

Hvilke betydninger kan anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi få for pasientens psykiske helse?

NORUNN WESTERSUND

VEILEDER

Erna Ulland

Universitetet i Agder, 2020

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for psykososial helse

Master

Forord

Jeg ønsker med dette å rette en stor takk til alle de som på ulike måter har gjort det mulig for meg å gjennomføre denne oppgaven.

Først en stor takk til mine informanter som delte sin erfaring og tid med meg.

Så en takk til Erna Ulland som har vært min veileder. Tusen takk for god veiledning og godt samarbeid. Din hjelp og tilbakemelding har vært uunnværlig.

Takk til Norsk fysioterapiforbund og Fondet for videreutdanning for økonomisk støtte.

Takk til Signe og Mia for korrekturlesning.

Tusen takk til Lars, som har tålmodig har lyttet og bidratt på uendelige måter.

Sist, men ikke minst, ønsker jeg å takke mine tre fantastiske barn, Emma, Scott og Felix.

Takk for alt dere har lært og lærer meg. Uten dere hadde dette ikke vært mulig!

Kolbjørnsvik, 30.april 2020

Norunn Westersund

Sammendrag

Prosjektets bakgrunn:

Denne studien omhandler pasienter i Norsk psykomotorisk fysioterapibehandling. Pasientene har vært i behandling i lang tid, og hadde mye kroppslig ubehag før behandlingen startet. Pasientene hadde før behandlingsstart lite kunnskap og forståelse for hvordan ulike livsbelastninger kunne gi kroppslige symptomer. Underveis i behandlingen klarte de å se og forstå sammenhengen mellom psykiske påkjenninger og kroppslige, ubehagelige symptomer.

Hensikt og problemstilling:

Hensikten med studien er å undersøke hvilken betydning anerkjennelse har for pasientens psykiske helse i psykomotorisk fysioterapi. Problemstillingen er følgende: *Hvilke betydninger kan anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi få for pasientens psykiske helse?*

Metode: design, utvalg og analyse:

Fire psykomotoriske pasienter ble intervjuet i et semistrukturert intervju. Materialet ble analysert med en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, etter systematisk tekstkondensering.

Resultater:

Studien viser at de psykomotoriske pasientene erfarte at behandlingene gav en økt forståelse og anerkjennelse, for hvordan ulike livspåkjenninger hadde gitt seg utslag i kroppslige symptomer. De forstod også bedre hvordan følelser, pust og kropp jobber sammen. Det var avgjørende at de kunne være i behandling over tid, for å ikke bare forstå det kognitivt, men også at kroppen skulle klare å endre uhensiktsmessige mønstre.

Konklusjon:

Hovedfunnene i studien var at *tid, berøring, opplevelse av anerkjennelse* fra den psykomotoriske terapeuten og *forståelsen av de kroppslige reaksjonene* var de fire delmomentene som særlig ble erfart som viktig i forhold til deres erfaring med berøring og nærhet i relasjonen til den psykomotoriske fysioterapeuten.

Nøkkelord:

Norsk psykomotorisk fysioterapi, anerkjennelse, relasjon, fenomenologiske kroppen, hermeneutisk filosofi, psykisk helsearbeid, terapeutisk rolle og virkemiddel

Abstract

Background of the project:

This study deals with patients in Norwegian psychomotor physiotherapy treatment. The patients have been in treatment for a long time and had a lot of physical discomfort before starting treatment. Before starting treatment, patients had little knowledge and understanding of how different life stresses could cause bodily symptoms. During treatment, they were able to see and understand the relationship between psychological distress and physical, unpleasant symptoms.

Purpose and problem:

The purpose of the study is first and foremost to add new knowledge in mental health work, and in the psychomotor field. The problem is the following:

What implications can acknowledgement in psychomotor physiotherapy have for patients' mental health?

Method: design, selection, and analysis:

Four psychomotor patients were interviewed in a semi-structured interview. The material was analysed using a hermeneutic-phenomenological approach, following systematic text condensation.

Results:

The study shows that the psychomotor patients experienced that the treatments gave an increased understanding and recognition of how different life stresses had manifested in physical symptoms. They also understood better how emotions, breath, and body work together. It was crucial that they could be in treatment over time, to not only understand it cognitively, but also that the body should be able to change inappropriate patterns.

Conclusion:

The main findings of the study were that time, touch, experience of recognition by the psychomotor therapist, and understanding of the bodily reactions were the four sub-moments that were particularly important in their experience of touch and closeness in the relationship with the psychomotor physiotherapist.

Keywords:

Norwegian psychomotor physiotherapy, recognition, relationship, phenomenological body, hermeneutic philosophy, mental health work, therapeutic role, and instrument

Innhold

1.0 Innledning	9
1.1.Bakgrunn for valg av studie.....	9
1.2 Tidligere forskning.....	10
2.0 Teoretisk rammeverk	12
2.1 Den fenomenologiske kroppen	12
2.2 Hermeneutisk filosofi	13
2.3 Psykomotorisk fysioterapi.....	14
2.4 Salutogenese	15
2.5 Anerkjennelse	15
2.5 Relasjon	18
2.6 Psykisk helsearbeid	19
2.7 Terapeutiske rolle og virkemidler	20
3.0 Metode	22
3.1 Kvalitativt forskningsdesign	22
3.2 Hermeneutisk-fenomenologisk studie	22
3.3 Utvalg	23
3.4 Datainnsamling	24
3.5 Transkribering	24
3.6 Metodekritikk: Studiens validitet	24
3.7 Forskningsetiske overveielser	25
3.8 Egen rolle som forsker	26
4.0 Dataanalyse ved systematisk tekstkondensering SCT	27
4.1 Trinn 1. Å få et helhetsinntrykk- fra villnis til foreløpige temaer	27
4.2 Trinn 2. Å identifisere meningsbærende enheter- fra tema til koder	28
4.3 Trinn 3. Kondensering-fra kode til abstrahert meningsinnhold	29
4.4 Trinn 4. Syntese-fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater	29
5.0 Resultat	34
5.1 Innledning	34
5.1.1 Opplevelsen av anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi	34
5.1.2 Nærværets betydning	36
5.1.3 Forståelsen av kroppens subjektivitet inn mot anerkjennelsen	36
5.1.4 Opplevelsen av anerkjennelse av psykomotorisk fysioterapeut.....	37
5.1.5 Tid.....	39
6.0 Drøfting	40
6.1 Opplevelsen av anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi	41
6.2 Samtalen	41
6.3 Nærværets betydning	43

6.4 Tidsaspektet	45
6.5 Forståelse av de kroppslige symptomene inn mot anerkjennelsen.....	47
7.0 Oppsummering	53
8.0 Forslag til videre forskning	55
9.0 Litteraturliste	56

Vedlegg

Vedlegg 1: Vil du delta i forskningsprosjektet «Anerkjennelse?»

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Svar fra NSD

Vedlegg 4: Godkjenning av FEK

1.0 Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av studie

Bakgrunn for mitt valg av tema handler om egenerfaring om ikke å bli sett og hørt for kroppslige symptomer som ikke var målbare. Dermed kjente jeg meg heller ikke anerkjent. Opplevelsen var at det var vanskelig å forholde seg til kun symptomer for helsevesenet, og med dette økte opplevelsen av å ikke bli anerkjent og møtt. Dette ble en tilleggsbelastning i en allerede vanskelig situasjon. Det var to leger som vi erfarte å ha en god relasjon til, disse legene gav oss også følelsen av at de anerkjente det vi stod i med våre liv. Disse to ble viktige mennesker for oss. Dette førte til at opplevelsen av å bli tatt på alvor, endret seg. Gjennom egne erfaringer kjente jeg selv på å ikke bli forstått og eller anerkjent. Dette har gitt meg en større undring på hva som ligger i det å bli anerkjent i psykomotoriske behandling.

I jobben min møter vi mange med alvorlige kroppslige lidelsesuttrykk. Det være seg smerter, lammelser, stivhet, muskel- og skjelettplager og pusteproblematikk, utmattelse, symptomer som svimmelhet, magesmerter og generelt ubehag i kroppen. Og ofte er symptomene usynlige ved forskjellige undersøkelsesmetoder.

Hensikten med denne studien er å undersøke hvilken betydning anerkjennelse har for pasientens psykiske helse i en psykomotorisk fysioterapi. I den forbindelse er jeg opptatt av de kroppslige fenomener som ikke er målbare. Som psykomotorisk fysioterapeut erfarer jeg at pasientene tappes for krefter gjennom å ikke bli møtt med forståelse på sine ikke målbare smerter. For å tyde disse kroppslige uttrykkene må vi i større grad også være opptatt av kroppens subjektive språk. Her ser jeg meningen av relasjonenes betydning. Hvilke betingelser må være til stede i relasjonen mellom behandler og pasient for å skape en god relasjon? Hvilke betingelser må være til stede i relasjonen mellom behandler og pasient for at den skal bli virksom? Min erfaring er at virksomme relasjoner handler om at behandleren både ser og bekrefter pasienten.

Disse menneskene erfarer dessverre ofte blant helsevesenet og samfunnet ellers, å ikke bli møtt med anerkjennelse for sine symptomer.

I psykomotorisk behandling ser vi på symptomene mer som en ressurs. Gjennom å forstå hvordan livet påvirker muskulatur, holdning og pust, erfarer pasientene å forstå hvordan og hvorfor kroppen gir de symptomene den gjør. Vi er òg fysisk nær pasienten, og berøring er en stor del av behandlingen.

Innen psykisk helsearbeid er det mye søkelys på relasjonens betydning og ønske om å fremme og endre menneskers uhelse. Viktige verktøy er samtaler, og å bidra til helsefremmende prosesser gjennom et relasjonelt arbeid. Ut fra disse perspektivene er jeg kommet frem til følgende problemstilling: *Hvilke betydninger kan anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi få for pasientens psykiske helse?*

1.2 Tidligere forskning

I forskningen rundt Norsk psykomotorisk fysioterapi finner vi i dag kvalitative analyser med både hermeneutisk, fenomenologiske og narrative perspektiver, og dokumentasjon på opplevd erfaringer hos pasienter fra det første møtet med metoden (Sviland, Martinsen & Råheim, 2014). Det er også kvalitative studier som med hermeneutiske og fenomenologiske metoder analyserer kroppsbevissthet og kroppserfaringer hos pasienter (A. M. Øien, Iversen & Stensland, 2007) (Dragesund & Råheim, 2008). Forskningen på området bærer preg av at det ikke er forsket i stor grad på diagnoser, men på symptomer. Når jeg søker på Pubmed, og da på «Norwegian psychomotor physiotherapy», kommer det 26 treff. Dersom jeg legger til berøring i søket, er det kun to treff. Disse er begge kvalitative. Når jeg søker i Oria får jeg 239 treff. Her finner jeg en randomisert studie der forskningsprosjektet har tittelen «Livskvalitet, smerte, mestring, fysisk, psykisk og sosial funksjon hos mennesker som har fått Norsk psykomotorisk fysioterapi» (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018a). Denne studien inkluderte 105 pasienter av psykomotoriske fysioterapeuter, der halvparten fikk psykomotorisk behandling og den andre halvparten, ingen behandling. Det var tydelig at pasientene som mottok behandling skåret bedre på vitalitet, psykisk helse, smerte, generell helse og fysisk funksjon. De hadde også et bedre selvbilde enn de som ikke mottok behandling (2018a). Sviland, Råheim og Martinsen (Sviland et al., 2014), beskriver en ti år lang behandlingsprosess med psykomotorisk behandling med en narrativ metode. Forskerne konkluderte med at behandlingen kunne bidra med å endre og styrke en kroppslig narrativ identitet, og motvirke negative forestillinger. De kvalitative studiene har alle et behandler- og eller pasientperspektiv, og alle studier konkluderer med at det synes at metoden har positiv effekt. Jeg finner ingen studier som ser på erfaringen av nærhet og berøring i relasjonen til den psykomotoriske terapeuten. Det er flere fagpersoner som har vært med på å løfte opp og frem Norsk psykomotorisk fysioterapi, dette har vært medvirkende til at behandlingstradisjonen står relativt sterkt i behandlingen i Norge. Berit Bunkan har bidratt til at det finnes en klinisk undersøkelse, som heter «Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen»

(ROK) (Bunkan, 2003). Gudrun Øvreberg er en annen fagperson som har medvirket mye innen utviklingen av Norsk psykomotorisk fysioterapi, både med tanke på gruppebehandlinger og individualterapi (Salberg, 1994). Eline Thornquist har på mange måter vært med å løfte faget akademisk. Særlig gjennom sine metodiske kvalitative studier og vil her spesielt vise til boken «Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag» (Thornquist, 2019). Anne Gretland, Kirsti Ekerholt og Elisabeth Møyner, har alle over flere år bidratt til forskning. Dette har de i tillegg til at de har ledet videreutdannelsen i psykomotorisk fysioterapi på høgskolen i Oslo og Universitetet i Tromsø.

2.0 Teoretisk rammeverk

Malterud skriver at den teoretiske referanserammen er briller vi har på når vi identifiserer våre mønstre og leser vårt materiale (2017a), og slik blir teorien en integrert del av vår forskningsmetode. Teorien hjelper oss også med å forstå de empiriske dataene i en større sammenheng (2017a). Teorier leder vår oppmerksomhet til noe, og fra noe (Schibbye, 2012), og på denne måten er det visse aspekter ved omverdenen som får oppmerksomhet (2012). I dette kapittelet ønsker jeg å belyse teori jeg finner interessant og relevant for oppgaven. Fenomenologiens tanke om at kroppen er det primære, erfarende ved mennesket og hermeneutikkens fortolkning og forståelse er viktig teori for å belyse hvordan vi som psykomotoriske fysioterapeuter jobber. Den psykomotoriske fagretningen innen fysioterapi og behandlers rolle, er kort forklart, for å få frem at det er en annen måte å behandle pasienter på enn vanlig fysioterapi. Salutogenese blir definert, da det i psykomotorisk behandling er viktig å se på ressursene og mulighetene i mennesket. Anerkjennelse og relasjon er også belyst, da relasjonen i psykisk helsearbeid er viktig for at den andre skal ha mulighet til å oppleve seg sett, hørt og forstått. Disse opplevelsene ligger i det å erfare seg anerkjent.

2.1 Den fenomenologiske kroppen

Edmund Husserl (1859-1938) regnes som fenomenologiens grunnlegger, og som er en filosofisk retning som anser menneskets erfaring av verden som kilde til kunnskap. Det vektlegges at verden ikke er objektiv og uavhengig av den som observeres, men at verdens oppfattes subjektivt av den som observerer. Menneskets oppmerksomhet er intensjonal, den er rettet mot noe, og fra noe. En forutsetning for forståelse er menneskets subjektive posisjon (Thornquist, 2008).

Anna Louise Kirkengen har i boken «Når krenkede barn blir syke voksne» (Kirkengen & Næss, 2015) beskrevet flere fenomener som omhandler hvordan det levde livet setter seg i kroppen. Hun viser til Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) og hans «væren» begrep, der han understreker at kroppen er kilden til at et menneske kan føle, sanse, erfare og lære (Kirkengen & Næss, 2015; Merleau-Ponty, 1994). Maurice Merleau-Ponty er som den første innen den fenomenologiske bevegelsen kjent for en som anså kroppen som det primære erfarende ved mennesket (Thornquist, 2008). «Fenomen» er et annet ord for «det som trer frem» (Wifstad, 2018, s. 88). Fenomenologien til Merleau-Pontys er særegen da den tar utgangspunkt i kroppen og hvordan kroppen er rettet mot omgivelsene (2018). Mennesket vil alltid være

mer enn summen av disse delene (Merleau-Ponty, 1994). Han skriver også at den fenomenale kroppen, egenkroppen, ikke kan objektiviseres. Vi tenker på oss selv som subjekter i det at vi er kropps-subjekter, ikke som objekter som steiner eller trær. I følge Merleau-Ponty, utgjør kropp og sinn en enhet (Wifstad, 2018). Uten kroppen har mennesket ingen sjans til å overleve. I dagens medisin blir ikke menneskets subjektive perspektiver med henhold til levde liv, anerkjent i særlig grad. Teknologien blir mer og mer spisset til å kunne synliggjøre eventuelle feil ved den objektive menneskekroppen og det objektive menneskesinnet. Dette er med på å få det syke menneske til å føle seg usynlig. I fenomenologien er det derimot dette som er det sentrale emnet, «å forstå kroppen som kroppsliggjort liv gjør levde kropp til meningsfulle samhandlende individer innenfor de ulike verdi- og tegnsystemer som utgjør menneskesamfunn og den menneskelige livsverden» (Kirkengen & Næss, 2015).

