

I klinikken - en nærstudie av en praksissituasjon

Nathalie Lygren

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

**Institutt for helse – og omsorgsfag,
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø**

Oktober 2013

Forord

Gjennom mitt arbeid som privatpraktiserende psykomotoriker i noen år ble jeg nysgjerrig på hvordan andre terapeuter jobber. Det gav meg lyst til og interessere for å gå inn å observere en behandlingstime hos en annen psykomotoriker sammen med hennes pasient. Motivasjonen min for å gjøre studien var også at det er et stort behov for å forske på praksis innen PMF. Det er nødvendig for å utvikle faget videre og tilegne oss mer kunnskap som klinikere.

Jeg vil takke veilederen min som hjalp meg gjennom hele prosessen med sin optimisme og tro på oppgaven, og ikke minst hennes faglige kompetanse og utrettelige arbeid med å gi tilbakemeldinger og kommentarer på arbeidet underveis.

Og ikke minst vil jeg takke terapeuten og pasienten som sa seg villige til å være med i studien min og inviterte meg inn i behandlingsrommet der jeg fikk ta del i en spennende prosess som har gitt meg fornyet kunnskap og en dypere innsikt i mitt eget fagområde.

Nathalie Lygren

*«Grunnordet Jeg – Du kan bare sies med vårt hele vesen.
Samlingen og sammensmeltingen til det hele vesen
kan aldri skje gjennom meg og kan aldri skje uten meg.
Jeg blir til ved Du'et. Idet jeg blir Jeg, sier jeg Du.
Alt virkelig liv er møte.»*

Fra «Jeg og Du» (Buber, 1923)

Sammendrag

Denne studien utforsker samtalens plass i psykomotorisk fysioterapi, en profesjon som befinner seg i grenselandet mellom fysioterapi og psykoterapi, og der samtalens funksjon er omdiskutert.

Dette er en kvalitativ studie som bygger på en behandlingstime i PMF, der forskningsmaterialet er hentet fra video – opptak av pasient og fysioterapeut og intervju av terapeuten i etterkant av opptaket.

Studien viser at samtalen i denne behandlingstimen spiller en sentral rolle i pasientens endringsprosesser både gjennom den innledende samtalen i starten av timen, og via samtalen i det påfølgende arbeidet på kroppen. Den illustrerer hvordan samtalen kan underbygge pasientens forståelse av egne erfaringer og kroppslige uttrykk, slik at disse blir bevisstgjort og satt inn i en meningssammenheng.

Abstract

This study explores the place of the conversation in psychomotoric physiotherapy, a professional field which exists on the border of physiotherapy and psychotherapy, and where the function of the therapeutic conversation is debated.

The following is a qualitative study which is based on a treatment-session in PMP, and where the research data is obtained from a video observation of the patient and the therapist, followed by an interview of the therapist.

The study demonstrates how in this treatment-session the conversation plays an important part in the processes of change taking place in the patient. Both the initial conversation and the following conversation in connection to the practical work underline this insight. The study illustrates how the conversation may reinforce the patients understanding of her experiences and bodily expressions so they become conscious and give meaning to her.

INNHOLDSFORTEGNELSE

<u>1. INTRODUKSJON</u>	9
1.1. Bakgrunn for studien.....	9
1.2. Tidligere forskning.....	9
1.3. Hensikt og problemstilling.....	11
<u>2. TEORI</u>	12
<u>3. METODE</u>	16
3.1. Kunnskapssyn og forskerrolle.....	16
3.2. Valg av forskningsdesign og metodiske framgangsmåter.....	17
3.2.1. Rekruttering og praktiske forhold.....	18
3.2.2. Utvalg.....	18
3.2.3. Video-observasjon.....	19
3.2.4. Semi-strukturert intervju.....	20
3.3 Analyse.....	21
3.3.1. Analyse av intervjuet.....	22
3.3.2. Analyse av video-opptaket.....	23
3.4. Etikk.....	24
<u>4. RESULTATER: Samtalen i PMF praksis basert på kroppslig læring og erkjennelse</u>	25
4.1. Samtalen i PMF - ny innsikt gjennom refleksjon over kroppslig-emosjonell erfaring knyttet til selvet-i-relasjon.....	26
4.1.1. Innledende samtale.....	26
4.2.2. Samtalen underveis i arbeidet i og på kroppen.....	32
4.1.3. Oppsummering.....	40
<u>5. DISKUSJON</u>	42
5.1. Mer om samtalens plass og funksjon i PMF.....	42
5.1.1. Samtalens basis i arbeidet på kroppen og kroppslig basert læring og erkjennelse....	43
5.1.2. Den terapeutiske relasjonen som grunn.....	44

<u>5.2. Metodediskusjon</u>	46
<u>6. AVSLUTTENDE KOMMENTAR</u>	49
<u>LITTERATURLISTE</u>	50
<u>VEDLEGG</u>	52

1. INTRODUKSON

Denne studien skal handle om samtals betydning innen psykomotorisk fysioterapi (PMF) og hvordan den kan bidra til kroppslig omstilling, endring og selverkjennelse.

1.1. Bakgrunn for studien

Min inngang til det feltet jeg har valgt å forske på er at jeg selv arbeider som psykomotoriker i privat praksis. Min opplevelse som kliniker er at når pasienter kommer for første gang til behandling er de usikre på hvilken rolle en psykomotoriker har, og hva behandlingen handler om. Noen forestiller seg en fagperson som er en blanding av psykolog og fysioterapeut. Da råder det naturlig nok hos pasientene en del tvil om hva som skal være fokus i behandlingen, inkludert hva man skal samtale om innledningsvis. Hva og hvor mye skal de fortelle? Hvor stor plass skal samtalen ha i timen? Hva er eventuelt formålet med samtalen? Det er som regel ikke et entydig og klart svar på disse spørsmålene, og min erfaring er at vi som psykomotorikere har ulik praksis for hvordan vi samtaler med pasientene våre.

Det har skjedd endringer i utøvelsen av faget siden samarbeidet mellom grunnleggerne av PMF, Aadel Bulow-Hansen og Trygve Braatøy tilbake på 1940-tallet. Den gangen sto fysioterapeut Bulow for arbeidet med kroppen og psykiater Braatøy samtalte med pasientene etterpå. Samtalen, den terapeutiske som sådan, bortsett fra en mer eller mindre standardisert anamnese, hadde derfor liten eller ingen plass hos fysioterapeuten. I dag er det ikke gitt at pasienten går til psykiater eller psykolog parallelt med et behandlingsforløp innen PMF, selv om noen gjør det. Innen faget er man enige om at å gå til psykomotorisk behandling som regel setter i gang kroppslig-emosjonelle prosesser hos pasientene. Men hvordan deltar vi sammen med dem om å sette ord på og finne uttrykk for det som skjer underveis? Samtalens plass innenfor den psykomotoriske behandlingstradisjonen er omdiskutert, og etter min mening et aktuelt tema det kan være verdt å belyse nærmere. Jeg har valgt å tematisere dette i denne studien.

1.2. Tidligere forskning

Det finnes lite forskning som er direkte knyttet til samtals betydning i PMF. Dog finnes det noe, og noen studier sier «indirekte» noe om samtals betydning.

Studien til Sviland, Råheim, & Martinsen (2012) har et narrativt perspektiv og bidrar til å belyse samtals betydning i PMF. Studiens empiri er hentet fra en langvarig behandlingsprosess i PMF. Her kom det fram at nye erfaringer i bevegelse og sansning understøttet ikke bare endring i bevegelsesmønstre, men bidro også til at pasienten fikk en ny forståelse av sin fortid og historie, med styrking av pasientens kroppslig baserte narrative identitet som konsekvens. Innvevd i prosessen var kroppslig og språklig dialogisk utforskning av erfaring knyttet til bevegelse og sansning.

Studien til Øien, Iversen & Stensland (2007) bidrar også med tanke på samtals betydning, også her i et narrativt perspektiv. Studien bygger på to langvarige behandlingsforløp i PMF, der forskningsmaterialet er hentet fra dybdeintervjuer og videoopptak av pasienter og fysioterapeut. Denne studien viste at ved å integrere en kroppslig og verbal behandlingstilnærming utviklet pasienten en ny forståelse for sin historie og bedre kroppsbevissthet, og fortalte om egen kropp med metaforer som endret seg i takt med dette.

Kommunikasjonsartikkelen til Øien, Steihaug, Iversen & Råheim (2011) har som utgangspunkt i en multiple case-studie, bygget på elleve behandlingsforløp, data fra gjentatte video-observasjoner, dybdeintervju og personlige notater. Her er samtals betydning ikke spesielt løftet fram, men innvevd i kroppslige og språklige dialoger og forhandlinger. Studien fokuserer spesielt på brudd i behandlingsrelasjonen og hvordan det forhandles for å komme tilbake igjen, og finne fram til nye måter å samhandle på. Fysioterapeutens sensitivitet i hender, blick og ord sammen med evne til å forhandle om hva hun og pasienten gjorde sammen, emosjoner relatert til det de gjorde og kvaliteten av relasjonen, fasiliterte endring.

Når det gjelder andre observasjonsstudier av klinisk fagutøvelse hos psykomotoriske fysioterapeuter fant jeg en studie av Thornquist & Gretland (2003) som er basert på analyse av videofilmer der samme pasient blir behandlet av to forskjellige fysioterapeuter. Av studien kom det fram at selv om behandlingsmetoden har samme navn, så kan utøvelsen av faget mellom terapeuter, være ulik. Det stilles spørsmål om interaksjonen mellom partene, hva terapeutene gjør, deres fortolkningsramme og hvordan de forholder seg til pasientene i behandlingen, også med betydninger knyttet til anamnese og samtale forøvrig.

En annen studie av Thornquist (2006), som ble gjort av et første møte mellom pasient og fysioterapeut, den ene manuell terapeut og den andre psykomotoriker, var basert på observasjon og intervju av terapeutene. I studien kom det fram at fysioterapeutene var forskjellige i sin fagutøvelse. Forskjellene i måten å møte pasienten på, terapeutenes fortolkninger og resonnement, førte til ulik grad av pasientmedvirkning. Forfatteren av studien konkluderer med at fysioterapeutenes kroppssyn har ulike implikasjoner i møte med pasientene. Vi trenger å tilegne oss systematisk kunnskap ved å gjøre flere studier av konkrete praksissituasjoner.

1.3. Hensikt og problemstilling

Det er altså ikke gjort mye forskning på hva som skjer i praksis innen vårt fagfelt generelt og enda mindre med tanke på samtalens betydning i faget. For å forstå mer av hva som hender i møtet mellom psykomotoriker og pasient og for å kunne videreutvikle faget, finnes et behov for å gå inn i kliniske situasjoner og se hva som faktisk skjer under selve utøvelsen.

Hensikten med oppgaven er å se på hva som skjer i en behandlingstime mellom pasient og fysioterapeut/psykomotoriker, og utforske nærmere hvilken betydning samtalen kan ha i en psykomotorisk behandlingssituasjon, særlig med vekt på den forståelsen terapeuten formidler.

Intensjonen er ikke å evaluere eller dømme det jeg ser foregår i behandlingstimen, men å reflektere over de spørsmålene jeg sitter med som utgangspunkt, og nye som måtte komme opp underveis.

Problemstillingen min for denne studien er:

- På hvilke måter samtaler terapeut og pasient for å fremme kroppslig omstilling og selvinnsikt hos pasienten i PMF? Hvilke forståelser ligger til grunn for valg underveis, slik terapeuten ser det?

2. TEORI

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) er en behandlingsform som tar hele mennesket i betraktning. Utgangspunktet er kroppen som innfallsvinkel, med en forståelse av kroppen som ikke bare fysisk, men også som et psyko-sosialt fenomen. Grunntenkningen i PMF handler om å «bygge bro» mellom kropp og sjel, og pasientens erfaringer, opplevelser, bevegelser og uttrykk står sentralt i behandlingen. Kroppen sees på som meningsbærende i det at den rommer «taus» kunnskap og har i seg historien om levd liv (Thornquist & Bunkan, 1995). Samhandlingen mellom pasient og behandler står sentralt i psykomotorisk fysioterapi. Kroppen som erfarende og relasjonell, som subjekt og kilde til erfaring og erkjennelse i verden, er i større grad blitt tematisert i senere tid, og er rotet en fenomenologisk tenkning. (Engelsrud, 2001, Gretland 2007, Thornquist 2004, Thornquist 2006, Thornquist 2003, Thornquist & Gretland 2003, Øien 2010).

Kroppsfenomenologien utviklet av filosofen Maurice Merleau-Ponty gir oss et utvidet kroppsbegrep som motstykke til den mekanistiske og tingliggjorte kroppsforståelsen. I den dualistiske tenkningen fra Descartes, ses kroppen som «ren» materie. I kroppsfenomenologien derimot, gis kroppen subjektstatus og plasseres i livsverdenen som erfarende og erkjennende. Den levende kroppen er menneskets måte å være i verden på, i hverdagen som vi til enhver tid umiddelbart er i og erfarer uten at vi reflekterer over det. Vår kroppslighet og sansning er sentral for å skape mening og fortrolighet gjennom å *være*, i relasjon til og uavbrutt interaksjon med omverdenen. Kroppen sees i denne tenkningen på som grunnleggende erfarende og relasjonell, og sammenvevd med sin verden (Bengtsson 2006, Engelsrud 2001, Gretland 2007, Thornquist 2003, Råheim 2003). I denne studien hvor jeg går inn og ser på en behandlingstime i klinisk praksis er det naturlig å ha denne grunnlagstenkningen med fordi terapeutens kropps – og menneskesyn vil gjenspeile seg i de valg og handlinger terapeuten gjør, samt pasientens muligheter for deltakelse og påvirkning (Thornquist & Gretland 2003, Thornquist 2006).

