2.3	Å hjelpe pasienten til å kjenne egen styrke	69
5.3	Mari og fysioterapeuten	70
5.3.1	Å legge til rette for å bli kjent med egen kropp	70
5.4	Terapeutens rolle/terapeutisk være	72
5.4.1	Anerkjennelse	72
5.4.2	Å skape trygghet	72
5.4.3	Å være oppmerksomt tilstede	73
5.4.4	Nærhet og avstand, som virkemiddel og mål	74
5.4.5	Viktigheten av å observere de små reaksjonene hos pasienten	75
5.4.6	Terapeutene fremmer autonomi ved kroppslig erfaring- utfordrer til å ta valg og sette grenser	76
6.0	OPPSUMMERING	77
7.0	REFERANSELISTE	79

VEDLEGG 1: Informasjonsskriv/samtykkeskjema -fysioterapeut.

VEDLEGG 2: Informasjonsskriv/samtykkeskjema –pasient

VEDLEGG 3: Observasjonsguide

VEDLEGG 4: Intervjuguide

VEDLEGG 5: Godkjenning fra NSD

1.0 INNLEDNING

Oppgaven belyser hvordan to psykomotoriske fysioterapeuter arbeider i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger av alvorlige livshendelser i nære relasjoner. Oppgavens empiri er forankret i tre pasientbehandlinger og to intervju med fysioterapeuter.

1.1 Introduksjon av tema

Å oppleve traumatiske hendelser er noe som hører livet til. Selv om mennesker i stor grad har evne til overlevelse og tilpasning etter sterkt belastende hendelser, kan traumatiske opplevelser føre til stor psykisk, fysisk og sosial ubalanse for den enkelte (van der Kolk og McFarlane, 1996). Minner om, og fortolkning av traumatiske hendelser kan være så overveldende, at det er ødeleggende for senere livsutfoldelse og evne til å være her og nå (van der Kolk og McFarlane, 1996).

Som helsepersonell og som fysioterapeuter møter vi mennesker som søker hjelp på grunn av både fysiske og psykiske plager, og ofte er plagene sammensatte (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2008; Øien, 2010). I eget arbeid som fysioterapeut i psykiatrisk helsevern, møter jeg ofte pasienter som strever med ettervirkninger av alvorlige livshendelser i nære relasjoner.

I vårt delte helsevesen der kroppslige og psykiske plager ofte behandles adskilt, er det som oftest de psykiske plagene som er henvisningsårsak når pasienter innlegges i psykiatrien. Selv om psykiske og fysiske plager kan skilles i teorien, tilsier praksis det motsatte. Mange pasienter strever ikke bare med minner om vanskelige og overveldende livshendelser, og psykiske reaksjoner, men også med samtidige sterke og plagsomme kroppslige symptomer. Til sammen er plagene sterkt hemmende for den det gjelder.

De siste årene er det kommet en økende mengde kunnskap om sammenhenger mellom traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst og psykisk og fysisk helse (Blindheim, 2012; Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003; Sachs-Ericson, Cromer, Hernandez & Kendall-Tackett, 2009). Når alvorlige hendelser skjer i nære relasjoner, øker risikoen for traumatisering, og kan føre til store konsekvenser for helse og livsutfoldelse (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006; Blindheim, 2012; Felitti, et al., 1998; Kirkengen, 2009;

McFarlane & van der Kolk, 1996; van der Kolk, 1996a). Den mest omfattende studien som viser klare sammenhenger mellom traumatiserende hendelser og fysisk og psykisk helse er ACE-studien (adverse childhood experience study). Studien viser at visse negative barndoms erfaringer (emosjonell vold, fysisk vold, seksuelt misbruk, neglisjering, rusmisbruk, psykiske vansker i familien, vold mot mor, fengslig, bare ha en eller ingen foreldre) gir høyere risiko for utvikling av sykdom, og fører til tidligere død og redusert livskvalitet hos voksne (Felitti et al., 1998).

I psykiatrien er generelt oppmerksomheten først og fremst rettet mot samtale, og kroppen er lite påaktet som kilde til å forstå og behandle pasienter (Gretland, 2007). Dette kan føre til at kroppen blir noe på siden av det egentlige, som i psykiatrien ofte er de psykiske sidene av mennesket (Gretland, 2007). Etter som det er kommet mer kunnskap om traumas påvirkning av kropp, er opplevelsbaserte og kroppsforankrede terapimetoder på fremmarsj innen psykoterapi internasjonalt (Amlund, 2012). Ulike forfattere innen psykoterapi har pekt på ordenes utilstrekkelighet i behandling av relasjonstraumer (Armlund, 2012; Babbette, 2000; Ogden og Pain et al., 2006; Ogden og Minton et al., 2006). Sansemotorisk terapi er et eksempel på en kroppsforankret terapimetode, hvor det jobbes med teknikker som aktivt innlemmer kroppen i terapi (Ogden og Pain, et al., 2006). Det arbeides direkte mot kroppslig opplevelse som primær inngangsport i forbindelse med bearbeiding av relasjonstraumer (Amlund, 2012). Rothchild (2000) skriver at siden traumatiske hendelser ofte kan manifestere seg som kroppslige symptomer, er et av målene med traumebehandling å hjelpe personen til å forstå egne kroppslige sanseintrykk. Hun hevder at det handler om å identifisere disse på et kroppslig nivå, sette ord på kroppsopplevelsene, og om mulig se om symptomene kan ha sammenheng med tidligere opplevelser.

Innen fysioterapi er det også de siste tiårene blitt økt fokus på behandling av pasienter med relasjonstraumer, og hva dette kan innebære i en fysioterapikontekst. Selv om lite er beskrevet ekplisitt på området, er psykomotorisk fysioterapi en behandlingstilnærming der det dualistiske skillet mellom kropp og psyke overskrides, og utgangspunktet for behandling er hele mennesket, der sammenhengen mellom kroppen og livet er sentral (Bunkan, 1992; Thornquist & Bunkan, 1986; Øvreberg & Andersen, 2002). Tenkningen om kroppen som uttrykk for levd liv, og uttrykksfelt, er sentral i psykomotorisk fysioterapi.

Belastende livshendelser og tidligere erfaringer er ofte tema som aktualiseres i psykomotorisk behandling (Sviland, Råheim & Kvåle, 2012; Thornquist & Bunkan, 1986; Thornquist, 2005; Øien, Iversen & Stensland, 2007; Øien, 2007, 2013).

Forskning har vist at de fleste som oppsøker psykomotorisk fysioterapi er kvinner (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2008). Kvinnene i Breitve, et al.'s (2008) studie rapporterte klinisk betydelige plager på områdene subjektive helseplager, depressive symptomer, tilbøyelighet til angst, uttalt tretthet, søvnproblemer og lav livskvalitet. Psykomotorisk fysioterapi har vist å kunne redusere subjektive og diffuse helseplager (Breitve, Hynninen & Kvåle, 2010).

1.2 Bakgrunn for oppgaven

Bakgrunnen for oppgaven var en utilfredshet hos meg selv i forhold til en følelse av utilstrekkelig kompetanse i møte med alvorlig relasjonstraumatiserte pasienter. Et sterkt ønske om utvidet kunnskap gjorde at jeg begynte å søke etter relevant kunnskap. Min hypotese var at denne problematikken hos pasienter ikke er ny for psykomotoriske fysioterapeuter, og at det finnes kunnskap hos erfarne terapeuter som er verdt å få ta del i. Jeg ønsket å utforske kunnskapsgrunnlaget for praksis nærmere. Jeg hadde mange spørsmål jeg ønsket å få svar på. Hvordan arbeider psykomotoriske fysioterapeuter med pasienter med denne problematikken? Hvordan forstår psykomotoriske fysioterapeuter pasientenes plager? Hvordan kan vi møte disse pasientene på en meningsfull måte, som kan hjelpe dem til en bedre hverdag? Hvilke redskaper har fysioterapeuter i denne sammenheng, og hva kan vi tilby?

1.2.1 Egen forforståelse

Forforståelse er den ryggsekken vi har med oss inn i forskningsprosjektet (Malterud, 2011). Som nyutdannet fysioterapeut i opplevde jeg det utfordrende å undersøke, vurdere og behandle pasienter med kroppslige og psykiske plager, sett i sammenheng med ettervirkninger etter belastende hendelser. Jeg måtte moderere den tradisjonelle psykomotoriske undersøkelsen og prøvebehandlingen, fordi denne tilnærmingen i sin opprinnelige form ofte var for inngripende og grenseoverskridende for mange pasienter. Da ofte i forhold til nærhet, berøring og bevegelse. For mange var bare det å tenke på egen

kropp svært vanskelig, og førte til «flashbacks» og dissosiative symptomer i behandlingsrommet. Mange av pasientene jeg møtte slet med relasjoner til andre, mistillit og utrygghet. Mange hadde en enorm forøkt kroppslig beredskap og en holdning preget av å være på vakt. Andre kroppslige plager var smerter, bremsset respirasjon, anspenhet, sensibilitetsforstyrrelser, følelse av manglende kroppsgrenser, sterke autonome reaksjoner, et vanskelig forhold til nærhet og egen kropp og ingen følelse eller kontakt med kroppen. Mange av pasientene klarte ikke å ha fokus eller oppmerksomhet på egen kropp, og koblet dermed bort kroppen. Neglisjering av basale behov som søvn, mat og hvile var også noe flere pasienter slet med. Det å tillate seg noe godt eller gode kroppssopplevelser, var vanskelig for mange.

Jeg følte meg usikker, og det var lite å lese innenfor fysioterapi om denne type alvorlig problematikk. Hvor starter jeg når store deler av prøvebehandlingen ikke kan la seg utføre av ulike årsaker? Hvordan går jeg fram når pasienten er utrygg, mistenksom og i høy kroppslig beredskap? Er jeg i fare for å krenke pasientens grenser ved det jeg gjør? Skal alle symptomer og plager behandles?

1.2.2 Forventninger

Jeg ville ut å se hvilken kunnskap som fantes, og hvordan denne ble brukt i praksis. Siden jeg hadde gått på kurs for fysioterapeuter om behandling av sjokk og traumer var nok forforståelsen min preget av dette. Jeg forventet å finne mye bruk av samtale med fokus på sansning i kroppen, og jeg forventet lange behandlingsforløp. Siden det i psykomotorisk litteratur er lite beskrevet i forhold til behandling av denne problematikken, regnet jeg med at jeg ville finne at fysioterapeutene hadde tilegnet seg kunnskap fra andre fagfelt og tradisjoner. Jeg håpet å finne konkrete praktiske tiltak, noe som nok var farget av egen usikkerhet, og ønske om å få noen gode redskaper i behandling.

1.2.3 Relevans

Med økt kunnskap om belastende opplevelers betydning for fysisk og psykisk helse, mener jeg det er relevant å belyse hvordan psykomotoriske fysioterapeuter møter denne problematikken i sin arbeidshverdag. Thornquist (2003) skriver at

Sentrale sider ved den kunnskapen som viser seg i praksis, må trekkes frem i det offentlige, for at den skal få «virkelighetsstatus» og betraktes som viktig og gyldig.

Å dokumentere faget på måter som ivaretar og synliggjør fagutøvelsens særpreg, er av avgjørende betydning for at yrkesgruppene i helsesektoren skal forsvare sin rolle som offisielt anerkjente og profesjonelle fagutøvere (s.214).

Å øke kunnskap om hva traumatiske opplevelser kan få slags betydning for behandling, hvordan det kan komme til uttrykk hos den enkelte, og hvordan psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra til å fremme endring hos disse pasientene, kan gjøre fysioterapeuter bedre rustet og tryggere i møte med disse pasientene i praksis.

Kunnskapen som kommer frem i studien kan komme både fysioterapeuter og pasienter til gode, og kan være et faglig innspill til debatt og helsepolitiske føringer om behandling av denne type problematikk hos pasienter.

1.3 Problemformulering

Hvordan bidrar fysioterapeuter til å fremme endring hos pasienter som strever med ettervirkninger av alvorlige hendelser i nære relasjoner?

Problemstillingen springer ut fra en forståelse om at en terapirelasjon består av både terapeut og pasient, som påvirker hverandre gjensidig.

1.3.1 Avgrensning

I oppgaven har jeg valgt å bruke betegnelsen «alvorlige hendelser i nære relasjoner» i problemformuleringen, men begrepet «relasjonstraumer» er også brukt videre i oppgaven. Dette for å gjøre språket mer alminnelig, og for å klargjøre for leseren at det ikke handler om enkeltstående traumer, som hode-/knetraumer/ trafikkulykker, men om belastende hendelser i nære relasjoner, som har ført til alvorlige konsekvenser for personers eksistens.

1.4 Litteratur og tidligere forskning

For å søke etter litteratur som kunne belyse temaet mitt har jeg gjort søk i Pubmed, Google Scholar, Medline, Embase og PsycInfo. Jeg har brukt MESH-terms som adult childhood survivor, childhood abuse, domestic violence og emotional trauma, kombinert

med physical therapy, physical therapist og Norwegian psychomotor physiotherapy. Siste søk ble gjort mai 2013. Jeg fant ingen studier spesifisert på fysioterapi/psykomotorisk fysioterapi og relasjonstraumer her, men fant en studie ved søk i Bibsys; Friberg (2008) «Fra fragmentering til integrering- Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi hos klient som har opplevd traumatiske hendelser.» Denne oppgaven er en casestudie med observasjon av pasientbehandling innen psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, og intervju med én fysioterapeut. Fysioterapeuten har kompetanse og erfaring med kroppsbasert traumebehandling. Studien belyser hvordan denne kunnskapen anvendes i en fysioterapikontekst. Studien beskriver hvordan fysioterapeuten gjennom samspillet bidrar til å skape en god integreringsprosess hos klienten.

Både Thornquist (2005), Øien et al. (2007), Øien (2013) og Sviland et al. (2012) beskriver psykomotoriske behandlingsprosesser i forhold til pasienter som strever med fysiske og psykiske plager sett i sammenheng med belastende livshendelser.

På pensum finnes også en del aktuell litteratur i forhold til temaet. I Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) beskrives blant annet hvordan man kan forstå og behandle pasienter med dissosiative lidelser og relasjonstraumer, og om hvordan «kroppen husker» traumatiske hendelser. Her integreres kunnskap fra flere faglige retninger som nevrobiologi, tilknytningsteori, kognitiv teori, samt nyere emosjonspsykologi og narrativ kropporientert teori og metode. Hafsdahl (2000a, 2000b) skriver om egne erfaringer med psykomotorisk undersøkelse, og behandling av kvinner utsatt for incest. Han beskriver at psykomotorisk fysioterapi i sin opprinnelige form har vist seg å være alt for provoserende for pasientene, og at han har modifisert og endret på flere elementer av behandlingen. Jensen (2006) beskriver et behandlingsforløp i psykomotorisk fysioterapi for en kvinne som har vært utsatt for krigsvoldtekter i voksen alder. Forfatteren beskriver at det var utfordrende som terapeut å gå inn i de traumatiske erfaringene, men at det var viktig å få språkliggjort sammenhengen mellom tidligere opplevelser og nåværende symptomer. Dette med henblikk på å skape bevissthet, og å sette i gang en endringsprosess. Hun argumenterer også for at en slik behandlingsprosess tar tid. Kirkengen (2007) skriver om hvordan krenkelser i barndommen kommer til uttrykk som sykdom i voksen alder. Hun stiller seg kritisk til om en biomedisinsk forståelse av kroppen alene er tilstrekkelig for å kunne behandle mennesker som er blitt syke av krenkelser.

Innenfor temaet fant jeg mye litteratur om traumebehandling og psykoterapi, og også en del nevrobiologisk forskning i forhold til hvordan traumer kan påvirke mennesker på ulike måter. Jeg har valgt å ikke spesifisere disse nærmere da mitt hovedfokus er psykomotorisk fysioterapibehandling i forhold til traumeproblematikk.

2.0 TEORI

2.1 Innledning

Teoretiske perspektiver får betydning for hvordan vi forstår den virkeligheten vi er en del av og studerer (Malterud, 2011). Som forsker er forforståelsen påvirket av teori. Den vil igjen påvirke hvilke briller man ser materialet med (Malterud, 2011). I oppgaven har teoretiske perspektiver utviklet seg underveis i tråd med datainnsamling og analyse.

Utgangspunktet var å se materialet i lys av teori om psykomotorisk fysioterapi, og teori om relasjonstraumer. Gjennom datainnsamlingsprosessen og analyse trådte *relasjon* og interaksjon frem som viktige tema i behandlingene, og førte til at jeg også ønsket å se materialet i lys av dialektisk relasjonsteori. Jeg har vektlagt fysioterapeutens perspektiv basert på relasjonen. Fysioterapeutens erfaring i relasjonen, og hennes forståelse av pasientens tidligere og nåværende erfaring er av betydning.

Oppgavens størrelse, og valg av tre perspektiver, har lagt begrensninger for hvor dyptgående teorien er beskrevet. Teori om traumer er hovedsakelig begrenset til en psykologisk forståelse, og herunder er noe teori om tilknytning tatt med. Det er trukket inn noen perspektiver fra naturvitenskapelig forskning for å belyse en del av fysioterapeutenes forståelse. I forhold til kroppsfenomenologi, har jeg ikke gått til primærkildene på grunn av oppgavens størrelse og tidsramme.

2.2 Psykomotorisk fysioterapi

Fysioterapeuter i Norge har tradisjon for å arbeide med mennesker som har ulike former for psykosomatiske og psykiske lidelser, og fysioterapi innen psykisk helsearbeid har en relativt lang tradisjon i Norge sammenlignet med mange andre land (Universitetet i Tromsø, 2011).

Norsk psykomotorisk fysioterapi er en behandlingsmetode som ble utviklet på 1940-50 tallet av psykiateren Trygve Braatøy, i samarbeid med fysioterapeuten Aadel Bülow Hansen (Bunkan, Radøy & Thornquist, 1992; Thornquist og Bunkan, 1986). Metoden bryter med den biomedisinske forståelsen av kroppen, og forstår kroppen som meningsbærende og uttrykksfull, der en ikke kan skille psyke og soma.

Behandlingstilnærmingen tar utgangspunkt i sammenhengen og gjensidigheten mellom kropp og følelser, kropp og person, og person og livssituasjon (Thornquist og Bunkan, 1986; Øien, 1999). Kroppen forstås både som biologisk, sosialt og kulturelt fenomen, og den levde kroppen kan aldri forstås løsrevet fra sin omverden og historie. Både undersøkelse og behandling retter seg mot hele kroppen, uansett symptom, der bevegelser, respirasjonsmønster, muskulære spenningsmønstre, kroppskontakt, kroppslige reaksjoner, vaner og væremåter betraktes som kilder til innsikt for den enkelte, og som utgangspunkt for samtale (Thornquist, 2005). Kroppslige og verbale tilnæringsmåter utfyller hverandre, og kan bidra til å kaste lys over sammenhenger mellom livs- og sykehistorie (Thornquist, 2005). Pasientens respirasjonsmønster tillegges spesiell vekt, og valg og tilpasninger i behandling skjer ut fra pasientens respirasjonssvar (Thornquist, 2005).

Psykomotorisk fysioterapi er utviklet fra klinisk praksis og erfaring, og har i liten grad vært utgangspunkt for systematisering av undersøkelse og behandling (Bunkan, 1982).

2.2.1 *Kroppslig beredskap*

I en tenkning der kroppen er sentrum for erfaring, vil ikke kroppen bare være uttrykksfelt, men også regulere vårt følelsesliv (Thornquist, 2005). Muskelspenninger, bremset pust og kroppslige uttrykk er en del av vårt emosjonelle og sosiale forsvar for å tilpasse oss egne, og omgivelsenes forventninger og krav (Thornquist, 2005). Tilpasningen er ofte ubevisst, og skjer utenfor vår kontroll (Thornquist, 2005). En tenkning om at alle muskelspenninger skal fjernes, vil derfor ikke være hensiktsmessig hvis spenningen har en funksjon i psykologisk og sosial forstand, og personen har behov for spenningene (Thornquist, 2005). Det er derfor viktig å undersøke og legge til rette for at pasienten selv kan erfare hvilken betydning og sammenheng kroppslig bremsing og kontroll kan ha. Kroppslig bremsing og kontroll over tid kan bidra til strukturelle og funksjonelle endringer og lokale og generelle helseproblemer. Dette kan skje uansett hva som i første omgang bidro til etablering av den kroppslige beredskapen (Thornquist, 2005).

Norsk psykomotorisk fysioterapi er en behandlingsform som har vist seg egnet på et bredt spekter av funksjonsproblemer og lidelser, og i forhold til pasienter som strever med overgangs- og blandingsformer av muskelskjelettlidelser og psykiske lidelser (Breitve, et al., 2010; Sviland et. al, 2012; Øien, 2010).

2.2.2 Merleau-Pontys kroppsfenomenologi og psykomotorisk fysioterapi

Kroppsfenomenologi har vist seg relevant for å belyse kroppsforståelse innen den psykomotoriske behandlingstradisjonen (Øien, 2010). Kroppsfenomenologi ble spesielt utformet av filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961). Han var en av de første som knyttet menneskets subjektstatus til kroppen. Østerberg (1994) skriver at «Merleau-Ponty er en av de få tenkere i Vesten som tar utgangspunkt i at vår forståelse av verden er grunnet på vår kropps forståelse av sine omgivelser eller sin situasjon». Mens det dominerende kroppssynet i vår kultur er basert på en tenkning om kroppen som rent naturfenomen, kan ikke den fenomenologiske kroppen sees uavhengig av den verden den lever i. Det er som kroppslig subjekt mennesker eksisterer og deltar i verden, og kroppen sees på som sentrum for erfaring og erkjennelse (Thornquist, 2003). Levd liv og levd erfaring har alltid en kroppslig forankring (Thornquist, 2003). Kroppens subjektstatus er primær, og kroppen i et kroppsfenomenologisk perspektiv er aldri bare rent objekt, men alltid samtidig erfarende kroppslig subjekt (Thornquist, 2003).

Merleau-Ponty åpnet for kroppen selv som kunnskapskilde, og viser til at kunnskap sitter i kroppen, kroppen «vet» og «forstår» (Thornquist, 2003). Kroppen er kilde til kontakt med seg selv. Overordnet er persepsjon betraktet som en forutsetning for enhver form for væren i verden, og persepsjon er igjen utenkelig uten bevegelse (Gretland, 2007). Persepsjon og bevegelse er fundamentale dimensjoner i erfaringsprosesser, og virker gjensidig inn på hvordan vi erfarer omverden (Gretland, 2007)

For Merleau-Ponty kan uttrykket og det uttrykte aldri skilles, og han fremhever at det er en samtidighet mellom kropp og følelser (Thornquist, 2003). Det dreier seg om en kvalitativt annerledes forståelse enn der følelser betraktes som det egentlige, og kroppen som en reaksjon på følelsene (Thornquist, 2003). Kroppen må forstås i lys det livet vi lever, der erfaringer og livsbetingelser blir en del av vår kroppsvirkelighet, som bevegelsesvaner, persepsjon og emosjonalitet (Gretland, 2007). Kroppen er bærer av mer enn det vi er bevisst (Gretland, 2007).

