



# Høgskulen på Vestlandet

## Masteroppgave

MAFYS603-O-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

**Startdato:** 07-05-2021 09:00  
**Sluttdato:** 14-05-2021 14:00  
**Eksamensform:** Masteroppgave  
**Flowkode:** 203 MAFYS603 1 O 2021 VÅR  
**Intern sensor:** (Anonymisert)

**Termin:** 2021 VÅR  
**Vurderingsform:** Norsk 6-trinns skala (A-F)

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 401

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 19911

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:** Ja

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 6  
**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



## MASTEROPPGÅVE

### **Å forstå seg sjølv gjennom kroppsleg erfaring:**

Pasientar og fysioterapeutar sine erfaringar og opplevingar med norsk psykomotorisk fysioterapi ved funksjonelle nevrologiske symptom

### **Understanding oneself through embodied experience:**

Patients' and physiotherapists' experiences with Norwegian psychomotor physiotherapy for functional neurological disorders

**Renathe Iren Sperrevik**

Master i klinisk fysioterapi

Fordypning i psykiske og psykosomatiske helseproblem

Fakultet for helse- og sosialvitenskap / institutt for helse og funksjon / MAFYS2018

Rettleiar: Tove Dragesund

Innleveringsdato: 28. mai 2021

Tal på ord: 19 911

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Forord

Ein lang prosess er over. Ny innsikt, kunnskap og forståing er oppnådd, og ei masteroppgåve er ferdig. Det har tidvis vore krevjande, gøy, unødvendig, spanande og interessant. Eg har forstått at det skal vere slik. Eg sit igjen med utvida kunnskap om funksjonelle nevrologiske symptom, så vel som norsk psykomotorisk fysioterapi. I tillegg har eg fått ei utvida forståing for vitskapleg kunnskapsutvikling og fysioterapifaget generelt. Sjølv om det har vore krevjande, er eg stolt og glad for å ha kome gjennom, og ville ikkje vore forutan. Eg har gjort arbeidet, men det hadde ikkje vore mogeleg utan støtte og hjelp frå dei gode menneska rundt meg, og eg ønsker å takke dei.

Mykje har skjedd i løpet av dei tre åra masterutdanninga har føregått, eg har vorte mor og fått fast arbeid. Eg ønsker særleg å takke min kjære sambuar. Takk for at du har haldt ut med meg gjennom oppturar og nedturar. Og takk for all støtte og hjelp eg har fått. Du er uvurderleg.

Eg ønsker òg å rette takksemnd til vener, familie og kollegaer som har støtta meg gjennom prosessen. Både ved korrekturlesing, førebuing til intervju, diskusjon og forståing for at eg ikkje alltid har klart å vere heilt til stade. Arbeidsgjevar, både tidlegare og noverande, vil eg takke for fleksibilitet og støtte.

Hjelpe frå rettleiar, Tove Dragesund, set eg stor pris. Alltid rask med tilbakemeldingar, fleksibel, trygg og kunnskapsrik. Takk for støttande rettleiing, gode diskusjonar og nyttige innspel.

Studien hadde ikkje vorte gjennomført utan informantane som har stilt opp, og eg rettar ein stor takk til dei. Deira gode skildringar, enorme kunnskap og interessant opplevingar, har gjort arbeidet spanande og kjekt å halde på med.

Til slutt ein takk til fond for etter- og vidareutdanning av fysioterapeutar for økonomisk stønad.

## Samandrag

**Bakgrunn:** Funksjonelle nevrologiske symptom (FNS) er nevrologiske symptom som ikkje kan forklarast av sjukdom eller skade i nervesystemet, og er ein av lidingane som synleggjer den komplekse heilskapen kroppen er. Psykologiske behandlingstilnærmingar har lenge vore føretrekte, men fokuset på fysikalsk behandling har vorte større. Norsk psykomotorisk fysioterapi er ei behandlingstilnærming basert på eit heilskapleg menneskesyn der ein søker å endre lite føremålstenlege rørslemønster.

**Føremål:** Føremålet med studien er å utforske erfaringar og opplevingar med norsk psykomotorisk fysioterapi som behandlingstilnærming ved funksjonelle nevrologiske symptom, belyst frå både pasient- og fysioterapeutperspektiv. Studien søker å utdjupe kva norsk psykomotorisk fysioterapi kan tilføre pasientar med funksjonelle nevrologiske symptom: Kva terapeutane erfarer dei kan bidra med, og korleis pasientane opplever behandlinga, og kva dei får ut av behandlinga.

**Metode:** Studien er ei kvalitativ intervjustudie forankra i fenomenologisk og hermeneutisk forståingsramme. Semistrukturert individualintervju av to pasientar og ein fysioterapeut, samt fokusgruppeintervju av seks fysioterapeutar vert nytta for samle inn datamateriale. For å analysere datamaterialet nyttar eg systematisk tekstkondensering. Teori om norsk psykomotorisk fysioterapi, kroppsfenomenologi og relasjonsteori belyser funna.

**Resultat:** Resultatkategoriene *heilskapleg menneskesyn*, *trygg grunn for utforsking* og *kontakt med seg sjølv gjennom kroppsleg utforsking* trer fram som hovudtema i resultatet. Dei er samanvevd og påverkar einannan gjennom heile behandlingsprosessen.

**Konklusjon:** Terapeutane erfarer at gjennom å sjå heile mennesket, skape ein trygg grunn gjennom fellesskap og hjelpe pasienten å få kontakt med seg sjølv gjennom nye kroppslege erfaringar, kan pasientane få auka innsikt i sin situasjon og forståing av seg sjølv. Pasientane opplevde å verte møtt, sett og forstått i behandlinga. Dei fekk auka kontakt med seg sjølv, ny forståing av samanhengar og kan i større grad lytte til kroppslege signal i kvardagen.

**Nøkkelord:** Norsk psykomotorisk fysioterapi, funksjonelle nevrologiske symptom, kroppslege erfaringar, utforsking av rørsle, lytte til kroppslege signal, heilskapleg menneskesyn, trygg grunn, forstå seg sjølv

## Abstract

**Background:** Functional neurological disorders (FND) are characterized as neurological symptoms not explained by disorder or damage to the nervous system. It is one of many disorders pointing to the complexity of the body. Previously, psychological interventions have been the preferred treatment, but in the recent years the focus on physical approaches has increased. Norwegian psychomotor physiotherapy is a treatment approach based on a holistic view of the human being, where one seeks to alter dysfunctional movement patterns.

**Purpose:** The purpose of this study is to explore experiences with Norwegian psychomotor physiotherapy as intervention for patients with functional neurological disorders, elucidated from both therapists' and patients' perspectives. This study aims to elaborate what Norwegian psychomotor physiotherapy can give patients with functional neurological symptoms: What the therapists experience they can contribute with, and how the patients experience the treatment and what the treatment gives them.

**Methods:** This study is a qualitative interview study, anchored in phenomenological and hermeneutic framework of understanding. Semi-structured interviews of patients and one therapist, as well as a focus group interview of six therapists is conducted to obtain the data material. For analysing the data systematic text condensation (STC) is used. Theory of Norwegian psychomotor physiotherapy, phenomenology of the body and relational theory is used to elucidate the findings.

**Findings:** Categories merging from the material are: *Holistic perspective of the human being, safe ground to explore from and contact with oneself through bodily exploring.* They are interwoven and circular throughout the treatment process.

**Conclusion:** The therapists experienced that by seeing the human being as a whole, creating a safe ground through fellowship and by helping the patient connect with herself through embodied experience, she can achieve insight of her situation and understand herself. The patients experienced being seen, understood, and met during the treatment. Their connection with themselves increased, they obtained a new understanding of coherence and increased their ability to attend to embodied signals during their daily life.

**Keywords:** Norwegian psychomotor physiotherapy, functional neurological disorders, bodily experiences, exploring movement, bodily signals, holistic perspective of the human being, safe ground, understanding oneself.

## Innholdsliste

Forord .....	1
Samandrag.....	2
Abstract.....	3
1.0 Innleiing.....	7
1.1 Bakgrunn.....	7
1.2 Funksjonelle nevrologiske symptom.....	7
1.3 Tidlegare forskning.....	9
1.4 Føremål og problemstilling .....	11
2.0 Teoretiske perspektiv.....	12
2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi .....	12
2.2 Kroppsfenomenologi .....	15
2.3 Relasjonsteori .....	17
3.0 Metode og metodologi .....	19
3.1 Vitskapsteoretisk forankring .....	19
3.1.1 Fenomenologi og hermeneutikk.....	19
3.1.3 Forforståing.....	21
3.2 Metodisk tilnærming .....	21
3.2.1 Datainnsamling.....	21
3.2.1.1 Val av datainnsamlingsmetode .....	22
3.2.1.1.1 Semistrukturert individualintervju .....	22
3.2.1.1.2 Fokusgruppeintervju.....	22
3.2.1.1.3 Intervju over videosamtale.....	22
3.2.1.2 Utval og rekruttering.....	23
3.2.1.2.1 Rekruttering.....	23
3.2.1.2.2 Utval.....	24
3.2.1.3 Forarbeid.....	26
3.2.1.4 Gjennomføring av intervju.....	27
3.2.1.4.1 Semistrukturert individualintervju .....	27
3.2.1.4.2 Fokusgruppeintervju.....	28
3.2.1.5 Etterarbeid.....	28
3.2.2 Analyse av datamateriale .....	28
3.2.2.1 Systematisk tekstkondensering.....	28
3.2.2.2 Transkripsjon .....	29

3.2.2.3 Analyseprosessen .....	29
3.2.3 Ethiske aspekt.....	31
4.0 Resultat .....	31
4.1 Heilskapleg menneskesyn.....	32
4.1.1 Eit kontinuum mellom psykiatri og nevrologi.....	32
4.1.2 Heilskapleg undersøking.....	33
4.1.3 Symptoma si betydning i livet.....	34
4.1.4 Eit anna menneskesyn.....	35
4.2 Trygg grunn for utforsking.....	36
4.2.1 Kroppsleg og verbal kommunikasjon.....	36
4.2.2 Fellesskap .....	37
4.2.3 Felles grunn .....	38
4.2.4 Sett, forstått og møtt.....	39
4.3 Kontakt med seg sjølv gjennom kroppsleg utforsking.....	41
4.3.1 Kroppsleg nærvær.....	41
4.3.2 Omvegar til kroppsleg kontakt.....	42
4.3.3 Å forstå seg sjølv på ein ny måte .....	43
4.3.4 Lytte til kroppslege signal .....	46
5.0 Diskusjon.....	47
5.1 Diskusjon av resultat .....	47
5.1.1 Heilskapleg menneskesyn.....	48
5.1.2 Å få kontakt med seg sjølv gjennom kroppsleg erfaring .....	51
5.2 Metodediskusjon.....	58
5.2.1 Refleksivitet.....	58
5.2.2 Utvikling av datamaterialet.....	59
5.2.3 Analyse av datamaterialet .....	61
5.2.4 Overføringsverdi: .....	62
6.0 Oppsummering .....	63
Litteraturliste.....	65
Vedlegg 1: Intervjuguide individualintervju pasient.....	75
Vedlegg 2: Intervjuguide individualintervju fysioterapeut .....	79
Vedlegg 3: Intervjuguide fokusgruppeintervju .....	80
Vedlegg 4: Matrise med utviklinga frå foreløpige tema til resultatkategori- og subkategoriar .....	82



Vedlegg 5: Matrise med eksempel frå analyseprosessen .....	83
Vedlegg 6: Tilbakemelding frå Regional etisk komité (REK) .....	84
Vedlegg 7: Meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD) .....	86
Vedlegg 8: Informert samtykkeerklæring for pasientar.....	89
Vedlegg 9: Informert samtykkeerklæring fysioterapeutar.....	93

## 1.0 Innleiing

### 1.1 Bakgrunn

Kunnskap og studiar synar i dag at vår livshistorie vert inkorporert i kroppen og påverkar biologien vår (Getz et al., 2011). Vårt medfødde biologiske utgangspunkt vert påverka av ulike belastningar gjennom heile livet. Belastningar, eller stress kan vere gunstig for utvikling og vekst, men ved vedvarande belastning kan stresset potensielt vere sjukdomsframkallande (Brodal, 2007, s. 502-504; Getz et al., 2011; Kirkengen & Ulvestad, 2007). Særleg i tidleg barndom er belastande opplevingar avgjerande for utvikling av sjukdom gjennom livet (Eide-Midtsand & Nordanger, 2017; Getz et al., 2011; Nordanger & Braarud, 2014). Barnet treng hjelp frå trygge omsorgspersonar for å utvikle evne til sjølvregulering (Eide-Midtsand & Nordanger, 2017; Nordanger & Braarud, 2014), samt å oppleve seg sjølv som sjølvstendig individ (Schibbye, 2009, s. 102-103). Sjølv om det vert peika på tidleg barndom, vert mennesket påverka allereie før befrukting og vert stadig påverka gjennom heile livet (Getz et al., 2011). Lidingar som vert omtala som «funksjonelle» eller «somatiske» synleggjer det samanvevde og komplekse samspelet i menneskekroppen (Kirkengen & Ulvestad, 2007). I norsk psykomotorisk fysioterapi tek ein omsyn til denne kompleksiteten, og ser ikkje kropp og psyke som åtskilte fenomen. Ein ser kropp og kjensler i konstant og gjensidig påverknad (Bunkan, 2014, s. 259-260; Thornquist & Bunkan, 1986).

### 1.2 Funksjonelle nevrologiske symptom

Funksjonelle nevrologiske symptom (FNS) er definert som nevrologiske symptom som ikkje er forårsaka av organisk sjukdom eller skade i nervesystemet. Symptoma kan vere tap eller endring av motoriske eller sensoriske funksjonar, tremor, dystoni eller anfall, for å nemne nokre (American Psychiatric Association, 2013, s. 318-321). Fenomenet har eksistert lenge, men forståinga av fenomenet har endra seg i tråd med historie og sjukdomssyn, og har lagt mellom nevrologi og psykiatri (Hallett, 2018; Trimble & Reynolds, 2016). I dag vert det stort sett forstått som samanvevd av både nevrobiologiske, psykologiske og sosiale faktorar, som saman med personen sine individuelle føresetnadar, påverkar symptombiletet (Hallett, 2018). Studiar syner strukturelle og funksjonelle endringar i nervesystemet hjå pasientar med FNS (Aybek

& Vuilleumier, 2016). Særleg i områder knytt til affektregulering og dei motoriske banane som er i nær tilknytning.

FNS vert òg omtala som psykogene-, ikkje-organiske-, somatoforme-, dissosiative- og konversjonslidingar (Trimble & Reynolds, 2016). I den nye revisjonen av klassifiseringssystemet International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) har lidinga fått plass under *både* dissosiative lidingar og nevrologiske lidingar, under namnet dissociative neurologic symptom disorder (World Health Organization, 2020). I Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) er det sett krav til positive teikn på FNS, medan krav om utløysande stressor er fjerna (American Psychiatric Association, 2013, s. 318-321). I denne studien nyttar eg funksjonelle nevrologiske symptom fordi det er minst stigmatiserende (Ding & Kanaan, 2016) og det vert føretrekt i «Handbook of Clinical Neurology» (Hallett et al., 2016). Omgrepet *funksjonelt* skildrar at det er ein funksjon i nervesystemet som ikkje fungerer optimalt (Trimble & Reynolds, 2016). Sjølv om FNS i aukande grad vert utforska og forstått, kan vi heller ikkje i dag forklare FNS med sikkerheit. Det gjer forskning og klassifisering, samt behandling og diagnostisering utfordrande og uoversiktleg.

Lidinga medfører minst like stor funksjonshemming som tilsvarende nevrologisk sjukdom, samt store samfunnsøkonomiske kostnader (Carson et al., 2011). FNS er den nest vanlegaste diagnosen å få på nevrologisk poliklinikk (Stone, Carson, et al., 2010), og mellom 6 % og 16 % får diagnosen (Ahmad & Ahmad, 2016; Stone, Carson, et al., 2010). I den generelle folkesetnaden er det estimert at minimum 4-5 per 100 000 per år har FNS (Binzer et al., 1997; Stone, Warlow, et al., 2010). Fleire kvinner enn menn får diagnosen (60-75 % kvinner), storparten er i arbeidsfør alder (35-50 år) (Carson & Lehn, 2016) og større prosentdel av pasientane med FNS har traumeerfaring enn den generelle folkesetnaden (Roelofs & Pasma, 2016). Prognosen er mest truleg ikkje god, moglegvis betre for yngre individ, og ved kortare varigheit av symptom (Gelauff et al., 2014). Om lag 20 % vert fullstendig symptomfri etter 12-14 år (Gelauff et al., 2019; Stone et al., 2003). Det er same friskmeldingsprosent som hjå menneske med nevrologiske sjukdommar, men

menneske med FNS har betre utsikter når det gjeld symptombetring (Gelauff et al., 2019). Det er knytt stigma til FNS (Evans & Evans, 2010; Hutchinson & Linden, 2021; MacDuffie et al., 2020; Nielsen et al., 2020), og pasientar opplever monaleg tyngsle ved å få diagnosen (Nielsen et al., 2020).

Behandling av FNS har lenge vore dominert av psykologiske og kognitive tilnærmingar, men fokuset mot fysikalsk behandling er blitt større (Hallett, 2018). Utfordringa er at fysioterapeutar ikkje veit korleis dei skal gå fram, og pasientane vert ofte tilvist utan spesifikk diagnose eller forklaring av symptom. I tillegg opplever fysioterapeutane manglande støtte frå andre faggrupper, primært nevrologane (Edwards et al., 2012). Det vert føreslått at behandlinga bør vere tverrfagleg og individuelt tilpassa (Goldstein & Mellers, 2016 ; Nielsen, 2016). Relasjon og felles utgangspunkt for behandling er viktig (Canna & Seligman, 2020; Hutchinson & Linden, 2021; MacDuffie et al., 2020; Nielsen et al., 2015). Nielsen et al. (2015) har utforma anbefalingar basert på forskning og erfaringar i ei tverrfagleg gruppe beståande av nevrolog, nevropsykiater, ergoterapeut og fysioterapeut. Anbefalingane går ut på å få til ein god relasjon, syne god fagleg kunnskap og gjensidig kommunikasjon. Fokuset bør rettast vekk frå symptomet, og stimulere til sjølvstendig rørsle; fasilitere heller enn å støtte med hender, og ikkje nytte unødvendige hjelpemiddel. Ein bør søke relæring av automatisk rørsler og vektberande stillingar, samt gje ei forventning om at pasienten vert bra.

### 1.3 Tidlegare forskning

Ved søkekombinasjon av *“norwegian psychomotor physiotherapy”* OR *“psychomotor physiotherapy”* OR *“physical therapy modalities”* AND *“psychomotor performance”*, saman med *“somatoform disorder”* OR *“neurologic symptom disorder”* OR *“conversion disorder”* OR *“psychogenic movement disorder”* OR *“hysteri\*”* i Cinahl, Medline og Cochrane fekk eg ingen relevante treff.

NPMF er ein praktisk tradisjon der utøvarane av behandlinga har gått i lære, og det er gjort lite forskning før seinare år. Det er i hovudsak kvinner med langvarige og

monalege muskel- og skjelettplager som går i psykomotorisk behandling (Breitve et al., 2008). Følgjeleg er det i hovudsak denne pasientgruppa studiane baserer seg på. Studiane undersøker opplevingar og erfaring knytt til undersøking og behandling hjå pasientar med muskel- og skjelettplagar (Dragesund & Råheim, 2008; Dragesund & Øien, 2018, 2020, 2021; Ekerholt & Bergland, 2004, 2006; Ekerholt et al., 2014; Sviland et al., 2014; Øien et al., 2011), samt med traumeerfaring (Sviland et al., 2018). Det er utført få kvantitative studiar. Ei pragmatisk randomisert kontrollert studie (Bergland et al., 2018), ei ikkje-randomisert kontrollert studie (Breitve et al., 2010) og ei randomisert kontrollert studie (Dragesund et al., 2020) er verd å nemne.

Funna i dei kvalitative studiane tyder på at pasientar som mottok NPMF opplever gjennom auka kroppskontakt og -bevisstheit, å forstå seg sjølv og handtere plagene sine betre (Dragesund & Råheim, 2008; Dragesund & Øien, 2020; Ekerholt et al., 2014; Sviland et al., 2018), i tillegg til å finne fridom til å vere seg sjølv (Sviland et al., 2014). Viktigheita av ein god og trygg relasjon kjem fram (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt & Bergland, 2004, 2006). Gjennom å vere i kontakt med seg sjølv kan terapeutane velje føremålstenleg tilnærming og vidareføre prosessen gjennom samarbeid med pasienten (Dragesund & Øien, 2018; Øien et al., 2011). Resultata frå den pragmatiske randomiserte studien syner seks månadars med NPMF gjev auka helserelatert livskvalitet og sjølvtilitt, samt reduserte smerter (Bergland et al., 2018). Den ikkje-randomiserte kontrollerte studien syner òg gode resultat, men kan ikkje konkludere like bestemt. Pasientane verkar å få reduserte subjektive helseplagar, depresjon, angst, insomni, fatigue, samt betre livskvalitet samanlikna med kontrollgruppa som stod på venteliste (Breitve et al., 2010). I den randomiserte kontrollerte studien vart NPMF vurdert opp mot COPE-PT (Cognitive patient education saman med aktiv, individuell fysioterapi). Begge tilnærmingane syna effekt, men COPE-PT viste hurtigare og noko betre effekt (Dragesund et al., 2020).

Det er lite forskning på fysioterapi og FNS, men det kjem meir og meir, og ei randomisert kontrollert studie er i gang (Nielsen et al., 2019). Nielsen et al. (2013) har utført ein systematisk oversikt over fysioterapi ved FNS. Det vart inkludert 29

studiar med til saman 373 pasientar. Ingen av studiane er randomiserte kontrollert studiar, men ei retrospektiv studie med historisk kontroll og 28 kasus studiar. Studiane viste positive resultat hjå 60-70 % av pasientane. Det er avgrensingar i materialet, og ein kan ikkje konkludere med at det er fysioterapi som gjev utfallet ettersom det har vore fleire tilnærmingar inne i bilete samstundes. Jordbru et al. (2014) utførte ei pragmatisk randomisert kontrollert studie som viser god effekt av fysikalsk trening for pasientar på døgnopphald ved oppfølging etter eit år. Det er gjort ei feasibility studie av Nielsen et al. (2017) som rapporterer moderat til stor effektstorleik av intervensjonen. Det er fysioterapi- og ergoterapibaserte tiltak, der alt er individuelt tilpassa. I studien summerer forfattarane med at det er mogeleg å utføre ei stor studie der ein ser på spesifikk fysioterapi for pasientar med FNS. Czarnecki et al. (2012) undersøkte korttids- og langtidseffekt av ei veke med intens relæring av motoriske evner hjå pasientar med FNS. Over 60 % av intervensjonsgruppa vart nesten heilt symptomfri både etter intervensjonsveka og etter 25 månadar. I kontrollgruppa var berre 21,9 % nesten symptomfri. Ei anna studie syner forskarane at fysioterapi i tillegg til kognitiv åtferdsterapi ikkje hadde noko større effekt enn ved kognitiv åtferdsterapi aleine (Dallochio et al., 2016).

Sjølv om eg ikkje har funnet større studiar på området, veit eg at psykomotoriske fysioterapeutar behandlar pasientgruppa, og har lese to masteroppgåver med tilknytning til feltet. Ei oppgåve som utforskar korleis pasientane opplev å leve med FNS (Fladby, 2017) og ei som utforske erfaringar med NPMF ved psykogene ikkje-epileptiske anfall (Bader, 2020). I tillegg skildrar Kåresen (2016) sine erfaringar som psykomotorisk fysioterapeut på nevrologisk avdeling i festskriftet til Gudrun Øverberg.

#### 1.4 Føremål og problemstilling

NPMF er ein av tilnærmingane som vert nytta for å behandle FNS, men det finst korkje studiar på effekt, førekomst eller erfaringar med behandlinga. I samband med den manglande kunnskapen på området, ønsker eg gjennom denne studien å utforske kva erfaringar og opplevingar fysioterapeutar og pasientar har med NPMF som behandling ved FNS.