Det fenomenologiske perspektivet videreføres i Sviland og medarbeidere sitt arbeid (2009) i møtet mellom Braatøys og Løgstrups tenkning. Sviland hevder at begge hadde et fenomenologisk ståsted med utgangspunkt i kroppssubjektet sin væren-i-verden, beveget og i bevegelse. Braatøy søkte å forene kropp og psyke ved sin tenkning rundt at våre erfaringer og emosjoner er kroppslig forankret. Vi opplever oss selv og omverdenen

gjennom sansning. Her skilte Braatøy mellom sansningen som fenomen og sansning som fysiologi, og understreket at disse ikke kan være i opposisjon men hører sammen (ibid). Med pust og muskulatur regulerer vi vårt følelsesliv som igjen er knyttet til kognitive prosesser. Muskulært hold og bremset respirasjon kan tyde på indre konflikter som gir seg til kjenne gjennom ubalanse i funksjon som en fastlåst holdning og et stivnet bevegelsesmønster, og knyttet til livserfaring (Braatøy, 1979). Fravær av kroppslig «flyt» og spontanitet i bevegelse, med tanke på at kroppen er vår primære erfaringskilde nettopp gjennom sansningen, vil påvirke hvordan sansede inntrykk tas opp og tolkes, og videre hvordan personen opplever seg selv alene og sammen med andre. Sviland og medarbeidere refererer til Braatøy og skriver: «*Følelsesliv og selvbevissthet må etter hans syn forstås som kroppslige fenomener.*» (2009, s. 260), som på ny viser til at sansning ikke kan begrenses til nevrobiologi.

Både Braatøy og Løgstrup peker på at språk og selvbevissthet henger sammen. Løgstrup skiller mellom umiddelbar oppmerksomhet i sansningen og oppmerksom tilstedeværelse i forståelsen. I det vi erfarer setter vi oss selv utenfor den umiddelbare og sansbare verden. Forståelse fordrer altså avstand. Sansningens avstandsløshet og forståelsens avstand spiller, ifølge Løgstrup, alltid sammen som forende motsetninger (Sviland, Råheim & Martinsen, 2009). Braatøy med utgangspunkt i sin tenkning, beskrevet i foregående avsnitt, understreket viktigheten av at terapeuten er lydhør for pasientens historie og hvordan den blir fortalt. Den gir terapeuten et innblikk i pasientens liv og de spor det har satt. Gjennom å lytte og forsøke å forstå den andre, hjelpes pasienten til å forstå sine egne kroppslige reaksjoner og bli tydeligere for seg selv (Sviland, Råheim & Martinsen, 2010).

Disse teoretiske bidragene har relevans i min studie, blant annet ved at de illustrerer betydningen av å åpne opp for å gi erfaringer, følelser og tanker et verbalt uttrykk. Ved å reflektere over kroppslig sansning og reaksjoner kan disse forstås og settes i sammenheng med egenopplevelse og relasjoner til viktige andre. Dette skaper forutsetninger for selverkjennelse hos pasienten og tillit til seg selv.

Gjennom samtalen løftes altså noe fram i bevisstheten og kan erkjennes, for eksempel et bestemt holdningsmønster. Løgstrup sier at ved å skape avstand til det umiddelbare, førspråklige, som er sansningen, kan noe forstås med bevisstheten gjennom språket. Sett sammen med Braatøys betraktninger rundt fenomenet holdning i dobbelt betydning, som

rommer både biomekanikk og emosjoner eller innstilling (Braatøy anvender termen affekt) (Sviland, Råheim & Martinsen, 2010), kan man kanskje si at vanemessige holdnings- og bevegelsesmønstre gjenspeilet i følelsesmessig innstilling dannes i det prerefleksive, ubevisste og sansbare. Fordi, ifølge Løgstrup, sansning og forståelse forutsetter hverandre, vil vilkårene for å bli bevisst kroppsliggjorte vanemønstre være en vekselvirkning mellom å sette ord på det som sanses, i avstand, og å være i selve sansningen.

Schibbye (2010, s. 247) er inne på samme tematikk som Braatøy om betydningen av å gi rom for pasientens fortelling, i sin beskrivelse av en anerkjennende terapeutisk holdning, der hun sier:

«Vi kan si at terapeuten gjør noget tilsvarende (speiling) for klienten i sit arbejde med at lytte, forstå og give respons på forståelsen. Klienten finder sit følelsesudtryk i terapeutens bevidsthed. Han får øje på seg selv i den anden og bliver mere reflektert.»

Schibbye (2010) representerer en dialektisk tenkning der fokuset på gjensidigheten i terapirelasjoner og at vi som mennesker blir til i relasjoner der vi skaper gjensidige forutsetninger for oss selv og andre, er sentral. Denne tenkningen representerer et subjekt-subjekt-syn i møte med pasientene og har fokus på pasientens selvopplevelse i lys av relasjonen i de terapeutiske møtene. Hun anvender anerkjennelsesbegrepet som en helt sentral terapeutisk væremåte, der hun understreker at anerkjennelse ikke er noe man har, men er noe man *er*. Det er en levende måte å være sammen med andre på og ved å ha en anerkjennende holdning bringes noe fram i den andre. Begrepet rommer å lytte, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse og er forutsetninger for å skape en trygg terapirelasjon der pasienten har plass og rom til å oppleve vanskelige følelser fordi terapeuten stiller seg emosjonelt tilgjengelig og møter pasientens uttrykk med aksept og respekt (ibid).

Dette kom særlig frem som betydningsfullt i denne studien. Det belyses hvordan terapeutens væremåte og innstilling gav rom for pasientens uttrykk og erfaringer, og leting etter å forstå det som skjedde med henne, i et terapeutisk rom preget av anerkjennelse.

I følge Løgstrups tenkning eksisterer talens åpenhet og urørlighetssonen også som forende motsetninger (Sviland, Råheim & Martinsen, 2010). For at ikke urørlighetssonen skal utvikle seg til tilbaketrukkethet og isolasjon er den avhengig av den åpne talen. Den åpne

talen på sin side er avhengig av urørlighetssonen for ikke å gå over i grenseløshet og mangel på respekt for det sårbare (ibid). En terapisituasjon krever at behandleren mestrer denne balansegangen. I min studie er en krevende balanse mellom å tale og å handle sentral, en kontinuerlig inntoning og fintfølelse for hvordan bevege seg mellom disse to. Braatøy beskriver dette som at terapeuten må inneha en «animalsk ømfintlighet» for å fange opp de subtile nyansene og svingningene i samspillet med pasienten. Det forutsetter at terapeuten jobber med seg selv og sin egen selvforståelse (ibid.). Dette kommer jeg tilbake til med tanke på å diskutere eksempler på dette fra studiens materiale.

Schibbye (2010) sier at terapeuten må øve seg i å lytte innover når hun er sammen med pasientene slik at hun er bevisst på hva som er hennes og hva som er pasientens affekter og stemninger. Selv om terapeuten er sammen med den andre/pasienten, er hun også avgrenset fra den andre, og kan bringe noe nytt inn i pasientens erfaringsverden. Dette kan relateres til psykomotorisk fysioterapi.

3. METODE

Utgangspunktet for studien var å se nærmere på behandlingspraksis i psykomotorisk fysioterapi for å få mer kunnskap om og innsikt i fysioterapeutiske prosesser. Studier av faktiske praksissituasjoner kan bidra til å løfte frem de handlinger og valg som klinikere står i, i sin hverdag. De kan være med å synliggjøre det selvsagte og vanemessige og på den måten videreutvikle faget. Samtalens betydning i denne behandlingstilnærmingen kom til å peke seg ut som særlig interessant, og ble hovedfokus for studien.

Ulike forskningsmetoder – og design gir forskjellig kunnskap. Jeg ønsket altså å undersøke praksissituasjoner i klinikken for å få mer innsikt i den psykomotoriske behandlingen. Målet var som Malterud (2003) sier, «å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener, slik det oppleves for de involverte selv innen deres naturlige sammenheng.» .» I tillegg ville jeg se nærmere på hvordan psykomotorisk praksis utspiller seg, inkludert samtalens rolle. Derfor var en kvalitativ metodisk tilnærming det som egnet seg best til denne typen studie. En kvalitativ tilnærming vil også innebære nær kontakt mellom meg som forsker og de personene som skal studeres.

Før jeg presenterer de valg jeg har gjort vedrørende studiens forskningsmetoder og analyser, vil jeg si litt om forskerrollen.

3.1. Kunnskapssyn og forskerrolle

Diskusjonen om kunnskapssyn er knyttet både til kvalitativ og kvantitativ forskning, selvsagt, men handler om mye mer enn selve denne distinksjonen. I kvalitativ forskning er imidlertid kunnskapssyn mer trukket fram i metodelitteraturen enn i litteratur knyttet til kvantitativ forskning. Kvale (1996, s. 3-6) bruker blant annet metaforene «gullgraver» og «reisende» til å beskrive forskerens rolle og tilhørende kunnskapssyn. Om en ser forskeren som en gullgraver, kan kunnskapen han leter etter sammenlignes med et verdifullt metall, entydig og gitt, enten det dreier seg om kunnskap, om sosial praksis eller erfaringer - inne i informantene/subjektene. Kunnskapen gjenstår å oppdage eller grave opp bare en graver på «rett sted og på rett måte», ubesmittet av gullgraveren som graver den frem. Verdien av det endelige produktet bestemmes ved å se det opp mot en objektiv, ytre og entydig gitt verden eller ved å knytte det til subjektive, indre og autentiske eller gitte erfaringer, altså med rot i en tenkning om et bastant skille mellom subjekt og objekt, mellom indre og ytre

osv. Om en derimot ser forskeren som reisende, innebærer det at forskeren begir seg ut på en utforskende reise, der kunnskap skapes i møter med mennesker og situasjoner, en vandring sammen i søken etter viten, der også reisen selv kan endre retning fra den opprinnelige kursen. Forskerens rolle som medskaper i kunnskapsproduksjonen kommer i søkelyset, og med det forsker-refleksivitet (Kvale 1996, Malterud 2003). Jeg slutter meg til kunnskapssynet forskeren som «reisende» representerer.

Karakteristisk ved kvalitative metoder er at forskeren etablerer en relasjon med informantene og bruker dermed seg selv som et verktøy til å innhente informasjon (Thagaard, 2009). Malterud (2003, s. 44) sier at «*kunnskap er et produkt av menneskelig persepsjon og samhandling*». Forskeren vil med sin forforståelse og ut ifra sitt ståsted alltid påvirke forskningsprosessen og det endelige produktet. I denne studien er det viktig metodisk anliggende at jeg har forsket på eget yrkesfelt og på kollegaers praksis. Det vil si at jeg har hatt en dobbeltrolle både som forsker og kliniker. Forskerrollen går jeg videre inn på i diskusjonen (se avsnitt 5.2).

3.2. Valg av forskningsdesign og metodiske fremgangsmåter

Når det gjelder min studie har en kvalitativ tilnærming vært naturlig fordi jeg var ute etter å få vite mer om menneskers opplevelser, erfaringer, tanker og holdninger, samt bevegelse, handling og samhandling i en gitt profesjonell men likevel daglig praksis, slik den trer frem her og nå. I slike tilfeller er nettopp kvalitative metodiske tilnærminger velegnede, ifølge Malterud (2003).

Siden utgangspunktet for studien var å belyse det som skjer i behandlingsrommet, i samhandling mellom terapeut og pasient, og få innsikt i hvordan informanten opplevde og tenkte over sin praksissituasjon som terapeut, valgte jeg å kombinere metodene observasjon ved hjelp av video og semi-strukturert intervju i følgende forskningsdesign:

- En behandlingstime mellom pasient og psykomotorisk fysioterapeut tas opp på video med forsker til stede som observatør.
- Terapeuten intervjues en time etter opptaket, med utgangspunkt i at begge ser videoen av behandlingssituasjonen sammen.

3.2.1. Rekruttering og praktiske forhold

I forkant av studien viste det seg å bli utfordrende å finne noen som sa seg villig til å være informanter og la seg observere. Det tok derfor tid å finne en terapeut som sa seg villig og som hadde en pasient som ønsket å delta i studien. En av grunnene til at intervjuet fulgte bare en time etter opptaket, var at terapeuten sin praksis ligger i en annen by, derfor var det av praktiske årsaker ønskelig å gjøre både observasjon og intervju samme dagen. Et annet argument for å gjøre det på denne måten var at både informanten (terapeuten) og jeg hadde behandlingstimen friskt i minnet, som kan sees på som en fordel. På en annen side ville intervjumaterialet sannsynligvis fått et litt annet innhold dersom det ble gjort en stund etter opptaket og jeg hadde sett gjennom videoen alene på forhånd, med litt større avstand.

3.2.2. Utvalg

Utvelgelsen av informanter i kvalitative studier er strategisk og planlegges nøye. Det vil si at de aktørene som er interessante å ha med i studien har kunnskap innen det aktuelle feltet og kan bidra til å belyse de problemstillingene man ønsker å finne mer ut av (Malterud 2003, Thagaard 2009).

I min studie hadde jeg følgende kriterier til utvalget: Det skulle være en psykomotorisk fysioterapeut med mer enn 3 års praksiserfaring etter ferdig videreutdanning innen PMF. Dette kriteriet hadde jeg fordi det er av betydning å ha en viss erfaring i behandlingsfeltet for å utøve det med solid profesjonalitet. Det handlet også om at mange av terapeutene i området jeg ønsket å utføre studien i, hadde praktisert en årrekke. Dette ville gjøre det lettere å få en deltaker.

Praksisfeltet skulle være fysikalsk institutt og følgelig en av de pasientene som får behandling der. Det ville innebære at pasienten som ble valgt sannsynligvis ikke ville være så tungt belastet som for eksempel en psykiatrisk pasient, som antatt kunne være en fordel. Terapeuten skulle velge en pasient selv, dette fordi det var viktig for å få deltakere.

Jeg bestemte meg for å fokusere på én behandlingstime med pasient og terapeut. Dette kan synes lite, men rammene for en 40 studiepoengs masteroppgave tilsier et slikt valg, altså et pragmatisk argument. Jeg mente det likevel ville være tilstrekkelig til å belyse problemstillingene, og kanskje reise noen viktige spørsmål i forlengelse av studien.

Med en engangs observasjon knyttet til en behandlingsprosess over tid, ville jeg få et øyeblikksbilde her og nå. Studien ville ikke belyse en behandlingsprosess over tid. Det var likevel viktig for forståelsen av hva som ville komme fram i observasjonen hvor i behandlingsforløpet observasjonen skulle foregå.