2.3 Dialektisk relasjonsteori

Med utgangspunkt i problemstillingen og det empiriske materialet som er basert på terapirelasjonen, presenterer jeg sentrale begreper fra dialektisk relasjonsteori. Teorien er utviklet av psykolog Schibbye. Hennes relasjonsforståelse er inspirert av psykodynamisk teori, og bygger på en grunnleggende tanke om at det er i forhold til den andre at jeg blir et selv, og at avhengighet av den andre muliggjør selvstendighet (Schibbye, 2009). Hensikten med teorien er å forstå selvet som en levd relasjon, der vi ikke kan forstå den ene parten i en relasjon uten å forstå den andre (Schibbye, 2009). I dialektisk relasjonsteori forstås selvet både som relasjon, og som nettverk av relasjoner, som står i et innbyrdes gjensidighetsforhold (Bae og Waastad, 1992). Selv- og relasjonsutvikling forstås som at man på den ene siden har behov for en egen selvstendig identitet, og på den andre siden har behov for å ha tilknytning og være i relasjon (Bae og Waastad, 1992). Til begge behovene knytter det seg angst for å miste tilknytning og nærhet til andre, og angst for å miste sine grenser og måtte undertrykke sin identitet (Bae og Waastad, 1992; Schibbye, 2009). Selvutforming kan sees på som et resultat av et kompromiss mellom disse to grunnleggende behovene (Bae og Waastad, 1992). Differensiering og avgrensning er sentrale prosesser i selvutvikling, både avgrensning i jeg/meg relasjonen, og i forholdet mellom selv og andre (Bae og Waastad, 1992; Schibbye, 2009) Selv- og relasjonsutvikling er to sider av samme sak.

Dobbeltrefleksjonsprinsippet er sentralt i dialektisk relasjonsteori. Det vil si at mennesket kan forholde seg både til seg selv, og til sitt forhold til omgivelsene (Iversen, 1994; Bae og Waastad, 1992). Prinsippet får frem den gjensidige avhengigheten både på et individuelt og et relasjonelt plan. Det vil si at den måten individet forholder seg til seg selv på, vil gjenspeile seg i relasjoner til andre (Bae og Waastad, 1992; Iversen, 1994). Ut fra en slik posisjon blir det sentralt å stille spørsmål ved egen væremåte når en forsøker å forstå andre (Iversen, 1994).

For å ha mulighet til å forstå kompleksiteten i en behandlingssituasjon mellom terapeut og pasient, blir det viktig å fange opp begge partenes kommunikative forutsetninger, samtidig som partenes gjensidige påvirkning av hverandre (Bae og Waastad, 1992).

2.3.1 *Anerkjennelse*

Nøkkelbegrepet når det gjelder selvutvikling er anerkjennelse (Børstad, 1992). Å anerkjenne innebærer at den andres indre opplevelsesverden blir fokusert og verdsatt som en selvfølge, nettopp fordi det dreier seg om et medmenneske (Schibbye, 2009). Å anerkjenne den andre vil si at partene er villige til å ta hverandres synspunkter, bytte posisjon, og se den andre som subjekt (Schibbye, 2009). Sentralt i anerkjennelse er ideen om likeverd. Partene i en relasjon har like stor rett til egen opplevelse.

Å bli anerkjent av dem vi er avhengige av handler psykologisk sett om liv eller død (Bae og Waastad, 1992). Personer som er i en posisjon der andre er avhengig av deres anerkjennelse, får derfor stor definisjonsmakt. Denne maktposisjonen kan brukes på måter som ivaretar tilknytning og avgrensning, og skaper selvakseptering og autonomi. Men den kan også misbrukes på måter som undergraver den andres utvikling og skaper tvil og usikkerhet (Bae og Waastad, 1992). Denne måten å forstå relasjon på skaper respekt for hva mennesker våger i relasjoner (Bae og Waastad, 1992). Særlig gjelder dette også i asymmetriske forhold som terapeut-pasient.

I dialektisk relasjonsteori antar man at relasjoner som er preget av anerkjennelse ivaretar behovet for både tilknytning og avgrensning, og samtidig skapes forutsetning for overskridende utvikling (Bae og Waastad, 1992). Bae og Waastad (1992 s. 38) skriver at «Anerkjennende relasjoner gir rom for å uttrykke både likhet og ulikhet, gir mulighet for å vise nærhet og innlevelse, parallelt med å uttrykke avgrensning og forskjellighet».

Schibbye har utviklet et begrepsapparat som skaper nærhet og forståelse i forhold til opplevde problemer i en relasjon (Bae og Waastad, 1992). Individets opplevelse sees som utgangspunkt for all handling og refleksjon. Lojaliteten over for praksis, og det å skape bedre forutsetninger for refleksjon, innlevelse og handling har vært det viktigste anliggende i utviklingen av denne teorien (Bae og Waastad, 1992). Og en av de viktigste intensjonene med den dialektiske relasjonsmodellen er å lede oppmerksomheten mot prosess og forandring (Bae og Waastad, 1992; Schibbye, 2009).

2.4 Traume

Ordet «traume» er et ord som brukes ulikt i litteratur og på ulike fagfelt. Ofte blir traume brukt synonymt med ulike hendelser som vold, seksuelle overgrep, ulykker, hodeskader, knetraumer osv. Blindheim (2012) skriver at forskning (Breslau et al, 1998) har imidlertid vist at de fleste klarer seg ganske godt etter slike ulike typer enkelthendelser, uten å utvikle posttraumatiske stresssymptomer. Han skriver videre at det blir derfor mer meningsfullt å bruke traumebegrepet med tanke på en persons subjektive opplevelse av en potensielt traumatiserende hendelse Blindheim (2012). Hva som blir traumatiserende for det enkelte individet avhenger av personens medfødte sårbarhet og aktuelle integrative kapasitet, det vil si evne til å bearbeide og integrere stressfylte påkjenninger, og tilgang på psykologisk og sosial støtte fra omgivelsene (Wennerberg, 2011; McFarlane og van der Kolk, 1996).

Risikoen for traumatisering øker om potensielt traumatiserende hendelser vedvarer over tid, og om det forårsakes av et annet menneske (Wennerberg, 2011). Risikoen er større jo nærmere følelsesmessig relasjon offeret har til overgriperen, og tilknytningstraumer viser de mest alvorlige følgetilstandene (Wennberg, 2011). «Traumatiske påkjenninger fra dem som står aller nærmest skaper ikke bare ulidelig smerte og ensomhet, men undergraver utviklingen av den mentale og relasjonelle kapasiteten personen trenger for å regulere stress og affekter» (Benum, 2006 s. 23).

2.4.1 Tilknytning og traumer

Evnen til tilknytning er en biologisk positiv egenskap mennesker har gjennom hele livet. Emosjonell tilknytning er essensiell for biologisk overlevelse hos barn, og er den primære beskyttelsen mot følelse av hjelpeløshet og meningsløshet. Uten tilknytning er eksistensiell mening utenkelig hos voksne (McFarlane og Van der Kolk, 1996; van der Kolk, 1996a). For barn er vanligvis familien en svært effektiv beskyttelse mot traumatisering, og barn er ofte svært tilpasningsdyktige så lenge de har omsorgspersoner som er fysisk og emosjonelt til stede (McFarlane, 1988 i McFarlane og van der Kolk, 1996). Hos voksne er ofte familie, kollegaer og venner en beskyttelse når alvorlige hendelser skjer. Tilhørighet og støtte er i ettertid også en beskyttelse mot å bli traumatisert (McFarlane og Van der Kolk, 1996). Ved tabuiserte opplevelser som familievold, omsorgssvikt, overgrep og psykisk lidelse etc., er det risiko for at traumatiske opplevelser og minner vil hemme den utsatte i større grad, da denne type opplevelser ofte utløser mindre sosial støtte fra andre. Dette kan føre til sinne,

tilbaketrekning eller annen destruktiv eller selvdestruktiv adferd hos den utsatte. Andre ikke-personlige traumer utløser ofte større mulighet for sosial støtte, og da er det større mulighet for å ikke bli traumatisert (McFarlane og Van der Kolk, 1996).

Ved opplevelse av omsorgssvikt og krenkelser i nære relasjoner som barn, kan tilknytningssystemet bli traumatisert, og barnet får da ikke en trygg tilknytning og normal utvikling (Benum, 2006; van der Kolk, 1996a). Når det som skal være trygt i et barns liv; det vil si omsorgspersonene barnet er avhengig av for å overleve, blir utrygt, kommer to biologiske handlingssystemer i konflikt, -systemet for tilknytning og systemet for reaksjon på fare (Benum, 2006). Når da barnets primære reaksjon på fare, ikke blir tatt hensyn til, kan heller ikke opplevelsen av fare dempes. Når det heller ikke er mulig for barnet å flykte, fordi barnet er avhengig av omsorgspersonene, tilpasser barnet seg på ulike måter til den uunngåelige situasjonen (Benum, 2006). Når denne opplevelsen vedvarer, og ingen kommer barnet til unnsetning, legges grunnlaget for avmaktsfølelse og tilbaketrekning (Benum, 2006). Barnet tilpasser seg på ulike måter, og kan reagere med total underordning, emosjonell neglect, somatoform dissosiasjon eller en frystilstand (Benum, 2006). Depresjon kan bli resultatet i voksen alder, fordi traumene innebærer en opplevelse av overgivelse, hjelpeløshet og håpløshet (Benum, 2006).

Traumer som er påført en fra nære omsorgspersoner, utløser frykt for nærhet (Allen, 2001 i Benum, 2006 s. 22). Trygghetsreguleringsystemet og personens evne til å bruke relasjoner for å etablere trygghet ødelegges (Benum, 2006). Alvorlige relasjonstraumer kan svekke personens mulighet for å kjenne trygghet i egen kropp, evne til å regulere følelser, tåle nærhet til andre mennesker, tillit og meningsskaping (Benum, 2006). Slike traumer har et bredt spekter av alvorlighetsgrad og omfang.

2.4.2 Traume, hukommelse og dissosiasjon

For pasienter som har opplevd omsorgssvikt, fysisk og psykisk vold, neglisjering eller mentalt fraværende foreldre, har det vært umulig å være hel, og ta inn over seg alt det vonde som er skjedd, og samtidig tilpasse seg verden omkring (Anstorp, et al., 2006). «Når omfattende og smertefulle påkjenninger varer over tid, kan dissosiasjon bli løsningen til det uløselige dilemma mellom behovet for tilknytning, og behov for å beskytte seg mot fare» (Benum 2006 s. 22).

Pierre Janet var den første som på en konsis måte beskrev hvordan mennesker kan spalte av skadelige og ydmykende sanseintrykk, og lagre disse på bevissthetsnivåer som ikke er verbale, men perseptivt organiserte, og dermed ikke direkte tilgjengelig for kognitiv erindring (Armlund, 2012; Van der Kolk, 1996b). Janet beskrev hvordan sanseerfaringer kan bli til kroppslige minner som kan manifestere seg som muskelspenninger, fornemmelser, autonom aktivering etc. Han hevdet også at mennesker kan beskytte seg selv mot traumatiske erfaringer ved å splitte av erfaringer eller sansefornemmelser (dissosiasjon). (Armlund, 2012; Jakobsen, 2006; Van der Kolk, 1996b). Dissosiasjon er en svikt i evnen til å sammenfatte og personifisere skremmende opplevelser, og kan sees på som et forsvar mot noe en ikke kunne flykte fra. Løsningen blir da å flykte innover i seg selv (Benum, 2006). Minner om det vonde må unngås, og spesielt det som merkes i kroppen. Etter hvert kan pasientene få en fobi for alt som har med kroppen å gjøre (Benum, 2006).

2.4.3 Traumer og den terapeutiske relasjonen –å forholde seg til sterke reaksjoner

Benum (2006) skriver at i møte med pasienter som har fått sin grunnleggende tilknytning forstyrret, har dette konsekvenser for utforming av psykoterapi. Hun skriver at terapeuten i perioder må fungere som affektregulator for klienten, slik at klienten kan lære å tåle egne følelser og reaksjoner uten å bli overveldet eller «forsvinne» (Benum, 2006 s. 31). Mange pasienter som strever med traumers ettervirkninger strever med affektregulering, og har lav toleranse for stress. Det kan føre til høy autonom aktivering eller for lav autonom aktivering (van der Kolk, 1996b). I forhold til pasienter som har lite repertoar for affektregulering og fort blir overveldet, må en begynne med å bli kjent med, identifisere og tåle vanlige hendelser og følelser i dagliglivet, før en kan jobbe med de sterkere følelsene som for eksempel håpløshet, forlatthet og sinne (Benum, 2006). Kroppsopplevelser og fornemmelser vil også i stor grad kunne overvelde pasienter ved fysiske sensasjoner/sanseminner, panikkanfall, visuelle bilder som flashbacks og mareritt, hvor en som terapeut må tenke regulering i forhold til hva pasienten kan tåle.

Når vi opplever fare trår instinktive reaksjoner inn, og det sympatiske nervesystemet mobiliserer til kamp, flukt eller frys. Når faren er over vil vanligvis kroppens indre og ytre miljø vende tilbake til en normal aktivering. Men ved alvorlige hendelser/ traumer, og særlig når belastningen vedvarer over tid, kan det være vanskelig for kroppen å komme

tilbake til normal aktivering. Ogden og Pain, et al. (2006) hevder at overveldende traumatiske hendelser og i ettertid traumerelaterte forstyrrelser, kan innebære at pasienten kommer i en konstant tilstand av muskulær beredskap, og blir følsom for over- og underaktivering av det autonome nervesystemet. Det kan innebære at de opplever for «mye» aktivering (hyperarousal), eller for «lite» (hypoarousal). Selv om den opprinnelige situasjonen som innebar fare er over, kan en traumatiske minner trigge, og føre til rask og høy eller for lav aktivering av det autonome nervesystemet.

Benum (2006) vektlegger i psykoterapi å holde seg innenfor den enkelte pasientens følelsesmessige toleranse, «toleransevinduet». Det vil si innenfor den kroppslige aktiveringen pasienten kan tåle, uten å bli overveldet. Toleransevinduet er et begrep som brukes i kropporientert psykoterapi, og ble beskrevet av Siegel som «the window of tolerance» (Siegel, 1999 ref. i Ogden og Pain, et al., 2006). Det er beskrevet som den ideelle tilstanden mellom hypo- og hyperarousal, hvor individet opplever en psykofysiologisk aktivering som de kan tåle og samtidig oppleve å være tilstede her og nå (Ogden og Pain et al., 2006). Det er ment å illustrere balansen mellom bedøvelse og utmeldthet i forhold til egen kropp på den ene siden, og sterke gjennopplevelser og angst på den andre (Ogden og Minton et al., 2006; Ogden og Pain et al., 2006).

3.0 METODE

3.1 Innledning –bakgrunn for metodevalg

Kvalitative forskningsmetoder åpner muligheter for vitenskapelig innsyn i sykdom og helse som dynamiske prosesser i den levende menneskekroppen. Det er en tilnærming som anerkjenner at slike prosesser utformes spesifikt hos det individuelle mennesket i en sosiokulturell sammenheng (Malterud, 2011). Målet er forståelse, snarere enn forklaring (Malterud, 2011). Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk). De gir tilgang til opplevelser og samhandling i dens naturlige kontekst, og er godt egnet til å få frem dybdekunnskap og en helhetlig forståelse av få enheter (Thornquist, 2003).

Jeg ønsker å belyse praksis i psykomotorisk fysioterapi, undersøke handlinger, samspill, mening og betydninger. Jeg ønsker få tak i fysioterapeuters erfaringer, kunnskap, tanker og holdninger, i forhold til behandling av pasienter som strever med ettervirkning etter alvorlige hendelser i nære relasjoner. Kvalitative metoder synes å være godt egnet til å favne disse aspektene av et område som er relativt lite skrevet om, og når målet er forståelse og nye beskrivelser.

For å besvare problemstillingen ønsker jeg å bruke observasjon og videoobservasjon, og intervju for å samle inn data. Observasjon og intervju gir forskjelligartet informasjon, der observasjon kan gi et rikt materiale og mulighet til å undersøke praksis slik den faktisk utspiller seg, mens intervju vil gi tilgang til terapeutens intensjoner, mening, erfaring og kunnskap (Thornquist, 2003).

3.2 Studiens forskningsdesign

Studien har et *multiple-case* orientert design. «Case study is not a methodological choice, but choice of what is to be studied» (Stake, 2005 s. 443). Stake (2005) bruker begrepet *instrumental case study* når det handler om å få innsikt i et spesielt forhold, og samtidig kunne videreføre forståelse om dette som kan gjelde flere. Han bruker videre begrepet *multiple case study* når målet er utforske et fenomen ved flere forhold/cases. De ulike forholdene velges på bakgrunn av at man tror bedre forståelse av disse kan føre til utvidet

forståelse for lignende forhold. Studien består av tre case, altså tre videoobservasjoner med etterfølgende intervju med fysioterapeuten.

3.3 Datainnsamlingsprosessen

3.3.1 Utvelgelse av informanter

Kvalitative studier baserer seg på strategiske utvalg, der informanter velges ut fra egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2009). Jeg ønsket å komme i kontakt med psykomotoriske fysioterapeut(er) i privat praksis med lang klinisk erfaring, mer enn 10 år, og som hadde erfaring i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger etter belastende livshendelser i nære relasjoner. Jeg ønsket at fysioterapeuten(e) hadde interesse for feltet, og hadde pasienter i behandling som kunne være aktuell for deltagelse i videoobservasjon. Jeg antok at jeg da ville få fysioterapeuter med mye kunnskap, som var interessert i - og hadde gjort seg opp tanker og meninger om temaet. Et utvelgelseskriterium var at det skulle være en spesialist i psykomotorisk fysioterapi. Denne måten å velge ut informanter på kan kalles et tilgjengelighetsutvalg (Thagaard, 2009). Utvalget er strategisk med tanke på at informant(e) representerer egenskaper som er relevante for problemstillingen, og fremgangsmåten for å velge ut informantene er basert på den tilgjengelighet de har for forskeren (Thagaard, 2009). Jeg ønsket å komme i kontakt med fysioterapeuter som jeg ikke kjente fra før, og forhørte meg via fysioterapeuter jeg kjente, i forhold til å finne aktuelle informanter.

Kriterier for valg av pasienter, var pasienter som var henvist til psykomotorisk fysioterapi på grunn av kroppslige plager, men som fysioterapeuten og pasienten selv så i sammenheng med ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner. Dette kunne være alvorlige livshendelser i barndom eller voksenliv som omsorgssvikt, neglisjering, fysisk eller psykisk vold/mishandling eller seksuelle overgrep. Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi skulle være relevant. Fysioterapeutene fikk tilsendt informasjons/samtykkeskjema for både terapeuter og pasienter, og de ble bedt om å spørre aktuelle pasienter i forhold til deltagelse i studien.

Utgangspunktet mitt var at jeg ville ha en fysioterapeut, og to pasientbehandlinger i datamaterialet mitt. Det viste seg å være ganske lett å komme i kontakt med en fysioterapeut med interesse for området. Jeg tok kontakt med aktuell fysioterapeut direkte via mail. Terapeuten kunne tenke seg å delta i studien, og fikk deretter tilsendt informasjonsskriv til seg selv og til eventuelle pasienter (se vedlegg 1 og 2).

Etter at fysioterapeuten hadde takket ja til deltagelse, viste det seg å være litt vanskeligere å få tak i pasienter som ville delta. Flere var ambivalente til deltagelse. Den aktuelle fysioterapeuten hadde flere pasienter i behandling som kunne være aktuelle, men det var flere som takket nei. Årsaken var at pasientene var redde for at det skulle bli vanskelig å la seg observere, og at det kunne føre til sterke kroppslige og psykiske reaksjoner. Til slutt stod fysioterapeuten igjen med en pasient som satte en betingelse for å delta. Pasienten ønsket å møte meg før hun bestemte seg for om hun ville takke ja.

For å sikre datagrunnlaget mitt tok jeg kontakt med en annen psykomotorisk fysioterapeut som passet inn i kriteriene for oppgaven. Dette skjedde noen få dager før datainnsamlingen. Denne fysioterapeuten takket ja til å delta, og det samme gjorde en av hennes pasienter.

I siste liten før datainnsamlingen fikk jeg beskjed fra den første fysioterapeuten om at hun nå hadde to pasienter som ville delta. Dermed hadde jeg da to fysioterapeuter og tre pasienter som ønsket å delta. På grunn av disse omstendighetene ble datagrunnlaget litt annerledes, og større enn det jeg hadde tenkt i utgangspunktet, men jeg valgte å se på dette som positivt, og en mulighet til å få enda mer bredde i materialet.

Utvalget bestod av følgende informanter:

Video 1: Fysioterapeut 1: Karen og pasient 1: Eli.

Video 2: Fysioterapeut 1: Karen og pasient 2: Line.

Video 3: Fysioterapeut 2: Solveig og pasient 3: Mari.

3.3.2 Observasjon og videoobservasjon, og erfaringer med dette

For å få innblikk i psykomotoriske behandlingssituasjoner slik de faktisk utspiller seg, ønsket jeg å bruke observasjon for å innhente data. Jeg ønsket å være tilstede under behandlingene for selv å kunne oppleve og erfare, og samtidig ta videoopptak av situasjonene for å kunne gå tilbake til en mer detaljert analyse senere. Observasjon gir direkte dokumentasjon av samhandlingsprosesser (Malterud, 2011). Ved å bruke video vil man ha mulighet til å observere situasjonene gjentatte ganger med tanke på analyse. Video gir tilgang til detaljer av handling og samhandling som annen observasjon ikke kan gi (Heath, Hindmarsh & Luff, 2010). I motsetning til annen observasjon, har forskeren ved videoopptak mulighet til å ta «time-out», spole tilbake, skifte fokus og evaluere på nytt (Heath et al. 2010). Video gir også forskeren utvidede muligheter til å utforske ulike aspekter i forhold til ulike hendelser, eller å se den samme hendelsen fra ulike perspektiv (Heath et al., 2010).

Rammene for videoobservasjonene satte jeg til inntil en time per pasient, da dette er vanlige rammer for psykomotorisk behandling (Lovdata, 16.04.13). Jeg oppsøkte fysioterapeutenes arbeidsplass. To av videoobservasjonene ble gjort i fysioterapeutens arbeidstid, mens en ble gjort på kveldstid. Behandlingsrommene var enkelt utstyrt med utstyr tilpasset psykomotorisk behandling. Jeg satte opp kamera i et hjørne av rommet, mens jeg satt ved siden av og observerte. Jeg hadde en observasjonsguide (vedlegg 3), og tok feltnotater underveis. Kameravinkelen ble endret litt noen få ganger, men kameraet stod stort sett på et sted. Tidskjema ble overholdt, og behandlingene varte fra 40- 60 min.

Jeg gjorde ikke noen spesielle prøveopptak, men testet utstyr på forhånd. I og med at jeg var til stede selv, kunne jeg også flytte kamera, eller zoome der det var nødvendig. Hovedsakelig ville jeg at kamera skulle stå mest mulig i ro, for å forstyrre behandlingen minst mulig. Jeg visste at minst en av pasientene (Line –video 2) var ambivalent til å bli filmet, og særlig gjaldt dette filming av ansikt. Samhandlingen på videoene vises stort sett fra en vinkel, og pasientenes ansikt er i varierende grad synlig. På grunn av at pasient Line var ambivalent til videoobservasjonen, avtalte vi på forhånd at hvis det ble for vanskelig for henne skulle jeg slå av videoen. Det skjedde flere ganger at vi måtte slå av. Pasienten fikk da velge om hun ville avslutte. Hun ville fortsette. Behandlingen ville kanskje ikke blitt så dramatisk for Line hvis ikke jeg hadde vært der med videokameraet, men samtidig

sier videoobservasjonen noe om hvordan det kan være for henne når det er noe hun reagerer sterkt på. Mine observasjoner og feltnotater kommer i tillegg til videoene, og har påvirket tolkningene av videoobservasjonene i resultatene.