Relasjonen mellom den psykomotoriske pasient og terapeut, involverer begge kroppslige subjektivitet. Som psykomotorisk fysioterapeut berører jeg og blir berørt av andre menneskers kropp (Engelsrud Gunn, 2016). Norsk psykomotorisk fysioterapi har i behandlingen fokus rettet mot å verbalisere pasientens kroppslige sanseerfaringer og reaksjoner her og nå, og det er et tydelig kroppsfenomenologisk perspektiv. Fenomenologiske tanker er med å gi pasientens opplevelse av kropp og livssituasjon validitet. Men også våre relasjonelle og kulturelle forståelse av våre kroppslige symptomer vil gjennom fenomenologiske tanker kunne få gyldighet (Sviland, Martinsen & Råheim, 2007).

Gjennom forståelse av kroppslige uttrykk, vil man kunne få en erkjennelse som vil kunne føre til aksept og anerkjennelse av sin situasjon og sitt levde liv. Gjennom å være i verden lærer kroppen å forholde seg til verden, og utvikler vaner basert på denne kroppslige læringen (Merleau-Ponty, 1994).

2.2 Hermeneutisk filosofi

Hermeneutikk kommer fra gresk og kan oversettes med «oversette», «utlegge» eller «uttrykke» (Wifstad, 2018). I Norsk psykomotorisk fysioterapi er en opptatt av å skape forståelse, sammenhenger og mening av livssituasjon og symptombilde og sammen med pasientene gi det et språklig uttrykk (A. M. Øien et al., 2007). Hermeneutikk dreier seg om spørsmål av forståelse og fortolkning. I fra starten av, var det først og fremst forståelse og tolkning av juridiske og religiøse skrifter. I dag inkluderer fortolkningen også samhandling, arkitektur, kunst, menneskelige handlinger og sosiale institusjoner. To av de mest kjente hermeneutikere er Martin Heidegger og Hans-Georg Gadamer, og Gadamer sier at «all

forståelse forutsetter at vi allerede har forstått noe annet» (Wifstad, 2018). Den filosofiske hermeneutikken som etter hvert kom til syne, mente at forståelse er et av menneskets grunntrekk, og er til stede i verden som et tolkende og forstående vesen (Thornquist, 2019).

2.3 Psykomotorisk fysioterapi

Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF) ble for mer enn 50 år siden utviklet gjennom et samarbeid av Trygve Braatøy og Aadel Bülow- Hansen. De så sammenhengen mellom muskelspenninger, pust og følelser og denne behandlingsformen heter i dag, Norsk Psykomotorisk fysioterapi (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018b) (Ekerholt & Bergland, 2004).

I livet har vi mange forskjellige opplevelser, noen av disse setter sine spor. Traumer, sykdom eller lengre varende belastninger påvirker kroppen. Dette kan gi forskjellige utslag i kroppen. Økt anspenthet i kroppen vil over tid kunne føre til hodepine, magesmerter, svimmelhet, tretthetsfølelse og mye mer. Det autonome nervesystemet vil også kunne gi plager som for eksempel med hjertebank, mage/tarmproblemer og uro. I Norsk psykomotorisk fysioterapi behandling ser vi etter kroppslige ressurser, hvor de ikke har smerter og hva som er friskt ved pasienten. Denne behandlingen kalles ressursorientert kroppsbehandling, og tar utgangspunkt i pasientens potensialer (Bunkan, 2003, 2008b). I Studieplanen i psykisk helsearbeid (idrettsvitenskap, 2019-2020), står det at det å styrke menneskers livskraft og opplevde egenverd, og å være med i prosesser som gir muligheter til å se sammenhenger bistå til å mestre livsutfordringer er hensikten med studie, dette syntes jeg at Norsk psykomotorisk fysioterapi er med på å bidra til.

Pasientene som oppsøker en psykomotorisk fysioterapeut er som oftest henvist av lege eller andre innen behandlingsapparatet, som psykolog eller psykiater. Pasientene har ofte lettere psykiske utfordringer, som angst og depresjoner og ofte med samtidige somatiske symptomer. Dette kan være muskel- og skjelettlidelser, magesmerter, hodepine, eller andre diffuse symptomer som er plagsomme, og som andre behandlere ikke finner årsak til. Dette blir også kalt psykosomatiske tilstander, i betydningen av sykdomsplager som ikke kan forklares ut i fra fysisk sykdom (Wifstad, 2018).

Psykomotoriske fysioterapeuter leter etter årsakssammenhenger og ønsker å få pasienten til å forstå sine utfordringer ut ifra et fenomenologisk perspektiv. En vitenskap som forteller noe om det vi erfarer (2018).

Psykomotorisk fysioterapi er en behandlingsmetode som tar utgangspunkt i at det er mulig å endre eller forandre kroppslige mønstre. Det settes krav til pasienten om å arbeide med seg selv. Og det krever tid, tålmodighet og også at forholdene ligger til rette for at en endring er mulig. Som psykomotorisk fysioterapeut tar vi opp anamnese ut ifra ulike undersøkelser:

-Sykehistorie

-Pust

-Kroppsholdning, der balanse og bevegelighet er viktige elementer

-Andre undersøkelser med henhold til funksjon og bevegelser

-Hvordan pasientens kroppsbevissthet og kroppskontakt er

2.4 Salutogenese

Faktorer og forhold som fremmer helse, kaller vi salutogenese. Det motsatte, patogenese, fokuserer på hvordan sykdom oppstår og utvikles. Innen helsevesenet blir vi som oftest møtt med de deler av oss som ikke er friske; patogenese. Helse er fokus innen psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet, og målet er å jobbe med prosesser og faktorer som fremmer helse og hva som lindrer psykisk helse (Hummelvoll & Dahl, 2012). Salutogenese fokuserer på personens historie, og ikke på personens diagnose, videre er det søkelys på opplevelse av mestring (Langeland, 2009). Personen blir definert som et åpent system som blir påvirket av indre og ytre faktorer (2009).

I psykomotorisk fysioterapi er vi opptatt av pasientens kroppslige ressurser og muligheter. Å se sammenhenger mellom kroppslige funn og livet som er levd og leves, er av vesentlig betydning for helsen. Antonovsky mener at helse er som et kontinuum, som går fra meget god, til veldig dårlig helse, og at vi alle i løpet av livet vil befinne oss ett eller annet sted i dette kontinuumet. Og på denne måten kan vi si at vi alle har en psykisk helse, og selv med sykdom kan vi da si at vi kan oppleve en stor grad av helse (Antonovsky, 1996).

2.5 Anerkjennelse

Anerkjennelses begrepet, rommer mye og kan forstås med å være tilfreds, aksept, godta, å bifalle og verdsette og å «se igjen» (Schibbye, 2012). Det å føle anerkjennelse fra den andre, er noe annet enn å kunne anerkjenne for egen del. Å anerkjenne en pasient, kan være å vise

anerkjennelse for pasientens situasjon uten at jeg som terapeut forsøker å avlede eller kommentere.

Det å erfare at kroppen ikke er en ting, men et «forhold» er viktig i forståelsen. Schibbye (2012) sier at anerkjennelse ikke er noe vi sier, har eller gjør – det er noe vi er. Dette viser oss noe av dybden i fenomenet anerkjennelse.

Bergland og Øien (1998) mener at statusen som vi gir kroppen, avgjør hvordan mennesket forstår seg selv og sin erkjennelsesevne. Denne forståelsen formidler at kroppen er et «forhold» og ikke en ting. De skriver videre at en nybegynnerfeil ofte er å sette en diagnosemerkelapp på kroppen. Der drøftingen av klientens sosiale historie underordnes og at vi lar være å bekrefte den erfarte kroppen. Hummelvoll (2012) hevder at i det terapeutiske nærværet er kommunikasjon viktig, nærværet vil kunne si mer enn ord. Dette inkluderer empatisk nærvær, å stå i situasjonen med pasienten, ta imot og tolke personens smertefulle tanker og følelser.

Holm (2010) deler anerkjennelse i fire kategorier etter formål og form med anerkjennelsen:

1. Språklig anerkjennelse

En språklig handling der et individ anerkjenner et annet.

2. Rettslig anerkjennelse

Dette handler om den grunnleggende anerkjennelse for individets eksistens som gjennom pass, fødselsnummer med mer.

3. Relasjonell anerkjennelse- Identitetsskapende

Denne anerkjennelsen bidrar til at individet utvikler en forståelse av seg selv, og henger tett sammen med selvverd (2010). Dette foregår i et psykologisk samspill, der emosjonell og psykisk anerkjennelse utveksles (2010). Schibbye (2012) skriver at den enkeltes evne til å kunne forholde seg til, og utvikle grunnleggende tillitt til seg selv og sine medmennesker, er avhengig av relasjonelle samspill som for eksempel relasjonen mellom mor og barn. Negative og positive relasjonelle erfaringer tidlig i livet, vil kunne gi konsekvenser for den enkeltes mulighet til å forholde seg til og kunne utvikle relasjoner senere i livet (2012).

4. Eksistensiell anerkjennelse

Denne anerkjennelsen kan sammenliknes med et overordnet kjærlighetsbegrep, for eksempel tanken om at alle mennesker innehar kun det gode. Dette gir videre konsekvenser for hvordan man forholder seg og møter andre. Filosofen Honneth sier at anerkjennelsen er en førspråklig opplevelse, og essensiell for siden å ha mulighet til å kunne benytte den språklige anerkjennelsen (2010). Møter omgivelsene deg med tro og håp, vil mulighetene for endring og vekst være mer mulig (Honneth & Holm-Hansen, 2008).

I anerkjennelse er det fem grunnelementer som ifølge Schibbye (2012) må være til stede for å mestre anerkjennelse. De fem elementene er å lytte, skape forståelse, akseptere, tolerere og å bekrefte. Disse elementene henger sammen og viser til hverandre. Disse elementene finner vi blant annet i dialektisk relasjonsforståelse, med utgangspunkt i klient-terapeut-relasjon (2012). Dersom forteller opplever seg sett og hørt, og opplever at det som blir sagt er viktig og at det blir verdsatt av lytteren, vil den som forteller oppleve seg anerkjent (2012). Det å skape forståelse, eller empati, handler om å møte det andre mennesket der det er. Det å bli forstått, er minst like viktig som å bli sett og hørt (Espedal, 2017). Å akseptere og tolerere den andres rett til sin følelse, at vi tåler den og lar den være, vil kunne gjøre det lettere for personen å tolerere og akseptere situasjonen han eller hun er i. Videre kan dette være med til å gjøre det lettere for personen å finne motivasjon til gode løsninger (Schibbye, 2012).

Det å søke anerkjennelse for oss mennesker er helt grunnleggende, og gjennom bekreftelse kan vi utvikle oss selv. De fire ingrediensene som er nevnt, er alle med på å skape bekreftelse for personene vi møter. Gjennom speiling har individet muligheten til å reflektere over sin indre verden, og ved at våre følelser blir anerkjent, at vi blir sett og hørt, kan vi som menneske utvikle oss og gå videre i livet (2012).

Vi skiller mellom ytre og indre anerkjennelse. Ytre anerkjennelse er for eksempel å få eller gi ros for en prestasjon, dette er en anerkjennelse vi ofte finner i dagligtalen. Ros for gode prestasjoner er noe vi trenger i stor eller liten grad, og det kan være både hensiktsmessig og positivt (Schibbye, 2012). Indre anerkjennelse handler om å verdsette, bekrefte og se mennesket som det den andre er. Denne anerkjennelsen foregår i subjekt-subjekt-møter. Schibbye (2012) viser til at Hegel mente anerkjennelse er å sette seg inn i den andres subjektive opplevelse, og det å ta den andres perspektiv. Dette vil kun være mulig om et individ har tilgang til sin egen subjektivitet, og på denne måten mulighet til å forstå den andres subjektive verden (2012, s. 259).

2.5 Relasjon

Anne lise Løvlie Schibbye (1932-) er en norsk psykolog, og med mye erfaring innen undervisning, forskning og praksis innenfor relasjonsforståelsen. Hun bruker Hegel sitt dialektikkbegrep, som mener at mennesket er noe uforutsigbart og ikke-ferdig, og at mennesket ikke kan forstås uavhengig av sin sammenheng. Relasjonen som er mellom mennesker er et dynamisk forhold, og som stadig er i bevegelse og ikke forutsigbart (Schibbye, 2012). Schibbye (2012) sier at den enkeltes væremåte ikke bare påvirker den andre, men at man også selv umiddelbart påvirkes av den andres respons. Mennesket kan ikke sees på som isolert fra verden, men selvet og relasjonene selvet er kontakt med, må sees på i en sammenheng. Det vil si at intrapsykiske prosesser er i et dialektisk forhold til relasjonelle prosesser. Barnet reagerer og gir gjensvar på hvordan en omsorgsperson kontakter sitt barn, og gjensvaret og reaksjonen til barnet, vil normalt sett utløse reaksjoner hos omsorgspersonen. På denne måten ser vi at samspillet mellom barnet og omsorgspersonen gir barnet en aktiv rolle og mottakeren en passiv rolle (2012). Barnet er innstilt på samspill og kontakt fra begynnelsen av, og på denne måten relasjonelt og sosialt (2012). Den affektive interaksjonen som oppstår, styrker de emosjonelle båndene mellom dem. Når omsorgspersonens tilbakemelding til barnet er i tråd med modningsnivå og behov, vil barnet kunne svare med for eksempel å holde blikket. Da oppstår en relasjonell utveksling, der de begge får uttrykke sine følelser ovenfor den andre. Dette kalles «turtaking». Barnet opplever seg gradvis følende, tenkende, lekende og så videre i prosesser i relasjonen til den andre, og ifølge Hegel sin tanke dannes et selv via den andres bevissthet på en gjensidig måte. Denne type samspill finner vi også mellom voksne. I dialektikken er gjensidighet i samspillet helt essensielt (2012). For at et barn skal kunne oppleve trygg tilknytning, må barnet oppleve tilhørighet, omsorg, beskyttelse, kontakt med andre og oppleve et sterkt følelsesmessig bånd til den andre, altså omsorgspersonen. På denne måten blir omsorgspersonen det trygge stedet eller den trygge havnen for barnet om barnet opplever seg truet. Bowlby (Bowlby, 2005) mener behovet for andre og behovet for å knytte seg til noen er viktig for mennesket gjennom hele livet. Også frykten for separasjon er preger oss gjennom livet. Dette er lik tanke som den dialektiske modellen.

Eksistensfilosofen Buber sier «Jeg blir til ved du-et. Idet jeg blir jeg, sier jeg du. Selv om du kan være et det for andre, er du et du for meg» (Aamodt, 2014; Buber, Simonsen & Wergeland, 2003; Schibbye, 2012). Gjennom at vi skaper det mellommenneskelige møtet, hører vi sammen (Aamodt, 2014). Hegel mente at for at man skal kunne bli et selvstendig

selv, trenger vi den andre. Det vil si at vi må være avhengig av den andre for å kunne være uavhengig (Schibbye, 2012).

