



**Støttende behandling i Psykomotorisk Fysioterapi
- behov for en avklaring?**

Kaja Kise

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

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

Mai 2016

Antall ord: 24379

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært svært interessant og meningsfylt. Prosjektet har økt min innsikt angående temaet støttende behandling og fagfeltet psykomotorisk fysioterapi generelt. Arbeidet har også vært krevende, og til tider frustrerende, men når jeg nå sitter igjen med et ferdig produkt ser jeg tilbake på perioden som en utrolig god læringsprosess. Der jeg har fått økt innsikt i både det kliniske og det akademiske arbeidet. I dette forordet ønsker jeg å takke en del sentrale personer som har hjulpet meg i nå målet med innleveringen av denne masteroppgaven i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi.

Først og fremst ønsker jeg å takke mine tre informanter som velvillig har delt av sin erfaringskunnskap og belyst temaet på en reflektert og nyansert måte. Uten deres imøtekommelse og faglige innsikt, hadde ikke dette prosjektet sett dagens lys.

En takk rettes også til medstudenter og lærere for gode og interessante forelesninger, faglige diskusjoner, samt innspill på masterseminarene. Masterseminarene har vært til stor hjelp med hensyn til å nyansere mitt eget syn på datamaterialet og motivere til videre arbeid. En stor takk rettes også til studiekoordinator Anne Gretland, som var en viktig bidragsyter i starten av dette prosjektet.

Jeg vil også takke ”Fond for etter- og videreutdanning av fysioterapeuter” for økonomisk støtte.

En stor takk går til min masterveileder Birgit Gunnari, som har loset meg gjennom dette arbeidet på en fenomenal måte. Dine presise og konstruktive tilbakemeldinger har lettet arbeidet og gjort datamaterialet håndterlig.

Mine nærmeste fortjener også en stor takk! Deres motiverende ord og gode råd, har vært til stor hjelp i denne prosessen.

Skien, 10.05.2016

Kaja Kise

Sammendrag

Hensikten med dette prosjektet var å få økt kjennskap til psykomotoriske fysioterapeuters tanker og erfaringer angående støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Hovedvekten ligger på generelle aspekter ved støttende behandling, vurderingsgrunnlaget behandlingen er basert på, samt hva slags elementer i behandlingen som gjør den støttende.

Metode:

Prosjektet har et kvalitativt design med dybdeintervju av tre psykomotoriske fysioterapeuter med minimum tre års erfaring i psykiatrien. Prosjektet er forankret i en fenomenologisk hermeneutisk vitenskapstradisjon.

Resultater:

Hovedfunnene i oppgaven viser uenigheter om hvor skille mellom støttende og inngripende behandling er, og om det i det hele tatt er et skille. Psykomotorisk behandling handler om dosering, hvor støttende behandling av jeg-svake pasienter har en forsiktig og lavdosert tilnærming.

I undersøkelsen er det hovedsakelig pasientens reaksjoner i anamnesen og kroppsundersøkelsen, satt i sammenheng med deres livshistorie og kroppsfunn, som indikerer hva slags behandling pasienten skal ha. Angående indikasjonsområdet har mine informanter likt syn, men deres syn skiller seg noe fra litteraturen. Spesielt med hensyn til om behandlingen er indisert for pasienter som lever i en ustabil livssituasjon. Det virker som at vurderingen om behandling er indisert er en totalvurdering av den enkelte pasienten, og at det hovedsakelig henger sammen med pasientens kognitive evner til å nyttiggjøre seg behandling, samt motivasjon for behandling.

Behandlingen blir individuelt tilpasset pasienten. Selv om informantene beskriver enkelte tiltak som støttende (kroppsavgrensende grep, kroppsbevissthetsøvelser og stabilitetsøvelser) kommer det frem at hvilken effekt tiltaket får henger sammen med pasientens problemområdet og reaksjoner på tiltaket.

Nøkkelord: Norsk Psykomotorisk fysioterapi, NPMF, Psykomotorisk fysioterapi, PMF, støttende behandling, jeg-svake pasienter, psykiatri, psykisk helse,

Abstract

The purpose of this project was to get an insight into psychomotor physiotherapists' thoughts and experiences regarding supportive treatment in psychomotor physiotherapy. Focusing on the general aspects of supportive treatment, the assessments underlying the treatment, as well as the characteristics of supportive treatment.

Method:

This project has a qualitative design with in-depth interviews of three psychomotor physiotherapists with a minimum of three years of experience from psychiatry. This project is also anchored in a phenomenological hermeneutical scientific tradition.

Results:

Both among my informants and within literature, there is disagreements in regards to distinguishing supportive and interventional treatment, and if such a distinction indeed exists. An important aspect of psychomotor physiotherapy treatment is dosage. Supportive treatment of patients with low ego-strength has a cautious and low-dosage approach.

In assessing a patient, emphasis is put on the patient's reactions during the anamnesis, contextualized with their life story and physical findings, which in turn indicates an appropriate treatment for the patient. My informants agree in regards to indications for treatment, although their views deviate somewhat from the literature. Especially with respects to whether or not treatment is indicated for patients in volatile life situations. It appears as though evaluation of whether or not treatment is indicated, is an overall assessment of the individual patient, in relation to the patient's cognitive ability to utilize treatment, as well as the patient's motivation for treatment.

The treatment is customized for the patient. Although my informants describes some measures as supportive (body-delimiting massage, body-awareness exercises and stability exercises), it is implied that the impact of the measures is related to the patients problems, as well as their reactions to the measures.

Key words: Norwegian Psychomotor physiotherapy, NPMP, Psychomotor physiotherapy, PMP, supportive treatment, low ego strength, psychiatry, mental health

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	8
1.1 Prosjektets bakgrunn og hensikt.....	8
1.2 Støttende behandling omtalt i litteraturen.....	9
1.3 Problemstilling	15
2 Teori og begrepsavklaringer	15
2.1 Generelle begrepsavklaringer	15
2.2 Teori	17
2.2.1 Psykomotorisk fysioterapi	17
2.2.2 Utvikling av selvet	23
2.2.3 Toleransevindu	24
3 Metode	26
3.1 Vitenskapsteoretisk forankring	26
3.2 Valg og beskrivelse av metode	28
3.2.1 Kvalitativ tilnærming	28
3.2.2 Metodevalg	28
3.2.3 Utvalgsriterier og utvalg	28
3.2.4 Rekruttering.....	29
3.2.5 Informasjon til informantene	29
3.2.6 Presentasjon av informantene.....	30
3.2.7 Datainnsamling.....	30
3.2.8 Intervjusituasjonen	31
3.2.9 Refleksjoner etter intervjuene	32
3.2.10 Transkriberingen og analyseringsprosessen.....	32
3.3 Etske overveielser	34
4 Resultater	34
4.1 Kartlegge pasientens ressurser, motivasjon og skjørhet.....	35
4.1.1 Anamnese: ”Alliansen er jo gullgruven”	35
4.1.2 Kroppsundersøkelsen tilpasses den enkelte.....	37
4.2 Indikasjoner og kontraindikasjoner.....	39
4.3 Kjennetegn hos de skjøre og sårbare pasientene.....	41
4.4 Behandling	42
4.4.1 Begrepet støttende behandling: misvisende og negativt ladet.....	43
4.4.2 Dosering i behandling	43

4.4.3	Reaksjoner: Pusten er rettesnoren for doseringen.....	44
4.4.4	Støttende tiltak og deres funksjon.....	45
4.4.5	Sammenhengen mellom kropp og følelser.....	48
4.4.6	Endring i behandling.....	49
4.5	Samtalens plass i psykomotorisk fysioterapi.....	50
4.6	Dissosiasjon og psykosefare.....	50
4.7	Arbeidserfaringene fra psykiatrien sin betydning for privat praksis.....	51
5	Drøfting.....	51
5.1	Likheter og ulikheter mellom før og nå i psykomotorisk fysioterapi.....	51
5.2	Undersøkelse.....	52
5.3	Indikasjoner og kontraindikasjoner for PMF-behandling.....	57
5.4	Kjennetegn hos de skjøre og sårbare pasientene.....	59
5.5	Behandling.....	60
5.6	Samtalens plass i psykomotorisk fysioterapi.....	66
5.7	Endring i behandling.....	66
5.8	Uenigheter angående skille mellom støttende og inngripende behandling.....	67
5.9	Begrepsbruk – tid for en endring?.....	70
6	Sammenfatning.....	70
6.1	Behov for mer forskning angående tema.....	72
7	Referanseliste.....	74
8	Vedlegg.....	80
8.1	Vedlegg 1: Samtykkeerklæring.....	80
8.2	Vedlegg 2: Intervjuguide tilsendt informantene.....	82
8.3	Vedlegg 3: Utvidet intervjuguide til eget bruk i intervjuene.....	83

1 Innledning

1.1 Prosjektets bakgrunn og hensikt

Psykomotorisk fysioterapi er langt på vei en muntlig tradisjon hvor utviklingen av faget har vært gjennom mester-svenn-tradisjonen. Fokuset i videreutviklingen har vært på de praktiske erfaringene (Øvreberg og Andersen, 2002). Dette gjør at mye av fagets aspekter ikke er skrevet ned og systematisert.

Et eksempel er støttende behandling, som er oppgavens tema. Motivasjonen for temaet har kommet gjennom studietiden og erfaringene jeg har gjort meg i klinisk praksis. Gjennom studietiden har forståelsen for hva støttende behandling innebærer variert, og jeg har enda ikke helt forstått hva støttende behandling er, og hva som er forskjellen fra inngripende behandling. Når temaet har blitt diskutert på skolen, med praksisveiledere og kollegaer har jeg registrert at svarene til dels er ulike. Temaet er også lite belyst i litteraturen. På denne bakgrunn mener jeg å ha dekning for å si at et nedskrevet kunnskapsgrunnlag er lite tilgjengelig. Jeg har også en oppfatning av at psykomotorisk fysioterapi mangler en faglig konsensus på hva støttende behandling innebærer. Likevel er det mange klinikere som har lang erfaring med behandling av såkalte jeg-svake pasienter som omtales som sårbare og skjøre pasienter, noe som er målgruppen for støttende behandling (Gretland, 2007, s. 88). Disse klinikerne har dermed mye erfaringskunnskap om emnet. Denne erfaringsbaserte kunnskapen ønsker jeg å få et større innblikk i.

Hovedmålsettingen med masteroppgaven var å få økt kjennskap til hva psykomotoriske fysioterapeuter tenker og erfarer om støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Ved å koble empirien opp mot det jeg anser som relevant teori, håper jeg at oppgaven bidrar til et økt og lettere tilgjengelig kunnskapsgrunnlag vedrørende støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Hovedfokuset er på vurderingsgrunnlag og behandlingsprinsipper ved den støttende behandlingen.

1.2 Støttende behandling omtalt i litteraturen

Jeg ønsket å finne ut når begrepet *støttende behandling* først ble introdusert i psykomotorisk fysioterapi, samt hva hensikten med innføringen var, og hva psykomotorikere la i begrepet. Oppgavens tidsramme har imidlertid ikke tillatt et såpass stort søk i den psykomotoriske faglitteraturen til at jeg kan si noe om dette. I dette kapittelet vil jeg vise til det jeg har funnet av litteratur om emnet, samt litteratur som omtaler fysioterapibehandling som tar til sikte på å øke jeg-følelsen.

Renander (2013) fant heller ikke opphavet til begrepet *støttende behandling*. Han viser imidlertid til to utgaver av Berit Heir Bunkan sin bok om ”Muskelspenninger og Kroppsbilde”. Utgaven utgitt i 1985 benyttes begrepet *støttende behandling* (Renander, 2013, s. 8). Mens i utgaven utgitt i 1980, samt i hennes bok om ”Undersøkellesmetodikk og behandlingsmetoder ved muskulære spenninger” (1971), gir hun et alternativ til avspenningsbehandling/psykomotorisk fysioterapibehandling dersom undersøkelsen viser store kroppslig avvik hos pasienten. Da setter man inn tiltak som har til hensikt å stimulere kroppsopplevelsen og jeg-følelsen.

Dosering i behandling

Doseringen på behandlingen har siden Aadel Bülow-Hansen sin tid vært et viktig aspekt. Denne doseringen gjøres på bakgrunn av en helhetsvurdering av pasientens ressurser, kroppsfunn, livssituasjon, med mer (Bülow-Hansen, 1995. Bunkan, 2001a). Som Bunkan (2001b, s. 2847) skriver i en artikkel i Tidsskriftet for den norske Legeforening: ”Et postulat i norsk psykomotorisk fysioterapi er at pasienten ikke skal slippe frem mer følelser enn han/hun har ”bein å stå på og rygg til å bære””. Tiltakene som settes inn tar hensyn til dette, og når en gjør hva henger sammen med hvor pasienten er i omstillingsprosessen. Ved betydelige kroppsfunn har behandlingen en støttende karakter. I en støttende behandling fokuserer man mest på kroppsstabilitet og kropps kontroll. Tiltak som har til hensikt å fremme avspenning avventes det med. Ved mer moderate kroppsfunn er behandlingen av en mer inngripende karakter, hvor en vektlegger fleksibilitet, kroppsopplevelse, avspenning og omstilling av respirasjonen. Dette medfører ofte en nærmere kontakt med følelsene (Bunkan, 2001b, s. 2847). Bunkan (2001a, s 215) har også en liste over andre faktorer ved behandlingen som gjør at den har en støttende karakter. Følgende liste er sitat fra hennes bok ”Kropp, respirasjon og kroppsbilde”:

Støttende tilnærming

- *Terapeuten understreker pasientens egne sterke sider*
- *Terapeuten generaliserer problemer, uten å gi pasienten følelsen av at han/hun har overdrevet sin fremstilling*
- *Terapeuten viser empati*
- *Terapeuten er tilbakeholden med å konfrontere pasienten med de psykososiale problemområder*
- *Terapeuten leder samtalen ut fra det pasienten kommer med*
- *Terapeuten spør hva pasienten selv mener/tror, uten selv å gi råd av personlig karakter ut over "fysiske" rettleidninger*
- *Terapeuten forsterker pasientens realistiske tro på seg selv*
- *Terapeuten bruker humor uten at det blir en kunstig situasjon*

I den gamle litteraturen (Bunkan, Radøy og Thornquist, 1982. Thornquist og Bunkan, 1995. Bunkan m.fl., 1995. Øvreberg og Andersen, 2002) brukes ikke begrepet *støttende behandling*. Litteraturen omhandler for det meste den omstillende siden ved psykomotorisk fysioterapibehandling (Ibid). I festskriftet til Bülöw-Hansen skrev imidlertid Engh og Radøy (1982, s. 182) en artikkel hvor de begrunner behandlingens nytteverdi for pasienter i tungpsykiatrien. De skriver at dersom behandlingen doseres forsiktig ved at man har mer øvelser, mindre involvering av respirasjonen og at massasjeregrepene legger mer vekt på stimulering enn avspenning, er det et godt behandlingstilbud til psykiatriske pasienter. Når de omtaler behandlingsformen snakker de om forsiktig dosering, og begrepet støttende behandling brukes ikke. Men på bakgrunn av at det i psykiatrien er få jeg-sterke personer og at støttende behandling gis jeg-svake pasienter (Gretland, 2007, s. 88), knytter jeg beskrivelsene til Engh og Radøy (1982) av behandlingen opp mot den støttende behandlingen.

Hvorvidt en påvirker pasientens forsvar

Gretland (2007) skriver at skille mellom støttende og inngripende behandling handler om hvorvidt en påvirker pasientens forsvar. I den støttende behandlingen ønsker en å fremme og styrke et ellers skjørt kroppslig og emosjonelt forsvar, og behandlingen får dermed den jeg-styrkende effekten. Målsettingen med behandlingen er dermed å bidra til økt selvavgrensning, sikrere identitetsfølelse og økt autonomi og samhandlingsevne. Dette betyr at pasientene skal få grep om seg selv, økt evne til å ta hånd om eget liv og få fotfeste i tilværelsen igjen (Gretland, 2007, s 89). Den omstillende behandlingen, som ble gitt ressurssterke mennesker med omstillingsevne, sikter mot å svekke deres forsvar, noe man anså som nyttig for denne gruppen. Gretland (2007, s 206) diskuterer imidlertid den tradisjonelle tanken om å svekke noens forsvar med tanke på forsvarets funksjon og hvorfor det har blitt utviklet. Alle utvikler

sitt forsvar av nødvendighet. Forsvaret er dermed en beskyttelse mot situasjoner som truer personers selv, mot å miste kontrollen i eget liv og komme under andres herredømme (Ibid., s 206). På bakgrunn av dette skriver hun at det er vanskelig å se noen terapeutiske verdier i å svekke noens forsvar uansett hva slags ressurser de har i seg selv. Det poengteres at den terapeutiske oppgaven burde sikte på å støtte pasientens selvutfoldelse og deltakelse. Grunntanken her er at ved å stimulere til at pasienten får mer grep om seg selv og at personen kan hevde seg sosialt på en mer hensiktsmessig måte (selv bruker Gretland på *sunt* vis), blir også behovet for forsvar mindre (Ibid., s. 206). Terapeuten skal da undersøke hva slags behov pasienten har for støtte med tanke på omsorg, for speiling, for meningsskapende samhandling, for å erfare og respektere egne grenser og utvide sitt handlingsrom. Hva som fungerer støttende vil variere mellom individene og henger sammen med hvilke selvfunksjoner eller selvdomener pasienten har behov for å utvikle og integrere (Ibid, s. 206).

Sternberg og Bunkan har hatt flere samtaler hvor de har diskutert indikasjonsområdet for psykomotorisk fysioterapi (Sternberg, 2009, s.239). På bakgrunn av disse diskusjonene har de kommet frem til en fellesforståelse av at dersom behandlingen er tilpasset den enkeltes utviklingspotensialer, kan psykomotorisk fysioterapi ha en støttende funksjon. Med dette mener de at behandlingsformen kan være svært egnet for psykiatriske pasienter og ikke minst pasienter som har opplevd overgrep og tortur (Sternberg, 2009, s 239). Støttende tiltak med en hensikt om å utvikle mestringsstrategier kan være rytmisk stabilisering, vektoverføring og kroppsavgrensende grep. Med mestringsstrategier refereres det til at pasienten skal kunne inngå i avstemte handlinger, og mestre mange kvaliteter av bevegelse, som igjen kan anvendes og overføres til forskjellige oppgaver i livet (Sternberg og Bohen, 2009, s 242).

Utvide handlingsrepertoaret

Sternberg (2009, s 239) skriver at både jeg-sterke og jeg-svake pasientgrupper er lite bevisst sine væremåter, og er mer eller mindre uforstående ovenfor symptomer og reaksjonsmønstre. Ved å utforske sammenhengene mellom disse, kan terapeuten støtte pasienten til å finne en større selvforståelse og utvikling av mer nyansert og fleksibelt handlingsrepertoar. Dette kan igjen være med på å endre selvbilde og selvoppfattelsen. Når det gjelder å utvide handlingsrepertoaret, settes dette sammen med omstillende behandling (Sternberg og Bohen, 2009, s 242). Det påpekes at det er glidende overganger mellom støttende og omstillende behandling. Likevel får jeg en oppfattelse av at det krever visse utviklingsmuligheter for å utvide handlingsrepertoaret, og at støttende behandling ikke bidrar til dette. For meg kan det

virke som om det menes at utviklingsmulighetene til pasienten øker med støttende behandling, for så å gå gradvis over i en omstillende behandling der en har til hensikt å utvide handlingsrepertoaret.

Pasienteksempler

I de to neste pasienteksemplene viser Gretland (2007) hvordan behandlingen blir tilpasset pasientens problemområder, hvordan terapeutene stimulerer til en selvutvikling hos pasienten og hvordan handlingsrepertoaret utvides.

Gretland (2007) beskriver en støttende behandling av en kvinne med en traumatisk historie som venter på psykoterapibehandling. Den psykomotoriske fysioterapibehandlingen har en forsiktig tilnærming, der det ikke er ønskelig å bringe frem gamle minner. Det skal de vente med til pasienten starter i psykoterapi slik at det som kommer opp i den psykomotoriske behandlingen kan bearbeides der. Gretland (2007, s 119) beskriver at behandlingen på ett plan er klassisk psykomotorisk ved at det er kjente utgangsstillinger og behandlingen foregår på krakk, stående, langsittende på benk, mageliggende og ryggliggende stilling. Slik jeg forstår beskrivelsen av behandlingen består den støttende komponenten av at områder som er forbundet med den traumatiske historien unngås. Dels ved at disse områdene ikke behandles spesifikt, og dels når pasienten forteller at hun spenner seg i dette området, blir ikke det dvelt ved eller satt i sammenheng. Men ved de andre kroppsområdene, som ansees som trygge, gjør man typiske frigjørende grep og her utforskes den dypere meningen med spenningene.

Gretland (2007, s. 131) skriver at det som gjør denne behandlingen støttende, er at pasienten får oppleve at hennes erfaringer aksepteres. Denne aktuelle pasienten har blitt misbrukt, mishandlet og mistrodd i mange år. Det at hennes erfaringer aksepteres gjør at hun kan feste lit til seg selv og fysioterapeuten (Gretland, 2007, s 131). Slik jeg forstår og leser Gretlands pasientbehandling, kan slike erfaringer føre til at man mister troen på seg selv og redusere identitetsfølelsen. I tillegg blir pasienten oppfordret til å markere seg og gi uttrykk for egne behov, samt at dette blir møtt og tiltakene tilpasses etter dem. Hun får dermed en erfaring med at det nytter å si i fra, noe hun ikke hadde fra tidligere. Ved at pasienten blir møtt på reaksjoner og væremåter, kan hun komme i kontakt med og differensiere følelser, reaksjoner og væremåter, og dermed bli bedre kjent med seg selv (ibid.). Det poengteres at overgrepsofre ofte er lydige og tilpasser seg i for stor grad den andre parten. Det henvises til Bülow-Hansen som også jobbet med at pasientene skulle øve seg på å gi uttrykk for ubehag og egne behov:

”De må tørre å si ifra, ikke minst når det er ubehagelig. I min behandling er det viktig å ikke bite tennene sammen og å tåle. Mange har vært underkuet i alle år, funnet seg i altfor mye” (Isdahl og Thornquist, 1983, s 124, referert i Gretland, 2007, s. 132).

Gretland (2007, s 132) skriver videre at pasientens ressurser og problemområder er bestemmende for hva som er støttende behandling. Det etterfølges så med et pasienteksempel om et torturoffer med schizofreni-diagnose. I pasienteksempelet fokuseres det på det kroppslige, hva pasienten kjenner i ulike kroppsområder som arbeides med uten at de går inn på historiene fra krigen. Dette er en pasient som har vanskeligheter med å skille flashbackene fra virkeligheten, og terapeuten minner han stadig på at han nå er i Skandinavia. På den måten skilles det mellom her-og-nå og der-og-da. Gretland (2007, s. 144) skriver at dette gir muligheter for at ”pasienten kan inngå i relasjoner som gir næring til god selvutvikling”. I tillegg er fysioterapeuten opptatt av at rommet ikke skal minne om et torturkammer og har et bevisst forhold til hvordan hun posisjonerer seg i forhold til pasienten, noe som har sammenheng med erfaringene og hvilken side torturen hovedsakelig ble utført fra.

Masteroppgave med samme tema

Snorre Renander (2013) skrev i sin masteroppgave om støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Hans problemstilling var ”Hvordan forstår og begrunner fysioterapeuter støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi?”. Han intervjuet tre psykomotoriske fysioterapeuter som arbeidet i privat praksis, på distriktpsykiatrisk senter og på en psykiatrisk klinikk på et sykehus. Alle hadde erfaringer med støttende behandling i sin fagutøvelse. I hans oppgave kommer det frem at informantene undersøker og dermed henter ut informasjon fra pasienten på ulike måter. To av hans tre informanter beskrev hvordan de undersøkte. Den ene gjorde en kroppsbevissthetsutforskning og den andre tilpasset ROK'en¹ etter hvordan pasienten reagerte i undersøkelsen (s. 26-28). Informanten som bruker ROK, forteller at hun sjelden gjennomfører hele undersøkelsesmetoden og at den doseres etter autonome reaksjoner. Med tanke på pasientgrupper som har behov for støttende behandling virker det som om Renander (2013) sine informanter vurderer det ut fra hva de tåler av kroppsundersøkelsen, samt om de har traumatiske erfaringer eller psykisk belastning. Med tanke på støttende tiltak kommer det frem at informantene arbeider med kroppsavgrensende massasjeregrep, massasjeregrep som går

¹ ROK: Ressurs Orientert Kroppsundersøkelse. For mer informasjon om undersøkelsesmetoden vises det til Bunkans (2001a) bok ”Kropp, Respirasjon og Kroppsbilde” s. 71-72.

på tvers av pusten, og øvelser. De ønsker blant annet å bidra til at pasientene får økt kontakt med kroppen, økt evne til å sette grenser, gi uttrykk for egne behov og selvomsorg.