Problemstillinga lyd:

*Kva kan psykomotorisk fysioterapi bidra med for pasientar med funksjonelle nevrologiske symptom?*

Tema er vidt, eg har difor formulert underproblemstillingar eg skal belyse i denne studien:

- 1. Korleis erfarer psykomotoriske fysioterapeutar at dei kan bruke sin kompetanse i behandling av pasientar med FNS?*
- 2. Korleis opplever pasientar med funksjonelle nevrologiske symptom norsk psykomotorisk fysioterapi, og kva får dei ut av behandlinga?*

## 2.0 Teoretiske perspektiv

I det følgjande kapittelet vil eg gjere greie for teoretiske perspektiv som er relevante for å belyse funna. Etersom eg ønsker å utforske kva NPMF bidreg med i behandlinga av pasientar med FNS, vil eg greie ut om tilnærminga her. Vidare vil eg greie ut om kroppen i eit fenomenologisk perspektiv, då kroppsfenomenologien har hjelpt meg å forstå kroppen sin særskilte plass i fysioterapi. Relasjonen er relevant i all terapi, og eg ønsker å nytte eit relasjonelt perspektiv for å belyse mine funn.

### 2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er ein fysioterapeutisk behandlingstilnærming som baserer seg på eit heilskapleg kroppssyn (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 12-20). Kroppen vert sett som integrert fysisk, psykisk og sosialt fenomen, underlagt både fysiske lovar, biologi, sosiokulturelle føresetnadar og kjensler. Dei kroppslege plagene er i fokus, og vert sett i lys av mennesket sine biologiske føresetnadar, opplevingar og sosiokulturelle erfaringar. Ein av

grunntankane er at alt eit individ vert utsett for, fysisk, emosjonelt og sosialt, vert nedfelt i og kjem til uttrykk gjennom kroppen (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 12-20). I NPMF er pust, kjensler og muskelspenningar tett samanbunde (Sandborg, 1982). For å forminske og bremse opplevingar og kjenslemessige uttrykk bremser ein pusten gjennom muskelspenningar. Kropp og kjensler heng uløyseleg saman, og via kroppen kan vi opne eller lukke for tilgang til kjensle- og opplevingslivet (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 72). Det overordna målet i NPMF er å utvikle varleik for og kontakt med kroppslege signal og reaksjonsmåtar, oppleving og forståing av samanhengen mellom kropp og kjensler, samt å utvikle ei oppleving av kroppen som *meg* (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 72).

Lokale plagar og symptom vert sett i lys av mennesket sitt totale bilete, og heile kroppen vert undersøkt og behandla (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 37-61). Gjennom anamnese søker terapeuten informasjon om tidlegare sjukdommar, belastande opplevingar, og livshistoria for å utforske samanhengen mellom symptoma og livet. Å knyte oppleving og erfaring til kroppslege symptom gjev ei større innsikt i eigen situasjon. Under kroppsundersøkinga tek terapeuten for seg heile kroppen. Ho observerer og vurderer respirasjonen, haldnings-, spennings- og rørslemønster, muskulatur og anna vev, samt autonome og emosjonelle reaksjonar på undersøkinga. Det kan òg vere interessant å inkludere pasienten si kroppsopfatning og kroppsforståing (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 37-61). Forholdet mellom belastningar og ressursar, kroppsleg forsvar og fleksibilitet vert vurdert (Gretland, 2007, s. 96-97). Er pasienten stiv, rigid og einsidig i sine rørsle- og uttrykksmåtar, eller er ho fleksibel, open og føyeleg. Ofte finn ein noko mellom dei to ytterpunktta, og det sentrale er om pasienten kan tilpasse seg kroppsleg ut i frå situasjonen (Gretland, 2007, s. 96-97). Undersøkinga verkar som ei prøvebehandling der terapeuten får eit inntrykk av pasienten si moglegheit for *omstilling*<sup>1</sup> (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 37-61), og om behandlinga bør rette seg mot støtte og stabilitet eller utforsking og fleksibilitet (Gretland, 2007, s. 97). Monotone og einsidige rørslemønster kan vere belastande og disponere for plager (Gretland, 2007, s. 97-99). Samstundes kan det vere føremålstenlege i livssituasjonen til pasienten.

---

<sup>1</sup> Omstilling er eit ofte nytta omgrep for endring i psykomotorisk behandling som handlar om gradvis endring og tilpassing av vanemessige veremåtar (Gretland, 2007, s. 97-99).



Vanane våre kan gje stabilitet og tryggleik i livet, noko som er ein føresetnad for omstilling. Fysioterapeutar søker å hjelpe pasienten å endre til eit mindre belastande vanemønster, men må ta omsyn til livssituasjonen så vel som det sjukdomsdisponerande rørslemønsteret (Gretland, 2007, s. 97-99). Det ideelle er ein fleksibel og stabil kropp, utan unødvendige spenningar som hemmar pust og tilgang til kjensler (Bunkan, 2014, s. 259-260).

Den raude tråden i NPMF er å oppleve kroppen og å oppleve via kroppen (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 72). I behandlinga behandlar terapeuten heile pasienten, og nyttar massasje, øvingar og rørsler, og søker å omstille kroppen og endre lite føremålstenlege vanar, rørsle- og reaksjonsmønster (Bunkan, 2014, s. 259-260; Thornquist & Bunkan, 1986, s. 72-93). Kroppen vert bygd opp nedanfrå for å gje ein stabil grunnmur (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 96). Terapeuten nyttar òg sin veremåte og framferd for å stimulere med forsiktighet pasienten ut av vanemønster (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 25-30). Pasienten sitt gjensvar på stimuleringa vert registrert, og er utgangspunkt for vidare behandling. Både det som vert uttrykt og det som vert undertrykt er viktig for kva retning behandlinga skal ta. For å merke pasienten sitt gjensvar, og følgje det, må terapeuten vere open, merksam og sensitiv for det som skjer her og no. Pasienten sin respirasjonen er det viktigaste barometeret å følgje, men andre kroppslege uttrykk må òg vurderast. Gjennom syn, høyrsel og hendene sine får terapeuten inntrykk av pasienten sitt gjensvar. Kunnskap, erfaring og fantasi hjå terapeuten er avgjerande for å velje retning vidare i behandlinga (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 25-30).

Gjennom å stadig la pasienten sine reaksjonar styre behandlingsprosessen sikrar terapeuten at pasienten ikkje slepp meir av forsvaret sitt enn ho toler (Bunkan, 2014, s. 259-260; Øvreberg & Andersen, 2016, s. 25-27). Omstillinga av heile mennesket skjer spontant, men gradvis gjennom behandlingsprosessen, og inneberer omstilling av kroppshaldning, rørslemønster, pust, autonome og hormonelle reaksjonar, samt ein psykologisk omstilling (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 15). Når terapeuten arbeider med frigjering av pust og muskelspenning, er det avgjerande at pasienten har nok stabilitet i grunnen. Særleg når spenningane fungerer som eit forsvar

(Bülow-Hansen, 1982). Behandlinga skal ikkje halde fram i det uendelege, og ein tek behandlingstilnærminga opp til vurdering dersom det ikkje har skjedd nokon endring i kroppsforhold eller forståing av samanhengar (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 25-27).

## 2.2 Kroppsfenomenologi

Fenomenologien kom som eit motsvar til den kartesianske dualismen og den positivistiske reduksjonismen. I motsetjing til å sjå kropp og sinn som separate fenomen, og kroppen som oppdelt og uavhengig, ser fenomenologar mennesket som holistisk, erfarande og meningsberande subjekt (Thornquist, 2018, s. 102-165). Edmund Husserl (1859-1938) er rekna som grunnleggjaren av fenomenologisk tenking og hannar verk har vore inspirasjon for seinare filosofar som mellom anna Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) (Thornquist, 2018, s. 107). Medan Husserl meinte at mennesket si merksemd og innstilling var avgjerande for korleis vi oppfattar verda, såg Merleau-Ponty kroppen som utgangspunkt for erfaring og erkjenning (Thornquist, 2009, s. 189-190).

Merleau-Ponty sitt bidrag til fenomenologisk filosofi har særleg relevans for helsefag (Thornquist, 2009, s. 189). Sidan 1600-talet har kroppen primært vorte skildra som si vitskapelege og objektive form (Leder, 1992, s. 17-34). Den vart ikkje sett som annleis enn andre fysiske objekt. Merleau-Ponty, og fleire, utfordra dette synet (Leder, 1992, s. 17-34). Merleau-Ponty (2012, s. 205) skriv at *“..I have no other means of knowing the human body than by living it... by taking up for myself the drama that moves through it and by merging with it. Thus, I am my body...”*. Han meinte at vi er kroppen vår. Kroppen er vårt eineståande utgangspunkt for å engasjere oss i verda. Han forkastar ikkje at kroppen er eit objekt i verda. Vi er både subjektet som ser, og eit objekt andre kan sjå. Vi både *har* ein kropp og *er* kroppen (Thornquist, 2009, s. 192-193). Sjølv om kroppen kan oppfattast som eit objekt i verda og skildrast som objekt i vitskapen, forlèt den aldri sin subjektstatus (Leder, 1992).

Merleau-Ponty (2012, s. 213) skriv at kroppen er utgangspunktet for persepsjon. Vi lærer å kjenne kroppen gjennom å sanse og oppleve, og vi forstår verda, andre og oss sjølv gjennom kroppen. Kroppsleg erfaring vert sett som pre-refleksivt, og forut for all røynsle, erfaring og kunnskap (Merleau-Ponty, 2012, s. 82). Vi kan reflektere over det vi ser, gjer eller opplever, men erfaringa finst allereie i oss. Refleksjon skjer med utgangspunkt i det vi allereie har erfart via kroppsleg verden-i-verda. Kroppen er såleis førstepersonsperspektivet for oppleving og erfaring, medan refleksjon skjer i frå eit tredjepersonsperspektiv. Det finst ikkje refleksjon utan kroppsleg erfaring. Kroppsopplevinga hjelper oss å erkjenne at meiningsdanninga ikkje er ein konstituert merksemd (Merleau-Ponty, 1994, s. 103).

Menneske er kroppsleg intensjonal i verda (Merleau-Ponty, 1994, s. 89-93). Vi beveger oss i forhold til dei fysiske føresetnadar som verda gjev, moglegheitene eigenkroppen har, samt våre intensjonar, kjensler, ønsker og behov (Merleau-Ponty, 1994, s. 89-93). Vi er først og fremst kroppslege subjekt som engasjerer seg i verda og i samhandling med andre, noko som det ikkje er råd med utan kroppsleg forankring (Merleau-Ponty, 1994, s. 46). Når vi er engasjert i verda, og samhandlar med andre, er vi alltid uttrykksfulle (Merleau-Ponty, 2012, s. 191-195). Vi uttrykker oss gjennom kroppen. Uttrykket er tilgjengeleg for andre å oppfatte, og vi kan oppfatte andre sine uttrykk. Til dømes gestar, mimikk og språk. I våre uttrykk eksisterer kjenslene. Vi ser ikkje ei knytt hand og reflekterer oss fram til at personen er sint. Sinne er i uttrykket, vi forstår det utan å tenke over det (Merleau-Ponty, 2012, s. 191-195).

Utvikling av vanar skjer gjennom vårt sansemotoriske system (Merleau-Ponty, 1994, s. 111). Vi tileignar oss ein ny måte å nytte eigenkroppen på, og vårt kroppsskjema<sup>2</sup> vert reorganisert. Som system av motoriske eller perseptuelle krefter er ikkje kroppen vår gjenstand for *eg tenker*<sup>3</sup>, den utgjer ein heilskap av opplevd mening som strever etter likevekt. Stundom vert det danna nye knutar av mening, våre

---

<sup>2</sup> Kroppsskjema vert forklara som våre sansemotorisk funksjonar som utanfor vår vilje arbeidar med å oppretthalde haldning og rørsle (Gallagher, 2007, s. 26).

<sup>3</sup> *Eg tenker* er referanse til Descartes sin *cogito* (Merleau-Ponty, 2012, s. 10).

gamle rørsler vert integrert i ein ny motorisk heilskap og våre naturlege evner får ein rikare meining.

### 2.3 Relasjonsteori

I fysioterapi er relasjonen mellom pasient og terapeut viktig (Gretland, 2007, s. 90-94). Det same skildrar Schibbye (2009, s. 245), og meiner relasjonen er avgjerande for å oppnå endring i terapi. Schibbye (2009) og Stern (2007) omtalar eit intersubjektivt syn der pasienten si oppleving er sentral.

Schibbye (2009, s. 33-36) skildrar den subjektive opplevinga som sentral i relasjonsbygging. Det intersubjektive synet er ei motsetjing til objekt-subjektsynet. Objekt-subjektsynet representerer ideen om at det finst ei objektiv røynd for pasienten, og at det er terapeuten si oppgåve å identifisere og tolke den. Ved å objektivere pasienten kan ein ta i frå henne evna og retten til å ha eit syn på seg sjølv. Det kan krenke individet sin subjektivitet (Schibbye, 2009, s. 34-36). I subjekt-subjektsynet går ein utifrå at individet har si eiga gyldige opplevingsverd, kjensler, tankar og meiningar. For å ivareta pasienten sin subjektivitet, må pasienten si oppleving og oppfatning få plass (Schibbye, 2009, s. 33-36).

Anerkjenning er sentralt i intersubjektivitet, og dermed i skaping av ein terapeutisk relasjon (Schibbye, 2009, s. 256-280). I anerkjenning er lytting, forståing, aksept, toleranse og stadfesting viktige ingrediensar (Schibbye, 2009, s. 263). For Schibbye (2009, s. 257-258) handlar anerkjenning om å fokusere og verdsette den andre si indre opplevingsverd. Anerkjenning er ikkje noko ein har, det er noko ein er. Å vere til stade, lytte, å fange den andre sitt medvit, og gje det tilbake som anerkjent av mitt medvit (Schibbye, 2009, s. 257-260). For å vere anerkjennande må vi altså få tak i, og gyldiggjere den andre si oppleving.

I eit intersubjektivt samspel forstår ein individet ut i frå føresetnadar konteksten og relasjonen til andre skapar (Schibbye, 2009, s. 34-36). I møtet med pasientar er vårt

bidrag som terapeut avgjerande for korleis pasienten vert avteikna for oss. Vi kan sjå det som at to individ utviklar seg i eit samspel. Dei delar ei felles oppleving, men er stadig forskjellige (Schibbye, 2009, s. 34-36). Det handlar både om å erfare opplevinga som si eiga, og å utvikle og oppretthalde bandet til andre (Schibbye, 2009, s. 74). Gjennom å stadfeste individet si oppleving, samstundes som du syner at di oppleving er annleis, vert begge tydlegare som subjekt med eigne meiningar. Det er i intersubjektive møter vi kan definere, oppretthalde eller atterreise identitet og kjensle av samanheng for å ha kontakt med oss sjølv (Stern, 2007, s. 119-122). Vi treng andre sitt blikk for å forme oss og for å halde oss saman. Vi kan trekke linjer til utviklingspsykologi og tilknytning. Når barnet startar å kjenne seg som eit sjølvstendig, avgrensa eg, finn det samstundes ut at det treng omsorgspersonen (Schibbye, 2009, s. 102-103). Dette gjeld for vaksne òg. Vi lev i ein prekær balanse mellom sjølvstende og tilknytning til andre. Schibbye (2009, s. 102-103) meiner intersubjektiv deling representerer ei moglegheit for å ivareta eiga avgrensing og tilknytning til andre.

Stern (2007, s. 122) skriv at intersubjektivitet er medfødd og universelt. Allereie som spedbarn er vi ein del av eit intersubjektivt samspel med omsorgspersonane (Stern, 2007, s. 99-100). Stern (2007, s. 96-97) peiker på speglnevrona<sup>4</sup> si nære knyting til motoriske nevron som sentral i vår evne til intersubjektivt samspel og evne til empati. Vidare knyt Stern (2007, s. 99-101) dette samspelet opp mot affektiv inntoning, å dele sine kjenslemessige tilstandar. Gjennom kroppslege uttrykk har menneske ei evne til å forstå den andre sine intensjonar og dele deira kjensler (Stern, 2007, s. 93-95). Dette er viktig i intersubjektivt samspel, og i terapi. Stern et al. (1998) nyttar perspektiv frå samspelet mellom omsorgsperson og barn, for å skildre viktige element for endring i terapeutiske augneméd. Store delar av endringa skjer gjennom endring av implisitt røynsle<sup>5</sup> i viktige no-augneblink. No-augneblink er dei viktige augneblinka som går føre seg no, og har ein betyding. No-augneblinka må

---

<sup>4</sup> Speglnevrona utgjør eit system som nevrologisk speglar våre visuelle inntrykk, og medfører aktivering i dei nettverka som ville vore aktivert om vi skulle utført handlinga sjølv. Ser vi nokon kaste ein ball skjer aktiveringa som ville skjedd om vi kasta ballen, utan at vi treng å imitere rørsla (Stern, 2007, s. 96-97).

<sup>5</sup> Implisitt røynsle (viten) er ikkje-bevisst, og omfattar eit vidt spekter av kva kvardagen sitt sosiale liv bygger på (Stern, 2007, s. 128).

handterast for at den implisitte røynsle skal endre seg gjennom å skape ein ny og annleis intersubjektiv kontekst (Stern et al., 1998).

### 3.0 Metode og metodologi

Masteroppgåva er basert på ei kvalitativ intervjustudie. I første del av dette kapittelet vil eg gjere kort reie for den vitskapsteoretiske forankringa som ligg til grunn for studia. I neste del vil eg synleggjere prosessen for utvikling av datamaterialet og analyseprosessen.

#### 3.1 Vitskapsteoretisk forankring

I denne oppgåva skal eg utforske menneskeleg erfaring og oppleving.

Fenomenologisk og hermeneutisk tradisjon opnar for å undersøke og tolke meningsfylte fenomen på ein vitskapleg måte (Thornquist, 2018, s. 229-245). Mi kvalitative intervjustudie er gjennomført i fenomenologisk og hermeneutisk forståingsramme.

##### 3.1.1 Fenomenologi og hermeneutikk

I rasjonalistisk tenking vart kropp og fornuft sett som separate og uavhengig fenomen. Mennesket si fornuft vart sett som utgangspunkt for vitskapleg forståing. I empirismen og positivismen vart sanseerfaring sett som kjelda til vitskap. Tesen om einingsvitskapen vaks fram; alle fenomen skulle under same vitskaplege metode, og fysikken vart sett som idealet for all vitskap. Fenomenologien og hermeneutikken kom som alternative vitskapsteoretiske posisjonar for å tilbakevise kartesianismen og empirismen/positivismen (Thornquist, 2018, s. 19-24).

I fenomenologisk tradisjon søker ein etter kunnskap gjennom menneske si bevisstheit (Thornquist, 2018, s. 101). Merksemda vert retta mot verda slik den vert erfart av subjektet. Ikkje mot verda uavhengig av subjektet. Grunnleggaren av fenomenologien, Edmund Husserl, var oppteken av å forstå kunnskap, kunnskapens natur og vilkår (Thornquist, 2018, s. 102-109). Det gjeld å *ikkje* ta noko for gjeve,

men å syne fenomena som sitt rettmessige sjølv, om det er matematiske eller logiske objekt, kjensler, fysiske gjenstandar, kulturobjekt eller sosiale institusjonar (Bengtsson, 2001, s. 25-26). Husserl kritiserte positivistisk tenkinga om at alle fenomen kan verte kvantifisert og objektivisert, og at den einaste måten å forklare verda er gjennom naturvitskaplege metodar (Zahavi, 2003, s. 125-126). I fenomenologi er ein interessert i å forstå og skildre menneskelege handlingar og storhendingar ut i frå aktørane sitt subjektive perspektiv (Thornquist, 2018, s. 106). Innanfor kvalitativ forskning er fenomenologi eit omgrep som viser til ei interesse av å forstå sosiale fenomen ut i frå aktørane sine perspektiv og skildre verda slik den vert erfart av informantane. Det er ut i frå den tanken om at den ekte røynda er den menneske oppfattar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44-45).

Hermeneutikk dreiar seg i hovudsak om forståing og fortolking, og kan hjelpe oss å forstå korleis vi forstår og korleis vi gjev verda mening (Thornquist, 2018, s. 167). Martin Heidegger (1889-1976) vert omtala som både fenomenolog og hermeneutikkar (Thornquist, 2018, s. 183). Han meinte menneske eksisterer som subjekt i verda, og kan ikkje vere forstått isolert i frå si historiske tid og si forforståing (Gulddal & Møller, 1999, s. 31-32). Menneske er i verda som forståande og fortolkande vesen (Thornquist, 2018, s. 181, 193). All røynsle og all forståing føreset førehandstru. Vi kan korkje gjere greie for eller forstå dei forventningar og føresetnadar vår forståing er basert på og bunden av. Når ein forsøker å forstå noko, er forståinga allereie underlagt individet si forståing av verda og av det å vere til (Gulddal & Møller, 1999, s. 31-32). Vitskapen utfaldar seg aldri, i følgje Heidegger, i eit lufttomt rom. Den går alltid ut i frå ei bestemd forståing, og forståinga er stadig vilkårsavgjerande for vitskapen sine perspektiv og spørsmål. I hermeneutikken ser ein mennesket som avgrensa av si historie og ståstad, og kan difor aldri ha den eigentlege og objektive sanninga (Gulddal & Møller, 1999, s. 43). Samstundes er denne «avgrensa» forståinga utgangspunktet for ei utvida og ny forståing (Thornquist, 2018, s. 191). Gjennom tolking kan forståinga verte gjenstand for ein konseptuell og språkleg artikulert forståing (Gulddal & Møller, 1999, s. 31-32). Forhaldet mellom tolking og forståing er Heidegger sin versjon av den hermeneutiske sirkel. Der fortolkaren sin forforståing er utgangspunktet for tolkinga, og tolkinga søker å etterprøve og utvikle forståinga. Hermeneutikken vart såleis ein

del av grunnstrukturen i menneskeleg veren og omgang med verda (Gulddal & Møller, 1999, s. 31-32).

### 3.1.3 Forforståing

Eg veit at eg ikkje kan klargjere fullstendig for mi førehandstru, men eg er klar over at mine tankar, forventningar og ønsker er med på å påverke dei spørsmål eg stiller og dei svar eg får. Både dei eg sjølv er medviten og dei som eg ikkje tenker over.

Som del av samfunnet vi lev i, har eg utvikla eit grunnsyn bygd på dualisme og reduksjonisme, utan å vere merksam det. Gjennom masterutdanninga innanfor psykiske og psykosomatiske helseproblem har eg fått ei kvalitativt annan forståing av kropp og sjukdom. Gjennom pensum, klinisk praksis og eigenbehandling, samt refleksjon og diskusjon, opplever eg å gå gjennom ein prosess der forståinga av mennesket som ein heilskap trer fram. Mennesket som samanvevd av kjensler, biologi, sosialt liv, fysikk og kultur. Eg har tidlegare skjont det i teorien, men eg har ikkje forstått det.

Som fysioterapeut har eg møtt menneske med nevrologiske lidingar der funn, historie og diagnose ikkje sameinar. Samstundes er eg under utdanning for å få kompetanse som psykomotorisk fysioterapeut. Sjølv om erfaringa er avgrensa, ser eg meg sjølv som forskar i «eige felt». Eg har fått ei interesse for FNS fordi det har forundra, forvirra og utfordra meg. Mi søken etter ei «rettmessig» forståing av FNS har truleg vore med på å forme mine spørsmål og funn, samstundes har den auka forståinga gjeve meg utvida interesse for erfaring med behandlinga.

## 3.2 Metodisk tilnærming

### 3.2.1 Datainnsamling



### 3.2.1.1 Val av datainnsamlingsmetode

Intervju er ofte nytta som datainnsamlingsmetode i kvalitative studiar (Malterud, 2017, s. 69-70). Vi kan få kjennskap til menneske sine erfaringar gjennom å snakke med dei. I denne studien har eg nytta to ulike typar intervju, semistrukturert individualintervju og fokusgruppeintervju.