2.6 Psykisk helsearbeid

Alle arbeidsformer og hjelpetiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse, kaller vi psykisk helsearbeid (Bøe & Thomassen, 2007, s. 16). Begrepet, psykisk helsearbeid, gir også muligheten for at andre yrkesgrupper enn leger og psykologer, kan være med å bidra på å forme praksisen og faget. Dette vil kunne føre til økte diskusjoner om hva arbeidet kan inneholde og hvordan psykiske lidelser kan forstås, på grunn av flere nye profesjoner og større fagfelt. Bøe og Thomassen (2007) skriver at vi må tillate oss å være personlige og bringe inn vår egen innenfrakunnskap når vi arbeider innen psykisk helse. Det er av stor betydning at etikken bygges på verdier vi personlig har med oss, i møte med den andre. Dette er viktig med tanke på hvordan, og hvorfor, en god relasjon er betydningsfull i møte med mennesker som har behov for psykisk helsearbeid. Mennesker som søker hjelp for sine psykiske utfordringer, vil stort sett møte og etablere relasjoner til personer fra hjelpeapparatet. Disse menneskemøtene vil kunne bli viktige for den som søker hjelp. Relasjoner som er trygge og betydningsfulle, kan gi grobunn for endring. Topor (2003) har gjort en kvalitativ recoveryforskning, der han viser til at medikamentell behandling som har god effekt, ikke kan løsrives fra den relasjonen som er oppstått mellom behandler og pasient. En relasjon er et utgangspunkt der to personer har et forhold. Bøe og Thomassen (2007) siterer Buber (2003) at det i relasjonen er noe som oppstår som går ut over personene som møtes, og at relasjonen forstås som et forhold. Dette forholdet er mellom et Du og et Jeg (Bøe & Thomassen, 2007, s. 186). I relasjonene som oppstår mellom terapeut og pasient, er det viktig at en beholder de profesjonelle grensene som er der, som for eksempel arbeidstid og juridiske forhold. Gode relasjoner innen psykisk helsearbeid kan være viktige for at pasienter som har erfaringer med utrygge relasjoner, skal kunne oppleve nye mellommenneskelige erfaringer, der relasjonene inneholder trygghet og nærhet. Dette er helt essensielle erfaringer for pasienten til å kunne endre sitt samspill med omverdenen (2007). Monsen (1990) i Bøe og Thomassen (2007) trekker frem arbeidsalliansen i terapien som viktig. Det er arbeidsalliansen som dannes mellom terapeut og pasient, og som danner utgangspunktet for terapien. For å få til denne arbeidsalliansen er det viktig at det er tillit til stede. Han sier at relasjonen er viktig for å kunne fremme ny forståelse av seg selv, og ny erfaring til mellommenneskelige situasjoner. Relasjonen er sted der man kan finne nye løsninger som tidligere ikke har vært mulig. Han

(Monsen, 1990) viser til at det i det terapeutiske arbeidet foregår innenfor et empatisk, følelsesmessig klima, og pasienten skal ha følelsen av å bli sett, bekreftet, ivaretatt og anerkjent (Bøe & Thomassen, 2007). Det er viktig å huske at relasjonen innenfor psykisk helsearbeid ikke er til for terapeuten, men for pasienten. Der målet er at pasienten skal kunne bruke relasjonen til å kunne nå sine mål (2007). Psykomotorisk fysioterapi er en del av psykisk helsearbeid, og jeg trekker frem viktigheten av relasjon da det er fremhevet flere steder også i rammeplanen til videreutdanningen i psykiskhelse utgitt av Regjeringen.no (Kunnskapsdepartementet, 2005).

2.7 Terapeutiske rolle og virkemidler

Som terapeut ønsker vi å få pasienten til å merke følelsesmessige og kroppslige sammenhenger. Vi gir øvelser som er tilpasset den enkelte pasient. Samtalen så vel som bestemte massasjeregner er og en viktig del for å fremme forståelsen av sammenhenger mellom pust, anspenthet og følelser. Noen vil oppleve en bedre forståelse av kropp og bevegelse, og hva som er gode bevegelser for de selv. På denne måten ønsker vi å utforske grensene til pasienten, og ta kroppens signaler på alvor. Dette leder ofte til at pasienten lærer noe om mestring, avspenning og lindring av egen smerte. Via denne terapien ønsker vi å lære pasienten å forebygge plager gjennom en bevisstgjøring mellom årsak og virkning. Det er i psykomotorisk fysioterapi ulike mål for den enkelte pasient, da de kommer med ulike utfordringer (NHI.no, 2017).

En viktig oppgave den psykomotoriske fysioterapeuten har, er å hjelpe pasienten til å få bedre innsikt i egne symptomer, og hvordan disse kan tolkes og reageres på, Thornquist og Bunkan (1986) skriver dette i sin bok. Videre skriver de at det å hjelpe pasienten til å kjenne på følelsene og ordsette de, er viktig. En rettesnor for hele behandlingen er tilstedeværelse, deltakelse og innlevelse.

Vi tilstreber å være i seg selv, med seg selv og å være til stede. Å gi rom for følelser er viktig. Problemene kan oppstått om pasienten ikke er blitt møtt på følelsene sine. Derfor er det viktig at psykomotorikeren har et anerkjennende forhold til det pasienten formidler.

Terapeutrollen «Det er aldri noe vi alltid gjør», svarte Bülow-Hansen på spørsmål om det finnes oppskrifter eller fasit svar. «Det hele dreier seg om, å ta hensyn til respirasjonen», «tenk med hendene». Dette vil si at terapeutene oppfordres til å skjerpe sansene og ta i bruk intuisjonen (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 94). Thornquist skriver at en av oppgavene til psykomotorikeren er å hjelpe pasienten til innsikt i egne symptomer og hvordan dette kan

reageres på. En annen er å hjelpe pasienten med å kjenne på følelsene og sette ord på dem. Tilstedeværelse, innlevelse og deltakelse kan stå som en rettesnor for hele behandlingen. Å være til stede, å være i og med seg selv i den enkelte situasjon, det er hva vi tilstreber. Å gi rom for følelser i psykomotorisk fysioterapi er svært viktig. Pasientens problemer kan nettopp ha blitt utviklet ved at han tidligere har blitt avvist vedrørende sine følelser. For at dette skal kunne skje på en trygg måte, er det viktig at psykomotorikeren selv har et anerkjennende forhold til det pasienten formidler. Ord bevisstgjør følelser. Molander (Molander, 1997) forteller nettopp om «oppmerksomhet i handling», om det å lytte til seg selv på samme tid som til den andre. Dette er utfordrende og krever flyt og fokus i oppmerksomheten. Som terapeut er kunsten å avgrense seg slik at pasienten ikke utsettes for mer enn han selv kan føle, forstå og integrere. Terapeuter bør også være oppmerksomme på overføring og motoverføring, der terapeutens eventuelle egne ubearbejdede traumer kan svekke terapien, uten å være klar over det ved for eksempel overføre håpløshet til sine pasienter, som sliter med det samme (Sletvold Jon, 2009). Tillitsforholdet i relasjonen mellom terapeut og pasient, er av en emosjonell karakter, og inneholder respekt, omsorg, det å bry seg og det å like hverandre (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007). Tillit handler om å føle trygghet og da gjerne gjensidig (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006). Anstorp, Benum og Jakobsen (2006) påstår at det grunnleggende for all klinisk virksomhet er empatien. Det å oppleve å bli forstått og støttet er det som klientene selv oppgir som viktigst for resultatet i terapien.

3.0 Metode

3.1 Kvalitativt forskningsdesign

Kvalitativ metode er en forskningsstrategi for å fortolke, analysere og beskrive kvaliteter, egenskaper eller karaktertrekk ved de fenomenene som skal forskes på. Materialet for forskningen bygges på observasjoner eller samtaler. Kvalitativ metode kan bidra med subjektiv kunnskap, nyanser og mangfold. Metoden kan være nyttig for å få vite mer om menneskelige holdninger, tanker, opplevelser og erfaringer. Ved å benytte kvalitativ metode kan vi få en dypere innsikt i og forståelse for hvorfor mennesker er som de er og gjør som de gjør. Metoden er også godt egnet for å se på dynamiske prosesser som samhandling, utvikling og helhet. Om man ønsker å utvikle nye modeller, beskrivelser og begreper kan det være hensiktsmessig å benytte kvalitativ forskning. Metoden forutsetter en observasjon, en samtale eller et intervju som datainnsamlingsmetode, for å få tilgang til informantens livsverden og erfaringer. Forskeren vil i kvalitativ forskning få en relasjon til informantene sine, noe som ifølge Thornquist (2019) er å se på som en ressurs for å oppnå forståelse. Studiens hensikt har vært å se nærmere på hvilken betydning anerkjennelse har for pasientenes psykiske helse i psykomotorisk fysioterapi. Det ble naturlig å benytte kvalitativ forskning, da jeg gjennom studien ønsker å forstå hvordan informantene mine opplever behandlingen sin (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015; Malterud, 2017a).

Kvantitative forskningsmetoder bygger studiene sine på tall fra innhentet data, og man må på forhånd kjenne det fenomenet man ønsker å studere så godt at man kan gi en god og meningsfull definisjon av operasjonalisering av de variablene som skal brukes (Malterud, 2017a). Kvantitative studier består av data som er samlet inn ved bruk av spørreskjema eller målinger, og derfor får forskeren et objektivt forhold til dataene. Uavhengig av hvilken metode som blir benyttet, er det viktig å huske på at forskeren skal være objektiv. Vi må likevel erkjenne at observasjonen er selektiv, da forskerens forforståelse, forskningsspørsmål og hypoteser danner grunnlaget for dataene (Thornquist, 2019).

3.2 Hermeneutisk-fenomenologisk studie

Innen kvalitativ forskning fins det flere forskjellige tilnæringer. Felles for de ulike tilnærmingene er at de har som mål å søke menneskelig erfaringer og deres meningsinnhold i kulturelle og sosiale fenomener (Malterud, 2017a). Studiens problemstilling førte til en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming, der SCT er brukt som analyseverktøy (2017a).

Grunnen for at det er en hermeneutisk tilnærming er at den har et søkelys på forskerens rolle i tillegg til å søke personens livsverden. I en ren fenomenologisk studie, ønsker forskeren å sette sin egen forforståelse i parentes. Dette begrepet blir kaldt «braketing». SCT erkjenner betydningen av forskerens ståsted, og ser på det som en viktig forutsetning for kunnskapen som kommer frem i studien at forsker ikke holder en analytisk distanse (2017a).

Min forforståelse sees på som ønskelig, og informasjonen informantene gir må fortolkes av meg som forsker (Gilje & Grimen, 1995). Valget av en hermeneutisk-fenomenologisk metode og min tolkning av informasjonen som kom frem av informantene, har hatt betydning for oppgaven helt i fra hvordan jeg samlet inn informasjon, valg av teori og hvordan jeg analyserte informasjonen.

3.3 Utvalg

Utvalget bestod av fire kvinnelige pasienter av en psykomotorisk fysioterapeut. De hadde vært i psykomotorisk behandling over en periode, var i aldersgruppen mellom 20-40 år. Informantene var alle i arbeid. Informant 1 jobber i barnevernet, informant 2 jobber som sosionom i NAV, informant 3 jobber leder i en større bedrift og informant 3 jobber som jurist. Alle fire informantene hadde prøvd flere andre behandlingstilnærminger før de kom i kontakt med Norsk psykomotorisk fysioterapi, og de hadde lengre perioder med sykemeldinger bak seg. Symptomtrykket deres var svært høyt ved start i behandlingen. Symptomene varierte fra stram nakkemuskulatur, smerter generelt i kroppen, svimmelhet, lammelser, med flere.

Det ble gjort dybdeintervju av hver og en av dem. I kvalitativ studie fins det ikke fasit på hvor mange informanter som må med i en studie, det kan variere avhengig av hva man ønsker å forske på. Polit og Beck (2018) skriver likevel at det er vanlig med ti eller færre informanter innen hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Det er flere grunner til å ikke ha mange informanter med i studien. Hvert intervju fører til store mengder datamateriale som skal analyseres. Det var tidkrevende å etablere kontakt med informantene, og selve intervjusituasjonene tok også mye tid. På grunn av tidsperspektivet og studiens omfang, ble det naturlig å begrense antall intervju.

Jeg tok kontakt med en kollega et annet sted i landet som arbeider som psykomotorisk fysioterapeut, og spurte om hun hadde pasienter som kunne tenke seg å være med i studien. Det var fire som svarte ja til å være med. Det viste seg at alle fire hadde vært i behandling mellom to og tre år, og var godt kjent med terapeuten. Dette er en utfordring jeg vil komme tilbake til. Jeg benyttet et strategisk utvalg (Malterud, 2017a), for at målet med studien best

mulig kunne belyses. Inkluderingskriteriene var at de nylig hadde vært eller var i psykomotorisk behandling.

3.4 Datainnsamling

Intervjuene ble gjennomført i november 2019, over to dager. Det ble benyttet semistrukturert intervjuguide, som inneholdt hovedtemaene jeg ønsket å forske på. Spørsmålene var åpne, og hjalp meg til å holde en viss oversikt slik at vi kom inn på de temaene jeg ønsket å få belyst. Informantene delte mye og gav innholdsrike svar. Lengden på intervjuene var mellom førti og seksti minutter. Avtale om når intervjuene skulle finne sted, ble gjort via min kollega som var deres behandler. Intervjuene ble avholdt på min kollegas kontor. Der var informantene godt kjent, og det var enkelt for dem å komme seg dit. Etter hvert intervju, skrev jeg ned litt tanker og hvordan jeg opplevde det. Jeg merket at jeg ble tryggere i min rolle som forsker underveis i prosessen. Jeg opplevde at informantene gjerne ønsket å være med i studien og at de var relativt komfortable med situasjonen. Jeg opplevde at jeg fikk god kontakt med dem, og de opplevde intervjusituasjonene som trygg. Én informant var tydelig på at hun ikke ønsket å si eksakt hvor hun arbeidet og hvor hun bodde, og at anonymiseringen var viktig for henne. Deltakelsen i studien var frivillig, og de hadde mulighet til å trekke seg når som helst i prosessen. Dette uten å oppgi noen grunn for hvorfor de ikke ønsket deltakelse. Informantene hadde tidligere fått tilsendt samtykkeerklæring og informasjon om studien, og de takket ja til deltakelse ved å signere samtykkeerklæringen.

3.5 Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på diktafon, og det empiriske materialet ble transkribert i sin helhet. Etter at intervjuene var gjennomført, lyttet jeg til lydopptakene flere ganger for å få en god forståelse av intervjuet. Malterud skriver at transkribering er å se på som en språkvask for å gjøre materialet mer tilgjengelig (2017a).

3.6 Metodekritikk: Studiens validitet

Et kvalitativt design vil fortelle noe om få informanter, og gir oss god beskrivelse og økt innsikt i holdninger og verdier og opplevde fenomener. Det kan være en utfordring å vite om jeg på denne måten kommer til å måle det jeg tror jeg skal måle, såkalt intern validitet (Kvale S, 2018).

Den er videre vanskelig å falsifisere (Delanty & Strydom, 2003). Dette blant annet da informanten og jeg er i en interaksjon som ikke lar seg gjenta til neste informant. Vi har allerede en relasjon, og informantene har forskjellig livsverden. Det at vi allerede er i en type terapeut/pasient relasjon kan også gjøre det mer kompliserende. Jeg er ikke den terapeuten de forholder seg til i sin egen behandlingsprosess, men de har kjennskap til at jeg jobber som psykomotorisk fysioterapeut et annet sted i landet. Hvor trygg informanten i utgangspunktet er på meg, vil kunne påvirke intervju situasjonen. Dette er viktig å samtale om før intervjuet finner sted. Min kollega kan også ha spurt pasienter om å delta som hun mener vil kunne gi meg de svarene hun tror jeg er ute etter. Dette kan hun ha gjort bevisst eller ubevisst. Det at jeg velger ut noen få å intervju, minimerer muligheten til å generalisere. Så er heller ikke hensikten med en kvalitativ studie å generalisere i seg selv. Min egen forforståelse vil også komme til uttrykk i analysen. Også gjennom transkriberingen skjer en endring fra samtale til tekst (Malterud, 2017a). Malterud (2017a) skriver at det er viktig å formidle så nøye som mulig de meninger og erfaringer som informantene formidler.