Det at jeg var til stede som observatør gjør at jeg påvirket behandlingssituasjonen. Det kan også tenkes at både fysioterapeut og pasient var påvirket av situasjonen, ved at de følte seg mer ufrie enn i en vanlig behandlingstime. En av fysioterapeutene fortalte etter observasjonen at hun kjente seg påvirket av situasjonen med videoobservasjon.

3.3.3 Kvalitativt intervju og erfaringer med dette

For å få tilgang til fysioterapeutens tanker, opplevelser, erfaring og kunnskap i behandlingssituasjonen, ønsket jeg å bruke intervju for å samle inn data. Det kvalitative forskningsintervjuet forsøker å forstå verden sett fra intervjupersonens side (Kvale og Brinkmann, 2009). Det bygger på dagliglivets samtaler, og er en profesjonell samtale, der det konstrueres kunnskap i samspill mellom intervjueren, og den intervjuede (Kvale og Brinkmann, 2009).

Rammene for intervjuene satte jeg til inntil en time per fysioterapeut. Intervjuene ønsket jeg å gjøre dagen etter behandling, slik at jeg kunne forberede meg best mulig, og ta utgangspunkt i det som skjedde under videoobservasjonen.

Jeg utarbeidet på forhånd en intervjuguide (vedlegg 4), som i stikkordsform skulle minne meg om hvilke tema jeg ønsket å innhente data om. Når formålet med en studie er å få vite noe som man ikke vet hva er, eller vet fra før, er det viktig at intervjuguiden ikke er alt for detaljert, eller at den må følges slavisk (Malterud, 2011). Jeg lot intervjuguiden bestå av mest mulig åpne spørsmål, og hadde den i bakhodet som en huskeliste

Jeg gjorde dessverre ikke noe prøveintervju. Dette kunne nok gjort min intervjuteknikk og evne til å stille spørsmål bedre. Fordi dette var en ny og ukjent situasjon for meg, ble nok intervjuene påvirket av nervøsitet hos meg selv, og det var vanskelig å holde kontroll på om jeg hadde fått tak i all den informasjonen jeg ønsket. For at jeg senere skulle kunne gå tilbake til hva som ble sagt i intervjuet tok jeg det opp på lydbåndopptaker. Dette for å gjøre intervjudataene mer valide, ved å eliminere mest mulige misforståelser i det som ble sagt. Dette tror jeg har hatt avgjørende betydning for gjengivelsen, og analyse av intervjudataene. Lydbåndopptak er også en fordel ved at forskeren slipper å notere så mye,

og kan ha oppmerksomheten vendt mot intervjupersonen, og fange opp gester og kroppsspråk (Thagaard, 2009). Da jeg hadde lydopptak av intervjuene kunne jeg i ettertid flere ganger gå tilbake til intervjuene for å høre hva som ble sagt, og hvordan det ble sagt. Intervjuene var på 65 minutter og 52 minutter.

Intervju med fysioterapeut 1 ble gjort dagen etter behandlingene. På grunn av praktiske årsaker måtte intervjuet med fysioterapeut 2 gjøres samme dag som behandlingen. Under intervjuene lot jeg meg nok rive litt med i forhold til egen interesse, forforståelse og elementer av behandlingen som overrasket meg. I intervjuene stilte jeg en del spørsmål i forhold til terapeutenes forståelse av pasientens symptomer og reaksjoner, og dette fikk større plass enn jeg først hadde tenkt. Likevel mener jeg at intervjudataene representerer viktige elementer av fysioterapeutenes forståelse i behandlingssituasjonene, og at jeg fikk svar på de fleste av de forhåndsdefinerte temaene.

3.3.4 Transkribering og egen erfaring med dette

Når data er samlet inn ved hjelp av video- og lydbåndopptaker, er transkripsjon nødvendig for videre analyse og tolkning av materialet (Flick, 2009). Etter innsamling av videoobservasjonene og intervjuene, så jeg gjennom videoene og hørte igjennom intervjuene flere ganger. Jeg transkriberte deretter materialet selv. Dette var en tidkrevende prosess, men gjorde også at jeg ble godt kjent med materialet. Å gjøre transkripsjonene selv, styrker validiteten av materialet, fordi den som var til stede under observasjonene gjerne husker momenter som kan oppklare uklarheter som er av betydning for meningen i teksten (Malterud, 2011).

Både videoopptakene og lydopptakene var av god kvalitet. Det var kun få steder det var ord som var vanskelig å høre. Jeg fulgte ingen spesifikke regler for transkribering. Jeg gjorde en grovtranskribering på videoene, der jeg skrev ned samtalen, og grovt hva som skjedde underveis. På grunn av at transkribering er tidkrevende valgte jeg heller å transkribere de videosekvensene som jeg senere skulle bruke i analysen mer nøye. Flick (2009) henviser til Straus, som sier at en skal transkribere bare så mye av materialet, og så mange detaljer, som er nødvendig ut fra problemstillingen (Straus, 1987 ref. i Flick, 2009). Intervjuene skrev jeg rett ut. Jeg satte samtale i kursiv, og handling i vanlig skrift. Jeg markerte pauser med flere punktum etter hverandre i teksten, eller skrev «pause» der det

var lengre pauser. Siden jeg hadde vært til stede under datainnsamlingen selv, og hadde tilgang til video/lydfilene gjennom hele skriveprosessen, ble jeg godt kjent med materialet, og gikk tilbake og så/hørte hvis jeg var usikker på tonefall, avbrytelser etc. I teksten fra videoene som er presentert i resultatkapittelet, har jeg tatt bort småord for å gjøre teksten mer leservennlig, uten at meningen er blitt borte. Jeg valgte å transkribere i bokmål slik at ikke informantene skulle vedkjennes på dialekt.

3.3.5 *Analyse av video og erfaringer med dette*

Analyse av kvalitative data består i å stille spørsmål til materialet, lese og organisere data i lys av spørsmålene, og gjenfortelle svarene på en systematisk, relevant og forståelig måte (Malterud, 2011). Utgangspunktet mitt i begynnelsen var å se på tiltak og tilnærminger i behandling. Gjennom datainnsamlingen og transkripsjonene endret perspektivet mitt seg mer i retning av interesse for samspillet og relasjonen mellom terapeut og pasient. Jeg ønsket derfor en analyse som omfattet både et interaksjonelt, - og et subjektperspektiv. Jeg ønsket å se datamaterialet i lys av relasjonen, samhandlingen og fysioterapeutens perspektiv.

Ved analyse av videoene tok jeg utgangspunkt i analyse av video beskrevet hos Heath, et al (2010). For å få «hull på materialet» startet jeg med å dele videoene inn i sekvenser ut fra utgangstillinger og aktivitet (eks: sittende i samtale, sittende på krakk, liggende på benk, stående på balansepute etc). Dette er i tråd med det Heath et al. (2010) kaller «preliminary review –cataloging the datacorpus». Med tanke på videre analyse, gikk jeg inn i hver sekvens og så på hva som kunne være tema, hvordan fysioterapeut og pasient forholdt seg til hverandre, og hvordan de handlet i forhold til tema. Dette er innenfor det Heath et al. (2010) kaller «substantive review of the datacorpus». Med utgangspunkt i alle sekvensene oppsummerte jeg til slutt hvert videoopptak i en kort tekst. Jeg skrev også en oppsummering om endringsprosessen innenfor hvert videoopptak.

Dette forarbeidet var svært nyttig, og gav meg god oversikt over materialet. Det var nyttig å ha dette dokumentet å gå tilbake til i videre analyse, og for å sikre at jeg beholdt forståelse for helhet når jeg gikk inn i mer detaljert analyse.

Heath et al. (2010) kaller det tredje steget i analyseprosessen “analytic search of the data corpus”. Det vil si å søke innenfor hvert videoopptak etter sekvenser jeg ønsker å belyse,

og hvordan jeg videre vil analysere det. Med utgangspunkt i de to første analysestegene, så jeg på hvilke temaer som gikk igjen i de tre videoobservasjonene; hva som trådte frem som viktig - var tillagt mening i behandling av både av terapeut og pasient-, og hva som var forskjellig på de ulike videoene. Basert på en totalforståelse av materialet, med intervjuene inkludert, valgte jeg ut sekvenser fra det grovtranskriberte datamaterialet for en mer detaljert analyse. For å analysere de utvalgte sekvenser brukte jeg dialektisk relasjonsteoris delprosessmetode (Bae og Waastad, 1992; Schibbye, 1988, 2009).

3.3.6 Delprosessanalyse og erfaringer med dette

Jeg har i oppgavens teoridel gjort rede for hovedtrekkene ved dialektisk relasjonsteori, men skal her utdype delprosessbegrepet og analysemetoden litt mer. Delprosessanalyse er en kvalitativ observasjonsmetode rettet mot å studere interaksjonsprosesser på mikronivå (Bae og Waastad, 1992). En delprosess representerer et kort utsnitt av partenes dialog og handling i en terapitime. En delprosess innenfor en relasjon forsøkes forstått ut fra en antagelse om at det i et samspill foregår flere nivå av kommunikasjon samtidig (Bae og Waastad, 1992). Et nivå er tema, et annet nivå er metakommunikasjon, og det tredje nivå blir kalt definisjonen av forholdet (Bae og Waastad, 1992). Delprosessbegrepet gir mulighet til å få frem nyanser, forskjeller og motsetninger innen en og samme relasjon. Innen fysioterapi er delprosess som analysemetode brukt av Øien (1999), Øien, Steihaug, Iversen & Råheim, (2011), Stokkenes (1997), Iversen (1994) og Engelsrud (1990).

Å velge ut sekvenser for delprosessanalyse var ikke lett. Sekvensene hadde en tendens til å bli litt for lange og mange. Jeg valgte sekvenser fra behandlingstidene basert på en helhetlig forståelse av video- og intervjudata. Jeg valgte sekvenser som kunne fortelle noe om det overordnede tema for de enkelte behandlingene, men også sekvenser som kunne belyse essensielle aspekter ved den enkelte behandling. Jeg prøvde også å velge ut sekvenser med tanke på å vise variasjonen i materialet. Ved hver utvalgte sekvens skrev jeg ned dialogen med tonefall og stemmeleie, og handlingen med fokus på kroppsspråk, gester og kroppstillinger. Jeg beskrev så tema, partenes metakommunikasjon, fra fysioterapeutens og pasientens perspektiv, og deretter fortolkning av forholdet mellom dem- slik jeg så det.

3.3.7 *Analyse av intervju og egne erfaringer med dette*

Da videoene er hovedmaterialet mitt har ikke intervjuanalysen blitt gjort like detaljert. Jeg har gjort intervjuanalyse inspirert av Giorgios meningsfortetting, gjengitt i Kvale og Brinkmann (2009), og Kvale og Brinkmanns (2009) analytiske fortolkning av intervju som fokuserer på tekstens mening. De to første trinnene av Giorgios meningsfortetting er å lese gjennom hele teksten for å få en generell følelse av helheten (trinn 1), og videre å identifisere meningsbærende enheter, slik de uttrykkes av intervjupersonen selv (trinn 2). Kvale og Brinkmann (2009) beskriver følgende trinn tre for fortolkning av intervju. Trinn 1: Å transformere meningsenhetene til et selvforstående nivå. «Fortolkeren forsøker her i en fortettet form å formulere det den intervjuede selv oppfatter som meningen med sine uttalelser» (s. 221). Trinn 2 omhandler kritisk forståelse basert på sunn fornuft. Her kan fortolkningene ha en bredere forståelsesramme enn intervjupersonens egen, stille seg kritisk til det som ble sagt, og fokusere på uttalelsens innhold eller personen bak. Her kan også allmenn kunnskap som kan presisere og berike fortolkningen av en uttalelse trekkes inn. I trinn 3 benyttes en teoretisk forståelse ved fortolkning av en uttalelse. Her kan fortolkningen overskride intervjupersonens selvforståelse, og også gå lenger enn en tolkning basert på sunn fornuft (Kvale og Brinkmann, 2009 s.221).

Først leste jeg teksten for å få en følelse av helheten. Deretter identifiserte jeg de naturlige meningsenhetene slik de uttrykkes av intervjupersonen selv (Giorgis to første trinn). Jeg samlet så meningsenheter innenfor hvert intervju, som omhandlet samme tema. På grunn av at intervjuene er brukt som tilleggs materiale for å belyse fysioterapeutens perspektiv i forhold til videoene, ble bare noen få meningsenheter fra intervjuene sammenfattet og analysert mer inngående. Aktuelle meningsenheter ble valgt ut på bakgrunn av de utvalgte videosekvenser. Jeg gjorde deretter analytisk fortolkning av intervju i henhold til de tre ulike nivå av mening beskrevet i Kvale og Brinkmann (2009 s.221). Jeg viser nedenfor et eksempel på hvordan jeg analyserte ved hjelp av de tre analysestegene hos Kvale og Brinkmann (2009).

I resultatdelen i etterkant av delprosess analysen presenteres en sammenfatning av utvalgte intervjudata på et nivå av *kritisk forståelse basert på sunn fornuft*. I diskusjonsdelen anvender jeg det *teoretiske nivå*.

Eksempel på analyse fra intervjupersonens uttalelse til teoretisk forståelse:

Tema: Å hjelpe pasienten til komme i kontakt med egen muskelstyrke kan være jeg-støttende.

Utdrag fra transkripsjon:

I: *Og så sier du i behandlingen at sentral kontroll, eller et du refererer til at sentral kontroll kan være lik følelsesmessig kontroll...*

T: *Ja....iallefall på sånne som får denne her... Det var et foredrag som Berit Bunkan hadde i Oslo på et sånt årsmøte for noen år siden, så sa hun det at disse menneskene som har mye hypotone reaksjoner, eller det som vi kaller submission i seg, de trenger å ha kontakt med sin sentrale muskulatur, altså magemuskler og sentrale muskler, og i fleksjon faktisk, at du går inn i fleksjonmønsteret med motstandsøvelser det kunne hjelpe.. Så det var det som slo meg da at jeg måtte prøve på det. Men at det slapp i ryggen kan jo også være at hun bruker iliopsoas med motstand på, også får du det da til å slippe i lumbaldelen bare gjennom den motstanden.*

Selvforståelse: Terapeut bruker motstandsøvelser i behandlingen slik at pasienten skal komme i kontakt med sentral muskulatur. Hun refererer til kurs/møte, der det var snakk om at det å komme i kontakt med sentral muskulatur i fleksjon kan hjelpe pasienter med mye hypotone reaksjoner, eller det hun ser på som «submission», i seg. Hold slipp-øvelser kan også fysiologisk sett gjøre at spent muskulatur slipper, og hypotone kobles inn.

Kritisk selvforståelse basert på sunn fornuft: Terapeuten bruker motstandsøvelser for å fremme pasientens opplevelse av å ha en kropp, og kjenne styrke i seg selv. Hun setter sammen kunnskap hun har fått hos andre, med egen forforståelse om hvordan hypotone kroppslige reaksjoner kan forstås i et traumeperspektiv. Samt refererer hun til en fysiologisk forståelse av hold-slipp der hypertone muskler kan slippe og hypotone kobles inn.

Teoretisk forståelse: Det å komme i kontakt med egen muskelstyrke, og evne til gjøre motstand, kan føre til en følelse av å være til her og nå, inneha egne grenser og kjenne seg virkelig (Sviland, et. al., 2012). Terapeuten vurderer pasientens hypotone reaksjoner som «submission». Ifølge Ogden og Minton et al. (2006) er «submission» total overgivelse hos

mennesket, og oppstår i situasjoner av sterk håpløshet som personen ikke kan komme fra. Reaksjonen må sees i sammenheng med pasientens oppvekst. Å kjenne styrke og mostandsevne i egen kropp, i en trygg relasjon, kan kanskje bidra til å redusere håpløshet og matthet, ved at pasienten får en opplevelse av å kunne forsvare seg selv, noe som kan bli en ny og jeg- styrkende opplevelse for pasienten (Sviland, et al, 2012).

3.3.8 Oppsummering analyse av intervju og video

Jeg analyserte først hver case basert på transkriberte data fra videoobservasjon og lydbånd. Basert på denne analysen gjorde jeg en analyse på tvers av casene. Dette er utgangspunktet for diskusjonen på tvers.

3.4 Ethiske utfordringer ved kvalitative studier

Før jeg gikk i gang med datainnsamlingen meldte jeg prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (personvernombudet), og sendte en fremleggsvurdering til Regionaletisk komite (REK) nord. Prosjektet ble godkjent for gjennomføring av NSD (se vedlegg 5), og jeg fikk tilbakemelding fra REK om at prosjektet ikke var fremleggingspliktig.

Prosjektet omfatter pasienter som har opplevd belastende livshendelser, som i stor grad har vært og er tabu i samfunnet. Mange hendelser som dette er hemmeligholdte og vanskelige å snakke om, eller dele med andre (Seltzer, 2003). Mange har opplevd at andre mennesker ikke er til å stole på, og er utrygge i møte med fremmede. Med tanke på denne problematikken var det viktig for meg at spesielt pasientene følte seg godt i varetatt og respektert av forsker i prosessen, og at de følte seg trygg i forhold til taushetsbelagte opplysninger.

Alle informantene fikk lese informasjon- og samtykkeskjema på forhånd, der frivillighetsaspektet og anonymisering av data i forbindelse med fremstilling av oppgaven ble tydelig informert om. De fikk også vite at eventuelle avslag på forespørsel ikke ville ha innvirkning på videre behandling hos fysioterapeuten, og at de når som helst kunne trekke seg fra deltagelse.

De pasientene som takket ja, virket til å være litt nysgjerrige, og ønsket å bidra til kunnskapsutvikling. Alle pasientene fikk muntlig informasjon fra forsker ved møtet, og anledning til å stille spørsmål både før og etter videoobservasjonene. Selvfølgelig gjelder god ivaretagelse av informanter også fysioterapeutene som takket ja til deltagelse i prosjektet.

I prosjektet er datamaterialet behandlet konfidensielt, og er i den ferdige oppgaven aidentifisert og anonymisert. Spesielle opplysninger om informantene er ikke tatt med av hensyn til anonymisering, uten at dette har gått ut over kvaliteten på materialet.

3.5 Gyldighet (validitet) av metode og materialet

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at validitet ikke bare handler om metodene som blir brukt. Forskeren selv, hennes moralske integritet, og det Kvale og Brinkmann (2009) kaller praktisk klokskap er avgjørende for evalueringen av den vitenskapelige kunnskap som blir produsert. I forskningsprosjekter handler det om validering gjennom hele oppgaven, og ikke bare validering av det endelige produkt (Kvale og Brinkmann, 2009). Forskerens forforståelse, holdninger og evne til innlevelse blir dermed sentral i hele prosessen. Jeg har så langt i oppgaven forsøkt å redegjøre for hvordan jeg har gått frem, hvilke valg jeg har tatt, og diskutert momenter underveis som har betydning for prosjektets gyldighet.

Studien har et relativt lite utvalgt, og er basert på et strategisk tilgjengelighetsutvalg for å kunne gi kunnskap om de fenomenene jeg ville belyse. Observasjon og intervju vil kunne gi detaljert og forskjelligartet informasjon, som kan utfylle og styrke validiteten av materialet. Observasjon av praksis, bruk av video og bruk av lydbåndopptak under intervju, gir et rikt datamateriale, og gir grunnlag for nøyaktige transkripsjoner, som også kan styrke materialets validitet (Heath, et al, 2010, Thagaard, 2009). Selv om videoene kun et øyeblikksbilde av behandlingsprosesser som går over lang tid, og selv om hver observasjon er unik for den situasjonen handlingen utspiller seg i, er det mulig å identifisere potensielle mønstre på bakgrunn av analyse av selv et lite materiale (Heath, et al. 2010). Flyvbjerg (2006) skriver at casestudies gir nærhet til virkelige situasjoner, og mange detaljer. Slik forskning er viktig for å gi et nyansert bilde av virkeligheten, som kan

føre til kunnskapsutvikling for forskeren selv og for andre. Kunnskap som kommer frem i studien tror jeg kan bidra til innsikt for andre fysioterapeuter.

Terapeutenes personlighet, profesjonalitet og kunnskap basert på lang erfaring, tror jeg vil ha betydning for overførbarhet til andre behandlingssituasjoner.

3.5.2 Refleksjoner knyttet til forskerens rolle

Å få nok avstand til datamaterialet kan være en utfordring. Det at jeg kjenner fagfeltet litt fra før, gjør at jeg både kan sette meg inn i, og kjenne meg igjen i noen av terapeutens tanker og handlinger. Dette kan gi et godt grunnlag for forståelse, men det er også en fare for å overse det som er forskjellig fra egne erfaringer (Malterud, 2011, Thagaard, 2009). Jeg har prøvd å stille meg så åpen som mulig til materialet. Til en viss grad har jeg klart det, da det gjennom datainnsamling og analyse kom fram aspekter som for min egen del var overraskende, og førte til endring og nyansering av perspektiver og forskningsspørsmål. Spesielt var det å oppdage betydningen av fysioterapeut Karens anerkjennende og rommende væren. Hennes varme og omsorg til pasienten, nærvær, oppmerksomhet og profesjonalitet i samspill med pasient Line som strevde med kroppskontakt og sterke reaksjoner, var for meg som å oppdage noe nytt.

3.5.3 Refleksjoner knyttet til analyse av materialet

Ved analyse av materialet handler validering om hvorvidt spørsmålene som stilles til teksten er gyldig, og hvorvidt fortolkningene er logiske (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg har i analysen gitt eksempler både med utskrift fra videosekvenser og delprosessanalyse, og analyse av intervju. Å vise utskrift fra transkripsjon og fortolkninger gjennom oppgaven, kan vise leseren hvordan jeg har tenkt og gått frem. Overførbarhet av studiens resultater kan knyttes til gjenkjennelse, noe som vil si at leseren selv kan vurdere studiens overføringsverdi (Thagaard, 2009). De analytiske spørsmålene til teksten må sees i lys av problemstillingen og dens relevans. I de ulike fasene av prosjektet har jeg gått igjennom både transkripsjoner og videoobservasjonene flere ganger, for å prøve å sikre minst mulig misforståelser, og for å se om materialet kunne vise meg noe jeg ikke hadde sett tidligere.

Jeg tok kontakt med fysioterapeutene under skriveprosessen for å få klarhet i praktisk informasjon som jeg var usikker på, men de er ikke forlagt det skriftlige materialet. Ellers har veileder lest transkripsjoner og analyse, og vi har sammen diskutert fortolkningene av

tekst og analyse. Funn og analyse er også diskutert på forskningsseminarer med medstudenter og lærere/veiledere.

4.0 RESULTATER

4.1 Innledning

Resultatene presenteres med utgangspunkt i de tre videoobservasjonene. Presentasjon av informanter, og en sammenfatning av videoene kommer i forkant av utvalgte sekvenser og analyse. Resultater fra de to intervjuene med fysioterapeutene kommer i etterkant av hver analyse av videosekvensene. Intervjudataene er presentert på et analysenivå av *kritisk forståelse basert på sunn fornuft* (Kvale og Brinkmann, 2009).