Ikke et skarpt skille mellom støttende og inngripende/omstillende behandling

Den nyeste publikasjonen, så vidt jeg vet, vedrørende støttende behandling er en artikkel hvor to behandlinger av torturofre beskrives (Frydenlund Feilberg, 2016). Den ene er en støttende behandling og den andre en omstillende. Med hensyn til den støttende behandlingen mener Frydenlund Feilberg (2016, s. 18) at det er hensiktsmessig og ta utgangspunkt i konkrete og avgrensede tiltak. Hensikten er å samle og styrke pasienten og gi ro. Det er viktig å utføre en grundig undersøkelse og gi pasienten en forklaring på de plagene den har. Dette i seg selv kan gi en beroligende effekt på pasienten. I behandlingen er det reaksjonene som er retningsgivende. På bakgrunn av dem, doserer man behandlingen blant annet ved å redusere lengden på hver enkelt behandling, omfanget av berøring i behandling og bekleddning. Klærne kan ha en forsvarsfunksjon for pasienten (Ibid. s. 18).

Frydenlund Feilberg (2016, s. 20) skriver at det ikke er et skarpt skille mellom støttende og inngripende behandling. På lik linje med Gretland (2007), mener hun at hva som virker støttende eller inngripende har sammenheng med pasientens problemområder og reaksjonsmåter. Utfordringen for terapeuten er å kontinuerlig registrere pasientens reaksjoner og knytte dem opp mot vedkommendes samlede livssituasjon. Dersom man ikke er var på disse reaksjonene er risikoen stor for å retraumatisere pasienten. På bakgrunn av klinisk skjønn, faglighet, ferdigheter og personlig erfaringer vurderer terapeuten kontinuerlig hva slags tiltak det er hensiktsmessig å sette inn. Ved at terapeuten er støttende, tillitsskapende, lydhør og sensitiv kan vedkommende gjennom en kroppslig behandling hjelpe pasienten til å gjenkjenne og øke evnen til å sette grenser med tanke på hva som er akseptabelt for personen. Gjennom å styrke kroppen som kilden til viten om seg selv og få nye tolkningsmuligheter, kan de få et mer nyansert forhold til traumene de har opplevd og få nye handlingsmuligheter i situasjoner som minner om traumet. Dette tenker jeg henger sammen med det Gretland (2007) snakker om å skille der-og-da fra her-og-nå.

Sammenfatning av litteraturen

Som vist over har litteraturen et ulikt syn på støttende behandling. På bakgrunn av litteraturen nevnt ovenfor, virker det for meg som om det ikke er enighet om klare kriterier for hva som skiller støttende og inngripende behandling. Slik jeg oppfatter Bunkan (2001a, 2001b)

beskriver hun et mer klart skille. Med hensyn til det Gretland (2007) skriver, gir hun en definisjon der hun skiller støttende og inngripende behandling. Men når man ser på praksiseksempelene, beskriver hun et mer dynamisk skille og en behandlingsprosess hvor personens reaksjoner og problemområder er styrende (Ibid., Gretland, 1999). Sternberg og Bohlen (2009) og Frydenlund Feilberg (2016) skriver at det ikke er et klart skille, men en glidende overgang, hvor de også mener at det er pasientens reaksjoner og problemområder som er styrende for effekten av behandlingen. Dette kan også vise til at det har vært en utvikling i faget. Kjennetegnene for dem alle er at støttende behandling gis til sårbare og jeg-svake pasienter, hvor kroppsfunnene fraviker fra idealet.

1.3 Problemstilling

Det som legges i begrepet støttende behandling ble synliggjort i kapittelet ovenfor. I problemstillingen bruker jeg imidlertid støttende tilnærming. Dette skyldes primært hvordan informantene snakket om temaet, og at de ikke ville beskrive behandlingen som støttende, men heller tiltakene og tilnærmingen. Hva som legges i dette begrepet kommer tydeligere frem i kapittel 4: Resultater. Oppgaven skal svare på følgende hovedproblemstilling:

Hva tenker og erfarer psykomotoriske fysioterapeuter om støttende tilnærming i psykomotorisk fysioterapi?

For å avgrense problemstillingen er fokuset på følgende underspørsmål:

- *Hvilke elementer i vurderingsgrunnlaget bestemmer valg av tilnæringsmåte?*
- *Hva er det ved behandlingen som gjør den støttende?*

2 Teori og begrepsavklaringer

I dette kapittelet ønsker jeg å avklare noen sentrale begreper som er essensielle for oppgavens tema, og som jeg har fått økt kjennskap til først etter å ha satt i gang med oppgaven. I tillegg vil det vises til teori som jeg anser som relevant for datamaterialet mitt.

2.1 Generelle begrepsavklaringer

Jeg-styrke og egofunksjoner referer til individets indre prosesser som bistår vedkommende i å tilpasse seg i dagliglivet (Håkonsen, 2009, s 285). Begrepene brukes om de personlighetstrekk eller psykologiske funksjoner som viser til individets toleranse for frustrasjoner og utholdenhet i motgang, sterk vilje og evne til å motstå fristelser, læringsevne

og vitalitet. Det er spesielt behov for å utsette behovstilfredsstillelse som betegner jeg-styrken til personen (Kringlen, 2012). Jeg-styrken viser individets evne til å takle de vanlige frustrasjonene og nederlagene som vi møter i dagliglivet (Håkonsen, 2009, s. 285).

Utviklingen av jeg'et og selvet er et stort fagfelt. Jeg kommer litt mer innpå det senere i underkapittelet 2.2.2: Utvikling av selvet. Personligheten vår er delt i et id/det'et og jeg'et. Det'et representerer de biologiske behovene, driftene og de sterke følelsene, og da spesielt de av aggressiv og erotisk karakter (Kringlen, 2012, s. 80). Jeg'et utvikles senere enn det'et. Jeg'et er det integrerende og "administrative organ". Gjennom sine kognitive og motoriske funksjoner påvirker det persepsjon, tanke, følelse, behov og handling, samtidig som det gjennom bestemte forsvarsmekanismer beskytter mot faretruende impulser. Jeg'ets funksjon er å bidra til et kompromiss mellom indre basale driftsbehov og ytre realiteter (Ibid., s. 80). Etersom barnet blir eldre utvikles *overjeg'et*, som oppfattes som individets moralske arm. "*Å ha et sterkt jeg vil si at de bevisste reflekterende og besluttende funksjoner er framherskende i forhold til det'et og overjeg'et. Et sunt menneske vil derfor være karakterisert som et sterkt jeg. En jeg-svak person kan enten være dominert av det'et eller overjeg'et. Hvis det'et dominerer, vil det være kort avstand fra impuls til handling, handlingene virker spontane og egosentriske. Et sterkt overjeg vil kunne hemme individets atferd, og skape angst og skyldfølelse*" (Kringlen, 2012, s. 80-81).

Dissosiasjon: På ordnett.no står det at ordet dissosiasjon er latinsk og betyr spalting. Videre står det at ordet "brukes i psykiatri om oppsplitting, psykisk forsvar mot ekstreme påkjenninger" (dissosiasjon, ordnett.no). I psykomotorisk litteratur sier man at en person dissosierer når de blir avmektige, melder seg ut av situasjonen, neglisjerer det som foregår og fraspalter vitale selvfunksjoner (Gretland, 2007, s. 66). Dissosiative fenomener er blant annet kjennetegnet med kontinuitetsbrudd i hukommelsen, redusert bevissthet og endret persepsjon (Ibid, s. 77-78). Gretland (2007, s. 101) skriver at dissosiative reaksjoner eller etablering av en fantasiverden ved siden av en intersubjektiv erfart virkelighet, kan være et forsvar hos pasienten. Dette forsvaret kan blant annet utvikles for å forsvare seg mot en oppfattet grensekrenkelse og for å unngå å bli kontrollert av andre.

Psykose: Selv om det ikke er mulig å gi presise og allmenngyldige beskrivelser av en psykose (Håkonsen, 2009), vil jeg her gi en kort redegjørelse for begrepet. De kliniske kjennetegnene er at pasienten viser et brudd med virkeligheten, personen isolerer seg fysisk og sosialt, har

sanse-, tanke- og følelsesmessige forstyrrelser. Det er snakk om en tilstand der de indre ideene og forestillingene til personen overtar helt eller delvis opplevelser, tanker og følelser, og virkeligheten blir mindre vesentlig (Ibid., s 330). Handlingene og tankene er styrt av det som skjer inni personen. De vanlige sanseintrykkene og stimuli fra omgivelsene, som vanligvis er det som påvirker våre handlinger, blir satt mer eller mindre ut av spill (Ibid., s 330). Dette er årsaken til at psykotiske mennesker oppfører seg merkelig og uforståelig. En psykose varierer med hensyn til varighet. Noen er psykotiske over tid, hvor det er snakk om måneder og år. De fleste er imidlertid psykotiske i kortere perioder i et sykdomsforløp, hvor det er snakk om timer eller dager (Håkonsen, 2009, s 333). Den psykotiske tilstanden kan også bare vare noen minutter, eller personen kan veksle mellom å gå inn og ut av en psykose.

2.2 Teori

I dette underkapittelet belyses teori som jeg tenker har relevans for oppgaven og underbygger det jeg tror informantene ønsket å formidle.

2.2.1 Psykomotorisk fysioterapi

Generelt

Psykomotorisk fysioterapi (PMF) er utviklet i samarbeidet mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy på slutten av 1940-tallet (Bülow-Hansen, 1995, s. 5). Deres samarbeid startet på psykiatrisk avdeling ved Ullevål sykehus og fortsatte i Braatøys private praksis (Ibid.). Etter Braatøys død i 1953, fortsatte utviklingen sammen med Nils Houge (Ibid., s. 6).

Det er tydelig at psykomotorisk fysioterapi er preget av Trygve Braatøy og hans utdanning innen den psykoanalytiske tradisjonen (Trygve Braatøy, 2009). Psykomotorisk fysioterapi er, som psykoanalytisk- og psykodynamisk teori, opptatt av barndommens og livets opplevelser og dets betydning for senere atferd og sykdom (Raaheim og Skre, 2015). I psykomotorisk fysioterapi er man opptatt av kroppen som en bærer av vår erfaring, samtidig som det er vårt individuelle uttrykksfelt. Vår historie, følelser, intensjoner og holdninger kommer til uttrykk i hvordan vi er sammen med andre (Sternberg og Bohlen, 2009, s 240). Tidligere livserfaring påvirker flere aspekter i en persons liv; helse, relasjoner, selvbilde, autonomi, tro på egen mestring, etc.

Psykomotorisk fysioterapi brøt med den tradisjonelle fysioterapien på 50-tallet ved at den hadde et helhetssyn på mennesket. Kroppen blir i denne tradisjonen forstått som et integrert

fysisk, psykisk og sosialt fenomen (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 14), og sett på som en funksjonell og samspillende enhet (Thornquist, 2006, s 29). Det er det tette samspillet mellom emosjoner, respirasjon og muskelspenninger som står sentralt (Hansson, 1982, s 121-127).

Teorien bak psykomotorisk fysioterapibehandling er at vi bruker vår holdning, vår respirasjon og vår muskulatur til å låse fast følelser som har oppstått i konfliktfylte situasjoner. Disse spenningene blir ofte stående i kroppen, og det skjer en gradvis holdningsforandring. Denne starter for manges vedkommende allerede i barndommen (...). (Ibid. s. 121)

Den psykomotoriske tradisjonen tar utgangspunkt i et gjensidighetsforhold mellom kropp og følelser. ”De kliniske implikasjonene av dette er at kroppen betraktes som bærer av liv og historie, og at en i behandlingen spiller bevisst på at kroppen både uttrykker og regulerer følelser” (Thornquist, 2006, s. 29).

Undersøkelse

Hver behandling starter med en undersøkelse som inneholder anamnese, kroppsundersøkelse og pasientens opplevelse og reaksjoner på undersøkelsen. I kroppsundersøkelsen kartlegger man respirasjon, kroppsholdning, kroppsfunksjon, muskulatur, autonome reaksjoner og noen tar også med kroppsoppfatning og kroppsbylde (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 37).

Hensikten med undersøkelsen er å finne ut om pasienten er egnet for psykomotorisk fysioterapibehandling, omstillingsevnen til pasienten, og hvor intensiv behandling skal være (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 38).

I anamnesen er man ute etter å få et bredt bilde over pasientens plager, naturlige funksjoner, samt pasientens livssituasjon og livshistorie. Selve kroppsundersøkelsen består av flere deltester. På bakgrunn av en sammenfatning og vurdering av deltestene trekker man konklusjonen. Man observerer kroppsholdningen i ulike stillinger, utfører ulike funksjonsprøver og palperer muskulaturen (Thornquist og Bunkan, 1995). Hele veien er man ute etter å vurdere respirasjonen, spenningsmønsteret i kroppen, og kroppens fleksibilitet. Gjennom hele undersøkelsen er terapeuten var på reaksjoner, og da med spesielt fokus på autonome reaksjoner. Eventuelle endringer som skjer i undersøkelsen på et eller flere av disse hovedelementene, er med på å gi ett inntrykk av pasientens omstillingsevne (Thornquist og Bunkan, 1995). For å kunne vurdere omstillingsevnen, forsøker terapeutene i undersøkelsen å stimulere til en moderat og forsiktig omstilling. Likevel ønsker man ikke å få i gang

omstillingsprosessen før en har vurdert at psykomotorisk fysioterapibehandling er aktuell for den enkelte pasient (Ibid.).

Omstilling

Omstilling i psykomotorisk fysioterapi innebærer langt mer enn forandringer i muskel/skjelett-systemet og i respirasjonen. Det trekkes frem at ”muskelspenningers funksjon i psykologisk forstand er å regulere følelser” (Thornquist og Bunkan, 1995, s 17). Ved hjelp av muskelspenningene våre undertrykker og fortrenger vi det som oppfattes ubehagelig og truende. Spenningene har med dette et emosjonelt aspekt og ved å gi slipp på spenninger, gir man også slipp på kontroll, samt slippe til og slippe opp for oppdemmede og tilbakeholdte følelser (Thornquist og Bunkan, 1995, s 17). Slik jeg forstår psykomotorisk fysioterapi, gir en kroppslig omstilling derfor en emosjonell omstilling, der en får kontakt med tilbakeholdte følelser og andre ubehagelige ting vi har fortrent. Bülow-Hansen påpeker at ”Vi må ta i betraktning at når det skjer noe i kroppen, så skjer det også noe psykisk” (Bunkan og Thaulow, 1982, s. 7).

Hensikten er å øke personens evne til å veksle mellom å holde tilbake og gi slipp avhengig av situasjon og sammenheng. Noe som refererer til nøkkelbegrepene i psykomotorisk tankegang; *fleksibilitet* og *omstilling* (Thornquist, 2006, s. 30). ”De viser til en kroppslig frihet og ledighet, og det er kroppens/personens evne til variasjon og tilpasning en ser etter og orienterer seg ut fra i praksis” (Thornquist, 2006, s. 30). Når man snakker om en omstillingsevne i psykomotorisk fysioterapi refereres det til den enkeltes evne til endring over tid (Gretland, 2007, s. 99).

Det er gjennom massasje og øvelser at denne omstillingsprosessen stimuleres (Thornquist og Bunkan, 1995, s 16).

Indikasjoner og kontraindikasjoner

Psykomotorisk fysioterapi var i første runde rettet mot pasienter med smerter i muskel-skjelettapparatet hvor en ikke finner klar patologi (Bunkan, 1982a, s. 64). Det er som oftest muskulære spenningstilstander med psykogene årsaker, som gir smertene i de ulike kroppsdelene, som for eksempel hos en person som stadig er i en stresstilstand (Hansson, 1982, s. 122). Hansson (1982, s.122) angir videre at indikasjonsområdet for psykomotorisk fysioterapi er smerter, hemmet respirasjon, holdningsforstyrrelser og lettere nevroses.

Tidligere tenkte man at behandlingsformen passet bedre i allmennpraksis enn i psykiatrien. Dette er på bakgrunn av at plagene blir knyttet til dagliglivets belastninger (Bunkan, 1982b, s 25). Hansson (1982, s 122) sier tydelig at kontraindikasjoner for behandlingsformen er endogene depresjoner og sterkere angstnevroses. Houge (1982, s 55) påpeker imidlertid at dersom pasienter med psykiske lidelser er henvist fra psykiater og forankret i en trygg psykoterapeutisk situasjon kan behandling være aktuelt. Houge (1982, s. 54) utdyper at en avspenning av muskulaturen kan åpne opp for impulsgjennombrudd og sterke følelsesmessige reaksjoner, oftest i form av angst. Dette kan skremme pasienten og gjøre vedkommende dårligere og mindre motivert for behandling, samt føre til ytterligere anspenthet for å gjenvinne kontrollen. På bakgrunn av dette sa man tidligere at behandlingsformen var kontraindisert for pasienter som tidligere har gjennomgått psykiatrisk behandling, eller som har tydelige symptomer på angst, fobier, tvangsnevroses, depresjoner eller psykoser (Ibid.).

I tillegg skal man vurdere i hvilken grad pasientens muskelspenninger er en del av deres forsvarsholdning. Muskelspenninger skal ikke løses opp for enhver pris. Man skal avstå behandling dersom personen har bruk for sitt forsvar. Det samme gjelder i de tilfellene hvor en palperer hypoton muskulatur. Dette ble (blir) sett på som en alvorligere psykopatologi (Houge, 1982, s. 55).

I de tilfellene hvor pasientene er i vanskelige livssituasjoner eller stressituasjoner, kan psykomotorisk fysioterapibehandling bli for provoserende og gjøre situasjonen verre for pasienten. Noen ganger må behandlingen avsluttes dersom livssituasjonen er for vanskelig (Ibid, s. 59).

Det er viktig å formidle til pasienten at samarbeidet mellom pasient, lege og fysioterapeut og åpenhet mellom dem, er en forutsetning for behandlingseffekt. Dersom de ikke ønsker å møte de forutsetningene samarbeidet krever, er ikke behandlingsformen indisert (Hødal, 1982, s. 59).

Behandling

Det var erfaringene Bülow-Hansen gjorde i samarbeid med psykiater Braatøy og Houge som bidro til en stadig utvikling i faget. Gjennom hennes yrkeskarriere stod de fundamentale prinsippene støtt, men teknikkene for å oppnå disse endret seg underveis. Hun påpekte at

dersom man fulgte de fundamentale prinsippene i behandlingen, vil det være liten risiko for uønskede virkninger i behandlingen (Bülow-Hansen, 1995). Slik jeg leser og forstår litteraturen virker det som at behandlingen helt i starten bestod av benkebehandling, men at det i løpet av Bülow-Hansens yrkeskarriere ble utvidet til sittende og stående utgangsstillinger, samt utførelse av øvelser (Hødal, 1982, s 59). Den utvidede behandlingen ble og blir sett på som mindre provoserende for pasienten og man "lirker" pasienter med reaksjoner gjennom kritiske punkter i behandlingen, uten å behøve å avslutte den (Ibid). Det som stod i hovedfokus på Bülow-Hansens yrkesutøvelse og i hennes behandlingstimer var det hverdagslige og funksjonelle. Hennes elever ble oppfordret til å tenke over livet der det levdes og at man dermed ikke skulle skille behandlingstimene fra hverdagen (Bunkan, m.fl., 1995).

Gjennom sine erfaringer med yrkesnevroser registrere Bülow-Hansen at det ikke bare var stress, jag, mas og arbeidsstillinger som hadde betydningen for utvikling av plager. Det var også pasientens nervøse legning, reaksjonsmåter i forskjellige arbeids- og livssituasjoner, samt personens evner til å møte livets utfordringer som hadde betydning (Bülow-Hansen, 1982. Bülow-Hansen, 1995). Det innebærer at selv på Bülow-Hansens tid var man opptatt av ressursene hos den enkelte pasient, og pasientens jeg-styrke, og at behandlingen ble tilpasset og dosert etter reaksjonene. I den gamle psykomotoriske faglitteraturen (Ibid.) blir ikke begrepet jeg-styrke brukt, men slik jeg forstår begrepet henger det sammen med individets evne til å møte livets utfordringer², som er formuleringen i den gamle litteraturen (Ibid).

På Aadel Bülow-Hansens tid snakket ikke fysioterapeuter om et skille mellom støttende og inngripende behandling, men hun var opptatt av doseringen på behandlingen og at det var pasientens reaksjoner som var retningsgivende for doseringen (Bülow-Hansen, 1995). Dersom behandlingen får for høy dosering kan pasienten miste sitt forsvar for fort og dermed mobilisere et motforsvar som kan forsinke omstillingen (Bülow-Hansen, 1995). Hyppighet på behandlingen er en måte å dosere på. Pasienten skal få tid til å bli kjent med endrede kroppsholdning og stabilisere seg før neste behandlingstime. Behandlingen skulle derfor foregå en gang i uka eller sjeldnere (ibid.).

Psykomotorisk fysioterapi blir karakterisert som inngripende med hensyn til den omstillingsprosessen den skal stimulere til. Dersom undersøkelsen imidlertid viser at

² Viser til kap 2.1 Generelle begrepsavklaringer.

pasienten er i en uttalt og lite omstillbar beredskapstilstand, anser man den klassiske formen for psykomotorisk fysioterapibehandling som kontraindisert. Dette på grunn av at man tenker at behandlingen vil aktivere følelser og minner som kan være overveldende og vanskelig for pasienten å håndtere, noe som kan forsterke den kroppslige beredskapen. I slike tilfeller er det mer aktuelt med andre former for fysioterapi eller behandling der en bruker psykomotoriske prinsipper og legger vekten på forankring og stabilitet, og ikke omstillingen (Thornquist, 2006, s 30-31). Den behandlingen Thornquist angir å være basert på psykomotoriske prinsipper, som fokuserer på forankring og stabilitet, forstår jeg som støttende behandling. Slik jeg forstår teksten blir dermed den støttende behandlingen sett på som noe ved siden av og ulikt den psykomotoriske og omstillende behandlingen. Dette er i tråd med funn gjort i masteroppgaven til Bentzen Føllestad (2013) om Norsk Psykomotorisk Fysioterapi i psykiatrien.

Metaforer og uttrykk i psykomotorisk fysioterapi

I den psykomotoriske tradisjonen brukes metaforer og uttrykk for å beskrive kroppslige funn og deres betydning i et emosjonelt og sosialt perspektiv. Metaforene og uttrykkene informantene mine bruker og deres betydning vil bli presentert her. Dette for å gi leseren bedre forutsetninger for å forstå resultatkapittelet og hva jeg oppfatter at informantene ønsker å formidle.

Å stå godt på bena er et slikt uttrykk. Både i undersøkelsen og behandlingen legges det stor vekt på belastnings- og spenningsforholdene i bena. Dette uttrykket sier noe om hvem vi er, hvordan vi har det og hvordan vi tar det. For eksempel kan man si at selvstendige mennesker er stødige typer. Og motsatt når man snakker om å miste fotfeste eller være gele i knærne (Nilsen-Nygaard og Thornquist, 1982). Det å stå på egne ben (Nilsen-Nygaard og Thornquist, 1982), ha tyngde, bena på jorda og bakkekontakt er lignende metaforer for det samme uttrykket. Gretland (2007, s. 38) skriver at det ”å føle tilhørighet i verden innebærer at en har tyngde i tilværelsen”. De som står godt og støtt på bena, står dermed støtt og godt i tilværelsen. Min oppfattelse av dette er hvor godt eller lite godt en står på bena sine har sammenheng med hvor lett en lar seg vippe av pinnen og dermed den styrken man har i seg selv.

Når psykomotorikere snakker om *å leve i en beredskap* og *beredskapstilstand* refererer de til en kroppslig beredskap som mennesker som lever i en ustabil livssituasjon har (Thornquist,

2006). Denne ustabile livssituasjonen kan være i form av at de har en fare eller usikkerhet som henger over dem, som for eksempel en voldelig ektefelle eller lignende (Gretland, 2007).