#### 3.2.1.1.1 Semistrukturert individualintervju

Gjennom individuelle intervju får vi moglegheita til å høyre informanten sine opplevingar og erfaringar. Dei får rom og tid til å tenke og kome med sine skildringar av eit fenomen eller hending (Malterud, 2017, s. 133-138). I semistrukturerte intervju er det bestemte tema intervjuaren vil diskutere. Samstundes som samtalen skal omhandle tema ein vil belyse, er det viktig at det som kjem fram ikkje berre stadfester det intervjuaren forventar. Vi må vere nok open og fokusert på same tid. Ein intervjuguide kan hjelpe oss med dette. Intervjuaren oppmuntrar informanten til å snakke fritt rundt tema og fortelje sine historier med eigne ord (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2017, s. 510). Ei føresetnad for å dele sine erfaringar er at informanten kjenner seg trygg og ivareteke.

#### 3.2.1.1.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er ressurs sparing metode for å samle inn kvalitative data, og kan vere nyttig når ein ønsker å utforske erfaringar rundt eit felles tema. Vanlegvis er det fem til åtte deltakarar som samtaler under leiing av ein moderator.

Gruppedynamikken påverkar datamaterialet og kan bidra til andre og djupare assosiasjonar og fortellingar enn ved individualintervju. Moderator skal sørge for at deltakarane kjem til ordet, følgje med på kva som styrer kunnskapsutviklinga og bidra til at samtalen har forankring i tema (Malterud, 2017, s. 138-140; Polit & Beck, 2017, s. 511). Moderator kan gjerne sette opp grunnreglar og oppfordre til å snakke ein om gongen og respektere andre sine meiningar (Polit & Beck, 2017, s. 511).

#### 3.2.1.1.3 Intervju over videosamtale

På grunn av covid-19 og Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer i samband med pandemien vart alle intervju utført via videosamtale (Høgskulen på Vestlandet,

2020). Videosamtale kan vere kostnadseffektivt (Creswell & Poth, 2018, s. 164), og gav moglegheita til å samle informantar frå ulike delar av landet i eit fokusgruppeintervju, samt å intervju pasientane i sitt eige trygge miljø. Samstundes kan det påverke intervjusituasjonen og samspelet som oppstår.

### 3.2.1.2 Utval og rekruttering

I kvalitative studiar er det sjeldan eit representativt utval lønner seg. Det kan faktisk true gyldigheita av studia. Ein søker heller etter å velje informantar som på best mogeleg måte kunne belyse problemstillinga. Det vert kalla eit strategisk utval (Creswell & Poth, 2018, s. 149; Malterud, 2017, s. 57-60; Polit & Beck, 2017, s. 493-497). I mi studie har eg nytta eit strategisk utval der eg var oppteken av kunnskapsgrunnlag, erfaring og arbeidsstad hjå terapeutane. Hjå pasientane var det erfaringa med lidinga og behandlinga som var viktig.

#### 3.2.1.2.1 Rekruttering

Kriterium for å verte inkludert var å ha erfaringa, vere samtykkekompetent og kunne fortelje om erfaringane sine. Eg søkte først pasientar då eg såg det som den største utfordringa å rekruttere.

Rekrutteringsprosessen starta uformelt våren 2019 då eg kontakta to nevrologiske fysioterapeutar med erfaring med FNS. Dei gav meg kontaktinformasjon til aktuelle psykomotoriske fysioterapeutar dei hadde samarbeidd med. Eg starta med å sende ut uformell førespurnad til dei aktuelle, samt fysioterapeutar som var registrert med psykomotorisk kompetanse på Norsk Fysioterapeutforbund, NFF, sine nettsider. Sju fysioterapeutar var positive og fem av dei kunne moglegvis rekruttere pasientar. Den formelle rekrutteringa starta etter NSD godkjente prosjektet i februar 2020. Eg fekk færre positive tilbakemeldingar enn eg hadde håpa, og måtte halde fram med rekruttering. Ulike DPS, rehabiliteringssenter og nevrologiske avdelingar vart kontakta via e-post eller telefon. Somme kunne ikkje bidra, andre kunne gje meg nye namn og eit fåtal kunne sjølv bidra. Etter kvart vart fleire namn eg allereie hadde på blokka nemnd. Eg fekk napp hjå fire fysioterapeutar som hadde pasientar som kunne

vere aktuelle. To vart inkludert. Ein hørte eg aldri noko i frå, den siste vurderte i samråd med fysioterapeuten at det ville verte for belastande å rippe opp i det som hadde vore. Dei to pasientane som ønska å bidra vart inkludert gjennom fysioterapeuten sin, og eg fekk kontaktinformasjon frå fysioterapeuten for å opprette kontakt med dei og avtale intervju. Eg hadde telefonkontakt med begge i forkant av intervjuet, der eg hadde ein lengre samtale med ein av informantane.

Etter pasientintervjua hadde eg variert informasjon, og bestemte meg for å intervju fysioterapeutane. Av fysioterapeutane eg allereie hadde kontakt med vart seks av dei inkludert til fokusgruppeintervju og ein til individualintervju. Etter dette avslutta eg rekrutteringsprosessen.

#### 3.2.1.2.2 Utval

I det følgjande presenterer eg informantane. Pasientane vert gjort meir greie for enn terapeutane, for å syne deira bakgrunn. Eg har gjeve pasientane pseudonym for å ivareta anonymitet.

Ida er 23 år, singel og bur aleine i ein storby. Ho arbeider 60 % og får 40% arbeidsavklåringspengar frå NAV. Ho har idrettsbakgrunn, og skildrar seg sjølv som ei ambisiøs jente. Hennes sjukdomshistorie startar ved at ho svima av fleire gonger same dag. Ho vakna på golvet etter tilsynelatande å ha dunka seg i gelenderet etter å ha svima av. Det var blod overalt, og ho var lam frå livet og ned. Ida var i halvsvime og innom ulike avdelingar på sjukehuset. Ho hugsar lite frå det. Ingen kunne fortelje kva som var gale eller om ho kom til å gå igjen. Ida kom, etter å ha vore på institusjonar som ikkje hadde kompetanse eller kapasitet til å ivareta henne, til eit rehabiliteringssenter. Der fekk ho oppfølging av eit tverrfagleg team inkludert psykomotorisk fysioterapeut. Ho var der i eitt år, og fekk gangfunksjon tilbake. Ho starta deretter hjå ein psykomotorisk fysioterapeut med driftsavtale, der ho framleis går i behandling. I dag er det sterke smerter i beina som plager henne mest.

Sølvi er 51 år, gift og har to hundar. Ho har vore uføretrygda i 10 år, og bur i ein liten kommune. Aktivitetar med hundane sine, friluftsliv og handarbeid liker ho å drive med på fritida. Sølvi vakna ein dag med vanskar med å kome seg opp av senga. Ho kunne ikkje gå, fokusere med blikket eller kjenne høgre kroppshalvdel. Det var mistanke om både MS og slag, og ho var på omfattande utreiing på sjukehuset i over ei veke, utan svar på årsak til plagene. Vidare var ho innom ein gamleheim, eit rehabiliteringssenter og til slutt distriktpsikiatrisk sjukehus, DPS. På DPS vart ho mellom anna behandla av ein psykomotoriske fysioterapeut ein gong i veka. I tillegg hadde ho oppfølging av kommunal fysioterapeut to gonger i veka. Sølvi er ferdigbehandla hjå DPS, men held fram hjå kommunal fysioterapeut. Funksjonen i armen og balansen er tilbake, men beinet arbeidar ho framleis med.

Alle fysioterapeutane har kompetanse i psykomotoriske fysioterapi. Fem har vidareutdanning i psykomotorisk fysioterapi, tre har spesialistgodkjenning og tre har masterutdanning. Dei er mellom 35 g 65 år, og har jobba som psykomotoriske fysioterapeutar frå 5 til 40 år, og har ulike grad av erfaring med pasientar med FNS, både barn, ungdom og vaksne. Somme arbeider i spesialisthelsetenesta, medan andre arbeidar med driftstilskot (Sjå tabell 1).

Tabell 1.

Alder	Utdanna i NPMF i årstal	Erfaring som psykomotorisk fysioterapeut	Erfaringsbakgrunn	Arbeidsstad
50	2004 master, 2015 spesialist	17 år	Frå 15 til over 100 avhengig av definisjon	Rehabiliteringssenter
39	2013 2016 spesialist	8 år	Ca 4	DPS
61	2012	9 år	Ca 4	Driftsavtale
49	2013	8 år	Ca 10	Driftsavtale (tidlegare BUP, ME-/ryggpoliklinikk)
35	2016 master	5 år	Ca 30	Nevrologisk avdeling, universitetssjukehus
65	1981 1994 spesialist	40 år	Ca 10	Driftsavtale
60	2011 2017 master	10 år	Mange. Jobba med FNS sidan 1992	Lokalsjukehus og Spesialistsjukehus

### 3.2.1.3 Forarbeid

Intervjuguide til individualintervju vart utforma (sjå vedlegg 1 og 2). Eg gjennomførte eit pilotintervju. Det var nyttig for å førebu meg på intervjuarrolla, prøve ut intervjuguiden, samt erfare korleis det videosamtaletekniske fungerte.

Fokusgruppeintervjuet førebudde eg ved å utforme intervjuguide med bakgrunn i individualintervjua og prøve ut korleis ei gruppesamtale fungerte over videosamtale. I eit fokusgruppeintervju kan det vere utfordrande for moderator å ha kontroll over intervjuforløpet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 180). Som uerfaren forskar som gjennomførte sitt første fokusgruppeintervju over videosamtale, ville eg sikre at alle fekk delt sine erfaringar og at alle spørsmåla skulle verte belyst. Eg utforma difor ein strukturert intervjuguide. Det vart sett av tid og rekkefølge for å svare på spørsmåla. Etter alle hadde fått kommentert eit spørsmål, la eg opp for å kome med refleksjonar, spørsmål, avklaringar eller oppfølging. Intervjuguiden (sjå vedlegg 3) vart sendt ut i forkant slik at dei fekk førebu seg på spørsmåla.

#### 3.2.1.4 Gjennomføring av intervju

Alle intervju vart utført via videosamtaleverktøyet skype. Intervju vart teke opp med to bandopptakarar, ein diktafon og ein mobiltelefon i flymodus.

##### 3.2.1.4.1 Semistrukturert individualintervju

Eg starta med å intervju Sølvi i mai 2020. Intervjuet varte i 1 time og 40 minutt. Munnleg samtykke til opptak av intervju vart innhenta, føremål med studien vart klargjort og innsamling av personlege data vart gjort før bandopptakar vart slått på. Etter å ha starta bandopptakaren bad eg informanten skildre sin situasjon med føremål å gje eit bakteppe for hennar erfaring. Vidare spurte eg etter erfaringar med psykomotorisk fysioterapi, kva som har vore viktig, og utfordrande, korleis ho opplevde situasjonen, terapeuten og omgjevnadane, kva som var annleis enn anna fysioterapi, samt kva ho tenkte var viktig å poengtere. Det oppstod tekniske utfordringar i form av dårleg overføring av bilete og lyd. Det vart ordna ved å byte datamaskin. Det var ein medførande årsak til at intervjuet tok lang tid. Eg opplevde at ho kom med korte og upresise svar. Eg måtte stadig stille oppfølgingsspørsmål og klargjere om eg hadde forstått henne. Intervjuet bar preg av ulikt språk. Likevel opplevde eg at ho delte refleksjonar og erfaringar som var viktig for henne.

Andre intervju vart utført i juni 2020, det var med Ida. Intervjuet varte i 1 time og 10 minutt. Med utgangspunkt i Sølvi sitt intervju var eg førebudd på å stille oppfølgingsspørsmål og hadde tenkt over korleis eg kunne invitere til lengre refleksjonar kring opplevingane hennar. Intervjuguiden var endra lite på, men mi innstilling var endra i form av at eg var førebudd på å kome med fleire presise oppfølgingsspørsmål. Ida utdjupa svara meir enn Sølvi, og eg måtte heller stille meg open og la hennar erfaring kome fram. Ida kom med lange skildringar og mykje informasjon. Det var utfordrande å sikre at eg hadde fått svar på mitt spørsmål og summere opp kva eg hadde forstått fordi samtalen forsvann over på nye tema. Intervju vart ulike, men begge informantane kom med sine synspunkt og refleksjonar.

Siste individualintervju vart utført i november 2020. Det var med ein psykomotorisk fysioterapeut. Intervjuet varte i 50 minutt. Eg spurte etter eit eksempel på ein pasient, kva ho såg ved undersøking, korleis ho behandla pasienten og kva ho tenkar om FNS; når veit ein at det er FNS pasienten har, og korleis forklare det til pasienten. Det var eit lettare intervju og halde tråden i, oppfølgingsspørsmåla fall naturleg og eg opplevde det som ein samtale med ein kollega.

#### 3.2.1.4.2 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuet vart utført november 2020 med seks informantar og varte i to timar og 30 minutt. Eg starta med å introdusere masteroppgåva og fysioterapeutane fekk presentere seg. Gjennom intervjuet følgde eg intervjuguiden for å sikre at alle fekk kome til ordet. Informantane fekk tid til å kome med utfyllande og skildrande svar. Eg var romsleg med tida, og avbraut ingen informantar verbalt. Ved eit høve vart ein av informantane satt ut når ho skjønna at tida hennar haldt på å renne ut, og ved eit anna høve vart ho avbroten av at eg signaliserte at tida var ute. Somme kom med kommentarar når dei ønska, og mot slutten hadde tre av terapeutane forlate fokusgruppa. Dei tre attverande diskuterte seg i mellom. Informantane kom med praksisnære skildringar, motsetningar og spelte vidare på kvarandre sine tankar.

#### 3.2.1.5 Etterarbeid

Både under og etter intervju skreiv eg ned viktige moment eg hugsa. Eg overførte lydopptaka til forskingsserveren til HVL og sletta råmaterialet frå opptakarane. Eg utvikla intervjuguiden med bakgrunn i føregåande intervju. Alle intervju vart transkribert ordrett, på dialekt, for å sikre at ikkje innhaldet endra meining i oversittinga frå munnleg til skriftleg språk.

### 3.2.2 Analyse av datamateriale

#### 3.2.2.1 Systematisk tekstkondensering

Eg valde å nytte systematisk tekstkondensering som analysemetode. Det er ein strukturert måte å analysere kvalitative data i fire trinn. Første trinn er å skaffe seg

ein oversikt over materiale. I trinn to ønsker ein å identifisere meiningsberande einingar frå teksten. Vidare til trinn tre søker ein å abstrahere innhaldet i dei meiningsberande einingane og utforme kondensat. Siste trinn inneberer å samanfatte tydinga av dette, og skrive det som analytisk tekst. Hensikta med analysemetoden er å få tak i informantane sine erfaringar og opplevingar og syne dei. Vidare er det viktig å heve dei til eit analytisk nivå der det kjem fram meinings informantane sjølv kanskje ikkje var bevisst (Malterud, 2012, 2017).

#### 3.2.2.2 Transkripsjon

Analyseprosessen startar allereie under transkriberinga med at eg får eit heilskapsinntrykk, ser kva som viser seg og kva som fangar merksemda mi (Malterud, 2017, s. 80). Eg transkriberte alle intervju sjølv innan fire dagar etter intervju var gjennomført. Det gjorde at eg fekk ei god og nøye gjennomgang av materialet. Eg noterte meg stikkord om det eg hadde trekt ut av intervjuet.

#### 3.2.2.3 Analyseprosessen

Etter transkripsjonen, leste eg gjennom intervjuet for å få eit heilskapleg inntrykk. Deretter tenkte eg kva tema som kunne vere interessant. Første intervju måtte eg lese mange gonger, og notere i margin kva eg forstod informanten sa. Det hjelpte meg å få innsikt i innhaldet og lese hurtigare. Eg gjorde det same med intervju to då det inneheldt lange sitat. Det hjelpte meg å få god kjennskap til materialet. Intervju tre og fire leste eg færre gonger. Eg tok ein pause for å få avstand til materialet fram til januar 2021.

Eg starta med å analysere datamaterialet frå pasientane. Det var utfordrande å velje foreløpige tema. Det var mykje eg syns var interessant, men alt var samanvevd og gjekk i einannan. Min tendens til å starte med tolking og tyding for å finne samanheng vart avteikna, og eg måtte fleire gonger gå tilbake eller starte på nytt. Eg måtte gå aktivt inn for å sette mine tankar og oppfatningar til sida og la teksten vise seg. Etter mekling med meg sjølv fekk eg valt ut tema, og starta å trekke ut meiningsberande einingar, ME. Dei vart sortert i kodar. Somme ME kunne høve



under fleire kodar, og utveljingsprosessen var utfordrande. Eg arbeidde først i eit dokument på datamaskina ved å markere i fargekodar og kopiere over i ei matrise. Vidare klippte eg ut ME av ein utskrift av transkripsjonen og samla ME i ulike mapper. Ingen av delane gav meg oversikt, men prosessen gav eit nært forhold til datamaterialet. Til slutt gjekk eg tilbake til datamaskina og sorterte ME i ei matrise. I somme høve måtte eg tolke kva informanten meina, og eg freista å sjå fleire ulike meiningar utsegna kunne ha. Det kunne vore nyttig å ha ein medforskar å diskutere med. Rettleiar hjelpte meg då med å sortere mine tankar.

Herifrå veksle eg mellom setta med datamateriale for å få avstand og sjå på det med nytt blikk. Det var utfordrande å velje ut tema i datamaterialet frå fysioterapeutane òg, men enklare etter å ha vore gjennom prosessen ein gang. Eg kunne lettare ta avgjersler og klarte i større grad å la teksten vise seg. Denne gong vart ME markert med kommentar i teksten, fargekoda og kopiert over i ei matrise. Kodane endra stadig namn ettersom nye ME kom til og forsvann (Sjå vedlegg 4).

Resultata tok meir form då eg starta å skrive ME om til kondensat (Sjå vedlegg 5). Då vart det enklare å sortere og sjå kor dei ulike ME høyrde til. Kodinga var likevel tidkrevjande, og eg enda stadig opp med å tenke at alle kodane var samanvevd og høyrde saman med einannan. Tilbakevending til rådata hjelpte meg å sjå at sitata i sin opphavslege kontekst, og at meininga vart iverteke i mi analyse. Det gav òg ny innsikt. Gjennom arbeidet såg eg at funna frå pasientar og terapeutar kunne presenterast saman. Gjennom rekontekstualiseringsprosessen frå kondensat til analytisk tekst, sette eg saman funn frå pasientar og terapeutar. Under ein resultatkategori vart det plassert data frå både pasientar og terapeutar, men i ulike subkategoriar. I omskrivinga til analytisk tekst gav materialet igjen meir meining. Stadig vende eg tilbake til rådata for å sikre meiningsinnhaldet si integritet, samstundes som eg såg kva som gav meining for meg og til mi studie. Undervegs såg eg at eg hadde ribba somme subkategoriar for meining og freista å gå tilbake til meiningsberande einingar og kondensat for å få utfyllande og skildrande tekst. Gjennom denne prosessen vart eg godt kjend med datamaterialet og ny innsikt opna seg for meg.

### 3.2.3 Etiske aspekt

Eg søkte godkjenning frå regional etisk komité, REK, då pasientane med denne diagnosen oftare enn den generelle folkesetnaden har traumatiske erfaringar. Eg fekk svar at det ikkje førehandsgodkjenning krevst frå REK (Ref. 64995) ettersom studien ikkje fell under helseforskningslova sitt verkeområde (Sjå vedlegg 6). Studien innhentar personopplysningar og eg har meldt inn til NSD (Ref: 265857) (Sjå vedlegg 7).

Når eg tek personleg kontakt kan det opplevast som eit press, og dette kan vere etisk problematisk. Somme deltakarar fekk informasjon via e-post, andre tok eg telefonkontakt med først. Eg sendte ut informasjonsskriv med detaljert skildring av prosjektets formål, kva deltaking ville innebære og behandling av personopplysningar.

Eg fekk opplyst at ein av deltakarane ikkje ville snakke om traumatiske erfaringar, noko eg ikkje adresserte i intervju.

Under transkripsjonen nytta eg nummer i staden for namn, medan dei i det ferdige materiale får fiktive namn. Intervjua vart flytte frå diktafon til forskingsserver via personleg datamaskin. Alle informantane har signert informert samtykkeerklæring (sjå vedlegg 8 og 9). Den vart sendt ut og samla inn via post, behandlande fysioterapeut, MMS og e-post.

## 4.0 Resultat

I det følgande vil eg presentere eit samla resultat frå begge deltakargruppene. Dei psykomotoriske fysioterapeutane vert omtala som terapeutane, medan pasientane vert omtala under pseudonyma Ida og Sølvi. Når terapeutane fortel om pasientar vert dei omtala som hokjønn, for enkelheita si skuld.

Resultatkapittelet er på eit vis organisert kronologisk. Eg startar med å skildre kva menneskesyn psykomotoriske fysioterapeutar møter pasientane med, og korleis pasientane opplevde møte med det synet i første resultatkategori: *heilskapleg menneskesyn*. Deretter vert føresetnaden for omstillingsprosessen syna under overskrifta: *trygg grunn for utforsking*. Vidare vert erfaringar med utforsking av rørsle og det å vere til stade gjort reie for i avsnittet eg har kalla: *kontakt med seg sjølv gjennom kroppsleg utforsking*.

#### 4.1 Heilskapleg menneskesyn

Eit viktig prinsipp for terapeutane var å sjå heile mennesket. Det heilskaplege synet kjem mellom anna fram gjennom den psykomotoriske undersøkinga. Terapeutane syns det er nyttig å sjå plagene i samheng med livet, og kva funksjon symptoma har i pasienten sitt liv. Dei opplever å vere eit gagneleg tilskot i helsetenesta med sitt perspektiv på kropp og sjukdom. For Sølvi var det å verte møtt som eit heilt menneske viktig. Den psykomotoriske tankegangen og heilskaplege perspektivet braut med Ida sitt perspektiv, og det var utfordrande for henne å vere med på den tankegangen.

##### 4.1.1 Eit kontinuum mellom psykiatri og nevrologi

Terapeutane syns det er ei utfordrande pasientgruppe å jobbe med fordi dei har vorte hengande mellom psykiatri- og nevrologistolen i mange år. Dei har erfaring frå tverrfaglege møter der alle kjem med si vurdering av pasienten. Nevrologen er på nevrologien og psykiateren er på psykiatrien, medan pasienten hamnar midt mellom. Dei meiner at dei som psykomotoriske fysioterapeutar har mykje å bidra med. Dei har brillene som ser mellom stolane. Med litt frå kvart fagfelt ser dei mennesket som heilskap. Samstundes gjer språket det utfordrande å formidle dette til andre.

Ein terapeut løfter fram behovet for ei omgrepsavklaring og bevisstheit rundt korleis FNS vert omtala. Ho meiner at dei må vere tydeleg og korrekt når dei snakkar om FNS. Av erfaring veit ho at mange formulerer seg klønete både til pasient, anna

helsepersonell og pårørende. Omgrepet psykogen lamming stiller ho spørsmål til: «*Er det psykisk? Eller er det fysisk? Vi vert jo usikre vi òg!*».

For somme av terapeutane er sjukdomsforståinga ei viktig sak. Dei har levd historia. Ei historie med oppdeling i psykiatri eller nevrologi. Særleg to av informantane skildrar historia der FNS vart knytt til psykiatri. Ei av dei fortel frå starten av si karriere. Då vart det kalla “hysteriske lammingar”, noko ho syns var eit forferdeleg uttrykk. Pasientane vart tilvist henne, med beskjed om at det feilar dei ingenting, men dei klarar ikkje å bevege seg, om ho kunne hjelpe dei. Den andre terapeuten mintest eit kurs der nevrologane sa at om dei ikkje fann noko konkret årsak, var det simulering eller psykiatri. Terapeuten vart opprørt, og forstod ikkje korleis dei kunne vere så arrogante og tru dei hadde funnet ut alt. Framleis syns ho fokuset er mot nevrologi eller psykiatri. Ho meiner det ikkje er anten eller, men eit kontinuum.