Empirien består av

- Videoobservasjon 1: av fysioterapeut Karen og pasient Eli
- Videoobservasjon 2: av fysioterapeut Karen og pasient Line
- Intervju med fysioterapeut Karen
- Videoobservasjon 3: av fysioterapeut Solveig og pasient Mari.
- Intervju med fysioterapeut Solveig

Da materialet er stort har jeg valgt å la videoene være hovedmaterialet mitt, og intervjuene har fått mindre plass i oppgaven. Utvalgte tema fra intervjuene er brukt for å ytterligere belyse videosekvensene fra terapeutenes perspektiv.

Case 2 har fått større plass i resultatkapittelet. Denne behandlingstimen viste stor variasjon i måter både fysioterapeuten og pasienten forholdt seg til seg selv og hverandre på. Pasienten reagerte sterkt i behandlingen, og terapeuten jobbet intenst for å fremme endringer i kroppsopplevelse og kroppskontakt hos pasienten, slik at hun kunne oppleve økt kontroll over egen kropp. Timen belyser noe jeg selv synes er utfordrende i praksis, og jeg ønsket derfor å belyse denne mer inngående.

Utvalgte sekvenser fra videoene er presentert ved hjelp av delprosessanalyse. Tema i sekvensen beskrives først, deretter kommer utdrag fra transkripsjonen, og videre metakommunikasjon: terapeutens perspektiv og pasientens perspektiv og forholdet mellom partene – slik forskeren ser det. Analytiske spørsmål stilles til teksten underveis for å rette blikket til leseren.

I sekvensene fra videoene er direkte tale skrevet i kursiv. Beskrivelser er i vanlig skrift, mens mine tolkninger er i parentes. Pasientene er benevnt med navn eller pasient, fysioterapeutene med navn eller terapeut. «P» står for pasient og «T» for terapeut. Presentasjonene av informantene er basert på data fra intervjuene med terapeutene, og informasjon jeg fikk av terapeutene på forhånd og i etterkant av datainnsamlingen.

4.2 Presentasjon av fysioterapeut Karen

Karen er utdannet fysioterapeut fra tidlig på 70-tallet. Hun har grunnfag psykologi og videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi som hun gjennomførte ti år etter grunnutdanningen. Hun har veilederutdanning, og har tatt noe videreutdanning i kropporientert traumebehandling. Hun har mange års erfaring med psykomotorisk behandling i privat praksis.

4.3 Presentasjon av pasient 1: Eli

Eli er en kvinne i femtiårene. Hun har gått til behandling hos fysioterapeut Karen ukentlig/hver fjortende dag de siste tre årene. Da hun kom til behandling hadde hun myalgiplager og diagnosen fibromyalgi. Hun har også kronisk tretthetssyndrom, men har selv begynt å lure på om plagene hennes handler om vanskelige opplevelser i barndom. Eli har vært utsatt for omsorgssvikt. Hun har høyere utdanning, men er i dag uføretrygdet. Har voksne barn.

I begynnelsen av behandlingen reagerte Eli kraftig på berøring, og det å slippe spenninger. Hun fikk kraftige migreaneanfall hver gang hun hadde ligget på benken. På grunn av dette ble terapeut og pasient enige om å endre tilnærming. Eli og fysioterapeuten har siden jobbet med en støttende og stabiliserende tilnærming, med fokus på ressurser og reguleringsmekanismer. Tidligere opplevelser har ikke vært tema i behandlingen, da pasienten selv vil se fremover og ikke bakover. Fortiden aktiverer vanskelige følelser, og hun ønsker derfor ikke å se seg tilbake. Terapeuten har tilpasset behandlingen etter det. Behandlingen har vært å nærme seg det pasienten selv har presentert som viktig, og ta opp reaksjoner på et mer generelt nivå, og ikke gå inn i historien hennes.

4.4 En sammenfatning av videoobservasjon: Eli og fysioterapeut Karen

Å hjelpe pasienten til å kjenne seg sammenhengende og stødig (32 min.)

Eli plages mye med migrene. Hun og fysioterapeuten avtaler på forhånd å jobbe i stående og sittende stilling. Gjennomgående tema i behandlingen er bevisstgjøring og kontakt med egen kropp, kjenne stødighet, balanse og at det er sammenheng i kroppen, og mellom kroppen og livet.

Fysioterapeuten og Eli jobber i timen med å øke kontakt med egen kropp, og finne en balansert stilling i sittende og stående. Fysioterapeuten vender oppmerksomheten til Elis rygg, og det at hun skal finne en indre stødighet og linje i kroppen. Det er vanskelig for Eli å kjenne dette. Terapeut spør inntil hva Eli kan kjenne, og følger opp det hun sier. Hun veksler mellom å være nær Eli med hendene på kroppen hennes, og ta litt avstand. Eli følger instruksjonene, men kommer også med noen forslag og refleksjoner selv. Hun evner å sette grenser. Det er et samarbeid hele veien; terapeut er oppmerksom på pasientens uttrykk, fanger opp og følger opp det pasienten sier og gjør, og oppfordrer henne til å kjenne etter og sette grenser.

Endringsprosessen i sesjonen som helhet:

Eli føler i starten av timen at hun ikke henger sammen. Kroppsspråk uttrykker oppgitthet og slapphet, og hun virker noe emosjonelt avflatet. Hun kjenner i løpet av behandlingen at hun får mer stødighet i kroppen, og at hun kan regulere krefter mer konsistent. Hun føler seg først som en «banan» i sittende, men den følelsen er borte ved avslutning av timen. Hun sier «jeg kjenner i hvert fall noe», og svarer bekræftende på at hun kjenner at hun har en kropp. Hun merker også når det er nok, og sier ifra om dette.

4.5 Videoobservasjon av Eli og fysioterapeuten

4.5.1 Sekvens: Å kjenne seg stødig – å kjenne at rygg og hodet henger sammen.

Analytiske spørsmål til teksten:

- Hva sier teksten om fysioterapeutens måte å forholde seg til pasienten på?
- Hvordan bidrar fysioterapeuten til at pasienten opplever økt opplevelse av sammenheng og stødighet i egen kropp?

Timen starter med en innledende samtale mellom terapeut og pasient. Pasienten bringer inn ulike tema, og snakker om hva som har skjedd siden sist.

Tema: Å finne balanse i sittende. Fysioterapeuten og Eli jobber med at Eli skal få kontakt med en indre stødighet og stabilitet i seg selv, via bevegelse og fokusert oppmerksomhet til kroppen.

Terapeut og pasient sitter ved siden av hverandre på langsiden av benken. Eli finner ikke en god balanse i sittende. Hun vil falle sammen i rygg, ekstendere i nakken og skyte hodet frem. Hun føler at hun aktivt må holde seg oppe, og det er slitsomt. Terapeut er vendt mot Eli, hendene er på Elis rygg og skulder. Hun oppfordrer Eli til å slippe seg fremover i ventralfleksjon.

Sekvensen er 2 minutter og 15 sekunder.

T: «Da tar du og slipper hodet ditt». Terapeut er bestemt, men rolig. Legger hendene på nakke/pannen til Eli for å guide bevegelsen. Eli slipper nakken i fleksjon.

T: «Får jeg lov å rikle litt på den?» (stemmen er vennlig, rolig) Terapeut gjør en roterende bevegelse på Elis hode med hendene sine.

T: «Og så bøyer du deg, og så gir du etter i brystbeinet ditt» Terapeut flytter den ene hånden mellom skulderbladene til Eli, mens den andre er på fremsiden av brystet. Terapeut guider ned bevegelsen med hendene sine. Eli slipper ikke så mye i nedre del av rygg, men gir etter i hoftene.

T: «Bli myk der... Terapeut hentyder til å gi etter i ryggen. Går det fortsatt bra?» Eli glir ned med fleksjon i rygg og nakke. Terapeuts hånd ligger på Elis rygg. Hun kjenner så på setet og understøttelsesflaten.

T: «Der kjente du sitteknutene begynte å bikke fremover, ikke sant?» (spørrende)
«Sånn... (bekreftende, konstaterende tonefall) også kommer du bit for bit opp igjen». Eli ruller opp virvel for virvel til hun kommer opp i sittende igjen. Terapeut holder en hånd på korsryggen til Eli og gjør lette trykk/guidende bevegelse for at hun skal komme opp igjen.

T: «Nå trakk du med deg en pust på vei opp. Kjente du det?» (stemmen er vennlig, spørrende)

P: «Mm»... Eli slipper pusten, synker litt nedpå og lirker litt på overkroppen.

T: «Hvordan ble det med «sitte og holde? Fortsatt på med magemusklene?»

P: «*Nei, Sånn som jeg sitter nå så sitter jeg bedre enn jeg gjorde i stad...*» (Tonefallet er monotont)

T: «*Ja, da prøver vi en gang til..*» (bestemt, rolig og vennlig) Terapeut gjør tegn til at Eli skal slippe seg fremover igjen. De gjentar bevegelsen en gang til, terapeut lirker passivt på hode og nakke. Eli hjelper til ved bevegelsen, hun klarer ikke gi slipp i nakken.

P: «*Ah, det er så stivt at*» (stemmen er alvorlig, litt oppgitt, konstaterende). Hun kommer opp til sittende igjen.

T: «*Det ser ut som om du strekker deg litt for hver gang*». (stemmen er undrende, vennlig)

P: «*Mm*»

T: «*Hvordan kjennes hodet ut nå?*»

P: (liten pause) «*Nei foreløpig så går det bra*».

T: «*Men hvis vi tenker på det med linjene, har tyngdepunktet endret seg?*» (stemmen er undrende, spørrende, interessert)

P: «*Nei, jeg føler jo at jeg sitter sånn nå*» (trykk på «*sånn*») Hun tegner en bue i luften med armen. Terapeut har hendene på Elis rygg.

T: «*Som en banan?*» (vennlig, forståelsesfull, spørrende)

P: «*Mm*»

Metakommunikasjon

Fysioterapeutens perspektiv: «Jeg tror vi skal starte med å jobbe med å finne en indre stødighet, se om hun kan få tak i en følelse av stødighet og styrke inni seg, som igjen kan skape en opplevelse av støtte, kontroll og sammenheng. Jeg tror ikke Eli har helt kontakt med spenning/ avspenning. Det er redusert stabilitet i sittende, og da er det kanskje ikke så rart at det blir tungt å holde seg oppe, eller å holde hodet. Hun virker også litt oppgitt og slapp i kroppen. Det er samtidig stivt i rygg og nakke, og hun får ikke helt til å slippe i nedre del av thoracolumna. Jeg vil ikke pirke for mye på henne eller presse henne. Jeg vil at hun skal få en god opplevelse, og kjenne kontakt med egen kropp. Hun får ikke helt tak i balansen og bevegelsen. Dette var ikke helt lett i dag.

Elis perspektiv: «Det føles stivt i rygg og nakke. Jeg vil bare synke sammen, det er så tungt å holde seg oppe, spesielt hodet. Hun (terapeuten) vil jeg skal slippe meg fremover,

jeg greier det. Selv om det er stivt, er det også litt godt. Jeg greier å rulle opp igjen, og det føles litt bedre å komme opp å sitte etterpå. Dette tror jeg går greit for hodet. Det blir ikke for mye, men jeg klarer ikke helt å finne balansen.

Fortolkning av roller: Fysioterapeuten starter med å jobbe med at Eli skal finne bedre balanse i sittende. Hun vil at Eli skal få tak i/kontakt med bevegende og stabiliserende muskulatur i rygg og nakke, og finne linjen i overkroppen. Terapeut er tett inntil pasienten hele tiden, er interessert og undrende. Hun er konsentrert og rettet mot oppgaven. Hun leter etter hva det er som holder, og hva hun skal gjøre for å bedre det. Men hun er også rettet mot Eli, og hva hun kan merke. Hun er oppmerksom mot Elis pust, og kommenterer dette på en vennlig måte. Eli virker trygg på terapeuten. Hun virker også noe emosjonelt avstengt, og mimikk, stemme og tonefall er alvorlig. Det er lite spontanitet i kroppsspråket. Det er terapeut som tar mest initiativ, men Eli svarer, kommenterer og kommer med egne opplevelser. Det er terapeuten som leder, men det er med utgangspunkt i det som Eli gir uttrykk for.

For å illustrere at det skjedde en endring i pasientens kroppssopplevelse løpet av timen har jeg tatt med en sekvens fra avslutningen av timen. Terapeut og pasient har satt seg på benken slik de begynte timen.

T: «Hvordan føles balansen i søylen og overkroppen nå da? (liten pause) Se her, nå tar jeg og stryker litt nedover her sånn, bare for å vise deg hvordan du...» (stemmen er vennlig) Terapeut stryker med flat hånd nedover Elis ryggrad.

P: «Jeg føler meg i hvert fall ikke som en banan lengre».. Eli ler litt. Fysioterapeuten ler også.

T: «Så bra!»....

P: «Jeg kjenner i hvert fall noe»...

T: «Du kjenner at du har en kropp her». Terapeut har blikket på Elis rygg. (stemmen er alvorlig)

P: «Ja, det synes jeg at jeg har» (Stemmen er rolig, konstaterende)

4.5.2 Intervju med fysioterapeut Karen i forhold til behandlingstimen med Eli.

Analytiske spørsmål til teksten:

Hvordan forstår terapeuten pasientens symptomer, og hva tenker hun om måter å forholde seg til pasienten på?

Å være der pasienten er

Fysioterapeuten respekterer Elis ønske om å ikke se «bakover», men heller se «fremover». Å se seg tilbake aktiverer for mange vanskelige følelser for Eli, og Eli er ikke klar for det akkurat nå. Som fysioterapeuter kan vi ikke dytte innsikt eller terapeutiske virkemidler på pasientene. Vi må tilpasse oss der pasientene er, og det kan være det som skal til for at de skal bli bedre. Spesielt for de pasientene som har mye «oppgitthet» i systemet sitt. I behandlingen nærmer terapeuten seg det Eli selv presenterer som viktig, men går ikke inn i kjerneproblemene. Terapeuten fokuserer på å jobbe med ressurser, stabilisering og ikke-inngripende behandling. Hun mener det viktigste for pasienten er å finne reguleringsmekanismer, og måter å takle hverdagen på.

Fysioterapeutens sensitivitet i møtet med pasienten tillegges vekt. Terapeut vektlegger viktigheten av å hele tiden observere de små reaksjonene hos pasienten. De kroppslige reaksjonene hos pasienten kan si noe om hva pasienten tåler uten å bli overveldet av sterke følelser eller kroppslige reaksjoner. Settes for høye krav kan pasientene bli dårligere. Å oppleve mestring er «alfa og omega».

Alvorlige livshendelser som kroppslige uttrykk

Terapeut tror at pasienten er i en slags «submission»/ «overgivelsesmønster», som henger igjen etter en vanskelig barndom og vedvarende vansker i voksenlivet. Den manglende stabiliteten i overkropp og nakke/hode, og avflatede emosjonalitet, kan være et uttrykk for resignasjon og overgivelse. Hun har lite kontakt med sentral muskulatur.

4.6 Presentasjon av pasient 2: Line

Line er en kvinne i femtiårene. Hun har gått i behandling ukentlig/hver 14. dag hos fysioterapeut Karen de siste 12-13 årene. Line har opplevd omsorgssvikt og vold i nære

relasjoner i barndom, og har også opplevd overgrep utenfor familien. Line har lavere utdanning, er delvis uføretrygdet og har deltidsjobb i helse og omsorgssektoren. Går parallelt i behandling hos psykolog.

Da Line kom til behandling første gang var hovedsymptomene skuldersmerter og depresjon. I begynnelsen var det vanskelig for Line å bli sett på. Det å bli betraktet skapte masse uro i henne. Å kle av seg var svært provoserende, og terapeut måtte gå ut av rommet når hun skulle skifte. Det måtte også være armlengs avstand mellom dem for at det skulle være trygt nok. Line har mye skam i forhold til kroppen sin. I behandling har fokuset primært vært stabilisering, spenningsregulering og å rydde i tankene. Nå greier hun fint å stå på gulvet uten genser, og hun og terapeuten kan gjøre øvelser sammen, eller hun kan ligge på benken å motta berøring og massasje. Men det er fremdeles slik at gamle mønstre dukker opp når det er noe Line oppfatter som skummelt eller ubehagelig. Dette gamle mønsteret ser vi rester av på videoen. Har smerter i en hofte når hun kommer til timen.

4.7 En sammenfatning av videoobservasjon av Line og fysioterapeut Karen

Å jobbe med å tåle å være til stede i egen kropp, her og nå. (37 minutter)

Line er svært nervøs når hun kommer til timen. Timen blir preget av at hun opplever sterke reaksjoner i egen kropp, både på grunn av at det er utfordrende med videofilmingen, og på grunn av en drøm hun hadde hatt natten før. Gjennomgående tema for behandlingen er regulering og bevisstgjøring i forhold til kroppslige reaksjoner og følelser, å tåle å være i egen kropp her og nå, og kjenne behov, grenser og lyst. Sammenhenger mellom kroppslige symptomer og livet er også et tema.

Terapeuten er nær pasienten med kropp, blick og hender, og sjekker hele tiden ut hvordan hun har det. Hun gir rom for samtale, og tid til å kjenne etter. Pasienten er i varierende grad nærværende i timen, og har behov for å skjerme seg. Hun greier å samarbeide med terapeuten, og tar valg og spontane initiativ selv.

Terapeuten oppfordrer til at pasienten skal legge merke til seg selv og egen kropp, reaksjoner, fornemmelser og følelser, og ta valg ut fra det hun kjenner. Terapeuten jobber med å løsne på spenninger, spesielt rundt skulderbue, rygg og hofte, og i forhold til

respirasjon. De jobber med å bli mer avspenst i kropp og pust, få bedre kontakt med og kontroll over egen kropp, kroppslige symptomer og reaksjoner. De reflekterer sammen underveis rundt hva Line kjenner i kroppen, og setter det i sammenheng med livet og tidligere opplevelser. Ved sterke reaksjoner jobber de kroppslig med å få tilbake en god følelse og kontakt med kroppen, gjennom oppmerksomhet, berøring, massasje, sensorisk stimulering, strekk, rytmisk stabilisering og å kjenne krefter i egen kropp.

Endringsprosessen i sesjonen som helhet:

Pasienten kommer til timen med en svært høy kroppslig beredskap i seg. Det viser seg i form av høycostal respirasjon, anspenhet, kulde og varmefornemmelser i kroppen og nummenhet i venstre hofte.

I timen oppstår det flere kroppslige og følelsesmessige reaksjoner, og hun «forsvinner også litt fra her og nå» som hun beskriver det selv. Terapeuten jobber med å regulere henne slik at hun roer ned de kroppslige ubehagelige fornemmelsene og følelsene, og kommer tilbake til her og nå. Hun opplever etter hvert å få bedre kontakt med egen kropp, og de kroppslige ubehagelige fornemmelsene blir mindre. Hun blir tydeligere i kroppsspråk og også verbalt. Mot slutten kommer det noen vanskelige følelser igjen, men hun er mer stabilisert, og greier å regulere seg selv.

4.8 Videoobservasjon av Line og fysioterapeuten

Innledende sekvens

I den innledende samtalen sier Line at hun tror det er lettest om de bare begynner å jobbe med kroppen med en gang. Terapeuten møter henne på dette, og de setter seg ved siden av hverandre på langsiden av benken. Line blir oppfordret til å slippe spenninger i overkroppen, for å sitte mer avslappet. Hun klarer ikke å slappe av. Hun strammer seg opp i rygg og nakke, og får etter hvert enda mer anstrengt og høycostal pust. Hun kjenner seg kald. Hun formidler at det blir for mye for henne. Videoen blir slått av etter pasientens ønske.

Line fikk valget om hun vil fortsette eller avslutte timen. Hun sa at hun kunne tenke seg å ligge på benken, og at kameraet kunne startes igjen. Resten av timen foregår i liggende på benk.

Behandling i mageleie - foranledningen til sekvens 1

Line ligger på magen på benken og har laken og teppe over seg. Terapeut står ved siden av, og har hendene på ryggen hennes. Terapeuten oppfordrer Line til å kjenne etter i kroppen, og ta egne valg for hvordan hun vil ha det. De ordner litt praktisk og Line sier hun er både kald og varm. Hun forteller at hoften har vært litt kranglete siden i natt. Terapeuten begynner med å bevege og løsne litt på Lines skulderbue, skyve og strekke passivt på ryggen, samt jobbe med massasje. Hun spør underveis om Lines opplevelse av grepene på kroppen. Line er til stede og svarer. Terapeut stopper opp og lytter oppmerksomt i sekvenser der Line vil fortelle om noe hun har på hjertet. Pasient gis tid til å fortelle, og blir etterpå bedt om å merke hvordan det kjennes i kroppen å sette ord på det. Line er øm i muskulaturen og pusten er bremsset, men hun kjenner at det gir litt slipp i skulder og mage. Respirasjonen blir også roligere. Sekvens 1 kommer ca. 21 minutter inn i timen.

4.8.1 Sekvens 1: Når behandlingen utløser sterke følelser og bringer frem minner hos pasienten.

Analytiske spørsmål til teksten:

Hvilke variasjoner i måter å forholde seg på sees hos fysioterapeuten?

Tema: Terapeut jobber med å løsne på pasientens skulderbue, med mål om at det skal hjelpe litt på den anstrengte pusten. Smerte i hoften er også et tema, og terapeut palperer setemuskulatur.

Sekvensens varighet er 3 minutter og 15 sekunder.

T: Kjenner du armene dine nå? Har du kontakt med dem?». (rolig, interessert, spørrende)

P: «Ja».

T: «Det er bra». (bekreftende tonefall). Terapeut legger lakenet tilbake over Lines rygg, og stryker til slutt raskt over lakenet og ryggen.

T: «*Hvordan går det med temperaturen?*» Terapeut tar hendene bort fra Line, lener seg mot benken med armene, ser avventende ned mot Line.

P: «*Det er blitt litt varmere*».

T: «*Helt ned til beina eller?*» (interessert, vennlig)

P: «*Ja*».

T: «*Okei*». Terapeut nikker bekreftende, konstaterende, det ser ut som hun tenker, er litt avventende. «*Hadde det vært godt å ligge litt sånn?*» (tonefallet er spørrende og undrende)

P: «*Ja, det er jo ofte godt det*». (stemmen er lav, rolig, bekreftende)

T: «*Ja, du liker det*». (alvorlig, bekreftende, vennlig) Terapeut ser ettertenksom ut, legger ullteppet oppå lakenet og stryker over ryggen til Line. «*Jeg tenker at da får kroppen arbeide litt på egen hånd... med å slippe seg litt nedpå..*» (stemmen er rolig, tonefallet vennlig og alvorlig). Terapeut støtter seg med armene på benken, står avventende, rolig, blikket er vendt mot Lines rygg og pust.

P: «*Tar du litt med føttene og?*» (Lines stemme er litt høyere og tydeligere, tonefallet spørrende)

T: «*Litt med føttene?*» (bekreftende, alvorlig tonefall) Terapeut reagerer spontant, som om hun kom på at hun hadde glemt noe, og forflytter seg ned til fotenden av benken.

P: «*Ja.....som du pleier*». Line ler litt.

T: «*Ja*». Terapeut ler. «*Ja, sånn som vi pleier*. (tonefallet er vennlig) *Jeg har jo rett og slett glemt denne hoften din*» (tonefallet er lystig) Hun ler igjen. «*Så bra du...*» Terapeut stiller seg ved siden av Lines venstre hoft. Hun løfter opp teppet og lakenet over hoft/sete.