2.2.2 Utvikling av selvet

I og med at oppgaven hovedsakelig omhandler behandling av personer med redusert jegstyrke, fokuseres det i dette kapitlet på faktorer som har en negativ påvirkning på utviklingen av selvet. Her begrenser jeg meg til de faktorene som informantene mine snakket om.

Utviklingspsykologi er et fagområdet som er påvirket av flere ulike teorier, hvor hovedskille er vektleggingen mellom genetiske og miljømessige faktorer (Røed Hansen, 1991). Den moderne forskningen har fått økende interesse for spedbarnsalderen og hvordan hendelser tidlig i livet påvirker den personlige utviklingen (Evang, 2010). Man ser i dag at spedbarn er kompetente samspillspartnere allerede fra fødselen av (Gretland, 2007). Man har blitt mer kjent med de kapasitetene spedbarnet har i henhold til utviklingen av fornemmelsen av selvet (Stern, 2003), og at erfaringene i spedbarnsalderen kan virke inn på senere adferd.

Alle barn er født med anlegg hvor potensialene for utvikling ligger (Evang, 2010). Hvordan disse potensialene kommer til uttrykk tenker mange har sammenheng med hvordan omgivelsene til barnet er og hvordan omgivelsene legger forholdene til rette for en utvikling. I oppveksten er det noen perioder som er viktigere enn andre med hensyn til utvikling av spesielle funksjoner (Håkonsen, 2009, s. 33). Det betyr at i de ulike periodene er man ekstra sensitiv dersom man mangler stimuli på den motoriske, følelsesmessige, tankemessige og/eller sosiale aspektet ved utviklingen. For eksempel etableres den grunnleggende tryggheten og tilliten i barnet det første leveåret. Dersom barnet har mangel på nærkontakt, varme og omsorg det første leveåret vil det skape en utrygghet og usikkerhet, som kan prege vedkommende i voksen alder (Håkonsen, 2009, s. 33). Det betyr ikke at den spesielle funksjonen, som for eksempel tillit og trygghet i dette eksempelet, bare kan utvikles og påvirkes i denne perioden, men det er i de periodene funksjonen utvikles særlig sterkt.

Barnets selvforneelse utvikles gjennom samspill med de personene som står det nær. I første omgang er det en umiddelbar kroppsforneelse som gradvis utvikles til at barnet får en evne til å se på seg selv som en gjenstand for henvisning og refleksjon (Gretland, 2007, s 40). ”Selvet differensieres slik i et jeg og et meg. Jeget står for den siden av selvet som har med det handlende og overskridende å gjøre, mens meg-et står for den siden av selvet som gjenspeiler omverdenens forventninger” (Gretland, 2007, s 40).

Vår selvbevissthet utvikles gjennom andres bevissthet om og anerkjennelse av oss. Dersom omgivelsene ikke bekrefter oss som gode nok, har dette innvirkning på vår opplevelse av oss selv. Det kan skape en paranoid spenning og en usikkerhet om hva andre synes om oss. Vi ser oss selv i lys av andre, og om andre ikke anerkjenner oss, kan vi vanligvis ikke anerkjenne oss selv (Gretland 2007, s 40-41).

Tilhørighet er viktig gjennom hele livet og bidrar til tryggheten i tilværelsen, samt til utvikling og vekst. Dysfunksjonelle relasjoner kan skade tilhørighetsopplevelsen og påvirke utviklingen av selvet. Både for løse og for sterke bånd kan virke uheldig. For sterke bånd visker ut forskjellene mellom for eksempel foreldre og barn, og kan føre til at det er vanskelig for barnet å finne ut hvem den selv er og bygge opp en trygg identitet. En får da en grenseløshet mellom en selv og andre, og den underlegne i en relasjon vil tilpasse seg ved å forkaste sider ved seg selv for å bli akseptert (Gretland, 2007, s 43). Dette kan i verste fall føre til at vi mister grepet om oss selv og virkeligheten, og øke risikoen for psykotiske sammenbrudd ved påkjenninger man kan møte på i hverdagen (Ibid).

De omsorgserfaringene et barn har, påvirker hjernens evne til å håndtere trusler og stressbelastninger senere (Nordanger, 2014, referer til Ford, 2009 og Cloitre et al., 2009). En er blitt økende klar over sammenhengene mellom negative barndomserfaringer og sykdomsutvikling senere i livet.

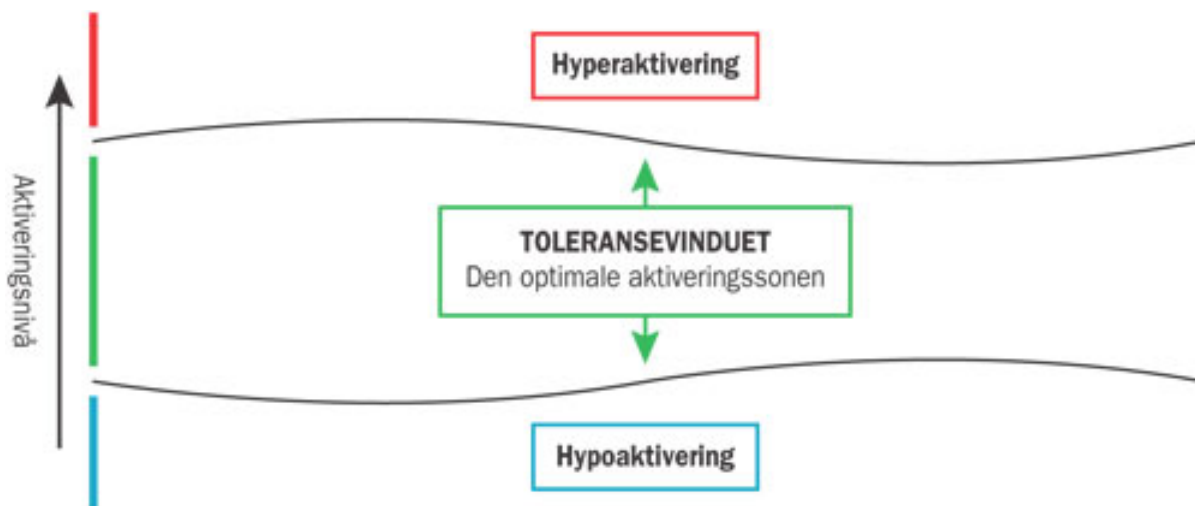
2.2.3 Toleransevinduet

Det er tydelig at to av mine tre informanter var inspirert av traumepsykologien og henviste ofte til toleransevinduet når de snakket om reaksjoner i undersøkelse og behandling. Jeg har ikke muligheter til å gå inn i traumepsykologiens totale teorigrunnlag, men mener at det er aktuelt å gi noe bakgrunnsinformasjon om begrepet toleransevinduet, samt begrepet regulering for å øke forståelsen av hva mine informanter formidler. Informantene nevner ikke regulering spesifikt, men slik jeg tolker deres utsagn, om reaksjoner og hvordan de stabiliserer i undersøkelsen og behandlingen, tenker jeg at det er aktuelt å ha med.

Begrepet *toleransevinduet* er det spennet i aktiveringen hvor individene har best evne til læring, og hvor vi er mest oppmerksomt til stedet i situasjoner og relasjoner (Siegel, 2012, referert i Nordanger og Braarud, 2014, s. 531). Hyperaktivert tilstand kjennetegnes av økt hjerterytme, respirasjon og muskeltonus. Hypoaktivert tilstand kjennetegnes av redusert hjerterytme,

respirasjon og muskeltonus (Porges, 2009, referert i Nordanger og Braarud, s 532).

Hyperaktiveringen referer til fight og flight reaksjonene, mens hypoaktiveringen er en immobiliseringsreaksjon. Spennet på toleransevinduet varierer mellom individene og påvirkes av flere faktorer, blant annet av tidligere erfaringer og emosjonell tilstand, samt sosial kontekst. Når vi er sammen med noen vi er trygge på, tåler vi mer enn når vi er i utrygge situasjoner (Siegel, 2012, referert i Nordanger og Braarud, 2014, s. 532).



Figur 1 Toleransevindumodellen (Nordanger og Braarud, 2014, s. 532, tilpasset fra Ogden, Minton og Pain, 2006)

Toleransevinduet til spedbarn er smalere enn hos voksne, og mye kan oppleves som overveldende og uhåndterlig. Det som kan oppleves uhåndterlig kan både være udekkede primærbehov til ytre stimuli som lyd, lys og brå bevegelser. Omsorgspersonenes oppgave er å møte spedbarnets behov og dermed holde de innenfor deres toleransevindu. På bakgrunn av dette utvikler barnet egne indre arbeidsmodeller for selvregulering (Kogan og Carter, 1996, referert i Nordanger og Braarud, 2014, s. 532).

Reguleringen henger sammen med de prosessene som skjer i hjernen, hvor noen strukturer og nettverk fremmer en alarmreaksjon, mens andre bremser og regulerer dem ned. Et velkjent og lett forståelig eksempel er når noen lister seg innpå oss og sier "BØ!". Hjernens alarmsystem, Amygdala, registrerer dette som mulig livstrussel og sender signaler til hormonsystemet for å mobilisere fight eller flight reaksjonene. Noen hundredelssekunder senere når signalene hippocampus, hvor erfaringene våre blir lagret, og prefrontal korteks, hvor hendelser blir fortolket og gitt mening. Hippocampus registrerer inntrykkene som en velkjent spøk og prefrontal korteks registrerer at intensjonen er vennligsinnet. Det blir så sendt impulser tilbake til de dypere hjernelagene med informasjon om at dette var en "falsk alarm" (Nordanger og

Braarud, 2014, s. 533). Traumatiske erfaringer lagres på samme måte og truende hendelser former hjernen spesielt godt. Dette fordi overlevelse forutsetter at vi husker farer vi har blitt utsatt for. Dersom man har blitt utsatt for traumatiske hendelser blir alarmsystemet styrket og sensitivisert, og det skal mindre stimuli til før alarmen utløses igjen. Traumatisk stress, og blant annet utskillelsen av kortisol, undertrykker nevralt forbindelser i og mellom hippokampus og prefrontal korteks, samt kommunikasjonen til alarmsystemet. Man ser da at traumatisk stress svekker reguleringsystemets innflytelse på alarmreaksjonene, og vi blir lettere invadert av frykt og minner forbundet med det som skjedde (Stien og Kendall, 2004, referert i Nordanger og Braarud, 2014, s. 533).

3 Metode

I dette kapitlet redegjør jeg for mitt vitenskapsteoretiske ståsted og valgene som er gjort i arbeidet med masteroppgaven.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Min vitenskapsteoretiske forankring påvirker fortolkningen av datamaterialet. I tillegg påvirker den forståelsen som utvikles gjennom prosjektet (Thagaard, 1998, s. 31) og derfor viktig å synliggjøre for leseren. Jeg mener dette prosjektet er forankret i en fenomenologisk hermeneutisk kunnskapstradisjon.

Fenomenologien er en bevissthets-, konstitusjons- og erfaringsfilosofi som er opptatt av hvordan fenomener oppfattes og oppleves av subjektet. Til forskjell fra andre erfaringsfilosofier, er man opptatt av hvordan erfaring etableres og hvordan den menneskelige bevisstheten forstår fenomener (Thornquist, 2003a). Dette har sammenheng med den enkeltes forforståelse og meningsunivers, som igjen også er bestemmende for hvordan de handler og hvor de retter sin oppmerksomhet. Hva vi retter oppmerksomheten vår mot, enten bevisst eller ubevisst, har sammenheng med hva slags situasjon vi er i og hva slags prosjekt vi er engasjert i (Thornquist, 2003a, s. 102). Gjennom å fokusere på personers livsverden er man åpen for intervjupersonenes erfaringer, og man legger sine egne fordommer, forhåndskunnskaper og teorier til side (Kvale, 2001, s. 40. Thornquist, 2003a). På denne måten får man tak i det som ”viser seg” (den greske betydningen av fenomenbegrepet) (Thornquist, 2003a, s. 83) og man går ”til saken selv”, som er fenomenologenes motto (Ibid., s. 84).

Prosjektet mitt er først og fremst fenomenologisk forankret på grunn av tema og problemstilling, der ønsker jeg informantenes erfaringer og tanker angående et fenomen. Gjennom analyse av våre samtaler, ønsker jeg å få en innsikt i deres erfarings- og meningsverden. Jeg ber om at informantene legger vekt på fyldige, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelser (Thornquist, 2003a, s. 86). Både informantenes subjektive erfaringer og opplevelser av pasientfortellinger og kliniske møter, samt min subjektive tolkning og opplevelse av hva de meddeler, har betydning for hva jeg kan trekke ut av dataene og hvordan jeg beskriver funnene. Det er her den hermeneutiske kunnskapstradisjonen gjøres gjeldende fordi den ”dreier seg om spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning” (Thornquist, 2003a, s 139). I planleggingen av prosjektet så jeg at hermeneutikken ville bli gjeldende med hensyn til å hjelpe meg å forså og tolke dataene. Tilnærmingen i hermeneutikken er kjennetegnet ved at fenomener kan leses og forstås på flere måter (Thagaard, 1998, s. 35). De ulike måtene å tolke tekstene på henger sammen med den enkeltes forforståelser og bakgrunnskunnskap. Videre gir heller ikke hermeneutikken retningslinjer for hvordan man skal tolke dataene, men målet er å oppnå en forståelse av meningen i teksten. Med hensyn til en intervjuetekst ser hermeneutikere på tolkningsprosessen som en dialog mellom leser og tekst, hvor leseren fokuserer på den meningen teksten formidler (Thagaard, 1998, s.35).

Hvordan vi møter og forstår fenomener har sammenheng med den bakgrunnskunnskapen og forforståelsen vi har med oss på et gitt tidspunktet. Dette er en bagasje vi alltid har med oss, og som vi aldri kan fri oss helt fra. Når vi skal øke vår kunnskap om et gitt fenomen tar vi med denne forforståelsen. Gjennom en dynamisk erkjennelsesprosess forsøker vi å forstå gjennom å pendle mellom del og helhet av fenomenet. Gjennom å gå frem og tilbake i datamaterialet oppdager vi nye meningsforhold. ”Vi etterlater ikke teksten bak oss, men lar oss selv gå inn i den” (Thornquist, 2003a, siterer Gadamer, s. 169). Dette kalles gjerne *den hermeneutiske sirkelen*, eller mer beskrivende *den hermeneutiske spiral*. For hver runde hvor man forstår delen, får man en økt forståelse for helheten, som igjen bidrar til en dypere forståelse av delen (Thornquist, 2003a, s 142). Hver runde i spiralen bidrar til at kunnskapen om fenomenet øker. Dette har vært fremgangsmåten min ved innhenting av dataene og hvilke valg jeg gjorde i analyseringen.

3.2 Valg og beskrivelse av metode

I dette kapittelet redegjør jeg for hvilke metodevalg jeg har gjort, samt beskrivelse av fremgangsmåten.

3.2.1 Kvalitativ tilnærming

Problemstillingen viser at jeg ønsker å få innblikk i psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med fenomenet støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Dette gjøres gjennom samtaler, og masteroppgaven får dermed et kvalitativt design. Ved kvalitative tilnæringsmåter er det viktig å være bevisst sin egen forforståelse, da dette vil påvirke tema, metode, valg av teori og analyse (Polit og Beck, 2012).

3.2.2 Metodevalg

Metodevalget for oppgaven ble etter nøye overveielser dybdeintervju. Dette fordi dybdeintervju ofte blir brukt når en ønsker å studere andres meninger, holdninger og erfaringer, og på den måten få tak i livsverdenen til informanten (Kvale, 1997). Andre aspekter som styrker metodevalget er at temaet er lite belyst og masteroppgavens omfang setter begrensninger med hensyn til antall informanter (Tjora, 2012).

Dybdeintervjuene hadde en semistrukturert form, såkalt kvalitative forskningsintervju (Thagaard, 1998). Temaene var fastlagt på forhånd, men rekkefølgen på temaene ble bestemt ut fra hvordan intervjuene utviklet seg. Spørsmålene som ble stilt var både forberedt på forhånd og tilpasset det informantene sa underveis i intervjuet.

3.2.3 Utvalgsriterier og utvalg

For å sikre at jeg fikk tak i informanter som hadde erfaring med temaet støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi ble følgende utvalgsriterier satt:

1. Psykomotorisk fysioterapeut
2. Minst tre års erfaring som fysioterapeut i psykiatrien. I psykiatrien er det få jeg-sterke pasienter (Gretland, 2009). Det er derfor naturlig å tenke at fysioterapeuter i psykiatrien hovedsakelig utøver støttende psykomotorisk fysioterapibehandling.
3. God evne til å sette ord på egen praksis, teoretisk bakgrunn og overordnede faglige prinsipper innen psykomotorisk fysioterapi. På psykiatriske avdelinger arbeider man i tverrfaglige team. Jobben i tverrfaglige team gir fysioterapeutene god erfaring med å verbalisere praksisen sin og grunnleggende for samarbeidene helsepersonell.
4. Utviklingsorientert innen faget psykomotorisk fysioterapi med jevnlig kursvirksomhet.

5. Mulighet for møteplasser for å gjennomføre intervjuene som var lett tilgjengelig for meg i min studiesituasjon.

På grunn av prosjektets rammer ble rekrutteringen også begrenset av faktorer som tilgjengelighet, tidsforbruk, reiseavstander og økonomi.

3.2.4 Rekruttering

For å få tak i informanter som passet mine inklusjonskriterier spurte jeg masterveileder, praksisveiledere, kollegaer og medstudenter. Jeg fikk da navn på flere aktuelle kandidater. Med tanke på begrensningene masteroppgaven gir, valgte jeg de informantene som befant seg på steder i landet hvor det var relativt lett for meg å reise til og oppholde meg på.

Den første informanten jeg ringte stilte seg spørrende til at det var jeg som tok direkte kontakt og ikke min masterveileder. Jeg forklarte henne at dette var et valg jeg gjorde til tross for de biasene det kunne medføre for oppgaven. Jeg spurte henne direkte om det ga et indirekte press på deltagelsen i prosjektet, og dette svarte hun avkrefte på.

På bakgrunn av foregående respons valgte jeg å sende tekstmelding til de andre mulige informanter. Der informerte jeg dem om prosjektet og spurte om jeg kunne ringe dem en dag det passet. Bortsett fra en, svarte alle på dette innen to dager.

Beklageligvis ble en av informantene gjenkjent og vi ble begge enige om at hun på grunn av dette ikke skulle bli med i prosjektet. Til tross for dette gikk rekrutteringsarbeidet overraskende bra og gikk ikke utover over den oppsatte tidsplanen min.

3.2.5 Informasjon til informantene

Informantene fikk tilsendt samtykkeerklæring, og en mindre utfyllende intervjuguide i god tid før intervjuene fant sted. Med hensyn til intervjuguide hadde jeg to versjoner, en til informantene og en til meg selv. I samtykkeerklæringen ble de informert om prosjektet, mulighetene til å trekke seg, samt oppbevaring og sletting av data. Samtykkeerklæring og informantens intervjuguide kan sees i vedlegg 1 og vedlegg 2.

3.2.6 Presentasjon av informantene

Informantene mine kommer fra ulike byer og landsdeler.

Informant 1 ble ferdig utdannet fysioterapeut i 2003 og begynte på psykomotorisk videreutdanning i 2008. Hun har til sammen omtrent 10 års arbeidserfaring fra psykiatrien og 1 år med driftstilskudd som psykomotorisk fysioterapeut i privat praksis. Hun har gjennom sin yrkeskarriere vært på flere relevante kurs.

Informant 2 gikk ut av fysioterapiutdanningen i 1985 og var ferdig psykomotorisk fysioterapeut i 2000. Hun har 18 års erfaring fra psykiatrien og over to år i privat praksis med driftstilskudd som psykomotorisk fysioterapeut. Mens hun arbeidet i psykiatrien var hun med på flere relevante kursrekker og videreutdanning.

Informant 3 var ferdig psykomotorisk fysioterapeut i 1982. Det kommer ikke frem i intervjuet når hun ble ferdig med fysioterapiutdanningen. Hun har arbeidet 4-5 år i psykiatrien og arbeidet i privat praksis med driftstilskudd som psykomotorisk fysioterapeut siden 1989. Gjennom sin yrkeskarriere har hun deltatt på flere ulike kurs som er aktuelle for faget psykomotorisk fysioterapi.

3.2.7 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført september/oktober 2015. To av informantene foreslo på eget initiativ, at jeg kunne gjennomføre intervjuet på deres arbeidsplass. Et intervju ble gjennomført på et grupperom på et bibliotek. Det var jeg som kom med forslag om at vi kunne møtes på en rolig og nøytral plass. Informantene kom med flere forslag til tider vi kunne møtes, og jeg valgte et av forslagene som passet meg best.

Alle hadde lest gjennom samtykkeerklæringen og intervjuguiden som ble tilsendt. Før intervjuene startet og båndopptakeren ble slått på, informerte jeg ytterligere om at jeg hovedsakelig var interessert i deres erfaringer om oppgavens problemstilling. I tillegg ble tiden brukt til å svare på spørsmål de hadde om intervjusituasjonen og annet. I intervjuguiden var det blant annet en formulering som ga andre assosiasjoner enn det jeg ville få frem. Dette

ble korrigert muntlig før vi satte i gang³. Samtykke på deltagelsen i prosjektet ble gjort muntlig hvor jeg leste opp samtykkeerklæringen og videre deltagelse ble ansett som samtykke. Intervjuene varte i henholdsvis 1 time og 9 minutter, 1 time og 18 minutter, og 1 time og 15 minutter.

Alle intervjuene ble tatt opp ved hjelp av to separate lydopptakere. Dette var informantene informert om på forhånd. Jeg hadde en opplevelse av at et par av informantene var preget av at de ble tatt opp på bånd. Samtalen endret karakter når lydopptaket ble slått på, men normaliserte seg i løpet av intervjuet. Jeg ble også påvirket av lydopptakeren, men ble mer vant til den etter hvert intervju.

3.2.8 Intervjusituasjonen

Til intervjuene hadde jeg en egen og mer utfyllende intervjuguide enn det informantene fikk, se vedlegg 3. Hensikten med dette var å kunne hente inn igjen intervjuet dersom samtalen skulle stoppet opp, ved at jeg hadde mer utfyllende spørsmål i bakhånd. Dermed sikret jeg meg tilstrekkelig mengde data til å kunne skrive en oppgave. I intervjuene forsøkte jeg å fri meg fra intervjuguiden og fokuserte mer på å stille oppfølgingsspørsmål til det informantene sa. Det var når intervjuene stoppet opp, og når jeg tok oppsummeringen mot slutten av intervjuene, at jeg så på intervjuguiden for å få bekreftet at vi hadde vært gjennom de temaene jeg ønsket å få belyst.

Ellers i intervjuene etterstrebet jeg en avslappet og uformell stemning slik at informantene følte seg trygge og ivaretatt. Dette for å skape et rom der informantene kunne komme med egne tanker og ideer. Det er flere av metodebøkene som poengterer at stemningen i intervjusituasjonen påvirker datainnsamlingen og hvor vellykket intervjuene blir (Malterud, 2011. Tjora, 2012. Thagaard, 1998).

Direkte etter intervjuene skrev jeg kort ned egne refleksjoner om situasjonen og hva jeg da opplevde at informantene ønsket å formidle til meg. Noen av refleksjonene mine kommer i neste underkapittel.

³ Begrepet som ga andre assosiasjoner enn det jeg ønsket å få frem, var *teoretisk forankring*. Det var ikke ment som et krav om at de skulle vise til hvor deres kunnskap om tema var hentet fra. Men dersom informantene hadde tips om relevant teori om emnet, var jeg takknemlig for tips om aktuelle forfattere, bøker, artikler, og lignende.

3.2.9 Refleksjoner etter intervjuene

Selv om jeg var godt forberedt, bærer intervjuene preg av at jeg er en novise som intervjuer. Likevel var det en utvikling gjennom disse tre intervjuene. I det første intervjuet var jeg, som Thagaard (1998) beskriver uerfarne ”forskere”, altfor opptatt av min egen fremtreden i situasjonen, hvordan og hvilke spørsmål jeg skulle stille og lyttet mindre til hva informantene sa. Etter hvert intervju utviklet jeg meg som intervjuer og fokuset ble gradvis flyttet mer mot hva informanten faktisk sa. Dette tenker jeg har bidratt til at kvaliteten på oppfølgingsspørsmålene ble bedre etter hvert intervju.