Jeg valgte å gå inn tidlig i et behandlingsforløp, etter at pasienten har vært hos terapeuten seks ganger slik at de kjente hverandre, men uten at behandlingsprosessen hadde kommet veldig langt. Dette fordi jeg tenkte at betydninger og fortolkningsrammer av symptomer og plager det forhandles om mellom terapeut og pasient, ville tre frem og gis uttrykk for på en annen måte tidlig i forløpet enn lenger ute i prosessen. Relasjonen mellom pasient og terapeut var forholdsvis ny, dermed ville det som kom frem i interaksjon og samhandling antatt være andre tema enn hvis samarbeidet var veletablert og de kjente hverandre godt.

Utvalget bestod av en kvinnelig psykomotorisk fysioterapeut med mer enn 3 års praksiserfaring og en av hennes pasienter, en kvinne i midten av 40 årene. Pasienten var henvist til PMF for søvnproblemer og nakkemyalgi.

3.2.3. Video-observasjon

Observasjon betraktes som velegnet til å studere relasjoner og samspill mellom personer, og som når, som i mitt tilfelle, ønsker å fokusere på aktørens handlingsmønster og hvordan terapeut og pasient forholder seg til hverandre (Thagaard 2009, Malterud 2003).

Jeg tok behandlingstimen opp på video fordi det gav meg mulighet til å se hele timen i sin helhet og å kunne gå tilbake til deler av opptaket gjentakende ganger i analysen. Ifølge Heath og Hindmarsch (1997) gir videoopptak mulighet for å fange opp de finere detaljene i handling og samhandling mellom mennesker, som kompleksiteten mellom verbal og kroppslig kommunikasjon, som var særlig viktig med tanke på PMF. Det gir mulighet for å innhente data som kan analyseres og jobbes med systematisk, og opptaket kan sees sammen med informanten i etterkant, noe jeg benyttet meg av.

Jeg hadde liten erfaring med å gjøre videoopptak i lignende situasjoner og fikk heller ikke tatt noen prøve-opptak. Jeg brukte imidlertid en del tid på å finne ut hvor i rommet det var best å plassere kameraet, og meg selv, for å få mest mulig med på opptaket og samtidig være minst mulig påtrengende med min tilstedeværelse. Malterud (2003) peker på at videoopptak er et utdrag av det som egentlig skjer i situasjonen og at det ikke er «den

uberørte, «autentiske» hendelsen» som tas opp på kamera. Jeg valgte å filme fra et par faste plasser i rommet, slik at utgangsstillingene og samhandlingen mellom personene fra den ene eller den andre vinkelen vises. Det gir dermed et begrenset bilde av situasjonene, men forstyrret mindre enn om jeg hadde flyttet kameraet hele tiden.

Ved at jeg kom inn i behandlingsrommet med et videokamera, ville jeg uten tvil påvirke situasjonen. Det var mer et spørsmål om på hvilken måte deltakerne lot seg påvirke og om det ville være mer eller mindre tydelig (Øien, 2010). Deltakerne virket godt forberedt på min tilstedeværelse og det slo meg at det virket som om terapeut og pasient ikke lot seg distrahere fra det som til enhver tid var fokus i behandlingen. Pasienten kommenterte likevel en gang i løpet av den innledende samtalen at hun var litt forstyrret av kameraet. Terapeuten kommenterte senere i intervjuet at pasienten mulig hadde «sluppet seg mer til» hvis det ikke hadde vært video- opptak. På spørsmål etter opptaket om hvordan deltakerne hadde opplevd å bli filmet, var de begge enige om at de hadde vært mer oppmerksomme på at de ble filmet enn på min tilstedeværelse i rommet.

3.2.4. Semi-strukturert intervju

Fordi jeg ønsket terapeutens perspektiv, altså hennes stemme om hva hun tenkte om det som skjedde, valg hun tok osv., valgte jeg å bruke semi-strukturert intervju som metode. Ved denne type forskningsintervju er temaene og spørsmålsformuleringen dels forberedte, men ikke nøyaktig nedtegnet, og rekkefølgen av det som tas opp bestemmes underveis. Dette gir fleksibilitet slik at forskeren kan følge det informantene forteller, men likevel få informasjon om det hun har tenkt på forhånd (Thagaard, 2010). Målet er at informantens egne erfaringer og hva som er betydningsfullt for dem, skal komme fram. Malterud (2003, s. 130) sier: *«Ifølge Kvale skal intervjuet åpne for kunnskap som er forankret i informantens livsverden..»* Dette forutsetter at forskeren har en åpen holdning og samtidig klarer å holde fokus slik at hun får mest mulig informasjon til å belyse problemstillingen sin (ibid).

Samtalen med terapeuten etter behandlingstimen ble som sagt styrt rundt video-opptaket, der strukturen i behandlingstimen også var styrende. Jeg opplevde intervjuet som en utforskende dialog der jeg og informanten snakket om det vi så på filmen. Underveis dukket det opp andre tema og flere sider ved samme fenomen som jeg ikke hadde tenkt på forhånd. Jeg syntes det var spennende å forfølge disse temaene med utdypende spørsmål

samtidig som jeg erfarte å få mer innsikt. Terapeuten sa hun selv ble oppmerksom på aspekter ved samhandlingen som hun ikke hadde vært klar over tidligere. Aspekter ved den tause kunnskapen som allerede var i spill i behandlingssituasjonen, kom til uttrykk gjennom å se videoen og samtale rundt den.

Utfordringer jeg merket meg med henhold til intervjuet var å stille spørsmål som var spesifikke nok til å gå i dybden på et tema, og ikke bare snakke om det i generelle vendinger. Det var heller ikke alltid like enkelt å finne balansen mellom åpenhet og styring i spørsmålsformuleringene.

En fordel ved å samtale rundt videoen er imidlertid at den består av konkrete hendelser og slik kan terapeuten dele sine tanker og erfaringer direkte knyttet opp mot det som skjer på filmen. Den rikeste kunnskapen, hevder Malterud (2003), er den man får dersom informanten forteller om egne opplevelser i forhold til bestemte hendelser. I denne studien ble intervjuet både innholdsrikt og lenger enn planlagt. Grunnen er nok i stor grad at det handlet om behandlingssituasjonen som nettopp var forbi, med konkret utgangspunkt i videoopptaket. Det baserte seg dessuten i to klinikere (forsker og informant) som begge var engasjerte og utforskende med tanke på hva de så i opptaket.

3.3. Analyse

Kvalitative forskning kjennetegnes ved forskningsdesign som er fleksibel. Det vil si at prosessen er som en hermeneutisk sirkel eller spiral, der forskeren kan arbeide med de forskjellige delene på samme tid og også bevege seg mellom de ulike stadiene for så å komme tilbake til utgangspunktet. Det er en gjensidig påvirkning mellom forskningsmaterialet, problemstilling og analyse der forskeren ofte gjør endringer underveis ettersom forståelsen for materialet utvikler seg og ny kunnskap trer frem (Thagaard, 2009).

Videoopptaket skrev jeg ut selv. Den innledende samtalen har form som transkripsjonen av et intervju, med tilhørende beskrivelse av aktørenes kroppslige bevegelser der disse er tydelige/endrer seg. Til sekvensene med kroppslig behandling har jeg laget beskrivelser av hva som skjedde i den kroppslige samhandlingen, med tilhørende dialog. I løpet av analysen opplevde jeg det likevel nødvendig å gå tilbake til det opprinnelige videoopptaket parallelt med at jeg jobbet med transkripsjonene.

Intervjuet ble tatt opp på bånd og så transkribert av meg. Hensikten med studien avgjorde hvor detaljert jeg valgte å transkribere samtalen. Siden formålet ikke var å gjøre en nyansert og inngående konversasjonsanalyse, men primært få tak i meningsinnholdet i intervjuet, valgte jeg å begrense meg til å skrive dialogen rett ut og markere pauser i samtalen med en prikket linje (...). Noen steder har jeg tatt med fyllord som «mm» og «eh», samt tonefall med videre for om mulig å fremheve noe av tonen og flyten i intervjuet. Det samme gjelder beskrivelsen av den innledende samtalen mellom terapeut og pasient i videoopptaket. I transkripsjonen la jeg inn «markører» fra videoen slik at jeg kunne, når jeg leste gjennom intervjuet, vite hvor det vi snakket om var hentet fra i filmen.

Transkripsjonen er en reduksjon av den opprinnelige levende samtalen og en skal være forsiktig slik at man ikke mister den opprinnelige dialogen ut av syne (Kvale 1996, Malterud 2003). Jeg opplevde at gjennom transkripsjonsprosessen kom jeg nærmere og lenger inn i materialet. Sammenhenger og meninger ble tydeligere for meg. Jeg vil si at å skrive ut materialet, selv om det var tidkrevende, var en viktig del av analyseprosessen.

Neste steg i arbeidet var å gå grundig inn i materialet for å se etter sentrale tema. I mitt tilfelle tok jeg utgangspunkt i samtalen med terapeuten om videoopptaket av behandlingen som styrende for dette. Det betydde også at strukturen dels ble styrt av behandlingssekvensens struktur, med innledende samtale og arbeidet direkte på kroppen. Det betydde også at tema på tvers av disse kom frem. I dette nitidige arbeidet var jeg inspirert av Malteruds framgangsmåte for analyse av intervjutekster (Malterud, 2003).

I selve behandlingstimen fikk innledende samtale en dominerende plass. Dette utforsket vi sammen, og blikket ble også rettet på behandlingstimen i forkant, og på tema for arbeidet på kroppen og samtalen om dette seinere i aktuelle behandlingstime. Siden materialet var særlig fyldig på dette punkt, valgte jeg å fokusere på dette spesifikt. Det betydde også en spissing av problemstillingen i studien. Her følger en mer detaljert beskrivelse av analyseprosessen.

3.3.1. Analyse av intervjuet

I analysen av intervjuet har jeg brukt Malterud (2003, 2013) sin beskrivelse av analysemetode. Hun presenterer STC (Systematic Text Condensation), utarbeidet av Malterud og inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse og «grounded theory».

Malterud legger vekt på at målet med analysen er å få tak i informantenes perspektiv. Som forsker forplikter jeg meg til å tenke over hvordan min egen forforståelse påvirker materialet. Hensikten er å være mest mulig lojal mot informantens stemme. Malterud anbefaler fire trinn i analyseprosessen: å danne seg et helhetsinntrykk av hele materialet/teksten og merke seg foreløpige temaer, finne meningsenheter, trekke ut innholdet i meningsenhetene og lage subgrupper og sammenfatning (ibid).

Jeg begynte med å lese gjennom transkripsjonen for å få et helhetsinntrykk av materialet. Dette gjorde jeg noen ganger for å få et overblikk over hvilke temaer som gikk igjen i intervjuet. Jeg ble oppmerksom på 3-4 temaer som jeg noterte meg. Dette er ifølge Malterud (2003) et første intuitivt inntrykk. Blant disse var det særlig ett tema jeg merket meg som fremtredende i teksten. Jeg fortsatte med trinn to og en mer systematisk gjennomgang av materialet ved å lete etter meningsenheter. Ifølge Giorgi består hele teksten av meningsbærende enheter, men Malterud (2003) foreslår å velge ut de delene av teksten som sier noe om de innledende temaene. Jeg valgte å følge sistnevnte og begynte med å klassifisere meningsenhetene under de temaene jeg hadde foreløpig. Dette innebar en kontinuerlig overveielse av temaene, å tenke over innholdet og mitt forhold til det. På dette stedet i analysen bestemte meg for å velge det temaet som var mest dominerende i materialet fra starten og fokusere på det videre.

Jeg fortsatte analysearbeidet og gikk videre til trinn tre, å lete etter flere nyanser i materialet ved å studere de meningsenhetene jeg hadde funnet tilhørte dette temaet. Så sorterte jeg i undertema. Deretter sammenfattet jeg hvert undertema i en fortettet beskrivelse av meningsinnholdet, og brukte sitater fra den opprinnelige transkripsjonen som underbygget innholdet i teksten. Her avviker min framgangsmåte noe fra Malteruds, som anbefaler å lage kunstige sitater i denne prosessen. Neste steg var å starte med resultatpresentasjonen, som også innebar en videre analyse.

3.3.2. Analyse av video-opptaket

I analysen av videoopptaket har jeg brukt Heath, Hindmarsch & Luff (2010) som inspirasjonskilde. Jeg startet også her med å se gjennom hele videoen for å få en oversikt og inntrykk av helheten. Samtidig gikk jeg tilbake til utskriften av videoen der jeg allerede

hadde laget en naturlig inndeling i rekkefølgen av ulike sekvenser, det vil si etter de forskjellige utgangsposisjonene, stående, sittende, liggende på benk.

Jeg valgte ut enkeltsekvenser fra videoen som etter min mening illustrerte hovedtemaet med de tilhørende undertemaene jeg hadde valgt å fokusere på. Disse sekvensene så jeg gjennom flere ganger, parallelt med at jeg brukte utskriften av videoen og intervjutranskripsjonen. Utdragene jeg bestemte meg for å bruke gikk jeg altså mer detaljert inn i for å få mer tak i handlingen og meningsinnholdet. Deretter skrev jeg dem ut en gang til på en mer nyansert og utfyllende måte enn jeg hadde gjort i den første teksten.

Sammenfattende er det et poeng å få frem at analyseprosessen ikke var et lineært arbeid slik det kan gis inntrykk av i denne framstillingen. Det er for å forsøke å gi en oversikt av de stegene jeg tok underveis. Som nevnt innledningsvis var analysen mer som en sirkulær prosess med de – og rekontekstualisering, der jeg stadig beveget meg mellom de ulike delene av materialet for å få en større forståelse av hva det handlet om.

3.4. Etikk

De etiske retningslinjene jeg har fulgt i denne studien var å gi skriftlig informasjon til informantene i forkant av studien og å få skriftlig informert samtykke fra begge parter på grunnlag av hva studien innebærer. Videre har det vært viktig å ta hensyn til kravet om anonymitet. Fagmiljøet er lite og det må derfor tas ekstra hensyn til konfidensialitet med tanke på personopplysninger og hvordan informanten blir framstilt. I oppgaveteksten er både terapeut og pasient anonymisert.

I det kvalitative arbeidet forplikter man seg til å behandle materialet på en slik måte at det: «*ivaretar informantens integritet, autonomi og anonymitet*» (Emaus, 2003). Terapeutens stemme skal ivaretas, og samtidig er det et poeng å gå lenger i analysen enn terapeutens selvforståelse.