T: «*Skal vi se her*». Terapeut er konsentrert og vendt mot Lines setemuskulatur, hun palperer litt på setemuskulatur. «*Hvordan den er i dag?*» Terapeut blir avbrutt av Line:

P: «*ÅHHH !!*» Line stønner høyt, og uttrykker sterk smerte og ubehag. Hun flekterer i hofter, trekker seg sammen i fleksjon, overkroppen løftes fra benken og hun støtter seg opp med ene armen. «*ÅHH...*» (stønner en gang til). Terapeut står avventende, rolig, støtter seg til benken noen sekunder. Det ser ut som hun tenker, blikket er på pasienten.

T: «*Nei, hoftene er ikke noe for tiden, hoftene er potente for tiden...*» (tonefallet er konstaterende, alvorlig, stemmen uttrykker omsorg og medfølelse) Hun brer lakenet og teppet over Line. Line puster anstrengt inn. Terapeut går rolig til andre siden av benken. Legger en arm over skulderen og rundt Line. Hun bøyer seg ned mot henne. Hvisker noe i øret hennes. Line vrir seg litt og sukker høyt.

P: «Det går bra» (oppgitt i stemmen).

T: «Det går bra» (vennlig, støttende, bekreftende tonefall) Terapeut ordner litt på teppet. Står tett inntil pasienten. Legger armene på midjen til Line.

P: «Det går jo helt opp i ryggen» (Stemmen er oppgitt)

T: «Ja, jeg tror ikke vi skal ta mer på hoftene, det tror jeg vi skal ta en annen gang. Da kan vi jobbe litt på en annen måte med det der med hoftene». (stemmen er rolig, konstaterende) «Men du hadde jo noe som du hadde tenkt om de hoftene sa du?...» (spørrende, vennlig tonefall) Terapeut er lent over benken, armene ligger støttende på Lines kropp.

P: «Ja, den drømmen...» (stemmen er bekreftende, litt spørrende) Line slipper pusten, sukker.

T: «Du bestemmer selv om du vil fortelle om den eller ikke» (tonefallet er vennlig, støttende). Videoen blir slått av.

Metakommunikasjon

Fysioterapeutens perspektiv: «Respirasjonen er svært anstrengt. Hun er svært aktivert i dag. Håper at det å løsne litt på skulderbuen kan hjelpe litt på pusten, og roe henne litt, det bruker det jo å gjøre. Det virker som hun slipper seg litt mer nedpå, og hun sier hun er blitt varmere. Det er jo et godt tegn. Jeg vil ikke gjøre for mye. Kanskje kan det være godt for henne å bare få ligge litt på benken, og la kroppen jobbe litt selv. Men jeg har jo glemmt å kjenne på hoften i dag, den hoften som har vært kranglete. Bra at hun følger med meg og sier ifra. Men du verden for en reaksjon! Det lille grepet på setemuskulaturen utløste voldsom smerte og ubehag. Det hadde jeg ikke forventet i det hele tatt. Det er nok noe med de hoftene som aktiverer henne. Jeg vil ikke presse henne, men jeg tror det kan være bra hvis hun klarer å sette ord på det».

Lines perspektiv: «Jeg føler meg ganske trygg her under teppet, og jeg er også trygg på Karen, men jeg synes det er ubehagelig med den videoen. Jeg vil helst skjule meg litt for kamera. Det er tungt å puste, men jeg tror det slipper litt. Hun har visst glemmt å kjenne på hoften min som vi snakket om. Jeg vil at hun skal kjenne på den, for den har vært så vond i det siste. Men FY hvor vondt det var! Jeg visste ikke at den var så vond. Smerten er

intens, den gjør meg helt matt og nummen. Jeg vil bare krype helt sammen og gjemme meg. Bilder fra drømmen kommer opp i meg, og vonde og vanskelige minner. Huff, det er så tungt».

Fortolkning av roller: Line ligger på magen med hodet ned i hullet i benken. Pusten er bremsset, og det kommer tydelige innpust der hun bruker mye respirasjonsmuskulatur i bryst og armer. Terapeut jobber med å løsne på skulderbue, for å se om det kan hjelpe litt på pusten og roe henne litt. Terapeut er konsentrert om det hun gjør, og følger hele tiden med på Lines kroppslige reaksjoner og respirasjon. Terapeut tar mest initiativ i begynnelsen av sekvensen, men Line tar initiativ når hun sier til terapeuten at hun har glemt å kjenne på hoften hennes. Det lille grepet fører til en voldsom reaksjon hos Line. Hun sukker og stønner høyt, og gir tydelig uttrykk for voldsomt ubehag. Hun kryper sammen i fosterstilling. Terapeut er rolig, selv om reaksjonen virker til å være overraskende for henne også. Hun er ettertenksom, og pakker Line godt inn i teppene igjen, gir henne tid, ro og støtte. Hun skjermer Line litt fra videoen ved å hviske noe inn i øret hennes. Terapeut vet nok at det er noe med de hoftene som trigger henne, men er tydelig på at det er Line selv som bestemmer hva hun vil dele i timen.

4.8.2 Sekvens 2: Å hjelpe pasienten til regulere seg ved hjelp av kroppen

Analytiske spørsmål til teksten:

-Hvordan forholder terapeuten seg når det oppstår sterke kroppslige og følelsesmessige reaksjoner hos pasienten?

-Hvordan bidrar terapeuten til å fremme endring hos pasienten, og hvordan er kroppen en ressurs i dette arbeidet?

Tema: Å regulere seg ved hjelp av kroppen. Terapeut hjelper Line til å få bedre kontakt med egen kropp igjen etter den voldsomme reaksjonen etter palpasjonen på hoften.

Line ønsket ikke å fortelle om drømmen mens videoen var på, men ønsket å dele den med meg og terapeuten. Hun fortalte at den omhandlet hennes historie med å få ris/bank på rompa som barn. Denne drømmen satte hun i sammenheng med smertene hun kjente i

hofta, spesielt på venstre side. Denne følelsen hadde blitt ytterligere aktivert når terapeut palperte på setemuskulatur, og det kom en intens smerte og følelse av nummenhet, matthet og håpløshet. Line ville likevel fortsette timen etterpå. Neste sekvens kommer like etter at videokameraet er slått på igjen. Line i sideleie på benken, med bøyde knær og hofter og armene bøyd opp mot hodet. Hun har laken og teppe over seg. Ansiktet synes ikke fra kameravinkelen. Teppe er også delvis over hodet.

Sekvensens varighet: 2 minutter 15 sekunder.

T: «Hvordan kjennes den foten ut nå? Er det liv i den foten? Føler du at han kunne forsvart seg eller noe? Eller er den litt nummen og borte?» (tonefallet er spørrende, interessert) Terapeut er rolig.

P: «Den er nummen og borte» (konstaterende tonefall, alvorlig, oppgitt)

T: «Ok... kan du bevege litt på tærne?» (støttende, undrende) Pasient beveger litt i foten.

P: «Ja, det er hofta som er nummen». (bestemt, litt oppgitt)

T: «Er det hofta som er nummen» (Trykk på ordet «hofta», bekreftende tonefall)

«Mm.....» Terapeut tenker. *«Er det en bevegelse som kunne vært ok og gjort?»* (spørrende, undrende, vennlig og rolig)

P: «Jeg vet ikke». (oppgitt)

T: «Kan jeg prøve å foreslå noe?» (Spørrende, lystig)

P: «Ja». (stemmen er tydelig) Svaret kommer kontant. Terapeut går på andre siden av benken. Line sukker.

T: «Her er foten,.. og her er hofta... og her er kneet». Terapeut markerer kroppsdelene med å stryke på dem mens hun sier navnet på dem. Hun er rolig.

T: «Kan jeg pakke ut kneet?» (spørrende, vennlig)

P: «Ja ja.... Pakk ut du...»

T: «Pakk ut». (konstaterende) Terapeut ler, løfter teppet bort fra kneet og leggen. *«Sånn, der har vi den. Så tar du bare forsiktig og strekker ut...»* Terapeut bøyer opp i Lines ankel. Line strekker da venstre kne rett ut med dorsalfleksjon i ankel.

T: «Se der ja! Var det godt?» (stemmen er høyere, spørrende)

P: «Ja».(alvorlig, tydelig) Line strekker ut begge beina på eget initiativ.

T: «Der kom der en bevegelse» (lystig tonefall) (pause). Line sukker/stønner to ganger.

T: «Ja, hvis vi gjør sånn da?» (terapeut virker til å overhøre sukkene). Terapeut flekterer Lines kne og strekker det. Line er aktivt med på den første bevegelsen. Terapeut gjentar det noen ganger, men det ser ut som Line blir mindre og mindre med på bevegelsen. Lines pust er anstrengt.

T: «Hvordan var dette?» (undrende tonefall)

P: «Jo, det går greit...» (oppgitt tonefall, og det høres ikke ut som «det går greit») Line trekker så til seg begge beina, og kryper inn i fosterstilling igjen.

T: «Så fikk du lyst til å trekke deg tilbake igjen....» (bekreftende, litt spørrende tonefall) Line sukker/stønner. Terapeut legger teppet rolig tilbake over beina igjen. Holder den ene hånden på låret hennes. Er avventende noen sekunder.

T: «Hvordan går det med nummenheten i hoften?»

P: «Nei, jeg vet ikke helt. ..(oppgitt stemme) Den er ikke så nummen som den var når jeg lå på mage» (alvorlig, konstaterende)

T: «Så den var nummen når du lå på mage og?» (tonefallet uttrykker overraskelse). «Ja, akkurat. Så du hadde det med deg på en måte...» (tonefallet er konstaterende og forståelsesfullt) Terapeut går på andre siden av benken, legger hendene på siden av pasienten, og lener seg mot ryggen hennes.

T: «Men du, husker du at noen ganger så har vi brukt den lille pigballen og trillet på kroppen? Terapeut lener overkroppen inntil Lines rygg og har hendene på skulderen og ryggen. Stryker med hendene på Line. (terapeuts kroppsholdning uttrykker omsorg, bevegelsene er rolige og trygge)

P:» Ja» (avventende, forventningsfull)

T: «Kunne det være en greie? Prøve?» (undrende, lystig)

P: «Ja»

Metakommunikasjon

Fra fysioterapeutens perspektiv: «Den mattheten og nummenheten er nok et uttrykk for at hun ikke er helt i kroppen sin. Jeg må prøve å gjøre noe slik at hun får bedre kontakt med kroppen sin, og at hun kjenner at hun har styrke i seg selv. Det er ikke lett å vite hva som blir best for henne, men jeg må bare prøve meg frem. Jeg prøver å markere beina og få tak i strekk her. Hun får tak i en liten strekk, men hun er ikke helt med, og trekker seg

inn i fosterstilling igjen. Hun er nok i noe, og trenger å beskytte seg. Det er viktig for meg å vise at jeg er her og støtter henne, og viser at reaksjonene hennes er ok. Jeg får heller prøve å jobbe litt med sensorisk stimulering slik at hun kanskje får tilbake normal følelse og kontakt med hofta igjen. Akkurat nå greier hun ikke få tak i styrken. Det er hun som bestemmer, og hun må kjenne etter i seg selv og ta valg, men hun trenger hjelp til å regulere seg nå».

Fra Lines perspektiv: «Det er så vanskelig. Jeg føler meg helt matt, og hofta er nummen og borte. Jeg blir så oppgitt. Hun vil jeg skal strekke i beina. Jeg får det til en gang, men så vil jeg bare krype sammen igjen. Jeg føler meg så liten. Jeg blir så trist og frustrert over at det er sånn. Skal det aldri gå over? Terapeuten vil så gjerne hjelpe slik at jeg får det bedre, men det er ikke lett for verken meg eller henne. Men hun er rolig og jeg er trygg på henne, selv om det er vanskelig.

Fortolkning av roller: Line kjenner seg matt i kroppen og nummen i hofta. Terapeut er tett på Line hele tiden. Enten som avventende, med hendene på Lines kropp med strykninger og støttende grep, eller rettet mot en oppgave. Det er mye omsorg og støtte i terapeuts nærhet i kropp, blikk, samtale og oppmerksomhet mot Line, og hennes kroppslige fornemmelser. Terapeut er rolig, men det virker som hun hele tiden tenker, undrer seg og vurderer hva hun skal gjøre for å hjelpe Line til å regulere seg kroppslig. Hun jobber mot at Line skal få tilbake gode følelser og kontakt med kroppen. Terapeut foreslår at Line skal strekke beina. Hun strekker seg, men er ikke helt klar, og kryper inn i fleksjon igjen. Terapeut respekterer dette, er støttende og rolig. Formidler med hele seg at det Line gjør og kjenner er ok og forståelig. Terapeut foreslår sensorisk stimulering med knotteball på hoften. Line er på slutten mer tydelig, og vil fortsette, noe som kan tyde på at det blir lettere å være tilstede og i egen kropp. Terapeut er den som tar initiativ i timen. Line svarer på spørsmål, og tar to ganger initiativ selv; når hun strekker seg ut i begge beina, og når hun trekker seg sammen.

4.8.3 *Sekvens 3: Å hjelpe pasienten til å få tak i egen styrke*

Terapeut gikk over til å bruke knotteball for sensorisk stimulering på Lines hofte. Mens de holdt på med dette fikk Line igjen en reaksjon av tristhet og fortvilelse. Line sier at hun føler hun «faller inn i noe» hvis hun skal ligge rolig på benken. Terapeut setter seg lent mot henne, med armene over siden og ryggen hennes. De snakker om hva pasienten skal gjøre resten av dagen. Terapeut er støttende i ord og kroppsspråk. Hun foreslår at de gjør noen øvelser som Line kjenner fra før, for på den måten å prøve å komme inn i kroppen sin igjen. Line ligger på ryggen med knærne bøyd og fotsålene i gulvet. Har lakenet over overkroppen og litt over hodet. Terapeut står ved siden av benken.

Tema: De jobber med at pasienten skal få mer tak på seg selv, og kjenne styrke/muskelkraft ved hjelp av motstandsøvelser med hoftene. Pasienten blir påminnet om at det er hun som bestemmer, og må ta valg for hvordan timen skal fortsette.

Analytiske spørsmål til teksten:

- Hva sier teksten om fysioterapeutens måte å forholde seg til pasienten på?
- Hvordan bidrar fysioterapeuten til å fremme endring hos pasienten slik at hun blir mer til stede her og nå, og hvordan er kroppen en ressurs i dette arbeidet?

Sekvensens varighet 2 minutter.

T: «Da snakket vi om at når du får det sånn at kroppen går inn i sånn håpløshet og hjelpeløshet og sånn, så bruker vi disse stabiliseringsøvelsene for å hente deg litt inn igjen. (stemmen er rolig, alvorlig) Så er du litt mer på plass nå?» (stemmen er undrende og vennlig) Terapeut er forklarende, blikket et vendt mot Lines ansikt og kropp.

P: «Jeg er mer på plass nå ja». (bekreftende)

T: «Og da prøver vi at du bøyer opp i hofta og så holder du». Terapeut bøyer opp Lines venstre hofte mens kneet er bøyd. Terapeut holder igjen, mens Line prøver å dra låret inn mot seg. Det blir en «hold-slipp» øvelse.

T: «Kjenner du det i magen?»

P: «Ja» (stemmen er tydelig)

T: «Også ned igjen». Liten pause. «En til?»

P: «Mm» Det samme gjentas på nytt. Terapeut er hele tiden vendt mot Line.

T: «Det ser ut som du likte det der». Terapeut ler litt.

P: «Dette går greit».

T: «Og så slapper du av». Line slipper beinet ned igjen. «Det var nr. to. Skal vi ha alle gode ting er tre, eller?»(spørrende)

P: «Ja»

T: «Ja». Terapeut leder beinet opp i fleksjon igjen og øvelsen gjentas.

T:» Skal vi ta den andre også, så du ikke blir skjev?»

P: «Ja, må få likevekt». (terapeut går til den andre siden. Løfter det andre benet opp).

T: «Så tar du der». Gjør øvelsen tre ganger på ve. Bein.

T:» Du er jo sterk! (Stemmen er tydelig, vennlig, bekræftende) «Så disse hoftene dine er jo sterke, det er bare det at akkurat nå så har det vært litt, hatt noe med seg som...» Terapeut går tilbake til den andre siden. Stiller seg ved siden av benken, har begge armene i siden, ser på Line.

P: «Jeg tror det er noe grums som kommer opp»

T: «Jeg tror det er noe grums, og i dag var det....tror jeg, rimelig grumsete». Terapeut ler.

P: «Ja»

T: «Ja, okei. Skal vi stoppe der, synes du, eller vil du?» (spørrende, undrende)

P: «Jeg vet ikke hva du tenker..?» (litt usikker i stemmen)

T: «Nå er det du som tenker!». (tydelig, konstaterende tonefall) Terapeut ser på pasienten, peker på henne og smiler.

P: «Åja»... Line ler litt.

T: «Ja» Terapeut smiler vennlig til pasienten.

Metakommunikasjon

Fysioterapeutens perspektiv: «Nå begynner hun å få litt mer tak på seg selv igjen. Det har vært intensiv jobbing med å regulere henne i dag, men nå er hun mer på plass enn tidligere. Hun er litt ute av den håpløshetsfølelsen. Jeg lurer på om vi bare skal avslutte nå. Det har vært en tøff time for henne, men nå er hun rimelig stabilisert. Jeg vil høre hva hun synes. Hun spør hva jeg synes, men der «arresterer» jeg henne litt, hun må ta egne valg. Jeg må presse henne litt vennlig, og hun vet det selv, så tonen mellom oss er god.

Lines perspektiv: «Jeg kjenner meg bedre i kroppen nå, og det er bedre i hofta. Godt at den nummenheten og mattheten begynner å slippe taket. Det har vært en krevende time. Jeg kjenner at jeg har krefter i hoftene mine. Det er godt. Terapeuten vil jeg skal bestemme om vi skal avslutte. Jeg vet jo at her får jeg lov til å bestemme selv, men jeg glemmer det litt. Men jeg kan kjenne etter i meg selv. Det kjennes bra.

Fortolkning av roller: Line er mer på plass og til stede her og nå. Fortvilelsen og den reduserte kroppskontakten er på retur. Hun kommer i kontakt med en følelse av styrke i hoftene sine ved hjelp av motstandsøvelser/hold-slipp-øvelser. Det er terapeuten som tar mest initiativ. Line er roligere og svarer og kommenterer. Terapeuten gir Line valget om de skal avslutte timen. Line blir usikker på om hun skal bestemme/vite det, men blir «arrestert» av terapeuten på at hun skal tenke selv. Hun vet det nok, og tonen mellom dem er god og trygg.

4.8.4 Intervju med fysioterapeut Karen i forhold til behandlingstimen med pasient Line

Analytiske spørsmål til teksten:

-Hvordan forstår fysioterapeuten pasientens kroppslige reaksjoner, og hvilke tanker gjør hun seg om måter å forholde seg til pasienten på?

Å forstå når pasienten har behov for å skjerme seg

Pasienten har behov for å skjerme seg ved sterke reaksjoner som er skambelagte, men vil samtidig ha kontakt med terapeuten. Da får hun gjemme seg under teppet, og fysioterapeuten jobber da med lett sansestimulering som å banke, klappe og stryke på kroppen hennes. Hun bruker også motstandsøvelser og samtale. På denne måten roer pasientens kroppslige reaksjoner seg, og hun tåler etter hvert å bli synlig og tydelig igjen. Terapeut bruker en støttende tilnærming, og gir uttrykk for at «dette skal vi klare sammen», «du kommer deg ut igjen». Terapeuten gir håp og støtte. Og det hjelper pasienten å roe seg ned. Fysioterapeuten viser respekt for pasientens følelser og behov.

Å forstå hva pasienten opplever

Pasienten hadde både en opplevelse av kulde og varme i kroppen under behandlingen. Terapeuten sier at det kan bety at det både er en hypoarousal og er hyperarousal i en kropp samtidig. En frys-reaksjon er både en sympaticus og parasympaticusaktivering samtidig. Og hun tror at i går hadde pasienten det slik fordi det ble så overveldende for henne. Når pasienten har det slik tenker terapeuten at nå trenger hun hjelp til å regulere seg.

Å hjelpe pasienten til komme i kontakt meg egen muskulatur kan være jeg-støttende.

Terapeuten bruker motstandsøvelser for å fremme pasientens opplevelse av å ha en kropp, og kjenne styrke i seg selv. Hun setter sammen kunnskap hun har fått hos andre, med egen forforståelse om hvordan hypotone kroppslige reaksjoner kan forstås i et traumeperspektiv. Samt refererer hun til en fysiologisk effekt av hold-slipp, der hypertone muskler kan slippe og hypotone kobles inn.

Å være oppmerksom på at det som er godt for pasienten, også kan oppleves litt farlig

Når pasienten opplever noe godt i behandling, er det vanskelig å ta i mot og kjenne på følelsen. Hun opplever da savn over gode opplevelser hun ikke fikk i sitt liv da hun var barn, og da kommer det sterke følelser. Å oppleve noe godt kan derfor også oppleves litt farlig. Å oppleve sterke kroppslige reaksjoner gjør at pasienten blir liten jente som trenger litt trøst for at hun skal finne tilbake til sin voksne tilstand. Nærhet til terapeut er da regulerende for pasienten, men så er det tilbake, bruke aktive øvelser, samle seg, for å få tilbake sin voksenhet og kunne avgrense seg selv.

4.9 Presentasjon av fysioterapeut Solveig

Solveig er utdannet fysioterapeut fra slutten av 70-tallet, og tok videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi fem år senere. Hun arbeider i privat praksis, og har mange års erfaring med klinisk arbeid. Har tatt kurs innen behandling av traumer.

4.10 Presentasjon av pasient 3: Mari

Mari er en kvinne i slutten av tjuetårene. Hun tok selv kontakt med fysioterapeuten på grunn av plager i rygg, nakke og svimmelhet. Hun har vært svimmel i over et år. Mari går parallelt hos psykolog. Hun holder til daglig på med høyere utdanning.

Mari har som voksen vært i et lengre samboerforhold der hun har blitt mishandlet. Dette forholdet tok slutt for en god del år siden, men hun har etter dette vært i et forhold til en mann med store rusproblemer. Oppveksten vet terapeuten foreløpig lite om, men hun vet at pasienten mistet faren sin da hun var seks år, og mor fikk en ny mann som Mari gikk dårlig overens med. Hun har hatt vanskelige forhold til gutter og menn.

Mari kommer til sin tredje behandlingstime. Terapeut har ikke hatt noen fysisk kontakt med henne før denne timen, men har brukt de to første timene på at Mari har fortalt litt kort om livet sitt, og deretter har de jobbet med å legge merke til og bli bevisst egen kropp.

4.11 En sammenfatning av videoobservasjon av Mari og fysioterapeut Solveig

Å legge til rette for at pasienten skal bli kjent med seg selv, og finne egne ressurser (50 minutter)

Tema i timen er å legge merke til og bli bevisst egen kropp. Terapeut oppfordrer pasienten til å registrere nyanseforskjeller ved kroppslige fornemmelser. Det å merke hva som er godt for en selv beskriver terapeut som verktøy som pasient kan bruke for å roe ned og få økt kontakt med kroppen, og hjelpe pasienten til å samle seg. Et mål virker å være at Mari skal bli kjent med og finne «verktøy» i seg selv, som hun kan bruke for å redusere kroppslig ubehag og uro.