Thagaard (1998) skriver at man som intervjuer må være god på kompliserte menneskelige situasjoner for å få mest mulig data ut fra intervjuene. Dette handler om den fleksibiliteten man selv skal ha med hensyn til å tilpasse seg enten en ordfattig eller ordrik informant. Begge deler kan være en utfordring. Selv om man som terapeut er vant til å møte ulike typer mennesker og vant til å tilpasse seg etter den personen man har fremfor seg, ble dette en utfordrende jobb i intervjusituasjonen, spesielt for meg. Men jeg fikk inntrykk av at dette også gjaldt informantene. Jeg tror dette handler om det asymmetriske forholdet mellom oss. Selv om Thagaard (1998) skriver at det er forskeren som har makta i form av at det er den som bestemmer hva slags temaer man skal snakke om, blir asymmetrien noe utjevnet når man er i samme faggruppe og det er jeg som student som søker kunnskapen til erfarne klinikere. I tillegg oppfordrer metodebøkene (Malterud, 2013. Kvale, 1997. Tjora, 2013) at man skal innta en naiv rolle og lytte med et åpent sinn, og at man skal tørre å stille spørsmål som omhandler ”sannhetene” innen faget. Dette er en uvant rolle å gå inn i som student, når man er vant til det motsatte, nemlig å vise hva en kan og forstår. Dette tror jeg var medvirkende til at jeg faktisk ikke turte å stille de såkalte naive spørsmålene.

3.2.10 Transkriberingen og analyseringsprosessen

Intervjuene ble transkribert sammenhengende den påfølgende helgen etter at intervjuene fant sted. Det var god lyd kvalitet på opptakene. Det var bare noen få ganger jeg ikke hørte hva informantene sa. Dersom det var utydelig på det ene opptaket, var det som regel tydelig på det andre.

Analyseprosessen starter allerede i datainnsamlingen (Thagaard, 1998). I intervjuet kommer blant annet analyseringsaspektet inn ved at jeg foretok fortetninger og fortolkninger av det informanten sa, og sendte denne meldingen tilbake i form av et oppfølgingsspørsmål, hvor

informanten fikk anledning til å bekrefte eller avkrefte min tolkning av det de sa (Kvale, 1997, s. 122).

Med tanke på hvordan jeg skulle bearbeide datamaterialet mitt vurderte jeg flere metoder. Først tenkte jeg å sette det inn i tabell med koder og utdrag fra transkriberingene, slik Tjora (2013, s. 180-183) eksemplifiserer. For min del synes jeg dette ble rotete fordi hver kolonne ble fylt med altfor mye tekst og det ga ikke den strukturen og oversikten over datamaterialet som jeg ønsket. Deretter gikk jeg over til en meningsfortetting, der jeg skrev om den muntlige talen til skriftspråk. Hver transkribering fikk sitt eget dokument. Dokumentet hadde følgende overskrifter ”Karriere”, ”Umiddelbare tanker vedrørende støttende behandling” og ”Vurderingsgrunnlag/behandling”. Disse dokumentene har jeg ikke brukt i ettertid, men det hjalp meg til å få en dypere innsikt i datamaterialet og hvordan jeg skulle legge opp analyseringsprosessen videre. Analyseringsmetoden jeg endte opp på var en *temasentrert analyse*, hvor jeg trakk ut enkelte tema og sammenlignet hva de ulike informantene sa om disse temaene (Thagaard, 1998). Jeg lagde ikke matriser med koder slik Thagaard (1998, s. 152-156) eksemplifiserer, men skrev inn det alle informantene sa om for eksempel *Vurderingsgrunnlag og undersøkelse* i et eget dokument (videre kalt *kategoriseringsdokument*). Det ble laget et kategoriseringsdokument på temaet *Allianse*, men dette ble forkastet. Dette fordi jeg så i arbeidet med dette dokumentet at temaet *allianse* ikke var så sentralt som jeg først antok. Jeg endte opp med hovedsakelig tre kategoriseringsdokumenter, 1) *Vurderingsgrunnlag og undersøkelse*, 2) *Behandling* og 3) *Støttende vs. inngripende*. Den muntlige talen i transkriberingene ble omgjort til skriftspråk. Deretter begynte jeg på resultatkapittelet hvor jeg laget underkategorier. Jeg vekslet mellom å bruke kategoriseringsdokumentene og transkriberingene. Der jeg var usikker på egen tolkning av transkriberingene, gikk jeg tilbake til transkriberingene. Noen ganger ble forståelsen for utsagnet nyansert. Gjennom hele prosessen har flere kategorier vist seg og andre har blitt endret underveis.

Valg i kategoriseringsarbeidet

Når vi i intervjuene snakket om undersøkelse og behandling veksles det mellom temaene. Behandlingen i seg selv har en undersøkende tilnærming, og de samme tilpasningene går igjen i både undersøkelse og behandling. Selv om dette er temaer som går hånd i hanske, har jeg valgt å dele dem når jeg presenterer dem. Dette for å synliggjøre at behandlingene er på

bakgrunn av funn i den første undersøkelsen og hva som skjer i behandlingene, som også har en undersøkende form.

De andre kategoriene var mer tydelige. Kategoriene som er valgt ut er på bakgrunn av deres relevans for problemstillingen.

3.3 Ethiske overveielser

Når en utfører et prosjekt hvor andre personer er en vesentlig del av datainnhenting er det viktig å være etisk reflektert gjennom hele prosessen. Dette innebærer å sikre informantenes anonymitet i presentasjonen av dem, og hvordan datamaterialet blir omtalt i resultatkapittelet. Prosjektet er basert på frivillig deltakelse og alle informantene var kjent med muligheten for å trekke seg når som helst i forløpet. Det ble delt ut skriftlig informasjon om prosjektets hensikt og fremgangsmåte, om taushetsplikt og anonymitet, samt oppbevaring og sletting av data. Informantenes samtykke til deltakelse ble innhentet muntlig og videre deltakelse ble oppfattet som samtykke.

På bakgrunn av prosjektets målgruppe med hensyn til informanter, samt fremgangsmåten til prosjektet, var det ikke nødvendig å søke Regionalt Etisk Komite (REK) eller melde prosjektet inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Det ble ikke registrert noen personopplysninger til informantene, og på grunn av få informanter trengte jeg ikke en koblingsnøkkel som koblet de ulike transkriberingene til informantene. På hjemmesidene til NSD står følgende: ”Dersom du utelukkende skal registrere anonyme opplysninger er prosjektet ikke meldepliktig. Et anonymt datamateriale består av opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner, verken direkte, indirekte, eller via koblingsnøkkel.”.

4 Resultater

I dette kapittelet fremkommer funnene jeg har gjort i mitt prosjekt. Kapittelet inneholder blant annet hva informantene vektlegger i undersøkelsen, pasientgruppen som har behov for støttende behandling og hva som kjennetegner en støttende behandling.

Sitatene til informantene er endret til skriftspråk, uten at det skal ha påvirket det informantene ønsket å formidle.

4.1 Kartlegge pasientens ressurser, motivasjon og skjørhet

I dette kapittelet fremkommer resultatene over hvordan informantene formidler at de undersøker pasientene og hvordan de tilpasser undersøkelsen til den enkelte. Hva de gjør og hvordan undersøkelsen blir lagt opp har sammenheng med pasientens reaksjoner både i anamnesen og kroppsundersøkelsen.

4.1.1 Anamnese: "Alliansen er jo gullgruven"

Sitatet i overskriften er hentet fra en av informantene når hun får spørsmål om hvordan hun går frem når hun møter en pasient for første gang. Relasjonen til pasienten og den terapeutiske alliansen er noe alle informantene mener er viktig i et behandlingsforløp. Dette er begrunnelsen for at to av dem ofte bruker hele første konsultasjon til anamneseopptaket. De ønsker å bli kjent med pasienten, få et innblikk i historien deres og de faktorene i livet som kan ha bidratt til de kroppslige plagene de har i dag.

To av informantene beskriver eksplisitt hva de kartlegger i anamnesen. De er blant annet opptatt av å kartlegge hva slags kroppslige plager og utfordringer pasienten har. Den ene av informantene sier hun ønsker å få et innblikk i hvordan pasienten ser sammenheng med plagene og det de har opplevd:

Jeg prøver å sjekke ut hvordan de forstår symptomene de har i dag, om de har noe betydning i forhold til tidligere, hvordan har de sammenheng til livet ellers. Da kan du få veldig mye eller lite, og da er det avhengig av hva som kommer opp. Kommer det opp veldig mye her, og du ser de begynner å skjelve og svette, da må man stoppe opp.

Om det kommer opp historier om traumatiske hendelser vurderes reaksjonene til pasienten, både det de språklig formidler og hvordan de eventuelt reagerer kroppslig. Dersom vedkommende blir veldig aktivert, oppfordres de til å fortelle om det i stikkordsform. Informanten har hele tiden fokus på hvor sterke reaksjonene blir og stopper opp dersom de blir for sterke. Hun informerer pasienten om at dette skal de gå inn i etter hvert, men at det i starten handler om å bli kjent. Hun sier så at dette er med på å trygge pasientene. Når informanten snakker om at pasientene blir *aktiverte* vurderes det ut fra blikket, hvordan stemmen endrer seg, vegetative reaksjoner, spenningsmønster og/eller følelsesmessige reaksjoner. Hun påpeker at for noen pasienter er bare relasjonen dem i mellom vanskelig. Slik

jeg forstår informanten handler det om at kommunikasjonen dem i mellom kan være utfordrende for pasienten, samt det sosiale samspillet mellom pasient og terapeut.

Livshistorie

Det varierer fra pasient til pasient om pasientens livshistorie kommer opp i anamnesen eller i kroppsundersøkelsen, i følge den ene informanten. Det kan enten være at pasienten kommer innpå dette selv, eller at informanten spør, enten på grunn av noe som sies eller et kroppsuttrykk i kroppsundersøkelsen. Videre vurderes det om pasienten ønsker å snakke om dette eller ikke.

Sosiale rammer

En av informantene fortalte at hun ønsket å få et innblikk i pasientens nåværende livssituasjon som familiesituasjon og familieforhold, og om pasienten er i jobb eller studerer, samt hvordan livssituasjonen oppleves. Dette forstår jeg som de sosiale rammene til pasienten. Om rammene rundt pasienten er stabile, er dette noe som kan være en ressurs med hensyn til den omstillingsprosessen psykomotorisk fysioterapi kan bidra til. Er det derimot ustabile forhold rundt pasienten og vedkommende *lever i en beredskap*⁴, er dette noe som vanskeliggjør en omstillingsprosess og som også påvirker doseringen til en eventuelt videre behandling.

Motivasjon og målsettinger

Informantene sier de også kartlegger pasientens motivasjon til endring, forventninger til og målsettinger ved den psykomotoriske behandlingen.

Faktorer som påvirker hvordan undersøkelsen tilpasses

To av informantene påpeker at henvisningsdiagnosen gir dem en pekepinn på hva de kan møte av utfordringer hos pasienten. En av informantene poengterer at dette er med i vurderingen av hvordan undersøkelsen legges opp. Ellers vurderes dette også ut fra hva som kommer opp i anamnesen, samt de reaksjonene som pasienten eventuelt får i anamneseopptaket. Den ene informanten poengterer at det som skjer i møtet med pasienten, er det som er mest bestemmende for videre tilpasninger i undersøkelsen og behandlingen.

⁴ Begrepet *leve i en beredskap* utdyper informanten senere i intervjuet. Dette blir presentert i underkapittelet 4.2: Indikasjoner og kontraindikasjoner og under uthevelsen Ustabil livssituasjon.

4.1.2 Kroppsundersøkelsen tilpasses den enkelte

To av mine tre informanter sier at de tilpasser kroppsundersøkelsen til den enkelte. Dette gjøres på flere måter avhengig av den enkelte pasient, dens livshistorie og reaksjoner i konsultasjonen. Den ene informanten lar stort sett pasientene få beholde klærne på. De vurderer hvor mye av undersøkelsen pasienten synes å tåle. Informantene sier de gjerne bruker flere konsultasjoner på undersøkelsen om nødvendig.

Kroppsundersøkelsen blir sett på som psykomotorisk fysioterapi sitt måleinstrument til å bedømme ressursene til pasienten. To av informantene påpeker også at den kan avsløre om pasientene er dårligere enn det de kan virke ved første møtet.

Kroppslige funn er noe som kan avsløre veldig. Jeg har opplevd mange ganger her i privat praksis hvert fall, vet nesten ikke noe særlig om pasienten, og så kommer det en inn som for eksempel er utrolig traumatisert, og som det ikke syns i det hele tatt ikke sant. Fordi det er et kroppsspråk eller en maske, eller hva en skal si, som skjuler hva den personen bærer på, og så blir jo den kroppslige undersøkelsen så avslørende.

Hva slags kroppslige funn som avslører kommer ikke denne aktuelle eller den andre informanten detaljert innpå. Men på bakgrunn av resten av intervjuene, mener jeg å kunne tolke at informantene referer til reaksjonene som skjer i undersøkelsen, eller ved en test. Dette er reaksjoner i form av økt spenningsmønster, vegetative og emosjonelle reaksjoner. Det påpekes at styrken til psykomotoriske fysioterapeuter er nettopp de kroppslige funnene i undersøkelsen: ”vi har kroppen som kan gå bak ordene og som gir mer tilgang til følelsene og sånne ting”.

Like undersøkelsesmetoder, noe ulikt fokus

Selv om informantene bruker tilnærmet like undersøkelsesmetoder, virker det som om fokuset på det de ser etter er noe ulikt. Denne antagelsen er gjort på bakgrunn av hva de fokuserer på når de snakker om pasientundersøkelsene sine.

Den ene informanten begynner på følgende måte:

Jeg tar fort gjennom kroppsundersøkelsen. Jeg rekker veldig ofte ikke alt, men jeg begynner sånn klassisk etter oppskriften. Og så rekker jeg ikke mer, og så tar jeg en

time til og så lager jeg konklusjon ut i fra det. Og da er kroppsundersøkelsen mitt redskap til å kartlegge ressurser.

Selv om hun sier at hun går fort gjennom undersøkelsen betyr ikke det at undersøkelsen ikke blir tilpasset reaksjonene. Hun sier at hun vurderer hele veien hvordan pusten til pasienten endrer seg, autonome reaksjoner og om vedkommende synes å bli fjern og lite til stedet i situasjonen.

Kollaps i en kropp og slappe kvaliteter

Med tanke på testene snakker den ene informanten hovedsakelig om å vurdere kvaliteten på bevegelsen for å vurdere hvor mye *kollaps* det er i pasientens kropp og om det er såkalte slappe kvaliteter. Det terapeuter i gamle dager kalte *slappe kvaliteter*, formidler hun er tilsvarende til det man i traumefeltet kaller *submission*. Det er gjennom lite motstandsfølelse ved skulderfleksjon, hoftefleksjon og/eller nakkefleksjon at informanten tenker at det er kollaps i en kropp eller at det er slappe kvaliteter. Hun beskriver også at de kan ha slappe kvaliteter i muskulaturen. Slik jeg forstår informanten er dette et tegn på at man må ha en mer forsiktig tilnærming i behandlingen. Hun har fokus på ressurskontinuumet og gjør en totalvurdering etter undersøkelsen.

Holdningsanalyse

En annen informant er mer opptatt av den informasjonen hun får fra holdningsanalysen. Hos de skjøreste pasientene, sier hun at undersøkelsen ofte bare består av en holdningsanalyse i ulike stillinger. Informanten opplever at vurdering av hvordan pasienten står på bena gir mye informasjon som man kan jobbe videre med i den psykomotoriske behandlingen. Hun formidler at hun observerer tyngdeplasseringen til pasienten (om den er frempå eller bakpå), om det er akseknekk i holdningen, samt om det er lateralitet og ulikheter mellom sidene. Når pasienten har blitt trygget i situasjonen og tåler mer, sier informanten at hun gjennomfører resten av undersøkelsen. Etter dette sier informanten at hun går over til passive øvelser, og vurderer der hvordan de gir etter eller om de holder igjen⁵. Undersøkelsen blir avsluttet med palpasjon på benk.

⁵ I psykomotorisk tankegang blir motstand mot bevegelse satt i sammenheng med at personen har vanskeligheter med å la andre bestemme over seg, og er et tegn på en utrygghet. De som hjelper til i bevegelsen, blir betegnet som hjelpere, formidler også en utrygghet og en følelse av at jeg ikke er god nok (en dimensjon ved jeg-følelsen). De som veksler mellom å gi motstand og hjelpe til blir forstått som en ambivalens i personen, ”jeg vil, jeg vil ikke” (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 53-54).

Jeg må sjekke ut da, noen liker ikke ligge på benk, noen liker ikke åpen. Så må man sjekke ut, først bli kjent med hva kroppene deres liker, og det er mange som sier at "Åja! Jeg vil gjerne ligge på benk!" Og så ligger de bare og holder seg ikke sant, de har ikke kontakt med hva som er bra og ikke bra. Så da blir det mye min jobb å sjekke det ut da, og da kan det være at vi må bruke litt tid på å prøve litt ut, det kan være øvelser på stol, det kan være øvelser i sittende på benk, og så berøring eventuelt."

Det påpekes av samme informant at funnene som gjøres de første gangene blir stående tentativt til de blir mer kjent, og i neste omgang danner grunnlag for videre behandling. Hun sier at det kan ta litt tid før man kan si noe om hvor aktuelle funnene er.

Den undersøkende tonen med tanke på hva pasienten tåler, formidler alle tre informantene at fortsetter ut i behandlingen av deres pasienter.

4.2 Indikasjoner og kontraindikasjoner

Den ene informanten sier at indikasjoner og kontraindikasjoner for behandling har sammenheng med hvor i helsetjenesten hun møter pasienten. I psykiatrien har man et team rundt seg. Dette gjør at man i større grad kan utforske grensene til pasienten fordi vedkommende blir ivaretatt i etterkant dersom det skulle bli noen sterke reaksjoner. Her er det aktuelt å nevne at informanten har erfaring fra DPS sengepost, hvor pasientene lå i flere døgn. Det virker som om teamene i psykiatrien får anledning til å se hvordan reaksjonene utviklet seg gjennom døgnet og hjelpe den aktuelle pasienten til å takle dem. I privat praksis står terapeutene mer alene med oppfølgingsansvaret, og pasientene reiser hjem igjen etter konsultasjonen. Informanten kommer med følgende pasienteksempel der pasienten kom gående til undersøkelsen, men mistet kontakten med bena i løpet av konsultasjonen:

Mens hvis man er alene i privat praksis og det kommer inn et menneske som viser seg å være mye dårligere enn man trodde. Så står man jo litt mer alene. Det har jeg vært borti et par ganger. Hvor det kommer inn, hvor det blant annet kommer inn en dame som ikke klarte å gå, som jeg tenker det var relatert til altså en sånn somatisering eller, altså det var ikke noe årsak til det, hadde ikke kontakt med bena, mistet kontakt med bena og hvor hun la det veldig ut. Det var en veldig merkelig opplevelse. Hun lo av det, hun bagatelliserte og jeg kjente så sterkt at det gjorde noe med meg, for jeg

visste ikke om hun klarte å gå fra behandlingsrommet og ut til bilen sin en gang og så skulle hun kjøre bil hjem. Det var jo helt uansvarlig følte jeg.

Informanten mener at det ikke var indikasjoner for videre behandling av denne aktuelle pasienten i privat praksis, men tror kanskje det hadde vært annerledes om hun hadde møtt vedkommende i psykiatrien.

Samtaleterapi før psykomotorisk fysioterapibehandling

I tillegg tenker den aktuelle informanten at noen pasienter har behov for psykologisk hjelp før de kan begynne med psykomotorisk fysioterapibehandling. At de er såpass skjøre at de må få hjelp til å sortere og snakke om en del ting, samt stå stødigere psykisk før de begynner å arbeide med kroppen i psykomotorisk behandling.

Ustabil livssituasjon

Med hensyn til pasienter som lever i en beredskap og ustabil livssituasjon, kan det variere om det er indisert med behandling. På den ene siden er det lite sannsynlig at man får gjort noe med den kroppslige beredskapen. Psykomotorisk fysioterapibehandling kan resultere i kortvarig symptomlette, men ikke langvarig bedring. På den andre siden kan den psykomotoriske fysioterapibehandlingen hjelpe pasientene til å forstå hvorfor de har de symptomene de har, og hvordan hverdagen deres påvirker de kroppslige plagene. En annen informant mener absolutt at behandling er indisert selv om pasientene lever i en ustabil livssituasjon som fører til en kroppslig beredskap. Informanten sier at hun er like opptatt av relasjonen som omstillingen hos pasienten. Dersom hun kan gi en pasient et sted hvor de kan finne trygghet og sette ord på tanker, følelser og det som er vanskelig, samtidig som man arbeider med kroppen, er det indikasjon for behandling. På den måten mener informanten at hun kan hjelpe pasienten til å stå i situasjonen den står i.

Grad av skjørhet

I utgangspunktet mener en informant at skjørheten til pasienten ikke er noe problem for psykomotorisk fysioterapibehandling. Informanten poengterer at styrken i behandlingstilnærmingen er den kroppslige innfallsvinkelen som gjør at terapeuten kan behandle dårlige og skjøre pasienter. Likevel uttaler hun at pasienter kan være for dårlig for psykomotorisk fysioterapibehandling. Dersom hun registrerer at pasienten ikke klarer å arbeide med problematikken deres, og vedkommende ikke tar innspillene til terapeuten,

mener hun dette er et tegn på at behandling ikke synes å være aktuell. Dette kan skyldes flere ting; alt fra at doseringen ikke har blitt riktig eller at pasienten ikke har de nødvendige kognitive ressursene til å ta imot intervensjonen. Dersom pasientene også rapporterer om selvskadning i etterkant av behandling, er det også en kontraindikasjon på å fortsette med psykomotorisk fysioterapibehandling.

En annen informant sier noe tilsvarende. Hun mener at psykomotorisk fysioterapi er kontraindisert for pasienter med heftige diagnoser, som er *uregulerte* i den forstand at det er mye affekter, og dermed ikke synes å være i stand til å reflektere.

I tillegg nevner hun de pasientene som reagerer på behandling med å gå i *shut-modus* og *drop i energi*⁶. Da mener hun at terapeuten skal være på vakt fordi det i verste fall kan aktivere suicidalitet.

Organisatoriske faktorer påvirker hvem som tilbys behandling

Den ene informanten påpeker at hvem som tilbys psykomotorisk fysioterapibehandling påvirkes også av ventelista, hvor pasientene er henvist fra og prioriteringsnøkler. Pasienter som henvises fra psykiatrien har høyere prioritering enn pasienter som henvises fra primærhelsetjenesten. Informanten vurderer også hvor mye plagene går utover livskvaliteten til pasienten, men kommer ikke inn på hvordan.

4.3 Kjennetegn hos de skjøre og sårbare pasientene

Når det gjelder kjennetegn på de skjøre og dårlige pasientene, sier den ene informanten at dette kan henge sammen med alvorlighetsgraden på det pasientene har opplevd og alvorlighetsgraden på diagnosen. Men også hvordan pasienten står i seg selv og har det med seg selv. Informanten sier videre at dersom pasientene reagerer voldsomt på et spørsmål, en berøring eller øvelse, tenker hun at det er skjørt. Selv om hun sier at alvorlighetsgraden på diagnosen gir en indikasjon, nyanserer hun dette ved å si at det ikke er bestemmende for skjørheten. Hun har opplevd flere ganger at hun får henvist pasienter som har opplevd ulike ting (som jeg forstår som traumatiske), har kanskje en psykosed diagnose eller lignende, at de faktisk tåler mer utfordrende tiltak enn det terapeuter tradisjonelt ville tro. På den andre siden opplever hun også at pasienter man får i privat praksis, som er godt fungerende, kan ha nytte av noen støttende tiltak. Hun sier det er hovedsakelig i møte med pasienten at man får et bilde

⁶ *Shut-modus, drop i energi, parasympatisk drop* er begreper fra somatosensorisk videreutdanning.

på hvor skjøre de er. I sammenheng med dette nevner hun også overføring og motoverføring. Hun bruker følelsene som kommer opp i henne til å spørre pasienten; ”Nå kjenner jeg sånn og sånn, hva tenker du om det? Stemmer det?”.

Med tanke på funn i undersøkelsen bemerkes det av to av mine tre informanter at pasientene har en veldig holdt pust. Det påpekes av en informant at pusten kan være lite synlig og flagrende. Redusert kontakt med kroppen, vanskeligheter med å ha et nærvær til kroppen, samt redusert evne til å sette grenser, er også funn hos denne pasientgruppen. Den ene av disse to informantene påpeker at dersom man har et dårlig kroppsbilde og føler at kroppen flyter ut, påvirker dette nettopp evnen til å sette grenser.