#### 4.1.2 Heilskapleg undersøking

Gjennom den psykomotoriske undersøkinga får terapeutane eit heilskapleg bilete av pasienten sin funksjon, ikkje berre nevrologisk. Dei får inntrykk av kroppsbilete, respirasjon, kroppskontakt og korleis pasienten har det i kroppen sin. Hjø pasientane ser terapeutane ofte haldt pust, høgt spenningsnivå, nedsett kroppsbevisstheit og lite kontakt med kjenslelivet. I tillegg ser dei pasientar som er hypoton, aktiverer alt eller ingenting og har ei innøvd evne til avspenning som ikkje er overførbar til andre situasjonar. Terapeutane erfarer at det hjå pasientar med FNS er lite rom for utforsking av rørsle og spontanitet.

Ein av terapeutane erfarte at etter ho tok vidareutdanning i psykomotorisk fysioterapi fekk ho eit undersøkingsverktøy som var nyttig i bruk med denne pasientgruppa. Der ho kunne gå strukturert til verks og vurdere pasienten sine ressursar, og kva moglegheit dei har for omstilling. Ho bruker både det ho kan frå nevrologi og psykomotorisk fysioterapi, men trekker fram ressursorientert kroppsundersøking som viktig. Ho seier:

*«Det å få tak i heile biletet gjennom den psykomotoriske undersøkinga syns eg har vore nyttig. Då får eg ein innfallspørt der eg kan hjelpe pasientane å erfare andre måtar å bevege seg på som kanskje dei opplever som meir føremålstenleg».*

#### 4.1.3 Symptoma si betydning i livet

Terapeutane ser pasienten sine symptom i samanheng med livet. Ulike belastningar kjem sigande, og anten vert det til slutt for mykje, eller ei større hending gjer at begeret renn over. Dei erkjenner at ingen veit kva FNS kjem av, men teorien er at nervesystemet kontinuerleg vert påverka og endra utifrå kva som skjer i livet; sjukdom, traume og stress. Samtidig er ressursar som personlegdom, genetiske faktorar, kunnskap og forhold til kropp avgjerande for korleis symptoma utviklar seg. Det kan skje ein funksjonell endring i hjernens nettverk, som er reversibel.

Fleire av terapeutane tenker på kva funksjon symptoma har eller har hatt i livssituasjonen til pasienten, og om pasienten framleis treng den. Dei trekker fram at det er nyttig å sjå symptoma som ein ressurs, at kroppen har gjort noko for å beskytte ein. Dette kan vere ei utfordring:

*«I fagmiljøet har vi diskutert dette med at symptoma har eller har hatt ein funksjon. Då er det utfordrande når det vert sett som eit suksesskriterium at pasienten som kjem trillande i rullestol, humpande på krykker eller med høyrsevern reis heim utan. Kanskje treng dei funksjonen. Då må vi vere forsiktige med å plukke frå dei alt av hjelpemiddel for ein kvar pris».*

Ein terapeut løftar fram at pasientane ofte ser symptomet som feil. Det kan då vere nyttig å hjelpe pasientane å sjå det som ein ressurs, anerkjenne det og erfare at det er trygt no. Ein annan terapeut er einig i at ein ofte kan sjå at symptoma opptre i samband med noko vanskeleg i livet, men understrekar at hjå mange med FNS er ikkje samanhengen så tydeleg. Ho meiner det er viktig å ikkje låse seg i teoriar og tru at ein veit meir enn ein gjer. Likevel må ein freiste å forstå og bruke sin kunnskap, og samstundes vere audmjuk og open for at det er mykje ein ikkje kan vite. Vitskapen har ikkje kome langt nok til å forstå dei kompliserte nettverka i hjernen, og dei har ikkje tilgang til alle opplevingane pasienten har.

#### 4.1.4 Eit anna menneskesyn

Korkje Ida eller Sølvi visste noko om psykomotorisk fysioterapi, og det heilskaplege menneskesynet som møtte dei var annleis. Dette møtet opplevde dei forskjellig. Sølvi opplevde å verte møtt som menneske, medan Ida møtte eit perspektiv som ikkje høva med det ho stod for.

Sølvi skildrar si oppleving i møte med helsevesenet som skremmande. Ho gjekk gjennom mange utreiingar utan å få ei forklaring på kva som skjedde. Ingen hørde på henne, eller svarta henne. Dei berre gjorde det dei måtte utan å fortelje henne kva dei gjorde. Ho vart «sett over hovudet». Sølvi følte at ingen snakka til henne; ho var der, men samtidig ikkje. Det var ein skremmande situasjon som vart verre når ho ikkje vart høyr. Då ho treffe den psykomotoriske fysioterapeuten var Sølvi skeptisk, men opplevde raskt at heile ho vart ivareteke i møte med terapeuten. Då vart ho glad nokon jobba med henne. Ho fortel:

*«Det var annleis. Den psykomotoriske fysioterapeuten jobba med meg, dei andre jobba med kroppen. Ho jobba med meg, og på ein måte forstod. Sjølv om ho ikkje forstår, så forstod ho kva eg hadde å jobbe med».*

Ida reflekterer rundt sine haldningar til behandlinga i starten. Ho trur ikkje ho var open for å prøve eller ville forstå. Helst ønska ho at nokon skulle knipse med fingrane sånn at ho kunne gå igjen. Uansett kor mykje dei rundt henne sa at ho kunne få ut av behandlinga, tenkte ho berre: *«dette har eg ikkje behov for, eg har ikkje signa up for dette»*. Ida hadde erfaring frå toppidrett, fysioterapi og akupunktur. Psykomotorisk fysioterapi var langt unna fysioterapien sånn ho kjende den. Det var for henne veldig fjernt å ligge på ein benk medan terapeuten tok litt på henne. Ho trur ho var open, men at ikkje kroppen hennar var akseptierende for alternativ behandling, noko psykomotorisk fysioterapi var for henne.

*«Når du er toppidrettsutøvar har du ein veldig sterk mentalitet, der ting må verte gjort uansett kva du føler. Alt anna må leggest til sida fordi du skal verte verdsmeister, og då må du gjere dette og dette. Psykomotorisk fysioterapi er ikkje sånn. Difor trur eg det var vanskeleg for meg. Fordi eg hadde den harde mentaliteten. Eg var kome for å gjere ein jobb. Då kan eg ikkje drive å ta pausar, kva er det for noko tull?!».*

Når ho i behandlinga skulle ligge og tenke seg til å bevege seg følte ho at terapeuten meinte det var hennar skuld at ho ikkje kunne gå. Det var ikkje det terapeuten meina, men det var sånn Ida tolka det.

## 4.2 Trygg grunn for utforsking

Terapeutane trekk fram at pasienten må kjenne seg trygg og ivareteke for å vere tilgjengeleg for behandling. Det gjeld uavhengig av diagnose, behandlingstilnærming eller fase i prosessen. Gjennom å utvikle ein god relasjon, sjå og høyre pasienten, samt å få til eit likeverdig fellesskap prøver dei å etablere eit trygt rom som grunnlag for utforsking av rørsle. Ida og Sølvi erfarte gode relasjonar med sine psykomotoriske fysioterapeutar. Dei kjende seg sett, forstått og møtt på det dei trengte. Sølvi fekk tryggleik til å utforske, for Ida vart det viktig at behandlinga hadde utgangspunkt i det ho trengte.

### 4.2.1 Kroppsleg og verbal kommunikasjon

For at pasienten skal kjenne seg trygg og iverteke må terapeutane bruke seg sjølv i behandlinga. Dei må vere merksam på signala frå pasienten, korleis deira framferd påverkar pasienten og kva pasienten treng her og no. Gjennom å vere i kontakt med seg sjølv, pusten, føtene og underlaget, kan dei vere til stade i situasjonen og merke kva som skjer. Dei må vere seg sjølv, ærleg, ikkje skjule noko og vise engasjement ovanfor pasienten.

Ein terapeut trekker fram at ein må vere nysgjerrig, interessert og like pasientane for at terapeutrolla skal vere givande. Fleire er einig, og ei opplever å ha eit stort engasjement for pasientane. Ho erfarer at ho må få vere seg sjølv, og i det engasjementet ho har. Då kan det smitte over på pasienten, og hjelpe dei å verte nysgjerrig på seg sjølv og sine symptom. Når ho ikkje vert engasjert, fungerer behandlinga dårleg. Då vert ikkje pasienten interessert i sine symptom heller. Ho trekk fram eit døme på korleis ho kan stimulere til nysgjerrigheit:

*“Får eg god kontakt med pasienten kan eg til dømes seie: “Veit du kva eg syns er kjemperart? Eg ser at du ikkje klarar å løfte opp armen når eg ber deg om det, men du kan ta på deg gensen. Er du ikkje einig? Er ikkje det rart?”*”

Fleire terapeutar har liknande erfaring. Dei diskuterer den hårfine balansen mellom å vere ærleg og direkte. Ein trekk fram viktigheita av å kome i posisjon og ha tillit før dei kan spørje inn til kva som skjer. Andre erfarer at å vere entusiastisk og nysgjerrig nok, kan dei vere ærleg, utan at det vert oppfatta som arresterande. Ein terapeut trekk fram at utforsking og nysgjerrigheit er motsetninga til forsvarssystemet. Det er vanskeleg å samtidig vere utforskande og i forsvar. For å få resultat i behandling må ho fremje det utforskande handlingssystemet til pasienten. Då må ho sjølv vere nysgjerrig og utforskande, og invitere til det. Ho siterer Jeannina Fischer som i møte med pasientar med lammingar og som ikkje kjenner kroppen sin seier: «Wow, isn't that interesting?!». Ho nyttar òg spegling for å fremje andre stemningar hjå pasienten. Til dømes ved å løfte seg opp når ein hypoaktivert pasient kjem til henne, og grunne seg når ho møter pasientar som er hyperaktiverte.

Terapeutane trekk vidare fram nødvendigheita av tilpassa dosering og korleis instruere. Det er ei avveging kor inngripande tilnærminga kan vere. Ei trekk fram at det heller ikkje alltid er samsvar mellom det pasienten seier og det kroppen gjev beskjed om. For å få tak i om berøring er greitt, kor nært ho kan gå og om pasienten opplever kjensle av frivilligheit, må ho vere til stade i seg sjølv og situasjonen. Dette for å ikkje overskride grenser eller re-traumatisere pasienten.

#### 4.2.2 Fellesskap

Terapeutane syns det er viktig med tid til å utvikle ein god relasjon, og jobbe ein til ein med pasienten. Den gode relasjonen vert sett som alfa omega. Dei erfarer at det må vere eit samspel mellom pasient og terapeut. At begge partar er likeverdige, deltakande og open for innspel og samarbeid.

Ein terapeut forklarar at heling skjer gjennom relasjonen. Mange av pasientane hennar har opplevd skade knytt til det relasjonelle, og treng å få nye erfaringar med terapeuten for å verte betre. Ufordringa er å få ei allianse og gjere pasienten trygg i behandlingsrommet. Sjølv om det er viktig å få god kontakt i første møtet, erfarer ho



det ligg mykje kraft i audmjukheit og reparasjon om ein ikkje får den ønska kjemien første gang. Ein annan terapeut presiserer at det er viktig at pasienten kan få den tida som trengs, kjenne at ho ikkje treng å skunde seg. Det er den einaste måten pasientane verkeleg kan kjenne seg respektert. Vidare trekk ho fram at psykomotoriske fysioterapeutar på institutt har moglegheita til å bruke den tida til å skape ein god relasjon, i motsetnad til pakkeforløp og hyppig byte av behandlarar. Ein annan terapeut løfter fram viktigheita av å vere ein alliert for pasienten på fleire arenaer som skule og arbeidsplass. Ein av hennar pasientar stod i fare for å miste jobben. Ved å delta på møte med arbeidsgjevar, forklare situasjonen og kome med forslag til korleis ivareta pasienten på jobb, fekk pasienten halde fram i arbeid.

Ein terapeut løftar fram at pasienten må vere deltakande og tilgjengeleg for endring for å nyttiggjere seg behandlinga. Ho kan ikkje tru og håpe på vegne av pasientane, ei heller tvinge pasienten til å vere med. Å evaluere etter seks til åtte gonger meiner ho er lurt. Både for å få inntrykk av om det skjer ei endring, men òg for å ansvarleggjere pasienten. Som ein av terapeutane seier:

*«Målet er ikkje å få ein pasient fiks ferdig. Pasienten må gå storparten av vegen sjølv, men vi kan hjelpe dei på veg».*

#### 4.2.3 Felles grunn

Felles forståing vert trekt fram som noko av det viktigaste. Utan ei felles forståing, eit felles utgangspunkt, kjem ikkje behandlinga i gang. Terapeutane fortel at pasientar med FNS ofte skildrar kaos. Dei forstår ikkje kva eller kvifor dei er blitt sjuke. Pasientane har vore på tallause utreiingar og undersøkingar i helsevesenet, utan å få noko forklaring. Dei er difor oppteken av å få tak i pasienten si oppleving og forståing av sjukdommen. Korleis dei uttrykker, handterer og forstår symptoma, og kva dei tenker om dei. I denne samanheng trekk dei fram viktigheita av å etterspørje og anerkjenne pasienten si oppleving. Terapeutane si erfaring er at pasientane ofte har kjent seg mistrudd, at helsepersonell trur dei simulerer eller at symptoma vert teke for å vere berre psykisk. Terapeutane meiner det er ugreitt om pasienten ikkje vert trudd av helsepersonell.

Ein av terapeutane poengterer at viss forståinga av symptoma er biomedisinsk vert pasienten ein kasteball i helsevesenet, på jakt etter medisinsk forklaring og medisin. Det er ingen som tek tak i det levde livet og kva pasienten står i. Tida går, og symptoma kan utvikle seg. Likevel presiserer ein annan at det ofte er naudsynt med nokre utreiingar for å utelukke andre sjukdommar. Ein terapeut poengterer:

*«Det handlar ikkje berre om at pasienten skal forstå det vi forstår, vi må òg forstå det pasienten forstår. Saman kan vi finne ut kva som kan vere forklaringa og kva som kan hjelpe pasienten tilbake i ein betre funksjon. (...) Finne vegen vidare, så dei ikkje vert hengande i lause lufta».*

Ein terapeut løftar fram nødvendigheita av å gjere pasienten trygg på at dette ikkje er deira feil, og at dei har ein sjukdom. Det kjem fleire døme på at når pasienten forstår at det ikkje er noko gale i nervesystemet, vert dei meir tilgjengeleg for behandling. Eit av døma handlar om ein pasient som vakna ein dag og hadde parese i venstre kroppshalvdel. Det var mistanke om hjerneslag. Pasienten fekk aldri god nok informasjon om at det ikkje var det. Ho var heime i over eit år, livredd for at ho var alvorleg sjuk. Då ho kom til nevrologisk avdeling og fekk avkrefta hjerneslag, vart ho kjempetilgjengeleg for behandling. Terapeutane meiner òg det er essensielt at helsepersonell seier det same.

#### 4.2.4 Sett, forstått og møtt

Både Ida og Sølvi opplevde å verte sett og forstått i møtet med terapeutane sine. At terapeutane kunne sjå korleis dei hadde det og kva dei trengte, og la opp behandlinga deretter.

Då Sølvi starta i behandlinga syns ho det var skummelt. Ho gjekk mot noko heilt ukjend, og var usikker på kva det var og kva det innebar. Sølvi opplevde at den psykomotoriske fysioterapeuten såg henne, forstod henne og forklara henne kva dei skulle jobbe med. Då vart behandlinga mindre skummel. Ho forklarar at det framleis er skummelt, men på ein annan måte. Ho har lært at det ikkje er farleg og at ho saman med terapeuten har funnet ein trygg stad i kroppen ho kunne vende attende til om det vart for krevjande. Tidlegare fann ho ikkje den trygge staden. Dersom ho

ikkje hadde visst korleis ho skulle gå fram, eller at det var positivt og trygt, hadde ho ikkje kasta seg ut i det. Samstundes ser ho at eigen innsats og villigheit til å utforske har vore viktig. Ho trur ikkje ein kjem nokon veg om ein ikkje jobbar med det. Ho seier:

*«Eg har jo på ein måte styrt tempoet, og eg har hoppa ut i det vi skulle jobbe med, fordi eg veit at eg kan gå tilbake til der det er trygt. Då kan eg jo jobbe med det som er litt skummelt. For det er jo sånn du overvinn tinga. Men då treng du ein som forstår og kan hjelpe deg».*

Ida fortel at terapeuten kunne sjå korleis ho hadde det når ho kom inn døra, og at ho vart møtt med openheit. Dersom ho var lei seg opplevde ho å bli møtt med forståing og aksept. Ho set pris på at terapeutane er autentiske og menneskelege, at dei kan le med og føre ein vanleg samtale. Ida hugsar at det var stor variasjon i humør, dagsform og kva ho trengte når ho var på rehabiliteringssenteret. For henne var det viktigaste at behandlinga ikkje var sett på førehand, men at behandlinga var tilpassa det ho trengte her og no. Ida presiserer at det ikkje berre handla om at behova hennar vart møtt, for det kunne dei verte hjå andre behandlarar òg. Det Ida opplevde som annleis var at det ikkje var ein jobb som måtte gjerast uansett. Frå idretten var ho vane med konkurranse og mål, og at smerte er naudsynt for å nå måla. I psykomotorisk fysioterapi var det ikkje sånn. Ho forklarar:

*«Det er berre; «sånn er det, og det er det riktige». Har du det kjipt, så er det ikkje noko galt i det. Det er heller ikkje noko galt i ha det bra. Du må ikkje endre deg eller tilpasse deg noko som helst for å ha denne type behandling, det er akkurat det du ikkje skal, på ein måte. Du kjem med det du kjem med, på ein måte, og så finn vi ut av det».*

I behandlinga kan Ida få tilbake livet i beina og kjenne seg lettare når ho beveger seg. Ofte kjenner ho seg lettare til sinns når ho går frå behandlinga. Ho syns det er deilig at dei ikkje gjer øvingar som er ubehagelege eller smertefulle, ho har så mykje smerter elles. Ho opplever at det ikkje er forventningar eller press, men at det handlar om å gjere det ho treng.

### 4.3 Kontakt med seg sjølv gjennom kroppsleg utforsking

I møte med pasientar med FNS ser terapeutane eit behov for å hjelpe dei å vinne att kontakta med seg sjølv. Dei er oppteken av å finne kva pasienten opplever som viktig og meningsfylt, men erfarer at ikkje alltid pasientane veit kva dei treng.

Kroppen er inngangsporten. Dei søker å hjelpe pasienten med å utforske rørsle. Det kan vere gjennom å hjelpe pasienten med å vere til stade her og no, og merke kva som skjer. Eller ved å stimulere pasienten til å bruke kroppen spontant og ubevisst, og få nye rørsleerfaringar. Pasientane har ulike utfordringar og må dermed møtast med individuelle tilpassingar. Ida og Sølvi har gjennom NPMF fått kontakt med seg sjølv, og kan i større grad lytte til sine kroppslege signal.

#### 4.3.1 Kroppsleg nærvær

Det å få kontakt med kjenslene og kva som skjer i kroppen, vert løfta fram som viktig i behandlinga. Kroppen er heile tida utgangspunktet. Gjennom å vere til stade, merke kva som skjer i kroppen ved rørsle eller påverknad frå terapeuten, kan pasienten få kontakt med kroppen sin, med seg sjølv. Det må erfarast og erkjennast, og verte ein del av dei.

Ein terapeut meiner affektbevisstheit startar med kroppen. Ho fortel at ho med ei lyttande og ei kommuniserer hand, freistar å påverke og vere merksam reaksjonar som oppstår. Fokuset er på å hjelpe pasienten å kjenne kva som skjer og kva som endrar seg. Det skjer både gjennom behandling og ved å knyte språket til det som vert opplevd og erfart i situasjonen. Ein annan skildrar at ho startar med kontakt med beina, det syns ho er nyttig nesten uansett. Fleire av terapeutane er oppteken av at pasienten må vere til stade i situasjonen. Ein av dei trur at mange berre vil ha symptoma vekk med ein gang, medan ho tenker dei må undre på kva det handlar om. Ho tenker det er nyttig å møte symptomet, tore å kjenne på det og vere i det. I det minste legge merke til det heller enn å slåst for å få det vekk.

Ein terapeut fortel om ein pasient med gangvanskar og smerter. Kvar gang ho prøvde å gje slepp, knyta det seg. Ho let seg ikkje bevege passivt eller gje etter for tyngdekrafta. Terapeuten tenker det vert ein langvarig prosess. Føresetnaden for at

pasienten skal verte betre er at ho ikkje er redd for smertene, men vert kjend med dei og veit kva dei inneberer. At ho vert trygg på at det ikkje er ein farleg prosess i kroppen.

#### 4.3.2 Omvegar til kroppsleg kontakt

Terapeutane erfarer at det ikkje alltid er føremålstenleg å få kontakt innover. Dei vurderer om symptom vert verre eller ikkje, og prøver ut ulike tilnærmingar, gjerne gjennom spontane eller automatiserte rørsler. Gjennom å nytte ulike verkemiddel kan pasienten få meir tillit til og verte trygg på kroppen, som vidare kan gje moglegheit for utforsking og kontakt.

Ein av terapeutane fortel at gjennom å sjå pasienten i ulike settingar får ho inntrykk av kva for innfallsport ho skal velje. Vert symptoma forsterka, vel ho andre aktivitetar som kan gje meistringskjensle. Då kan pasienten verte tryggare på kroppen.

Terapeutane nyttar oppgåver der pasienten gløymer seg sjølv eller kommer inn i automatiserte rørslemønster. Ein av dei syns særleg dei automatiserte rørslemønstera er interessante. Ho erfarer at viss dei byrjar å tenke på kva dei skal gjere kan det låse seg fullstendig. Vert oppgåva å gjere noko som er automatisert eller som kjem spontant vert det annleis. Ho nemner at dei har ein hund på instituttet, og viss barna får leike med den gløymer dei seg og det vert noko heilt anna. Ho erfarer at det gjeld for vaksne òg. Ein terapeut seier:

*“Eg liker uttrykket “trick into action”. Altså, somme gonger er det noko som må forløyse noko. Det å spele på noko nytt og overraske dei sånn at dei vaknar”.*

Ein terapeut poengterer at det er viktig at behandlinga munnar ut i ein betre funksjon. Ho meiner det handlar om å verte kjend med seg sjølv på ein ny måte. Sjølv om psykomotoriske fysioterapi kan eigne seg godt, er det ikkje alltid den “tradisjonelle” benkebehandlinga fungerer best. Ein må tenke heilskapleg og av og til utanfor boksen. Eit slikt døme vert løfta fram:

*«Eg bad ein pasient, som var lam frå livet og ned, om å teikne og fargeleggje seg sjølv. Ho satt på fargar og kjensler, men ikkje på beina. Dei var heilt svarte. Ved diafragma gjekk det eit skilje. Ho sa ho hadde ei plate der. Då byrja vi å arbeide med*

*den plata. Gjekk det an å bevege litt på den, gjekk det an å puste inn mot den. Etter kvart byrja plata å bevege seg lengre nedover, og etter kvart vart beina litt meir fargerike».*

Ein av terapeutane trekk fram eit ekstremt tilfelle av ein funksjonell dystoni. Ho skildrar ein pasient med eit ekstremt fleksjonsmønster, nesten i fosterstilling. Pasienten hadde ikkje kontakt med kroppen eller kjenslene sine. Terapeuten kunne ikkje nemne det, då låste pasienten seg ytterlegare. Difor starta ho med å møte pasienten på symptoma, og fokuserte på å hjelpe henne ut av mønsteret. Til dømes når pasienten skulle ta ein kaffikopp på vanleg måte, knyta det seg. Tok ho derimot ei runde, løfta armen opp og rundt, gjekk det. På ergometersyssel kunne ho ikkje sykle framover, men bakover løyste det. Etter kvart kunne pasienten sleppe spenninga. Dei måtte ta omvegar for å skape kontakt og endring. Då kunne dei etter kvart tematisere kropp og kjensler, og korleis ho hadde stått på heile livet.