Videomaterialet har blitt oppbevart forsvarlig, kun forsker/student, veileder og terapeuten som deltok i studien har hatt anledning til å se det. Det skal videre slettes når oppgaven er ferdigstilt. Det ble søkt til NSD som har godkjent studien.

4. RESULTATER: Samtalen i PMF praksis basert på kroppslig læring og erkjennelse

I dette kapitlet skal jeg presentere forskningsmaterialet med utgangspunkt i kjernetemaet som kom fram i analysen. Strukturen i dette kapitlet følger strukturen i behandlingstimen der jeg legger fram videosekvenser med mine påfølgende kommentarer og tolkning.

Men først, en kort presentasjon av behandlingskonteksten materialet hører hjemme i. Psykomotorikeren som deltok driver en privat praksis, i lokaler sammen med flere privatpraktiserende psykologer. Instituttet hun driver ligger sentralt i en større norsk by. Selve behandlingsrommet er romslig med god plass til arbeidsbord med pc og to sittestoler, samt benk, hyller, krakk m.m. og god gulvplass til å jobbe med bevegelser/øvelser. Det er lyst og vakkert innredet og gav inntrykk av en lun og hjemlig atmosfære.

Jeg kom til instituttet en del timer før avtalt opptak og traff psykomotorikeren for første gang. Vi hilste på hverandre og jeg ble invitert inn på behandlingsrommet for å prate litt og planlegge opptaket med tanke på videokameraet og plasseringen av det og meg i rommet. Etterpå gikk hun til lunsj mens jeg gjorde utstyret mitt klart til opptak. Deretter gikk jeg en tur i byen før avtalt time med pasienten.

Da jeg kom tilbake til instituttet litt før avtalt tid, satte jeg meg på venterommet. Etter ytterligere noen minutter kom pasienten. Vi antok begge hvem den andre kunne være og hilste på hverandre. Vi ble sittende og småprate litt før psykomotorikeren kom og hentet oss begge inn på behandlingsrommet. Der pratet vi først litt om min rolle og tilstedeværelse før behandlingen begynte og opptaket startet. Mitt inntrykk var at pasienten var godt informert om og forberedt på hva som skulle skje. Slik nevnt i forrige kapittel, er dette den 7. behandlingstimen til denne pasienten.

Pasienten blir heretter kalt «Hanne» eller pasienten. Psykomotorikeren blir kalt terapeuten eller informanten.

Her følger presentasjon av kjernetemaet:

4.1. Samtalen i PMF – ny innsikt gjennom refleksjon over kroppslig-emosjonell erfaring knyttet til selvet-i-relasjon

Med utgangspunkt i analyse av forskningsmaterialet i denne studien fremgår samtalen plass i PMF som kjernetema. Jeg vil her presentere på hvilke måter samtalen fikk betydning i den konkrete praksissituasjonen det her dreide seg om. Først følger en detaljert presentasjon som er strukturert etter strukturen i behandlingssekvensen, til slutt kommer en kort oppsummering med vekt på kjerneinnhold.

Terapeuten fortalte i intervjuet om hva hun er opptatt av i samtalen sammen med pasienten. Hvor mye tid og rom samtalen fikk i løpet av behandlingen er i følge henne avhengig av den gitte situasjonen og den enkelte pasient. Det er en kontinuerlig avveining i forhold til det som er hensiktsmessig her og nå, understreket hun. Det handlet om å befinne seg i «*utfordrende balanse ganger*», som hun uttrykte det, og ikke alltid vite hva som er riktig men å følge det som utspiller seg i øyeblikket sammen med pasienten. Samtalen i denne konkrete behandlingssituasjonen kunne i hovedsak deles inn i en innledende samtale og den samtalen som oppstår underveis i arbeidet på kroppen.

4.1.1. Innledende samtale

Den innledende samtalen finner alltid sted når pasienten kommer til PMF, og før det kroppslige arbeidet har begynt. I vårt tilfelle startet terapeuten med å hente opp informasjon fra sist behandlingstime. Hun ønsket å vite hvor pasienten var nå og hvordan hun hadde hatt det mellom sist time og i dag. Det innebar også å få vite hvilke ønsker Hanne hadde i forhold til det videre arbeidet deres. Terapeuten la stor vekt på dette og så det som helt nødvendig med tanke på dosering og hvordan hun og pasienten skulle tilnærme seg å jobbe kroppslig denne dagen. Hun sa:

«...i akkurat denne situasjonen så var det sånn at det hadde skjedd noe ganske sterkt emosjonelt gangen før, og da ble det helt nødvendig å få vite hvor hun var etter den forrige behandlingen. Hvordan hun hadde hatt det etterpå og hvor hun var i forhold til hvor vi skulle gå videre. Denne situasjonen krevde det.»

Denne kunnskapen om hvor pasienten var her og nå dannet altså grunnlag for de terapeutiske handlingene og valgene videre i denne behandlingstimen.

Hvor lang den innledende samtalen blir, varierte imidlertid fra pasient til pasient og gjerne også fra time til time. I denne behandlingstimen utgjorde samtalen en stor del (30 min) av tiden. Terapeuten begrunnet dette valget med at pasienten hadde en overskridende erfaring sist gang. Derfor var det nødvendig i denne situasjonen å bruke mer tid på å samtale enn vanlig. Det ble ekstra viktig å få vite hvor hun var nå. Sammen med den overskridende og kroppslig baserte erfaringen sist gang, meldte det seg et behov hos Hanne for å fortelle noe underveis i den kroppslige behandlingen, som syntes særlig viktig. Da jobbet terapeuten med henne på benk, øverst rundt strupen. Det ble en spontan samtale og det skjedde noe sterkt emosjonelt med henne. Det hadde det ikke gjort tidligere og denne sammenhengen kom overraskende på begge. Terapeuten sa om dette:

«...hun var jo overrasket over det som skjedde...så den er banebrytende den erfaringen hun hadde den forrige timen, der denne sammenhengen mellom følelser og kropp ble så veldig konkret og tydelig for henne. Det er med utgangspunkt i hva hun erfarer at noe nytt skjer.»

Hanne fortalte innledningsvis i samtalen at hun følte seg mer åpen og sårbar etter sist behandling. Hun fortalte videre at hun hadde drømt mye og kjent veldig på en følelse av ensomhet. Hun gikk mer inn på sin egen livssituasjon, og det virket fra forskers ståsted som et forsøk på å finne sammenheng mellom hvordan situasjonen hennes er og hennes opplevelse av ensomhet. Det ble tydelig uttrykt et savn i forhold til personlige relasjoner og ensomhet i det å skulle klare alt selv. Terapeuten valgte å gi rom for dette og fulgte Hanne i det som etter den innledende og mer faktabaserte samtalen går over i en mer terapeutisk samtale. Her følger et utdrag av den innledende samtalen fra første videosekvens med temaet:

Erkjenne og erfare sårbarhet

H: jeg vet ikke om disse har noe med hverandre å gjøre..skal klare alt selv

T: det med å skal klare alt selv og den følelsen av ensomhet, er det det du..

H: ja det er jo det, det er noe sånn at..at jeg vet ikke om jeg (trekker bena inn under stolen) på en måte har en innstilling til meg selv som går på det der klare alt selv..eh..som jeg ikke behøver å...(sukker) isolere meg selv i, uten at de andre skal få lov til å være en del av det..nå syns jeg plutselig det blir litt vanskelig å forklare det, men jeg vet selv hva det

handler om, det er at «jeg alene klare alt» som en sånn stolthet eller tanke på at sånn *må* det være.

T: og den kan en lure på hvor kommer fra, at det *må* være sånn

H: ja..og nå er jeg foreløpig litt overrasket over at det *kan* være annerledes (smiler, ler litt)

T: ja.. er det meg som har sagt at det kan være annerledes eller er det deg som har begynt å lure på at «kan det være annerledes?»?

H: det er jeg som har begynt å lure på det

T: ja..akkurat ja

T: for du knytter det til en holdning?

H: ja (trekker haken inn igjen)

T: kjenner du noe i kroppen?

H: jeg kjenner det faktisk litt her (tar på strupen og ler litt)

T: ja, gjør du det?

H: (stryker seg over strupen mens hun snakker) ja..nå var det litt sånn..holdt på og si det kom opp litt ting..sårbarheten igjen..så det..(kremter)

Temaet i samtalen her var Hannes følelse av ensomhet og hennes innstilling til seg selv om å skulle klare alt alene. Hun opplevde at hun ofte trakk seg tilbake og at det oppstår en avstand til andre. Så begynte det etter hvert å vokse frem en ny innsikt i henne om at det ikke nødvendigvis *må* være slik, der erfaringen fra sist time hadde utløst noe. Hun uttrykte forundring over denne erkjennelsen som nylig hadde begynt å bli tydelig for henne.

Terapeuten spurte henne hvor det kommer fra og Hanne sa hun har begynt å tenke på disse tingene selv.

I intervjuet sa terapeuten at i samtalen her var hun opptatt av at pasienten skal få kontakt med det som beveget seg i henne. At det generelt er viktig å finne ut hvor ting kom fra, i dette tilfellet hva som var hennes og at det ikke ble terapeutens «sannhet» til henne.

Terapeuten sa det slik:

«Det jeg er opptatt av i den samtalen er at det skal være en samtale hvor hun får kontakt med det som beveger seg i henne. En slags oppklaring av hva som skjer med henne. Slik at jeg er opptatt av den knyttingen mellom erfaring, altså det hun

kjenner i seg selv, det hun erfarer, og det å få et uttrykk på det. Hva som er hennes, at det ikke blir min oppskrift til henne. Å klargjøre hvor tingene kommer fra.»

Hun understreket altså at det er en terapeutisk holdning der Hanne gis rom til å erfare og få et uttrykk på det hun kjenner i seg selv. Terapeuten inntok ikke ekspertrollen, men forsøkte å henvende seg til pasientens egenkompetanse.

Så rettet terapeuten oppmerksomheten mot holdningen Hanne hadde til seg selv. Begrepet «holdning» gis her en dobbel betydning. Den viser både til Hannes holdning til seg selv om å klare alt alene, og hennes kroppsholdning som, ifølge terapeutens forståelse, gjenspeiler denne innstillingen. I det hun trakk haken inn spurte terapeuten om hun kjente noe i kroppen. Hun merket det rundt strupen og sa at hun kjente samtidig på den samme sårbarheten som hun fortalte om til å begynne med i samtalen.

Det kommer frem av dette utdraget at i det man kan kalle «den psykomotoriske samtalen» handler det om å binde kroppslige fornemmelser, det som skjer konkret i kroppen her og nå, sammen med en forståelse av seg selv og ens egen innstilling til seg selv. I intervjuet sa terapeuten at når hun merket at det skjer noe i kroppen til pasienten underveis i samtalen, så setter hun noen ganger fokus på det. Hun la vekt på at fordi Hannes kroppslige uttrykksform var så tydelig også gjennom samtalen, var det flere ting hun snakket om der den opprettede eller oppstrammede kroppsholdningen kom til syne som en innstilling til seg selv om å klare alt alene. Terapeuten sa:

«I samtalen når jeg ser at det skjer noe i kroppen, når hun snakker om noe, så retter jeg oppmerksomheten på det. Og her er jo strupen en så sentral sak akkurat nå, så det for henne å bli mer klar over hva den ivaretar, det er jeg nok opptatt av.»

Sist behandling hadde Hanne en overskridende kroppserfaring der holdet rundt strupen, som terapeuten vurderte som sentral i hennes spenningsmønster, slapp. Denne endringen i kroppen utløste en emosjonell reaksjon der og da, og i etterkant fikk hun mer kontakt med sin egen sårbarhet. Terapeuten sin forståelse var altså at dette kan forstås som at hennes sårbarhet ivaretas og reguleres gjennom blant annet hennes muskulære spenninger rundt nakke/hals regionen. I samtalen kom det altså frem en følelse av ensomhet og et savn etter fellesskap med andre hos Hanne. Terapeuten gav rom for å reflektere rundt og undre seg sammen med henne over de temaene pasienten selv tok opp, uten at hun styrte eller satt

agendaen for hva som er «relevant» å snakke om. Hun fulgte henne i det som var sentralt for henne der og da. Ifølge terapeuten handlet samtalen om å gi rom til Hannes følelser for at hun selv skulle kunne romme dem.

Gjennom samtalen her fikk Hanne støtte og bekreftelse i sitt forsøk på å forstå seg selv og sin egen sårbarhet. Den bidro antatt til å erkjenne hennes innstilling til seg selv om alltid å være selvhjulpen og hva det kunne ha med seg av tilbaketrekning og isolasjon. Terapeuten utfordret henne på det som så ut til å være et vanemessig mønster i relasjon til viktige andre, og hvor vidt det måtte være slik. Samtidig var terapeuten opptatt av å gjøre tydelig hva som er Hannes egne tanker rundt dette. Det er rimelig å tolke dette dithen at det ble gitt mulighet for eierskap og tillit til egne erfaringer og refleksjoner. Underveis ble det også satt fokus på hva Hanne opplevde kroppslig mens hun snakket. Terapeuten sa følgende om dette: «*Ja, jeg tenker det er viktig å forankre samtalen i det kroppslige, i livene deres gjennom det kroppslige, for der har vi en annen inngang enn samtaleterapien.*»

Samtalen ble en arena for Hanne til å forstå mer av seg selv, ikke bare intellektuelt, men gjennom å sanse at det skjer noe i henne kroppslig. Det var rom for emosjonelle uttrykk og en anerkjennelse av hennes sårbarhet. Gjennom hennes økende selvinnsett åpnes det for nye muligheter og endring, som er temaet fra andre videosekvens:

En ny vei?

H: så kommer masse tanker om «er det sånn?» (ler litt) eller er det bare livssituasjonen min med travelt med tre barn og full jobb og mann og bla bla bla bla bla.. «har andre det sånn?».. «gjør jeg nok for at jeg ikke skal være ensom?» (strekker hodet frem og går tilbake i retraksjon igjen). «trekker jeg meg liksom vekk mer enn jeg..vier meg?» hva er det for noe, i så fall?