3.7 Forskningsetiske overveielser

Psykomotoriske pasienter har ulik livshistorie og sårbarhet som de bærer med seg, og dermed blir behandlingen ulik fra pasient til pasient. Deltakeren må være trygg på at forskeren ikke misbruker tillitten som blir gitt, og forskeren må kjenne på ansvaret som er for å kunne håndtere det som blir sagt (Malterud, 2017a). Studien ble godkjent av FEK; Fakultetets etiske komite, og det ble sendt en søknad til NSD. Der fikk jeg til svar at jeg ikke trengte søke REK, da alle opplysninger som omhandlet prosjektets informanter var anonymisert.

Det kan oppstå etiske problemer ved å forske på menneskers liv og det å legge ut beskrivelse av det offentlig, derfor er det viktig at forsker har en bevissthet til dette gjennom hele studien (Kvale et al., 2015). Ved intervjusituasjonen ble informert samtykke underskrevet, og på ny ble det informert om studiens hensikt, at informasjon ble behandlet anonymt og at de når som helst hadde mulighet til å trekke seg fra å delta i studien.

3.8 Egen rolle som forsker

Forskeren vil i kvalitativ metode være det viktigste instrumentet, og det er viktig at forsker viser respekt og opptrer lojalt til informantenes intensjon om å fortelle. Det er viktig at deltakerne kan stole på at den tillitten de har gitt forskeren ikke misbrukes (Malterud, 2017a). Jeg er selv psykomotorisk fysioterapeut, det kan være utfordrende å forske på et område jeg selv er en del av. Det krever at jeg som forsker, stiller krav til bevissthet rundt min rolle som forsker. Det at jeg selv er psykomotorisk fysioterapeut påvirker min forforståelse og også tilnærmingen til forskningen min. Malterud (2017a) skriver at det ikke er noen skam å være påvirket av sine indre bilder, forestillinger og motiver, men at det er viktig med et åpent sinn som rommer tvil, uventede konklusjoner og ettertanke (2017a).

4.0 Dataanalyse ved systematisk tekstkondensering SCT

Dataanalysen ble gjennomført etter en metode beskrevet av Malterud (2017a) som kalles systematisk tekstkondensering. Det er en metode som er modernisert og inspirert etter Giorgis fenomenologiske analyse. I følge Malterud er det en fordel for nybegynnere å benytte seg av en beskrevet analysemetode. Derfor ble denne analysen benyttet, induktivt etter en fire trinns modell. Økt forståelse og utvikling av ny kunnskap basert på informantenes erfaringer, var målet for bruk av denne metoden (Elo & Kyngäs, 2008).

De fire analysetrinnene:

1. Å få et helhetsinntrykk- fra villnis til foreløpige temaer
2. Å identifisere meningsbærende enheter-fra tema til koder
3. Å kondensere- fra koder til mening
4. Å sammenfatte betydningen- fra kondensering til beskrivelser og begreper

4.1 Trinn 1. Å få et helhetsinntrykk- fra villnis til foreløpige temaer

I metodens første trinn skal vi bli godt kjent med materialet. Det viktige er å få et helhetsbilde og aktivt arbeide for å sette vår egen forforståelse og teoretiske referanseramme til side. Det er fugleperspektivet som teller, og viktig å motstå trangen til å systematisere. Når alt er lest, så skal vi oppsummere, og lage foreløpige temaer (Malterud, 2017b).

De fire intervjuene jeg hadde tatt, ble lest i sin helhet mange ganger. Dette for at jeg skulle bli godt kjent med materialet, og at jeg fikk et helhetsbilde fra et «fugleperspektiv».

Første trinn var utfordrerne med tanke på å la egen forforståelse dominere, og min egen trang til å allerede her starte med systematiseringen. Etter flere grundige gjennomlesninger, der jeg også benyttet meg av Nvivo 12 for å dobbeltsjekke, endte jeg med 14 foreløpige temaer, med undertemaer, som informantene erfarte i psykomotorisk behandling med tanke på anerkjennelse og den subjektive kroppens språk i Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF).

- Andre typer behandlinger
- Psykomotorisk fysioterapi
- Berøring
- Forståelse av kroppslige symptomer
- Kroppsspråket til terapeuten

- Følelser
- Tape anerkjennelse
- Mestring
- Pusten
- Opplevelse av anerkjennelse
- Hva er anerkjennelse
- Håp
- Samtaler
- Tid

4.2 Trinn 2. Å identifisere meningsbærende enheter- fra tema til koder

I analysens andre trinn, skal materialet igjen gjennomgås grundig for å identifisere meningsbærende enheter. Det betyr å finne deler av teksten som formidler kunnskap med tanke på de temaene som foreløpig er valgt i analysens første trinn. I følge Malterud (Malterud, 2017b) anses ikke hele teksten som meningsbærende. Vi skal se etter tekst som kan belyse vår egen problemstilling, og markere disse. Det er dette som kalles meningsbærende enheter, og her starter den første systematiseringen av dem. Dette kaller Malterud (2017a) koding. Koding innebærer at tekst systematisk blir tatt ut av sin sammenheng, dekontekstualisering, og at de systematiseres i kodegrupper etter felles meningsinnhold. Det er ikke noe galt i å kode én og samme meningsbærende enhet til flere kodegrupper. På dette trinnet tolkes teksten ut ifra vår egen faglige forforståelse. De foreløpige temaene fikk på dette trinnet hver sin farge, og i teksten ble for eksempel alt som handlet om hvordan anerkjennelse hadde gjort seg gjeldene i Norsk psykomotorisk fysioterapi, markert med gult. Ikke hele teksten ble fargelagt, da det i prosessen kom frem at ikke alt hadde kunnskapen som passet inn i de 14 foreløpige temaene. De delene av teksten ble foreløpig lagt til side. Det var for eksempel tekst der informantene delte opplysninger om arbeid, demografiske opplysninger og familiære opplysninger. Jeg valgte også her å dobbeltsjekke i Nvivo 12 (Bazeley & Jackson, 2013), også her ble de systematisert i kodegrupper etter felles meningsinnhold.

Egen teoretisk forforståelse ble i denne prosessen tatt med i analysefasen, og de foreløpige temaene ble justert i henhold til hva forsker fant ut og lærte av materialet. I kodingsprosessen ble de temaene som omhandlet samme fenomen, slått sammen. Temaer som kroppslig

forståelse, smerte og magefølelse, slått sammen til kroppens subjektivitet. Intervall mellom timene, totaltid i behandling og behandlingstime, ble slått sammen til tidsaspekt.

Anbefalingene om åpenhet og fleksibilitet ble fulgt, og mange valg ble tatt i løpet av prosessen i forbindelse med hvilke navn de nye kodene ville komme til å få.

Etter avsluttet koding var det disse kodene forskeren stod tilbake med:

1. Forståelse av de kroppslige symptomene inn mot anerkjennelsen
2. Opplevelsen av anerkjennelse
3. Nærværets betydning
4. Tidsaspektet

4.3 Trinn 3. Kondensering-fra kode til abstrahert meningsinnhold

Metodens tredje trinn, består av å abstrahere den sorterte informasjonen vi fant i analysens andre trinn. Systematisk hente ut meningen ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene, som allerede er kodet sammen (Malterud, 2017a). Her blir hver kode sett på som en egen enhet, og alle meningsbærende enheter i hver kode, blir nå vurdert til å danne subgrupper. Denne prosessen farges av forskerens faglige ståsted og perspektiv, og subgruppene preges av vårt faglige ståsted. Den delen av materialet som det ikke er funnet meningsbærende enheter, legges til side. Det neste steget er at av innholdet i hver av subgruppene blir det laget et kondensat, et kunstig sitat. Dette elementet er viktig for å kunne kalle metoden for STC (2017a). Her skal vi være så tekstnære som vi klarer, og ta med uttrykk som informantene har benyttet. Malterud anbefaler her å bruke «jeg»- form for å minne seg om at det er informantenes stemme som taler (2017a). Hensikten er at kondensatet skal gjenfortelle og sammenfatte det som er i den aktuelle subgruppen, i en generell form. Det er ikke et sitat av teksten. Helt til sist i dette trinnet ble også et «gullsitat» valgt ut, for best mulig å kunne illustrere det som kondensatet gjenforteller.

4.4 Trinn 4. Syntese-fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I analysens fjerde og siste trinn, skal vi sette sammen teksten til en rekontekstualisering. Vi skal sammenfatte det vi har funnet og tolket, og som da danner grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre. Det blir her anbefalt å benytte seg av tredje person, for å få frem at det er essensen av gjenfortellinger av informantenes fortellinger. Malterud velger

å kalle den analytiske teksten for kategori, og hver av disse kategoriene får igjen hver sin overskrift som representerer essensen av gjenfortellingen. Navnet på resultatkategoriene stammer fra de opprinnelige kodene og temaene. Dette navnet skal gi leseren innsikt i det aktuelle fenomenet.

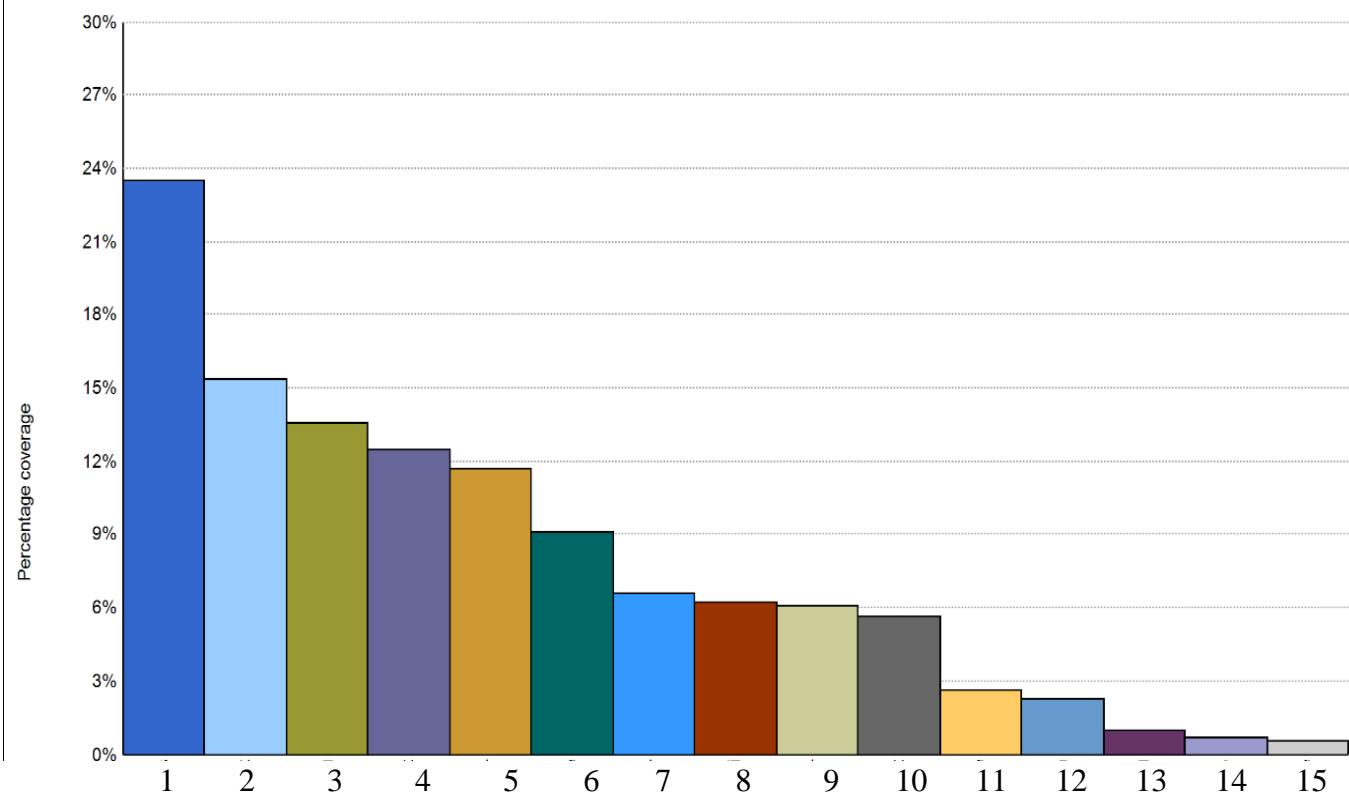
Til sist i analysen, ble intervjuene igjen lest for å kunne validere at de analyserte tekstene hadde med seg kunnskap som var forankret i informantenes opprinnelige fortellinger.

Funnene ble validert opp mot empiri og foreliggende teori (Malterud, 2017a).

Etter det fjerde og siste analysetrinnet satt forskeren igjen med fire koder og fjorten kategorier. Kategoriene hadde fått nye navn, som kunne beskrive essensen av kunnskapen.

Den neste siden viser en tabell, som viser de første temaene, i trinn én.

Intervju til master 1 - Coding



1. Forståelse av kroppslige symptomer
2. Opplevelse av anerkjennelse
3. Berøring
4. Tidsaspektet
5. Samtaler
6. Hva er anerkjennelse
7. Følelser
8. Andre typer behandlingsformer
9. Kroppslige symptomer
10. Psykomotorisk fysioterapi
11. Tape anerkjennelse
12. Pusten
13. Mestring
14. Håp
15. Kroppsspråket til terapeuten

Tabell fra Nvivo 12

1. Forståelse av de kroppslige symptomene inn mot anerkjennelsen
2. Opplevelsen av anerkjennelse
3. Nærværets betydning
4. Tidsaspektet



Trinn 1 Foreløpige temaer	Trinn 2 Koder	Trinn 3 Subgrupper	Trinn 4 Kategori
Kroppslig forståelse Magefølelse, kribling i magen, uggen følelse, redd for signalene Pust Smerter	Forståelse av de kroppslige symptomene	-Bevisstgjøring om kroppens signaler og vanemønster. -Bevisstgjøre kropp/ følelser -Normalisere og anerkjenne kroppslige symptomer	1.1 Vil bevisstgjøring av kroppens subjektive språk, gi økt forståelse og anerkjennelse? 1.2 Økt trygghet 1.3 Forståelsen gir mulighet for økt anerkjennelse
Behandlingstime Intervall mellom timene Totaltid i Behandlingen Motsatt av quick fix	Tidsaspektet	-Behandlingstid -Intervall mellom behandlingene Behandlingsforløp -Kroppslige prosesser over tid	2.1 Behandlingsrom 2.2 Tid gir endringsmulighet
Aksept Kjemi Tar på hele kroppen Følt meg som et helt menneske Berøring- har gitt et omriss av kroppen	Nærværets betydning	-Trygghet og forståelse fra terapeuten -Berøring av hele kroppen	3.1 tilstedeværende terapeut 3.2 Kroppslig nærværende terapeut 3.3 God relasjon fremmer behandlingsprosessen
Samtaler Bli lyttet til Forklart meg jordinga, hun slipper aldri taket. Snakker om symptomene Setter ting i en kontekst Rom til å snakke om ting Reflektere litt rundt det Gjentakelser	Opplevelse av anerkjennelse	-Forståelse av kroppslige fenomener -Pasienten opplever mening	4.1 God forståelse, veien mot endring 4.2 Økt kunnskap gir mulighet for anerkjennelse

5.0 Resultat

5.1 Innledning

I resultatdelen redegjør jeg kort om informantene, før jeg presenterer hovedtrekkene som kommer frem i analysen. Jeg presenterer de 14 kategoriene under hver av de 4 kodene, med en analytisk tekst for hver kategori. Jeg presenterer også «gullsitat», som er eksempel på hvordan informantene opplevde fenomenet.