#### 4.3.3 Å forstå seg sjølv på ein ny måte

Korkje Ida eller Sølvi hadde kontakt med kjenslene sine då dei starta i psykomotorisk fysioterapi. Gjennom behandlinga har dei fått meir kontakt med seg sjølv, samt ei vidare forståing av seg sjølv og situasjonen sin. Samstundes er det utfordrande å akseptere at dei må endre seg og det er vanskeleg å ta eit nytt perspektiv.

I behandlinga opplevde Ida eit stort fokus på korleis ho hadde og kva det gjorde med henne. Det var ho korkje komfortabel med eller forstod poenget med. Hennar tankegang var at om dagen var dårleg, vart den ikkje betre av å snakke om det. Ho var ikkje open for kjensler, og kunne ikkje fortelje korleis ho kjende seg. Ida kunne tydeleg vise seg sint, men det var vanskeleg for henne å kjenne på ei kjensle. Ho fortel:

*«Eg var 19 år, satt i rullestol og heile livet mitt hadde gått i dass, og eg kunne ikkje fortelje deg korleis eg følte meg. Eg var berre litt sånn likegyldig».*

Då Sølvi vart sjuk kjentest ikkje kroppen hennar som hennar, og ho hadde mange kjensler ho ikkje forstod eller hadde kontroll på. Det var rart å merke kjenslene, ho

hadde aldri følt det sånn før. I sine auge var Sølvi ei som godtok alle, var open og med på alt. Eigentleg hadde ho sete lokk på kjenslene sine. I møte med den psykomotoriske fysioterapeuten lærte ho at før ho kunne få att funksjonen måtte ho arbeide med kjenslene som ligg bak. Det var utfordrande å godta, men når ho forstod samanhengen mellom kropp og kjensler, skjøna ho at det var mogeleg å verte betre. Det gav henne motivasjon. Sølvi let ikkje kjenslene berre fare lengre, ho kjenner på dei når dei oppstår. Om ho vert sint har ho lov til å vere sint. Vert ho glad eller trist er det òg greitt.

Ida hadde vanskar med å forstå samanhengen mellom kroppslege plager og livet. Ho gjekk i behandling i seks månadar før ho byrja å få aktivitet i muskulaturen. Vidare gjekk det fort. Ho veit ikkje nøyaktig kva eller når det endra seg, men trur det hjelpte henne å kjenne kva ho følte og kva det gjorde med henne. Likevel var det vanskeleg å akseptere, og ho leitte etter andre årsaker fordi ho ikkje likte at kjenslene kunne vere grunnlaget. Ho tenkte at ho hadde trena for hardt, medan ho hadde trena som alltid, og at det egentleg handla om korleis ho følte seg. Då Ida vart sjuk var alle venane ryggsekkuristar rundt i verda. Ho såg bilete frå dei eksotiske stadane, medan ho satt i rullestol og ingen visste om ho kom til å gå att. Desse negative tankane kasta ho til sida. Ho skjøna ikkje korleis kjenslene kunne påverke kroppen når ho hadde forkasta dei. På spørsmål om ho framleis tenker det, svarar ho:

*«Ja, eg tenker jo framleis sånn av og til. Det er vanskeleg å børste av seg ein type logikk ein har, uansett kor mykje ein vert fortalt at det kanskje er annleis. Eg kan vere med på leiken, men eg veit sanninga, djupt der inne. Så eg kranglar litt med meg sjølv når det gjeld årsak og grunnlag».*

Ida veit at det er mogeleg å merke kjensler i kroppen. Samanhengen mellom å vere nervøs og vondt i magen, og knust hjarte og trykk i brystet, opplever ho som openberre koplingar. Det er berre så vanskeleg å tenke at ho har vondt fordi ho er einsam eller lei seg. Når smertene er så intense at ho gret og har lyst å amputere beina. Tanken om at dei kroppslege plagene vert påverka av kjenslelivet er ikkje heilt endra, men ho har ein fot i kvar båt.

Sølvi har fått erfare samanhengen mellom kjensler og kropp. I behandlinga har Sølvi gjennom å klappe på seg sjølv jobba med si kroppslege grense. Vidare vart kjenslene knytt opp mot det kroppslege, og Sølvi skulle finne si grense i forhold til andre i rommet. Kor ho ville plassere ting og kor nær ein person kunne kome før minna dukka opp. Sølvi har lært å forstå seg sjølv på ein ny måte. Ho forstår ikkje alt, men har lært at det fysiske og psykiske skal samkøyre. Når dei ikkje gjer det må ho ta tida til hjelp for at dei skal finne attende til kvarandre. Ho har lært at kjenslene er med i alt ho gjer. Uansett om det er å gå på butikken eller om ho skal noko gøy. Kjensler og kropp henga saman med kvarandre. Det er ein heilskap.

*«Eg har jo lært at det ligg ein grunn bak alt saman. Det ligg ein grunn bak alt vi føler, gjer og mottek. For alt heng saman. Så det eg har lært mest av er eigentleg å forstå meg sjølv. Kva inntrykk og alt gjer med meg».*

Ida har meir kontakt med kroppen, alle delane av den, og kan oftare kjenne etter. I ein hektisk kvardag kan ho ikkje alltid ta tak i ting i situasjonen. Somme gonger har ho vondt og kastar det til side, medan andre gonger merker ho ikkje smertene før ho kjenner etter. Ida meiner forståinga er essensiell for å akseptere. Viss ikkje ho forstår, vert ho sint og frustrert, og alt vert verre. Tankar om kvifor dette skjer med henne og kva ho har gjort for å få plagene dukkar opp. Det vert ein spiral nedover. Gjennom psykomotorisk fysioterapi har ho fått ei betre forståing og aksept for situasjonen.

*«Har eg ein dårleg dag så er eg kanskje meir open for å tenke, okei, er det noko som har skjedd som eg har lagt under teppe? Noko som påverka meg meir enn eg trur? Og kvifor har denne tingen gjort så mykje med meg at eg har fått vondt i beina? Eg ser at det er samanheng, men det er ikkje alltid ein samanheng».*

Ida opplever nytte av psykomotorisk fysioterapi, men syns framleis der er vanskeleg å forstå alt. Ho veit det ligg meir bak, men ikkje kva. Ved ei betre helse, større forståing og ei meir open haldning for å sjå samhengar mellom plagene og livet, opplever ho nye moglegheiter.



#### 4.3.4 Lytte til kroppslege signal

Både Ida og Sølvi har stått på utan å høyre kroppslege signal. I dag kan dei i større grad lytte til eigne behov og handle ut i frå det dei kjenner. Dei opplever at dei har hatt nytte av å lytte til seg sjølv og roe ned tempoet.

Sølvi har berre gjort, og så har det vorte for mykje. Sjølv om det ikkje er henne, har ho lært og innsett at ho må ta det piano, som ho seier. Sølvi ser at aktivitetsnivået må reduserast. Likevel ønsker ho seg tilbake til sine hobbyar, men veit at det vert på ein annan måte. Ho må i større grad kvile og ta pusterommet som trengs. Det kjem fram at ho har streva med å setje grenser, og let seg overtale etter å ha sagt nei. Det er ho merksam på, og fortel at ho jobbar med å vere tydeleg på kva ho vil og kjenner at ho greier.

Ida skildrar at ho var eit tog som gjekk for fort, og at det måtte ein krasj til for at ho skulle innsjå det. Ho er meir forsiktig med kva ho utset seg sjølv for, fordi ho ikkje veit korleis det vil påverke henne, og ho har ikkje råd til å ha meir plager. Ho fortel:

*«Eg er jo veldig selektiv med menneske eg omgåst med. Viss du bringer noko negativt inn i livet mitt, har eg ikkje rom for deg. Eg føler eg ikkje kan stole nok på kroppen min. Ting eg kanskje ikkje syns er så problematisk, kan kroppen reagere ekstremt på. Det igjen vil slå ut på korleis eg har det mentalt».*

Ho har lært seg å lytte til kroppen sine signal, og følgjer dei nesten alltid. Til dømes dreg ho heim frå fest når ho kjenner det i beina. Det gjev ikkje ei god kjensle. Likevel takkar ho seg sjølv dagen etterpå for at ho kan gjere noko då òg. Det hender at ho ikkje lyttar til dei kroppslege signala. Då veit ho kva som ventar, men syns kanskje det er verdt det. For Ida handlar psykomotorisk fysioterapi om å lytte til kroppen. Ho forklarar:

*«Kjenner du at du treng å gå ein tur? Lytt til kroppen og gå ein tur. Kjenner du at du treng å lese ei bok? Les ei bok. Viss du gjer det du kjenner at du treng, får du ein medalje. Då vil du jo alltid vinne».*

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Diskusjon av resultat

I datamaterialet trer kategoriane «*heilskapleg menneskesyn*», «*trygg grunn for utforsking*» og «*kontakt med seg sjølv gjennom kroppsleg utforsking*» fram. Desse kategoriane er samanvevde og sirkulære gjennom heile behandlingsprosessen.

Terapeutane erfarer at den psykomotoriske kompetansen er nyttig ved behandling av pasientar med FNS. Dei tek omsyn til og vurderer heile kroppen, og forstår pasienten som eit meiningsberande subjekt som uttrykker seg kroppsleg.

Terapeutane er merksame kroppslege reaksjonar i behandlingssituasjonen, og forstår dei som kommunikasjon og informasjon. Denne informasjonen er med å syne kva veg behandlinga skal ta. Gjennom behandlinga søker dei å hjelpe pasienten å oppleve og forstå seg sjølv og sine plagar. Terapeutane må skape tryggleik gjennom å ivareta pasienten og etablere eit fellesskap. Tryggleiken og fellesskapet er føresetnaden for å utforske rørsler og tileigne seg nye kroppslege erfaringar. Kroppsleg erfaring er grunnlaget for kontakt med, og forståing av, seg sjølv.

Ida og Sølvi opplevde behandlinga som ivaretakande og trygg. Dei vart sett, forstått og møtt på det dei trengte. Ida strevde med å forstå samanhengen mellom kjensler og symptom, men med tid har ho fått ei vidare forståing og aksept av situasjonen sin. Sølvi vart møtt som objekt i helsevesenet, men fann tryggleik hjå den psykomotoriske fysioterapeuten som møtte henne som meiningsberande subjekt. Gjennom behandlinga har både Ida og Sølvi fått meir kontakt med kjensler og kropp, større forståing av situasjonen sin og kan lytte meir til kroppslege signal i kvardagen.

I det følgjande vil eg diskutere funna opp mot relevant teori. Eg har valt å dele resultatdiskusjonen i to tema; «*heilskapleg menneskesyn*» og «*ny forståing gjennom kroppsleg erfaring*». Under kvart kapittel drøftar eg terapeutane sine erfaringar, samt Ida og Sølvi sine opplevingar, i lys av teori.

### 5.1.1 Heilskapleg menneskesyn

I datamaterialet mitt kjem det fram at terapeutane erfarer å ha mykje å bidra med når det gjeld pasientar med FNS. Med deira samanvevde kunnskap om mennesket kan dei møte pasientane på deira plager, ikkje som ei diagnose. Sjølv om kompleksiteten i FNS er akseptert, opplever terapeutane at pasientane framleis hamnar mellom neurologien eller psykiatrien. Det er utfordrande å formulere seg og forklare lidinga til helsepersonell, pårørande og pasient, og behovet for ei omgrepsavklåring vert presentert. Getz et al. (2011) argumenterer òg for behovet for eit medisinsk fagspråk som kan omgrepsfeste at kropp og psyke ikkje er åtskilte fenomen. Dei syner mellom anna i sin artikkel at kunnskapen om påverknaden menneskeleg erfaring har på våre fysiologiske system, bryt med det tradisjonelle skilje mellom kropp og sinn, og mellom somatiske og mentale lidingar. Dette meiner dei medfører at framtida sitt helsevesen må vere fortruleg med at alle menneske inkorporerer både biologi og biografi, og føreset eit fagspråk som kan formidle dette. Mi studie tek ikkje sikte på å foreslå eit slikt fagspråk eller omgrepsavklåring. Men det er viktig å nemne dette for å syne utfordringa terapeutane opplever når dei arbeider med pasientar med FNS, og truleg andre pasientar òg.

Sølvi vart møtt med det dualistiske synet på mennesket som stadig finst i helsevesenet. Det opplevde ho som skremmande. Hennar kropp vart undersøkt og handtert som eit objekt utan subjektiv mening. Det ho sa og uttrykte vart ikkje tatt i betraktning. Leder (1992, s. 23) samanliknar det med å sjå kroppen som ei livlaus maskin. Han kritiserer kartesianarane sitt dualistiske syn på kropp som moderne medisin bygger på. Det tek utgangspunkt i ein død kropp, lausriven frå mening, erfaring og tenking. Den kan undersøkast og behandlast som ei livlaus maskin, utan påverknad frå subjektet sine haldningar, forventningar eller intensjonar (Leder, 1992). Leder (1992) føreslår eit alternativt perspektiv på kropp. Eit perspektiv som har rot i fenomenologisk filosofi og tek utgangspunkt i den levde kroppen. Kroppen som ikkje kan lausrivast frå mening, forståing, intensjon og verdsleg eksistens. Der fysiologi og anatomi alltid er samanvevd med og eit uttrykk for kroppsleg intensjon og erfaring. Mennesket er ikkje ei maskin eller subjektlaus kropp som kan sjåast

isolert frå individet sine meiningar og opplevingar (Leder, 1992). Sølvi fekk oppleve dette alternative synet i møte med sin psykomotoriske fysioterapeut. I motsetjing til å vere ein kropp utan meining og erfaring, vart ho møtt som meningsberande subjekt. Hennar oppleving vart anerkjent og gyldiggjort. Terapeuten såg, hørte og forstod, i den grad ho kunne. Det var tryggande og gav Sølvi ei forståing av situasjonen. Pasientar som har gode erfaringar frå helsevesenet skildrar nettopp dette, å verte møtte som eit subjekt. Dei vert lytta til, teke alvorleg og får vere med å definere sin eigen situasjon. Desse aspekta er noko av det som gjer heilinga mogeleg (Sørbø, 2007, s. 58). Thornquist (2009, s. 125) skriv at når ein vert overhøyrst eller ignorert vert vi i tvil. Ikkje berre om vi har vorte høyrst og forstått, men om vår eiga dømmekraft. Vi kan til og med verte usikker på om vi er rettkomen vår eiga eksistens. Det er difor avgjerande at helsepersonell høyrer på pasienten og tek det med i faglege vurderingar og slutningar (Thornquist, 2009, s. 125).

I staden for å sjå kroppen som eit objekt, ser terapeutane kroppslege symptom i samanheng med livet som har vorte og vert levd. Alt menneske vert utsett for vert inkorporert i kroppen, og endrar fysiologiske funksjonar og anatomiske strukturar (Getz et al., 2011). Terapeutane ser på symptoma som ein ressurs, ein forsvarsmekanisme. At symptoma har hatt eller har ein funksjon i livssituasjonen til pasienten. Det er ei interessant og annleis forståing av ordet *funksjonelle* i omgrepet funksjonelle nevrologiske lidingar, som i utgangspunktet viser til dysfunksjon i nervesystemet (Trimble & Reynolds, 2016, s. 3). Å tenke at symptomet pasienten uttrykker kroppsleg har ein funksjon kan vere nyttig å ha med seg i møte med pasientar. Råheim (2003) meiner at med utgangspunkt i ein kroppsfenomenologisk forståing kan den psykomotoriske kroppsundersøkinga gje moglegheit for å seie noko om korleis levd erfaring vert uttrykt kroppsleg. Merleau-Ponty (2012) plasserer kroppen som det absolutte utgangspunkt. All form for menneskeleg oppleving og handling, skjer via og med kroppen. Kroppen er oss, og med kroppen uttrykker vi levd erfaring (Merleau-Ponty, 2012, s. 213). Til dømes syner resultatet mitt at i eit tilfelle var traume frå barndom ein del av bakgrunnen for funksjonelle paresar i vaksenlivet. Då var det viktig å hjelpe pasienten å erkjenne at det kroppslege forsvaret var nyttig, at det var ein ressurs, men at det ikkje er naudsynt lengre. Gjennom kroppsleg oppleving og erfaring kan pasienten kjenne at det er trygt no, og

at forsvaret ikkje trengs lengre. Hutchinson og Linden (2021) syner i sin artikkel at pasientane fekk større forståing og aksept for plagene sine gjennom å sjå dei i samanheng med livshistoria si.

I materialet mitt kjem det fram at i somme tilfelle har symptoma framleis ein funksjon, og ein kan ikkje alltid vite om funksjonen framleis trengs, eller ikkje. Dermed må ein vere varsam i behandlinga, ikkje gå for fort fram for å oppnå endring. Thornquist (2009, s. 282-285) og Gretland (2007, s. 192-193) skriv at kroppslege symptom må sjåast som opplysningar. Pasienten har ikkje alltid tilgang til denne informasjonen, kroppen kan romme erfaring og oppleving pasienten ikkje er bevisst (Thornquist, 2009, s. 283). Kroppslege bremser, ubalanse og plagar kan vere strategiar for å behalde sjølvkjensle og integritet. Følgjeleg må terapeuten vere tilbakehalden med behandling, og sensitiv for reaksjonar som oppstår i undersøking og behandling. Alle symptom har ikkje bakgrunn i fysiske plager, og det er ikkje alle funn ein skal gjere noko med (Gretland, 2007, s. 193).

Sjølv om det er tydeleg i resultatet at alle terapeutane forstår at livet vert inkorporert i kroppen, kjem det fram at ein skal vere varsam med å tolking av kroppslege funn. Det er lett å «forstå» symptom og «sjå» samanhengar på bakgrunn av eiga erfaring med andre pasientar og kunnskap frå utdanning. Alle pasientane er eineståande individ, ingen passar inn i same kategori. Sjølv sagt skal ein nytte sin kunnskap og freiste å forstå, men vere audmjuk, og open for at dei ikkje har grunnlag for å forstå alt. Canna og Seligman (2020) syner i sin artikkel korleis kulturelle ulikskapar både fører med seg ulik forståing og handtering når eit menneske får psykogene ikkje-epileptiske anfall. Skilnaden kjem fram gjennom historia til vestleg lege, ein heimehjelp av karibisk opphav og ei skulejente frå ein urfolkesetnad i sentral Amerika. Symptoma vart opplevd i forhold til kulturell arv og forståing. Individuell tilpassing er viktig i behandling av pasientar med FNS (Hallett, 2018; Nielsen et al., 2015). Vår forståingsramme er avgjerande for kva vi ser (Gretland, 2007, s. 87). Kroppen er alltid både biologisk og sosiokulturellt fenomen. Fysioterapeuten må dermed kunne ta ulike perspektiv, og veksle mellom desse. Om vi berre ser kroppen som biologi, eller berre som uttrykk for levd liv, kan vi misse viktig informasjon.

Ida og Sølvi hadde ulike opplevingar. Medan Sølvi opplevde å endeleg verte sett i møte med sin psykomotoriske fysioterapeut, opplevde Ida møtet med NPMF som fjernt og uforståeleg. Ho var vane med å presse seg gjennom både smerte og krevjande øvingar, og syns det var underleg å skulle ta omsyn til kva ho følte og kva ho trengte. Den heilskaplege tilnærminga braut med alt ho visste. Ida si motstand mot behandlingstilnærminga kan ha bakgrunn i mange og samanvevde årsaker. I behandlinga vart ho oppfordra til å endre sin måte å vere på. Det kan vere truande dersom det ein skal endre har overlevingsverdi (Schibbye, 2009, s. 262). I hennar sosiokulturelle miljø der prestasjon og «sterk mentalitet» verkar å ha høg status, kan det hende det vert sett ned på å vise kjensler, verte sliten og trenge kvile. I denne samanheng kan hennar «forsvar» vere å ikkje anerkjenne sine eigne behov, og stenge dei ute. Sjølv om ho hadde negative kjensler meinte ho dei kunne forkastast, og såleis ikkje påverke hennar kroppslege plagar. Ho verkar å vere prega av eit dualistisk menneskesyn, der kropp vert sett som åtskilt frå tankar og meining (Thornquist, 2009, s. 195-197). Merleau-Ponty (2012) argumenterer mot dette synet på kroppen som objekt. Han meiner vi er i verda som meiningsberande subjekt, og at kunnskap og erfaring finst i kroppen før vi kan reflektere over den (Merleau-Ponty, 2012, s. 103). I følgje Øien et al. (2009) var det skilnad på pasientar som hadde objektsynet på kropp og dei som såg på kroppen som både som erfarande subjekt, og objekt som kunne observerast og reflekterast rundt. Førstnemnde hadde mindre endring, og trengte lengre tid i behandling. I mitt datamateriale forstår eg at Ida hadde det første og Sølvi det andre synet. For Ida tok det lengre tid før symptoma vart betre. Samstundes har Ida fått tilbake meir funksjon enn Sølvi, som er eldre, noko som tydar på dårlegare prognose (Gelauff et al., 2014).

### 5.1.2 Å få kontakt med seg sjølv gjennom kroppsleg erfaring

Terapeutane i min studie erfarer at pasientar med FNS ofte er monaleg prega av kroppslege symptom som bremsa pust, spent muskulatur, redusert kroppsbevisstheit og lite kontakt med kjenslelivet. Dei har rett og slett redusert kontakt med seg sjølv. Nielsen et al. (2015) anbefaler å hjelpe pasienten å forstå seg sjølv, og kva faktorar som er disponerande, utløysande og oppretthaldande for symptoma. Dei verkar å ha

ei kognitiv, undervisande tilnærming. Samstundes meiner dei at fysioterapi kan vere nyttig for å relære rørslemønster (Nielsen et al., 2015). Terapeutane i studien min meiner at pasienten gjennom nye kroppslege erfaringar kan utvikle ny forståing av seg sjølv og innsikt i sin situasjon. I fysioterapi er kroppen inngangsporten (Gretland, 2007, s. 90-91), og i NPMF er det overordna målet å få ei oppleving av kroppen som *meg* (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 72). Gjennom å oppleve kroppen og med kroppen, kan pasientane merke kroppslege signal, reaksjonsmåtar og opplevingar, og få ei forståing av samanhengen mellom kropp og kjensler (Thornquist & Bunkan, 1986, s. 72). Kroppsleg samhandling kan gje anna informasjon og innsikt enn andre tilnærmingar (Gretland, 2007, s. 90-91). Dragesund og Råheim (2008) føreslår i sin studie at å jobbe med å auke pasientane si kroppsbevisstheit i NPMF kan gje større forståing for kva påverknad kjensler, livssituasjon og daglege aktivitetar har på deira symptom. Merleau-Ponty (1994, s. 121-129) skildrar at vi gjennom kroppen kan trekke oss tilbake frå verda, mellom anna gjennom «tap» av talen og minnet. Og at det berre er gjennom å opne seg kroppsleg ein kan finne tilbake. Ikkje gjennom ein intellektuell innsats eller kognitiv avgjerse, men gjennom ei forandring der heile kroppen samlar seg om kroppsleg uttrykk.

Gjennom NPMF har både Ida og Sølvi fått større kontakt med kjenslene sine, noko dei ikkje hadde før. I litteraturen kjem det fram at pasientar med FNS har utfordringar knytt til kjensler (Hallett, 2018). Til dømes syner Blakemore et al. (2016) i sin studie at pasientane aktiverte meir muskelkraft, og Voon et al. (2010) at pasientane synta auka aktivering i nevralt nettverk som koplar emosjonar til motorisk utføring, når pasientane vart utsett for emosjonelt stimuli. Kjenslene våre er kroppsleg forankra (Merleau-Ponty, 2012, s. 191-195). Våre kjensleerfaringar gjev nyttig informasjon om våre behov og er ein viktig del av overlevingsevna (Damasio, 2002, s. 59-62). Når ein stenger av for kjensleuttrykk, stenger ein av kroppsleg (Gretland, 2007, s. 194), noko både Ida og Sølvi har gjort. Ida peiker på det å kome i kontakt med kjenslene sine som avgjerande. Sjølv om ein i fysioterapi arbeidar kroppsleg, krevjar kjenslemessige opplevingar meiningsskapande, språkleg refleksjon (Gretland, 2007, s. 194-195). Ida reflekterer i større grad rundt sine symptom, og ho har fått større aksept for dei fordi ho forstår dei betre. Ho kan undre seg over opplevingar, kvifor dei rører ved hennar kjensler og korleis dei vert opplevd kroppsleg. Ekerholt et al. (2014)

syner i sin studie at meir kontakt med kjensler og kroppslege reaksjonar, gav pasientane betre evne til å forstå dei. Pasientane i Dragesund og Øien (2020) sin studie gjekk frå å ha ei avgrensa oppfatning av kroppen, til å få ei kroppsleg oppleving av seg sjølv. Det endra deira forståing av samanhengen mellom symptoma og livet.