T: ja for det satt jeg å..vier deg..altså hva er det du sier.. «gjør jeg nok?» «vier jeg meg?» og så..lurte jeg litt på om det fins et tredje alternativ?

H: komme folk mer i møte? Jeg vet ikke..hva du tenker på..?

T: ja det jeg tenker på er at du sa «jeg må klare alene», så høres det ut som det på en måte er en del av det med ensomhet, og så har du ikke helt klart for deg hvordan det eventuelt spiller sammen..for en tredje mulighet er også om du slipper de andre inn..?

H: ja...det..ja

T: som er en litt annen nyanse enn «å gjøre..mer»
H: ja..men jeg tenker jo sånn..er jeg villig til å risikere det..? på en måte
T: du tenker det handler om vilje, risikere?
H: (slipper pusten ut i et sukk) jeg tror det..? (masserer seg på hø skulder)
T: ja..våge
H: våge
H: og hvorfor skal det være et vågestykke liksom?

Hanne prøvde videre å forstå hvorfor hun følte seg ensom, og forsøkte å plassere disse følelsene inn i sin livssituasjon. Hun syntes usikker på sin egen rolle i forhold til andre, om hennes bidrag til fellesskapet er nok. Mulig kan det være en dypere liggende utrygghet i forhold til om hun «fortjener» å oppleve tilhørighet sammen med andre. Terapeuten forsøkte i utdraget ovenfor å følge språket hennes og gi henne rom til selvfortolkning. Ifølge terapeuten handlet dette om:

«Jeg er opptatt av å følge hennes språk, og eventuelt komme med noen nyanser som kan bringe noe nytt inn. Så når jeg spør handler det også om å få tak i hva som ligger i de ordene, hva betyr det for henne. Ikke så mye for at jeg skal forstå det, men for at det skal være en arena for henne, for å forstå mer av seg.»

Terapeuten ønsket at samtalen skulle være en arena for pasienten til å forstå mer av seg selv og sin situasjon.

Sammen arbeidet de altså med Hannes «mønster» som også var tema i forrige utdrag av samtalen, og som altså kom til uttrykk både som kroppslig holdning og innstilling til seg selv uttrykt i ord. Terapeuten forsøkte her å hjelpe henne til å se et tredje alternativ, der hennes innstilling til seg selv og åpenhet for andre kunne bli utfordret. Terapeuten sa i intervjuet:

«Hun tar det imot, oppfatter jeg. For noen ganger hvis en foreslår noe så er det jo ikke sikkert at pasienten er der. Men der ser det ut som at hun ser at, ja det er kanskje noe, en tredje mulighet, som ikke handler om å gjøre mer, at hun skal strekke til enda mer, få til enda mer. Kanskje det er noe der til henne.»

4.2.2. Samtalen underveis i arbeidet på og i kroppen

Etter den innledende samtalen begynner man i PMF å jobbe praktisk, eller kroppslig. Underveis i det praktiske arbeidet er det rom for samtale, ofte knyttet til det pasienten erfarer og kjenner ved å bevege seg, bli beveget og motta behandling liggende på benk. Som vi har sett kan den innledende samtalen romme flere tema og refleksjoner. Den kan spenne over et større tidsrom, som hva som har skjedd hos pasienten siden sist time eller livserfaringer som ligger lenger bak i tid. Utgangspunktet for samtalen når det jobbes praktisk derimot, har gjerne i enda større grad fokus på det som helt konkret skjer i kroppen der og da, på det som dukker opp gjennom oppmerksomt nærvær i arbeidet mellom pasient og terapeut.

Før Hanne og terapeuten begynte å jobbe kroppslig, skjedde det en overgang som fra forskers ståsted var interessant å observere. Overgangen fra innledende samtale til praktisk arbeid vil som regel alltid forekomme i den fysioterapeutiske behandlingstimen siden det er vanlig å starte med samtale før en går over til det kroppslige arbeidet. Når og hvordan denne overgangen skjer vil naturlig nok variere. Her følger et utdrag fra overgangen i denne timen:

Kroppslig uro og bevegelse

Mot slutten av samtalen sier Hanne at det er vanskelig for henne å ta ordentlig del i fellesskapet fordi hun er sliten, så sier hun litt oppgitt, lattermildt: «*..da føler jeg enda mer på det med at «gud hva er det jeg holder på med her liksom?»*». Og så ler hun litt, terapeuten svarer henne med et smil og en liten latter. Så sier hun konstaterende: «*ja, du kaver litt.*» Hanne svarer bekreftende: «*ja jeg kaver litt.*» Og terapeuten gjentar: «*ja du kaver litt.*» Så fortsetter Hanne: «*ja, men så blir det sånn..(her løfter hun begge hendene til halsen og begynner å ta av seg halsbåndet mens hun snakker)..skulle jeg vært i hundre prosent stilling? Jeg mener at jeg skulle ikke det. Men så tenker jeg, jeg kan jo bare ta og være litt..ta det litt mer med ro i de hundre prosentene da*» Terapeuten svarer nikkende mens hun skyver stolen hun sitter på ut fra skrivebordet: «*ja, hvor mye skal du få til i de hundre prosentene? Kanskje du skal få til litt mindre?*» Hanne svarer konstaterende: «*ja..ja*» mens hun løfter halsbåndet over hodet og tar det helt av.

Mot slutten av den innledende samtalen her gav Hanne uttrykk for en slags oppgitthet eller frustrasjon over sin egen situasjon. Terapeuten svarte med å vise at hun fanget opp det emosjonelle innholdet Hanne formidlet ved å bekrefte henne på at hun ser at hun kaver. Hanne begynte å ta av seg halsbåndet mens hun kommuniserte tvil og usikkerhet med tanke på arbeidet, og signaliserte med bevegelsene sine at hun gjorde seg klar for å gå videre til den kroppslige behandlingen. Terapeuten begynte også å bevege seg, hun skjøv stolen vekk fra skrivebordet og svarte Hanne med sine egne bevegelser samtidig som hun nok en gang bekreftet henne på temaet omkring arbeidet.

Terapeuten sa i etterkant at hun i denne sekvensen kjente på en uro og at hun tenkte at hun måtte finne en overgang, men var i stuss hvordan hun skulle gjøre det uten å gi pasienten en følelse av å bli avvist. Hun hadde en tanke om at nå var den terapeutiske samtalen over og at Hanne begynte å vikle seg inn i tankeprosesser som ikke er det hun ønsker med å være i denne behandlingen. Terapeuten sa: *«Hun vil kjenne, i kroppen sin, samtidig som hun vil knytte det til det som har skjedd med henne. Hun vil også gi det språk. Sånn oppfatter jeg henne. Men at nå kunne hun begynt å streve med tenking.»*

Fra forskers ståsted så det ut som at Hanne initierte overgangen fra innledende samtale til å arbeide med kroppen ved at hun begynte «å kle av seg» halsbåndet. Kanskje sanset også hun en indre uro hos seg selv knyttet til de tankesporene hun ikke fant en vei ut av der og da. Både hun og terapeuten kommuniserte og «svarte» hverandre kroppslig, forut for en språklig enighet om hva som skulle skje videre. Begge så ut til å ha en implisitt forståelse av hva de ville gjøre. Selv om samtalen fortsatt dreide seg om dette bestemte temaet, lå det i de kroppslige bevegelsene at de allerede var på vei over i noe annet.

Selv om terapeuten på et tidligere tidspunkt kunne styrt samtalen og avrundet den når hun merket at hun var klar til å begynne å gjøre noe, ga hun Hanne tid til å komme dit selv. Hun ga henne plass til å merke når hun var klar og til å handle på eget initiativ i situasjonen. Videosekvensen fortsetter:

Terapeuten spør om hun er klar for å jobbe kroppslig. Hanne svarer med lett stemme: *«ja nå kjente jeg at jeg satt og svimla litt nesten.»* Terapeuten beveger seg på stolen og svarer: *«ja jeg følger deg i det.»* Hanne åpner jakken. Terapeuten lener seg litt frem mot henne og spør med tydelig stemme: *«har du noen tanke om hva du ønsker deg i dag? Jeg skal*

komme med noe jeg også altså, men hvis det er noe du kjenner hadde vært godt? Eller som du trenger? Så er jeg interessert i det.. Hanne ser ettertenksom ut og svarer mens hun tar seg til halsen og strupen: *«ja..nei det er egentlig det området her som er veldig fremme hos meg, sånn sett at vi hvert fall får..»* Terapeuten spør: *«du vegrer deg ikke for at vi går videre i forhold til det?»* Hanne svarer litt overrasket: *«nei..altså det kan hende jeg begynner å grine, men jeg har liksom ikke noe..»* Så smiler hun og ler litt. Terapeuten reiser seg fra stolen samtidig som hun også snakker i en litt lattermild tone og sier: *«det er du velkommen til!* Hanne reiser seg også og begynner å kle av seg. Terapeuten sier: *«Fint, da setter vi i gang!»*

Her uttaltes enighet om at begge var på vei til og klar for å begynne å jobbe med kroppen. Terapeuten spurte Hanne hva hennes ønsker og behov for behandlingen og henvendte seg dermed til Hannes egenkompetanse. Terapeuten uttrykte at utgangspunktet for behandling er pasientens kroppsliggjorte erfaringer og at hun er bevisst på at hun ikke skal innta ekspertrollen som den som skal fortelle, vise eller gjøre det som er «riktig» for henne.

Selv om terapeuten har kunnskap og erfaring i betydningen å være profesjonell, la hun til rette for en samhandling der hun og pasienten kunne være likeverdige. Dette gjorde hun ved at hun blant annet viste interesse for Hannes behov og respekterte hennes ønsker for behandlingen. En anerkjennende væremåte kan hjelpe pasienten til å lære å stole på sin egen opplevelse av hva hun trenger og hva som er riktig for henne.

Etter denne overgangen begynte terapeuten og Hanne med det kroppslige arbeidet i stående og gikk så over til sittende på krakk hvor den tredje videosekvensen er hentet fra, med temaet:

Å bli kjent med eget spenningsmønster ved å erfare gjennom bevegelse og sittestilling, og utforske alternativer

Terapeuten hjelper Hanne med å komme enda mer oppå sitteknokene sine. Så ber hun Hanne om å begynne å rulle ned med overkroppen. Terapeuten veileder henne verbalt og støtter henne med hendene sine i å gjennomføre bevegelsen. Når Hanne sitter fremoverbøyd rigger terapeuten på thoraxen hennes. Så løfter og slipper hun den ene og

så den andre skulderen hennes.

Deretter sier terapeuten: «*rull opp...kjenn at du sitter på rumpa..*» (stemmen er oppmuntrende og rolig). Hun støtter Hanne med den ene hånden i korsryggen hennes og den andre på venstre skulder. Hanne begynner å gli rolig opp med overkroppen. Når hun kommer opp til solar plexus begynner hun å løfte seg opp der. Terapeuten stopper henne ved å legge den ene hånden sin på midtryggen mens den andre hviler på hennes venstre hofte, samtidig som hun sier: «*ja...slipp deg ned igjen*». Hun spør: «*kjente du det løftet der?*» (stemmen er engasjert, spørrende) samtidig som hun stryker hånden sin noen ganger over midtryggen til Hanne. Hanne svarer bekreftende: «*mmm*». Så spør terapeuten: «*Er det noen annen måte å komme opp på, mon tro?*» (stemmen er nysgjerrig, avventende). Hanne ser konsentrert ut. Mens terapeuten hjelper Hanne med hendene sine ber hun henne å se litt lenger fram på krakken og bekrefter så denne bevegelsen med: «*Der!*» Hanne begynner å rugge seg opp på knokkene, terapeuten oppmuntrer henne og sier: «*ja, enda mer på knokkene*» og så: «*Ja! Flott! Flott! Der er du på rumpa mer*» (Stemmen er entusiastisk, bekreftende). Terapeuten spør: «*Føler du at du har kontakt med sitteknokkene der?*» Hanne svarer: «*Ja, hvert fall den venstre*» Terapeuten gjentar og bekrefter: «*Hvert fall den venstre.*» Hun spør: «*Skal jeg lirke litt på deg?*» Hanne bekrefter at hun ønsker hjelp til å komme mer opp på høyre også og terapeuten bruker hendene sine til å hjelpe henne enda bedre opp på knokkene. Terapeuten spør: «*Var det bedre?*» Hanne bekrefter det med et: «*mmm*» og terapeuten sier: «*Ja her sitter du stødigere i korsryggen*» mens hun holder hånden sin der.

Temaet i denne sekvensen handlet om at gjennom å bli veiledet og støttet i rullebevegelsen i sittende syntes det som om Hanne ble mer oppmerksom på hvordan og hvor hun brukte krefter for å komme opp igjen i sittende. Fordi terapeuten ba henne kjenne etter, fikk hun mulighet til å erfare hvordan hun bruker ryggen til å løfte og stramme seg opp i sitt vanemessige spenningsmønster. Samtalen dreide seg helt konkret om det praktiske arbeidet, i det å merke hva som skjer med kroppen i bevegelsen. Terapeuten sa om dette at det naturlig blir slik at en snakker om det en holder på med og at hun var veldig konkret på det hun så i det muskulære der og da.

Terapeuten ansopret Hanne til å finne en annen måte å løse oppgaven på enn det hun umiddelbart gjorde, og som, slik terapeuten så det, bidrar til at hun opprettholder sitt gamle

mønster. Deretter bekreftet hun henne på og hjalp henne med å legge et bedre grunnlag for å endre bevegelsen ved å rulle seg mer opp på sitteknokene. Verbalt oppmuntret og veiledet terapeuten Hanne for at hun skulle komme frem til og erfare en annen bevegelse. Samtidig bruker terapeuten sin egen kropp og er der med hendene sine hele tiden for å støtte Hanne i arbeidet de holder på med. Det kan tenkes at måten terapeuten er kroppslig nærværende på mens hun samtaler, underbygger det verbale budskapet og Hannes evne til å la seg bevege gjennom det som blir sagt og gjort i det praktiske arbeidet her.