Presentasjon av informantene

4 kvinner deltok i studien, alderen var mellom 20-40 år. De hadde alle vært i psykomotorisk behandling fra 2 til 3 år, og de var alle sykemeldte da de startet med behandling. Når intervjuene fant sted jobbet de 100%, men gikk i jevnlig behandling til psykomotorisk fysioterapi. Informant 1 jobber i barnevernet, informant 2 jobber som sosionom i NAV, informant 3 jobber leder i en større bedrift og informant 3 jobber som jurist. Informantene hadde mange og sterke kroppslige symptomer ved behandlingsstart, og de hadde tidligere vært til andre typer behandlinger uten at det hadde hatt nevneverdig effekt.

5.1.1 Opplevelsen av anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi

Anerkjennelse

Jeg spurte først informantene om deres beskrivelse av hva anerkjennelse er, og alle fire kunne med letthet fortelle meg at det handler om å bli lyttet til og få en bekreftelse på det en sier. Det var viktig å oppleve å bli sett og trodd på, få budskapet bekreftet og forstått.

De syntes det var lettere å gi anerkjennelse til andre, og hadde først i behandlingen forstått at man også kunne anerkjenne seg selv. Anerkjennelse kan deles inn i to former for anerkjennelse.

Ytre anerkjennelse

Ytre anerkjennelse kan oppsummeres ved å bli sett og hørt for det vi presterer, at vi verdsettes for prestasjon. Én dame mente at det å bli bekreftet av andre på at hun er flink, og da især i jobbsammenheng var viktig for å føle anerkjennelse. Hun mente og at det var viktigere for henne å ikke bli misforstått for å kunne kjenne på anerkjennelse, enn å bli forstått.

Sitat:

«Jeg så jo det spørsmålet og det syns jeg var veldig interessant. For hva legger jeg i anerkjennelse? Og anerkjennelse for meg er faktisk det å bli sett og forstått. Eller det motsatte å bli misforstått. For å ikke få anerkjennelse er det motsatte for meg å bli misforstått. Noe jeg for eksempel i jobbsammenheng har følt mye på, er å bli misforstått. Og det siste er vel kanskje den mest banale anerkjennelse for meg, det at andre syns at jeg er flink. Flink til livet, flink til jobben min.»

Indre anerkjennelsen

Den indre anerkjennelsen har et fokus rettet mot den andres indre opplevelsesverden, men tanker og følelser. Og at den indre opplevelsesverden blir akseptert og bekreftet.

Sitat:

«For meg så på en måte etter å hva vært her hos Anne hvert fall, så har jeg skjønne egentlig hva anerkjennelse er og har nå sett at anerkjennelse er at noen hører på deg ikke sant. At du blir lyttet til, får en bekreftelse på det du sier, og litt sånn at du blir trudd på. At det du føler er av en stor betydning og at det du forteller ... at ja. Den bekreftelsen for meg å få tilbake fra en annen person ...»

Informantene har opplevd å skjønne mer av hva som ligger i opplevelsen av å anerkjenne og bli anerkjent i psykomotorisk fysioterapi. Den ene damen forteller at hun har forstått at hun også skal kunne anerkjenne seg selv. At det å ha en bevissthet til sine egne følelser og kroppens signaler som magefølelsen er viktig for å kunne anerkjenne seg selv bedre. Det å forstå hva kroppen prøver å kommunisere via symptomer og signaler, hadde tidligere vært skremmende, mens nå er det mer aksept for signalene og ikke minst er normalt med tanke på hvordan kroppen og psyken henger sammen. Bevisstheten til at kroppen og pusten er der, har påvirket til å kunne kjenne etter og gitt mer forståelse for symptomene som setter seg i kroppen, og hvordan livet manifesteres i kroppen.

5.1.2 Nærværets betydning

Berøring

Berøringen av og fra terapeuten har hatt betydning for å bevisstgjøre om at kroppen er der. Ved at hele kroppen blir berørt har de fått en opplevelse av en tydeligere kropp og bedre forståelse av kroppens subjektivitet.

Sitat:

«Det er først da jeg kom til Anne at hun eh ... bevisstgjorde meg på, her er en arm, her er en kropp rett og slett. Fordi det har vært så veldig i hode, derfor tror jeg berøringen liksom har gitt meg en omrisset av kroppen.»

De ser sammenhenger og har økt forståelse for at «livet» setter seg i kroppen, og hvordan den påvirkes av psyken vår. Gjennom berøring ble det tydeligere hvor anspente de var i kroppen, og ved at terapeuten bekreftet verbalt det hun kjente, var det lettere å anerkjenne smertene og at de hadde med følelser å gjøre. Bevisstgjøringen har ifølge informantene, økt evnen til å forstå kroppssignalene og å sette ord på dem. Med denne innsikten klarer informantene i stor grad å merke sine egne uhensiktsmessige vanemønstre, og endre de til mer hensiktsmessige. Nærværet til terapeuten merkes av informantene som behagelig og trygt.

Én informant sier: «Har aldri tenkt på at det er nødvendig å måtte åpne øynene å se kroppsspråket hennes eller ansiktsuttrykkene hennes for å føle at jeg blir forstått eller at jeg blir hørt, det har jeg aldri tenkt en gang ... fordi jeg kjenner at jeg får på en måte, at jeg får det blir dekket ved at jeg ligger der med øynene lukket og hun gjør som hun gjør da.»

5.1.3 Forståelsen av kroppens subjektivitet inn mot anerkjennelsen

Det å forstå kroppens subjektive språk, har hatt betydning for informantenes evne og mulighet til å anerkjenne seg selv. Det å få en bevisstgjøring og forståelse av kroppen og dens symptomer, har vært viktig for å bli mindre redd for symptomene. Forståelsen har ført til en normalisering, aksept og det å kunne se sammenhenger mellom kroppen og psyke. Kroppen ble gitt en større funksjon, og ikke bare fokusering på ubehaget kroppen representerte tidligere hos informantene. Ved at de merket seg kroppen sin bedre, kunne de og merke når smertene avtok eller tiltok ved nye belastninger.

Sitat:

«Ja, også har jeg liksom aldri blitt kvitt de smertene så kom jeg hit, og da var det gjennom samtaler i tillegg til både berøring og pust, ikke sant... at jeg måtte være mere hva skal jeg si, at jeg måtte være mere opptatt av hvordan jeg pustet og at det også var en del av kroppen. Alle de tingene gjorde at jeg ble mere bevist på kroppen min sin funksjon, og ikke bare den smerten som jeg ville bli kvitt, at alt hadde en sammenheng. Det fikk jeg her hos Anne, hvor følelser også var veldig mye av de smertene jeg hadde, det visste jeg ikke før, at det var veldig relatert til ting som jeg har gått gjennom mange, mange år, men også ting jeg gikk igjennom nå ...»

5.1.4 Opplevelsen av anerkjennelse av psykomotorisk fysioterapeut

Informantene har i stor grad opplevelsen av å bli anerkjent av sin psykomotoriske fysioterapeut. Det har vært tydelig gjennom måten hun både lytter til kroppen, pusten og det som blir sagt. De har blitt møtt med forståelse over kroppens signaler og hjulpet til å sette ting i en kontekst. Terapeuten har gitt håp om at de kroppslige symptomene kan endres til det bedre. Det å bli berørt på hele kroppen oppleves som å bli rammet inn, og det at hun bekrefter det hun merker med hendene sine og det hun hører blir sagt, fører til at de opplever seg bekreftet og sett, og det normaliserer.

Sitat:

«Jeg kan med 100% sikkerhet si at jeg har følt meg sett som et helt menneske. Der er ingen fordømmelse, og det er jo også det her, det er vel det som er å bli forstått da æ føler aldri at æ blir misforstått.»

Sitat:

«Mye har vært at hun har liksom anerkjent og sett og sagt meg gjentagende ganger, at ting jeg har vært igjennom ikke har vært min feil ...»

Sitat:

«Ja, jeg opplever jo at jeg merker at hun ja, kanskje spesielt gjennom samtalen, at «æ» ja, bare hvordan hun møter det jeg kommer med. For jeg tror nok kanskje spesielt i starten så var jeg ganske fordømmende mot meg selv, og reaksjonene til kroppen og signalene og jeg tror nok det kommer ganske greit til uttrykk i det jeg på en måte sier. Ved at hun da på en måte snur på

det, det er jammen ikke rart at du har det sånn og hun har jo også en litt sånn fin måte å være på som liksom tar litt brodden av det.»

Samtalen

Samtlige trekker frem at det å bli lyttet til og bekreftet som betydningsfullt. Det har vært med på å gi en større forståelse for symptomene og for det å se sammenhenger. Og at dette var viktig for å kunne gi slipp på de tillærte mønstrene som igjen resulterte i smerter og ubehag i kroppen. De trekker også frem at det var viktig med flere samtaler rundt de samme emnene, der det å få bekreftelse var viktig for at de kunne anerkjenne seg selv enda bedre enn tidligere. Det å ha et rom for å snakke om ting, og med dette forstå at følelsene og smertene hadde en sammenheng. Informantene viser til at terapeuten hadde en empatisk lyttende, og undrende holdning til samtalen. Dette har og vært med på å gi en trygg relasjon, og åpnet for at informantene turte å utforske mer.

Sitat:

«Lyttet på det jeg sa og viste at hun hadde forståelse for det, og så har jeg fått ekstremt mye utbytte da av alt sammen ... og det på en måte at hun har lyttet til det jeg har sagt og merker liksom den kjemien som man har da, om det er en du kanskje ikke har så god kjemi med eller om det føles naturlig at du skal si det her eller det har vært veldig, veldig ehm.. veldig bra da .+.. så at det er jo på en måte bare opplevelsen jeg sitter med ved å fortelle det jeg har gjort og måten respondert på og sagt ved å føle jeg har blitt lyttet til eh ...»

Sitat:

«Hver gang jeg var her så lærte jeg så mye, også skjønnte jeg så mye mer når jeg på en måte fortalte. Det å se sammenhenger, og det var ting som altså bare «oi», er det er det sånn det henger sammen? Er det sånn det er? Og det var så mye sånn ... Jeg er veldig av nysgjerrig av meg, og liker selv å se sammenhenger og forstå, så ved at hun forklarte meg ting og lyttet på det jeg sa og viste at hun hadde forståelse for det og, så har jeg fått ekstremt mye utbytte da av alt sammen. Og det på en måte at hun har lyttet til det jeg har sagt, også merker jeg liksom den kjemien man har da.»

5.1.5 Tid

Tidsfaktor

Tidsfaktoren har vært vesentlig for informantene. Informantene har vært i behandling mellom to-tre år. Timene har vært ukentlig i starten, og etter hvert cirka hver andre uke. Varigheten på timene er 60 minutter. Det at terapeuten gav de rom og tid i en lengre periode, mener de har vært avgjørende for resultatet deres. Informantene forteller at tiden har vært avgjørende for muligheten til å forstå og endre. Det har fordi de har hatt behandling over tid, gitt kroppen mulighet til å endre tidligere kroppslige uvaner, til mer hensiktsmessige mønster. Tiden har også vært viktig for relasjonen og behandlingsprosessen. Informantene nevner at de på grunn av at de hadde tid, kunne pakke ut litt etter litt av livet sitt, og erfare anerkjennelse både fra terapeuten, men også anerkjennelsen inn mot seg selv.

Sitat:

«Hvordan det hjalp meg å bare komme hit den ene dagen i uka, en time som var min tid. Som jeg fikk bekreftelse på at dette er din tid, her skal du bli hørt, du skal slappe av, du skal ikke tenke på noe annet ... «eh» du har rom til å si det du vil, hvor mye du vil, trenger ikke si noe ... ikke sant, og etter det tror jeg jeg ble så bevisst hvor viktig mine følelser er på en måte. Her kan jeg si du bli lyttet til, du har en betydning og da begynte smertene å gå.»

Sitat:

«Ja, det er jo det litt sånn sårbare ting, og ja, jeg tenker jo også det på en måte ... at hun går jo liksom litt sånn rolig til verks, og der igjen kommer jo sikkert den at man har god tid så man kan på en måte pakke litt opp sånn litt etter litt ...»

6.0 Drøfting

Resultatene fra analysen viser at det er særlig fire delmomenter som er viktig i prosessen for å kjenne på anerkjennelse og forstå den subjektive kroppen i psykomotorisk behandling:

1. Opplevelsen av anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi
2. Nærværets betydning
3. Kroppens subjektivitet inn mot anerkjennelsen/Forståelsen av kroppens symptomer og betydning for det å oppleve anerkjennelse
4. Tid

Nærværets betydning og forståelsen av kroppens symptomer og tidsaspektet, er viktige deler av psykomotorisk behandling. Anerkjennelsen vil da som et ledd av disse, forhåpentligvis være et fenomen som vil vise seg i behandlingen.

Det er især bevisstgjøringen av både kropp og følelser som best kan definere den psykomotoriske tenkningen, i forhold til andre spesialiteter innen fysioterapi.

Resultatet av denne studien viser at nærvær, tid, opplevd anerkjennelse og forståelsen av den subjektive kroppen, er virkningsfullt i møte med sin egen evne til å anerkjenne seg selv. Tabellene jeg har laget i Nvivo, viser at jeg har slått sammen flere koder, og endt opp med fire delmomenter. Samtalen kom frem som viktig i analysen, jeg har allikevel valgt å slå den sammen med opplevelsen av anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi. Dette ble gjort da samtalen gav mye bekreftelse og opplevelsen av å bli sett og hørt. Dette var meningsfullt for informantene, og viktig for å oppleve anerkjennelse.

Relasjonens betydning kommer og tydelig frem i intervjuene, uten at ordet relasjon blir særlig benyttet. Ordet kjemi, opplevelsen av at hun bare er der, hun så meg, hun lyttet til meg, hun gav meg tid, er ord som blir brukt om relasjonen. Tidsaspektet er viktig for å bygge relasjon, et godt nærvær mellom terapeut og pasient har behov for en trygg relasjon, samtalen gir mulighet for en god relasjon, og opplevelsen av anerkjennelse blir til i en relasjon. Jeg har derfor ikke valgt relasjon som eget delmoment, ettersom det er viktig i alle momentene. I tabell 2, illustreres det at de 14 kategoriene under de 4 kodene ikke bare har fellesnevner med hverandre, men også at de er avhengige av hverandres eksistens for å fremme en god prosess.

6.1 Opplevelsen av anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi

Opplevelsen av anerkjennelse viser seg med flere uttrykk, å være til stede i psykomotorisk behandling. Informantene forteller at de etter å ha vært i behandling, innser at de òg kan anerkjenne seg selv, og ikke kun at man kan anerkjenne andre. Det er òg blitt tydeligere for informantene hva som ligger i det å anerkjenne og oppleve seg anerkjent. Anerkjennelse viser seg i form av ord og handlinger. Det å bli bekreftet, lyttet til, sett, forstått og ikke misforstått, opplevelsen av mestring og håp, er også viktige momenter for opplevelsen av å bli anerkjent. Det første spørsmålet informantene fikk i intervjuet, var hva de la i ordet anerkjennelse. De var alle utfyllende i sine svar, hvor det å anerkjenne lå på individnivå. Anerkjennelsen var å godta, akseptere, få tilbakemeldinger og bli forstått og ikke bli misforstått.