For å kome i kontakt med seg sjølv, kjem det fram av resultatet at tryggleik må ligge til grunn. Terapeutane meiner tryggleik er føresetnaden for utforsking og endring av rørslemønster. I terapeutisk arbeid er tryggleik og tillit essensielle føresetnadar for endring (Eide-Midsand & Nordanger, 2017; Gretland, 2007, s. 103; Schibbye, 2009, s. 256). Ein kan trekke linjer til tilknytningsteori, der ein ser at barnet søker tryggleik frå omsorgspersonar ved fare. Når det er trygt kan barnet utforske, men passar på å ha sin trygge tilfluktsstad å vende attende til ved behov. Dette gjeld ikkje berre i barndom, men gjennom heile livsløpet (Schibbye, 2009, s. 102). Terapeuten kan vere ein trygg base for pasienten (Schibbye, 2009, s. 256). Studiar der pasientar sine erfaringar med NPMF vert undersøkt, syner at relasjonen er viktig for å skape tryggleik og kome vidare i behandlingsprosessen (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt & Bergland, 2006; Sviland et al., 2018; Sviland et al., 2012). I samband med behandling av pasientar med FNS vert det trekt fram at ein ikkje-dømmende og positiv kontekst er nyttig (Nielsen et al., 2015).

For å skape tryggleik må terapeutane i studien skape ein god relasjon, ivareta pasienten og legge opp til eit likeverdig fellesskap. Gjennom å møte pasienten som eit subjekt med eigne meiningar, tankar og erfaringar meiner terapeutane at dei kan gjere det. Dei er interessert i kva pasienten forstår og opplever, og tek omsyn til det i behandlinga, slik at pasient og terapeut vert jambyrdige deltakarar. Dette er i tråd med intersubjektivt samspel, som handlar om å ta tak i opplevinga til den andre, og la den verte gjeldande (Schibbye, 2009, s. 33-36, 71-77).

Terapeutane i min studie erfarer at samstundes som pasientane er i krise, opplever dei at helsepersonell ikkje trur på dei. Det er i følgje terapeutane det verste som kan



skje. Dette syner òg Nielsen et al. (2020) og MacDuffie et al. (2020) i sine artiklar. Pasientar med FNS opplever belastning knytt til lidinga, og møtet med helsepersonell forsterkar denne opplevinga. Dei føler seg misforstått, og den psykologiske forklaringa sameinar ikkje med korleis dei opplever plagene (Nielsen et al., 2020). Stigma knytt til FNS, og det at helsepersonell ikkje trur symptoma er «ekte», gjer at pasientane ikkje får hjelpa dei treng (MacDuffie et al., 2020). Nielsen et al. (2015) meiner at ein må anerkjenne symptoma som ekte, og Canna og Seligman (2020) argumenterer for å behandle pasientar i eit intersubjektivt og anerkjennande fellesskap, der pasient og terapeut saman har konstruert ein felles grunn. Terapeutane i min studie er eining i det, og meiner at det er essensielt å få tak i og anerkjenne opplevinga til pasienten. Anerkjenninga handlar ikkje om å vere eining med pasienten, men å ta deira perspektiv og la det vere eit gyldig perspektiv å ha (Schibbye, 2009, s. 256-261). Både pasienten og terapeuten si forståing og oppleving skal få plass, og saman kan dei finne vegen vidare.

Både Ida og Sølvi vart sett, forstått og møtt på det dei trengte i behandlinga. Dei opplevde at terapeuten forstod kva dei trengte og korleis dei hadde det. For Ida var det viktig at det alltid var aksept og forståing for hennar oppleving. På den måten forstod ho at hennar behov og kjensler var gyldige. Pasientane i Ekerholt og Bergland (2004) sin studie opplevde at det å verte trudd, forstått og akseptert var viktig. At terapeutane anerkjente deira symptom og var merksam for kva deira kroppslege uttrykk fortalde. Det gav moglegheiter for forståing og akseptering av symptom, sjølv om det framleis var smertefullt. I den ferske artikkelen til Dragesund og Øien (2021) vert det trekt fram at pasientane opplevde at terapeuten anerkjente deira oppleving og tok omsyn til dei i behandlinga. Dei vart teke i vare. Det var viktig for å skape eit trygt rom for utforsking, som vidare gav auka kontakt med kroppen og kjenslene.

Det kjem fram i resultatet at terapeutane må bruke seg sjølv for å skape tryggleik og føre behandlingsprosessen framover. Dei må gje pasienten tid, vere entusiastisk, ærleg og autentisk, og dei må vere til stade i situasjonen. Mykje av vår kommunikasjon går hurtig og ofte utan at vi er merksam det (Schibbye, 2009, s.

260). Menneske er handlande og meningsberande vesen, der det er ein intensjon bak handling og uttrykk (Thornquist, 2018, s. 194). Merleau-Ponty (2012) skriv at både uttrykket og det uttrykte er synleg i vår kropp; i gestar, ord og mimikk. Vi forstår straks meninga med kroppslege uttrykk, vi treng ikkje å reflektere eller tenke over det (Merleau-Ponty, 2012, s. 191-195). I tråd med kroppsfenomenologisk filosofi og intersubjektivt samspel, forstår vi at vi kommuniserer meir enn vi er klar over, og kor viktig denne kommunikasjonen er. Anerkjennning må vere forankra djupt i oss for å kunne tre fram som ekte og opphavleg (Schibbye, 2009, s. 261). Schibbye (2009, s. 257-260) understrekar viktigheita av å vere i kontakt med seg sjølv for å vere anerkjennande. Jo meir vi er til stade og kjenner til eigne indre prosessar, dess større medvit har vi kring bodskap vi sender til andre. Dragesund og Øien (2018) syner i sin studie at ved å vere i kontakt med seg sjølv kunne terapeutane i utfordrande situasjonar ha fleire moglegheiter for å handle og bringe terapien vidare. Gjennom den trygge relasjonen og autentisk framferd, kunne terapeutane i min studie stimulere til refleksjon og utforsking av nye rørslemønster.

Sølvi fekk hjelp av den psykomotoriske fysioterapeuten til å finne kroppsleg tryggleik ho kunne vende attende til når den utforskande behandlinga vart for utfordrande. Då kunne ho styre prosessen og kor mykje ho ville «utforske». Sølvi erfarte at ho hadde kjensler og minner ho måtte få tak i, før ho kunne utforske rørsle. I kroppen berer vi med oss erfaringar og opplevingar frå vår livshistorie (Thornquist, 2009, s. 194-196). Dei kjem til uttrykk gjennom vår kroppslege veremåte. Å utforske kroppslege rørsler og uttrykk kan forståast som ein måte å møte våre tidlegare erfaringar, medvitne eller ikkje (Thornquist, 2009, s. 194-196). I følgje Schibbye (2009, s. 262) er tryggleik viktig for å konfrontere truande psykiske prosessar. Terapeuten gav Sølvi den forståinga ho trengte for å finne sin tryggleik. Gjennom å avgrense seg kroppsleg og merke kor nær andre kunne vere, fann Sølvi si grense. Sviland (2016) skildrar ved Rita si historie korleis ho gjennom å ha kontakt med seg sjølv her og no, kan unngå å fortape seg i sansemotorisk utløyste minner (Sviland, 2016; Sviland et al., 2018). Ved å ha ein konkret kroppsleg oppleving i notid, kan Rita skilje mellom her og no, og der og då. Kroppsleg forankring kan tilby ein stabil base pasienten kan finne tryggleik i. Tryggleik er såleis essensielt når pasientar skal tileigne seg nye kroppslege erfaringar gjennom utforsking av rørsle.

Det intersubjektive samspelet er viktig i fysioterapi (Gretland, 2007, s. 171). Det kjem til dømes fram i mitt datamateriale ved at terapeutane gjennom nysgjerrigheit og engasjement freistar å vekke nysgjerrigheit og undring hjå pasienten. Sånn at pasienten kan verte interessert i å utforske eigne vanemønster. Terapeutane meiner det kan vere nyttig å hjelpe pasienten å verte nysgjerrig på symptoma. Å kjenne på og verte kjent med dei, samt reflektere rundt kva dei kan handle om. Fysioterapi er alltid er eit samspel mellom pasient og terapeut, der pasienten sin kropp er i sentrum (Gretland, 2007, s. 171). Dei utforskar saman, deler opplevinga og anerkjenner einannan ved å bygge på den andre sitt bidrag. Dette kroppslege samspelet gjev moglegheita til å oppleve kjensler, meistring og eigenverdi. Ved kroppsleg og verbal dialog kan sjølvforståing og sjølvutvikling oppnåast (Gretland, 2007, s. 176). Ekerholt og Bergland (2006) fann i si studie at pasientane gjennom massasjestimuli og refleksjon rundt opplevingar, kunne få tilgang til, kjenne att og uttrykke eigne kjensler. Noko som både var nyttig i kvardagen, og for å forstå seg sjølv. Det er ei tilnærming til auka kroppskontakt og forståing som vert trekt fram i mitt resultat òg. Gjennom å bruke hendene for å stimulere og språket for å reflektere, kan pasient og terapeut saman ta tak i det konkrete som oppstår her og no. Stern (2007, s. 134-140) skriv om viktigheita av no-augneblinken i eit intersubjektivt perspektiv. Terapeut og pasient opplever ein felles situasjon der dei har ei eiga oppleving av situasjonen, men at opplevingane overlappar og omfattar einannan. Gjennom no-augneblinkane, som er knytt til intersubjektiv bevisstheit, kan pasienten få ei ny oppleving av seg sjølv. Fysioterapeutar ønsker å hjelpe pasienten å rette merksemda mot det som skjer i kroppen, og etterspør korleis pasienten opplever situasjonen som går føre seg (Gretland, 2007, s. 190). For å auke sjølvinnsikt, og få betre moglegheit til å forstå seg sjølv, må merksemda rettast mot kroppsopplevingar i eit emosjonelt og sosialt perspektiv. Ikkje mot kroppen som objekt (Gretland, 2007, s. 114).

For Ida var det viktig at behandlinga hadde utgangspunkt i det som opptok henne og oppstod i situasjonen. Fokuset vekk frå smerte og mot gode kroppslege erfaringar gav positive assosiasjonar. Ho kunne ofte gå frå behandlinga lettare i rørsler og til sinns. Ida fekk tilgang til å merke kva ho trengte, og hjelp til å anerkjenne at ikkje alt

treng vere krevjande og smertefullt. Terapeutane i Ekerholt et al. (2014) si studie opplevde det som nyttig å hjelpe pasientane å merke andre kroppslege opplevingar enn dei negative. På det viset kunne kroppsleg informasjon verte ein positiv ressurs for pasienten. Ida var ikkje alltid mottakeleg for kroppsleg nærvær, eller for å merke sine kjensler. Somme gonger trengte ho noko anna. Det vart ho møtt på.

Terapeutane erfarte at dei måtte møte pasientane på ulike måtar. For å vurdere kva tilnærming som er nyttig, måtte dei vere merksame reaksjonane til pasienten. Eit opphavelig prinsipp i NPMF er å følgje pasienten sine reaksjonar gjennom heile behandlingsprosessen (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 25-30). Ved å vere merksam og følgje pasienten sine reaksjonar, anerkjenner ein pasienten sine kroppslege uttrykk (Gretland, 2007, s. 110). Pasienten vert implisitt med på å avgjere behandlingstilnærminga. Terapeuten sine svar på rørsler kan støtte opp om og formidle anerkjenning av pasienten sine rørsler. På den måten kan terapeuten fremme god sjølvkjensle, utvikling og oppdaging av kroppslege moglegheiter. På same måte kan det å ikkje følge opp rørsleinitiativ medføre stagnasjon (Engelsrud, 1990, s. 257-259; Gretland, 2007, s. 108). Det same skildrar Stern (2007, s. 179) kan skje i psykoterapi om ein ikkje kan handle føremålstenleg i kritiske no-augneblink, kan ein misse sjansar til å bringe terapien vidare.

Somme gonger vart symptoma verre ved fokus på kroppslege reaksjonar, pust eller særskilte rørsler. Dette er eit av teikna ein ser hjå pasientar med FNS (Espay et al., 2018). Når fokuset er på ei kroppsleg oppgåve går det i surr, men når fokuset vert retta mot noko anna, er det ikkje problematisk å utføre oppgåva. I slike tilfelle meiner terapeutane i studien min at det er lurt å nytte dei spontane og automatiske rørslemønster. Å nytte aktivitetar med avleia merksemd for å relære rørslemønster er anbefalte tiltak (Nielsen et al., 2015). Forfattarane i studien meiner FNS er innlærte vanemessige rørslemønster med unormal merksemd mot seg sjølv. Når vi engasjerer oss i verda treng vi ikkje ha merksemd mot rørsler eller balanse (Gallagher, 2005, s. 27-30). Kroppsskjema operer prerefleksivt med å oppretthalde vår haldning og å bevege kroppsdelane våre. Leder (1990, s. 73-91) skriv at når vi er involvert i våre omgjevnadar er ikkje kroppen i vår merksemd. Den er *dis-apparent*.

Vårt kroppsskjema sørger likevel for at vi veit kvar armar og bein er, kor mykje kraft vi nyttar og kor hurtig vi skal gjere det vi gjer, alt utan å tenke over det (Gallagher, 2005, s. 27-30). Når vi vert sjuk derimot, vert vi merksame kroppen vår, mot det som ikkje fungerer. Kroppen vert *dys-apparent* (Leder, 1990, s. 73-91). Vårt kroppsbilete; våre oppfatningar, haldningar og forventningar til oss sjølve, påverkar kroppsskjemaet vårt (Gallagher, 2005, s. 27-31). I mi studie kjem det fram at pasienten vert tryggare på kroppen gjennom å meistre spontane og automatiske aktivitetar. Nye kroppslege erfaringar vert inkorporert, og tillit til kroppen endrar pasienten si halding og forventning til eigenkroppen. Når pasientane stolar meir på egne kroppslege evne, kan dei rette merksemda mot kroppslege opplevingar og få auka kroppskontakt.

Gjennom NPMF har både Ida og Sølvi vorte meir merksame sine kroppslege reaksjonar, og dei forstår seg sjølv på ein ny måte. I lys av dette kan dei lytte til sine kroppslege signal, og handle utifrå dei kroppslege signala i kvardagslivet. Det syner Dragesund og Øien (2020) i si studie at pasientar med langvarige muskel- og skjelettplager òg opplever. I frå å sjå kroppen som eit objekt, endra dei seg, og starta gradvis å merke korleis personleg livshistorie, livsstil og plagar heng saman (Dragesund & Øien, 2020). Både Ida og Sølvi erkjenner at dei ikkje tok omsyn til seg sjølv, ein eigenskap som går igjen hjå pasientane i studiar om erfaringar med NPMF (Dragesund & Øien, 2020, 2021; Ekerholt & Bergland, 2004, 2019; Ekerholt et al., 2014). Gjennom behandlinga har dei gjort seg kroppslege erfaringar som gjer at dei i større grad kan merke kroppslege signal. Det gjev dei moglegheita til å handle ut i frå egne behov. Sjølv om dei ikkje alltid vel å følgje sine kroppslege signal, har dei større moglegheit til å ta eit informert val.

## 5.2 Metodediskusjon

### 5.2.1 Refleksivitet

I vitenskapleg kunnskapsutvikling innan hermeneutisk og fenomenologisk tradisjon erkjenner ein forskaren si påverknad av kunnskapsutviklinga (Malterud, 2017, s. 41). Forskaren sin ståstad, faglege interesser, motiv og personlege erfaringar avgjer kva

problemstilling, perspektiv, metodar og utval som er relevant og kva funn som gjev svar til spørsmåla (Malterud, 2001b). For å syne refleksivitet, om studien er utført på ein påliteleg måte, skal forskaren sine val og steg verte gjort greie for, slik at lesaren kan følgje og forstå vala som vert gjort. Gjennom å skildre mi forforståing, syne stega i datainnsamling og analyseprosessen, samt å klargjere for val av teoretiske perspektiv som ligg til grunn for tolkinga, håpar eg å syne refleksivitet.

### 5.2.2 Utvikling av datamaterialet

Utvalet er tett knytt til validitet (Malterud, 2001b). Intern validitet er eit spørsmål om studien undersøker det den skal undersøke, medan ekstern validitet er eit spørsmål om kva kontekst funna kan overførast til.

Føremålet med studien var å utforske erfaringar med NPMF ved FNS. Spørsmål om erfaringar og opplevingar fordrar kvalitativ forskingsmetode (Malterud, 2001a). For å belyse temaet vurderte eg ulike tilnærmingar og kva perspektiv eg skulle velje. Det var mest interessant å inkludere både terapeut- og pasientperspektiv ettersom eg var interessert i breidda i tema og det ikkje har vore belyst tidlegare. Eg vurderte å intervju pasient og terapeut saman. Gjennom eit dyade-intervju kunne eg fått ei djupare forståing i den enkelte behandlingsprosessen og samspelet mellom terapeut og pasient (Polit & Beck, 2017, s. 512). Kombinasjon av intervju og observasjon av behandling kunne vore ei interessant tilnærming, for å sjå kva som faktisk gjekk føre seg i behandlinga.

I utforminga av studien var ønsket å belyse tema gjennom tre individualintervju med pasientar og tre med fysioterapeutar, men eg erkjende at rekrutteringsprosessen kom til å vere avgjerande for val av metode. Eg mistenkte utfordringar knytt til rekruttering av pasientinformantar, noko som vart stadfesta. Av fire pasientar som vart kontakta av fysioterapeuten sin, ønska to å delta. Når det gjeld fysioterapeutinformantane påverka rekrutteringsprosessen val av metode. Sju fysioterapeutar ønska å delta, og dei hadde varierte og ulike erfaringar med tanke på arbeidsstad, erfaring og tilleggsutdanning. Ettersom eg søkte å utforske breidda i

tema, ville det styrke den interne validiteten av studien om eg inkluderte alle. Då intervjuja måtte utførast over videosamtale, vart det føremålstenleg å utføre eit fokusgruppeintervju.

Å nytte individualintervju for å få tak i informantane sine erfaringar tenker eg var føremålstenleg. Då fekk dei ro til å dele sine individuelle erfaringar. Mine to pasientinformantar hadde svært ulike historier og opplevingar, noko som gav eit bilete av ulikskapen som finst hjå pasientgruppa. Ein av pasientinformantane hadde utfordringar med å artikulere seg. Eg måtte stadig kome med oppfølgingsspørsmål og spørje om eg hadde forstått henne korrekt. Det kan vere ein ulempe ettersom mine formuleringar kan få stor plass, noko som kan svekke den interne validiteten av studia. Samstundes var det ein måte å få klargjere om eg hadde forstått hennar oppleving riktig, som kan vere ein dialogisk validering (Malterud, 2017, s. 193). Det andre intervjuet var ei motsetjing. Ho kom med lange svar som gjorde at eg stundom gløymte kva eg hadde spurt om. Det gjorde det utfordrande å summere opp for stadfeste at eg hadde forstått hennar meining. Sjølv om eg noterte ned undervegs kva ho sa, skifta ho raskt retning då ho kom på andre ting ho ville belyse. På mine oppsummeringss spørsmål kom ho med vidare utdjuping og andre perspektiv ho hadde. I følgje Malterud (2017, s. 134) kan det vere nyttig å la informanten kome med slike avsporingar ettersom ny kunnskap ofte finner stad på slike avsporingar.

I fokusgruppeintervjuet nytta eg ein strukturert intervjuguide, noko eg ser kan ha både fordelar og ulemper. Eg sikra at alle fekk kome med sine synspunkt, men eg kan ha missa noko av den spontane interaksjonen som kan oppstå i slike intervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179-180). Eg utførte intervjuet aleine. Det er anbefalt å ha med ein medarbeidar som sekretær, som kan notere hovudmoment frå stemninga, samt andre forhold som ikkje vert tydeleg på lydfila (Malterud, 2017, s. 138). Sidan eg var aleine vart mitt fokus i intervjuet i hovudsak å halde tråden i samtalen og skape ein kontekst der det var greitt å dele sine erfaringar. Likevel er det rimeleg å anta at deltakarane kunne delt anna informasjon i ein meir spontan intervjusituasjon. Å dele gruppa i to kunne vore føremålstenleg. For mi eiga skuld kunne det medført mindre bekymring knytt til tid og rom for alle sine meiningar. Med

færre informantar kunne eg i større grad invitert til meir spontan diskusjon. I tillegg hadde det vore nyttig for å skaffe seg erfaring gjennom eit fokusgruppeintervju før eg utførte neste. I litteraturen er det anbefalt å ha fem til åtte (Malterud, 2017, s. 138) eller seks til ti (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 179) informantar, og eg valde å halde meg til dette.

Konteksten eit intervju skjer er i er avgjerande for kva informasjon ein får, og det er viktig å skape ein situasjon der det kvalitative får ei stemme (Malterud, 2017, s. 134). I intervjusituasjonen er det viktig at informantene kjenner seg trygge og ivareteke for å kome med sine synspunkt, historier og tankar (Creswell & Poth, 2018, s. 160-164). I denne studien vert videosamtale nytta som arena for intervju. For å skape nærleik til informantane hadde eg telefonkontakt med dei på førehand. For somme kan avstanden videosamtalen skapar gjere det trygt å dele. Samstundes kan det at situasjonen vert opplevd som mindre nær, avgrense informasjonen som kjem. Mi oppleving er at intervjusituasjonane gav moglegheita for å dele erfaringar. Likevel er eg klar over at intervjukonteksten ville sett annleis ut om vi hadde vore i same rom. Eg sette av god tid til intervju, og freista å vere open og lyttande. Eg spurte etter eksempel frå praksis, og informantane kom med praksisnære eksempel, noko som er viktig for å fram oppleving og erfaring (Malterud, 2017, s. 134).

### 5.2.3 Analyse av datamaterialet

Malterud (2017, s. 79-81) skriv at det kan vere lurt å omsette frå munnleg til skriftleg språk når ein transkriberer for å sikre at det som vart høyrte er det som vert lest. Eg valde å halde på dialekt og uttrykk, for å halde meg så nær deltakarane sine stemmer som råd. Då eg har både utført, transkribert og analysert intervju, var det for meg nyttig å ha dei språklege framstillingane med meg for å vurdere ulike forståingar av meininga bak.

Eg valde systematisk tekstkondensering, og har belyst at det er nyttig for uerfarne forskarar å ha ein strukturert metode å analyse datamaterialet for å sikre at den vert gjort systematisk. Datamateriale skal analyserast på ein strukturert måte, men det er



samstundes viktig å bevare fleksibilitet og kreativitet (Malterud, 2012). Gjennom den strukturerte metoden vart eg godt kjend med materialet, noko som gjorde meg tryggare på mine val i analyseprosessen. Når ein analyserer aleine, er det nyttig å freiste å sjå ulike perspektiv for å fange opp ulike nyansar av kunnskap (Malterud, 2017, s. 195). Sjølv om eg har søkt ulike forståingar, kan eg ikkje oppdage noko eg ikkje har føresetnad for å oppdage. I løpet av analyseprosessen kom ny forståing av materialet, og eg såg kva for teoretiske perspektiv som kunne belyse funna. Eg hadde på førehand tenkt at kunnskapsgrunnlaget i NPMF og kroppsfenomenologi var relevante perspektiv. Og undervegs oppdaga eg at relasjonsteori hadde stor relevans for funna mine. Ved å sette meg ytterlegare inn i teorien vart forståinga av materiale endra. Ein hermeneutisk spiral oppstod, der mi forståing vart utvida gjennom teori og refleksjon. I tillegg medførte det til at problemstillinga gradvis vaks fram. Mi nye forståing av FNS som fenomen, gjorde at fokuset på funna retta seg meir mot behandlingstilnærminga, og korleis den vart erfart og opplevd, heller enn korleis informantane forstod lidinga.