Videosekvensen fortsetter:

Terapeuten sier rolig: «*Hvis du nå ruller opp*», mens hun støtter Hanne med en hånd i korsryggen og den andre på brystet. Midtveis i bevegelsen stopper terapeuten henne og sier: «*Vent litt..her begynner du å flate deg.. (stemmen er bestemt, konsentrert)..slipp deg en smule ned*». Hanne ruller litt ned igjen mens terapeuten støtter bevegelsen med hendene sine, en på midtryggen og den andre på brystbenet hennes. Terapeuten sier: «*Bare ligg der...ja fint..og nå kan du komme opp med hodet uten med ryggen*» Hanne ruller helt opp med hodet, når hun kommer opp sier terapeuten: «*Jaaa!*» (stemmen er lys og vennlig) Hanne sier: «*Ja det var jo midt i rullingene det*» og smiler litt. Terapeuten svarer spøkefullt: «*Ja du har bare gjort halve jobben synes du nå?*» Hanne svarer: «*ja*» mens hun smiler. Terapeuten reiser seg opp, rigger litt på brystryggen til Hanne mens hun står med ansiktet mot henne og sier: «*Ja, det går jo ikke an*». De ser på hverandre og ler. Terapeuten sier med latter i stemmen: «*Hele jobben må en gjøre selv!*» (stemmen er spøkefull og vennlig). Begge ler.

I fortsettelsen rullet Hanne opp på en litt annen måte enn hun gjorde første gangen ved at terapeuten samtidig veiledet henne. Det kunne synes som om hun fikk en annen erfaring ved å gjøre bevegelsen annerledes. Når hun ikke løftet seg opp med midtryggen, uttrykte hun at det erfartes som ikke å fullføre bevegelsen. Det kan tolkes som at det hun gjorde der og da opplevdes for henne som ikke å gjøre noe godt nok. Terapeuten fanget dette opp og knyttet Hannes opplevelse til det som tidligere var et tema i den innledende samtalen, nemlig å klare alt selv. Hun formidlet dette på en lett spøkefull og samtidig vennlig måte. Fra forskers ståsted kunne det se ut som at terapeutens tone her underbygget alliansen mellom henne og Hanne, samtidig som hun på ny bekreftet henne på å være den hun er. Med tanke på humor i behandlingssituasjonen har terapeuten dette å si:

«...det føles rett. Vi har vært inne på ganske sterke, følelsesladede temaer, eller i hvert fall så har det ligget der at det er sterke følelser også. Og så er jo det hele livet! Altså, livet er i et spenn, så humor hører med der, humor er med på å skape trygghet i relasjonen, det føles naturlig.»

Det er grunnlag for å anta at det også allerede må finnes en trygghet i relasjonen for å kunne ta opp personlige tema på en spøkefull, humoristisk måte uten at det skaper misforståelser og svekker terapialliansen. Det syntes fra forskers ståsted som at i denne relasjonen er det tillit fra Hanne sin side og anerkjennelse fra terapeutens kant. Det som oppstod i løpet av denne sekvensen så ut til å styrke både Hannes selverkjennelse og ufarliggjøre temaene fra den innledende samtalen.

Etter arbeidet i stående og sittende fortsatte behandlingen på benk. Først i fremliggende, deretter i ryggliggende. Neste videosekvens er hentet fra behandlingen i ryggliggende. Sist behandlingstime skjedde det altså en overskridende erfaring hos Hanne samtidig med at terapeuten jobbet oppe ved halsen/strupen hennes. Da oppstod det en samtale som knyttet seg veldig mye til følelser. Denne timen her ble behandlingen i det samme området i samme utgangsstilling naturlig nok en annen enn gangen før. Fjerde videosekvens hadde temaet:

Å merke seg selv gjennom konkret kroppslig sansning

Hanne ligger på ryggen på benken og terapeuten sitter ved hodeenden hennes. Terapeuten palperer konsentrert rundt nakken og halsen til Hanne mens hun innimellom løfter blikket og observerer pusten hennes. Dette varer i mer enn 1 minutt uten at noe blir sagt noe mellom dem. Så kommenterer terapeuten lavt og litt overrasket mens hun palperer Hannes høyre side: «Du er faktisk myk i sternocleido altså..kjenner du det?» Hanne svarer bekræftende: «Mmm» Så går terapeuten over til å palpere venstre side og sier dvelende: «Men ikke så myk på denne...» Hanne sier: «Du jobbet jo med den høyre sist.» Terapeuten svarer rolig med litt latter i stemmen: «Ja, det var det vi gjorde.» Begge ler litt. Terapeuten sier smilende: «I dag er det denne..vi kom ikke lenger sist.» Etter en liten stund i stillhet spør Hanne: «Er det forskjell?» Terapeuten svarer spørrende: «Ja kjenner du forskjell?» Hanne svarer at den venstre var vondere. Terapeuten sier med litt tydeligere stemme: «Jeg oppfatter den som strammere, den ser kortere ut og den kjennes strammere.» Hanne sier «ja» og høres ut som hun er enig i det. Terapeuten jobber i

stillhet med venstre side av hals/nakke i ca 1 minutt, samtidig som hun følger med på Hannes pust underveis. Så spør hun rolig: «*Hvordan kjennes det inni her?*» Hanne svarer: «*Stramt. Sånn sviende innimellom.*» Terapeuten fortsetter litt til, så sier hun: «*Det er forskjell på de to (høyre og venstre sternocleido).*» Hanne svarer litt overrasket: «*Ja..!*» Terapeuten spør: «*Ble du overrasket?*» Hanne svarer med litt latter i stemmen: «*Jaa..!*» Begge ler litt. Hanne sier at det er som en sviende følelse som stråler opp i kjeven og terapeuten bekrefter henne på dette ved å si: «*Akkurat..*» Terapeuten fortsetter å jobbe en stund til i stillhet. Så sier Hanne at det kjennes mykere på venstre side. Terapeuten svarer at i hennes hender kjennes det også mykere der.

Her jobbet terapeuten rundt nakke/hals og samtalen dreide seg også her om det som helt konkret kjennes og skjer i Hannes muskulatur underveis i behandlingen. Også de endringene som hadde skjedd i muskulaturen siden sist time ble løftet frem. Terapeuten sa om dette:

«...altså det jeg kjenner på der, er jo at særlig sternocleido, men egentlig hele høyre side er mykere. Det var den vi jobbet med sist og så kom det en reaksjon og så ble det ikke naturlig å jobbe med den venstre..»

Noen ganger ba terapeuten Hanne kjenne etter hvordan hun opplevde muskulaturen på høyre og venstre side. Hanne satte ord på og beskrev hva hun kjente, hun uttrykte så overraskelse over at hun merket forskjell på sidene. Ifølge terapeuten:

«Her prøver jeg å skille mellom «jeg oppfatter – hva kjenner du». Jeg prøver å ikke bli sånn at jeg bestemmer hva den er, men at vi beskriver med det utgangspunktet vi har hver for oss. Hun har et helt annet utgangspunkt, jeg kan ikke kjenne det hun kjenner.»

Ved å kjenne etter, sette ord på og beskrive de kroppslige sansingene der og da, er det rimelig å tenke at forskjeller og nyanser i muskulatur samt den tilhørende reaksjonen hennes (overraskelse), ble tydeligere for Hanne selv. Samtalen her kan ha bidratt til bevisstgjøring og styrking av Hannes selverkjennelse. Terapeuten unnlot å gå inn i ekspertrollen ved å la være å definere muskulaturens kvalitet, i stedet var hun opptatt av Hannes egenopplevelse. Hannes erfaring tillegges verdi slik at tillit til egne opplevelser og vurderinger kan underbygges.

Videosekvensen fortsetter. Dette er mot slutten av behandlingen på benk:

Terapeuten har avsluttet arbeidet rundt hals/strupe og jobber med Hannes venstre arm/skulder. Hanne sa tidligere at hun ble ganske trøtt etter behandlingen rundt nakken. Terapeuten spør om hun våknet litt igjen nå. Det svarer hun at hun gjorde. Terapeuten sier hun ser at Hanne er kvikkere i øynene igjen. Så sier Hanne: *«Jeg forsvinner på en måte litt inn i dypere ting der oppe (nakke/hals)..når du holder på.»* Terapeuten spør: *«Ja..hva mener du «dypere ting»?»* Hanne sier: *«Nei, dypere lag tror jeg..det var litt det som skjedde forrige gang men da snakket du også...eller vi hadde akkurat snakket om noe..slik at tankene var liksom i samme sporet..så forsvant jeg inn i de dypere lagene, tematikken i samtalen.»* Terapeuten svarer: *«ja..»* og fortsetter å jobbe med Hannes venstre arm i stillhet. Verken Hanne eller terapeuten sier mer om temaet her.

Her valgte terapeuten ikke å gå videre inn på temaet fra sist time da hun jobbet med hals og strupe hos Hanne. Hun lyttet til hva Hanne sa, fortsatte å arbeide med armen hennes og lot henne «være i det» uten å gå inn i mer samtale med henne. Terapeuten begrunnet dette slik:

«Jeg kunne ha åpnet opp for det, men jeg gjorde ikke det da. Og det var nok primært det med tid, men kanskje også at jeg tenker at nå brøt det så mye ut. Det hadde vært en del emosjoner, jeg tenker også at det er ok at det ikke behøver bryte ut. At hun kan få være i de dypere lagene og uten at jeg må være med der alltid. Så det kan være en blanding av timing og at jeg ikke ønsket å invitere henne inn i det veldig emosjonelle.»

Store deler av behandlingen på benk foregikk i ro og stillhet, om dette sa terapeuten i etterkant:

«Jeg tenker at hun må få være i det. Hvis vi skulle snakke da, ville det stoppe henne mye. Jeg tenker at vi er veldig konsentrert nærværende begge to. Vi småprater litt, men jeg inviterer ikke til samtale her. Og det er ganske bevisst.»

Dette utdraget fra behandlingstimen viser at en av balansegangene i det kroppslige arbeidet handler om på den ene siden å stoppe opp ved det emosjonelle og sette ord på erfaringene, og på den andre siden å la pasienten være i den kroppslige sansingen uten å måtte samtale

rundt det. Terapeutens skjønn i dette tilfellet var å la pasienten få rom til å kjenne på følelser og merke at noe skjer i kroppen, og få ha denne opplevelsen for seg selv.

I løpet av intervjuet kom terapeuten inn på et par andre gjennomgående vurderinger med henhold til samtalen. Som det å finne en balanse mellom samtalen som konstruktiv med tanke på selverkjennelse og samtalen som «bare prat», eller en opprettholdelse av selvbeskyttelse og låste tankemønstre. Om dette sa hun:

«Jeg syns samtalen er viktig og jeg syns også det er utrolig utfordrende at det ikke blir «snakk». At ikke samtalen tar over. Det er kjempeutfordrende å være i den balansegangen der, på når handle, når tale. Det er en kontinuerlig avveining og det er ikke en oppskrift. Det må avveies etter mitt skjønn, i forhold til den konkrete pasienten til enhver tid.»

En annen utfordring beskrev hun som balansen mellom å oppfylle pasientens forventninger om samtale og terapeutens vurdering av behovet for samtale. Hun sa det slik:

«Det er en kontinuerlig avveining, hva skal vi gjøre nå, hva skal vi gjøre i dag. Jeg synes fra pasient til pasient så blir det noen sånne spor en forfølger, noen er veldig rett på benk, andre setter seg ned og er tydelige på at de forventer en samtale. Så det er litt det å følge hva pasienten vil, og også hva jeg tror trengs.»

Her peker terapeuten på at hennes vurderinger av hva som er det riktige å gjøre i behandlingen ofte er avveininger bygget på hennes profesjonelle skjønn i situasjonen. Det er rimelig å hevde at skjønn utvikles gjennom integrering av fagkunnskap og praktisk erfaring. På den måten opparbeides trygghet i egne valg og handlinger.

Jeg går ikke videre inn på diskusjonen om profesjonalitet og skjønn i denne studien, men ser det som et veldig aktuelt tema i forskningen på fagutøvelse i praksis.

4.1.3. Oppsummering

Vi har altså sett at samtalen hadde en stor plass i denne behandlingstimen, større enn hva som var vanlig, ifølge terapeuten. Hun la imidlertid vekt på at dette var tilpasset situasjonen. Det hadde skjedd en grensesprengende kroppslig endring og erfaring sist

time. Terapeuten ville vite hvordan pasienten hadde hatt det etter sist og hvor hun «var» nå.

Samtalen i denne behandlingstimen spiller en sentral rolle i pasientens endringsprosesser, via den innledende samtalen og gjennom arbeidet på kroppen. Måten terapeut og pasient samtaler på illustrerer hvordan dette kan underbygge pasientens forståelse av egne erfaringer og kroppslige uttrykk, der disse blir bevisstgjort og satt inn i en meningssammenheng.

Gjennomgående er terapeutens faglige vurderinger bygget på skjønn og profesjonalitet. Hun peker på utfordrende balanse ganger og at de avveininger hun gjør tar utgangspunkt i forskjelligheten til hver enkelt pasient, og den konkrete behandlingssituasjonen de er i der og da.

5. DISKUSJON

I dette kapitlet skal jeg først diskutere det vesentlige studiens empiri har bidratt med, med tanke på samtalens plass og funksjon i PMF. Det vil jeg gjøre ved hjelp av de valgte teoriperspektivene jeg tidligere har beskrevet og begrunnet, og med tidligere studier av relevans. Dernest følger en metodediskusjon.

5.1. Mer om samtalens plass og funksjon i PMF

Som nevnt, er samtalens plass i PMF tradisjonen omdiskutert. Empirien i denne studien har vist hvilken rolle og funksjon samtalen kan ha i denne behandlingstilnærmingen, og jeg vil diskutere funnene videre i henhold til valgt teori. Jeg vil også trekke på hva tidligere publiserte studier antyder om samtalens rolle i PMF.

I dag har det altså skjedd et skifte mot en mer fenomenologisk grunnlagstenkning og enhetlig praksisutøvelse i forsøk på å oppheve det «kunstige skillet» mellom «kropp og sjel», som vestlig tenkning har vært og dels fortsatt er preget av (Thornquist 2006, 2003). Det er heller ingen forutsetning lenger at pasienter som går i PMF behandling også går i samtaleterapi hos psykiater eller psykolog. Sviland og medarbeidere (2010, s.133) skriver: *«I psykomotorisk fysioterapi befinner behandlerrollen seg i et grenseland mellom tradisjonell fysioterapi og psykoterapi. Dette krever ekstra årvåkenhet for ordenes åpnende og lukkende kraft.»*. Samtalen har etter hvert fått en «naturlig» plass innen det psykomotoriske behandlingsforløpet, men det diskuteres fortsatt hvor stor del den skal og bør ha i forhold til å beholde det kroppslige perspektivet. Psykomotorikeren beveger seg stadig i denne balansegangen og min studie bidrar til å utvikle større forståelse for hvordan vi kan balansere dette og samtale med pasientene våre, uten å miste den kroppslige innfallsvinkelen.