Terapeut og pasient forholder seg vennlig til hverandre, men de holder en viss fysisk avstand til hverandre i rommet. Timen er preget av at det er terapeut som tar mest initiativ. Hun er den som instruerer og leder innholdet i timen. Pasienten er mer reservert, men er til stede, svarer på spørsmål, og kommer med noen egne betraktninger og opplevelser.

Timen består av mye samtale og refleksjon, der terapeuten forklarer en del angående forståelse, reaksjoner og behandling for pasienten. De arbeider praktisk med

utgangsstillinger, som sittende og stående, der det er fokus på å legge merke til, kjenne etter, nyansere kroppsformannelser og finne balansen. Terapeut tematiserer synsavhengighet i forhold til balanse, og de jobber litt med å lukke øynene, og kjenne etter i kroppen. Spenning versus avspenning i beina er også et tema. Mellom de praktiske, mer aktive sekvensene, går de tilbake til samtale rundt det som skjedde. Halve videoen består av samtalesekvenser.

Endringsprosessen i sesjonen som helhet

Maris hovedsymptom er svimmelhet. Den er ikke konstant, men oppstår ofte og i ulike situasjoner. Mari greier gjennom timen å legge merke til nyanser av fornemmelser i kroppen og sette ord på dem. Hun legger merke til spenninger, og forteller da om situasjoner hvor disse spenningene øker. Hun merker nyanser som gjør det bedre og verre. Hun er ikke særlig spontan i ord og kroppslige uttrykk, men ganske alvorlig og noe emosjonelt avflatet. Hun er ettertenksom og pliktoppfyllende. I løpet av timen skjer det ikke store endringer i kroppsuttrykk, men hun forteller at hun er blitt mer bevisst kroppen i hverdagen.

4.12 Fysioterapeuten og Mari

4.12.1 Sekvens: Å legge merke til egen kropp, en forutsetning for endring?

Analytisk spørsmål til teksten:

Hvordan forholder fysioterapeuten seg til pasienten i en tidlig fase av et behandlingsforløp?

Tema: De jobber med at pasienten skal legge merke til egen kropp, ved å kjenne på nyanser av det å sitte.

Behandlingstimen er akkurat startet. Mari sitter i en lenestol med ryggen til veggen. Terapeut sitter ved siden av skrivebordet en meter unna, vendt mot Mari. Terapeut forteller at de skal begynne med å utforske litt i forhold til å kjenne etter i kroppen, for å bli bedre kjent med egen kropp. Mari er oppmerksom og lyttende. Terapeut oppfordrer henne til å kjenne etter hvordan hun sitter. Mari føler hun sitter litt skjevt. De begynner å lete etter

nyanser som kan gjøre det bedre å sitte. Terapeut henter noen puter slik at Mari skal kjenne hvordan det er å få støtte.

Sekvensens varighet: 3 minutter.

T: «*Hvis vi begynner med en pute der*». Terapeut har hentet en liten pute. Mari flytter seg litt frem i stolen. Terapeut legger en pute bak ryggen på henne, og Mari setter seg til rette i stolen igjen. «*Hvordan var det?... Er det noen forskjell?*» Terapeut setter seg på egen stol igjen, holder to andre puter på fanget. Liten pause. Mari beveger litt på ryggen, kjenner etter, tenker.

P: «*Føler jeg sitter mer fremover liksom, at det ikke blir sånn «posesitting»*» (alvorlig, ettertenksom). Hun krummer ryggen og protraherer skuldre for å vise.

T: «*Får du mer støtte i ryggen?*» (tonefallet er undrende)

P: «*Ja, litt..*» (stemmen er alvorlig)

T: «*Litt, var det bedre?*» (undrende)

P: «*Ja*» (bestemt) «*Men nå har jeg jo veldig mye svai i ryggen, så det kan jo være derfor. Jeg føler at jeg liksom har mer kontakt..*» (stemmen er lav, litt undrende, men alvorlig) Hun beveger ryggen litt i ekstensjon og slipper. Beveger litt på føttene.

T: «*Ja....(bekreftende, forståelsesfull) Ja, igjen, hva er det som gjør at det kjennes bedre?*» Terapeut smiler. «*Er det det med kontakten? At det er mer av ryggen som får støtte?*» (undrende, litt lavere stemme)

P: «*Ja, jeg tror det... egentlig.....*» Mari har blikket festet ut i rommet, virker som hun kjenner etter i seg selv, er ettertenksom. «*Jeg føler at jeg ikke sitter så mye sånn*». Hun krummer i ryggen, trekker frem skuldrene og lener seg litt fram.

T: «*Mm..*» Terapeut nikker. (tonefallet indikerer at hun forstår)

P: «*At jeg blir litt mer rett*». Mari retter seg opp i ryggen igjen..

T: «*Mm*» Terapeut nikker bekreftende, alvorlig.

T: Terapeut reiser seg og går mot Mari med putene i hendene. «*Skal vi prøve med en pute her?*» Hun legger en pute over armlenet, i siden og under Maris venstre arm. Terapeut setter seg tilbake på stolen sin. Begge er stille noen sekunder. Mari har blikket vendt ned mot egen kropp.

T: «*Du kan godt legge den til*» (tonefallet er vennlig)

P: Mari avbryter terapeut: «*Da blir det veldig sånn fokus på den siden*». Hun smiler og beveger litt på venstre side av kroppen, markerer med begge hendene at det er venstre side hun mener.

T: «*På den siden. Skal vi legge på den andre siden?*» (undrende stemme)

P: «*Ja*» (bekreftende tonefall) Mari ler litt.

T: «*Se hvordan det kjennes ut..*» Terapeut legger en pute på høyre armlen. Mari støtter albue og underarm mot puten. Mari smiler, tenker, blikket er vendt ned mot kroppen. Terapeut sitter avventende med oppmerksomheten mot Mari.

P: «*Det er litt sånn at du blir.... bygget opp litt på en måte. At du ikke henger så fritt*» (Stemmen er rolig, alvorlig, ettertenksom)

T: «*Mm*» (avventende)

P: «*Nå kjenner jeg liksom det at her er armene*» (stemmen er alvorlig) Hun beveger litt på armene.

T: «*Ja, at du blir mer bevisst armene dine, rett og slett*» (bekreftende, forståelsesfull)

P: «*Ja*» (alvorlig)

T: «*Mm... Er det sånn at du får støtte fra armene?*» (liten pause). Mari kikker ned på armene sine før hun svarer og ser opp på terapeuten.

P: «*Litt, men de henger jo fremdeles bare rett ned.. men det er ikke tungt*» (alvorlig)

T: «*Mm*» (bekreftende, forstår)

P: «*Så jeg føler at jeg har mer fokus på overkroppen i forhold til i sted, da jeg egentlig kjente mer baksiden av lårene*». (alvorlig)

T: «*Ja, og beina*»

P: «*Ja*»

T: «*Ja..Ja. Mm. Men hvis du skulle valgt nå, ville du hatt disse putene, hvis du skulle lagt forholdene godt til rette for deg selv, sånn at du satt best mulig, og du hadde disse putene tilgjengelig. Er det sånn at du ville lagt de slik som de er nå, eller ville du helst ikke hatt dem?*»

P: «*Jeg tror nok at hvis jeg hadde hatt mulighet at jeg ville hatt dem*» (alvorlig)

T: «*Ja.. Ja..*»

P: «*Det er nesten litt sånn der koselig hyttefølelse*» Mari smiler og ler litt. Terapeut ler også.

Metakommunikasjon

Fysioterapeutens perspektiv: «Jeg ønsker å få henne til å legge mer merke til seg selv, legge merke til egen kropp, og hva som er godt for henne. Det er litt utforskende arbeid for meg også, en måte å bli kjente med henne på. Jeg vil se hvor mye hun kan legge merke til i seg selv, og hva hun kan sette ord på av kroppslige fornemmelser. Hun er ikke særlig spontan i kroppslige uttrykk og ord, men hun følger med og hun tenker. Jeg er ikke helt sikker på om hun helt skjønner meningen med hvorfor jeg ber henne om disse tingene.

Maris perspektiv: «Jeg er nå her, og jeg vil gjerne lære av terapeuten. Hun vil at jeg skal legge merke til hvordan jeg sitter. Det er ikke så lett, men jeg kjenner jo at jeg får støtte fra putene, og jeg blir mer oppreist i ryggen. Det kjennes bra. Jeg kjenner armene og mer av overkroppen nå, i motsetning til først, da jeg mest kjente baksiden av lårene. Vet ikke helt om det er det jeg skal kjenne. De putene gjorde det litt mer behagelig å sitte her, jeg fikk en god følelse».

Fortolkning av roller: Terapeut leder an timen, med mål om at Mari bedre skal kunne legge merke til egen kropp. For å skape noen nyanseforskjeller ved sittestillingen, lar hun Mari få prøve hvordan det er å få støtte av puter i ryggen, og etter hvert også på sidene. Hun legger til rette med puter, og spør og oppfordrer Mari til å legge merke til egen kropp, registrere endringer og å sette ord på det hun kjenner. Terapeut gir henne tid, og utfordrer henne til å dvele med nyansene. Mari svarer på spørsmålene, og kommer med egne opplevelser. Hun er ikke særlig spontan i kroppslige uttrykk og ord, men er tilstede, alvorlig og ettertenksom. Noe emosjonelt avflatet. Hun gir ikke uttrykk for at det er vanskelig eller ubehagelig å kjenne etter, men sier at hun legger merke til deler av kroppen på en ny måte. En kan tolke det som at dette er en ny og annerledes måte å tenke på for Mari, og at hun ikke helt er i kontakt med kroppslige fornemmelser, eller at hun ikke helt skjønner meningen med hvorfor de gjør som de gjør.

4.12.2 Intervju med fysioterapeut Solveig

Analytiske spørsmål til teksten:

Hvilke tanker gjør fysioterapeuten seg om behandlingstilnærming på et tidlig stadium av behandlingen, og hva legger terapeuten vekt på?

Terapeuten tar valg om tiltak

Terapeuten har ikke valgt å starte behandlingsforløpet med den tradisjonelle psykomotoriske undersøkelsen, eller at pasienten må kle av seg, grunnet pasientens historie. Hun har inntrykk av at Mari har vansker med å sette grenser, og presser seg mye. Terapeuten er usikker på om hun ville fått et ærlig svar hvis hun hadde spurt om undersøkelse, avledning og berøring var greit. Gjennom det hun har fortalt i samtale synes terapeut det virker som hun har utslettet seg selv litt i tidligere forhold, og det gjør terapeut mer sikkert på at hun skal gå forsiktig frem slik at pasienten skal kjenne etter i seg selv. Terapeut vil heller være «føre var», enn å trå over Maris grenser.

4.13 Oppsummering av casene på tvers

Felles for de tre videoene er at alle handler om hvordan pasientene tilegner seg økt forståelse av seg selv og egen kropp, og om å bli trygg i egen kropp. Det er i alle tre videoene fokus på å kjenne etter og registrere hva som skjer i kroppen, merke seg nyanser, ta valg og bli kjent med/øke forståelse for eventuelle sammenhenger i, og mellom kroppen og livet.

Nærhet til seg selv og den andre, berøring og avstand er sentrale temaer i video 1 og 2. Pasient Eli og Line er kommet langt sammen med terapeuten i å forstå de kroppslige plagene bedre, og har oppnådd betydelig bedring gjennom behandling. Pasientene er i kontakt med sine grenser, men det har ikke alltid vært slik. Behandlingene er allikevel ganske forskjellige, da pasientene har ulike reaksjonsmåter, og har ulike tålegrenser når det gjelder behandlingstilnærming. Video 3 (pasient Mari) skiller seg noe fra de to andre videoene. Timen skiller seg ut i behandlingstilnærming fra de to andre ved at det er mer samtale, og mindre berøring. Det oppleves en større avstand mellom terapeut og pasient i denne videoen.

Behandlingstime 2 (Line) bestod av intens jobbing fra terapeutens side i forhold til å regulere henne, slik at hun ikke forsvant fra her og nå. I video 1 (Eli) er pasienten mer «avstengt» i forhold til følelsesmessige reaksjoner, og fokus i behandling er i stor grad støtte og stabilisering. Video 3 (Mari) er interessant i forhold til hvordan fysioterapeuten

tenker og samhandler i begynnelsen av et forhandlingsforløp med pasienter som har denne type opplevelser med seg.

5.0 DISKUSJON

I dette kapittelet vil jeg diskutere resultatene i studien i forhold til utvalgt teori. Jeg diskuterer først behandlingstimene med utvalgte sekvenser hver for seg. Jeg vil deretter diskutere behandlingene på tvers i forhold til terapeutrollen. Jeg trekker inn resultater fra intervjuene, og diskuterer dem underveis i teksten.

5.1 Fysioterapeuten og Eli

5.1.1 *Å fremme opplevelse av sammenheng i kroppen*

Eli og fysioterapeuten jobber med bevegelse og oppmerksomhet til kroppslig opplevelse, med mål om at Eli skal kunne kjenne en stødighet og styrke inne i seg selv. I psykomotorisk teori er sammenhengen mellom å bremse følelser og kroppslige uttrykk, og utvikle muskulære spenningsmønstre sentral (Bunkan, 1982; Thornquist og Bunkan, 1986; Øvreberg og Andersen, 2002). Å stive seg av kroppslig og ikke kjenne, kan være uttrykk for et følelsesmessig og sosialt forsvar. Det kan ha vært en nødvendig beskyttelse, og mer eller mindre hensiktsmessig tilpasning til en vanskelig oppvekst og vedvarende vansker i voksenliv. Kroppen uttrykker ikke bare levd liv, men regulerer også vårt følelsesliv (Thornquist, 2005). Kropp og følelser synes her å være to sider av samme sak. Eli virker emosjonelt avflatet, og har dårlig kontakt med egen kropp. De grensene hun har satt ovenfor terapeut i forhold til behandlingstilnærming, kan også gjenspeile avstand til egen kropp og eget følelsesliv. I henhold til Merleau-Pontys kroppsfenomenologiske perspektiv kan uttrykket og det uttrykte aldri skilles. Elis kroppsuttrykk kan forstås i et kroppsfenomenologisk perspektiv, der levd erfaring og levd liv alltid har en kroppslig forankring, (Thornquist, 2003). Elis vansker med å kjenne etter i kroppen og kjenne kroppen, kan ha sammenheng med vansker i forhold til å kjenne på egne følelser.

I behandlingssekvensen retter terapeuten oppmerksomheten mot Elis opplevelse av seg selv og egen kropp. Hun oppfordrer til at Eli skal ha oppmerksomhet til kroppen, legge merke til nyanser og fornemmelser, og sette ord på dem. Hun oppfordrer henne også til å gi slipp på spenninger, bevege, aktivere muskulatur og registrere kroppen. Ved å erfare kroppslig, og reflektere over det hun kjenner sammen med terapeuten, kan pasienten utvikle ny kunnskap om seg selv (Øien, 1999).

Øien, Iversen & Stensland (2007) viser til hvordan relasjonelle traumer hos pasienter har bidratt til avstengning av følelser og distansering til kroppen. Studien beskriver hvordan pasienten gjennom psykomotorisk behandling opplevde en gradvis endring fra å føle seg delt mellom hode og kropp, til å oppleve å ha og være en kropp. Resultatene i studien indikerte at persepsjon av kroppen henger tett sammen med opplevelsen av en selv som person i verden.

5.1.2 Når de traumatiske minnene ikke er integrert hos pasienten

Dersom det ikke har vært mulig å integrere de traumatiske minnene, kan det etter hvert utvikles en fobi for alt som minner om traumene (Benum, 2006). Kroppslige minner kan aktiveres av hva som helst, ulike sanseinntrykk eller bevegelser som minner personen om den traumatiske erfaringen (Benum, 2006, Gretland, 2007). En måte å ikke overveldes av vonde minner på, er å unngå situasjoner og stimuli som minner om det vonde, det en ikke vil huske, og spesielt det som merkes i kroppen. Dette kan bety å unngå bestemte bevegelser, eller avspalte sensoriske inntrykk (Armlund, 2012, Gretland, 2007).

Persepsjonsforstyrrelser og lite kontakt med egen kropp kan da bli en måte å skjerme seg fra å «ikke kjenne», og ikke komme i kontakt med vanskelige følelser og erindringer om hendelser (Gretland, 2007). Personen kan distansere seg fra kroppen, avhengig av personens behov for å beskytte seg mot retraumatisering (Gretland, 2007). Ut fra dette perspektivet kan en forstå Elis plager med stivhet i rygg og nakke, og lite kontakt med kroppen, som uttrykk for vanskelige livshendelser, der det å distansere seg fra kroppen kanskje har vært nødvendig. Når terapeuten i behandlingen fremmer kroppsopplevelse og opplevelse av stødighet i seg selv, kan det handle om at pasienten skal få mulighet til å komme i kontakt med kroppen igjen, og forsiktig integrere deler av seg selv som hun har distansert seg fra.

5.1.3 Å bli bevisst sammenheng mellom kroppslige symptomer og livet

Fysioterapeuten forteller at Eli i begynnelsen av behandlingsforløpet opplevde sterke reaksjoner i og etter behandling. Hun fikk sterke migreaneanfall. Her synes terapeuten å forstå Elis kroppslige reaksjon med smerter i hode som uttrykk for vanskelige opplevelser, der innholdet ikke er bevisst på et verbalt plan. Det viser seg bare som voldsom smerte og ubehag. Eli synes i prosessen å ha kommet i kontakt med egne grenser. Terapeut mener Eli er bevisst på at plagene hennes kanskje handler om egen historie, men at hun er ikke klar

for å snakke om fortiden. Terapeut vektlegger i intervjuet at som terapeuter må man tilpasse seg der som pasienten er, ellers kan behandling føre til at pasienten blir dårligere. Benum (2006) skriver at det kreves mye arbeid og mental kapasitet for å ta innover seg alt det vonde som har skjedd. Hun skriver videre at et vellykket resultat av bearbeiding av traumer ofte innebærer at personen kan fortelle om hendelsen som en sammenhengende historie med seg selv inkludert, i et tidsperspektiv. Det er imidlertid uenighet om pasienter kan ta skade av eksponering for minner om traumer (Høkland, 2006). For noen blir det altfor overveldende for bevisstheten å erkjenne det som har skjedd, mens for andre kan det å få språkliggjort sammenhenger føre til forståelse og bedring (Benum, 2006; Jensen, 2006). En narrativ tilnærming alene, ved å skulle gjenfortelle traumehistorien, kan føre til aktivering av somatosensoriske komponenter av minnene. Dette kan igjen føre til sterke gjenopplevelser av kroppslige fornemmelser, som kan innebære autonom dysregulering, dissosiative forsvarsreaksjoner ved hypo- og hyperarousal, sensoriske fornemmelser og ufrivillige bevegelser (Ogden og Pain et al., 2006). Dette kan føre til en vond sirkel der personen hele tiden overveldes av kroppslige symptomer, og opplever tap av kontroll over egen kropp. Følelsen av kroppen som utrygg forsterkes, noe som ytterligere kan føre til en fobi for å kjenne etter i egen kropp og kjenne på følelser. Terapeutens tilpasninger i behandlingen viser respekt for Elis toleranse for nærhet og hennes historie.

5.1.4 Kroppen som ressurs og «stabilisator» når det «andre» er for vanskelig

Å jobbe med stabilitet, fokusert oppmerksomhet og bevegelse gir Eli en følelse av å ha en kropp. I timen skjer det en endring fra at hun har en følelse av at hun ikke henger sammen, hun uttrykker oppgittethet, og kroppen preges av lite spontanitet, bevegelse og stabilitet, til at hun blir mer oppreist, og kjenner kontakt med- og at hun har en kropp. Pasientens uttalelse kan tolkes som om at det ikke er noen selvfølge for henne å kjenne kontakt med kroppen. I litteratur om traumer (Ogden og Pain et al., 2006) vises det til viktigheten av å jobbe med stabiliserende tiltak i forhold til å utvikle toleranse for å være i egen kropp, og tåle egne følelser, før en kan greie å forholde seg til den/de vanskelige historien(e). Viktigheten av å jobbe med å tåle følelsene i kroppen vektlegges, og det å skille mellom følelsene personen hadde under traumatiske opplevelser, og de som hun kan kjenne her og nå.

Gjennom å jobbe med kroppen kan pasienten få bedre kroppskontakt, og innsikt i eget handlings- og reaksjonsmønster, samt mer kontakt med egne følelser (Thornquist, 2005). Å ta utgangspunkt i det konkrete og kroppslige, dagligdagse situasjoner, her og nå, er enklere for Eli å forholde seg til enn til tidligere levd liv. Med utgangspunkt i det konkrete og kroppslige, i trygge rammer, er det muligheter for at samtalen kan utvikle seg til å bli mer orientert mot egen livshistorie, og kanskje føre til interesse og undring i forhold til egne vaner og reaksjonsmønstre (Thornquist, 2005). Dette kan igjen gi utgangspunkt for videre utviklingsprosess.

5.2 Fysioterapeuten og Line

5.2.1 *Å jobbe med å tåle å være tilstede i egen kropp – her og nå.*

I den første sekvensen av Lines behandlingstid ser vi hvordan en liten sansestimulus utløser en voldsom reaksjon, og bringer frem minner hos Line. Et lite palpasjonsgrep på hoften utløser sterke følelser, som har en betydning for Line som strekker seg lenger enn til «bare» smerter i vevet. Line opplever smerte, men en enda sterkere og overveldende følelse av hjelpeløshet, matthet og en følelse av nummenhet og distanse til kroppen/seg selv. Hennes egen kommentar ved slutten av timen forteller at hun hadde en følelse av å forsvinne. Terapeuten virker overrasket over reaksjonen, men samtidig er hun rolig avventende, og uttrykker omsorg og empati. Hun formidler med kroppsspråk og handling, respekt for det pasienten opplever, og uttrykker forståelse for den sterke reaksjonen. Terapeut pakker henne inn i teppet, legger armene rundt henne, og gir henne tid til å bare være i det. Terapeuten spør om pasienten vil si noe om det hun opplever, noe som uttrykker en implisitt forståelse av at dette kan handle om tidligere opplevelser. Pasienten vil slå av videoen, og forteller deretter om en drøm hun hadde natten før, og om minner om morens mishandling.

Videsekvensen viser hvordan sterke reaksjoner kan oppstå, og hvordan fysioterapeut og pasient forholder seg til hverandre når det oppstår sterke følelser i behandlingsrommet. Terapeuten viser en avventende ro før hun handler. Dette er en måte å anerkjenne pasientens erfaringsverden på (Thornquist, 2005). Uansett hva smertene eller ubehaget skriver seg fra, forholder terapeuten seg til dem som virkelige og meningsfulle. Engelsrud

(1998) skriver at når kroppen møtes med aksept av terapeuten, med bare å være hos personen i stillhet, holde på/gi støtte, og gi pasienten mulighet til å legge merke til egen pust og seg selv, kan kroppens tilstand av ubehag heles uten at erfaringen må artikuleres.