Datamaterialet bestod av to ulike sett og det var overveldande å analysere dei. Det var særleg utfordrande å gjere ei tverrgåande analyse av dei to pasientintervjua. Dei skildra kvar sin særeigne prosess. Ei narrativ analyse gjev ein langsgåande skildring, i motsetjing til den tverrgåande skildringa i systematisk tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 142). Eg vurderte ei narrativ framstilling, der dei to behandlingsprosessane vart introdusert som eit bakteppe for funna i datamateriale frå terapeutane. Eg jobba grundig og systematisk med materialet, og såg etter kvart system på tvers av datamateriale. Eg valde difor å halde meg til systematisk tekstkondensering.

#### 5.2.4 Overføringsverdi:

Funna i mi studie kan ikkje generaliserast til å gjelde alle pasientar med FNS. I studien har erfaringar med NPMF ved FNS vorte belyst, og mine funn kan vere relevant for fysioterapeutar som møter pasientar med FNS. Terapeutane i studien har erfaring med behandling av denne pasientgruppa, og deira kunnskap kan vere til hjelp for andre terapeutar med mindre erfaring. Dei to pasientane eg intervjuar syna heterogeniteten som finst mellom pasientane med FNS, og underbygger anbefalinga

om individuelt tilpassa behandling. Opplevinga til pasientane i min studie sameinar med dei opplevingane det vert belyst i andre studiar at pasientar har med NPMF. Såleis er det rimeleg å anta at NPMF kan vere ein eigna behandlingstilnærming for pasientar med FNS. Samstundes kjem det fram at det er ein tidkrevjande behandling, noko som vert synleg når ein samanliknar NPMF med andre behandlingstilnærmingar (Dragesund et al., 2020). Czarnecki et al. (2012) synte mellom anna i si studie at ei veke med intervensjon gav gode resultat. Det som kjem fram i studien gjer det likevel interessant å utforske temaet vidare, gjerne med kasusstudiar som følgjer eit behandlingsforløp over tid. Det kan òg vere interessant å undersøke erfaringar frå andre fysioterapeutar for å få innblikk i deira tilnærming.

## 6.0 Oppsummering

Føremålet med denne studien har vore å utforske erfaringar med NPMF ved FNS frå pasientar og terapeutar sine perspektiv. Innleiingsvis presenterte eg problemstillinga som søker å belyse kva NPMF kan tilføre til pasientar med FNS. Det overordna funnet er å forstå seg sjølv og sine symptom gjennom kroppsleg erfaring.

Terapeutane erfarer at pasientane med FNS er i krise, har monalege symptom og lite kontakt med seg sjølv. Dei søker å hjelpe pasientane å forstå seg sjølv og situasjonen sin. Gjennom eit heilskapleg menneskesyn har dei ei grunnleggande kompetanse for å møte pasientane med forståing og anerkjenning. Dei ser symptoma si betyding i livet til pasienten, og hjelper pasienten å forstå samanhengen. Det er språklege utfordringar knytt til dette, og deira inngangsport er i hovudsak gjennom kroppslege erfaringar. Dei ønsker å hjelpe pasienten å verte merksam kva som skjer her og no. Det er ikkje alltid mogeleg eller føremålstenleg. Somme gonger må dei hjelpe pasienten med å få tillit til kroppen gjennom spontane rørsler, før pasienten kan få kontakt med kroppslege reaksjonar. Vidare erfarer dei at tryggleik er essensielt, noko dei kan skape gjennom fellesskap og nærvær. Pasienten si oppleving vert anerkjend, både gjennom å lytte til og anerkjenne det dei fortel, men ikkje minst gjennom å vere sensitiv for pasienten sine kroppslege uttrykk.

Det er grunnlaget for at pasienten kan vere med på utforsking av rørsle og tileigne seg nye kroppslege erfaringar.

Pasientane i min studie opplevde å verte møtt på ein annan måte hjå den psykomotoriske fysioterapeuten. Deira oppleving vart fokusert og anerkjend. Kva erfaring og forventning dei hadde med seg, var avgjerande for korleis dei opplevde behandlinga i starten, og kor lang tid det tok før dei byrja å sjå samanhengen mellom plagene og livet. Gjennom behandlinga fekk dei nye kroppslege erfaringar som gav tryggleik og velbehag. Med tid opplevde begge å få auka kontakt med seg sjølv, samt å forstå seg sjølv og situasjonen sin betre. Sjølv om ingen av dei reknar seg sjølv som heilt friske, opplever dei å i større grad kunne ta omsyn til sine kroppslege signal i kvardagen.

## Litteraturliste

- Ahmad, O. & Ahmad, K. E. (2016). Functional neurological disorders in outpatient practice: An Australian cohort. *Journal of Clinical Neuroscience*, 28, 93-96.  
<https://doi.org/10.1016/j.jocn.2015.11.020>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. utg.). American Psychiatric Publishing.
- Aybek, S. & Vuilleumier, P. (2016). Imaging studies of functional neurologic disorders. *Handbook of clinical neurology*, 139, 73-83. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00007-2>
- Bader, C. (2020). *Erfaringer fra norsk psykomotorisk fysioterapi ved behandling av psykogene ikke-epileptiske anfall* [Masteroppgåve, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://hdl.handle.net/10037/19635>
- Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar: Fenomenologi från Husserl til Merleau-Ponty* (3. rev. uppl. utg.). Daidalos.
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4), e1723. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Binzer, M., Andersen, P. M. & Kullgren, G. (1997). Clinical characteristics of patients with motor disability due to conversion disorder: A prospective control group study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 63(1), 83-88.
- Blakemore, R. L., Sinanaj, I., Galli, S., Aybek, S. & Vuilleumier, P. (2016). Aversive stimuli exacerbate defensive motor behaviour in motor conversion disorder. *Neuropsychologia*, 93(Pt A), 229-241.  
<https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2016.11.005>
- Breitve, M. H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 75(12), 19-26.

- Breitve, M. H., Hynninen, M. J. & Kvåle, A. (2010). The effect of psychomotor physical therapy on subjective health complaints and psychological symptoms. *Physiotherapy Research International*, 15(4), 212-221. <https://doi.org/10.1002/pri.462>
- Brodal, P. (2007). *Sentralnervesystemet* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2014). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: Teori og helsefremmende behandling* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Bülow-Hansen, A. (1982). Psykomotorisk fysioterapi. I B. H. Bunkan, L. Radøy & E. Thornquist (Red.), *Psykomotorisk behandling: Festskrift til Aadel Bülow-Hansen* (s. 15-21). Universitetsforlaget.
- Canna, M. & Seligman, R. (2020). Dealing with the unknown: Functional neurological disorder (FND) and the conversion of cultural meaning. *Social Science & Medicine*, 246, 112725. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112725>
- Carson, A. & Lehn, A. (2016). Epidemiology. *Handbook of Clinical Neurology*, 139, 47-60. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00005-9>
- Carson, A., Stone, J., Hibberd, C., Murray, G., Duncan, R., Coleman, R., Warlow, C., Roberts, R., Pelosi, A. & Cavanagh, J. (2011). Disability, distress and unemployment in neurology outpatients with symptoms' unexplained by organic disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 82(7), 810-813. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2010.220640>
- Creswell, J. W. & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches* (4. utg.). Sage.
- Czarnecki, K., Thompson, J. M., Seime, R., Geda, Y. E., Duffy, J. R. & Ahlskog, J. E. (2012). Functional movement disorders: successful treatment with a physical therapy rehabilitation protocol. *Parkinsonism & related disorders*, 18(3), 247-251. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2011.10.011>
- Dalocchio, C., Tinazzi, M., Bombieri, F., Arnó, N. & Erro, R. (2016). Cognitive behavioural therapy and adjunctive physical activity for functional movement disorders

(Conversion Disorder). *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(6), 381-383.  
<https://doi.org/10.1159/000446660>

Damasio, A. R. (2002). *Følelsen av hva som skjer: Kroppens og emosjonenes betydning for bevisstheten* (K. A. Lie, Oms.). Pax. (Opphavsleg utgjeve i 1999).

Ding, J. M. & Kanaan, R. A. (2016). What should we say to patients with unexplained neurological symptoms? How explanation affects offence. *Journal of psychosomatic research*, 91, 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.10.012>

Dragesund, T., Nilsen, R. M. & Kvåle, A. (2020). Norwegian Psychomotor Physiotherapy versus Cognitive Patient Education and active physiotherapy: A randomized controlled trial. *Physiotherapy Research International*, 26(2), e1891.  
<https://doi.org/10.1002/pri.1891>

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>

Dragesund, T. & Øien, A. M. (2018). Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(9), 1-10. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1463327>

Dragesund, T. & Øien, A. M. (2020). Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1735767.  
<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735767>

Dragesund, T. & Øien, A. M. (2021). Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: Patients' experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*, 1-11.  
<https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>

Edwards, M. J., Stone, J. & Nielsen, G. (2012). Physiotherapists and patients with functional (psychogenic) motor symptoms: A survey of attitudes and interest. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 83(6), 655-658. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2011-302147>

- Eide-Midtsand, N. & Nordanger, D. Ø. (2017). Betydningen av å være trygg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54, 919-926.
- 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. <https://doi.org/10.1080/14034940410029441>
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in physiotherapy*, 8, 137-144.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(1), 57-69. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1433256>
- 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>
- Engelsrud, G. (1990). *Kjærlighet og bevegelse: Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse*. SIFF, Seksjon for helsetjensteforskning.
- Espay, A. J., Aybek, S., Carson, A., Edwards, M. J., Goldstein, L. H., Hallett, M., LaFaver, K., LaFrance, W. C., Jr., Lang, A. E., Nicholson, T., Nielsen, G., Reuber, M., Voon, V., Stone, J. & Morgante, F. (2018). Current concepts in diagnosis and treatment of functional neurological disorders. *JAMA neurology*, 75(9), 1132-1141. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.1264>
- Evans, R. W. & Evans, R. E. (2010). A survey of neurologists on the likeability of headaches and other neurological disorders. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 50(7), 1126-1129. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01708.x>
- Fladby, L. F. (2017). *"Hva er det som skjer med kroppen min? Det er jo absurd!"*: Pasienthistorier om å få, og leve med, en funksjonell nevrologisk lidelse [Masteroppgåve, Universitetet i Oslo]. Duo vitenarkiv. <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-63431>

- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Clarendon Press.
- Gelauff, J., Carson, A., Ludwig, L., Tijssen, M. A. & Stone, J. (2019). The prognosis of functional limb weakness: A 14-year case-control study. *Brain*, *142*(7), 2137-2148. <https://doi.org/10.1093/brain/awz138>
- Gelauff, J., Stone, J., Edwards, M. & Carson, A. (2014). The prognosis of functional (psychogenic) motor symptoms: A systematic review. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *85*(2), 220-226. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-305321>
- Getz, L., Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi: Mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *131*(7), 683-687. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0874>
- Goldstein, L. H. & Mellers, J. D. C. (2016 ). Psychologic treatment of functional neurologic disorders. *Handbook of Clinical Neurology*, *139*, 571-583. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00010-2>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget.
- Gulddal, J. & Møller, M. (1999). Fra filologi til filosofi: Introduktion til den moderne hermeneutikk. I J. Gulddal & M. Møller (Red.), *Hermeneutik: En antologi om forståelse* (s. 9-45). Gyldendal.
- Hallett, M. (2018). The most promising advances in our understanding and treatment of functional (psychogenic) movement disorders. *Parkinsonism & related disorders*, *46*, S80-S82. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2017.07.002>
- Hallett, M., Stone, J. & Carson, A. (2016). *Handbook of clinical neurology*. Elsevier.
- Hutchinson, G. & Linden, S. C. (2021). The challenge of functional neurological disorder: Views of patients, doctors and medical students. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, *16*(2), 123-138. <https://doi.org/10.1108/Jmhtep-06-2020-0036>



- Høgskulen på Vestlandet. (2020, 14. april). *Studentoppgaver og forskningsprosjekter som har personopplysninger: Midlertidige retningslinjer*.  
<https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/studentoppg-og-forsk-m-personoppl.pdf>
- Jordbru, A. A., Smedstad, L. M., Klungøy, O. & Martinsen, E. W. (2014). Psychogenic gait disorder: A randomized controlled trial of physical rehabilitation with one-year follow-up. *Journal of rehabilitation medicine*, 46(2), 181-187.  
<https://doi.org/10.2340/16501977-1246>
- Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2007). Overlast og kompleks sykdom: Et integrert perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127, 3228-3231.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Oms.; 3. utg.). Gyldendal akademisk. (Opphavsleg utgjeve i 2009).
- Kåresen, S. (2016). Psykomotorisk fysioterapi – også på nevrologisk avdeling. I N. Tvedten & A. Ottesen (Red.), *Psykomotorisk fysioterapi: En praksis i bevegelse: Festskrift til Gudrun Øverberg* (s. 82-87). UiT Norges arktiske universitet.  
<https://hdl.handle.net/10037/10217>
- Leder, D. (1990). *The absent body*. University of Chicago Press.
- Leder, D. (1992). A tale of two bodies: The Cartesian corpse and the lived body. I D. Leder (Red.), *The body in medical thought and practice* (s. 17-35). Kluwer.
- MacDuffie, K. E., Grubbs, L., Best, T., LaRoche, S., Mildon, B., Myers, L., Stafford, E. & Rommelfanger, K. S. (2020). Stigma and functional neurological disorder: A research agenda targeting the clinical encounter. *CNS Spectrums*, 1-6.  
<https://doi.org/10.1017/S1092852920002084>
- Malterud, K. (2001a). The art and science of clinical knowledge: Evidence beyond measures and numbers. *The Lancet*, 358(9279), 397-400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05548-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05548-9)
- Malterud, K. (2001b). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian journal of public health*, 40(8), 795-805.  
<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi* (B. Nake, Oms.). Pax. (Opphavelag utgjeve i 1945).
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception* (D. A. Landes, T. Carman & C. Lefort, Oms.). Routledge. (Opphavelag utgjeve i 1945).
- Nielsen, G. (2016). Physical treatment of functional neurologic disorders. *Handbook of Clinical Neurology*, 139, 556-569. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00045-X>
- Nielsen, G., Buszewicz, M., Edwards, M. J. & Stevenson, F. (2020). A qualitative study of the experiences and perceptions of patients with functional motor disorder. *Disability and rehabilitation*, 42(14), 2043-2048.  
<https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1550685>
- Nielsen, G., Buszewicz, M., Stevenson, F., Hunter, R., Holt, K., Dudzic, M., Ricciardi, L., Marsden, J., Joyce, E. & Edwards, M. J. (2017). Randomised feasibility study of physiotherapy for patients with functional motor symptoms. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 88(6), 484-490. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2016-314408>
- Nielsen, G., Stone, J., Buszewicz, M., Carson, A., Goldstein, L. H., Holt, K., Hunter, R., Marsden, J., Marston, L., Noble, H., Reuber, M., Edwards, M. J. & Physio, F. M. D. C. G. (2019). Physio4FMD: Protocol for a multicentre randomised controlled trial of specialist physiotherapy for functional motor disorder. *BMC neurology*, 19(1), 242.  
<https://doi.org/10.1186/s12883-019-1461-9>
- Nielsen, G., Stone, J. & Edwards, M. J. (2013). Physiotherapy for functional (psychogenic) motor symptoms: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 75(2), 93-102. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.05.006>

- Nielsen, G., Stone, J., Matthews, A., Brown, M., Sparkes, C., Farmer, R., Masterton, L., Duncan, L., Winters, A., Daniell, L., Lumsden, C., Carson, A., David, A. S. & Edwards, M. (2015). Physiotherapy for functional motor disorders: A consensus recommendation. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 86(10), 1113-1119. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2014-309255>
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 531-536.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.
- Roelofs, K. & Pasman, J. (2016). Stress, childhood trauma, and cognitive functions in functional neurological disorders. *Handbook of Clinical Neurology*, 139, 139-155. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00013-8>
- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi: Innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*, 70(1), 14-18.
- Sandborg, K. (1982). Holdning og respirasjon. I B. H. Bunkan, L. Radøy & E. Thornquist (Red.), *Psykomotorisk behandling: Festskrift til Aadel Bülow-Hansen* (s. 80-85). Universitetsforlaget.
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner: Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Stern, D. N. (2007). *Her og nå: Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv* (T.-J. Bielenberg & M. T. Roster, Oms.). Abstrakt. (Opphaveleg utgjeve I 2004).
- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. & Tronick, E. Z. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 300-308. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-0355\(199823\)19:3<300::Aid-imhj5>3.0.Co;2-p](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-0355(199823)19:3<300::Aid-imhj5>3.0.Co;2-p)

- Stone, J., Carson, A., Duncan, R., Roberts, R., Warlow, C., Hibberd, C., Coleman, R., Cull, R., Murray, G. & Pelosi, A. (2010). Who is referred to neurology clinics?: The diagnoses made in 3781 new patients. *Clinical neurology and neurosurgery*, 112(9), 747-751.
- Stone, J., Sharpe, M., Rothwell, P. & Warlow, C. (2003). The 12 year prognosis of unilateral functional weakness and sensory disturbance. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 74(5), 591-596. <https://doi.org/10.1136/jnnp.74.5.591>
- Stone, J., Warlow, C. & Sharpe, M. (2010). The symptom of functional weakness: A controlled study of 107 patients. *Brain*, 133(5), 1537-1551. <https://doi.org/10.1093/brain/awq068>
- Sviland, R. (2016). Mellom sansning og forståelse: Tydingens betydning i psykomotorisk fysioterapi IN. Tvedten & A. Ottesen (Red.), *Psykomotorisk fysioterapi: En praksis i bevegelse: Festskrift til Gudrun Øvreberg* (s. 139-149). UiT Norges Arktiske Universitet. <https://hdl.handle.net/10037/10217>
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: Narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 609-624. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9562-0>
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2018). Towards living within my body and accepting the past: A case study of embodied narrative identity. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(3), 363-374. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9809-7>
- 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>
- Sørbo, J. I. (2007). Reparasjon eller kommunikasjon: Pasient og behandlar i filosofisk perspektiv. I K. Heggen & T.-J. Ekeland (Red.), *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (s. 53-63). Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlaget.
- Trimble, M. & Reynolds, E. H. (2016). A brief history of hysteria: From the ancient to the modern. *Handbook of Clinical Neurology*, 139, 3-10. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801772-2.00001-1>
- Voon, V., Brezing, C., Gallea, C., Ameli, R., Roelofs, K., LaFrance Jr, W. C. & Hallett, M. (2010). Emotional stimuli and motor conversion disorder. *Brain*, 133(5), 1526-1536. <https://doi.org/10.1093/brain/awq054>
- World Health Organization. (2020). *ICD-11: International Classification of Disease for Mortality and Morbidity*. World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1069443471>
- Zahavi, D. (2003). *Husserl's phenomenology*. Stanford University Press.
- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S. & Steihaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge: Changing processes for patients with chronic pain. *Advances in physiotherapy*, 11(3), 121-129. <https://doi.org/10.1080/14038190802315073>
- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S. & Råheim, 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>
- Øvreberg, G. & Andersen, T. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi: Et kildeskrift fra Aadel Bülow-Hansens praksis* (2. utg.). Berit lanssen.

## Vedlegg 1: Intervjuguide individualintervju pasient

### Intervjuguide

**Hensikten med prosjektet:** Å utvikle erfaringskunnskap om psykomotorisk fysioterapi som behandling for funksjonelle nevrologiske symptom ved å få innblikk i kva erfaringar som eksisterer med psykomotorisk behandling ved funksjonelle nevrologiske symptom.

**Problemstilling:** Kva erfaringar og opplevingar har pasientar og fysioterapeutar med psykomotorisk fysioterapi som del av behandlinga av funksjonelle nevrologiske symptom?

**Innleiing:** Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og lagra på forskningsserveren som nevnt i samtykkeskjema. Før eg setter på båndopptakaren vil eg stille nokre bakgrunnsspørsmål som eg noterer svara på slik at ikkje dei kan knyttast til ditt intervju utan koblingsnøkkelen. Dette vil ta ca 3 minutter. Deretter vil eg starte bandopptakaren og spørre etter informasjon rundt dine plager – korleis dei først oppstod og har utvikla seg, det vil ta ca 10 minutter.

Resten av tida vil eg bruke til det viktigaste for oppgåve; å intervju deg om dine opplevelser og erfaringer med behandling. Du må gjerne komme med eksempel, men eg håper vi kan holde oss til tema ettersom eg har en del spørsmål vi skal gjennom og eg ikkje vil ta for mykje av din tid. Høres dette greitt ut?

### Oppvarming:

Kor gammal er du?

Alder:

Kjønn:

Kan du fortelle kort om din livssituasjon (jobb, familie, fritid)?

Familiesituasjon:

Jobbsituasjon:

Fritid:

Landsdel/by:

**Med diktafon:**

Kva helseproblemer gjekk du i behandling for?

Korleis oppstod dei?

Korleis utvikla dei seg?

Hva gjorde for å søke hjelp/bli bedre?

Hvilken utredning og behandling gjennomgikk du?

Korleis var din funksjon då du starta i psykomotorisk behandling?

Korleis hadde det seg at det var psykomotorisk behandling du starta i?

Kor lenge gjekk du i behandling/har gått i behandling?

Kor ofte går/gjekk du i behandling?

Går du fremdeles i behandling?

**Hovedspørsmål:**

**Kva erfaringar har du gjort deg med psykomotorisk fysioterapi som behandling?**

*Har eg forstått deg rett:*

**Kva opplevde du under behandling?**

*Har eg forstått deg rett:*

**Kva har psykomotorisk fysioterapi tilført din kvardag?**

Kva har du lært?

Kva har du teke med deg?

Kva har du erfart?

Har du konkrete eksempel på dette?

*Har eg forstått deg rett:*

**Kva har i behandlinga har vore viktig for deg?**

*Har eg forstått deg rett:*

**Kva har vore utfordrande i behandlinga?**

*Har eg forstått deg rett:*

**Korleis opplevde du behandlingssituasjonen?**

Relasjon?

Teraeuten?

Atmosfære/miljøet/konteksten?

*Har eg forstått deg rett:*

**Korleis opplevde du behandlinga?**

Berøring?

Øvingar?

Eige ansvar?

*Har eg forstått deg rett:*

**Kva er annleis med psykomotorisk fysioterapi samanlikna med anna behandling du har vore borte i?**

*Har eg forstått deg rett:*

**Korleis er symptoma di no samanlikna med då du starta i behandling? Kva er annleis?**

*Har eg forstått deg rett:*

**Avsluttande spørsmål: Er det noko meir du tenker er relevant for prosjektet som vi ikkje har vore innom?**

**Kan eg kontakte deg igjen om eg ønsker meir informasjon frå deg?**



**Oppfølgingsspørsmål:**

Kan du utdjupe det?

Har du eksempel på dette?

Korleis var det fr deg å oppleve dette?

Kva meiner du med det?

Kva tenker du det handlar om?

Kan du sei noko meir om dette?

Kva skjedde då?

Kva følte du då?

Kva gjorde det med deg?

Gjenta dei viktigaste orda i svaret for vidare refleksjon og bekrefte at eg har forstått rett.

Endra dette seg?

Kan du fortelje meir om....?

Kva vil du trekke fram som...?

På kva måte?

## Vedlegg 2: Intervjuguide individualintervju fysioterapeut

Et eksempel på en pasient med funksjonelle nevrologiske symptom (FNS)

- Korleis ble pasienten kartlagt og undersøkt, kva såg du med tanke på holdningsmønster, bevegelsesmønster, spenningsmønster, pust, kroppsbevissthet og kroppskontakt? og korleis fekk hen diagnosen?

- Kva behandling fikk pasienten, kordan brukte deg selv, hender, virkemidler, språk, utstyr, og lignende i behandling? Og hva skjedde i behandling - korleis reagerte pasienten?

Avslutningsvis, kva tenker du om FNS? Når kan vi sei at ein pasient har FNS? Og korleis forklare kva FNS er til pasienten?

## Vedlegg 3: Intervjuguide fokusgruppeintervju

Hei igjen!

Eg har laga ein struktur for gjennomføring av fokusgruppeintervjuet og ser at det blir knapt med to timer, og håper de har høve til å sette av 2,5 timer i staden for (155 min). Dersom du MÅ forlate samtalen tidlegare er det heilt greitt om du gjer dette utan å avbryte den som snakkar. Gje meg gjerne ein tilbakemelding på det dersom du må avslutte tidlegare. For at vi skal kome gjennom intervjuguiden og få fram erfaringane dykkar har eg laga køyrereglar.

### Introduksjon:

Presentere deg sjølv kort med namn og arbeidsstad. Rekkefølge:

### Spørsmål 1

- Vert stilt av meg: **Kva er dine erfaringar med funksjonelle neurologiske symptom? Kva handlar det om? Kva funn ser du med tanke på spennings-, haldnings- og bevegelsesmønster, pust, kroppsbevissthet og kroppskontakt?**
- Dykk svarar ein og ein på spørsmål 1 i rekkefølge: Det er satt av 5 minutt til kvar. Eg held tida og viser eit ark (med namn på neste person) opp når det er 1 minutt att. Eg held eit raudt ark når tida går ut og de skal byte. Du må ikkje bruke all tida som er satt av. Eventuell ekstra tid går inn i kommentarrunden sjå punkt under.
- Dykk får 2 minutt til å tenke, forberede og notere ned eventuelle kommentarar eller refleksjonar (klargjere, utdjupe, svare på, spørje om etc).
- Det er satt av 10-12 min med kommentarar, ca 2 min per person dersom alle har noko å seie. Kommentarrunden går motsett veg Det er lov å la sin tur passere om du har sagt det du ønsker. Det er òg greitt å stille eit spørsmål som ein annan kan svare på i “din refleksjonstid”.

### Spørsmål 2

- Vert stilt av meg: **Kva er/var viktig, eller kva er/var fokus når du behandla pasienten med funksjonelle neurologiske symptom? Og kva er/var utfordrande når du behandla pasienten med funksjonelle neurologiske symptom?**
- Dykk svarar ein og ein på spørsmål 2 i rekkefølge: som ved spm.1.
- Dykk får 5 minutt pause til å reise dykk, drikke, bevege på dykk, og tenke, forberede og notere ned eventuelle kommentarar eller refleksjonar (klargjere, utdjupe, svare på, spørje om etc).

- Det er satt av 10-12 min med kommentarar, ca 2 min per person dersom alle har noko å seie. Kommentarrunden går motsett veg: [REDACTED]

### Spørsmål 3:

- Vert stilt av meg: **Kva skjer i behandlinga? Korleis tonar du deg inn til pasienten? Korleis bruker du hender, språk, bevegelse, utstyr, deg sjølv, rommet, stemning, eller andre verkemiddel?**
- Dykk svarar ein og ein på spørsmål 3 i rekkefølge: [REDACTED]. Reglar som ved spm. 1 og 2.
- Dykk får 2 minutt til å tenke, forberede og notere ned eventuelle kommentarar eller refleksjonar (klargjere, utdjupe, svare på, spørje om etc).
- Det er satt av 10-12 min med kommentarar, ca 2 min per person dersom alle har noko å seie. Kommentarrunden går motsett veg [REDACTED]. Reglar som tidlegare.

### Avsluttande spørsmål:

- Vert stilt av meg: **Etter intervju med to pasientar er mitt inntrykk at dei vert meir i kontakt med kjensler, behov og seg sjølv. Og at dei opplever å verte sett, høyrte og forstått av den psykomotoriske fysioterapeuten. Har de nokre tankar kring dette?**  
Eg ønsker ikkje at desse funna skal farge dei andre spørsmåla, og vel difor å avdekke det fullstendig under intervjuet. De svarar på dette om de ønsker. Det er satt av 15 minutt til dette, der rekkefølga [REDACTED] er rettleiande.

## Vedlegg 4: Matrise med utviklinga frå foreløpige tema til resultatkategoriari og subkategoriari

	Terapeutar	Pasientar
Foreløpige tema	Felles forståing Utforsking og nysgjerrig i lag med pasienten Bruke seg sjølv i behandlinga Sjå pasienten Forstå Symptoma Kroppen som inngangsport	Å skildre egne opplevingar Kropsforståing Følelser Forståing og forventning Bli sett Utfordra i behandling Kroppsbevisstheit Grenser
Koder	Kroppen som inngangsport Fellesskap med pasienten Sjå pasienten	Å lytte til seg sjølv Forståinga Å skildre kroppsopplevinga
Koder 2	Funksjonelle nevrologiske symptom i eit psykomotorisk perspektiv Å skap eit trygt rom for utforsking gjennom fellesskap Å vinne att funksjon	Mine forkunnskapar og forventningar gjorde det utfordrande å kome i gang med behandlinga Den psykomotoriske fysioterapeuten møtte meg på ein annan måte Eg forstår meg sjølv på ein ny
Koder 3	Sjå samanheng mellom plagene og livet Vere ein alliert Kontakt med seg sjølv	Å forstå seg sjølv Fokuset var på meg
Resultatkategoriari	<p>Heilskapleg menneskesyn</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eit kontinuum mellom psykiatri og nevrologi</li> <li>• Heilskapleg undersøking</li> <li>• Symptoma si betydning i livet</li> <li>• Eit anna menneskesyn</li> </ul> <p>Trygg grunn for utforsking</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kroppsleg og verbal kommunikasjon</li> <li>• Fellesskap</li> <li>• Felles grunn</li> <li>• Sett, forstått og møtt</li> </ul> <p>Kontakt med seg sjølv gjennom kroppsleg utforsking</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kroppsleg nærvær</li> <li>• Omvegen til kroppsleg kontakt</li> <li>• Å forstå seg sjølv på ny</li> <li>• Lytte til kroppslege signal</li> </ul>	

## Vedlegg 5: Matrise med eksempel frå analyseprosessen

Subkategori	ME	Kondensat	Analytisk tekst
Å sjå symptoma i samanheng med livet	“Det er ofte veldig sånn klokskap bak disse symptomene. Det som pasientene ofte ser som feil og begrensninger med seg sjølv har hatt en funksjon. Med det mener eg bakteppe (...) Kordan har det vært en ressurs for deg, en overlevelsesressurs?”	Eg tenker på kva funksjon symptoma har. Å sjå dei som ein ressurs i kroppen, at kroppen faktisk har gjort noko for å beskytte seg sjølv. Ein beskyttelsesmekanisme. Eg syns det ligg ein veldig klokskap bak symptoma, det pasienten ser som feil eller begrensning med seg sjølv har hatt ein funksjon. Og å hjelpe pasienten å sjå at det er ein form for overlevelsesressurs som dei trengte då, men kanskje ikkje treng i notida. Her på rehabiliteringssenteret har vi diskutert dette med at symptoma har eller har hatt ein funksjon.	Fleire av terapeutane tenker på kva funksjon symptoma har hatt eller har i livssituasjonen til pasienten, og om pasienten framleis treng den. Dei trekker fram at det er nyttig å sjå symptoma som ein ressurs, at kroppen har gjort noko for å beskytte ein.
	“Eg syns funksjonelle symptom er egentlig et veldig bra ord. Hvilken funksjon har det? Og det å se på det som en ressurs faktisk i kroppen. Kroppen har gjort et eller annet for å, for å endre, for å beskytte seg sjølv. Altså en beskyttelsesmekanisme”		
	“(…) og de, funksjonelle tilstandene har ofte ein funksjon i det å beskytte hennes, eg tenker jeget då, mot en slags bunnløs angstreaksjon. Det at ho kjente på hørselstapet lenge før angsten slo inn”		
	“Men at det er muskulaturen som har passet på da. Ho har lagt seg til noen måter å passe på kroppen sin på som ho har opplevd har vært hensiktsmessig”		
	“(…) det har en funksjon eller har hatt en funksjon. Kanskje de treng å ha den funksjonen fortsatt”		
	“Jeg tenker at det meste av de som kommer inn til meg har jo funksjonelle symptomer på et vis. Ikkje sant stress?”		

## Vedlegg 6: Tilbakemelding frå Regional etisk komité (REK)



<b>Region:</b>	<b>Saksbehandler:</b>	<b>Telefon:</b>	<b>Vår dato:</b>	<b>Vår referanse:</b>
REK sør-øst B	Ingrid Dønåsen	22845523	16.12.2019	64995
			<b>Deres referanse:</b>	

Tove Dragesund

### **64995 Psykomotorisk fysioterapi og funksjonelle neurologiske symptom**

**Forskningsansvarlig:** Høgskulen på Vestlandet

**Søker:** Tove Dragesund

#### **Søkers beskrivelse av formål:**

*Funksjonelle neurologiske symptom defineres som neurologiske symptom uten samtidig neurologiske sykdom eller skade.*

*I psykomotorisk fysioterapi settes kroppslige plager, livs- og sykdomshistorie og følelsesliv i sammenheng, og kroppen som helhet er i fokus.*

*Problemstilling*

*Hvilke erfaringer og opplevelser har pasienter og psykomotoriske fysioterapeuter med psykomotorisk fysioterapi som del av behandlingen av funksjonelle neurologiske symptomer?*

*Metode*

*Et kvalitativt studie med semistrukturerte intervju. 2-3 pasienter og 2-3 fysioterapeuter vil bli intervjuet. Fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse vil kontaktes og også bidra til rekruttering av aktuelle pasienter. Intervjuene vil utføres i 2020. De vil bli tatt opp på lydbånd som lagres på Høgskulen på Vestlandet sin forskingsdatabase. Resultatene vil bli presentert i min masteroppgave våren 2021.*

*Etiske aspekt*

*Prosjektet vil følge etiske retningslinjer for forskning.*

#### **REKs vurdering**

Prosjektet omhandler erfaringer knyttet til psykomotorisk fysioterapi som del av behandling av funksjonelle neurologiske symptomer. I prosjektbeskrivelsen oppgis følgende problemstilling: «*Kva erfaringar og opplevingar har pasientar og psykomotoriske fysioterapeutar med psykomotorisk fysioterapi som del av behandlinga av funksjonelle neurologiske symptom?*».

Komiteen anser ikke at prosjektets formål er å gi ny kunnskap om helse og sykdom som sådan, men om personers forståelse og opplevelse knyttet til en behandling. Prosjektet faller dermed ikke innenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4 bokstav a.

Det kreves ikke forhåndsgodkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Komiteen gjør oppmerksom på at det faktisk er et prosjekt blir vurdert av REK til å være utenfor helseforskningslovens virkeområde ikke er til hinder for at resultater fra prosjektet kan publiseres.

## **Vedtak**

Avvist (utenfor mandat)

Prosjektet faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. §§ 2 og 4 bokstav a. Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Vi gjør samtidig oppmerksom på at etter ny personopplysningslov må det også foreligge et behandlingsgrunnlag etter personvernforordningen. Det må forankres i egen institusjon.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Ragnhild Emblem  
Professor, dr. med.  
Leder REK sør-øst B

Ingrid Dønåsen  
Rådgiver

Kopi sendes: Høgskulen på Vestlandet

## **Klageadgang**

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.



## Vedlegg 7: Meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD)

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

### **NSD sin vurdering**

#### **Prosjekttittel**

Masterprosjekt - Psykomotorisk fysioterapi ved funksjonelle nevrologiske symptom

#### **Referansenummer**

265857

#### **Registrert**

24.01.2020 av Renathe Iren Sperrevik - 134394@stud.hvl.no

#### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse og funksjon

#### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Tove Dragesund, tove.dragesund@hvl.no, tlf: 4755587039

#### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

#### **Kontaktinformasjon, student**

Renathe Iren Sperrevik, risperrevik@gmail.com, tlf: 92855391

#### **Prosjektperiode**

01.01.2020 - 31.08.2021

#### **Status**

02.10.2020 - Vurdert

### **Vurdering (2)**

---

**02.10.2020 - Vurdert**

NSD har vurdert endringene registrert 30.9.20.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 2.10.20. Behandlingen kan fortsette.

Endringene innebærer bruk av gruppeintervju som metode for intervjuer av fysioterapeuter, at signerte samtykker oversendes over e-post grunnet koronautbruddet og at Skype skal benyttes til intervjuer i stedet for intervjuer ansikt til ansikt.

NSD legger til grunn at bruk av databehandler (Skype) er avklart med institusjonen og at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

### **13.02.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 13.2.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Det ene utvalget ditt (Fysioterapeuter) har taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkelt personer eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon.

Prosjektet er vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i vedtak av 16.12.2019, deres referanse 64995. REK vurderer at studien faller utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html) Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.8.2021.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7,

ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

12.1 og art. 13.

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om

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

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 8: Informert samtykkeerklæring for pasientar

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### **”Erfaringer med psykomotorisk fysioterapi som behandling av funksjonelle nevrologiske symptom”?**

Dette er en invitasjon til deg som kan og ønsker å bidra som informant i dette forskningsprosjektet. Prosjektet har som hensikt å utforske erfaringer og opplevelser med psykomotorisk fysioterapi som behandling ved funksjonelle nevrologiske symptom. Invitasjonen er til deg som har mottatt og erfart slik behandling. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette prosjektet blir utført i forbindelse med masterutdanning i klinisk fysioterapi med fordypning i psykiske og psykosomatiske helseproblemer ved Høgskulen på Vestlandet (HVL). Prosjektansvarlig og veileder er Tove Dragesund og prosjektmedarbeider og masterstudent er Renathe Sperrevik. Problemstillingen som skal besvares i oppgaven er: «hvilke erfaringer og opplevelser har pasienter og psykomotoriske fysioterapeuter med psykomotorisk fysioterapi som behandling ved funksjonelle nevrologiske symptom?»

Formålet er å undersøke hvilken erfaringskunnskap pasienter og fysioterapeuter har med psykomotorisk fysioterapi som behandling ved funksjonelle nevrologiske symptom. Funksjonelle nevrologiske symptom er kroppslige plager som ikke har en påvist organisk sykdom eller skade som bakenforliggende årsak. En del pasienter blir henvist til psykomotorisk fysioterapi for å få hjelp til sine kroppslige plager. Ved hjelp av psykomotorisk fysioterapi ønsker fysioterapeuten blant annet å endre et uhensiktsmessig bevegelsesmønster og spenningsmønster. Gjennom å intervju pasienter og fysioterapeuter med aktuelle erfaringer ønsker vi å samle inn tilstrekkelig med data for å presentere erfaringskunnskapen i en masteroppgave.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig institusjon for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta ettersom du har mottatt og erfart psykomotorisk behandling forbindelse med dine plager. Jeg har sendt forespørsel til fysioterapeuter med spesialisering innen psykomotorisk fysioterapi og som har erfaring med behandling ved funksjonelle nevrologiske symptom. En av disse fysioterapeutene videreformidler informasjon til deg. Vi ønsker erfaringer fra mennesker som har mottatt og erfart psykomotorisk fysioterapi i forbindelse med sine funksjonelle nevrologiske symptom. Det er helt frivillig for deg å delta.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Å delta i prosjektet som informant innebærer et intervju med prosjektmedarbeider Renathe Sperrevik. Intervjuet vil ta omtrent en time og bli utført når og hvor det passer for deg. Under intervjuet blir du spurt om dine erfaringer med psykomotorisk fysioterapi som behandling. Vi ønsker at du kommer med eksempler og utdyper dine erfaringer mest mulig. Jeg vil innhente og registrere opplysninger om deg. Det er snakk om informasjon om alder, kjønn, hvilken landsdel du bor i, når du fikk behandling, hvor lenge du gikk i behandling, samt hvordan dette eventuelt har påvirket hverdagen din i dag. Intervjuet blir tatt opp på bånd, og transkribert. Datamaterialet vil bli lagret ved HVL sin forskningsserver og anonymisert gjennom en koblingsnøkkel. Prosjektleder og prosjektmedarbeider vil ha tilgang til datamateriale. Valget om å delta i prosjektet skal ikke ha noe å si for din oppfølging eller behandling fra fysioterapeuten din nå eller i fremtiden. Jeg vil også intervju psykomotoriske fysioterapeuter for å belyse tema fra flere perspektiver.

### **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 personopplysninger om deg vil bli slettet og opplysningene du har formidlet vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du ønsker å delta, trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Renathe Sperrevik, [risperrevik@gmail.com](mailto:risperrevik@gmail.com).

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opptakene fra intervjuet og anonymisert transkripsjon vil lagres på HVL sin forskningsserver hvor prosjektansvarlig og prosjektmedarbeider vil ha tilgang til datamaterialet. Utskrift av anonymisert transkripsjon vil oppbevares av prosjektmedarbeider for å bearbeide og analysere datamaterialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Koblingsnøkkelen er det bare prosjektleder og prosjektmedarbeider som har tilgang til. Prosjektmedarbeider, Renathe Sperrevik, skal samle inn, bearbeide, lagre og slette data. Prosjektansvarlig, Tove Dragesund, vil ha tilgang til datamaterialet og veilede ved analyse og bearbeiding av datamaterialet. Ingen vil kunne kjenne deg igjen i publikasjonen. Dine erfaringer og opplevelser vil bli presentert anonymisert og som en del av resultatet.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes august 2021. Opplysningene om deg vil slettes når prosjektet avsluttes.

## **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 Høgskulen på Vestlandet (HVL) 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:

HVL ved prosjektansvarlig, Tove Dragesund, [tove.dragesund@hvl.no](mailto:tove.dragesund@hvl.no), Renathe Sperrevik, [risperrevik@gmail.com](mailto:risperrevik@gmail.com).

Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen, [personvernombud@hvl.no](mailto:personvernombud@hvl.no)

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

Med vennlig hilsen

Tove Dragesund  
Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

Renathe Sperrevik  
Prosjektmedarbeider  
(Masterstudent)

---

### **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: «Erfaringer med psykomotorisk fysioterapi som behandling ved funksjonelle nevrologiske symptom», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju, at opplysninger lagres som beskrevet og brukes anonymisert ved publisering av prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. august 2021.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 9: Informert samtykkeerklæring fysioterapeutar

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

### **”Erfaringer med psykomotorisk fysioterapi som behandling av funksjonelle nevrologiske symptom”?**

Dette er en invitasjon til deg som kan og ønsker å bidra som informant i dette forskningsprosjektet. Prosjektet har som hensikt å utforske erfaringer og opplevelser med psykomotorisk fysioterapi som behandling ved funksjonelle nevrologiske symptom. Invitasjonen er til deg som er spesialist i psykomotorisk fysioterapi, og har behandlet mennesker med funksjonelle nevrologiske symptom med psykomotorisk fysioterapi. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette prosjektet blir utført i forbindelse med masterutdanning i klinisk fysioterapi med fordypning i psykiske og psykosomatiske helseproblemer ved Høgskulen på Vestlandet (HVL). Prosjektansvarlig og veileder er Tove Dragesund og prosjektmedarbeider og masterstudent er Renathe Sperrevik. Problemstillingen som skal besvares i oppgaven er: «hvilke erfaringer og opplevelser har pasienter og psykomotoriske fysioterapeuter med psykomotorisk fysioterapi som behandling ved funksjonelle nevrologiske symptom?»

Formålet er å undersøke hvilken erfaringskunnskap pasienter og fysioterapeuter har med psykomotorisk fysioterapi som behandling ved funksjonelle nevrologiske symptom. Funksjonelle nevrologiske symptom er kroppslige plager som ikke har en organisk sykdom eller skade som bakenforliggende årsak. En del pasienter blir henvist til psykomotorisk fysioterapi for å få hjelp til sine kroppslige plager. Ved hjelp av psykomotorisk fysioterapi ønsker fysioterapeuten blant annet å endre et uhensiktsmessig bevegelsesmønster og spenningsmønster. Gjennom å intervju pasienter og fysioterapeuter med aktuelle erfaringer ønsker vi å samle inn tilstrekkelig med data for å presentere erfaringskunnskapen i en masteroppgave.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig institusjon for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**



Du får spørsmål om deltakelse i prosjektet fordi du er spesialist i psykomotorisk fysioterapi og har erfaring med behandling av pasienter med funksjonelle nevrologiske symptomer. Via NFF sine nettsider har jeg funnet epostadresser til aktuelle informanter, i tillegg til at jeg via helsepersonell som jobber med funksjonelle nevrologiske symptomer har fått kontaktinformasjonen til aktuelle informanter.

Jeg ønsker å inkludere fysioterapeuter med spesialisering innen psykomotorisk fysioterapi som også har erfaring med behandling ved funksjonelle nevrologiske symptom. Dersom du kjenner eller vet om andre aktuelle informanter er jeg takknemlig om du videreformidler denne invitasjonen. Jeg ønsker også at du formidler informasjon til aktuelle pasienter om å delta dersom de har funksjonelle nevrologiske symptom og har mottatt psykomotorisk fysioterapi som del av behandlingen (se egen invitasjon for pasienter).

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

- Å delta i prosjektet innebærer
- Enten å delta i et semistrukturert dybdeintervju ledet av prosjektmedarbeider Renathe Sperrevik. Dette vil vare i omtrent 30 minutter timer og skje via skype 11. november 2020, klokken 12.00.
- Eller å delta i et fokusgruppeintervju ledet prosjektmedarbeider Renathe Sperrevik. Dette vil vare i omtrent to timer og skje via skype 5. november 2020, klokken 13.00.
- Under intervjuet vil du bli spurt om dine erfaringer med psykomotorisk fysioterapi ved funksjonelle nevrologiske symptom. Jeg ønsker at du kommer med eksempler og utdyper dine erfaringer mest mulig. Dette uten å bryte taushetsplikten ved å oppgi taushetsbelagte opplysninger, eller opplysninger som kan identifisere pasienter.
- Jeg vil innhente og registrere opplysninger om deg. Informasjon om alder, erfaring som psykomotorisk fysioterapeut og hvor i landet du jobber. Intervjuet blir tatt opp på bånd, og transkribert. Datamaterialet vil bli lagret ved HVL sin forskningsserver og anonymisert gjennom en koblingsnøkkel. Prosjektleder og prosjektmedarbeider vil ha tilgang til datamateriale.
- Jeg vil også intervju pasienter for å belyse tema fra flere perspektiver. I tillegg til at jeg vil utføre et fokusgruppeintervju med 6 fysioterapeuter med psykomotorisk kompetanse.

### **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 personopplysninger om deg vil bli slettet og opplysningene du har formidlet blir anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du ønsker å delta, trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Renathe Sperrevik, risperrevik@gmail.com.

### **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.

- Opptakene fra intervjuet og anonymisert transkripsjon vil lagres på HVL sin forskningsserver hvor prosjektansvarlig og prosjektmedarbeider vil ha tilgang til datamaterialet. Utskrift av anonymisert transkripsjon vil oppbevares av prosjektmedarbeider for å bearbeide og analysere datamaterialet.
- Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Koblingsnøkkelen er det bare prosjektleder og prosjektmedarbeider som har tilgang til.
- Prosjektmedarbeider, Renathe Sperrevik, skal samle inn, bearbeide, lagre og slette data.
- Prosjektansvarlig, Tove Dragesund, vil ha tilgang til datamaterialet og veilede ved analyse og bearbeiding av datamaterialet.
- Ingen vil kunne kjenne deg igjen i publikasjonen. Dine erfaringer og opplevelser vil bli presentert anonymisert og som en del av resultatet.

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes august 2021. Opplysningene om deg vil slettes når prosjektet avsluttes.

### **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 Høgskulen på Vestlandet 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:

- HVL ved prosjektansvarlig, Tove Dragesund, [tove.dragesund@hvl.no](mailto:tove.dragesund@hvl.no), Renathe Sperrevik, [risperrevik@gmail.com](mailto:risperrevik@gmail.com).

- Vårt personvernombud: Trine Anikken Larsen, personvernombud@hvl.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Tove  
Dragesund

Prosjektansvarlig

(Forsker/veileder)

Renathe Sperrevik

Prosjektmedarbeider

(Masterstudent)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet: «Erfaringer med psykomotorisk fysioterapi som behandling ved funksjonelle nevrologiske symptom», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju, at opplysninger lagres som beskrevet og brukes anonymisert ved publisering av prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. august 2021.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)