Grunnlaget for de terapeutiske valgene vi tar i en behandlingssammenheng springer ut ifra et mer eller mindre uttalt menneskesyn som igjen danner grobunn for en terapeutisk holdning hos klinikerne. Hvordan møtet mellom terapeut og pasient blir, og hvordan eller hvorvidt relasjonen mellom dem bærer frukter er i stor grad avhengig av dette. Det er imidlertid vesentlige dimensjoner i våre være- og handlemåter som profesjonelle terapeuter som ikke er tydelig artikulert, men er knyttet til kroppsliggjorte ferdigheter og kompetanser, kommunikativ kompetanse og knyttet til utøvelse av skjønn i de konkrete

behandlingssituasjonene. Det gjelder arbeidet direkte på kroppen, det gjelder samtalsplass.

Den videre diskusjonen konsentrerer seg om to sentrale tematikker: Samtalens basis i arbeidet på kroppen og kroppslig basert læring og erkjennelse, og den terapeutiske relasjonen som grunn.

5.1.1. Samtalens basis i arbeidet på kroppen og kroppslig basert læring og erkjennelse

I denne behandlingstimen fikk den innledende samtalen relativt stor plass før man begynte å arbeide kroppslig og terapeuten begrunner i intervjuet i etterkant av timen de valgene hun gjorde underveis, og hun peker på utfordringer og mulige fallgruver i henhold til å samtale med pasienter. Terapeuten har altså det hun benevner for en overskridende hendelse sist behandlingstime som basis for innledningssamtalen, en kroppslig omstilling (spenning i strupen slapp) og det den vakte i pasienten av følelsesmessige reaksjoner med videre. Spenningen i strupen betegnes videre som et vanemønster i flere betydninger, knyttet både til kontroll og til pasientens innstilling til seg selv om å klare alt. Dette jobbes det også videre med etter innledende samtale.

I det direkte arbeidet på kroppen knyttes videre samtalen tett på det som konkret skjer der og da, når de arbeider sammen i sittende og liggende stilling. Å jobbe med kroppen og kroppsfornemmelser, med pust og frigjøring av pust får fram følelser og minner, og kan gi rom for erkjennelse som tidligere var ”skjult” for forståelsen. Braatøy (1979) sier at muskulær omstilling kan føre til at minner, emosjoner, stemninger og drømmer gir seg til kjenne. Ved å gi pasienten tid og rom til å uttrykke seg både i «ord og kroppslige reaksjoner», kan hun hjelpes nærmere en erkjennelse av seg selv (Sviland, Råheim, Martinsen, 2010). Braatøy (1979) understreker også betydningen av pasientens egen historie og at hun ikke kan forstås løsrevet fra den og uavhengig av den verden hun lever i. I en nyere studie gjort av Sviland og medarbeidere (2012) videreføres denne tenkningen. Studien viser blant annet at gjennom sansning og å jobbe kroppslig innen PMF, påvirkes og endres pasientens historie om seg selv og hvordan fortiden fremstår for henne.

Thornquist (2006) viser til i sin studie at terapeuten beveget seg bort fra kroppen som uttrykksfull og en kilde til informasjon når pasientens historie ble fokusert på. Pasientens erfaringsverden og tilhørende historie ble skilt fra det kroppslige arbeidet. Samtalen og

interaksjonen mellom terapeut og pasient blir satt «utenfor» selve behandlingen som mindre relevant i forhold til det kliniske arbeidet. Videre argumenterer hun for at verbale og kroppslige tilnærminger må utfylle hverandre, tillegges like stor vekt, og aktivt integreres.

I min studie kom det fram at samtalen og det kroppslige arbeidet var sammenvevd i og rundt en gjennomgående tematikk som kommer til uttrykk både verbalt og kroppslig hos pasienten. Pasientens uttrykk både i ord og holdning/bevegelse trakk veksler på hverandre og ble fulgt opp av terapeuten. Dette gikk som en rød tråd gjennom behandlingstimen. Samtalen ble forankret i det kroppslige hele tiden, og det kroppslige løftes frem og tematiseres gjennom samtalen. Det kom tydelig frem her at ved å jobbe med slipp i muskulære spenninger og mot en friere pust, ble det åpnet for både kroppslig og emosjonell bevegelse, der behovet for å uttrykke seg verbalt og fortelle, melder seg hos pasienten.

5.1.2. Den terapeutiske relasjonen som grunn

I den innledende samtalen her var det gjennom ordene og i en trygg relasjon at følelsene ble satt i bevegelse der pasienten forteller historien om sin hverdag. Terapeuten stiller seg åpen for det pasienten formidler både kroppslig og verbalt. Hun søker å følge pasientens språk i dobbelt betydning. Det vil si og utforske ordenes betydning sammen med hennes bevegelser. Slik ble det gitt rom for at pasienten kom nærmere en forståelse av seg selv og ble tydeligere for seg selv.

Gjennomgående i studien er de avveininger og valg som tas underveis i timen, knyttet opp mot terapeutens holdning og relasjonen mellom henne og pasienten. Noe som var verdt å merke seg ved timen var pasientens åpenhet, at hun var villig til å gå inn i temaer knyttet til sårbarhet på tross av forskers tilstedeværelse. Dette tyder på en allerede trygg relasjon og veletablert allianse som ligger til grunn for samarbeidet mellom terapeut og pasient.

Ifølge dialektikken og tanken om gjensidighet i relasjoner er vi som terapeuter betydningsfulle i forhold til hvordan vi skaper oss selv og hverandre i relasjon til pasientene. Vi blir synlig for oss selv ved å være åpen for opplevelsen i samspillet med den andre (Schibbye, 2010). Terapeutens holdning og hennes valg i

behandlingssituasjonen kan som tidligere nevnt ikke sees løsrevet fra et grunnleggende kropps – og menneskesyn, og selvsagt fra kommunikasjonens kvalitet der og da.

Det som karakteriserte samtalen i denne studien var hvordan terapeuten engasjerte seg i og utforske det som var pasientens tema og som var essensielt for henne der og da, *sammen* med henne. Hun fulgte og støttet pasienten gjennom ord og handling. Uten å være styrende, men heller avventende slik at pasienten fikk plass. Terapeutens handlinger og avveininger ser ut til å være bygget på en anerkjennelse av pasientens livsverden og kroppslige uttrykk. Schibbye (2010) beskriver anerkjennelse som «*evnen til å ta den andres perspektiv, sette seg inn i den andres subjektive opplevelse*», og at dette er en subjekt-subjekt-holdning. Det er en trygghetsskapende væremåte hos terapeuten der det lages rom for vanskelige følelser og der pasienten blir møtt med aksept og respekt for sine egne opplevelser.

Øien og medarbeidere (2010) og Øien (2010) baserer sine studier av langvarige behandlingsprosesser i PMF på en kommunikasjonsforståelse med sterke paralleller til Schibbys relasjonelle tenkning, med tanke på at en kontinuerlig skaper forutsetninger for hverandres reaksjoner og væremåter i samspillet, verbalt og non – verbalt. Studien viste at terapeutens varhet for situasjonen og evne til å forhandle ved brudd, hindringer eller motstand i kontakten med pasienten gjenopprettet mulighetene for samarbeid og endring. Begges evne til å komme gjennom krevende situasjoner i løpet av behandlingen skapte nye måter å samhandle på. Avgjørende for at slike episoder kan skape utvikling og legge grunnlag for et bedre behandlingsresultat, er slik forfatterne understreker, terapeutens holdning. Det forutsetter at hun ser disse situasjonene som åpne og dynamiske i motsetning til å oppfatte pasienten som krevende og rigid. Dette er funn som gir gjenklang i min studie, spesielt med tanke på hva som kan bidra til åpne og dynamiske samhandlingsprosesser.

Samtalen rommer språket, ordene, historien, kroppslig – emosjonell bevegelse. Den er hele veien knyttet til hva som skjer i kroppen, hva som skjer med pasienten og hva det betyr med tanke på situasjonen hun er i og historien hennes, hvem hun er og hvem hun vil være. Samtalen er derfor relevant i hvordan den kan være med å bidra til å underbygge endring og omstilling i den psykomotoriske behandlingsprosessen, og i en terapeutisk relasjon som rommer pasienten. Den terapeutiske holdningen ligger til grunn for

samhandlingen i behandlingsrommet, og i denne studien kom det tydelig fram hvordan den er gjennomgående i de valg terapeuten tar og hennes tanker og refleksjoner rundt egen praksis. Den kan derfor ikke sees løsrevet fra samtalen, da disse spiller sammen.

5.2. Metodediskusjon

I denne studien har jeg forsket på en kollega innen mitt eget felt og fra mitt ståsted som psykomotoriker. Det betyr at jeg beveget meg i et kjent behandlingsfelt og snakket samme «språk» som informanten, og dermed hadde en del fordeler som jeg ikke ville hatt dersom jeg kom utenfra. Jeg behøvde ikke å sette meg inn i ukjente begrep, fenomener og fagterminologi. Jeg var allerede kjent med behandlingsstrukturen gjennom selv å utøve faget i mitt daglige arbeid og visste derfor mer eller mindre hvordan handlingsforløpet ville være. Det at jeg ikke trengte å sette meg inn i et nytt felt, betydde at jeg kunne konsentrere meg om og fokusere på det jeg mente var sentralt der og da, og det som etter hvert ble mest sentralt i studien. Interessen min for og arbeidet mitt i faget var motivasjonen for å gjøre denne studien.

Malterud (2003) og Paulgaard (1997) sier om denne type feltkunnskapen som profesjonskunnskap og kulturell kompetanse er, at den ofte er uartikulert og ikke bevisstgjort. Begreper som felt- eller kulturblindhet osv. hører hjemme her. Det vil si at det kan være problematisk for meg som forsker å se det som i den kliniske hverdagen er selvsagte vaner og som tas for gitt. Det er større fare for et begrenset perspektiv og kulturblindet når man forsker innenfor et felt man allerede er fortrolig med. Jeg erfarte i min studie at det var vanskelig for ikke å si umulig å sette min egen forforståelse til side, stille meg helt åpen og se på det jeg kjente med nye øyne uten de gamle brillene på. Jeg opplevde at jeg ofte var enig i terapeutens valg, avveininger og argumenter. Det tenker jeg bunner i at vi har en felles forståelse for utøvelsen av faget som nettopp kan gjøre det vanskelig å stille seg kritisk nok til det som observeres og i spørsmålene som blir stilt. Samtidig kunne jeg stille spørsmål som utdypet viktige tematikk i studien.

Paulsgaard (1997) argumenterer for at forskeren forstår med den bakgrunnen hun har og at dette faktisk er en forutsetning for innsikt. Videre refererer hun til Rosaldo (1989) og sier: «*Det at forskeren står fjernt fra sine informanter når det gjelder erfarings – og kunnskapsgrunnlag, vil på den måte kunne sees som et hinder for forståelse*» (1997, s. 74).

Underveis i denne studien gjorde jeg nye oppdagelser i forskningsmaterialet og endret en i utgangspunktet ganske åpen problemstilling til den som nå foreligger i introduksjonskapittelet. Studien og arbeidet med materialet har gitt meg en bredere innsikt og dypere forståelse. Både empiri og teori i studien har bidratt til at den kunnskapen som allerede var der ble mer nyansert. Dersom faget i utgangspunktet var fremmed for meg, ville denne innsikten vært vanskeligere å oppnå.

Det er vesentlig å nevne at som forsker var jeg delaktig i å skape det materialet som kom fram i intervjuet sammen med informanten. Forsker og informant påvirker hverandre gjensidig selv om forskeren er initiativtaker og har hovedansvaret for hvordan situasjonen blir. Malterud (2003, s. 131) sier: «*Intervjuet utgjør en bestemt type mellommenneskelig situasjon der samtalen ofte også omhandler andre mellommenneskelige situasjoner.*» I denne intervjusituasjonen opplevde jeg at det var en åpen og god atmosfære, der samtalen gikk uanstrengt og begge engasjerte seg rundt temaene som ble tatt opp. Fordi jeg la opp til et ganske åpent intervju der informanten fikk stort spillerom til å dele sine tanker og refleksjoner rundt videoen, kom det fram flere interessante temaer og vinklinger jeg i utgangspunktet ikke hadde sett for meg. Måten vi sammen pratet om disse på formet det endelige materialet. Informanten sa etterpå at hun opplevde det som positivt å bli intervjuet på denne måten.

Ifølge Kvale (2012) er validering, eller spørsmålet om gyldighet en kontinuerlig vurdering gjennom hele forskningsprosessen. Jeg har i de forrige kapitlene presentert teorien jeg har anvendt i studien for å belyse problemstilling og forskningsmateriale, hvilke metodologiske fremgangsmåter jeg har brukt og presentert resultatene på en fyldig måte, med mine fortolkninger.

En forståelse av validitet innen kvalitativ forskning er om metoden(e) som er anvendt gir relevant kunnskap om det den er ment til å undersøke. Likeledes om teorien som er brukt til å belyse forskningsmaterialet må anses som gyldig for fenomenene som er studert og relevante for det feltet studien er hentet fra. Det er også vesentlig at forsker forsøker å holde egne tolkninger opp mot informantens forståelse, og på den måten er tro mot informantens stemme i studien og samtidig beveger seg utover deres selvforståelse (Kvale 2012, Malterud 2003). Basert på disse forutsetningene har jeg forsøkt å følge vesentlige kriterier knyttet til gyldighet i denne studien. Kvale (2012) snakker om pragmatisk

validitet, altså om kunnskap og innsikt fra en studie oppleves som relevant og tas i bruk. Det betyr at den enkelte leser (psykomotoriker først og fremst) selv må bedømme om kunnskap fra denne studien synes relevant med tanke på økt forståelse og innsikt for samtalens betydning i PMF.