Som nevnt i forhold til Elis behandlingstime, fremkommer det også i Lines behandlingstime, at kroppen bærer av erfaring på flere måter. I forhold til tabuiserte erfaringer, og traumatiske hendelser kan kroppen huske det personen ikke har språk for (Gretland, 2007; Jakobsen, 2006; Rotchild, 2000; Van der Kolk, 1996b). I den første sekvensen i Lines behandling utløser en kroppslig fornemmelse en rekke reaksjoner hos pasienten. I intervjuet forteller terapeuten at hun anser nummenheten, kulden og varmfølelsene som en sterk autonom reaksjon, der både det sympatiske og parasympatiske nervesystemet ble aktivert på samme tid. Situasjonen og den kroppslige aktiveringen ble så overveldende for pasienten at hun følte at hun holdt på å forsvinne. Denne reaksjonen kan ha vært en forsvarsreaksjon hos pasienten. Ogden og Pain et al. (2006) beskriver kroppens instinktive reaksjoner på fare, der følelsen av nummenhet og kulde og varme samtidig, er forbundet med frysreaksjon og overgivelse. Ved opplevelse av alvorlige relasjonstraumer som barn, har ofte de instinktive reaksjonene på fare, flukt og kjemp, vært en umulighet, og å gå i frys har vært eneste mulige utvei.

5.2.2 Å hjelpe pasienten til å regulere seg selv ved hjelp av kroppen

Line ønsket, til tross for sterke kroppslige reaksjoner, å fortsette videoobservasjonen. Sekvens 2 viser hvordan terapeuten jobber med å regulere henne, det vil si hjelpe henne til å få en bedre følelse i egen kropp og dempe kroppslig aktivering. Terapeuten leder an timen med fokus på pasientens opplevelse, og kroppslige fornemmelser her og nå. Hun prøver seg frem i forhold til ulike tiltak. Hun jobber med sensorisk stimulering, legger til rette for bevegelse og at pasienten skal få tak i styrke i beina. Line strekker beina, men trekker seg sammen igjen like etterpå. Hun har behov for å beskytte seg. Hun avgrensner seg fra terapeuten. Terapeuten viser også her en avventende og respektfull væremåte der pasientens kroppslige uttrykk blir tillagt mening og respekt. Hun er tett innpå pasienten fysisk med egen kropp. Kroppsspråket uttrykker omsorg ved støttende hender, og oppmerksomhet til Lines uttrykk. Hun er vennlig undrende, og anerkjenner Lines opplevelse. Line er i starten av sekvensen noe fraværende og oppgitt. Trekker seg sammen

og gjemmer seg litt under teppet. Terapeuten lar henne være i det, snakker rolig, stryker og holder på Lines kropp. Både terapeuten og pasienten viser at det er rom for å uttrykke både likhet og ulikhet. De viser begge evne til nærhet og innlevelse, parallelt med å uttrykke avgrensning og forskjellighet. I lys av dialektisk relasjonsteori (Bae og Waastad, 1992) kan en se relasjonen som anerkjennende. Terapeuten foreslår etter hvert en annen innfallsvinkel til kroppen. Line blir etter hvert mer tydelig. Hun får igjen valget om hun vil fortsette behandlingen, og det vil hun. Line viser trygghet i det at hun tør ta initiativ selv. Dette kan gi terapeuten trygghet på at hun ikke trår over pasientens grenser. En delprosess som leves på denne måten kan oppleves som romslig. Det er rom for å uttrykke mer av seg selv, uten å risikere å miste tilknytning til den andre, eller å måtte undertrykke sin individualitet. En delprosess som leves slik, kan gi følelser av vitalitet, kraft, utvikling og forandring (Bae og Waastad, 1992).

5.2.3 Å hjelpe pasienten til å kjenne egen styrke

Line fikk igjen en reaksjon med tristhet og fortvilelse mens fysioterapeuten jobbet med sensorisk stimulering på hoften hennes. Hun følte at hun falt inn i noe. Terapeuten møter reaksjonen med å samtale med pasienten om hva hun skal gjøre resten av dagen, og er støttende i ord og kroppsspråk. Terapeuten foreslår noen stabiliserings/motstandsøvelser slik at pasienten skal få mer tak på seg selv. Kroppslige sterke reaksjoner roer seg da etter hvert ned, og pasienten får mer kontakt med egen kropp.

Sviland, Råheim & Martinsen (2012) beskriver et ti års langt behandlingsforløp i forhold til en kvinne som strever med muskelspenninger, smerte, angst, anoreksi og ettervirkninger av belastende livshendelser. Sviland et al. (2012) viser til hvordan aktivering av muskulatur ved rytmisk stabilisering, motstandsøvelser og det å kjenne egne krefter, bidro til at pasienten oppdaget styrke og motstandsevne i seg selv. Opplevelsen av å kjenne styrke førte til en følelse av å være til, inneha egne grenser og kjenne seg virkelig. Fra å ha en følelse av at det å kjenne og gjøre motstand var farlig og provoserende, kunne hun merke at øvelsen i stedet reduserte angst, og hun fikk en opplevelse av å kunne forsvare seg selv. Dette var nye og jeg- styrkende opplevelser for pasienten (Sviland, et al, 2012).

Ogden og Pain et al. (2006) skriver at fra situasjoner der overmakten ble for stor, og personen ikke klarte å beskytte seg selv, kan det i kroppen ligge minner om

muskelspanninger og bevegelser pasienten aldri fikk fullført ved å forsvare seg. Ved å kunne fullføre slike bevegelser i terapi kan dette føre til at pasienten får tilbake en følelse av kontroll, og følelsen av å kunne forsvare seg selv i dag. Å gjøre bevegelsen i seg selv, kan skape større opplevelse av kontroll, enn bare kognitiv innsikt i problemet (Ogden og Pain et al., 2006). Traumatiske hendelser har ofte tatt fra personen opplevelsen av styrke i seg selv, og kontroll over egen kropp. Herman (1992) skriver om behandling av traumer at etter at trygghet er etablert i relasjonen mellom terapeut og pasient, er det neste steget å jobbe med at pasienten skal ta tilbake styrke og kontroll.

5.3 Mari og fysioterapeuten

5.3.1 Å legge til rette for å bli kjent med egen kropp

Terapeuten oppfordrer pasienten til å registrere og dvele ved nyanser av kroppsopplevelse. Terapeuten gir pasienten puter som støtte til ulike steder på kroppen i sittende, for slik å kunne kjenne nyanser av sittende stilling, og kunne legge merke til egen kropp.

Tilnærmingen til kroppen kan forstås som svært forsiktig og relativt «ufarlig» for pasienten. Terapeuten holder seg litt på avstand, mens pasienten blir oppfordret til å kjenne på fornemmelser i egen kropp, og å sette ord på det hun kjenner. Terapeuten er samtidig oppmerksomt til stede med blikk, kroppsspråk og sanser vendt mot pasientens opplevelse. Hun lar pasienten dvele ved det hun kjenner, og spør utdypende spørsmål slik at pasienten skal legge merke til og reflektere over nyanser i kroppen. Mari setter ord på fornemmelser, og hun blir mer oppmerksom på deler av kroppen hun ikke var oppmerksom på i begynnelsen.

På denne måten virkeliggjør terapeuten pasientens kropp som pålitelig kilde til kunnskap om seg selv, og formidler en holdning om at det pasienten kjenner er virkelig, og skal tas hensyn til. Måten de jobber på kan være en måte for begge partene til å bli kjent med hverandre. Pasienten blir forsiktig kjent med egen kropp, og terapeuten blir forsiktig kjent med pasienten. Ved å bli bevisst kroppslige fornemmelser, reaksjoner og følelser, dvele ved disse og lære å beskrive og sette ord på disse, kan toleransen for å tåle kroppslige fornemmelser økes (Ogden og Minton et al., 2006). Å reflektere sammen med andre er bevisstgjørende. Dette kan igjen kan gjøre kroppslige fornemmelser mer ufarlige, og

dermed gjøre kroppen til et tryggere sted å være. Engelsrud (1998) skriver at hvis pasienter skal øke kunnskap med og om egen kropp, så må pasientene ikke få kroppen årsaksforklart, men støttes i å bli mer erfarende. I stedet for å bli redde og engstelige for kroppslige symptomer, og dermed stå i fare for å utvikle anspenhet, må de selv erfare, bli stimulert til å kjenne mer etter, og finne ut hva det de kjenner kan bety og innebære (Engelsrud, 1998). Merleau-Ponty åpnet for kroppen selv som kunnskapskilde, og som kilde til kontakt med seg selv (Thornquist, 2003). Mari støttes i stor grad til å bli mer erfarende og gi egen opplevelse mer tillitt.

Halvparten av tiden i behandlingstimen er samtalesekvenser. Fysioterapeuten forteller om hva hun har tenkt å gjøre, hensikten og meningen bak det hun gjør/foreslår og hvordan hun tenker. Hun spør etter pasientens opplevelse, reaksjoner og assosiasjoner, og sammenholder kroppslige og verbale svar fra pasienten, med hva hun ser og merker. Dette innebærer at pasienten også får innblikk i terapeutens verden. Thornquist (1998) skriver i sin artikkel at når terapeuten sammenholder pasientens erfaringer med egne observasjoner underveis og i oppsummeringen, forteller hun at hun ikke bare at hun lytter mens pasienten snakker, men at hun oppfatter innholdet i det pasienten sier som viktig. Med dette formidler terapeuten en anerkjennelse av pasienten. Da bekreftes pasienten som meningsberettiget deltager, og som erfarende subjekt (Thornquist, 1998).

Gjennom timen er terapeut den som leder, og hun bruker mange ord for å forklare til pasienten. Thornquist (1998) stiller i sin artikkel spørsmål om bruken av mange ord kan gå på bekostning av kroppslig umiddelbarhet og tilpasning. På den andre siden kan det forstås med at Mari og terapeuten er i en svært tidlig fase av et behandlingsforløp, og de er relativt ukjente for hverandre. Informasjon og forutsigbarhet om det som skal skje kan også skape trygghet for pasienten (Anstorp, 2006). I lys av dialektisk relasjonsteori kan en ikke se terapeuten uavhengig av pasienten, som selv ikke tar så mye initiativ, eller deler mange av egne tanker og opplevelser gjennom behandlingen. Pasientens tilbakeholdenhet, kan gjøre at terapeuten får en mer aktiv rolle.

5.4 Terapeutens rolle/terapeutisk væren

5.4.1 *Anerkjennelse*

Jeg har tidligere skrevet at datainnsamlingen gav meg ny og verdifull innsikt. Det var spesielt fysioterapeut Karens rolle som overasket meg. Antagelig var det Karens anerkjennende væren, hennes varme og omsorg til pasienten, evne til å ha oppmerksomhet til pasienten og til seg selv, og vekslingen mellom handling, refleksjon, nærhet og distanse i forhold til pasienten som overasket og berørte meg. I tråd med dialektisk relasjonsteori kan en ikke se den ene parten, uten å se den i forhold til den andre (Bae og Waastad, 1992). Pasientenes trygghet i relasjonen og evne til å være nær og sette grenser, må sees i sammenheng med fysioterapeutens rolle/væren. På bakgrunn av alle tre behandlingstimer ble anerkjennelse et begrep som ble viktig i forhold til å fremme endring hos pasienter. Anerkjennelse er et komplekst fenomen, og kan sees på som en grunnleggende holdning eller et ideal som rommer mange væremåter (Schibbye, 2009). Jeg har gjennom diskusjonen beskrevet anerkjennende væremåter og handlinger hos terapeutene.

5.4.2 *Å skape trygghet*

Å jobbe med mennesker som strever med ettervirkninger av traumatiske livshendelser kan være utfordrende for terapeuten på mange måter. Den grunnleggende tillitten til verden og andre mennesker, er ofte skadet hos disse pasientene, da de har opplevd at verden er utrygg, og det nettopp er i relasjoner traumene har skjedd (Benum, 2006). Å skape trygghet i terapirelasjonen er overordnet mål (Anstorp, 2006; Herman, 1992). Tidlig traumatisering kan ødelegge personens evne til å bruke relasjoner for å etablere trygghet, (Benum, 2006) og dette er kanskje noe som må læres på nytt. «Sår» fra traumatiske hendelser kan ikke heles alene, men må skje i relasjoner med andre (Herman, 1992).

At terapeuten tilpasser seg pasientene er sentralt i behandlingene. Dette kommer frem både gjennom videosekvensene og intervjuene. I behandlingstimen med Eli er det trygt for henne å jobbe med bevegelse og kroppsbevissthet i sittende og stående stilling. For pasient Line ble det ikke trygt å være i sittende stilling, men tryggere å ligge under teppet på benken. Terapeut Karen tilpasser behandlingene etter hva som er trygt nok. Og pasientenes stemme blir hørt og respektert. Når pasientene klarer å avgrense seg, har de mulighet for å

oppleve egen eksistens, og kan kjenne på mulighetene for autonomi (Schibbye, 1988 s. 53). Mari og terapeut Solveig er ikke kommet så langt i å bli kjent med hverandre, men terapeuten har satt grenser for hvor nær hverandre de skal være, for å være sikker på ikke å trå over pasientens grenser.

5.4.3 Å være oppmerksomt tilstede

Fysioterapeutens intense oppmerksomhet til pasienten, til kroppslige uttrykk og ord, går igjen i de tre behandlingstimen. Fysioterapeutene viser en vennlighet, ro og avventende oppmerksomhet til pasientenes uttrykk, inntrykk og opplevelser.

Fysioterapeut Karen tar inn og opplever pasientens tilstand med sine sanser og egen kropp. Hun spiller pasientene tilbake, stiller åpne spørsmål og gir etterklang til pasientenes ord. Hun er oppmerksom og aksepterende til pasientenes kroppsopplevelse, med en «sånn er det i dag»-holdning. Samtidig er hun tydelig, setter grenser, og utfordrer. Hun gir støtte og omsorg ved vanskelige følelser, men så er det tilbake til å ansvarliggjøre pasienten ved at pasienten selv må ta kontroll, ta valg og sette grenser. Ut fra pasientenes kroppslige uttrykk og verbale svar finner de sammen veien videre. Fysioterapeuten har evne til å lytte til den andre, men også til seg selv. Hun er styrt av pasientens kroppslige svar, og ikke av selve oppgaven. Det er med andre ord hele tiden et vekselspill mellom oppmerksomhet, vurdering og handling. Å ta inn og anerkjenne pasientens tilstand på denne måten, vil i tråd med dialektisk relasjonsteori, kunne øke både fysioterapeutens og pasientens kroppslige sensitivitet og trygghet via anerkjennelse (Iversen, 1994).

Fysioterapeutens væren kan også sees i lys av dobbeltrefleksjonsprinsippet, gjengitt i Bae og Waastad (1992). I behandlingen sees hvordan de aktivt og oppmerksomt forholder seg til pasientene og deres uttrykk, samtidig som de forholder seg til egen erfaring, egne vurderinger og tanker. Vekselspillet mellom oppmerksomhet, handling, vurdering og refleksjon sammen med pasienten, viser at de innlemmer pasienten som subjekt. De undrer seg sammen med pasienten, og uttrykker en åpenhet for hva som måtte komme. På denne måten forteller de pasientene at det er rom for å dele tanker og følelser. Når terapeuter gjør pasientene delaktige i sine observasjoner og vurderinger, formidler de inndirekte en holdning om at pasientene er viktige medspillere (Thornquist, 2005).

5.4.4 Nærhet og avstand, som virkemiddel og mål

De tre behandlingstimene viser variasjon i måter fysioterapeutene forholder seg til pasientene på, og størst forskjell er det mellom de to fysioterapeutenes timer.

Behandlingstimene er i ulik grad preget av nærhet mellom terapeut og pasient, der pasient Line og terapeut Karen utgjør det ene ytterpunktet, hvor partene er svært nær hverandre, mens fysioterapeut Solveig og Mari utgjør det andre ytterpunktet, der relasjonen er fjernere. I lys av dialektisk relasjonsteori (Bae og Waastad, 1992) kan nærhet innebære totalt grensetap, angst og oppløsning hos pasienten, samtidig som mangel på relasjonelle erfaringer kan bidra til angst for å ikke ha tilknytning, og angst for å miste nærhet til andre (Schibbye, 2009). En kan se terapeut Solveigs bevisste valg om å holde litt avstand og sette grenser for nærhet i behandlingstimen, i lys av at hun er redd pasienten ikke skal klare å avgrense seg selv, og dermed miste egne grenser. Tilknytning og nærhet til terapeuten kan lære pasienten hvordan man oppnår og bevarer tilknytning til andre mennesker, også i nye relasjoner (Anstorp, 2006). I Maris behandlingstime handler det først å fremst om å bli trygg på egen kropp og terapeut, før en kan være nær. Nærhet og avhengighet av den andre muliggjør selvstendighet (Bae og Waastad, 1992).

I behandlingstimen med Line sees spesielt hvordan terapeuten balanserer mellom de to behovene hos pasienten. Terapeuten er hele tiden analyserende i forhold til hvor pasienten er, og hvordan hun kan hjelpe pasienten i forhold til å regulere seg. I behandlingstimen med Eli, og i intervjuet med terapeut Karen, gis det uttrykk for at de tidligere sammen har opplevd at behandlingen ble for nær, og det aktiverte ubehag og smerte for pasienten. Men at de nå er på et sted pasienten tåler å være i forhold til nærhet til seg selv og terapeuten. Kommer terapeuten for nær kan det føre til at pasienten mister sine grenser, og hun får ikke den perspektivavgrensningen som hun trenger for å avgrense og reflektere (Børstad, 1992).

Terapeut Karen forteller i intervjuet at hun har erfaring med at nærhet er regulerende for pasient Line. Når Line opplever ubehagelige følelser, gir terapeuten henne tid, verbal støtte og oppmuntring. Hun holder slik kontakten med henne via berøring og samtale og anerkjenner pasienten. Terapeuten forteller i intervjuet at Line har vanskelig for å ta imot

noe godt eller kjenne gode følelser i kroppen i behandling. Det kan føre til tristhet over at dette ikke er noe hun har fått i barndommen. Bae og Waastad (1992) skriver at en må være forberedt på å møte sorg og opprør hos den andre, over det som skulle blitt anerkjent, men som ikke ble det. Å bli anerkjent kan minne personen om vonde og smertefulle erfaringer (Bae og Waastad, 1992), slik som det kanskje gjør hos Line når hun opplever gode følelser i relasjonen med terapeut. I et traumeperspektiv kan en også se reaksjonen i lys av negative barndomserfaringer, og at det som skulle være godt og trygt- relasjonen med nære omsorgspersoner, også var forbundet med fare og krenkelser (Benum, 2006).

Gjennom terapeutens handlinger, lærer pasienten nye måter å forholde seg til seg selv på. Terapeutens rommende væremåte og empati kan stimulere til en mer rommende holdning og økt empati for seg selv. Terapeutens spørsmål og handlinger kan være med på å utvikle refleksjonsevne hos pasienten, og bevissthet rundt kroppslige reaksjoner hos seg selv. Når fysioterapeuten vektlegger det å registrere små nyanser, kjenne hvor grensene er, lærer pasientene at informasjon fra kroppen er viktig, og kan pasienten lære å forholde seg til seg selv på en annen måte. Å greie å forholde seg til seg selv kan sees i sammenheng med selv- og relasjonsutvikling (Bae og Waastad, 1992).

5.4.5 Viktigheten av å observere de små reaksjonene hos pasienten

Tabuers makt er knyttet til taushet, og kan bare brytes hvis man snakker om det (Gretland, 2007). Dette er ikke minst viktig i fysioterapi hvor terapeuten er tett innpå pasienters erfaringsverden i kroppslig samhandling (Gretland, 2007).

Behandlingstimen og de utvalgte sekvenser preges av at Line ikke vil synes, hun vil gjemme seg litt for kamera. I intervjuet med terapeuten forteller terapeuten at dette er en reaksjon pasienten bruker å ha. Når Line opplever sterke reaksjoner og følelser i kroppen kjenner hun også på skam i forhold til det. Hun vil da ha kontakt med terapeuten, men avgrenser seg ved å gjemme seg under teppet. Å avgrense seg selv på denne måten kan forstås som en måte å avgrense seg fra den andre og sees i lys av dialektisk relasjonsteori selv- og relasjonsutvikling.

Sterke kroppslige reaksjoner kan være svært skambelagte for mange. Det kan være vanskelig å la andre se disse reaksjonene. Ved å gjemme seg under teppet skjerner hun seg

fra å bli sett, og fra å kanskje oppleve ytterligere skam i forhold til at hun reagerer som hun gjør. I pasientens barndom har hun kanskje ikke fått lov eller hatt mulighet til å reagere, markere seg eller vise følelser. Hun har kanskje heller ikke blitt møtt og blitt bekreftet på følelser og reaksjoner. Å bli møtt med en respekt, anerkjennelse og varme når disse reaksjonene skjer, kan være en måte pasienten selv kan lære å tåle dem (Benum, 2006)

5.4.6 Terapeutene fremmer autonomi ved kroppslig erfaring- utfordrer til å ta valg og sette grenser

Å la pasienten ta valg ut fra kroppslige erfaringer og fornemmelser her og nå, er gjennomgående for alle tre behandlingene. Herman (1992) skriver at det første prinsippet for pasienters bedringsprosess etter traumatiske hendelser, er å styrke pasienten fysisk og psykisk. Pasienten må være sjefen for egen prosess, og terapi skal hjelpe pasienten i å ta kontroll over egen kropp og eget liv. Kanskje har pasienten lite erfaring med å bli møtt med respekt for egne grenser, og heller aldri fått mulighet til å markere egne grenser (Anstorp, 2006).

Eli har tidligere satt noen grenser for hva behandlingstimen skal inneholde, og hun oppfordres til å kjenne etter hvor grensene går i timen. Helt fra starten av behandlingstimen blir Line oppfordret av terapeuten til å ta valg. Hun får valg om hun vil si noe i starten, eller bare jobbe med kroppen. Hun får valg om hun vil fortsette timen etter de sterke reaksjonene. Hun blir oppfordret til å kjenne etter i seg selv hva hun vil. Mari blir også utfordret på det å gjøre valg ut fra det hun merker i seg selv. En kan si at det foregår en læring og øvelse i det å ta valg. Spørsmålene terapeutene stiller og valgene pasientene må ta, gjør at pasientene må forholde seg til seg selv og kjenne etter i egen kropp. Valgene innebærer å åpne opp og sette grenser både i forhold til seg selv, men også i forhold til terapeuten. Å jobbe mot at pasienten skal sette grenser og forholde seg til seg selv, kan sees i lys av selv- og relasjonsutvikling, og utvikling av egen autonomi. Anstorp (2006) skriver at klienter som har opplevd traumer i nære relasjoner trenger hjelp til å lære hvordan grenser formidles og respekteres, slik at det kjennes trygt.

6.0 OPPSUMMERING

Formålet med studien har vært å belyse hvordan psykomotoriske fysioterapeuter arbeider i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner. Dette i den hensikt å skape en bedre forståelse for den problematikken pasientene sliter med, og hvordan psykomotorisk fysioterapi kan anvendes i forhold til disse pasientene i praksis.

Jeg har gjort tre observasjoner/videoobservasjoner av psykomotorisk behandling i forhold til tre pasienter, og to intervju med to fysioterapeuter i forhold til behandlingene. Gjennom datainnsamlingen og transkripsjon trådte samspill og relasjonen mellom terapeut og pasient frem som viktig elementer i behandlingene. Jeg ønsket derfor å gjøre en analyse som omfattet både et interaksjonelt,- og et subjektperspektiv. Jeg ønsket å se datamaterialet i lys av relasjonen og samhandlingen, med utgangspunkt fysioterapeutens perspektiv.