Anerkjennelse kan ifølge Anne Lise Løvlie Schibbye (Schibbye, 2012), deles inn i to; den indre og den ytre anerkjennelsen. Ytre anerkjennelse være seg å bli sett og hedret for det vi presterer, og at vi blir verdsatt i henhold til prestasjoner. Indre anerkjennelse har fokus mot den andres opplevelsesverden, med alle dens komplekse følelser og tanker. Indre anerkjennelse viser noe om den du er som menneske og at de følelsesmessige opplevelsene blir sett og forstått. På denne måten blir de videre bekreftet og akseptert. Anerkjennelse vil komme til uttrykk på ulike måter avhengig av hva slags kontekst og hvilken relasjon man er i (Bae & Waastad, 1992). Sosiologen Erwin Goffman (1967) sier at man er avhengig av anerkjennelse fra den andre for å kunne anerkjenne seg selv, og at man forstår seg selv i lys av andres vurderinger (Gretland, 2007). Det er ulike måter å søke andres anerkjennelse på som utseende, rikdom, utdanning og sosiale posisjoner. Det er også forskjell på hva som betyr noe med tanke på å få anerkjennelse, om relasjonen er nær eller mer distansert. Ved mer distanserte forhold er det mer ytre ting som påkledning, status og prestasjoner som gjelder (2007). Anerkjennelses begrepet endret mening og innhold ettersom informantene gikk i behandling. De hadde alle lite kontakt med anerkjennelsen inn mot seg selv i starten av behandlingen. De merket at ved å forstå de kroppslige reaksjonene, og bli møtt og bekreftet av terapeuten, så endret synet på av å kunne møte, akseptere og erkjenne seg selv bedre.

6.2 Samtalen

Informantene trekker frem samtalen som vesentlig for å komme i kontakt med og erfare anerkjennelse. Det å sette ord på ting i en dialog er betydningsfullt for informantene. I dialogen blir de bedre kjent med seg selv, de blir sett og hørt og anerkjent både av terapeuten og seg selv. En informant sa at hun gjennom samtalen hadde skjønnet at det hun hadde opplevd

ikke var hennes skyld, og at hun trengte bekreftelse på dette mange ganger. Det hadde hun fått gjennom samtalen. Thornquist (2019), sier at samtalen er en grunnleggende sosial aktivitet, en samhandling. Samtalen handler i stor grad om å orientere seg om den andres perspektiv, og ikke bare å sende og å motta et budskap. På denne måten blir kommunikasjonen en dialog, utveksling av gjensidige meninger. I samtalen er en ikke bare opptatt av temaet, men også om og av hverandre. Relasjonen blir på denne måten stående i sentrum (2019). En god relasjon er avhengig av tilknytningsevnen til en enkelte, og i enhver pasient-terapeut-relasjon, utspiller det seg en overføring og motoverføring (Volden, 2010). I psykomotorisk fysioterapi anses samtalen som viktig sett i lys av tilknytningsteoriene og vårt grunnleggende behov for å søke trygghet.

De sier at bekreftelsen og den empatiske væremåten til terapeuten har vært viktig for å godta og forstå seg selv, men også viktig for den opplevde anerkjennelsen fra terapeuten. Ekerholt og Bergland (2004) skriver i artikkelen «The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge», at et viktig element i en god terapeutisk relasjon er opplevelsen av å være anerkjent, og at det er opplevelsen av å bli trodd på, forstått og akseptert av terapeuten er viktig.

Samtalens tilstedeværelse i psykomotorisk fysioterapi preges av støttende karakter (Bunkan, 2008b). Thornquist (2019) skriver om aktiv lytting ved bekreftelse og gjentakelse og reformulering av pasientenes budskap, og at i bekreftelsen ligger det anerkjennelse.

Den nonverbale og verbale kommunikasjonen blir viktig i møte mellom terapeuten og pasienten. Dette uavhengig av diagnose. Terapeuten hjelper til med å sette ord på kroppens symptomer, og gjør at det kroppslige språket blir forstått og at det er lettere å godta ubehaget som har oppstått. Kommunikasjonen gir også muligheten til å endre uhensiktsmessige kroppslige mønstre, som har oppstått over tid (Ekerholt & Bergland, 2004, 2008; Sviland et al., 2014). Språket og samtaler rundt kropp og følelser er nødvendig for bevisstgjøringen rundt dette, og Braatøy (1979) skriver at det å sette ord på ytringer og sansninger, og synliggjøre reaksjoner, bidrar til at menneskets affekter og fornemmelser oppleves som virkelige. Denne prosessen bidrar til mulighet for ny innsikt og kan oppleves avklarende for pasientene (Thornquist, 2019).

Anerkjennelse bringer frem noe i den andre, og ifølge Løvlie Schibbye (2012) innebærer det at den andres indre opplevelser blir gitt fokus og verdsatt som noe som er selvfølgelig. Hun definerer anerkjennelse ved å befeste, styrke, skjelne og ved å «se igjen». Det er dette

informantene også gir tilbakemelding på at de opplever i psykomotorisk fysioterapibehandling.

6.3 Nærværets betydning

Berøring

Berøring er helt sentralt i den psykomotoriske tradisjonen, og pasienten opplever å bli hørt, sett og bekreftet gjennom berøringen. Berøringen bidrar til at informantene har opplevd å merke en kropp som er tydeligere og bedre forståelse av kroppens subjektivitet. Terapeuten har hjulpet med å sette ord på og fange opp det non-verbale, via å «lytte» med hendene gjennom berøringen.

Psykomotorisk fysioterapi legger vekt på å være «var for», observere og anerkjenne de kroppslige reaksjonene (Gretland, 2007). De har gjennom behandlingen merket seg og fått en bevisstgjøring på at de ikke bare har en kropp, men at de også er en kropp. Og at den lette berøringen som er til stede i psykomotorisk fysioterapi som massasje og øvelser, kan være virkningsfullt. Gjennom berøringen har de blitt mer oppmerksomme på hvordan det egentlig var tatt med kroppen deres, og som en informant sa, så har kroppen fått mer validitet. Når behandlingen lykkes, svarer kroppen på grepene og respirasjonen omstilles til mer hensiktsmessig. Gjennom dette skjer det en muskelspenningsendring og kroppsformemmelsen hos pasientene øker (Salberg, 1994) (Aud Marie Øien, Steihaug, Iversen, Råheim & Øien, 2011) (Ekerholt, Schau, Mathismoen & Bergland, 2014). Helhetsbegrepet står sentralt i behandlingen, og om man snakker om mennesket som en integrert enhet. Som individ har vi følelser, kropp og tanker. Alt dette påvirker hverandre og henger sammen. Vi kaller det for det indre miljøet i et individ. Det ytre miljøet vil alltid påvirke oss, enten via tanker, ord eller følelser, kroppslig berøring, eller andre ytre påvirkninger (Salberg, 1994). En annen tanke i Norsk psykomotorisk fysioterapi er helhetstenkning at kroppen et hele seg, i fra fotsålen til issen. I behandlingen berører man hele kroppen, og ikke bare enkeltstående kroppsdel, uten å ta med resten av kroppen. Berøringen har gjort informantene mer oppmerksomme på pusten deres, og hvordan den endrer seg etter omgivelsene. Pusten blir påvirket av følelser og muskelspenninger. Dette samspillet skjer uten at vi egentlig er klar over det. Det ytre miljøet, påvirker vårt indre miljø (1994).

Berøring i terapi kan kun oppleves som behagelig om relasjonen er trygg. Det å ha et annet menneske så tett på seg kan for mange by på utfordringer. Vi har ulike grenser på hvor vår toleransegrense går. Det er viktig for terapiprosessen at ikke grensene til den enkelte blir

overskredet, men at terapeuten er observant på pasientens kroppslige signaler, som pust, kroppsspråk, blick, med mer. Det å gå i takt sammen med pasienten, og ha respekt for det kroppslige sikkerhetsnettet pasienten har. Bevege seg langsomt inn mot kroppen som kan ha med seg mange vonde minner, som krenkelser og smerter av fysisk og psykisk karakter (Sviland et al., 2014).

Tillitsforholdet i relasjonen er av emosjonell karakter, og inneholder respekt, omsorg, det å bry seg og det å like hverandre (Ulvestad et al., 2007). Det er viktig at terapeuten har et anerkjennende forhold til det pasienten formidler, da pasientens problemer nettopp kan ha blitt utviklet ved at han tidligere har blitt avvist vedrørende sine følelser (Thornquist & Bunkan, 1986) (Ekerholt et al., 2014). Autton skriver i boken «Berøring» (Autton & Sjøfjell-Hansen, 1990) om hvordan den som berører også blir berørt. Han skriver videre at det er den sansen som oppleves mest personlig, og en av de mest grunnleggende kommunikasjonsmidlene vi har. Den taktile opplevelsen gjør oss oppmerksomme på oss selv og den andre (1990). I Norsk psykomotorisk fysioterapi sier en at både pasient og terapeut mottar og gir. Pasienten mottar behandling og gir en type gjensvar på det, og terapeuten tar imot gjensvaret gjennom hørsel, syn og hendene. Videre gir behandler en ny stimulering alt ettersom hva slags svar pasienten gav på behandlingen. Studien til Bergland og Ekerholt (2006) viste at terapeutens evne til å lytte og være sensitiv overfor pasientens signaler og reaksjoner, samtidig som pasientens grenser ble akseptert, gjorde massasjen til en positiv opplevelse for de fleste. I tillegg til å være et møte mellom hender og kropp, er det et møte mellom to personer. Det krever at terapeuten er trygg på seg selv og er i stand til å håndtere pasientens følelser. Pasienten på sin side, må ha stor tillitt til terapeuten for å ha mulighet til å gi slipp på følelser som kan oppstå, og for å ha en annen person så kroppslig nær (Nissen, 2009).

I berøringen påvirker vi det autonome nervesystemet. Det autonome nervesystemet består av sympatikus og parasympatikus. Det sympatiske nervesystemet er aktiverende og svarer på stress ved å øke produksjonen av dopamin og noradrenalin. Det parasympatiske nervesystemet er et nedregulerende system, og kan reagere på to måter. Ved at det skjer en økning av endorfiner i hjernen, eller en økning av noradrenalin i sentralnervesystemet (Gretland, 2007) (Bentzen, Hagen & Foged, 2014). Det autonome nervesystemet består også av det enteriske nervesystemet (Hart, 2006). Dette nervesystemet består av nerveceller som er i tarmsystemet. Dette nervesystemet har tett kommunikasjon med det sympatiske og parasympatiske nervesystemet (2006).

Et nervesystem som har vært høyaaktivert i forbindelse med at kroppen har vært utsatt for stress reaksjoner, vil trenge trygghet og tid for å klare å nedregulere seg (Bentzen et al., 2014). Ved hjelp av berøring i trygge relasjoner, ønsker vi i Norsk psykomotorisk fysioterapi å jobbe inn mot et regulert nervesystem. Informantene fortalte at berøringene og øvelsene var lette og ikke på noen måte smertefull, dette opplevde de som behagelig. Ved berøring blir det produsert oxytocin og dopamin, hormoner som reduserer stresshormonet kortisol. Dette kan gi en beroligende opplevelse, da det er med på å senke blodtrykk, puls og kortisolnivå (Nissen, 2009).

Informantene har beskrevet at de ser sammenhenger og har økt forståelse for at «livet» setter seg i kroppen, og hvordan den påvirkes av psyken vår. Gjennom berøring ble det tydeligere hvor anspente de var i kroppen, og ved at terapeuten bekreftet verbalt det hun kjente, var det lettere å anerkjenne smertene og at de hadde med følelser å gjøre. Bevisstgjøringen har ifølge informantene, økt evnen til å forstå kroppssignalene og å sette ord på dem. Med denne innsikten klarer informantene i stor grad å merke sine egne uhensiktsmessige vanemønstre, og endre de til mer hensiktsmessige. Nærværet til terapeuten merkes av informantene i studien som behagelig og trygt.

6.4 Tidsaspektet

Tidsaspektet er sentralt i Norsk psykomotorisk fysioterapi. Behandlingen innebærer ofte store endringer, og pasienten må på mange områder endre det bestående. Denne prosessen kan være krevende før de gjenopplever en stabilitet. En behandlingstime er på 60 minutter, og terapeuten er til stede med pasienten stort sett hele tiden. Den første tiden går pasientene til behandling én gang i uken. Etter en stund, økes intervallene mellom timene gradvis. Noen har da behandling hver andre uke, og etter hvert med flere ukers mellomrom. Dette for å kunne vedlikeholde oppnådde endringer kroppen, og forhindre nye spenninger i muskulaturen. Jamfør Aadel Bülow-Hansen tar det minst tre år å endre en kropp som er i ubalanse (Salberg, 1994). Går terapeuten for raskt frem, kan pasienten i stedet for å gi slipp på muskelspenningene, reagere med å få nye muskelspenninger. Hvor ofte og hvor lenge pasienten skal være i behandling, tilpasses den enkelte (1994). Informantene beskrev tiden de fikk som svært viktig for deres bedringsprosess. Det at de ble gitt en time som var deres, og som dertil gav den roen de trengte for å kunne som en sa; «pakke opp litt etter litt», var viktig. Det at de hadde tid, gav de mulighet til ikke å bare forstå det kognitivt, men også at kroppen

fikk tid til å omstille seg. Norsk psykomotorisk fysioterapi er ikke en ren symptombehandling. Behandlingen går ut på å betrakte pasientene ut fra kroppsfunksjon, symptomet mer som et uttrykk for ubalanse i kroppen. Når balansen er til stede, vil også symptomene forsvinne. Denne prosessen tar tid. Tiden pasienten er i behandling er individuell, og tilpasses den enkeltes behov (1994).

Tid var også viktig i forbindelse med samtalen. Informantene trekker frem viktigheten av repetisjon og gjentakelse i temaer som ble tatt opp i samtaler. Det at de hadde én time som var deres tid, opplevdes også som viktig for å bedre kunne anerkjenne seg selv. Tid oppleves for mange som den største mangelvaren i helsetjenestene. Tid som kunne vært brukt til å lytte til pasientene, blir brukt til andre gjøremål. Tiden man bruker til å lytte til pasientene, gjør at man lettere kan unngå misforståelser og at man lettere når målet (Normann, Thommesen & Sandvin, 2008). Pasientene beskriver hvordan de opplevde at kroppen jobbet saktere enn den kognitive forståelsen, og at det å ha god tid, var avgjørende for å komme i mål med kroppslige endringer. Oppdagelsen av at kroppen var bærer av følelser, og hvordan kroppen kommuniserte, var ny kunnskap for informantene. Sviland et al (2012) beskriver hvordan deres informant oppdaget at følelsene sitter i kroppen, og hvordan den sensoriske behandlingen bidro til å kunne merke kroppen og forstå dens uttrykk.