Når den ene av disse to informantene får spørsmål om hva slags funn som går igjen hos de jeg-svake, bruker hun ordet kanskje:

Ja, altså, når er de jeg-svake? De jeg-svake vil jeg kanskje ha sagt er, de er veldig sånn aktiverte, pusten er høy, du ser de sitter veldig dårlig på stolen, du ser, at de er ganske ansente i kroppen. Blikket rettet ut i rommet. Og du ser at de er ganske sånn i beredskap, fleksjonsholdning. På de jeg-svake. Det er kanskje en ting. Og så har du de her som, dette her med dissosiering, sant, at de forsvinner vekk med blikket eller, de er jo alltid en utfordring.

Jeg tenker at bruken av ordet *kanskje* henger sammen med det en annen informant sier at pasientgruppen er svært heterogen. Videre tenker jeg også at terapeuter selv kan ha ulik behandlingstilnærming og forståelse av pasienter.

Når informantene snakker om støttende behandling trekker de ofte frem pasienteksempler der pasientene har opplevd traumatiske hendelser, overgrep, mishandling eller ulykker, samt personlighetsforstyrrelser.

4.4 Behandling

I dette kapitlet fremkommer blant annet resultatene over hva informantene tenker om støttende behandling generelt, hvordan behandlingen tilpasses den enkelte, støttende tiltak og deres funksjon, samt deres meninger om endring i behandling og samtalens plass i psykomotorisk fysioterapi.

4.4.1 Begrepet støttende behandling: misvisende og negativt ladet

To av mine tre informanter gir uttrykk for at begrepet *støttende* er vanskelig og misvisende. Den ene informanten er direkte i mot begrepet, fordi støttende behandling i psykodynamisk miljø blir assosiert med ingen behandling. Hun synes det er uheldig og misvisende at vår faggruppe legger noe annet i begrepet enn det samarbeidene helsepersonell gjør. Informantens erfaringer fra psykiatrien var at de betegnet behandlinger som ikke arbeidet med problematikken til pasienten, og behandlinger hvor det ikke skjedde noen endringer, som støttende behandling. Dersom pasienten er veldig dårlig eller vedkommende ikke ønsker å jobbe med det som opprettholder tilstanden, er det ikke aktuelt med behandling. Da henviste de videre til tiltak som fokuserte mer på å legge hverdagen til rette for pasienten og at de kunne fungere best mulig med de utfordringene de har. Det kunne være gjennom aktivitetshus eller kommunale tiltak der sykepleiere kommer innom dem og hjelper dem med daglige gjøremål.

Den andre informanten ble kjent med begrepet *støttende behandling* i kursrekken om Basal Kroppskjennskap til Gjertrud Roxendal. Denne tok hun da hun arbeidet i psykiatrien på tidlig 80-tallet. I følge henne delte Roxendal tilnærmingene i tre: 1) Inngripende, 2) en mellomting og 3) støttende. I tillegg var det en *ekstra kategori* som gikk på tilrettelegging av ADL, gå turer eller bare la de få være i fred med sin sykdom. Denne *ekstra kategorien* samsvarer med det som står i avsnittet over, der en av mine informanter beskriver denne tilnærmingen som *støttende behandling* og *ingen behandling*.

Med tanke på mer passende ord for å beskrive den mer lavdoserte behandlingen bruker informantene begreper som mer *forsiktig tilnærming* og *stabiliserende tiltak*.

4.4.2 Dosering i behandling

Alle informantene snakker om at psykomotorisk fysioterapibehandling handler om dosering. På lik linje med undersøkelsen, blir også behandlingen tilpasset etter pasientens reaksjoner underveis i konsultasjonen. Styrken på reaksjonene er bestemmende for om man trekker seg tilbake eller utfordrer mer. Reaksjonene blir brukt terapeutisk ved at informantene sammen med pasienten utforsker bakgrunnen for reaksjonen og at reaksjonen synliggjør sammenhengen mellom psyke og soma. Pasientene får en dypere forståelse for hvorfor de reagerer som de gjør og reaksjonene blir meningsfulle for pasientene.

En av mine tre informanter sier at hun aldri har opplevd at det er klare skiller mellom støttende og inngripende behandling, men at hun på bakgrunn av erfaringene sine doserer behandlingen ved å velge enten inngripende eller støttende tiltak. En annen informant sier at hun skiller den støttende behandlingen fra den klassiske prøvebehandlingen. Den klassiske prøvebehandlingen innebærer benkebehandling, mens den støttende behandlingen består mer av øvelser og tiltak i stående og sittende stilling. Den samme informanten påpeker at dersom man gjør den psykomotoriske prosedyren ut fra rutine, uten å ta hensyn til reaksjonene, kan man overdosere. Alle tre informantene er dermed enige om at det er reaksjonene som bestemmer om man velger støttende eller inngripende tiltak, men uenige om *selve* behandlingen blir støttende eller inngripende.

Den ene informanten påpeker at skjørheten til pasienten ikke er noe problem. Behandlingen blir lagt etter hvor pasienten er hen og dosert deretter. Det er viktig at terapeuten har respekt for forsvaret til pasienten, og at behandlingen ikke handler om å fjerne dette forsvaret. Ved behandling av de skjørste pasientene er det lav dosering og behandlingen starter med øvelser som er ufarlige og lite inngripende. Terapeuten ser om pasientene tar intervensjonene og om de klarer å ta instruksjonene eller bruke øvelsene. Psykomotoriske fysioterapeuters styrke ved behandling av disse pasientene, er at vi går gjennom kroppen og på den måten kan få stabilisert de raskt etter sterke reaksjoner. Ved å bruke stabiliserende øvelser som *grounding*⁷ i ulike utgangsstillinger, roer man ned amygdala-aktivering og får forankret pusten.

4.4.3 Reaksjoner: Pusten er rettesnoren for doseringen

Da den ene informanten ble spurt om hva hennes umiddelbare tanker var om støttende behandling, refererte hun tilbake til Bülow-Hansen, og det hun sa om at pusten er rettesnoren for doseringen. Mine informanter bruker både pust, autonome reaksjoner og spenningsmønster som indikatorer på om hvordan behandlingen skal doseres. Den ene informanten snakker mye om hvor aktiverte pasientene blir og legger da også til at stemmebruk og blikk gir indikasjoner for hvordan tiltaket oppleves.

Reaksjoner i behandlingene er positivt, men det er viktig at reaksjonene ikke blir for sterke. I forbindelse med dette bruker to av informantene begrepet *toleransevidu* (Se pkt. 2.2.3 ovenfor).

⁷ Når informanten snakker om *grounding* referer hun til tiltak som skal øke pasientens kontakt med underlaget, som er en essensiell del av psykomotorisk fysioterapi.

Men det som jeg har lært nå da, er jo at i traumebehandling så tenker en at, det er noe som heter toleransevinduet. Skal pasienten få kunne reflektere rundt sin egen væremåte og kropp, så skal de være inne i toleransevinduet. For hvis de går ut i en fight eller flight respons så har de ikke refleksjonsevnen på samme måte.

Hvis du skal utvide toleransevinduet så må du være på toppen av toleransevinduet, ikke bare inni midten hvor det er behagelig. Du må være sånn oppå der, for å skape rom for nye reaksjoner og utvide repertoaret ditt liksom.

Slik jeg forstår toleransevinduet blir det en ramme for å vurdere styrken på reaksjonene til pasienten. Så lenge de har evne til å reflektere over det som skjer og reaksjonen oppleves positiv, er reaksjonen terapeutisk og kan bidra til en endring. Reaksjoner i behandlingen blir sett på som en forutsetning for endring:

Jeg tenker at hvis det ikke skjer noen reaksjoner, så skjer det ikke noen endring heller. Men det skal være passe trygt at det er en balansegang der. At det må være passe trygt, og så må det skje noen forandringer også. Hvis ikke så er det ikke nødvendig. Så det er vel den balansen og finne det.

Hvorvidt reaksjonene fører til en endring henger sammen med hvordan reaksjonene blir møtt. Dette gjør informantene ved å stoppe opp og reflektere over det som skjedde. De ønsker å finne ut om pasienten har kontakt med hva som skjedde, hva de kjente på, om det som ble gjort minnet dem om tidligere hendelser, eller lignende. På den måten blir pasienten kjent med eget reaksjonsmønster og hva det har sammenheng med. Dersom reaksjonen er overveldende eller pasienten svarer at de ikke vet hva som skjedde, blir dette tema senere i behandlingsforløpet. Da spør den ene informanten om pasienten husker den reaksjonen som skjedde for en tid tilbake, og hva den kan ha sammenheng med. Det er viktig at reaksjonene blir tatt på alvor og møtt. Dette for at pasienten får en opplevelse av at alle reaksjoner er lov og at pasientens reaksjonsmønster er naturlig med tanke på pasientens livssituasjon og/eller livserfaringer.

4.4.4 Støttende tiltak og deres funksjon

En av mine informanter påpeker at det er tiltakene som bestemmer om behandlingen får en støttende karakter, mens en annen mener den støttende tilnærmingen henger sammen hvordan

reaksjonene blir møtt. En informant mener at benkebehandling ikke er indisert i støttende tilnærming, mens en annen informant har god erfaring med benkebehandling ved denne tilnæringsmåten. Felles for de alle tre er at tiltakene blir tilpasset hva problematikken er, historien til den enkelte og reaksjonene i konsultasjonen. Støttende tiltak, blir av den ene informanten, beskrevet som tiltak som er samlende, som fokuserer på her og nå og som dermed er trygghetsskapende.

Pasientgruppen som har behov for støttende behandling har ofte redusert evne til å sette grenser. Den ene informanten påpeker derfor at hun som terapeut må ta ansvar for dette. Hun må sette grenser for pasienten når det gjelder tiden de bruker på hver øvelse, at hun ikke går rett på kroppen og andre tiltak som har en lavere dosering. Hun beskriver det på følgende måte:

Hvis de er veldig sånn jeg-svake, så har de ofte ikke grenser heller, kan ikke sette grensene. Så da må man ta hensyn, da må vi ta mer ansvar for den biten da. Holde det litt oppe, hvis ikke de klarer å sette foten ned, så må jeg gjøre litt støttende tiltak, med at vi ikke holder på så lenge med en øvelse, går ikke sånn fort rett på kroppen, men at vi gjør ting i mye mindre dosering i starten.

Berøring og massasje

Kroppsgrensene (som en av informantene omtaler som omsluttende grep) er for alle et typisk støttende tiltak. Dette kan være at man stryker, klapper eller trykker langs kroppsgrensene, enten av pasienten selv eller av terapeuten. De trykkende grepene utføres ved at terapeuten omkranser en kroppsdel med hånden og gir et fast trykk. Den ene informanten poengterte at slike trykk kan for enkelte pasienter gi en klaustrofobisk opplevelse, og at den strykende hånden blir mindre inngripende. I de tilfellene hvor pasienten har vanskeligheter med å bli berørt av en hånd, kan kroppsgrensene bli markert ved hjelp av en knotteball eller lignende. Hensikten med de kroppsgrensene er i følge en av mine informanter, å stimulere proprioseptorene, gjøre kroppen mer nærværende, samt øke bevisstheten om og kontakten med kroppen.

Jeg har mange dårlige pasienter som har dårlig kroppsbefinnelse og snakker mye om nummenhet. Da må man jobbe mye med proprioseptorene. Vekke opp. Akkurat som kroppen er i en sorg eller mye dissosiering i kroppen og, det er også mye

dissosieringsproblematikk i kroppen, ikke bare mentalt. Det virker som om kroppen har sluknet, mistet smaksopplevelsen, mistet luktesansen, og de kjenner ikke så mye. Og da er det å vekke kroppen opp. Klappe, stimulere proprioseptorene, det kan være å stryke; kroppsavgrensende grep.

Omsluttende og kroppsavgrensende grep blir også brukt i de tilfellene hvor en tenker at pasienten har behov for økt selvavgrensning.

Det der med selvavgrensning kan du si, det er jo veldig viktig. En bruker jo omsluttende grep. Altså, sånn, kjenner du at jeg er her? Og det at de får kontakt med selve kroppen sin. Noen som har et dårlig kropps-bilde, de kan jo føle at kroppen flyter utover, at de nesten ikke kjenner noen ting. Og da er det jo veldig vanskelig å holde grensene.

Ellers er også pasientens erfaringer medvirkende til hva slags deler av kroppen som oppleves mer privat og hvor berøring kan bli for ubehagelig. Den ene informant kommer med to pasienteksempler der den ene pasienten synes det var ubehagelig å bli berørt i hånden, mens den andre pasienten fikk minner fra en traumatisk opplevelse når hun ble berørt i håret.

Øvelser

For en av informantene kan støttende behandling bestå av at de arbeider mye med øvelser i starten. At man arbeider med bevegelser i ulike utgangsstillinger og hele tiden etterspør pasientens opplevelser og hvordan det går. Hun sier videre at hun er inspirert av Gudrun Øvrebergs arbeidsmåter, hvor hun mener en jobber etter de psykomotoriske prinsippene, men utenfor benken. Det er da mer fokus på øvelser og at man bruker pinne, knotteball og andre ting der hensikten er at pasienten skal bli kjent med overflatene.

Den samme informanten forteller også at hun har blitt mer opptatt av kjernemuskulaturen de senere årene. Hun begrunner dette med at mange av pasientene har såkalte slappe kvaliteter og lite kontakt med kjernemuskulaturen. Hun referer da til Rudolf Laban som hun mener poengterte at dersom man ikke har et stødig sentrum, så blir ikke bevegelsene adekvate. Hennes oppfattelse er at de labanske prinsippene samsvarer i stor grad med de psykomotoriske prinsippene med tanke på stabilitet og fleksibilitet. Hun bruker ofte øvelser som er inspirert av yoga og pilates.

Pust

Den ene informanten sier at hun ofte jobber på tvers av pusten når hun bruker støttende massasjeregrep. Likevel sier hun at hun også bruker drag og andre massasjeregrep som har til hensikt å løsne pusten. Jeg forstår dette som at hun prøver seg frem og ser på reaksjonene. Denne forståelsen kommer på bakgrunn av at informanten tidligere har sagt at hun veksler mellom tiltakene og at hun prøver seg frem og vurderer reaksjonene.

En av de andre informantene sier at hun arbeider med pusten på en indirekte måte med de dårligste pasientene. Hvordan man arbeider med pusten på en indirekte måte blir ikke eksemplifisert, men hun nevner lek i samme setning. Dersom pasientene er lite forankret og har lite kontakt med kroppen og pusten, må man hjelpe dem med dette. Man kan for eksempel legge en hånd på magen til pasienten og etterspørre opplevelse av kontakten og hva pasienten kjenner. Senere i intervjuet sier hun at man også kan jobbe med aktiv styring av pusten hos de dårligste pasientene. Denne pasientgruppen tåler ikke den frigjørende måten å arbeide med pusten på. Men gjennom aktiv styring hvor det instrueres i når de skal puste inn og ut, skaper en bevisstgjøring om pusten. Etter hvert når pasientene tåler mer, går man gradvis over til tiltak som stimulerer en mer frigjørende pust.

I starten når de er så dårlige må vi inn å hjelpe dem aktivt for at de skal legge merke til hvor pusten er. "Pust inn og pust ut". Og så kommer de sånn gradvis etter hvert. Du kan ikke gå inn med en gang å si: "Kjenn etter hvordan det er å puste". De aner ikke hva det betyr. Det er noen som er veldig i mot aktiv styring av pusten, men på de dårlige pasienten må man gjøre det. Ellers så kan du ikke jobbe med kropp.

4.4.5 Sammenhengen mellom kropp og følelser

Alle informantene mener at økt kontakt med kroppen og eget reaksjonsmønster er essensielt i psykomotorisk fysioterapibehandling, og kanskje spesielt med tanke på den støttende tilnærmingen. Målgruppen som har behov for støttende tilnærming har ofte redusert kontakt med kroppen, redusert evne til å kjenne følelsene i kroppen, samt lite kontakt med eget reaksjonsmønster og egne behov. Med tanke på å uttrykke egne behov er dette utfordrende for mange. Dette kan for eksempel gjelde pasienter som tidligere ikke har blitt sett, møtt og

forstått. Ved at de må gi uttrykk for eget behov, må man også innrømme at man har behov og dermed stadfeste noe om seg selv: ”JEG har behov for noe”.

En av informantene sier at kroppsfølelsen blir også satt i sammenheng med selvfølelse, og at det er mange i psykiatrien som har redusert selvopplevelse og lav selvfølelse. Gjennom øvelser mener hun at pasienter kan øve opp kontakten med og bevisstheten om kroppen, samt bidra til at individene blir bedre kjent med seg selv.

4.4.6 Endring i behandling

Alle informantene er enig om at det skal skje en endring i behandling, både ved den støttende og inngripende tilnærmingen. Hvordan informantene beskriver endringene, er noe forskjellig. Den ene informanten kommer ikke med eksempler om hva slags endring hun referer til. Men hun poengterer at det skal være bevegelse i behandling og at det skal være en prosess som går mot de målene som ble satt ved behandlingsstart.

De to andre informantene kommer med eksempler. Den ene sier at endringene handler om å bli bedre kjent med seg selv, øke bevisstheten i henhold til kropp og hvordan kroppen reagerer på ting. I dette ligger blant annet at pasienten skal bli kjent med egne behov og bli vant til å uttrykke dem.

Den andre informanten poengterer at det skjer en omstilling både i den støttende og inngripende behandling. Slik jeg forstår informanten virker det som om noe av forskjellen er grad av omstilling/forandring og hvor lang tid denne forandringen tar.

Noen er fornøyd med å gå på en fjelltopp som er så høy og andre må på Kilimanjaro for at det skal være noe. Sånn at, forandring er fint.

Og hvis at noen kjenner at nå har skuldrene mine kommet ned i dag, jeg står bedre på gulvet, og jeg puster kanskje litt grann bedre, men ikke så veldig, men de kjenner at kroppen er annerledes når de går ut herfra. Men de klarer kanskje ikke ta det med seg til neste gang så har liksom rammene kommet på igjen. Så da har vi fått til en forandring som er litt sånn, kanskje ikke så varig. Fordi det er, forsvarsmekanismene som vi liker å kalle de da, er like sterke, eller livet er for vanskelig. Men det er derfor

jeg begynte å snakke med deg om tidsperspektivet. Begynner du med et sårbart menneske så må man vite at man faktisk har tid til de.

Senere i intervjuet sier hun at endringen kan skje på flere nivåer. Både de fysiske endringene hun snakker om over, men også på et emosjonelt nivå. Pasientene forteller at de har mer energi og at de klarer mer hjemme. De har økt evne til å sette grenser og si nei til ting, kjenne at de har mer følelser og tilgang på dem, samt at de administrerer livene sine annerledes.

4.5 Samtalens plass i psykomotorisk fysioterapi

Den ene informanten poengterte at samtalen har absolutt en plass i psykomotorisk fysioterapi med hensyn til å stille spørsmål, arbeide med kroppsbevisstheten, ta pasientens reaksjoner på alvor og gjøre ting meningsfylt for dem.

Hun sier videre at ved hjelp av samtale kan man bidra til kroppsbevisstheten. Hvor mye man snakker er også bestemmende for doseringen, hvor man snakker mer i den lavdoserte behandlingen.

En annen forteller at psykoedukasjon i form av informasjon om sammenhengene mellom kropp og psyke, er en viktig del ved den psykomotoriske behandlingen. Men de jeg-svake pasientene har ofte redusert evne til å ta imot informasjon. Dette kan man se ved at de forsvinner. Man fokuserer da mer på enkle øvelser der fokuset er på at de skal mestre disse.

4.6 Dissosiasjon og psykosefare

Den ene informanten forteller at hvordan hun forholder seg til pasienter som forsvinner fra situasjonen, kommer fra den erfaringskunnskapen hun er tilegnet seg, den tause kunnskapen og magefølelsen. På bakgrunn av dette registrerer hun fort om pasienten fjerner seg fra situasjonen, og setter inn tiltak for å forebygge at det skjer. Det at et individ er i ferd med å fjerne seg kan man se på blikket, og at kroppsspråket og pusten endrer seg. Hun sier videre at det krever en nærhet og varhet fra terapeuten for å fange opp den stemningen. I de tilfellene hvor pasientene har fjernet seg fra situasjonen, spør hun direkte om de er til stede nå. Dersom de svarer nei på dette spørsmålet, avsluttes det de holder på med og hun ber dem om å sette seg opp, sette seg over i godstolen eller lignende. Hendelsen blir et tema som de snakker om. Det presiseres at dersom pasienten opplever situasjonen som trygg nok, har det en forebyggende effekt og da er det sjeldent de dissosierer eller en psykose utløses.

To av informantene sier at de ikke tror at psykomotorisk fysioterapibehandling kan gjøre noen psykotiske. Den ene av dem sier at da skal man ha med noen veldig skjøre pasienter, eller at terapeuten ikke er var nok på de tegnene som dukker opp i anamnesen, i kommunikasjonen eller i behandlingen. Ved behandling av psykosepasienter har hun det imidlertid i bakhodet og presiserer at en god og klar kommunikasjon er viktig, samt ha god kontakt med vedkommende. Den andre informanten sier at pasienter kan få en psykotisk reaksjon i løpet av et behandlingsforløp. Men hun mener det skyldes mer at livet trykker på og ikke behandlingen i seg selv. Hun sier at når man har en god relasjon til pasienten og vedkommende føler seg trygg på deg, samt at hun hele veien vurderer pasientens reaksjoner i behandlingen, har hun aldri opplevd at noen har blitt psykotiske. Suicidalfaren er noe hun er mer redd for enn psykosefaren.

4.7 Arbeidserfaringene fra psykiatrien sin betydning for privat praksis

Alle informantene uttrykker en takknemlighet for deres arbeidserfaring i psykiatrien og hvordan den hjelper dem i privat praksis. Det er med hensyn til å vurdere alvorlighetsgraden i pasientenes tilstand, hvordan de forholder seg til følelser som dukker opp i konsultasjonene og betydningen av å arbeide i team.

5 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte mine funn opp mot teorien. Underkapitlene er delt opp noe annerledes enn resultatkapittelet, men innholdet og fokusområdene til informantene mine er de samme. Enkelte steder blir det også synliggjort aspekter i den psykomotoriske litteraturen, som er viktig for tema og psykomotorisk fysioterapi, men som informantene ikke snakket om.

5.1 Likheter og ulikheter mellom før og nå i psykomotorisk fysioterapi

Da jeg startet med dette prosjektet ønsket jeg å vise psykomotorisk fysioterapibehandling i et historisk perspektiv og vise til de endringene som har skjedd siden 1950-tallet. Dette med hovedfokus på utviklingen av støttende behandling. Etter min oppfatning er beskrivelsene av praksisen til Bülow-Hansen og mine informanter overraskende like. Det samme gjelder målgruppen. Alle er vare på pasientens reaksjoner, og reaksjonene brukes til å dosere behandlingen. Opprinnelig var behandlingsformen kontraindisert for psykiatriske pasienter (Hansson, 1982), men det rettes også søkelys på unntakene der for eksempel pasienten er forankret i en psykoterapeutisk behandling, samt at det er et nært samarbeid mellom fysioterapeut og psykiater (Hødal, 1995). Slik er det også er i dag på psykiatriske institusjoner

og poliklinikker. Hva som er forskjellen nå og da, er ikke oppgavens tema. Men likheten mellom praksisen til Bülow-Hansen og mine informanter overrasket meg, da jeg har en oppfatning av at støttende behandling var en ikke-eksisterende tilnæringsmåte på 1950-tallet. Her er det så klart mange feilkilder og jeg har ingen bakgrunnskunnskap til å si noe om hvor skjøre og dårlige pasientene til Bülow-Hansen var. Likevel har jeg et lite bilde på bakgrunn av de pasienteksemplene det refereres til i litteraturen, og de sterke reaksjonene som da kom frem i behandlingene (Bülow-Hansen, 1995).