Resultatene er drøftet i forhold til teori om psykomotorisk fysioterapi og herunder kroppsfenomenologi, teori om traumer og dialektisk relasjonsteori. Disse teoretiske aspektene synes å fange det komplekse i behandlingssituasjonene der kroppslige uttrykk og plager sees i sammenheng med tidligere alvorlige livshendelser i nære relasjoner. Og hvor relasjon og samspill mellom fysioterapeut og pasient får betydning for å fremme endring hos pasientene.

Resultatene viser hvordan fysioterapeutene fremmer kroppen som kilde til innsikt om seg selv, og hvordan pasientene gjennom en kroppslig tilnærming får en økt opplevelse av kontakt med egen kropp. Terapeutene legger til rette for at pasientene skal kunne våge å erfare og legge merke til egen kropp, samtidig som bevissthet i forhold til egne grenser vektlegges.

Terapeutens rolle/væren fremstod av særlig betydning for å fremme endring. Sentralt var terapeutenes evne til oppmerksom tilstedeværelse, veksling mellom handling og refleksjon, veksling mellom å være nær, ta avstand og sette grenser. Terapeutene hadde en anerkjennende holdning, og pasienten ble aktivt innlemmet som subjekt i behandlingen.

Terapeutene i studien vektlegger ulike måter å tilpasse seg pasientene på, men likt for dem var bevissthet rundt å ikke trå over pasientens grenser, men å tilpasse seg pasientenes forutsetninger for nærhet til seg selv og andre. Opplevelse av trygghet synes å få betydning

for pasientens evne til å tåle nærhet til seg selv og den andre, men også for å våge å avgrense seg selv. Økt kroppskontakt, opplevelse av styrke og stabilitet i seg selv synes å bidra til økt autonomi hos pasientene. Resultatene viser hvordan kroppen kan være en ressurs i arbeidet med å regulere kroppsforfølelser og følelser.

Studien har fellestrekk med Fribergs (2007) oppgave som peker på betydningen av fysioterapeutens evne til å forholde seg til klienten og seg selv, arbeid med kroppserfaring og tid til å erfare, i forhold til å skape en god integreringsprosess hos pasient som har opplevd traumatiske hendelser.

Denne studien er ikke utfyllende når det gjelder å dokumentere psykomotorisk fysioterapi i forhold til denne pasientgruppen. Studien kan kanskje bidra til økt bevissthet rundt fysioterapeutens rolle, og økt forståelse og bevissthet rundt denne problematikken i psykomotorisk fysioterapi praksis. Videre vil det vært interessant med flere kvalitative og større studier for å belyse forståelse og behandling i forhold til behandling av pasienter med helseplager som sees i sammenheng med ettervirkninger etter alvorlige livshendelser. Kvalitative studier som belyser pasientenes erfaring i forhold til psykomotorisk behandling vil være interessant. Videre vil det være interessant med større studier som kan dokumentere virkning av psykomotorisk behandling.

7.0 REFERANSELISTE

- Amlund, E. (2012). Interpersonlig traume og kropporienterte psykoterapier. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 49, 1074-1079.
- Anstorp, T. (2006). Hvordan skape trygghet hos klienter med alvorlige dissosiative lidelser? I: T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red). *Dissosiasjons og relasjonstraumer. Integrering av det splittende jeg.* (s 122-136). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bae, B. og Waastad, J. E. (1992). *Erkjennelse og anerkjennelse -perspektiv på relasjoner.* Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. I: T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red). *Dissosiasjons og relasjonstraumer. Integrering av det splittende jeg.* (s. 22-41) Oslo: Universitetsforlaget.
- Blindheim, A. (2012). Eftervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. I: *Bedre beskyttelse av barns utvikling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet* (NOU 2012: 5) Oslo: Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet. Nedlastet fra:
<http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/documents/nouer/2012/nou-2012-5/19.html?id=671716>
- Breitve, M.H., Hynninen, M.J. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og subjektive helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten* 12, 19-26.
- Breitve, M. H., Hynninen, M. J. & Kvåle, A. (2010). The effect on psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiother. Res. Int.* 15, 212–221.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilicoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., Andreski, P. (1998). Trauma and stress disorder in the community. The 1996 Detroit Area survey of trauma. *Archives of General psychiatry* 55, 626-32.
- Bunkan, B. H., Radøy, L. & Thornquist, E. (1982). *Psykomotorisk behandling. Festskrift til Aadel Bulow-Hansen.* Oslo: Universitetsforlaget.

- Børstad, M. (1992). Intersubjektivitet i lys av dialektisk relasjonsteori. I: B. Bae og J. E. Waastad (red.) *Erkjennelse og anerkjennelse -perspektiv på relasjoner.* (s. 114-143) Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the adverse childhood experiences study. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (8), 1453-60.
- Engelsrud, G. (1990). *Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse. SIFF Rapport 1.* Oslo: Institutt for helsetjenesteforskning.
- Engelsrud, G. (1998). Fysioterapiens kropp –hvordan styrke kroppens kunnskap? *Danske fysioterapeuter*. 5, 4-17.
- Ericson, F. (1992). Audiovisual records as a primary data source. I: A. Grimsham *Sociological Methods and research* (Special issue on sound-image records in Social Interaction research). 11(2), 213-232.
- Felitti, V. J., Anda, R. J., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunctions 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.
- Flick, U. (2009). *An introduction to qualitative research.* London: Sage publications Ltd.
- Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study research. *Qualitative inquiry*. 12, 219-245.
- Friberg, A. S. L. (2007). *Fra fragmentering til integrering. Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi hos klient som har opplevd traumatiske hendelser.* Mastergradsoppgave. Buskerud: Høgskolen i Buskerud.
- Hafsahl, E. (2000a). Undersøkelse av kvinner etter incest. Erfaringer fra psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten* 4, 8-11.
- Hafsahl, E. (2000b). Behandling av kvinner utsatt for incest. *Fysioterapeuten* 4, 13-18.
- Heath, C., Hindmarsh, J. & Luff, P. (2010). *Video in qualitative research. Analysing social interaction in everydaylife.* London: Sage publications.

- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery. From domestic abuse to political terror*. London: Pandora.
- Iversen, S. (1994). *Muligheter for gjensidig utvikling, læring og mestring. En hermeneutisk- fenomenologisk studie*. Hovedfagsoppgave i fysioterapi. Universitetet i Bergen.
- Jakobsen, M (2006) Kroppen husker. I: T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red). *Dissosiasjons og relasjonstraumer. Integrering av det splittende jeg. (s. 43-59)* Oslo: Universitetsforlaget.
- Jensen, M. F. (2006). Samija kunne ikke kramme sine barn. *Fysioterapeuten (DK) 14,16-23*.
- Kirkengen, A. L. (2007). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Lovdata (2013, april). Forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi, kap. 3 Takster. Nedlastet fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20120620-0651.html>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McFarlane, A.C. og van der Kolk, B. A. (1996). Trauma and it's challenge to society. I: B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (red.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain, C. (2006). *Trauma and the body. A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Northon & Company, Inc.
- Ogden, P., Pain, C. & Fischer, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America. 29, 263-279*.
- Ormhaug, S. M., Jensen T. K., Hukkelberg, S. S. & Holt, T. (2012). Traumer hos barn. Blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for norsk psykologforening. 49, 234-240*.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P. & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavia 112, 330-350*.

- Rotchild, B. (2000). *Kroppen husker-om kropp og psyke i traumebehandling*. Århus: Forlaget Klim.
- Sachs-Ericsson, N., Cromer, K., Hernandez, A. & Kendall-Tackett, K. (2009). A review of childhood abuse, health, and pain-related problems: The role of psychiatric disorders and current life stress. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 170-188.
- Schibbye, A-L. L. (1988). *Familien: Tvang og mulighet. Om samspill og behandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Schibbye, A-L. L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Seltzer, W. J. (2003). *Familiehemmeligheter*. Tause fortellinger fra terapirommet. Oslo: Gyldendal forlag.
- Stake, R. (2005). Qualitative case studies. I: N. K. Denzin og Y. S. Lincoln (red.). *The sage handbook of qualitative research*. California: Sage publications Inc.
- Stokkenes, G. (1997). Erkjennelse og anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi. Hovedfagsoppgave i fysioterapi. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Sviland, R., Råheim, R. & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation, moved by respiration. Embodied narrative identity, a treatment process. *Scand J Caring Sci*; 26, 811–819.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Thornquist, E. og Bunkan, B. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Thornquist, E. (1998). Fysioterapipraksis –undersøkelse og deltagelse. *Tidsskrift for Norsk legeforening*. 118, 545-549.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2, (1) 31-44.
- Universitetet i Tromsø (2011). Studieplan. Mastergradsprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Hentet fra:

<http://uit.no/Content/335579/Studieplan%20psyk.fys%20rev.%20okt%2011%20for%20kull%202010.pdf> (9.05.2013)

- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind body and society*. New York: The Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A. (1996a). The complexity of adaption to trauma. Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. . I: B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (red.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. (s. 182-213). New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A. (1996b) Trauma and memory. I: B. A. Van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (red.). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body and society*. (s. 279-302). New York: Guilford Press.
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner. Om tilknytning, traumer og dissosiasjon*. Stockholm: Arneberg forlag.
- Øien, A. M. (1999). *Å utvikle kunnskap om egen kropp. En kvalitativ studie av psykomotoriske behandlingsforløp*. Hovedfagsoppgave i fysioterapi. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Øien, A. M., Iversen, S. & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences - Therapy processes in Norwegian Psychomotor Physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*. 9, 31-39.
- Øien, A. M. (2010). Change and communication. Long-term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain. (doktoravhandling) Bergen: Universitetet i Bergen
- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S. & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal Caring Science* 25, 53-61.
- Øien, A. M. (2013). Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring. *Fysioterapeuten*, 3, 22-26.
- Østerberg, D. (1994). Innledning I: *Kroppens fenomenologi. Merleau-Ponty, M* .Oslo: Pax Forlag AS.

VEDLEGG 1: Informasjonsskriv/samtykkeskjema -fysioterapeut.

Til den psykomotoriske fysioterapeut det måtte angå.

Forespørsel om å delta i observasjon og intervju i forbindelse med masteroppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Mitt navn er Gry Enge Kristensen. Jeg er utdannet fysioterapeut, og er for tiden masterstudent i Helsefag, studieretning Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Jeg holder nå på med den avsluttende masteroppgaven, som skal være ferdig våren 2013. Temaet for oppgaven er psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapibehandling av pasienter med alvorlige relasjonstraumer. Prosjektet vil bli utført av undertegnede under veiledning av veileder Aud Marie Øien, førsteamanuensis, PhD, ved Universitetet i Tromsø.

Formålet med studien er å utforske kunnskapsgrunnlaget for praksis i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapibehandling, i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger av alvorlige relasjonstraumer.

Jeg arbeider selv til daglig med denne pasientgruppen innen psykisk helsevern. Som rimelig nyutdannet fysioterapeut, og svært ny innen feltet psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, har det vært utfordrende å undersøke, vurdere og behandle disse pasientene. Jeg har ofte måttet moderere den tradisjonelle psykomotoriske undersøkelsen og prøvebehandlingen, fordi denne tilnærmingen i sin opprinnelige form ofte har vært for inngripende og grenseoverskridende for mange pasienter. Det er skrevet lite om traumebehandling innen vårt fagfelt, samtidig som jeg vet at det er mange fysioterapeuter som jobber med denne pasientgruppen, og som har mye kunnskap omkring behandling av pasienter med alvorlige relasjonstraumer.

Da jeg har fått vite at du er spesialist i psykomotorisk fysioterapi, og har jobbet lenge med denne pasientgruppen, sender jeg denne forespørselen til deg. Grunnet oppgavens størrelse er utvalget begrenset til 1-2 fysioterapeuter og 1-2 pasienter.

Jeg ønsker å gjøre 1-2 videoobservasjon(er) av behandling av 1-2 pasient(er) med traumeproblematikk, som er henvist til psykomotorisk behandling pga. kroppslige plager. Jeg ønsker også å være tilstede i rommet, ikke-deltagende, under behandlingen. Jeg vil ta feltnotater underveis.

Kriterier for valg av pasient:

-Pasienten skal ha opplevd traumer i barndom eller voksenliv i nære relasjoner. Dette kan være omsorgssvikt, neglisjering, fysisk eller psykisk vold/mishandling eller seksuelle overgrep.

-Henvist til psykomotorisk behandling for kroppslige plager, sett i sammenheng med ettervirkninger etter tidligere traumer.

-Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi er relevant.

-Personen må være over 18 år og samtykkekompetent.

Eksklusjonskriterier:

-Psykose/nærpsykose eller suicidalitet.

Dagen etter observasjonen ønsker jeg å gjøre et intervju med deg, der jeg tar utgangspunkt i det som skjedde i behandlingen. Jeg vil innhente samtykke fra pasienten når det gjelder din taushetsplikt, slik at du som terapeut kan uttale deg om behandlingen jamfør prosjektets formål. Det kan være aktuelt at vi ser gjennom filmen sammen, og eventuelt drøfter ulike sekvenser mer inngående. Jeg ønsker å få kunnskap om praksis, din forståelse, valg og intensjoner omkring behandlingen. Som en del av oppgaven vil jeg forsøke å øke kunnskap om hvordan vi som psykomotorikere kan være et bidrag i behandlingsprosessen til pasienter som har opplevd alvorlige traumer i nære relasjoner. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med i studien, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen 1.09.2013. Resultatene av oppgaven vil bli presentert i masteroppgaven min.

Dersom du har lyst å være med på observasjon og intervju, ber jeg deg skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen, og sende den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på tlf....., eller sende en e-post til Du kan også kontakte min veileder Aud Marie Øien ved Universitetet i Tromsø. Tlf..... E-post:.....

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Gry Enge Kristensen

Student

Samtykkeerklæring:

For deltagelse i observasjon og intervju i forbindelse med masteroppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon, og er villig til å delta i prosjektet.

Sted:Dato:
.....

Signatur:

VEDLEGG 2: Informasjonsskriv/samtykkeskjema –pasient

Til deg som går i psykomotorisk behandling

Forespørsel om å delta i Mastergradprosjekt, Master i Helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.

Jeg viser til samtale med din fysioterapeut, som har påtatt seg å formidle denne forespørselen til deg. Du er anonym inntil du eventuelt svarer på ja samtykkeskjemaet.

Mitt navn er Gry Enge Kristensen. Jeg er utdannet fysioterapeut, og er for tiden masterstudent i Helsefag, studieretning Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Jeg holder nå på med min avsluttende masteroppgave, som skal være ferdig våren 2013. Temaet for oppgaven er psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapibehandling av pasienter som har opplevd alvorlige livshendelser i nære relasjoner, og som strever med ettervirkninger av disse. Prosjektet vil bli utført av undertegnede, under veiledning av veileder Aud Marie Øien, førsteamanuensis, PhD, ved Universitetet i Tromsø.

Formålet med studien er å utforske kunnskapsgrunnlaget for praksis i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Jeg ønsker å se på hvordan fysioterapeuten jobber sammen med deg i en psykomotorisk behandling, og etterpå intervjuer fysioterapeuten omkring det som skjedde i behandlingen. Hovedfokus i oppgaven er en utforskning av klinisk praksis, fysioterapeutens tanker, valg, handlinger, og intensjoner for og i behandlingen.

Jeg arbeider selv til daglig innen psykisk helsevern, med pasienter som har opplevd alvorlige livshendelser i nære relasjoner, og som strever med ettervirkninger av disse. Som ny i fagfeltet har det tidvis vært utfordrende, da det er forsket og skrevet lite om denne type behandling innen vårt fagfelt. Jeg ønsker å øke kunnskap om hvordan psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi kan være et bidrag i behandlingsprosessen til pasienter med denne type problematikk. Studien vil bestå av observasjon av en behandlingstime (inntil 1 time), og intervju med terapeuten om behandlingen dagen etterpå.

Jeg ber om skriftlig samtykke til å kunne observere og filme deg og din fysioterapeut mens du mottar behandling. Jeg vil være tilstede under behandlingen. Jeg ber også om tillatelse til at fysioterapeuten kan uttale seg om behandlingen i et intervju etterpå. Opplysningene som kommer fram i studien vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Alle opplysninger skal være anonymisert, og videoopptak og lydbånd skal oppbevares separat fra skriftlig materiale. Videoopptak vil bli lagret på passordbeskyttet lagringsenhet i låsbart skap.

Det er frivillig å være med, og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Alle opplysningene anonymiseres, og opptakene slettes når oppgaven er ferdig innen 1.09. 2013. Resultatene av oppgaven vil bli presentert i min masteroppgave ved Universitetet i Tromsø.

Dersom du kan tenke deg å være med på observasjon, ber jeg om at du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på tlf....., eller sende en e-post til Du kan også kontakte min veileder Aud Marie Øien ved Universitetet i Tromsø. Tlf..... E-post:.....

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen

Gry Enge Kristensen

Student

Samtykkeerklæring

i forbindelse med Masteroppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i prosjektet.

Sted:Dato:

.....

Signatur

VEDLEGG 3: Observasjonsguide

Veiledende observasjonsguide

1. Observasjon av rommet Hvordan er det utformet? Interiør? Utstyr? Farger?
2. Innledning av timen
 - Hvordan innledes timen?
 - Beskrivelse av pasient og terapeut. Hvordan er terapeutens kroppsholdning? Pasientens kroppsholdning?
 - Hva legger terapeuten vekt på i begynnelsen av timen?
 - Hva legger pasienten vekt på / bringer inn i behandlingsrommet?
 - Hva retter terapeuten oppmerksomheten mot? Hva gjøres viktig?
 - Hvordan foregår samtalen? Hva snakkes om?
 - Hvordan er avstand/nærhet mellom terapeut og pas.? Plassering i rommet?
3. Relasjon
 - Jobber terapeuten med relasjon til pasienten?
 - Hvordan kommer dette i så fall til syne i behandlingen?
4. Trygghet
 - Kommer trygghet/utrygghet hos pasient til uttrykk i behandlingen?
 - Hva gjør terapeuten i forhold til det.
5. Kroppslig intervensjon
 - Hvilke kroppslige intervensjoner bruker terapeuten?
 - Brukes tradisjonelle Norsk psykomotoriske prinsipper?
 - Samtale, bruk av rommet, sansning, berøring, massasje, bevegelse, øvelser?
 - Hvordan bruker terapeuten sin egen kropp i behandlingen?
 - På hvilken måte bruker terapeuten språket?
 - Hva gjøres viktig av terapeuten??
 - Samspill, samarbeid?

6. Pasienten reaksjoner

Hvordan forholder terapeuten seg til disse?

Hva tillegges vekt?

Gjør terapeuten endringer/ justeringer i forhold til det pasienten uttrykker?

7. Avslutning

Hvordan avslutter terapeuten timen?

Hva gjøres? Hva vektlegges? Hva snakkes om?

VEDLEGG 4: Intervjuguide

Veiledende intervjuguide

Veiledende spørsmål i intervjuet:

Innledning av timen

Hva la du vekt på i starten av timen og hvorfor?

Gjorde du noen bevisste valg i forhold til tidligere behandling av denne pasienten?

Intensjoner med det du gjorde?

Hva tenker du om avstand/ nærhet i forhold til pasient? Stilling/plassering i rommet?

Hva tenker du om valg av ord og samtale.

Mål

Hadde du noen egne overordnede mål for timen?

Tanker om kroppslig intervensjon

Hva tenker du om tilnærmingen til pasienten/ kroppen som du gjorde?

Hva tenker du om behandlingen i forhold til pasientens grenser og trygghet.

Hva tenker du om bruk av berøring, bevegelse, samtale i behandlingen

Viktigheten av disse? Vekting av disse? Hvorfor valgte du som du gjorde?

Opplever du at du får brukt psykomotoriske prinsipper i behandling av pasienten/e?

Opplever du at psykomotoriske prinsipper er tilstrekkelig/ utilstrekkelige?

Er det andre tilnæringsmåter/ kunnskap/ forståelsesmodeller enn NPMF som du bruker i behandlingen?

Hva tenker du om terapeutens personlige egnede egenskaper i møte med pasienten?

Hva tenker du om begrepet «omsorg» ift. Behandlingen?

Hva ble viktig for deg i denne timen?

Hvilke potensialer ser du at du har som fysioterapeut i arbeid med denne pasienten?

Hvordan opplever du at behandlingen er meningsfylt for pasienten?

Beskriv hva du selv opplevde som meningsfylt?

Kan du si litt om utfordringer for deg som terapeut i behandling av pas.

Relasjon

Forståelse av symptomer

Hvordan forstår du pasientens symptomer?

Hva tenker du at denne behandlingen bidrar med i denne/disse pasienten/es liv?

Grensesetting

Mennesker utsatt for relasjonstraumer har ofte skjøre grenser.

Hvordan jobbes dette med i fysioterapien?

Hvilke redskaper bruker du som fysioterapeut i dette arbeidet?

Tiltak?

Dissosiasjon

Det har vært utfordrende å få tilgang til feltet, og de «aller dårligste pasientene» som er i behandling. Kan du fortelle litt om hva som kan være annerledes i behandling av dårligere pasienter?

Kan du fortelle litt om hvordan du forholder deg til dissosiasjon hos pasienter?



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Aud Marie Øien
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 19.07.2012

Vår ref:30958 / 3 / MAS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.06.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30958	<i>Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapibehandling av pasienter med alvorlige relasjonstraumer</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Aud Marie Øien</i>
Student	<i>Gry Beate Enge Kristensen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

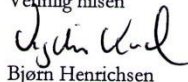
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Mads Solberg

Kontaktperson: Mads Solberg tlf: 55 58 89 28

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Gry Beate Enge Kristensen, Hunstadveien 105 a, 8022 BODØ

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 30958

Prosjektet skal undersøke kunnskapsgrunnlaget for praksis i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapibehandling av pasienter med alvorlige relasjonstraumer (pasienter med omfattende symptomer etter traumer påført i nære relasjoner). Pasientene er henvist til psykomotorisk fysioterapi på grunn av kroppslige plager.

Utvalget består av opptil 2 fysioterapeutspecialister i psykomotorisk terapi og 2 pasienter med traumeproblematikk. Studenten innleder førstegangskontakt med terapeuter på epost/telefon og sender så brev. Terapeut retter etter samtykke til deltakelse, forespørsel til pasient. Personvernombudet for forskning anbefaler at terapeut viderefremmer studentens kontaktinformasjon til respondenten og at respondenten selv kontakter prosjektleder for å gi sitt samtykke. Det gis ettertrykkelig informasjon om frivillighetsaspektet og at avslag på forespørsel ikke har innvirkning på pasientens videre behandling. Videre skal det innhentes samtykke fra pasient til at terapeut løses fra taushetsplikten til dette formålet.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner informasjonsskrivet av 17.07.2012 tilfredsstillende.

Personvernombudet for forskning forutsetter at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandlingen som finner sted. På grunn av sensitiviteten ved datamaterialet forutsettes det at videoopptak og personidentifiserende opplysninger utelukkende behandles/lagres ved UiT, ikke privat PC. Aidentifiserte transkripsjoner kan behandles på privat pc dersom dette er i tråd med interne retningslinjer for informasjonssikkerhet ved UiT.

Datamaterialet anonymiseres ved prosjektslutt 01.09.2013. Med anonyme forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler, eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