Å opparbeide en trygg og god relasjon, tar tid, og det tar tid å finne ut hva som er det egentlige behovet til pasienten (Aamodt, 2014). Helt grunnleggende for at en relasjon skal ha mulighet til å utvikles og etableres, er at en får tid til det (Borg & Topor, 2014). Innen psykisk helsearbeid, står relasjonen som viktig. Bøe og Thomassen stiller spørsmålet om hva som er det virkningsfulle i en bedringsprosess, og spør seg om det ikke først og fremst er kvaliteten i kommunikasjon og relasjon mellom terapeut og pasient som er viktig (2000). For pasienter som har opplevelser med vanskelige relasjoner med seg, tar det for disse tid å merke at en relasjon er trygg (Ekerholt et al., 2014). Espen Odden (Odden, 2019) skriver om tid i artikkelen «Kort tid = God kvalitet». Han sier at det innen psykisk helsearbeid er viktig med en god dialog for å kunne skape endring, men at for å få en slik dialog er man avhengig av gjensidig tillitt og forståelse. For å oppnå dette, er man avhengig av tid. Han skriver også at det ofte er behov for lang tid for å oppnå dette. Dette blir bekreftet av informantene i intervjuene. De sier at tiden har vært vesentlig i forbindelse med tryggheten i relasjonen de har med terapeuten. Det at de har fått rom og tid til å snakke om livet sitt, og fått verbale og nonverbale reaksjoner tilbake. Det å oppleve seg forstått og ikke misforstått over tid, har vært

til stor hjelp for å merke anerkjennelsen til seg selv. Det å ha et annet menneske så tett på kroppen, krever en trygg relasjon. Et grunnleggende prinsipp er forutsigbarhet og rammen rundt behandlingen. Det at noe er gjenkjennbart gir tillit og trygghet (Ertner, 2014). Det å etablere gjensidig tillitt vil tidsmessig variere fra person til person. Det betyr at ingen behandlingsforløp vil være like. Etter hvert som kontakten og tillitten øker, er det mange som ønsker å prate om hva de opplever, føler og tenker (1994). I artikkelen: «Touched in sensation - moved by respiration», kan vi lese om Ingrid som har vært i behandling i ti år. Hun har en lang historie med vold og misbruk i nære relasjoner, og artikkelen viser til hvordan hun har fått hjelp av Norsk psykomotorisk fysioterapi og psykolog. Artikkelen viser til at tid var svært viktig for hennes bedringsprosess. Hun trengte tid til å skape en god, terapeutisk relasjon, og for å romme sin historie. Hun fikk håp og mulighet til endringer som kunne være gode for fremtiden hennes. Norsk psykomotorisk fysioterapi var betydningsfullt i forbindelse med å gi nye, gode kroppslige erfaringer (Aud Marie Øien et al., 2011). Tid i terapien vil også kunne være viktig for terapeutens ro i behandlingssituasjonen. Om terapeuten opplever stress, vil dette kunne påvirke pasienten og behandlingssituasjonen. En stresset terapeut vil vanskeligere kunne fange opp det som egentlig skjer i behandlingsrommet. For pasientene er det viktig å oppleve terapeutens tilstedeværelse, ivaretagelse og opplevelsen av å bli sett og hørt (Ekerholt & Bergland, 2004). For terapeuten er det helt nødvendig med tilstedeværelse for pasienten som er i rommet (2004). Det var tydelig i studien at informantene trengte tid på å kunne merke anerkjennelse inn mot seg selv. Det tok tid å forstå kroppens signaler, og først etter gjentakelser, repetisjoner og bekreftelser økte informantenes forståelse for hvordan kropp og psyke henger sammen. Dette gav informantene mulighet til å merke at de også kunne anerkjenne seg selv.

6.5 Forståelse av de kroppslige symptomene inn mot anerkjennelsen

Studien viser hvor viktig det har vært for informantenes egen anerkjennelse å forstå kroppens subjektive språk. Informantene hadde symptomer som svimmelhet, muskelsmerter, dårlig hukommelse, og generell dårlig kontakt med kroppen sin. De kroppslige uttrykkene var smertefulle og ubehagelige, og ved undersøkelser i spesialisthelsetjenesten fant man ikke «noe galt». Informantene beskriver at de var engstelige for symptomene da de ikke fikk noen svar på hvorfor de hadde det som de hadde. Ubekveme kroppslige tilstander, blir i psykomotoriskbehandling møtt med undring av terapeuten. Kroppens symptomer fikk etter hvert som behandlingen skred frem et «språk», og informantene fikk forståelse for hvordan

kroppen kunne komme i den tilstanden den var og hadde vært i. Symptomene mildnet og ble etter hvert borte.

Gretland (2007) beskriver at fokusert oppmerksomhet som en ubevisst eller bevisst styring av hva vi vektlegger, er en betingelse for at vi skal ha mulighet til å legge merke til noe.

Avgjørende for å unngå kaos og det å ordne inntrykk, er at vi evner å fokusere eller selektere persepsjon. Samtidig er det på denne måten vi lærer og ser omverdenen. Gjennom terapeutens spørrende og undrende holdning i metoden, bidrar det til at pasienten kan sette ord på hva som oppleves av sansninger, og dette er med på å gi en innsikt og erfaring av kroppslige sammenhenger. Dette er igjen med på å gi pasienten en anerkjennende holdning til seg selv. Bunkan (2008b) skriver at pasientens kroppsbevissthet og kroppsopplevelse fremmes når de blir bevisst signalene og klarer å ta hensyn til dem.

Informantene beskriver hvordan de erfarte at hele kroppen ble tatt på og avgrenset, og at dette har vært viktig for å kunne klare å kjenne etter. Gretland (2007) skiller kroppens grenser fra menneskets grenser, og sier at fenomenologisk sett er en grenseløs verden en grenseløs kropp og omvendt. Ved berøring og stimulering påvirker hud, muskler og skjelett vårt kroppsbylde (2008b). Aktive øvelser, vekt på bærende ledd, men også kroppsavgrensende berøring, er med på å styrke kroppsgrensene og evnen til å kunne si i fra (Bunkan, 2008b; Sviland et al., 2012).

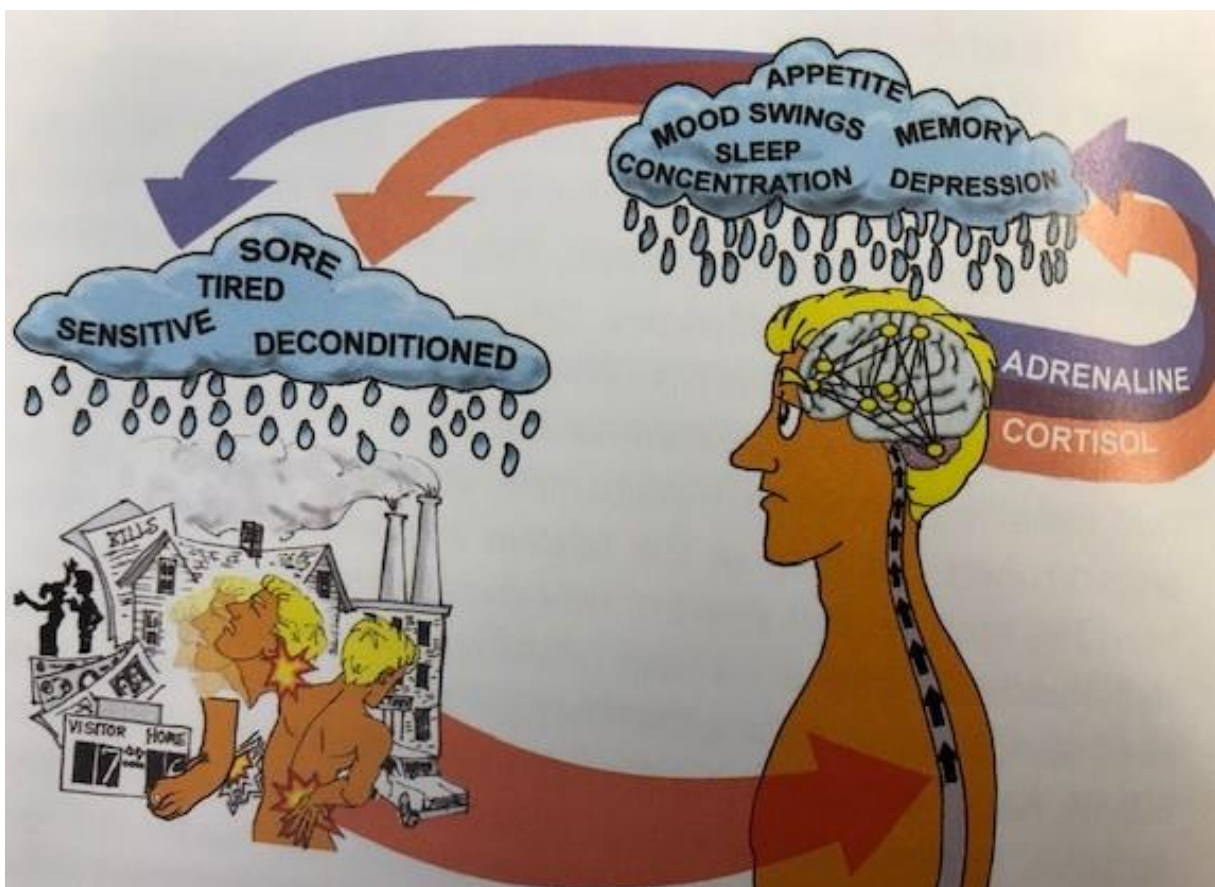
Det å merke føttene og kjenne grensen gjennom huden, gav ifølge Sviland, Råheim og Marthinsen (2012), en følelse av verdi og en konkret erfaring av å «stå opp for seg selv». Kroppen ble en trygghet og en ressurs. Én informant beskriver det som at kroppen fikk mer validitet. Informantene mener at bevisstgjøringsprosessen har medvirket til å klare å fange opp følelser. Sensibiliteten til kroppen har vært viktig for at de har klart å sette ord på følelser og merke kroppen. Braatøy (Braatøy, 1947) skriver om en forståelse av emosjoners kroppslige uttrykk, sett i lys av den biologiske responsen. Emosjoner som ble holdt tilbake og av sosiale hensyn ikke kom til uttrykk, ble på denne måten ikke anerkjent eller gitt rom for. Følelser som er tilbakeholdte kunne resultere til strukturelle forandringer i kroppsvevet som han mente var irreversibelt.

Sammenhengen mellom følelser og respirasjon kan vi se på som hovedfenomenet i psykomotorisk behandling. I følge Ekerholt og Bergland (2008) gir bevisstgjøringen av respirasjon til pasienter med muskel- og skjelettplager, og med en psykosomatisk sykehistorie, mulighet til å identifisere både følelsesmessige og muskulære mønstre. Dette

gav pasientene en ny innsikt i forbindelse med kropp og sinn, til mestring og de endret syn på seg selv.

I «Therapeutic Neuroscience Education, Teaching Patients About Pain» (Louwe, 2013), forklarer de gjennom en metafor de kaller «Når løven angriper», hvordan kroppens overlevelssystem settes i gang dersom en løve plutselig kommer inn i rommet du sitter i for å angripe deg. Stresset som erfares i kroppen vil sette i gang en rekke prosesser deriblant øker adrenalinet. Adrenalin vil påvirke hjerteslagene, pusten og blodomløpet, og man blir hyperårvåken. Når løven blir fjernet, vil kroppen restituere seg, og man er veldig sliten og lettet over at faren er over. Men hva om faren ikke er over? Og at løven muligens kan komme tilbake? Eller at den blir værende i flere dager, måneder eller år (2013)?

Tegningen illustrerer hvordan Louwe og Puente (2013) mener at livet påvirker oss:



De sammenlikner løvehistorien med situasjoner vi generelt i livet kan omgi oss med. Løven er en metafor for det konstante stresset mange lever med i hverdagen sin. Eksempelvis smerte, frykt, angst, bekymringer for økonomien, bekymringer for jobben, vonde minner fra tidligere erfaringer, og så videre og så videre. Stresset som oppstår er på mange måter likt med

«løvehistorien», og forblir stresset over måneder og år vil det manifesteres i kroppen. Symptomene vil kunne være muskelsmerter, humørsvingninger, fatisning, dårlig konsentrasjon, depresjon, dårlig tarmfunksjon, depresjon med mer (2013).

Informantene beskriver langvarig stress i livene deres, og flere av symptomene deres er symptomene som er gjenkjennbare fra «løvehistorien». Gjennom øvelser, berøring og samtaler ønsker vi i Norsk psykomotorisk fysioterapi å hjelpe pasientene til å forstå at de som menneske både har en kropp og er en kropp, og at kroppen på individuelle måter uttrykker erfaringer og opplevelser i form av symptomer og signaler. Det å forstå sine egne smerter og symptomer, vil på mange måter bidra til en aksept og forståelse av sine egne kroppslige uttrykk (Ekerholt & Bergland, 2004). For mennesker som har strevd med å ikke oppleve at de blir trodd, er det en lettelse å merke at noen tror på dem. At de blir bekreftet, trodd og forstått, er med på å gjøre det mulig å følelsesmessig omstille seg. Symptomer som ikke har objektive funn, som for eksempel kroniske muskelsmerter, blir ofte i medisinen omtalt som uforklarlige funn. Interaksjonen mellom helsepersonell og pasient kan bli problematisk, da pasienten ikke opplever seg møtt og erkjent. Disse møtene mellom pasient og helsepersonell kan være med på styrke splitten mellom kropp og psyke, om helsepersonellet kun støtter seg til den biomedisinske modellen (2004). Ved psykosomatiske tilstander finner man ikke noen objektive, fysiske forklaringer på symptomene. «Psyko» kommer fra det greske ordet psyke, som også betyr sjel. Soma er det greske ordet for legeme. På denne måten understrekes skillet mellom det psykiske og det fysiske, i at det enten er en forklaring basert ut ifra at det er noe med det psykiske forhold, eller at det er en fysisk forklaring (Wifstad, 2018). Denne måten å tenke på kalles dualisme, og har sitt utspring i Descartes klare skille mellom den tenkende og den utstrakte substans. Denne måten å tenke på har preget helsefagene i ettertid. Skillet mellom kropp og sinn har vært utfordrende. Georg Libman Engel (1913-99) lanserte den biopsykososiale modellen for helse og sykdom. Modellen tar utgangspunkt i en mer helhetlig tilnærming til sykdom og helse, denne modellen er i dag i bruk ved mange helsefag (2018). I ettertid blir også denne modellen kritisert for å ta med seg samme oppdeling av kropp og psyke som de andre modellene (2018).

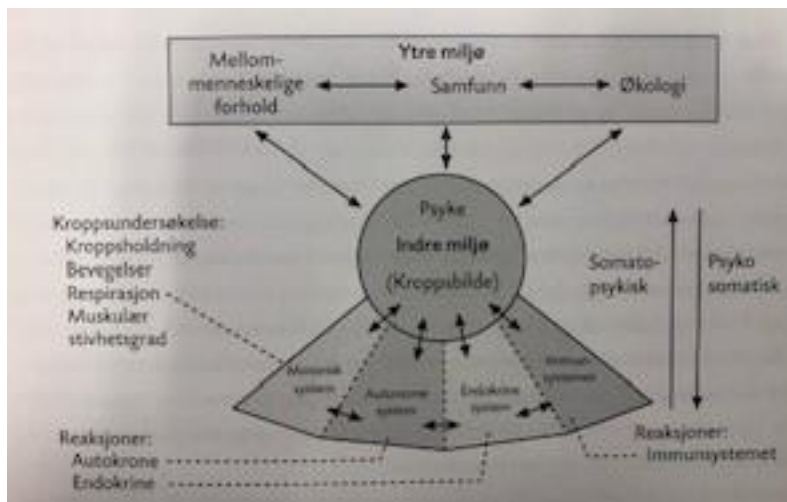
Maurice Merleau-Ponty (1908-61), var fransk filosof og psykolog. Han tok konsekvent utgangspunkt i kroppen og kroppens væren mot omgivelsene. Han skrev et hovedverk som het «Persepsjonens fenomenologi» (Merleau-Ponty, 1994). Ordet «fenomen» ble brukt om det som trer frem. Han mener at kroppen ikke kan objektiveres, og at kropp og sinn er en enhet.

Ordet «egenkropp», springer ut fra hans fenomenale kropp, som ikke kan objektiveres. Om vi kun vektla den objektive tilnærmingen til sinn og kropp, ville vi overse den opprinnelige enheten mellom dem. Ordet «egenkropp» kommer fra ulike videreutviklinger av hans filosofi, og betegner at opplevelser og erfaringer setter seg i kroppen (Gretland, 2007; Wifstad, 2018). Anna Luise Kirkengen, viser flere steder til Merleau-Ponty i sin bok «Hvordan krenkede barn, blir syke voksne» (Kirkengen & Næss, 2015), hvordan fenomener i det leve liv kan sette seg i kroppen. Hun viser til hans «væren» begrep, hvordan et menneske kan føle, sanse, erfare og lære. Uten kroppen har mennesket ingen sjans til å overleve (2015). I psykomotorisk fysioterapi er kroppserfaringer og persepsjon viktig (Malterud, 2017a), og for pasienten er det imidlertid stor forskjell på om for eksempel smerten i skuldrene blir forklart med at: «Smerten i skuldrene er der da du hele tiden heiser skulderen din opp ...», enn at smerten forklares psykisk (2018a).