En av mine informanter omtaler den ”gamle” psykomotoriske behandlingen som benkebehandling. I følge litteraturen begynte behandlingsformen som benkebehandling. Men den ble i løpet av Bülow-Hansens yrkeskarriere utvidet til øvelser og behandling i sittende og stående stilling (Hødal, 1982). Informanten beskriver den klassiske psykomotoriske behandlingen som prosedyre og rutinepreget, og at fokuset på pasientens reaksjoner kom i forbindelse med en videreutdanning hun har tatt senere. Dette skiller seg betraktelig fra fokuset i mitt eget studieforløp, og jeg har heller ikke den oppfatningen når jeg leser litteraturen. Som omtalt i avsnittet over, var Bülow-Hansen opptatt av å dosere behandlingen etter pasientens reaksjoner og ikke ta fra pasienten sitt forsvar før hun hadde gitt vedkommende noe annet, som var kontakt med ekstensjonsmuskulaturen. Dette bemerkes når man skal redusere spenningene i pasientens forsvarsholdning og fleksjonsmuskulatur, og at man dermed skal sørge for at de har kontakt med ekstensjonsmuskulaturen (Bülow-Hansen, 1995).

Bülow-Hansen erfarte at pasientens ulike evner til å møte hverdagens utfordringer, deres reaksjonsmåter og deres *nervøse legning* hadde betydning for utvikling av plager (Bülow-Hansen, 1995). Dette oppfatter jeg som uttrykk på grad av *jeg-styrke* og *jeg-følelse*. Bülow-Hansens erfaringer med hvordan pasientene med redusert *jeg-styrke* responderer på behandling, eller hvordan behandlingen tilrettelegges dem, beskrives ikke. Men som sagt tidligere, blir alltid behandlingen dosert etter reaksjonene pasientene har.

5.2 Undersøkelse

Gretland (1999, s. 25) påpeker at opplysninger om kroppslige forhold kan innhentes på mange måter, både gjennom strukturerte undersøkelser, ustrukturerte undersøkelser og observasjoner. I dette underkapittelet drøfter jeg informantenes måte å undersøke på opp mot teorien.

Anamnese

Allerede fra første møte og i anamneseopptaket formidler mine informanter at de er opptatt av pasientens reaksjoner. Gjennom anamnesen ønsker de å få kjennskap til pasientens livshistorie, hvordan den kan ha bidratt til utvikling av plagene de har i dag, hvordan de selv forstår sine plager og hvordan plagene går utover det livet de lever. Thornquist og Bunkan (1995) påpeker at hva den enkelte psykomotoriker legger vekt på i anamneseopptaket varierer fra hovedfokus på opplysninger om kroppslige forhold til sosiale forhold. De henviser videre til Bülow-Hansen som sier: ”Det er de kroppslige plager pasientene kommer til oss for. Det er de som må stå i sentrum. Andre opplysninger – ekteskapsproblemer, vanskelige familieforhold osv. kommer etter hvert av seg selv når tillit og kontakt er etablert” (Thornquist og Bunkan, s 38). Hos mine informanter varierer det fra pasient til pasient om sosiale forhold og hverdagslige belastninger kommer opp i anamnesen, senere i kroppsundersøkelsen eller i behandlingen. Dette kan ha sammenheng med flere ting. Blant annet kan det ha sammenheng med det Bülow-Hansen sier om at opplysninger om livets belastninger kommer etter hvert som tillit og kontakt er etablert, eller hvorvidt pasienten er seg bevisst på hvordan livserfaringer kan sette seg i kroppen og gi kroppslige plager.

Med tanke på tillitsforhold og relasjon til pasienten er dette noe mine tre informanter vektlegger. To av mine informanter sier at begrunnelsen for et langt anamneseopptak er nettopp for å utvikle en god relasjon og et tillitsforhold, noe som etter hvert kan utvikle seg til en allianse. Dette er noe som informantene anser som essensielt i videre behandling med hensyn til hva de kan få til og i hvilken grad de kan utfordre pasienten. I en studie utført av Ryum og Stiles (2005, s. 999) om alliansens betydning i psykoterapien, er det holdepunkter for at endring i terapien delvis kan komme sekundært som følge av en god terapeutisk allianse. Et godt tillitsforhold, mener to av informantene mine, bidrar til trygghet i behandlingssituasjonen og kan dernest forebygge dissosiasjon og psykose.

Hos mine informanter er det tydelig at kroppen er innfallsvinkelen for spørsmål og samtale, slik Thornquist og Bunkan (1995, s. 41) skriver. I de pasienteksemplene informantene trekker frem, samt hvordan de beskriver sin egen praksis, brukes pasientens reaksjoner og signaler til gjenstand for spørsmål. De får på den måten informasjon om pasientens kroppslige fungering og om vedkommendes egne synspunkter, vurderinger og opplevelser (Ibid.). Dette bygger de videre på og bidrar til at pasienten får økt kjennskap til hvordan belastninger tidligere i livet og/eller den livssituasjonen de er i, kan påvirke utviklingen av kroppslige plager (Ibid.).

I intervjuene gir ikke informantene uttrykk for å kartlegge pasientenes naturlige funksjoner, slik Thornquist og Bunkan (1995) betegner som viktige spørsmål i anamnesen. Eksempler på naturlige funksjoner kan være magesmerter, fordøyelsesproblemer, søvnproblemer, hormonelle forstyrrelser, og lignende. Informasjon om pasientens naturlige funksjoner kan gi nyttig informasjon om pasientens generelle balanse (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 38-39). Begrunnelsen for at psykomotoriske fysioterapeuter er opptatt av informasjon om naturlige funksjoner, er vissheten om sammenhengen mellom følelser og vegetative reaksjoner. Thornquist og Bunkan (1995) skriver at det er mye forskning som viser en sammenheng mellom disse. Generelt kan man si at autonome forstyrrelser og dysfunksjoner er uttrykk for emosjonell og psykisk belastning.

Andre ting som legges vekt på av mine informanter er pasientens tidligere plager, traumer og sykdommer, samt behandlinger de har fått i henhold til det. De er også opptatt av informasjon om livssituasjonen i dag. Som Thornquist og Bunkan (1995, s. 43) påpeker er informasjon om pasientens totale livssituasjon nødvendig for å forstå sammenhengen mellom plagene og de ulike belastningene man har blitt utsatt for gjennom livet. Den livssituasjonen pasienten er i under en behandling påvirker omstillingsevnen. Informasjonen om hvordan hverdagen deres er og de belastninger som er i den, hjelper derfor terapeuten til å legge opp og dosere behandlingen (Ibid.).

På bakgrunn av hva som kommer opp i anamnesen, samt eventuelle reaksjoner, tilpasses kroppsundersøkelsen den enkelte.

Kroppsundersøkelsen

I masterarbeidet til Renander (2013) vises det at informantene hans undersøkte på ulike måter, og at de dermed hadde et ulikt vurderingsgrunnlag for sin behandling. Dette skiller seg fra mine informanter som har en ganske lik tilnærming i undersøkelsen. To av tre av mine informanter fortalte at de brukte ROK og DOK⁸. Den siste sa ikke eksplisitt hvilke undersøkelsesmetode hun brukte. På bakgrunn av hennes beskrivelser av fokusområder, og at hun benyttet begrepet *utvidede ressurser*, har jeg trukket den konklusjon at hun bruker enten ROK eller DOK. Selv om informantene brukte tilsvarende undersøkelsesmetoder, var fokuset

⁸ DOK: Den omfattende kroppsundersøkelsen. For mer informasjon se Bunkans (2001a) bok om "Kropp, Respirasjon og Kroppsbilde, s. 71-72.

i undersøkelsen og hva de vektla noe forskjellig. En var mer opptatt av bevegelseskvaliteten, mens en annen var mer opptatt av holdningsanalyser. Likheten mellom alle tre er at reaksjonene og respirasjonen til pasientene er det som rettleder dem med hensyn til hvor mye av undersøkelsen de utførte, valg av behandlingstilnærming og dosering.

Kollaps i en kropp og slappe kvaliteter

En av mine informanter var opptatt av å kartlegge om det var ”kollaps” i kroppen til pasienten. Dette ble vurdert etter bevegelseskvaliteten ved de passive funksjonsprøvene, samt muskelkvaliteten. Dersom det var lite motstand i ytterstilling betegnet informanten dette som *slappe kvaliteter* og sammenlignet det med submission begrepet som hun har fra traumefeltet. Med tanke på *slappe kvaliteter* i muskulaturen, forstår jeg dette som hypoton muskulatur. Informanten informerer også om at hun ofte ser redusert stabilitet i mage/rygg (hun bruker ordet *kjernen*, og jeg forstår det som kjernemuskulaturen) hos personer med mye *slappe kvaliteter*. Dersom undersøkelsen viser *slappe-kvaliteter* er dette et tegn på at behandlingen må ha en mer forsiktig tilnærming. Et eksempel informanten tar for seg, er hvordan nakken ”detter ned” ved columnarullen. I boka ”Fotfeste: en kroppsbasert behandlingsprosess”, beskriver Ekerholt og Falck (1995) hvordan pasienten slipper nakken ned i en bevegelse uten kontroll. Hun tolker det kroppslige uttrykket som overgivelse og resignasjon. I resultatene til Gretland (1999, s. 37) ser man en lignende tolkning av lignende funn. Der fortelles det om en pasient med dårlig stabilitet i kroppen og utbredt hypoton muskulatur. Disse kroppslige funnene ble forstått som et uttrykk på oppgitthet. Gretland (2007, s. 104) tolker disse funnene videre med at pasienten har lav handlingsberedskap, at hun har lite å stå i mot med, og at hun gir lett etter for andres krav og ønsker.

I litteraturen har jeg ikke funnet noe spesifikt om begrepene *kollaps i en kropp* eller *slappe kvaliteter* eller eksempler for hvordan dette uttrykkes i kroppen. Thornquist og Bunkan (1995, s. 53) bruker imidlertid begrepet *hyper-fleksibel*. Dette kommer frem i kapittelet om fleksibilitet, som ”sier noe om det totale mennesket” (Ibid., s. 53). Den fysiske dimensjonen ved fleksibiliteten er bevegelsesutslag, og mykheten i bevegeligheten, det vil si spredningsevnen, spenst og egenbevegelser. Når vi snakker om en fleksibel person, blir dette i et psykologisk perspektiv forstått som en person med mulighet for omstilling og reflektert tilpasning. Når man omtaler en person som *hyper-fleksibel* viser det til en person som tilpasser seg ukritisk (Ibid., s. 53). Om det er dette min informant legger i begrepet *slappe-kvaliteter*, og om man kan sammenligne *hyper-fleksibel* og *slappe kvaliteter*, er jeg usikker på.

Men på bakgrunn av at den fysiske dimensjonen ved begrepet, som omhandler bevegelsesutslag og kvaliteten på bevegelsen, tolker jeg det som at det er to begreper som er nært beslektet.

Jeg lurer også på om *kollaps i en kropp* kan settes i sammenheng med et sammensunket (Thornquist og Bunkan, 1995) og slapt holdningsmønster (Thornquist, 2003b). Dette holdningsmønsteret er karakterisert ved at pasienten ”henger på” strukturene og ledd belastes mer eller mindre i ytterstilling (Ibid., s. 63). Fra en psykologisk synsvinkel blir dette holdningsmønsteret sett på som et uttrykk for oppgitthet og resignasjon (Ibid.).

Holdningsanalyse

En annen av mine informanter fokuserte hovedsakelig på holdningsanalyse i sin undersøkelse av de dårligste pasientene. Hun begrunner dette med at ikke alle pasientene tåler en hel undersøkelse. Likevel mener hun at terapeuten får mye informasjon om pasientens tilstand ved å observere holdningen og hvordan de står på bena sine. I den psykomotoriske tradisjonen blir kroppsholdningen sett på som individuell og integrert med personligheten.

Kroppsholdningen og personligheten blir formet av de samme faktorene (Bunkan, 1995, s. 36). Det vi opplever gjennom livet uttrykker seg kroppslig og gjennom de ulike holdningsmønsteret kan vi få en pekepinn på grad av belastninger pasienten har eller har hatt.

I den psykomotoriske undersøkelsen gjør man holdningsanalyse i flere utgangsstillinger. Terapeuten ønsker å få et inntrykk av kroppens totale belastnings- og balanseforhold, og få informasjon om personens vanemønstre og omstillingsevne (Thornquist og Bunkan, 1995). Når man observerer holdningen ser man på hvordan pasienten står på bena, om de bruker mye muskelkraft for å holde seg oppe og balanseforholdene i kroppen. Terapeuten vurderer om holdningsmønsteret er aktivt eller passivt. Det vil si om personen er sammenkrøket med spenninger i fleksjonsmuskulaturen, eller sammensunket hvor de i større grad henger på strukturene (Thornquist, 2003b). Holdningsmønsteret i stående stilling blir sammenlignet med den sittende og liggende holdningen, og man vurderer om funnene forsterkes eller reduseres, samt om de samme holdningsmønstrene går igjen eller er ulike i de forskjellige stillingene. Med hensyn til dette er terapeuten spesielt opptatt av hvordan pasienten reagerer på den ryggliggende stillingen, noe som blir ansett som en forsvarsløs stilling. Er det mye endringer når pasienten kommer i ryggliggende posisjon, tolker man reaksjonen og endringene inn i en emosjonell sammenheng/ramme (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 46-47).

Med tanke på holdningsmønstre snakker man hovedsakelig om et fleksjonspreget og ekstensjonspreget holdningsmønster. Fleksjonsmønsteret blir i psykomotorisk tradisjon oppfattet som et forsvar. Med fleksjonsmuskulaturen låser og bremser vi respirasjonen (Bülow-Hansen, 1995, s. 7). Et eksempel på fleksjonsmønsteret er det velkjente holdningsmønsteret ”The startle pattern”, hvor skuldrene er eleverte og protraherte, armene medialroterte, samt fleksjon i armer, hofter og knær, og thorax i inspirasjonsstilling (Bunkan, 1995, s. 35). Fleksjonsmønsteret tenker man er et uttrykk på at personen har krøpet sammen i utgangsstilling for angrep eller flukt. Ekstensjonsmønsteret på den andre siden, kjennetegnes ved utrettede fysiologiske krumninger, spesielt i thorakal og cervikaldelen, stramt overstrekk i knær og albuer. Dette mønsteret sees, i følge Bunkan (1995, s. 35), ofte i forbindelse med abduksjon i ekstremitetene, og forekommer ofte hos personer som har tatt seg sammen i lang i tid. Det er heller ikke sjeldent at man ser kombinasjoner av ulike holdningsmønstre i forskjellige kroppsdelene hos et individ (Bunkan, 1995, s. 35).

5.3 Indikasjoner og kontraindikasjoner for PMF-behandling

Det kan se ut til at den største endringen i den psykomotoriske fysioterapitradisjonen er indikasjonsområdet for behandlingen. Hansson (1982) er veldig tydelig på at kontraindikasjonene for behandling er endogene depresjoner og sterkere angstnevroses. Hun begrunner dette med at muskelspenningene hos denne pasientgruppen i stor grad er en del av deres forsvarsholdning. Slik litteraturen fremstiller det, er Houge (1982) delvis enig med Hansson (1982). Men han nyanserer det ved at dersom pasienten er henvist av psykiater og forankret i en trygg psykoterapeutisk behandling, kan psykomotorisk fysioterapibehandling være indisert. Bülow-Hansen har flere slike eksempler der Braatøy henviste pasienter til henne slik at hun kunne ”trykke på knapper”, slik Braatøy selv betegnet det (Bülow-Hansen, 1995, s. 10). Et av disse eksemplene omhandler en pasient hvor behandlingen stimulerte strekkimpulsen, og thorakalrespirasjonen løsnet, som igjen resulterte i et stort angstanfall (Ibid.). Slik jeg forstår pasienteksempelet ble psykomotorisk fysioterapibehandling brukt til å løse på spenninger som var forbundet med et forsvar og hindret pasienten og psykiateren i å få kontakt med det som trolig bidro til plagene.

På denne tiden og senere er det flere (Engh og Radøy, 1982. Sternberg og Bohlen, 2009. Gretland, 1999. Thornquist, 1992) som har pekt på flere virkemidler i den psykomotoriske

tradisjonen som kan være nyttig i behandlingen av psykiatriske pasienter. Behandlingen har en mer forsiktig tilnærming og man arbeider i større grad støttende.

Den ene informanten min bemerker at de organisatoriske rammene og hvilket nivå du møter pasienten på, virker inn på indikasjonene og kontraindikasjonene. Hun kommer med et eksempel om en pasient hvor det ikke var indisert å sette i gang med behandling i primærhelsetjenesten, men hvor hun tenker at det trolig kunne være aktuelt i spesialisthelsetjenesten. Begrunnelsen for dette var mulighetene til å følge opp eventuelle reaksjoner på behandlingen, og mulighetene for å ivareta pasienten gjennom disse reaksjonene var langt bedre i spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder behandling av pasienter som lever i en ustabil livssituasjon har to av mine informanter et annet syn enn det litteraturen har. Litteraturen sier at behandlingen ikke er indisert for pasienter som er i en ustabil livssituasjon, eller for pasienter med arbeids- og livssituasjoner som innebærer mye press og dermed lite muligheter for egenregulering (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 43. Øvreberg og Andersen, 2002, s. 33). Øvreberg og Andersen (2002, s. 33) mener dette har sammenheng med den omstillingen behandlingen bidrar til, ofte gir en forbigående og ustabil periode. Denne forbigående ustabiliteten kan være for vanskelig å håndtere for pasienter som allerede lever i en presset livssituasjon, og at de dermed har nok med å takle sin egen hverdag. Mine informanter sier imidlertid at hva målsettingen for behandling er, er bestemmende for om pasientene kan nyttiggjøre seg behandlingen eller ikke. For denne pasientgruppen kan behandlingen bidra til økt forståelse for de kroppslige plagene og hva de kan ha sammenheng med. Jeg tenker videre at det dermed kan bli lettere å leve med de symptomene en har, og en slipper og bekymre seg for hva de er et uttrykk for. Videre kan dette lette på totalbelastningen pasienten har i livet sitt. Informantene sier også at behandlingen kan hjelpe personene til å stå i den livssituasjonen de står i. På bakgrunn av litteraturen og mine informanter, tenker jeg at behandlingen av pasienter med en ustabil livssituasjon ikke har til hensikt å gi den omstillingen behandlingen tradisjonelt sikter mot, men primært være støttende.

Dersom pasienten ikke er motivert for behandling eller ikke har de kognitive ressursene som behandlingen krever, blir dette også sett på som en kontraindikasjon for behandling (Renander, 2013. Bunkan, 2001a). To av mine informanter bemerker at en persons

refleksjonsevne, og muligens pasientens kognitive ressurser, kan ha sammenheng med deres psykiske lidelse og hvor dårlige de er.

Slik jeg forstår litteraturen og tolker mine informanter synes det å være en helhetsvurdering med tanke på indikasjoner og kontraindikasjoner for behandlingen av pasientene. Gjennom å få tak i personens problemer, årsakene til problemene og den totale livssituasjonen vurderer terapeuten hva man kan hjelpe den aktuelle pasient med. Det kan også se ut til at vi i dag tenker at fysioterapeuten har et bredere indikasjonsområdet enn tidligere, og at fysioterapeuten ikke bare fokuserer på omstillingen. Det synes som om det ikke er noen klare indikasjoner eller kontraindikasjoner. En stor del av vurderingen med hensyn til om en behandling skal settes i gang eller ikke, går på pasientens evne til å integrere behandlingen og pasientens evne til refleksjon om behandlingen.

5.4 Kjennetegn hos de skjøre og sårbare pasientene

Renanders (2013) funn viser at målgruppen for støttende behandling er pasienter med traumatiske erfaringer, har en psykisk belastning eller driver med selvskading. Hva den psykiske belastningen innebærer kommer ikke frem i oppgaven.

I Gretland (1999, 2007) sine pasienteksempler hvor støttende behandling blir utført, er det hovedsakelig personer med ulike erfaringer med mishandling og misbruk, samt torturofre. Dette samsvarer også med pasienteksemplene hos mine tre informanter. I tillegg sier mine informanter at de utøver støttende behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelser. En av mine informanter sier eksplisitt at skjørheten hos pasientene henger sammen med alvorlighetsgraden av hva de har opplevd og alvorlighetsgraden av diagnosen. Dette er imidlertid ikke bestemmende for skjørheten, og det er i møte med pasienten man får et inntrykk av den. En annen informant beskriver dette nærmere ved å si at hos de jeg-svake kan kommunikasjonen i seg selv være vanskelig. Med tanke på kroppsfunn påpeker mine informanter at denne pasientgruppen har en holdt, lite synlig eller flagrende pust. De kan ha en fleksjonspreget holdning eller funksjonsprøvene kan vise slappe kvaliteter⁹. Slik jeg forstår det, henger dette sammen med det Bunkan (2001a) beskriver som store avvik fra idealet.

⁹ For mer informasjon angående begrepet *slappe kvaliteter*, vises til underkapittel 4.1.2 og tilsvarende i underkapittel 5.2.

5.5 Behandling

Tiltakene

Selv om personen blir karakterisert som en jeg-svak person, kan terapeuten bruke såkalte *inngrep* tiltak som har til hensikt å slippe pusten til. Men hvor på kroppen disse tiltakene settes inn har sammenheng med historien til pasienten (Gretland, 2007). Det virker som om den enkelte pasient, på bakgrunn av livshistorie har noen kroppsdelene som er mer *private*, slik en av mine informanter betegner dem, eller er forbundet med et traume. Her må terapeuten være ekstra var når hun setter inn tiltak. Behandlingen er dynamisk hvor man veksler mellom å utfordre og støtte/stabilisere.

Massasje

Gretland (2007, s. 162) skriver at utgangspunktet for behandling av dårlige pasienter burde innebære lite kroppslig nærhet. Den ene informanten min tenker at støttende behandling ikke innebærer massasje, men heller kroppsbevissthetsøvelser og tiltak gjort i stående og sittende. De to andre beskriver behandlinger med ulike massasjeregrep, enten utført av dem selv eller pasienten. Den ene poengterer også at hun ikke opplever at massasje er kontraindisert i støttende behandling. Gretland (2007, s. 162) skriver videre at dersom behandlingen innebærer kroppslig nærhet burde den være forutsigbar for pasienten og ikke berøre kroppsområder som er problematiske for pasienten.

Hos pasienter hvor berøring av terapeutens hånd er for inngrep og utfordrende, bruker mine informanter knotteball. De ønsker å oppnå en avstand til pasienten, og unngå en nærhet som kan oppleves som truende, eller bidra til bilder og minner fra tidligere hendelser. Gretland (1999, s. 62) sine informanter gjør det samme. Gretland (1999) refererer til dette som ”avstandsregulerende hjelpemidler”.

”Om pasienten tåler berøring, og enten en gjør det med hverandre eller på seg selv, kan ulike former for berøring, strykning, klapping, børsting og massasje stimulere overfladiske sensoriske reseptorer, og bidra til at pasienten kjenner kroppens ytre grense tydeligere” (Gretland, 2007, s. 162). Den ene av mine informanter poengterer også viktigheten av å stimulere proprioseptorene til pasienten. Flere av de nevnte massasjeregrep bruker også mine informanter, og de omtaler slike kroppsavgrensende grep som støttende tiltak. Det er både hender i bevegelse, som stimulerer kroppsgrensene og som blir sett på som en mer forsiktig tilnærming, samt trykk-grep, som er mer inngrep enn en bevegende hånd. Den ene

informanten påpeker at hun gjerne starter med at pasienten gjør disse grepene på seg selv. Når det går bra, kan informanten etter hvert utføre dem. Dette samsvarer med det Gretland (2007, s. 162) skriver, at det i noen tilfeller er utfordrende nok for pasienten å ta på seg selv. Både informantene og Gretland (2007, s. 162) bemerker at slike grep er aktuelle for pasienter som opplever at kroppen helt eller delvis mangler grenser, eller at kroppsgrensene er skjøre og gjennomtrengelige. Et annet aspekt ved grep med raskt tempo, er at de på en side kan virke støttende og stimulerende, men kan på den andre siden også bli kavende og uforutsigbare, slik en av informantene til Renander (2013, s. 40) påpeker. Hva slags effekt tiltaket får, er i følge mine informanter og Gretland (2007), avhengig av den reaksjonen pasienten får i forbindelse med tiltakene.

Et annet aspekt ved massasjen som gjør den støttende, er at den går på tvers av pusten, noe Renander (2013, s. 40) og en av mine informanter formidler.

En av mine informanter er imot klype-grepet i psykomotorisk fysioterapi. Dette begrunner hun med at man vet aldri hva en pasient har opplevd. Dersom man utsetter disse pasientene for smertegrepet, sier hun at det kan føre til at de ikke synes det er så kjekt å fortsette behandlingen. Jeg tolker dette til at klypegrepet kan retraumatisere pasienten. En av informantene til Renander (2013, s. 41) bruker klypegrepet for å tydeliggjøre et reaksjonsmønster, samt øke kontakt til den aktuelle kroppsdelen.

Massasjen kan brukes for at smertepasienter kan få oppleve at noe kan oppleves behagelig og godt i kroppen (Renander, 2013, s. 41). Gjennom massasjen kan de bli kjent med at de har behov for noe. Det blir eksemplifisert at pasienter kan ha problemer med berøring, nære relasjoner, kroppskontakt og seksualliv. Dette arbeider terapeuten med gjennom å tematisere det og gi pasienten erfaringer med at berøring kan være godt (Ibid.). En av mine informanter er også opptatt av å gi pasientene opplevelse av at noe kan være behagelig, noe som er begrunnelsen for at benkebehandling ikke nødvendigvis er kontraindisert i støttende behandling.

Øvelser

Som tidligere nevnt, mener en av mine informanter at støttende tiltak er øvelser i ulike stillinger og at massasje er kontraindisert. Alle informantene informerer om at de arbeider med pasientens kontakt med underlaget og kan benytte øvelser for å øke kroppsbevisstheten

til pasienten. Den ene informanten sier også at hun ofte bruker yoga og pilatesøvelser, for at pasienten skal få kontakt med kjernemuskulaturen og dermed øke pasientens evner til å sette grenser. Når man arbeider med øvelsene etterspørres pasientens opplevelser og om det går bra. I det ene eksempelet til Gretland (2007, s. 109), var noen av tiltakene mageøvelser, øvelser for å styrke ryggen, samt rytmisk stabilisering. Gjennom behandlingen ble pasienten spurt om hun kjente at hun brukte henholdsvis mage- og ryggmuskulatur (Ibid.).

Med hensyn til hvordan en av informantene mine snakker om bruken av stabilitetsøvelser i behandlingen, tolker jeg at hennes hensikt med øvelsene er både å styrke den nevnte muskulatur, men også bedre kontakt med muskulaturen og bedre pasientens kroppskontakt. Med hensyn til pasienteksempelet til Gretland (2007), er oppfattelsen min at det er kroppskontakten terapeuten ønsker å stimulere og ikke nødvendigvis å øke styrken på muskulaturen.

Gradvis tilnærming; en del av doseringen

Alle mine tre informanter er enige om at behandlingen handler om dosering og at behandling av skjøre og jeg-svake pasienter må ha en forsiktig tilnærming. De tilnærmer seg pasienten gradvis, prøver ut ulike innfallsvinkler og vurderer reaksjonen til pasienten. Dersom pasienten ikke får en reaksjon på tiltaket, øker de doseringen og ser hvordan det går. Jeg forstår dette som at man tester ut hvor grensene til pasienten går, både for å få et bilde av skjørheten, samt se om det er fremgang i behandlingen. Gretland (2007) beskriver en slik gradvis tilnærming i en støttende behandling. Behandlingen består både av somatosensorisk stimulering ved hjelp av terapeuten sine hender og knotteball, samt øvelser som skal fremme stabilitet, kontakt og styrke i mage og rygg. Gretland (2007, s. 109) skriver at terapeuten jobber på kanten av pasientens grenser, både med hensyn til den somatosensoriske stimuleringen og motoriske funksjoner. I behandlingen testes ulike ting ut for å finne stimuleringsmåter og velge utgangsstillinger som fører pasienten videre i prosessen. Terapeuten bruker hendene i området fra foten og opp til kneet, som er det området som oppfattes som trygt for pasienten. Når terapeuten går opp til låret og over til et område som kan oppleves mer utrygt, øker hun avstanden mellom seg selv og pasienten ved å bruke knotteballen. Når pasienten ikke får noen reaksjoner, vurderer terapeuten det dithen at dette er uproblematisk for pasienten og terapeuten går over til å bruke hendene igjen (Gretland, 2007, s. 110). På bakgrunn av hvordan informantene forteller om egen praksis, får jeg en forståelse av at det er slik de også arbeider. De jobber på kanten av pasientenes grenser og på kanten av toleransevinduet. Den

kan bidra til å utvide toleransevinduet, stimulere til en endring i form av å skape rom for nye reaksjoner og utvide handlingsrepertoaret til pasienten.

Andre eksempler på gradvis tilnærming og dosering i behandling er lengden på den enkelte behandling og grad av avkledning (Gretland, 1999, s. 37. Frydenlund Feilberg, 2016). For å få en lavere dosering på behandlingen kan hver enkelt time være kortere enn hva som egentlig er vanlig i psykomotorisk fysioterapi. Behandlingen Gretland (1999, s. 37) omtaler, begynte med en varighet på 10-15 minutter. I tillegg var behandlingen begrenset til ett kroppsområdet, nemlig føttene. Ettersom pasienten tålte mer ble lengden på timene utvidet og behandlingen omfattet gradvis en større del av kroppen. I denne behandlingen hadde også pasienten klærne på. Den ene informanten lar som oftest pasienten beholde klærne på, og begrunner dette med at hun hovedsakelig har skjøre og dårlige pasienter. Klærne får som Frydenlund Feilberg (2016) poengterer, en forsvarsfunksjon.

Trygghet og tillit

Alle mine informanter snakker om trygghet i behandlingssituasjonen. Det vil skape en relasjon til pasienten som er basert på tillit. Tryggheten blir blant annet nevnt når det er snakk om grad av utfordringer og hvor mye utfordring pasientene tåler, samt forebygging av dissosiasjon og psykoser. Alle informantene snakker om trygghet, tillit og allianse. Med hensyn til alliansebegrepet, henviser Ryum og Stiles (2005, s. 998) til Bordin (1979), som sier at begrepet henger sammen med tre gjensidige og avhengige faktorer: ”(1) gjensidig enighet og forståelse av hvilke mål man søker i endringsprosessen, (2) oppgavene til hver av partene (terapeut/klient) og (3) båndet mellom partene, som er nødvendig for å understøtte prosjektet (gjensidig tillit, aksept og fortrolighet)”. I anamnesen forteller to av informantene mine at de arbeider med å utarbeide målsettinger med behandlingen og kartlegger pasientens syn på egne plager, noe som samsvarer med punkt 1 i alliansebegrepet. Begrepsdefinisjonene viser også at tilliten informantene betegner, er en del av alliansebegrepet.

En av informantene sier for eksempel at det er viktig at det er passe trygt i behandlingsrommet når man skal utfordre pasientene. Dette kommer frem når det er snakk om reaksjonenes funksjon og at de er nødvendige for en endring. Dersom behandlingen utløser sterke reaksjoner, noe som ofte er i form av et angstanfall, er det viktig å sette i gang tiltak som øker pasientens følelse av kontroll (Ekerholt og Falck, 1995, s. 49). Slike tiltak går på å regulere spenningsnivået i kroppen og øvelser som krever bruk av muskelstyrke. Ekerholt og

Falck (1995, s. 49) henviser til Radøy (1993) som poengterer viktigheten av at det skapes et trygt nok psykisk rom. ”Det psykiske rom blir et sted der det utenkbare kan oppbevares å gi mening” (Ibid., s. 50). Ved trygge psykiske rom tenker man at den fysiske beredskapen kan slippe taket, og pasienten kan få tak i det psykiske innholdet og bearbeide dette. Dersom man ikke har dette psykiske rommet kan mobilisering av ”kaos” resultere enten i en forverring av det kroppslige symptomet, utvikling av et nytt symptom eller i verste fall at pasienten utvikler en psykose (Ekerholt og Falck, 1995, s. 50). Formuleringen ”mobilisering av kaos” forstår jeg som sterke reaksjoner i behandling, og gjerne reaksjoner som blir utrygge for pasienten og dermed kan gi en opplevelse av kaos.

Et annet aspekt ved viktigheten av å jobbe mot en trygg behandlingssetting hvor pasienten har tillit til deg som behandler, er at mange psykiatriske pasienter har vanskeligheter med å forholde seg til andre mennesker (Gretland, 2007).

Stimulering av kroppskontakt

Sviktende kroppskontakt kan forstås som sviktende kontakt med omverdenen, og omvendt. I en slik situasjon blir en usikker på seg selv, usikker på sin plass i tilværelsen og usikker på andre. Usikker persepsjon av omverdenen og egenkroppen vanskeliggjør sikker koordinasjon av bevegelser, bevegelsene mister sin orientering. En kan også spørre om Ellens [pasientens navn i pasienteksempelet] klossethet kan ha sammenheng med at hun over lang tid har måttet leve først og fremst på andres premisser. Det undergraver selvtilliten – til og med evnen til å stole på egne sanseinntrykk, følelser, minner og tanker. Ledighet, spontanitet og bevegelsesfrihet innsnevres når en tilpasser seg dominerende andre og legger bånd på seg selv.

(Gretland, 2007, s. 104-105)

Alle informantene mine er enig om at økt kontakt med kroppen og eget reaksjonsmønster er essensielt i psykomotorisk fysioterapi, og da spesielt med hensyn til den støttende tilnærmingen. De erfarer at denne pasientgruppen har redusert kontakt med kroppen, redusert evne til å kjenne følelser i kroppen, samt lite kontakt med eget reaksjonsmønster og egne behov. De arbeider med dette både gjennom øvelser og massasje, hvor de etterspør pasientens opplevelse med tiltaket. Dersom pasienten ikke har kontakt med hva enten øvelsen eller massasjen gjør med dem, forsøker terapeutene å guide dem med hensyn til det de observerer kroppen uttrykker.

Mine informanternes beskrivelse av egen praksis ligner på en av informantene til Gretland (1999, s. 38) sin behandling. Den ene informanten min forteller at hun rettleider pasienten på lignende måte og at hun oppfordrer til mer nyanserte svar dersom de svarer ”Det var fint!”. Dersom svarene ikke utdypes eller nyanseres, tolker informanten det dithen at pasienten trenger hjelp til å registrere hva som skjer i kroppen, og hun går aktivt inn ved for eksempel å legge hendene på magen og spørre om pasienten kjenner pusten her.

Gjennom å øke pasientens kontakt med egen kropp og bevisstheten om den, ønsker informantene mine å bidra til at pasientene blir bedre kjent med seg selv og egne behov, samt bedre evne til å uttrykke det. En av Renander sine informanter (2013, s. 30-31) sier at det mest sentrale i hennes behandlinger er stimuleringen til økt kroppsfølelse, selvfølelse og selvomsorg. Det at de kan bli kjent med egne behov og uttrykke dem, kan bidra til at de tar bedre vare på seg selv. Sånn som en av mine informanter sier, når de må uttrykke et behov, må de også stadfeste noe om seg selv: ”JEG trenger noe”.

Grensesetting

Renander (2013, s. 43-45) sine informanter forteller at de arbeider med grensesetting, men beskriver ulike fokusområder. Den ene informanten forteller at hun ønsker å bidra til at pasienten klarer å avgrense egne følelser i behandlingsrommet, og dermed gjøre dem mer emosjonelt stabile i relasjoner til andre i deres egne liv. En annen bruker en grensesettingsøvelser i form av en grensetråd. Pasienten blir da spurt om hvor denne grensen går for ulike personer i vedkommendes omgangskrets, samt fremmede. Dette for å tydeliggjøre for pasienten hvor deres grenser går (Renander, 2013, s. 44). Gretland (2007) beskriver en lignende øvelse, hvor pasienten kan trampe en sirkel i snøen som signaliserer deres grenser. En annen av Renander (2013, s 45) sine informanter synliggjør at grensesetting kan arbeides med ved å tydeliggjøre egne ønsker og behov, som for eksempel ved behov for teppe når de ligger på benk. Dette er også noe mine informanter opptatt av, nemlig at pasienten skal komme i kontakt med egne behov og uttrykke dem, samt gi uttrykk for ubehag i behandlingen.

Den ene informanten min sier at vi i starten må hjelpe pasienten til å sette grenser ved å redusere tiden de arbeider med en øvelse og vente med behandling som går på kroppslig nærhet. En annen av mine informanter jobber med å bedre pasientens evne til å sette grenser

ved å øke styrken i kjernemuskulaturen. Dette kommer frem når hun snakker om at pasientgruppen har redusert kontakt med kroppen og redusert evne til å sette grenser. For å øke kontakten med kroppen, bruker hun ofte stabilitetsøvelser for kjernemuskulaturen. Det er på bakgrunn av dette at jeg får en oppfattelse av at det å arbeide med å styrke stabiliteten i kjernemuskulaturen, øker kontakten med kroppen og dermed evnen til å sette grenser.

5.6 Samtalens plass i psykomotorisk fysioterapi

Alle informantene mine bruker samtalen til å stille spørsmål med hensyn til reaksjoner som skjer i behandlingen. På den måten arbeider de med å øke pasientens bevissthet omkring egen kropp, samt bidrar til en kunnskapsutvikling vedrørende sammenhengene til reaksjonene.

Med hensyn til å gjøre reaksjonene meningsfulle for pasienten, kan det vises til et eksempel i resultatene til Gretland (1999, s. 44-45). Det gjelder en mann som var plaget med mye svetting. I behandlingen hos fysioterapeuten begynte han å svette, og fysioterapeuten spurte pasienten om det minnet han om noe. Både pasient og terapeut får da kjennskap til at svettetoktene har sammenheng med pasientens livshistorie. Gretland (1999) påpeker at i denne situasjonen bidrar fysioterapeuten til at symptomet får mening og kan bidra til at vedkommende blir mer kjent med seg selv.

Når det gjelder samtalen knyttet til å bedre pasientens kontakt med egen kropp, påpeker Gretland (1999) viktigheten av at terapeuten har et reflektert forhold til egen kroppsforståelse. Den verbale dialogen som utspiller seg i behandling har betydning for hva slags begreper pasienten utvikler om egen kropp. ”Når en arbeider med å bedre pasientens kroppskontakt, så arbeider en med **forutsetninger** for et meningsfylt verbalt språk.” (Gretland, 1999, s. 64).

5.7 Endring i behandling

Når jeg har arbeidet med datamaterialet mitt ser jeg at endring og omstilling burde ha blitt fokusert mer på. Jeg sitter igjen med spørsmål knyttet med hva som er forskjellen mellom endringen og omstillingen i den støttende behandlingen i forhold til den mer inngripende behandlingen.

Alle informantene er enige om at det skal skje en endring i behandling, både ved den inngripende og støttende behandlingen. Endringene blir eksemplifisert ved at pasienten gjennom behandling skal bli mer kjent med seg selv, øke bevisstheten til egen kropp og

hvordan kroppen reagerer på ting. Pasienten skal gjennom dette, blant annet ved å bli kjent med egne behov og vende seg til å uttrykke dem.

Den ene informanten min var klar på at det skjer en omstilling i den støttende behandlingen også. Hun påpeker at den ikke varer like lenge som i den inngripende/omstillende behandlingen, og at den er knyttet til en kroppslig endring som skjer direkte etter behandling. Likevel påpeker hun at tidsperspektivet er essensielt ved den støttende tilnærmingen. Jeg forstår dette som at endringer tar lengre tid enn ved den inngripende. Om informanten mener at endringene som skjer i behandlingen blir mer langvarig etter en tid, er jeg usikker på. Det er også usikkert om hun mener at de kroppslige endringene som skjer i en behandling blir en mer varig omstilling. Det at informanten oppfatter at det er en omstilling i den støttende tilnærmingen, skiller seg fra det Thornquist (2006) skriver. Behandling som er basert på psykomotoriske prinsipper og som fokuserer på forankring og stabilitet, inneholder ikke en omstilling (Thornquist, 2006, s 31).

Senere i intervjuet utdyper den aktuelle informanten ved å si at endring i behandling både er på et fysisk nivå med kroppslige endringer, og på et emosjonelt nivå der pasientene får mer energi, økt evne til å administrere hverdagen sin, samt økt evne til å sette grenser.

5.8 Uenigheter angående skille mellom støttende og inngripende behandling

Både litteraturen og mine informanter snakker om hvordan behandlingen tilpasses den enkelte pasient. Informantene mine har noe ulikt syn på om det er tiltakene, hvordan reaksjoner blir møtt eller den helhetlige behandlingen som betegnes som støttende. Den ene informanten er veldig tydelig på at det er et skille mellom den klassiske psykomotoriske behandlingen og den støttende behandlingen. Hun mener at skillet går på om pasienten tåler benkebehandling og den frigjørende omstillingen av pusten. De andre informantene gir ikke et så klart skille, og veksler mellom tiltak i stående, sittende og liggende i både den inngripende og støttende behandlingen.

Gretland (2007) beskriver en støttende behandling som hun observerte på en psykiatrisk avdeling og som lignet en klassisk psykomotorisk behandling. Behandlingen består av kjente utgangsstillinger som behandling på krakk, i stående, langsittende på benk, mageliggende og ryggliggende stilling. Kroppsområder som forbindes med det traumet pasienten har opplevd unngås. Begrunnelsen for dette er at pasienten venter på behandling hos psykiater og en

ønsker ikke å reprodusere minner eller følelser knyttet til traumet før hun er forankret i psykoterapeutisk behandling. De resterende kroppsområdene ansees som trygge og der gjøres typiske frigjørende grep og den dypere mening bak kroppsfornemmelsen etterspørres. Terapeuten er var på fjernhet og henter pasienten aktivt tilbake verbalt. Dette eksempelet viser at man kan gjøre såkalte ”inngripende” tiltak i en støttende behandling. Med tanke på det terapeuten gjør rent praktisk tenker jeg at den støttende komponenten går på at man unngår kroppsområdene forbundet med traumet, men at det likevel ikke innebærer at man ikke kan ha såkalte ”inngripende” tiltak på resten av kroppen. Gretland (2007, s. 131) trekker ut flere faktorer som gir den støttende effekten i nettopp denne behandlingen. Denne pasienten hadde en livserfaring preget av mye misbruk, mishandling og at hun hadde blitt mistrodd. Hun har dermed lite erfaring med at hennes erfaringer blir akseptert. I behandlingen får hun erfaring med dette, og det bidrar til at hun kan feste lit til seg selv og fysioterapeuten. Fysioterapeuten er var på reaksjonene og regulerer hele tiden situasjonen slik at den ikke skal bli mer følelsesladet enn det pasienten synes å tåle. Pasienten blir oppfordret til å gi uttrykk ved ubehag. Dette kan bidra til at pasienten kan lære å nyansere og differensiere følelser, reaksjoner og væremåter. Hun blir dermed bedre kjent med seg selv og kan få et mer aksepterende forhold til egne følelser og behov. Når jeg leser dette sitter jeg igjen med spørsmålet om dette ikke er aspekter ved all psykomotorisk fysioterapi, både den inngripende og støttende behandlingen. Sternberg (2009) skriver også dette, at både jeg-sterke og jeg-svake personer ikke er bevisst på egne væremåter, symptomer/reaksjonsmåter og reaksjonsmønstre. På bakgrunn av dette, hva informantene mine har sagt og egne erfaringer tenker jeg det har sammenheng med grad av behov for å bli møtt, anerkjent og akseptert. Når man har erfaringer med misbruk og/eller mishandling, og at egne behov overhodet ikke er møtt, har dette store konsekvenser for egenverdien til mennesket og kan bidra til selvsplittende reaksjonsmåter (Gretland, 2007). Det å være bevisst på hva de ulike traumene gjør med selvet og personens væremåte i relasjoner, og jobbe aktivt med å bryte disse mønstrene i behandling, og dermed bryte et mønster som bryter ned selvet ytterligere, synes for meg å være den støttende komponenten.

Gretland (1999, 2007) har flere eksempler på støttende behandlinger. Etter å ha lest disse sitter jeg igjen med oppfatningen av at tiltakene blir tilpasset hva problematikken til pasienten er, slik den ene informanten min også sier. Terapeuten er hele tiden var på reaksjoner, og kanskje spesielt reaksjoner og reaksjonsmåter som forbindes med en selvdestruktiv adferd. En annen av mine informanter mener at den støttende komponenten ligger i hvordan terapeuten

møter reaksjonene. I Gretland (2007) sitt eksempel ovenfor, er det variasjon i hvordan terapeuten møter reaksjonene. Alle reaksjonene blir møtt og anerkjent. Men de reaksjonene terapeuten tenker har sammenheng med traumet, er ikke gjenstand for refleksjon. Andre reaksjoner som terapeuten ikke tenker har sammenheng med traumet, blir på den andre siden gjenstand for refleksjon der man ønsker å øke pasientens kontakt med egne reaksjons- og væremåter.

En av de to informantene som veksler mellom såkalte støttende og inngripende tiltak, sier at hun aldri har oppfattet at det er et klart skille mellom støttende og inngripende behandling. Selv om jeg som student har fått økende forståelse for dynamikken i behandlingen, overrasket denne meddelelsen meg. Gjennom eget studium, både gjennom forelesninger og det jeg har lest, har jeg fått en oppfatning av at det er to ulike tilnærminger, slik den andre av mine informanter meddeler. Det er vanlig å skille den støttende behandlingen fra den psykomotoriske behandlingen (Thornquist, 2006. Bentzen Følstad, 2013). Thornquist (2006) skriver at når den klassiske psykomotoriske fysioterapibehandlingen er kontraindisert, kan man blant annet behandle etter psykomotoriske prinsipper og legge vekt på forankring og stabilitet, og ikke omstilling (Ibid., s. 31). Den behandlingen Thornquist beskriver, oppfatter jeg som en støttende tilnærming i psykomotorisk fysioterapi og at den ikke blir ansett som psykomotorisk behandling.

Men selv om det er vanlig å skille den støttende og inngripende behandlingen er det flere som synliggjør at det ikke er et klart skille mellom dem (Fryndelund Feilberg, 2016. Sternberg og Bohen, 2009). Det overordnede prinsippet på god behandling er individualisering. Behandlingen skal tilpasses pasientens problemområder og reaksjonsmåter, og det er det som er bestemmende for virkningen av de ulike tiltakene. Hva som fungerer best for den enkelte pasient må derfor bestemmes i samarbeid med pasient og terapeut (Ibid., s 20). Informantene mine beskriver også en behandling tilpasset den enkelte pasient. I behandlingen har de en forsiktig og utforskende tone, hvor de tester ut ulike tiltak og ser hvordan pasienten reagerer. De er gjennom hele behandlingen opptatt av å ha kontakt med pasienten og passe på at vedkommende er til stede i situasjonen. Dette gjør de gjennom spørsmål og samtale. De etterspør blant annet kroppslige fornemmelser, hvordan ting erfares og oppleves, samt om de er til stede. De verbale svarene, sett i sammenheng med det kroppslige uttrykket, gir terapeuten enten en indikasjon på om pasienten er i kontakt med det som skjer med dem, eller om terapeuten kan utfordre med mer inngripende/omstillende tiltak.

Bentzen Følstad (2013) registrerte i sitt datamaterialet at informantene som arbeidet i psykiatrien skilte på sin måte å arbeide psykomotorisk på, og den vanlige, metodetroe og tradisjonelle psykomotoriske behandlingen (s. 50). På bakgrunn av dette spør Bentzen Følstad (2013) seg om norsk psykomotorisk fysioterapi er en metode, tilnærming eller en grunnleggende måte å forstå på. Hun har flere spørsmål knyttet til hvor grensen går med hensyn til hva en kan kalle psykomotorisk behandling, og ikke. Med hensyn til at det i en del av litteraturen (Thornquist, 2006) og at flere psykomotorikere (en av mine informanter og informantene til Bentzen Følstad (2013)) skiller mellom tradisjonell psykomotorisk fysioterapi og støttende behandling, er for meg forvirrende og skaper en usikkerhet med hensyn til hva psykomotorisk behandling innebærer og er.

Dette viser at både mine informanter og litteraturen er uklare på hva støttende behandling er, hvor skillet ligger og om det i det hele tatt er snakk om et skille. Oppgaver som er basert på observasjon av praksis (Ekerholt og Falck, 1995. Gretland, 1999. Gretland, 2007.), oppfatter jeg ikke opererer med et skille, men beskriver en dynamisk prosess der en utforsker pasientens grenser for hva de tåler og at terapeuten doserer behandlingen der etter. Litteraturen som på den andre siden skriver om de overordnede prinsippene til behandlingsformen (Thornquist, 2006), operer med et skille.

5.9 Begrepsbruk – tid for en endring?

Som vist over og i innledningen av oppgaven, er litteraturen utydelig på hva støttende behandling er, og begrepets plass i den psykomotoriske tradisjonen. To av mine tre informanter ga uttrykk for at begrepet i seg selv er vanskelig og misvisende i den forstand at samarbeidene personell har en annen oppfatning av begrepet. Den ene informanten var direkte imot begrepet og ga et sterkt uttrykk for at det burde endres. I tillegg anser ikke den siste informanten at det er et klart skille mellom støttende og inngripende behandling, noe Frydenlund Feilberg (2016) også påpeker. Det synes som om alle er enig i at all behandling handler om dosering. Informantene mine foretrekker begreper som en *mer forsiktig tilnærming* og *stabiliserende tiltak* fremfor *støttende behandling*.

6 Sammenfatning

I dette kapittelet skal jeg gi en kort sammenfatning av oppgaven og knytte funnene og drøftingen opp mot problemstillingen min: ”*Hva tenker og erfarer psykomotoriske fysioterapeuter om støttende tilnærming i psykomotorisk fysioterapi?*”.

Det er tydelig at behandling generelt handler om dosering, og at man ved støttende behandling har en lavere dosering og en mer forsiktig tilnærming, enn ved den inngripende behandlingen. På bakgrunn av hvordan informantene beskriver egen praksis og mitt utvalg av litteratur, virker det som om pasientens livshistorie og reaksjoner i konsultasjonene er det som er mest styrende med hensyn til valg av tilnæringsmåte. Informantene er bevisste på hva traumer kan gjøre med selvet og personens væremåte. I behandlingene jobbes det aktivt med å bryte pasientens selvdestruktive adferd og utvide deres handlingsrepertoar.

Med hensyn til hvilke elementer i vurderingsgrunnlaget som bestemmer valg av tilnæringsmåte, er det flere forhold som gjør at pasientene vurderes som skjøre og dårlige. Denne vurderingen begynner allerede i anamnesen der kommunikasjonen og blikket til pasienten, inklusive pasientens diagnoser og livshistorie, vurderes sammen med pasientens reaksjoner som kommer i anamneseopptaket. Dersom pasienten blir veldig aktiverte og har reaksjoner i form av økt spenningsmønster, autonome reaksjoner, endringer i pusten og/eller emosjonelle reaksjoner, kan dette indikere at pasienten er skjør og har behov for en mer forsiktig tilnærming i kroppsundersøkelsen og videre behandling.

Den samme varheten for pasientens reaksjoner fortsetter informantene/terapeutene med kroppsundersøkelsen og det synes å være bestemmende for hvor mye av den tradisjonelle psykomotoriske undersøkelsen som gjennomføres i starten av behandlingsforløpet. Er det mye reaksjoner, forstår informantene dette som at pasienten ikke tåler hele undersøkelsen og de bruker flere konsultasjoner på gjennomføringen. Alle mine informanter beskriver strukturerte undersøkelsesmetoder, men hva de vektlegger i selve undersøkelsen er noe ulikt. Likevel oppfatter jeg de som relativt enige om hva slags funn som indikerer en skjør og sårbar pasient.

Hva det er ved behandlingen som gjør den støttende, er informantene noe uenige om. Den ene informanten forteller at den støttende komponenten handler om hvordan reaksjonene blir møtt og hvordan de benyttes i behandlingen. Den andre informanten forteller at det er problemene til pasienten og vedkommendes skjørhet, samt tiltakene i seg selv som definerer behandlingen som støttende. Den siste informanten mener at det er klart skille mellom den støttende og inngripende behandling, og at den støttende tilnærmingen ikke innebærer benkebehandling eller tiltak som har til hensikt å løsne på pusten. Selv i litteraturen er det uenighet om hva

støttende behandling er. Det ser ut som noe av uenigheten er om det er et klart og tydelig skille mellom den inngripende og støttende behandlingen. Det er stadig flere forfattere som argumenterer for at det ikke er et klart skille, men at det er en gradvis overgang.

Selv om det er noe uenighet med hensyn til hva slags tiltak som er indisert og kontraindisert for den jeg-svake pasientgruppen, er det noen tiltak som går igjen hos alle informantene mine og i litteraturen. Disse tiltakene blir karakterisert som støttende tiltak, og er blant annet kroppsavgrensende/omsluttende grep og øvelser som stimulerer kroppskontakt og øker kroppsbevisstheten. Tiltakenes funksjon er å få økt kontakt med kroppen, økt evne til å sette grenser, mer kontakt med egne følelser, samt økt evne til å administrere livene på en bedre måte.

Samtlige av mine informanter presiserte viktigheten av arbeidserfaringene i psykiatrien med hensyn til arbeidet i privat praksis. Dette på grunn av økt forståelse for psykiatriske lidelser og hvordan vurdere alvorlighetsgraden, samt hvordan forholde seg til følelser som kommer i behandlingen. Derfor tenker jeg at arbeidserfaring i psykiatrien gir en trygghet til å takle alvorlige psykiske reaksjoner i terapirommet, og øker muligheten til å utnytte det terapeutiske verktøyet som den psykomotoriske tilnærmingen har. Tre informanternes mening vedrørende dette, er ikke nok til å si hvor viktig det er, men absolutt noe vi som nyutdannede burde ha i bakhodet.

6.1 Behov for mer forskning angående tema

Gjennom arbeidet med oppgaven har uenighetene angående hva slags plass den støttende behandlingen har i psykomotorisk fysioterapi blitt mer og mer tydelig. Jeg har heller ikke klart å finne en felles faglig forståelse for hva støttende behandling er eller fullt ut hvordan den skal utøves. Selvfølgelig er et masterarbeid med tre informanter og begrensede ressurser for lite til å gå tilstrekkelig i dybden i både nasjonal og internasjonal litteratur. Likevel tenker jeg at funnene i dette prosjektet danner grunnlag for å spørre om det er uenigheter angående bredden i faget og indikasjonsområdene for psykomotorisk fysioterapibehandling.

For å bevare vår plass i det Norske helsevesenet, er det vesentlig at vi som faggruppe er enig om hva psykomotorisk behandling innebærer og hvilke pasienter og pasientgrupper vi kan behandle. Dette er også noe en av mine informanter poengterer. Hun sier at i arbeidet med å synliggjøre vår yrkesgruppe, må vi først bli enige om hva vi legger i en aktiv behandling,

hvilke tanker vi har med hensyn til å avslutte behandling og hva vi legger i dosering av behandling. Hun sier eksplisitt at vi burde bytte ut begrepene støttende og inngripende behandling, og at vi burde fokusere mer på indikasjonsområdet for behandling enn å skille disse begrepene.

Jeg er usikker på om jeg har nok bakgrunn til å støtte denne informantens utsagn i at dette er veien å gå. Men jeg synes det er interessante tanker, som både burde undersøkes nærmere og i mye større skala enn en masteroppgave. Uansett viser oppgaven min at det er uklarheter om hva støttende behandling er, og om det er et skille mellom støttende og inngripende. Det å få økt klarhet i dette og en felles faglig forståelse for det, er uansett viktig og trolig noe faggruppen psykomotorisk fysioterapi burde se nærmere på.

7 Referanseliste

Bentzen Føllstad, G (2013) **Norsk psykomotorisk fysioterapi i psykiatrien. – En kvalitativ undersøkelse av erfaringer knyttet til det å bruke psykomotorisk fysioterapi i behandlingen av pasienter som henvises til allmennpsykiatriske poliklinikker.**

[Masteroppgave] Tromsø: Norges Arktiske Universitet

Bordin, E.S. (1979) **The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance.** *Psychotherapy: Theory, Research and Practise*, 16, s. 252-260. Referert i: Ryum, T. og Stiles, T.C. (2005) **Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet.** *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 42 (11) s. 998-1003. Tilgjengelig fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=307904&a=3> [Lest 15 april 2016]

Bunkan, B.H., (2001a) **Kropp, Respirasjon og Kroppsbilde – Teori og helsefremmende beahndling.** Oslo: Gyldendal Akademisk

Bunkan, B.H., (2001b) **Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer.** *Tidsskrift for Den norske legeförening*. [Internett] 121 (24), s. 2845-2848. Tilgjengelig fra <<http://tidsskriftet.no/toc/409319>> [Lest dato: 17 februar 2016]

Bunkan, B.H. (1995) **Psykomotorisk behandling ad modum Braatøy/Bülow-Hansen. I:** Bunkan, B.H., Bülow-Hansen, Aa., Houge, N.H., Hødal, T. og Hansson, H. red *Psykomotorisk behandling ad modum Braatøy/Bülow-Hansen.* Oslo: Pensumtjeneste, s. 32-92.

Bunkan, B.H., Bülow-Hansen, Aa, Houge N.H., Hødal, T. og Hansson, H (1995) **Psykomotorisk behandling ad modum Braatøy/Bülow-Hansen.** Oslo, Pensumtjeneste

Bunkan, B.H. (1982a) **Norsk metode med innebygget optimisme.** I: Bunkan, B.H., Radøy, L og Thornquist, E. Red. *Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow Hansen.* Oslo: Universitetsforlaget, s. 64-72

Bunkan, B.H. (1982b) **Den psykomotoriske tradisjon.** I: Bunkan, B.H., Radøy, L og Thornquist, E. Red. *Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow Hansen.* Oslo: Universitetsforlaget, s. 22-29.

Bunkan, B.H., Radøy, L. og Thornquist, E. (1982) **Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow Hansen.** Oslo: Universitetsforlaget

Bunkan, B.H. og Thaulow, I. (1982) ”**Jeg er alltid optimist**” – Intervju med Aadel Bülow-Hansen. I: Bunkan, B.H., Radøy, L og Thornquist, E. Red. *Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow Hansen.* Oslo: Universitetsforlaget, s. 3-10

Bunkan, B.H. (1971) **Undersøkellesmetodikk og behandlingsmetoder ved muskulære spenninger.** Oslo: Universitetsforlaget

Bülow-Hansen, A (1995) **Historikk.** Bunkan, B.H., Bülow-Hansen, Aa., Houge, N.H., Hødal, T. og Hansson, H. red *Psykomotorisk behandling ad modum Braatøy/Bülow-Hansen.* Oslo: Pensumtjeneste, s. 4-15

Bülow-Hansen, A (1982) **Psykomotorisk fysioterapi.** I: Bunkan, B.H., Radøy, L og Thornquist, E. Red. *Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow Hansen.* Oslo: Universitetsforlaget, s. 15-21

Dissosiasjon, i: *ordnett.no* [Internett]. Tilgjengelig fra <https://vpn.uit.no/+CSCO+1075676763663A2F2F6A6A6A2E626571617267672E6162++/search?search=dissosiasjon&lang=no> [Lest 28 april 2016]

Ekerholt, K. Og Falck, M. (1995) **Fotfeste – en kroppsbasert behandlingsprosess.** Oslo, Pax Forlag AS.

Engh, og Radøy, L. (1982) **Psykomotoriske prinsipper brukt i tungpsykiatrien.** I: Bunkan, B.H., Radøy, L og Thornquist, E. Red. *Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow Hansen.* Oslo: Universitetsforlaget, s. 182-185.

Evang, A (2010) **Utvikling, personlighet og Borderline**. Oslo, Cappelen Damm AS

Frydenlund Feilberg, M. (2016) **Fysioterapi som relationel praksis – behandling av torturoverlevende**. *Fysioterapeuten*. 83 (4), s. 16-21.

Gretland, A (2007) **Den relasjonelle kroppen – Fysioterapi i psykisk helsearbeid**. Bergen: Fagbokforlaget

Gretland, A (1999) **Kroppens spor – En utfordring i psykiatrien. Rapport fra prosjektet ”Fysioterapi i psykiatri”**. Tromsø: Regionsykehuset i Tromsø

Hansson, H. (1982) **Psykomotorisk behandling**. I: Bunkan, B.H., Radøy, L og Thornquist, E. Red. *Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 121-127.

Houge, N.H. (1982) **Psykomotorisk fysioterapi og psykosomatisk behandling**. I: Bunkan, B.H., Radøy, L og Thornquist, E. Red. *Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 51-56

Hødal, T. (1982) **Psykomotorisk behandling i almenpraksis**. I: Bunkan, B.H., Radøy, L og Thornquist, E. Red. *Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 57-63.

Isdahl, P.J. og Thornquist, E. (1983) **Kroppen mellom hendene. Intervju med Aadel Bülow-Hansen**. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 20, s. 273-275. Referert i: Gretland (2007) **Den relasjonelle kroppen – Fysioterapi i psykisk helsearbeid**. Bergen: Fagbokforlaget

Håkonsen, K.M. (2009) **Innføring i psykologi**. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kogan, N. Og Carter A.S. (1996) **Mother-infant reengagement following the still-face: The role of maternal emotional availability in infant affect regulation.** *Infant Behavior & Development*, 19 (3) s. 359-370. Referert i: Nordanger og Braarud (2014) **Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi.** *Tidsskrift for norsk psykologforening*. [Internett] 51 (7), s. 531-536. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=424651&a=2> [Lest 20 april 2016]

Kringlen, E. (2012) **Psykatri.** Oslo: Gyldendal Akademisk

Kvale, S. (1997) **Det kvalitative forskningsintervju.** Oslo: Gyldendal Akademisk

Malterud, M. (2011) **Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring.** Oslo: Universitetsforlaget

Nilsen-Nygaard, K. og Thornquist, E (1982) ”Å stå godt på bena”. I: Bunkan, B.H., Radøy, L og Thornquist, E. Red. *Psykomotorisk behandling – Festskrift til Aadel Bülow Hansen.* Oslo: Universitetsforlaget, s. 86-91.

Nordanger, D.Ø. og Braarud, H.C. (2014) **Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi.** *Tidsskrift for norsk psykologforening*. [Internett] 51 (7), s. 531-536. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=424651&a=2> [Lest 20 april 2016]

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2012) **Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.** Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins

Porges, S.W. (2009) **The polyvagal perspective.** *Biological Psychology*. 74 (2), s. 116-143. Referert i: Nordanger og Braarud (2014) **Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi.** *Tidsskrift for norsk psykologforening*. [Internett] 51 (7), s. 531-536. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=424651&a=2> [Lest 20 april 2016]

Raaheim, K. og Skre, I.B. (14 juni 2015). **Psykoanalyse.** I: Store norske leksikon. [Internett] Tilgjengelig fra: <<https://snl.no/psykoanalyse>> [Lest 30. april 2016]

Radøy, L. (1993) **Psykosomatikk – affekter på avveie?** [Hovedoppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo. Referert i: Ekerholt, K. Og Falck, M. (1995) **Fotfeste – en kroppsbasert behandlingsprosess.** Oslo, Pax Forlag AS.

Renander, S (2013) ”**Hvordan forstår og begrunner fysioterapeuter støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi?**” [Masteroppgave] Tromsø: Norges Arktiske Universitet

Ryum, T. og Stiles, T.C. (2005) **Betydningen av den terapeutiske allianse: En studie av alliansens prediktive validitet.** *Tidsskrift for norsk psykologforening.* 42 (11) s. 998-1003. Tilgjengelig fra <http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=307904&a=3> [Lest 15 april 2016]

Røed Hansen, B. (1991) **Den første dialogen – en studie av spedbarnets oppmerksomhet i samspill.** Oslo: Solum Forlag AS.

Siegel, D.J. (2012) **Developing Mind, Second edition.** Referert i: Nordanger, D.Ø. og Braarud, H.C. (2014) **Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi.** *Tidsskrift for norsk psykologforening.* [Internett] 51 (7), s. 531-536. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=424651&a=2> [Lest 20 april 2016]

Stien, P.T. og Kendall, J. (2004) **Psychological trauma and the developing brain.** New Yor: Routledge. Referert i: Nordanger og Braarud (2014) **Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi.** *Tidsskrift for norsk psykologforening.* [Internett] 51 (7), s. 531-536. Tilgjengelig fra: <http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=424651&a=2> [Lest 20 april 2016]

Stern, D.N. (2003) **Spedbarnets interpersonlige verden.** Oslo: Gyldendal Akademisk

Sternberg, S. (2009) **Fysioterapeutisk intervensjon ved personlighetsforstyrrelser. I:** Ekerholt, K. red. *Festskrift til Berit Heir Bunkan.* Oslo: Høyskolen i Oslo, s. 239

Sternberg, S og Bohem, R. (2009) **Fysioterapeutisk intervensjon ved personlighedsforstyrrelser**. I: Ekerholt, K. red. *Festskrift til Berit Heir Bunkan*. Oslo: Høyskolen i Oslo, s. 240-245.

Thagaard, T. (1998) **Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode**. Bergen, Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2006) **Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming. Del 1: Kjennetegn, prinsipper, framgangsmåter**. [Internett] *Utposten*. 2006 (5) Tilgjengelig fra <<http://www.barneselskap.no/LinkClick.aspx?fileticket=Ut22I4yKzbg%3D&tabid=268&mid=787>> [Lest 25 april 2016]

Thornquist, E. (2003a) **Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag**. Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E (2003b) **Lungefysioterapi – funksjonsvurderinger og klinisk arbeid**. Oslo: Gyldendal Akademisk

Thornquist, E. (1992) **Fysioterapeuters funksjon og rolle innen psykisk helsevern**. Oslo: Norsk fysioterapeuters forbund, faggruppe for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

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

Tjora, A (2012) **Kvalitative forskningsmetoder i praksis**. Oslo: Gyldendal Akademisk

Trygve Braatøy (13 februar 2009) i: Norsk biografisk leksikon. [Internett] Tilgjengelig fra: <https://nbl.snl.no/Trygve_Braatøy> [Lest 14 oktober 2015]

Øvreberg, G og Andersen, T (2002) **Aadel Bülow-Hansens fysioterapi – en metode til omstilling av anspent muskulatur og hemmet respirasjon**. Skarnes: Compendius Forlag

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1: Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Som avtalt på telefon sender jeg deg informasjon om mastergradsprosjektets tema og hvordan prosjektet vil bli gjennomført. Dette brevet fungerer som en forespørsel om å delta på intervju i forbindelse med min masteroppgave: ”Støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi - prinsipielle kjennetegn”

Prosjektet skrives i forbindelse med avslutningen av masterprogrammet i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Gjennom arbeidet med oppgaven ønsker jeg å få økt innblikk i de prinsipielle kjennetegnene til støttende behandling i psykomotorisk fysioterapi. Planen er å intervju tre psykomotoriske fysioterapeuter.

Gjennom intervju ønsker jeg å få økt kjennskap til vurderingsgrunnlaget for tilnæringsmåten støttende behandling, det være seg valg av undersøkelser, funn som tyder på behov for støttende tilnærming og kontraindikasjoner for behandling. I tillegg ønsker jeg å få innblikk i hva som kjennetegner støttende behandling; valg av tiltak og hva som gjør at tiltakene får en støttende funksjon.

Gjennom å se på empirien og koble det opp mot relevant teori ønskes det å bidra til en kunnskapsutvikling vedrørende støttende behandling innen PMF. Problemstillingen lyder som følger:

Hva mener psykomotoriske fysioterapeuter er de prinsipielle forskjellene mellom inngripende og støttende behandling?

I utvelgelsen av informanter har jeg spurt kollegaer, praksisveiledere, mesterveileder, m.fl. om de kjenner psykomotoriske fysioterapeuter som passer til inklusjonskriteriene til oppgaven. Du har blitt spurt om å delta på bakgrunn av følgende inklusjonskriterier:
3 års erfaring som fysioterapeut i psykiatrien. Ikke nødvendigvis nåværende stilling
Er psykomotorisk fysioterapeut
Har god evne til å sette ord på egen praksis, teoretisk bakgrunn og overordnede faglige prinsipper
Er utviklingsorientert innen faget

Gjennomføringen av oppgaven vil følge retningslinjene for god forskningsetikk. I intervjuene vil det bli brukt to ulike digitale lydopptakere. Det vil ikke bli registrert direkte personopplysninger, verken på lydopptakene, i dokumentene gjennom masterarbeidet eller i den ferdige oppgaven. Lydopptakene vil bli oppbevart på en ekstern harddisk i en låst skuff.

Det er frivillig deltakelse og du kan trekke deg når som helst i prosessen, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alt materialet bygd på ditt lydopptak bli slettet. Levering av masteroppgaven er 13 mai 2016. Lydbåndopptak og transkriberingsdokumenter vil bli slettet 31.12.2016. Dersom det blir aktuelt å bruke materialet utenom masteroppgaven vil det komme en ny forespørsel om dette.

Samtykke til deltagelse i prosjektet

Samtykke innhentes muntlig i forbindelse med at intervjuet med deg gjennomføres, og leses inn innledningsvis på lydopptaket. Videre deltagelse i prosjektet blir sett på som samtykke.

Ved å delta samtykker du til:

at du har mottatt relevant og tilstrekkelig informasjon om prosjektet

er informert om at det er frivillig deltagelse

at du er villig til å delta.

Dersom du har spørsmål om prosjektet eller din deltagelse, ta kontakt med masterstudent Kaja Kise på telefon 93615676 eller e-post: kajakise@gmail.com, eller førstelektor Anne Gretland på telefon 90031463 eller e-post: anne.gretland@uit.no

Med vennlig hilsen

Kaja Kise, Masterstudent

8.2 Vedlegg 2: Intervjuguide tilsendt informantene

Intervjuguide

Faser i intervjuet	Spørsmålene i stikkord
Oppvarming	Leser opp informert samtykke.
Åpningsspørsmål	Informantenes yrkeserfaringer Hva legger du i begrepet støttende behandling?
Hoveddel	1. Vurderingsgrunnlag: <ul style="list-style-type: none">• Kroppsundersøkelse? Anamnese?<ul style="list-style-type: none">○ Hva vektlegges?○ Omstillingsevne?• Hva karakteriserer pasientene som skal ha støttende behandling?• Kontraindikasjoner<ul style="list-style-type: none">○ Psykosefare?○ Pas som melder seg ut av situasjonen/"forsvinner":<ul style="list-style-type: none">▪ Hvordan ser du det? Hva legger du merke til?▪ Hva gjør du?• Teoretisk forankring 2. Behandling <ul style="list-style-type: none">• Forskjellen mellom støttende og inngripende behandling? • Tiltak<ul style="list-style-type: none">○ Spesifikke tiltak, kommunikasjon○ Hvorfor støttende effekt?○ Hvordan stimuleres det til:<ul style="list-style-type: none">▪ Økt selvavgrensning▪ Sikrere identitetsfølelse▪ Økt autonomi▪ Samhandlingsevne • Beskriv en støttende behandling• Effektivt vurdering?• Teoretisk forankring
Avslutning	Er det noe mer vedrørende tema du tenker burde bli belyst? Forslag til aktuelle forfattere som skriver om tema Takk for hjelpen!! 😊

8.3 Vedlegg 3: Utvidet intervjuguide til eget bruk i intervjuene

Intervjuguide

1. Yrkeserfaringer
2. Umiddelbare tanker når man hører støttende behandling
 - a. Har man gått fra støttende behandling til støttende tilnærming
 - b. Støtte versus stabilisere: To sider av samme sak?

Vurderingsgrunnlag

1. Undersøkelse
 - a. Hva vektlegges i anamnese
 - b. Hva slags kroppsundersøkelse
 - i. Sprik i funn? Hvordan forstår man det? Hvordan forholder man seg til det?
 - c. Målsettinger for beh?
2. Kjennetegn på en pasient som har behov for støttende beh./tilnærming PMF
 - a. Vektlegging av diagnose
 - b. Alvorlighetsgrad av hendelser i livet
 - c. Alvorlig psykisk syk, dårlige, skjøre: hva er som gjør at vi får dette bildet av personen?
3. Kriterier for behandling
4. PMF ikke indisert? Kontraindikasjoner
 - a. Ustabile forhold rundt pas?

Behandling

1. Tiltak?
 - a. Utgangsstillinger
 - b. Benkebehandling alltid for utfordrende?
2. Fokus?
3. Hva er det med tiltaket som gir den støttende effekten?
4. Rammene rundt behandlingen?
5. Har du et eksempel på en behandling hvor du hovedsakelig brukte støttende tilnærming?
6. Hvordan oppnå følgende: Økt selvavgrensning, Sikrere identitetsfølelse, Økt autonomi og bedre Samhandlingsevne

Støttende generelt

1. Støttende behandling i psykiatri vs primærhelsetjenesten
2. Støtte vs stabilisere
3. Skjer det ingen endring i støttende behandling? Det at man får mer grep på seg selv – er ikke det endring? Hva er det som gjør at vi oppfatter denne endringen ulik den endringen/omstillingen som skjer i inngripende behandling?
 - a. Er det mangel på endring/omstilling som bestemmer om beh er støttende?
 - b. Hva er endring i behandlingsøyemed?

4. En setning som går igjen hos kollegaer, i andre masteroppgaver er: "for dårlig for tradisjonell PMF". Er ikke støttende behandling en del av PMF 'en, ser man på den som noe annet?