6. AVSLUTTENDE KOMMENTAR

I denne studien med utgangspunkt i en praksissituasjon kaster jeg lys på samtalen i den psykomotoriske behandlingen. Resultatene i studien viser hvordan det kroppslige og samtalen spilte sammen på en slik måte at kroppslige uttrykk og reaksjoner ble løftet frem og satt ord på. Studien peker mot samtaleens sentrale rolle i denne behandlingstimen og hvordan den kan bidra til å underbygge pasientens selverkjennelse og forståelse av seg selv. Videre kom det frem i denne timen hvordan den terapeutiske relasjonen ligger til grunn for endringsprosesser hos pasienten, og at det menneskesyn og de holdninger terapeuten har, er avgjørende for hennes avveininger og valg gjennom behandlingen og for hvordan kommunikasjonen blir der og da.

Som nevnt innledningsvis har det skjedd en utvikling innen faget der samtalen etter hvert har fått en større plass innen den psykomotoriske behandlingen. Fortsatt finnes det lite forskning på hvordan vi som terapeuter kan samtale med pasientene våre på en slik måte at det verbale og det kroppslige drar veksler på hverandre og underbygger pasientens behandlingsprosess. Det er en balansekunst å stadig bevege seg mellom det å samtale og det å jobbe kroppslig på en slik måte at pasientens tema bringes frem og settes i en meningssammenheng. Etter å ha jobbet med denne studien og på grunnlag av egen praksiserfaring er det min mening at dette er et område som det bør forskes videre på for å få større innsikt i det psykomotoriske arbeidet og videreutvikle faget.

LITTERATURLISTE

- Bengtsson, J.** (2006) *Å forske i sykdoms – og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologiske bidrag.* Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Braatøy, T.** (1979) (2.utg.) *De nervøse sinn.* Oslo: Cappelens Forlag
- Emaus, N.** (2003) Kommentar til fagartikkel i nr 7/2003. *Fysioteraputen*, 7:20-21
- Engelsrud, G.** (2001) Bevegelse som kunnskapsområde i fysioterapi. *Fysioterapi på terskelen*, s. 101 – 117. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Gretland, A.** (2007) *Den relasjonelle kroppen.* Bergen: Fagbokforlaget
- Heath, C. & Hindmarch, J.** (1997). *The analysis of activities in face to face interaction using video.* I Silverman D. (red.) *Qualitative Research. Theory, Method and Practice.* London: Sage Publications.
- Kvale, S. & Brinkmann, S.** (2012) *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Malterud, K.** (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning.* Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K.** (2012) Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40: 795-805
- Paulgaard, G.** (1997) Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler? *Metodisk feltarbeid, produksjon og tolkning av kvalitative data.* Oslo: Universitetsforlaget
- Råheim, M.** (2003) Kroppsfenomenologi – innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*, 1:14-18
- Schibbye Løvlie, A.** (2010) *Relationer. Et dialektisk perspektiv på eksistentiel og psykodynamisk psykoterapi.* Akademisk Forlag, Danmark
- Sviland, R., Råheim, M & Martinsen, K.** (2012) Touched in sensation – moved by respiration. Embodied narrative identity – a treatment process. *Scand J Caring Sci*; 2012

- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K.** (2009) Å komme til seg selv – i bevegelse, sansning og forståelse. *Matrix*, 2:257-275
- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K.** (2010) Språk – uttrykk for inntrykk. *Matrix*, 2:132-156
- Thagaard, T.** (2009) *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist, E.** (2006) Face- to-Face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Medical Anthropology*, 25:65-97
- Thornquist, E.** (2004) *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Gyldendal
- Thornquist, E.** (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Thornquist, E. & Gretland, A.** (2003) Kropp, samtale og deltakelse. Del I. To praksissituasjoner – en sammenligning. *Fysioterapeuten*, 7:18-24
- Thornquist, E. & Gretland, A.** (2003) Kropp, samtale og deltakelse. Del II. En nærstudie. *Fysioterapeuten* nr. 9:15-20
- 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. *Dissertation for the degree of philosophiae doctor (PhD)*. University of Bergen, Norway
- Øien, A.M., Steihaug, S., Iversen, S. & Råheim, M.** (2011) Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*; 25: 53-61

VEDLEGG

Målfrid Råheim
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

N-50
↑
Tel: +47
Fax: +47
nsd@
www
Org.nr.

Vår dato: 16.08.2012

Vår ref:31144 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.08.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31144	<i>En nærstudie av psykomotorisk behandlingspraksis</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Målfrid Råheim</i>
Student	<i>Nathalie Lygren</i>

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

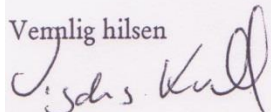
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

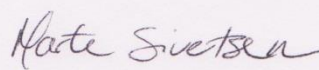
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år 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, 01.07.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marte Sivertsen

Kontaktperson: Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

Forespørsel om deltakelse i masteroppgaveprosjekt

«En nærstudie av psykomotorisk behandlingspraksis»

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie i forbindelse med en masteroppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi. Formålet med studien er å se nærmere på hvordan utøvelsen av psykomotorisk fysioterapi foregår i praksis for å få mer kunnskap om dette fagfeltet med tanke på å kunne videreutvikle faget. Du er valgt til å bli forespurt fordi det er ønskelig med en erfaren psykomotoriker. Universitetet i Tromsø er det studiestedet som er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer studien?

Det tas utgangspunkt i en behandlingstime mellom terapeuten som deltar i studien og en pasient. Behandlingssituasjonen observeres av undertegnede og det vil bli brukt videokamera, dvs. at behandlingssituasjonen som observeres blir filmet. Terapeuten blir, med utgangspunkt i videoopptaket, intervjuet om hva som skjer under behandlingen og om hvilke betydninger av kroppslige symptomer og reaksjoner det forhandles om i samspillet mellom terapeuten og pasienten. Dvs. at intervjuet skjer i etterkant av behandlingstimen, og inkluderer at masterstudent og terapeut ser filmen sammen. Terapeuten velger hvilken pasient som forespørres til å være med på studien, og pasienten får også et infoskriv og må gi sitt skriftlige samtykke. Den ene behandlingstimen som blir filmet er del av en behandlingsprosess. Det er ønskelig at den aktuelle terapitimen befinner seg litt ut i behandlingsforløpet, slik at relasjonen mellom terapeut og pasient er godt etablert. Dersom du ikke ønsker å delta i studien sendes denne forespørselen til en annen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer.

Datamaterialet vil bli slettet ved prosjektslutt, dvs. når masteroppgaven er ferdig og forsvart ved muntlig eksamen. Presentasjon av resultater av analysen av datamaterialet i masteroppgaven vil være i anonymisert form.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Om du sier ja, kan du likevel når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Nathalie Lygren, mobilnr 90506006.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – personvern og økonomi

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A – utdypende forklaring av studien innebærer

Kriterier for deltakelse

Terapeuten må være ferdig utdannet psykomotorisk fysioterapeut med minimum 3 års klinisk erfaring med pasienter. Terapeuten jobber i privat praksis og kan rekruttere av egen pasientgruppe til deltakelse i studien.

Bakgrunnsinformasjon om studien

I denne studien er formålet å se nærmere på hvordan utøvelse av psykomotorisk fysioterapi utspiller seg i praksis. Det er gjort lite forskning på dette området tidligere. Ved å få mer innsyn i hva som skjer i samhandlingen mellom fagperson og pasient, hvordan partene påvirker hverandre og skaper noe sammen i en konkret situasjon, blir metoder, begreper og begrunnelser terapeuter tar del for gitt satt fokus på, og vanehandlinger løftes frem og reflekteres over. Dette kan bidra til fornyet kunnskap og en videreutvikling av faget.

Tidsskjema

Studien påbegynnes september 2012 og skal avsluttes juli 2013. Prosjektet er planlagt avsluttet 1.juli 2013 og da vil datamaterialet senest anonymiseres. Terapeut og undertegnede avtaler når behandlingstid og intervju skal finne sted.

Studiedeltakeren vil bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke deltakerens villighet til å delta i studien.

Studiedeltakeren skal opplyses om mulige beslutninger/situasjoner som gjør at deres deltakelse i studien kan bli avsluttet tidligere enn planlagt.

Eventuell kompensasjon og dekning av utgifter for deltakere

Undertegnede og terapeut lager en avtale i forhold til kompensasjon for timene terapeuten deltar i studien.

Daglig ansvarlig for studien

Målfrid Råheim, 55586169 / 41416206, malfrid.raheim@isf.uib.no

Kapittel B – Personvern og økonomi

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at student og veileder får tilgang til datamaterialet. Materialet oppbevares forsvarlig etter de regler som gjelder ved Universitetet i Tromsø. Materialet slettes ved prosjektslutt, senest 1.juli 2013.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og/eller pasienten

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

Studien er selvfinansiert av undertegnede.

Deltakerne har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, prosjektleder, dato)

Samtykkeerklæring sendes til:

Nathalie Lygren, Solaveien 157, 4316 Sandnes

Forespørsel om deltakelse i masteroppgaveprosjekt

«En nærstudie av psykomotorisk behandlingspraksis»

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie i forbindelse med en masteroppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykomotorisk fysioterapi. Formålet med studien er å se nærmere på hvordan utøvelsen av psykomotorisk fysioterapi foregår i praksis for å få mer kunnskap om dette fagfeltet med tanke på å kunne videreutvikle faget. Du er valgt til å bli forespurt fordi det er ønskelig med en erfaren psykomotoriker. Universitetet i Tromsø er det studiestedet som er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer studien?

Det tas utgangspunkt i en behandlingstime mellom terapeuten som deltar i studien og en pasient. Behandlingssituasjonen observeres av undertegnede og det vil bli brukt videokamera, dvs. at behandlingssituasjonen som observeres blir filmet. Terapeuten blir, med utgangspunkt i videoopptaket, intervjuet om hva som skjer under behandlingen og om hvilke betydninger av kroppslige symptomer og reaksjoner det forhandles om i samspillet mellom terapeuten og pasienten. Dvs. at intervjuet skjer i etterkant av behandlingstimen, og inkluderer at masterstudent og terapeut ser filmen sammen. Terapeuten velger hvilken pasient som forespørres til å være med på studien, og pasienten får også et infoskriv og må gi sitt skriftlige samtykke. Den ene behandlingstimen som blir filmet er del av en behandlingsprosess. Det er ønskelig at den aktuelle terapitimen befinner seg litt ut i behandlingsforløpet, slik at relasjonen mellom terapeut og pasient er godt etablert. Dersom du ikke ønsker å delta i studien sendes denne forespørselen til en annen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer.

Datamaterialet vil bli slettet ved prosjektslutt, dvs. når masteroppgaven er ferdig og forsvart ved muntlig eksamen. Presentasjon av resultater av analysen av datamaterialet i masteroppgaven vil være i anonymisert form.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Om du sier ja, kan du likevel når som helst og uten å oppgi grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Nathalie Lygren, mobilnr 90506006.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern finnes i kapittel B – personvern og økonomi
Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A – utdypende forklaring av studien innebærer

Kriterier for deltakelse

Terapeuten må være ferdig utdannet psykomotorisk fysioterapeut med minimum 3 års klinisk erfaring med pasienter. Terapeuten jobber i privat praksis og kan rekruttere av egen pasientgruppe til deltakelse i studien.

Bakgrunnsinformasjon om studien

I denne studien er formålet å se nærmere på hvordan utøvelse av psykomotorisk fysioterapi utspiller seg i praksis. Det er gjort lite forskning på dette området tidligere. Ved å få mer innsyn i hva som skjer i samhandlingen mellom fagperson og pasient, hvordan partene påvirker hverandre og skaper noe sammen i en konkret situasjon, blir metoder, begreper og begrunnelser terapeuter tar del for gitt satt fokus på, og vanehandlinger løftes frem og reflekteres over. Dette kan bidra til fornyet kunnskap og en videreutvikling av faget.

Tidsskjema

Studien påbegynnes september 2012 og skal avsluttes juli 2013. Prosjektet er planlagt avsluttet 1.juli 2013 og da vil datamaterialet senest anonymiseres. Terapeut og undertegnede avtaler når behandlingstid og intervju skal finne sted.

Studiedeltakeren vil bli orientert så raskt som mulig dersom ny informasjon blir tilgjengelig som kan påvirke deltakerens villighet til å delta i studien.

Studiedeltakeren skal opplyses om mulige beslutninger/situasjoner som gjør at deres deltakelse i studien kan bli avsluttet tidligere enn planlagt.

Eventuell kompensasjon og dekning av utgifter for deltakere

Pasienten betaler ingen egenandel for den aktuelle behandlingstimen.

Daglig ansvarlig for studien

Målfrid Råheim, 55586169 / 41416206, malfrid.raheim@isf.uib.no

Kapittel B – Personvern og økonomi

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at student og veileder får tilgang til datamaterialet. Materialet oppbevares forsvarlig etter de regler som gjelder ved Universitetet i Tromsø. Materialet slettes ved prosjektslutt.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og/eller pasienten

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger.

Studien er selvfinansiert av undertegnede.

Deltakerne har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, prosjektleder, dato)

Samtykkeerklæring leveres av pasienten til terapeuten og gis til masterstudenten på instituttet.

Med henhold til intervjuguide

Intervjuet er ikke ferdig utformet og spørsmålene nedenfor er kun retningsgivende. Intervjuet vil måtte formes i stor utstrekning der og da, etter hva vi dweler ved i videomaterialet. Jeg vil måtte ta meg tid til å se filmen i alle fall en gang i forkant, og tenke over hva jeg vil stille spørsmål om. Dvs. at jeg gjerne avtaler med terapeuten å se den sammen et par dager etter opptak, og klargjør hva jeg syns det er mest interessant at terapeuten utdypes.

Hovedtema og det som vektlegges i intervjuet vil være:

Hvilke forståelser av kropp, funksjon, kroppslige plager og symptomer, samt kroppslig-emosjonelle reaksjoner formidler terapeuten og pasienten?

Hvilke betydninger av kroppslige plager og symptomer, samt kroppslig-emosjonelle reaksjoner forhandles det om? Og hvordan?

Som nevnt vil dette måtte utdypes videre etter at videomaterialet er studert.