I Norsk psykomotorisk fysioterapi ser vi på kroppen som en resurs som inneholder kunnskap, og gjennom undersøkelse og dialog utforsker vi dette sammen med pasienten. Thornquist (1998) minner oss på at alle relasjoner mellom helsearbeidere og pasienter er asymmetriske, og at det i så måte gir oss et stort ansvar for hva som skjer i terapien. En god terapeutisk time, innebærer at pasienten skal oppleve å bli trodd på, forstått og akseptert (Ekerholt & Bergland, 2004). Tore Dag Bøe og Arne Thomassen viser i boka «Mot en mer menneskelig psykiatri», til at relasjonen slik de ser den er til for pasienten, og at pasienten kan bruke relasjonen til noe om hun eller han vil. Relasjonen kan være et sted de kan jobbe mot sine mål, og et sted de kan lære forskjellige verktøy for å lettere kunne oppnå sine mål (Bøe & Thomassen, 2000).

Bunkan viser i boka «Kropp, respirasjon og kroppsbilde» (2008b), til «Nøkkelhullmodellen». Det er en forståelsesmodell for å forstå pasienten og tar utgangspunkt i det ytre og indre miljøet. Kroppens systemer kan ikke skilles fra hverandre, og især er dette viktig med tanke på det autonome og det endokrine system.

Modellen under viser «Nøkkelhullmodellen» (2008b):



Informantene beskrev hvordan ny forståelse av symptomene, hjalp dem til å anerkjenne de kroppslige uttrykkene, og at de forstod sine følelser bedre. De gav uttrykk for at de kunne se tilbake på hendelser som hadde skjedd på tidligere tidspunkt, og skjønne hvorfor kroppen hadde fortsatt med å «forsvare dem». Én informant sa at hun faktisk kunne syntes synd på den hun var.

Forståelsen av de subjektive symptomene var viktig for informanten for å i det hele tatt ha mulighet til å kunne romme og anerkjenne seg selv (Ekerholt et al., 2014).

7.0 Oppsummering

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke betydninger anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi kan få for pasientenes psykiske helse?

Resultatet fra studien viser at pasientenes erfaring er økt trygghet og økt anerkjennelse av kroppens subjektivitet. De erfarer i stor grad å forstå seg selv bedre, og har en større forståelse for hvordan deres levde liv, med opplevelser og erfaringer, har satt seg i kroppen som et eller annet form for ubehag. Denne kunnskapen har gitt informantene en mulighet med hjelp fra den psykomotoriske fysioterapeuten å endre uhensiktsmessige kroppslige mønstre som har vart over tid. Dette har videre ført til mindre kroppslig ubehag. De har i stor grad opplevd at den psykomotoriske fysioterapeuten har møtt deres utfordringer med anerkjennelse og respekt, og at de er blitt sett og hørt. Det kommer også frem at tiden de har vært i behandling har vært avgjørende. Alle har vært mellom to og tre år i behandling, og fremdeles er de i et behandlingsforløp. Alle hadde tidligere benyttet andre behandlingsintervensjoner, dette hadde kun gitt kortvarig bedring av de kroppslige symptomene. De fire delmomentene som skilte seg særlig ut som betydningsfulle i forbindelse med pasientenes erfaringer i behandlingen, var forståelse av de kroppslige symptomene, hvordan de opplevde anerkjennelse, tidsaspektet og berøringen. Forståelsen av de kroppslige symptomene var viktig for å kunne se sammenhengen mellom kropp, pust og følelser. Mestring og håp gjennom samtaler i en trygg relasjon, var viktig for å kjenne på opplevelsen av anerkjennelse. Tidsaspektet var avgjørende for at informantene kunne endre uhensiktsmessige, kroppslige mønstre over tid, og at de igjen og igjen fikk de bekreftelsene de hadde behov for med tanke på å bedre forstå seg selv og sine symptomer. Helt sentralt for å virkelig kunne koble kropp og psyke sammen, var berøringen. Berøringen bidro til at de kunne merke og ramme inn kroppen på en behagelig måte. Dette var med på å gi de nye kroppslige erfaringer, og en ny bevissthet inn mot kroppen.

Jeg som forsker ble overrasket over betydningen den indre anerkjennelsen hadde for informantene. Når de erfarte den indre anerkjennelsen, fikk informantene sympati for sitt «gamle jeg». De erfarte også at de kroppslige symptomene minsket, og at de også ble borte. Den ene informanten fortalte at hun kunne hatt lyst til å stryke sitt «gamle jeg» over håret, og si til seg selv at det kommer til å gå bra. Det er også tydelig for meg at bekreftelser og repetisjoner over tid var viktig for å kunne forstå og godta egne livserfaringer, og for å ha større mulighet til å ta innover seg sin egen situasjon og eventuelt ha mulighet til å endre noe.

Overraskende var det likevel at det tar så lang tid som informantene beskriver, å endre gamle kroppslige mønstra og tankemønster. Med tanke på hva som kom frem i min studie, stiller jeg meg undrende til ulike pakkeforløp som er innført i kommunene innen psykisk helse.

Informantene hadde alle en formening om at anerkjennelse er noe man gir i forhold til den andre. Først etter en god stund inn i behandlingen hos psykomotorisk fysioterapeut, innså de at de også kunne anerkjenne seg selv og sitt levde liv. Én av informantene fortalte at hun ved tidligere behandlingsforløp, hadde kjent at hun burde ha blitt «friskere» på den tiden hun hadde vært i behandling. Dette førte til at hun tenkte og følte at det var hun det var noe galt med, som ikke ble bedre. Hun forteller også at dette gav henne en bekreftelse på at hun heller ikke mestret det å gå i terapi og det å bli frisk.

Dette var ny og nyttig informasjon for meg. Det at tiden har så mye å si for et godt behandlingsforløp, vil forhåpentligvis være nyttig informasjon også for andre psykomotoriske fysioterapeuter og andre yrkesgrupper som jobber innen det psykiske helsefeltet.

8.0 Forslag til videre forskning

Flere levevilkårsundersøkelser viser at det er økte psykiske utfordringer for barn og ungdommer i flere kommuner. Skolene har faget livsmestring, med søkelys på psykisk helse. Helsesykepleierne bruker verktøy som omfatter grønne og røde tanker, for å kunne hjelpe barn og unge med å sortere følelser. Jeg møter i min praksis som psykomotorisk fysioterapeut flere barn og ungdom med mange kroppslige utfordringer, som magesmerter, hodepine, ledd- og muskelsmerter. Ofte har de samme barn og unge også livsbelastninger de enten trenger hjelp til å stå i eller komme seg ut av. Ut fra dette er det fortsatt behov for videre forskning i feltet barn og unges psykiske helse. Et forskningsprosjekt med søkelys på hvordan kropp og psyke henger sammen hadde vært en interessant studie. Som psykomotorisk fysioterapeut tenker jeg at dette bør være viktig innen målgruppen barn og unge. Det hadde vært interessant med en studie som hadde et design som senere kunne anvendes i skolens undervisningsmaterieell. Her kunne det vært gjort en kartlegging av de kroppslige symptomer, samt undersøke deres sosiale bakgrunn.

Etter en tid hadde det vært spennende med en ny studie for å kartlegge barn og unges opplevelser om kroppslige uttrykk. Jeg hadde håpet at informasjonen de unge fikk gjennom dette undervisningsmateriellet, ville kunne være til hjelp for å anerkjenne og være stolte av koppen sin, og på denne måten hatt mer forståelse for hvordan kropp og psyke henger sammen.

9.0 Litteraturliste

- Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer : integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforl.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Autton, N. & Sjøfjell-Hansen, B. (1990). *Berøring : berøringens bruk i omsorg og terapi*. Øyslebø: Eikstein forlag.
- Bae, B. & Waastad, J. E. (1992). *Erkjennelse og anerkjennelse : perspektiv på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bazeley, P. & Jackson, K. (2013). *Qualitative data analysis with NVivo* (2nd ed. utg.). Los Angeles: Sage.
- Bentzen, M., Hagen, K. & Foged, J. W. (2014). *Den neuroaffektive billedbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018a). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International: The Journal For Researchers And Clinicians In Physical Therapy*, 23(4), e1723-e1723. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018b). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4), n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Bergland, A. & Øien, I. (1998). *Fysioterapi i praksis : et sted for oppdagelse og begrunnelse*. Oslo: Universitetsforl.
- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*.
- Bowlby, J. (2005). *A secure base : clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Braatøy, T. (1947). *De nervøse sinn : medisinsk psykologi og psykoterapi*. Oslo: Cappelen.
- Braatøy, T. (1979). *De nervøse sinn : medisinsk psykologi og psykoterapi : D. 1* ([Ny utg.] utg.). Oslo: Cappelen.
- Buber, M., Simonsen, T. G. & Wergeland, H. (2003). *Jeg og du*. Oslo: De norske bokklubbene.
- Bunkan, B. H. (2003). *Den omfattende kroppsundersøkelsen (DOK)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 2003.
- Bunkan, B. H. (2008a). *Kropp, respirasjon og kroppsbygge*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bunkan, B. H. (2008b). *Kropp, respirasjon og kroppsbygge : teori og helsefremmende behandling* (4. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri : fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*. Oslo: Universitetsforl.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid : om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforl.
- Delanty, G. & Strydom, P. (2003). *Philosophies of social science: The classic and contemporary readings*.
- Dragesund, T. & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory And Practice*, 24(4), 243-254. <https://doi.org/10.1080/09593980701738400>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal Of Public Health*, 32(6), 403-410. Hentet fra

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=15762024&site=ehost-live>

- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in physiotherapy*, 8(3), 137-144.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2008). Breathing: a sign of life and a unique area for reflection and action. *Physical Therapy*, 88(7), 832-840. <https://doi.org/10.2522/ptj.20070316>
- Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M. & Bergland, A. (2014). Body awareness--a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy Theory And Practice*, 30(5), 312-318. <https://doi.org/10.3109/09593985.2013.876562>
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Engelsrud Gunn, N. B., Øien Ingvil. (2016, November 21). Kroppens subjektivitet- glemt eller anerkjent i fysioterapifaget? *Fysioterapeuten*(Issue).
- Ertner, L. D. (2014). *Berøring - i omsorg og lindring*. Bergen: Fagbokforl.
- Espedal, G. (2017). Tøff love : anerkjennelse og ledelse i en organisasjonssammenheng. I(s. 286-302). Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2017.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Hart, S. (2006). *Hjerne, samholdighet, personlighet : introduktion til neuroaffektiv utvikling*. København: Hans Reitzel.
- Holm, I. S. (2010). *Anerkendelse i ledelse*. København: Hans Reitzels Forl.
- Honneth, A. & Holm-Hansen, L. (2008). *Kamp om anerkjennelse : om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Oslo: Pax.
- Hummelvoll, J. K. & Dahl, T. E. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- idrettsvitenskap, F. f. h.-o. (2019-2020). *Studieplan for Psykisk helsearbeid, videreutdanning Påbyggingsstudium*.
- . Hentet fra <https://www.uia.no/studieplaner/programme/HELARB60D>
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Kunnskapsdepartementet. (2005). *Forskrift til rammeplan for videreutdanning i psykisk helsearbeid*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1384>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale S, B. S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien forskning*, (4), 288-296.
- Louwe, A. P., Emilio. (2013). *Therapeutic Neuroscience Education, Teaching patients about pain*. USA: International spine and pain institute.
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring* Universitetsforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Molander, A. (1997). *Kunnskap i handling*. Gjøteborg: Daidalos.
- Monsen, J. T. (1990). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi : utdrag fra klinisk psykologi*. Oslo: TANO.

- NHI.no. (2017). Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/muskelskjelett/diverse/psykomotorisk-fysioterapi/>
- Nissen, M. (2009). Berøre og bli berørt. *Fysioterapeuten*, 76(4), 28-31.
- Normann, T., Thommesen, H. & Sandvin, J. T. (2008). *Om rehabilitering : mot en helhetlig og felles forståelse?* (2. [i.e. 3.?] utg. utg.). Oslo: Kommuneforl.
- Odden, E. (2019). Kort tid [er ikke lik] god kvalitet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(9), 678-679.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.
- Salberg, L. S. (1994). *Psykomotorisk fysioterapi : Aadel Bülow-Hansens fysioterapi, videreført og videreutviklet av Gudrun Øvreberg : en introduksjon*. Tromsø: L. S. Salberg.
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg., 2. oppl. [i.e. ny utg.]. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Sletvold Jon, o. B. M. (2009). *Den terapeutiske dansen, Kropp og relasjon i psykoterapi* Kolofon forlaget AS.
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke - hva da? ; holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten*, 74(12), 23-28.
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *A European Journal*, 17(4), 609-624. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9562-0>
- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation – moved by respiration. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(4), 811-819. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01024.x>
- Thornquist, E. (1998). *Klinikk, kommunikasjon, informasjon*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Thornquist, E. (2019). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* ([]. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforl.
- Topor, A. (2003). *Recovery : at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København: Hans Reitzel forlag.
- Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A.-G. & Fjeldstad, T. (2007). Klienten–den glemte terapeut. *Brakerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Volden, O. (2010). Finn Skårderud, Svein Haugsgjerd og Erik Stänicke: Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, (03), 272-275.
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Oslo: Universitetsforl.
- Øien, A. M., Iversen, S. & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences - Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in physiotherapy*, 9(1), 31-39. <https://doi.org/10.1080/14038190601152115>
- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S., Råheim, M. & Øien, A. M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(1), 53-61. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x>

Vil du delta i forskningsprosjektet «Anerkjennelse»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å *undersøke hvordan det å forstå kroppens subjektive språk, er viktig i en anerkjennelsesprosess*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette forskningsprosjektet er å undersøke betydningen av å forstå kroppens symptomer, sett ut ifra et psykomotorisk perspektiv, i anerkjennelsesprosessen. Jeg vil undersøke hva som bidrar til anerkjennelse, og om informantene har opplevd anerkjennelse fra terapeuten.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet. **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta i undersøkelsen da du enten er i psykomotorisk behandling, eller nettopp har avsluttet din behandling. Du er over 18 år, og bor på i en annen landsdel enn der jeg studerer.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ønsker å foreta et dybdeintervju. Jeg vil under intervjuet ha en lydopptaker som tar opp samtalen vår. Om du velger å delta i undersøkelsen, vil det ta ca. 45-60 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Erna Ulland, min veileder og meg, er de som har tilgang til opplysningene som kommer inn under intervjuet.

- Jeg samler ikke sensitive opplysninger, som navn og fødselsdatoer, kun kjønn og alder, og at du har vært i eller er i psykomotorisk behandling.. Datamaskinen jeg lagrer informasjonen vi være innelåst, og lagret på server.
- Deltakerne i studie vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes *juni 2020*. *Da blir alle opptak slettet.*

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- *Universitetet i Agder* ved Norunn Westersund, norunnwk@hotmail.com, eller veileder Erna Ulland, erna.ulland@uia.no
- *Personvernombud ved UIA*, ina.danielsen@uia.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Norunn Westersund/ Erna Ulland

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet anerkjennelse, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Innledning

Kort info om hensikt og mål med studie, og hva jeg ønsker å undersøke.

Hovedspørsmål

Hva er anerkjennelse for deg?

Hvordan har opplevelsen av anerkjennelse vært til stede i psykomotorisk fysioterapi?

Berøring

Samtale

Blikk og andre kroppsuttrykk

Har forståelsen av kroppens symptomer hatt betydning for det å oppleve anerkjennelse?

Om så tilfelle, hvordan har forståelsen bidratt til anerkjennelse?

Har du opplevelse av at terapeuten anerkjenner deg? Om du har; hvordan merker du det?

Berøring

Samtale

Blikk og andre kroppsuttrykk

Hva har terapeuten bidratt med for at du opplever anerkjennelse?

Avsluttende spørsmål

Er det noe som ikke er blitt nevnt, som du ønsker å si noe om?

NSD sin vurdering

02.09.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 02.09.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Norunn Westersund

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: 19/07711

Tidspunkt for godkjenning: : 21/10/2019

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Anerkjennelse

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Søknaden godkjennes under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -
www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER,
FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO