



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.: 410

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 18998

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: 1
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



MASTEROPPGAVE

Tid og bevegelse: Narrativ analyse av samhandling i
psykomotorisk fysioterapi

Time and movement: Narrative analysis of interaction in
psychomotor physiotherapy

Elisabeth Grimsgaard

Master i klinisk fysioterapi: Psykiske og psykosomatiske helseproblem
Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse og funksjon

Veileder: Randi Sviland

Innleveringsdato: 15.05.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Prosjektets formål er økt innsikt i hvordan psykomotoriske fysioterapeuter kan hjelpe mennesker som har opplevd belastende livshendelser. Det tar utgangspunkt i fortelling som en måte å forstå fortiden, finne mening i pågående situasjoner, og som formende for fremtidig handling. Prosjektet utforsker hvordan et felles narrativ kan utvikles gjennom en psykomotorisk behandlingsprosess, og ser nærmere på hvordan kroppslige og muntlige fortellinger kan bidra til ny forståelse av fortid, nåtid og fremtid. Prosjektet er forankret i teoretiske perspektiver på sammenhenger mellom livshistorie og kropp, innsikter fra psykomotorisk fysioterapi, fenomenologi og dialektisk relasjonsteori, samt narrative perspektiver på tid, intersubjektivitet og identitet. En kvalitativ forskningstilnærming er benyttet, og studien føyer seg inn i en fenomenologisk-hermeneutisk forskningstradisjon. Prosjektet er sentrert omkring en enkeltstående behandlingsprosess, og kan beskrives som en langsgående casestudie med en narrativ tilnærming.

Datamateriale er innhentet gjennom observasjon og dyadisk dybdeintervju av fysioterapeut og pasient i samspill med hverandre. Materiale utviklet fra dybdeintervjuet har vært utgangspunkt for en narrativ analyse, inspirert av Ricoeurs trefoldige mimesis. En tidslinje er utformet gjennom å sette sammen de to informantenes retrospektive erfaringsbeskrivelser i en utviklingsammenheng. En helhetlig og meningsbærende fortelling om informantenes behandlingsprosess er analysert frem på grunnlag av tidslinjen. Fortellingen innledes fra informantenes første møte, og følger utviklingen i behandlingsprosessen deres over et år.

Fortellingen belyser hvordan samhandlingen i psykomotorisk fysioterapibehandling gir mulighet for intersubjektiv meningsdannelse, og ny selvforståelse. Kroppslig handling og samhandling, anerkjennelse og meningsskapende dialog driver frem utvikling i behandlingsprosessen, og varsomhet fremtrer som et avgjørende element. En bevegelse fra tilbakeholdelse til selvutfoldelse, fra omsorg til egenomsorg, og mot økt selvstendighet preger hendelsesforløpet som beskrives. Fortiden og fremtiden flettes inn i handlingsforløpet på ulike måter, og behandlingsforløpet kan beskrives som en bevegelse gjennom tiden. Nye muligheter for livsutfoldelse skapes gjennom kroppslig og verbal samhandling mellom fysioterapeut og pasient. Min tolkning er at fortellingen fremhever potensialet i det mellommenneskelige aspektet ved samhandling i psykomotorisk fysioterapi.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, narrativ, intersubjektivitet, samhandling, meningsdannelse, klinisk praksis, plott, dyadisk intervju

Summary

The purpose of this project is to increase insight into how psychomotor physiotherapists can help people with traumatic life experiences. It is based on storytelling as a way of understanding the past, finding meaning in present situations, and as formative for future actions. The project explores how a shared narrative can develop through a psychomotor treatment process, and takes a closer look on how verbal and embodied stories can lead to new understanding of the past, present and future. The project is anchored in theoretical perspectives on how life experiences are inscribed in the body, theoretical insights from psychomotor physiotherapy, phenomenology, and dialectic relation theory, and narrative perspectives on time, intersubjectivity and identity. A qualitative research method has been used, and the study is rooted in a phenomenological-hermeneutical research tradition. The project is centered around a single treatment process, and can be described as a longitudinal case study with a narrative approach.

Data material has been collected through observation and dyadic interview with a physiotherapist and a patient in interaction. Material developed from the interview has been used to perform a narrative analysis, inspired by the threefold mimesis by Ricoeur. By combining the two informants expressions and descriptions of past experience in a temporal order, a timeline has taken form. Through analysis, a coherent and meaningful narrative about their treatment process has been configured. The narrative begins when the two informants first meet, and it follows the development of their treatment process for a year. The story of this treatment process illustrates how interaction in psychomotor physiotherapy treatment offers possibilities for intersubjective meaning making, and new understanding of self. Embodied action and interaction, recognition, and meaningful dialogue lead to progress in the treatment process, and caution emerges as a crucial element. A movement from self-restraint to self-expression, from care to self-care, and towards increased independence, characterizes the course of events described. The past and the future are intertwined in the narrative in different ways, and the treatment process can be described as a movement through time. New possibilities for unfolding life emerges through impressions created by embodied and verbal interaction between physiotherapist and patient. My interpretation is that the story highlights the potential of the interpersonal aspect of interaction in psychomotor physiotherapy.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, narrative, meaning making, interaction, intersubjectivity, clinical practice, emplotment, dyadic interview

Forord

Mange beskriver det å produsere en masteroppgave som et krevende og langvarig prosjekt, noe det selvfølgelig er. Likevel har jeg først og fremst opplevd det som enormt givende å få muligheten til å fordype meg i faglig refleksjon gjennom dette arbeidet. Nå som prosjektet er ferdig, er det flere som fortjener en takk.

Takk til min mann Øyvind, og vår datter Luna. Kombinasjonen av å være masterstudent og å bli mor for første gang har medført noen utfordringer, og mye glede. Takk til min nærmeste familie for all tålmodighet og støtte gjennom studietiden.

Dette prosjektet utforsker et psykomotorisk behandlingsforløp. Jeg ønsker å uttrykke min dypeste takknemlighet ovenfor de to personene som har stilt som informanter til prosjektet, og med sin åpenhet gitt meg innsikt i en spennende og engasjerende behandlingsprosess.

En spesielt stor takk til min masterveileder Randi Sviland, for motiverende samtaler og inspirerende tekster. Sammen med Tove Dragesund har hun gjort et overveldende arbeid i å drive frem masterstudiet jeg nå fullfører. De er noen av mange kunnskapsrike personer innen det psykomotoriske fagfeltet, som har produsert innsiktsfull litteratur jeg har latt meg inspirere av. Jeg er takknemlig ovenfor alle disse skarpsindige menneskene, hvis navn fremkommer av referanselisten.

Jeg ser nå frem til å tre inn i dette faglige fellesskapet, med et stort engasjement for psykomotorisk fysioterapi.

Bergen, 2021

Elisabeth Grimsgaard

INNHALDSFORTEGNELSE

1. Bakgrunn	7
1.1. Hensikt og problemstilling	9
2. Oppgavens disposisjon	10
3. Teoretiske perspektiver	11
3.1. Sammenhenger mellom livsbelastninger og helseproblemer.	11
3.2. Norsk psykomotorisk fysioterapi.....	12
3.3. Et kroppsfenomenologisk perspektiv	14
3.4. Intersubjektivitet	16
3.4.1 Dialektisk relasjonsforståelse og intersubjektiv deling	17
3.5. Livet og fortellingen – narrativ grunnforståelse.....	17
3.5.1. Narrativ tid.....	18
3.5.2. Narrativ tenkning i klinisk praksis	19
3.5.3. Narrativ identitet	21
4. Metodologi, forskningstilnærming og materiale	24
4.1. Vitenskapsteoretisk forståelsesramme	24
4.1.1. Narrativ tilnærming i forskning	24
4.2. Forskningsdesign	24
4.2.1. Observasjon	25
4.2.2. Dyadisk intervju.....	27
4.2.3. Relasjon mellom informantene	29
4.3. Utvalg	30
4.3.1. Å forske i eget felt	30
4.4. Ethiske vurderinger	31
5. Analyse	32
5.1. Fra tale og handling til tekst	33
5.2. Den mimetiske diskusjonen.....	35
5.3. Den trefoldige mimesis	36
6. Resultat	38
6.1. Astrid og Sara: En fortelling om et psykomotorisk behandlingsforløp	39
6.1.1. Begynnelsen - «Her kjenner jeg meg trygg».....	39
6.1.2. «Varsomheten har stor verdi».....	40
6.1.3. «Jeg følte meg fanget i min egen kropp»	40
6.1.4. «Utrolig at kroppen min ikke falt sammen»	41
6.1.5. «Historien knyttet seg til den kroppslige opplevelsen»	42
6.1.6. Veien videre: «Hun trenger å stå trygt på beina sine»	43
7. Drøfting	43
7.1. «Her kjenner jeg meg trygg»: Felles utforskning i meningsskapende dialog.....	43
7.2. «Varsomheten har stor verdi»: Oppdagelser gjennom kroppslig handling og samhandling	44
7.3. «Jeg følte meg fanget i min egen kropp»: Fra tilbakeholdelse til selvutfoldelse.....	45

7.4.	<i>«Utrolig at kroppen min ikke falt sammen»: Fra omsorg til egenomsorg.....</i>	48
7.5.	<i>«Historien knyttet seg til den kroppslige opplevelsen»: Fortiden kommer til uttrykk i nåtid.....</i>	50
7.6.	<i>«Hun trenger å stå trygt på beina sine»: Økt selvstendighet - i kroppen og i livet</i>	52
7.7.	<i>Avsluttende analytiske refleksjoner</i>	53
8.	Metodiske refleksjoner	55
	Referanseliste.....	57
	Vedlegg 1: Intervjuguide	60
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema informant 1 (Fysioterapeut).....	61
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema informant 2 (Pasient)	65
	Vedlegg 4: Godkjenning REK.....	69
	Vedlegg 5: Beredskapsplan	71
	Vedlegg 6: Vurdering NSD.....	72
	Figur 1: «Tidslinje»	75

1. Bakgrunn

Dette prosjektet hadde sitt utgangspunkt i et ønske om å utvide forståelsen av hvordan psykomotorisk fysioterapi kan bidra til å hjelpe mennesker som har opplevd livsbelastninger, traumer og kriser. De siste årene har det fremkommet en økende mengde kunnskap om sammenhenger mellom belastninger i livet og sykdomsutvikling. Studier har vist sammenheng mellom belastende livserfaringer og økt forekomst av en rekke helseproblemer som omfatter blant annet kreft, hjertesykdom, kronisk smerte, depresjon og andre psykiske symptomer senere i livet (Anstorp & Benum, 2014, s. 21; Bell, Schjødt & Paulsberg, 2000; Dube et al., 2009; Kirkengen & Næss, 2015). Det er teoretisk belegg for å anta at samtlige av kroppens organ- og signalsystemer kan skades av belastende livsbetingelser, og det er empirisk belegg for å slå fast at traumatiske livserfaringer kan føre til biologisk dysfunksjon, sykdom og tidlig død (Gretland, 2007, s. 77; Kirkengen & Næss, 2015). Uten å greie ut om de menneskelige og økonomiske omkostningene dette innebærer for den enkelte og for samfunnet, kan en slå fast at de er betydelige.

Det er god grunn til å tro at alle fysioterapeuter treffer mange pasienter som har opplevd belastende livshendelser og traumatiske opplevelser av ulik art. Traumatiske livserfaringer som eksempelvis mobbing, flukt, vold, og seksuelle overgrep er utbredt i befolkningen, og det er høyere forekomst av helseplager blant mennesker som har slike erfaringer. Fysioterapeuter og annet helsepersonell møter mange pasienter som har opplevd slike hendelser - enten man er klar over det eller ikke. Studier gjennomført på voksne personer i Norge som har opplevd seksuelle overgrep som barn viser at svært mange overgrep aldri anmeldes, og at det gjennomsnittlig tar 17 år før ofrene står frem med sine historier (Steine et al., 2016). Vi må derfor ta innover oss at det finnes svært mange mennesker i Norge som bærer på vanskelige livserfaringer, også uten å dele dem med helsevesenet.

En grunntanke i psykomotorisk fysioterapi er at vi bærer med oss våre erfaringer videre i livet. Dette inkluderer våre relasjonelle erfaringer. Blikket som har sett oss, hendene som har berørt oss, og tonen i stemmene som har pratet til oss - erfaringene blir en del av kroppens tause kunnskap. Gjennom min kliniske erfaring som psykomotorisk fysioterapeut har jeg sett hvordan voldsomme inntrykk kan bli til språkløse uttrykk, i form av tilsynelatende uforklarlige kroppslige symptomer. I narrativ tenkning kan slike kroppslige uttrykk forstås som meningsfulle budskap, som kroppslige fortellinger. Gjennom fortolkning av fortellinger

av kroppslig og verbal art, kan det uforståelige bli forståelig, og pasient og terapeut kan finne ny mening.

Et overordnet spørsmål i dette prosjektet er hva som utspiller seg i behandlingsprosesser i norsk psykomotorisk fysioterapi. I utgangspunktet var det tiltenkt å vektlegge traumeteori og traumeerfaringer hos pasienter i psykomotorisk behandling i større grad, men min interesse for betydningen av fortelling som meningsdannelse har blitt vekket underveis i arbeidet. Fortellingen har dermed kommet i forgrunnen. Jeg har hatt fokus på fortellinger i utfoldelse, samt muntlige fortellinger fra pasient og fysioterapeut i samspill for å utforske dette spørsmålet. Prosjektet har en narrativ tilnærming, og skriver seg i så måte inn i en voksende forskningstradisjon innen medisin og helsevitenskap som utforsker sykdoms- og bedringsprosesser over tid (Charon, 2006; Josselson, 2011; Mattingly & Garro, 2000; Polkinghorne, 1988; Watson, 2007).

Det finnes en begrenset mengde narrativ forskning i fysioterapi, og det som finnes er i hovedsak knyttet til det psykomotoriske fagfeltet (Ahlsen, Bondevik, Mengshoel & Solbrække, 2014; Ahlsen, Mengshoel, Bondevik & Engebretsen, 2017; Ahlsen, Mengshoel & Solbrække, 2012; Øien, Iversen & Stensland, 2007; Sviland, Martinsen & Råheim, 2018; Sviland, Råheim & Martinsen, 2012; Westgaard, 2020). Pasientenes livsfortellinger har en naturlig plass i denne tilnærmingen, som vektlegger pasientens livserfaringer i undersøkelse og behandling. Å være i kroppslig balanse kan i et psykomotorisk perspektiv ikke forstås uavhengig av personens aktuelle livssituasjon og tidligere erfaringer (Thornquist, 2006). Det fremheves at utgangspunktet for å kunne hjelpe er anerkjennelse og innsikt i den virkeligheten pasienten opplever. Fortelling er en kilde til innsikt i pasientens livsverden, og kan bidra til å skape en felles kommunikativ grunn som gir forutsetninger for handlingsgrunnlaget i et psykomotorisk behandlingsforløp.

Mye av den narrative forskningen som er utført på feltet har fokusert på pasienters sykdomsfortellinger. Terapeutens bidrag i utviklingen av narrativ i behandlingsprosesser har blitt løftet frem i mindre grad. Da jeg startet arbeidet med prosjektet i 2019 fant jeg ingen masterprosjekter innen fysioterapi som benyttet et narrativt teorigrunnlag eller tematiserte fortelling i klinisk praksis. Mot slutten av arbeidet mitt ble jeg derimot gjort oppmerksom på at det nylig var publisert en masteroppgave om fortelling i et klinisk møte i psykomotorisk fysioterapi (Westgaard, 2020). Oppgaven rettet oppmerksomheten mot samhandlingens

betingelser og betydning for pasientens fortelling. Det ble åpenbart at jeg ikke var den eneste masterstudenten innen fysioterapi som anså fortellinger i klinisk praksis som et spennende tema.

I dette prosjektet har jeg valgt å fokusere på hvordan narrativ sammenheng kan utvikles, gjennom samhandling mellom fysioterapeut og pasient. Jeg har utforsket om tenkning om meningsdannelse gjennom samskapning av narrativ kan gi økt innsikt i behandlingsprosesser i norsk psykomotorisk fysioterapi. Det er gjort et metodisk valg om å sentrere prosjektet omkring en enkeltstående behandlingsprosess, for å gå i dybden på et komplekst og sammensatt fenomen. Gjennom å analysere en fysioterapeut og en pasient sine retrospektive erfaringsbeskrivelser, har jeg utformet en fortelling om et behandlingsforløp som utspiller seg over tid. Prosjektet kan dermed beskrives som en langsgående casestudie med en narrativ tilnærming.

Denne oppgaven utforsker fortelling som en måte å tenke gjennom fortiden, skape mening om pågående situasjoner, og som formende for fremtidig handling. Narrativ former handling, på samme måte som handling former fortellinger. Gjennom et narrativt perspektiv utforskes den psykomotoriske behandlingsprosessen som et sosialt og personlig drama, som utfolder seg som en bevegelse gjennom tiden.

1.1. Hensikt og problemstilling

Hensikten med prosjektet har vært å utforske samhandlingen mellom fysioterapeut og pasient i norsk psykomotorisk fysioterapi, gjennom å utforme en fortelling om en behandlingsprosess. Oppmerksomheten rettes mot fortelling i kliniske samhandlingssituasjoner, med mål om å utvide forståelsen av meningsdannelse i psykomotoriske behandlingsprosesser.

En bakenforliggende tanke har som nevnt vært å utforske hvordan psykomotoriske fysioterapeuter kan hjelpe pasienter som har opplevd livsbelastninger, kriser og traumer. Med utgangspunkt i et syn på mennesker som kroppslig erfarende og uttrykksfulle sosiale subjekter, er ambisjonen å bidra med praksisnær innsikt om hva som utspiller seg i psykomotoriske behandlingsprosesser. Prosjektet belyser erfaringer hos både fysioterapeut og pasient gjennom en narrativ tilnærming.

Følgende forskningsspørsmål er utformet:

- *Hvilken meningsbærende fortelling om en behandlingsprosess kan analyseres frem på grunnlag av en fysioterapeut og en pasient sine uttrykk og retrospektive erfaringsbeskrivelser?*
- *Hvordan kan denne fortellingen bidra til å utvikle innsikt i intersubjektive prosesser som foregår i psykomotorisk fysioterapibehandling?*

2. Oppgavens disposisjon

I kapittel tre gjør jeg rede for prosjektets teoretiske forankring. Samspillet mellom kropp, erfaring og mening utdypes gjennom teoretiske perspektiver fra norsk psykomotorisk fysioterapi og kroppsfenomenologi. Videre presenteres intersubjektivitetsbegrepet med vekt på en fenomenologisk forståelse av begrepet. En dialektisk relasjonsforståelse legges frem for å utdype det gjensidige samspillet som utspiller seg i terapeutiske prosesser. Teori vedrørende narrativ grunntenkning presenteres deretter under følgende tema: narrativ tid, narrativ i klinisk praksis, og narrativ identitetsforståelse.

Kapittel fire tar for seg metode og materiale. Jeg starter med å gjøre rede for den vitenskapsteoretiske forståelsen som ligger til grunn for prosjektet, før jeg utdyper metodologi og forskningsdesign. De metodiske overveielserne som er gjort knyttes til de teoretiske perspektivene som ligger til grunn for oppgaven. Forskningsprosessen gjøres tilgjengelig for innsyn og utforskning, ved at fremgangsmåten som er valgt beskrives og begrunnes. Deretter løftes etiske vurderinger frem.

I kapittel fem vil jeg tydeliggjøre den analytiske prosessen ved å beskrive tilnærmingen som er benyttet. Jeg gjør kort rede for den mimetiske diskusjonen, og Ricoeur sin utlegning av den trefoldige mimesis som har vært inspirasjon for det analytiske arbeidet.

I kapittel seks presenteres resultatet, i form av en fortelling som belyser behandlingsprosessen. Fortellingen innledes fra informantene møtes for første gang, og følger

utviklingen i behandlingsforløpet inntil tidspunktet hvor data ble innhentet omtrent et år senere.

I kapittel syv drøftes resultatet i lys av prosjektets teoretiske perspektiver, før analytiske og metodologiske refleksjoner utdypes avslutningsvis.

3. Teoretiske perspektiver

Kunnskap er alltid utviklet ut fra en spesifikk sammenheng som bestemmes av forskerens perspektiver og blikk. Vi nærmer oss alltid verden fra en bestemt erfarings- og kunnskapsbakgrunn som former hva vi ser og oppfatter (Thornquist, 2018, s. 76). En viktig erkjennelse fra fenomenologisk og hermeneutisk hold er at man aldri kan redegjøre for sin forforståelse fullt og helt, men ved å redegjøre for valg og bruk av teoretiske perspektiver vil jeg forsøke å tilkjenne noe av min egen kunnskap og teoretiske forståelse. På den måten kan andre forstå forutsetningene for tolkninger og konklusjoner i oppgaven.

3.1. Sammenhenger mellom livsbelastninger og helseproblemer.

Det finnes store mengder forskning og teori vedrørende sammenhenger mellom belastende livshendelser og helseproblemer som er relevant å trekke frem. Et eksempel på empirisk dokumentasjon som synliggjør en slik sammenheng er en omfattende studie kalt Adverse Childhood Experience Study (Felitti et al., 1998). I denne studien fylte 18 000 voksne amerikanske personer ut spørreskjema vedrørende erfaringer med ulike former for mishandling og misbruk, samt dysfunksjonelle familieforhold som voldelig atferd, mental sykdom, kriminell atferd og samlivskonflikter før fylte 18 år. Resultatene dokumenterer sterk sammenheng mellom belastende opplevelser i barndom og forekomst av helseproblemer som bl.a. hjertesykdom, kreft og lungesykdom (Dube et al., 2009). I tillegg til dette kommer utvikling av depresjon, rusmisbruk og andre psykologiske symptomer i voksen alder (Anstorp & Benum, 2014, s. 21; Dube et al., 2009). Mulige forklaringsmodeller strekker seg fra nevroimmunoendokrinologi til cellebiologi og allostasesystemet (Kirkengen & Næss, 2015). Nyere stressforskning viser hvordan ulike kroppssystemer inngår i interagerende nettverk som påvirkes av omgivelsene, samt den enkeltes opplevelse og tolkning av sin egen situasjon (Kirkengen & Ulvestad, 2007; Thornquist, 2009a, s. 213) Langvarige belastninger trettet ut

kroppens tilpasningsevne, hvilket kan bidra til utvikling av sykdom i mange former (Thornquist & Kirkengen, 2020).

Kirkengen og Næss (2015) påpeker at den biomedisinske forståelsesrammen av sykdom er problematisk og utilstrekkelig i forståelse og behandling av helseplager som følge av krenkelseserfaringer. Det fremheves at eksistensielle erfaringer som vold, overgrep, omsorgssvikt, flukt og fornedrelse kan forstås og håndteres bedre om en sikter mot en bredere vitenskapsteoretisk forståelsesramme som også inkluderer kunnskap fra filosofi, humaniora og samfunnsvitenskap. Voksende dokumentasjon fra hele det omfattende, flerfaglige kunnskapsfeltet som utforsker sammenhenger mellom menneskers livserfaring og helse, støtter stadig mer en generell erkjennelse av at all erfaring påvirker kroppens funksjoner via både fysiologiske prosesser, handlings- og reaksjonsmønstre (Thornquist & Kirkengen, 2020, s. 124). På samme måte som menneskelig erfaring er sammensatt, er slike prosesser aldri enkle og skjematisk, men komplekse og formet av erfaringens spesielle kontekst. Dette prosjektet sikter ikke mot å klargjøre komplekse sammenhenger mellom livshistorie og sykehistorie, men forsøker å utfordre reduksjonistiske og forenklete perspektiver på helseproblemer. Min teoretiske forankring vektlegger samspillet mellom kropp, erfaring og mening slik det trer frem i teoretiske perspektiver fra norsk psykomotorisk fysioterapi og kroppsfenomenologi.

3.2. Norsk psykomotorisk fysioterapi

Jeg vil nå gjøre kort rede for bakgrunn og grunnprinsipper i norsk psykomotorisk fysioterapi. Målet med denne fremstillingen er ikke å gi et uttømmende bilde, men å tydeliggjøre noen av de teoretiske perspektivene som ligger til grunn for den aktuelle behandlingstradisjonen, og forståelsen den bygger på.

Fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen utviklet grunnlaget for norsk psykomotorisk fysioterapi i samarbeid med psykiater Trygve Braatøy i årene 1947 – 1953 (Øvreberg & Andersen, 2016). Øvreberg og Andersen (2016, s. 28) beskriver norsk psykomotorisk fysioterapi på denne måten:

«(...) metoden¹ går ut på å hjelpe pasienten ut fra det som er spent og smertefullt og inn i bevegelser som gir mindre plager. Det fører til at vedkommende puster friere, strekker seg mer, og slipper seg mer. Når en slipper mer slipper en både mere fra seg og mere til seg. Det ideelle er å strekke seg ut av den smerten og angsten en utsettes for i stedet for å krype inn og holde seg til den. Slik kan behandlingen være en hjelp til selvhjelp.»

En grunntanke ved tilnærmingen er at det er tett sammenheng mellom spenning i muskulaturen og respirasjonens funksjon. Undersøkelse og behandling tar utgangspunkt i symptomene som pasienten presenterer der og da, og foregår gjennom tett samarbeid mellom fysioterapeut og pasient. Hovedtrekk ved tilnærmingen som beskrevet av Øvreberg og Andersen (2016, s. 25) innebærer at kroppsbevegelse og respirasjon observeres når fysioterapeuten gjennomfører massasjereg og pasienten utfører bevegelser. Når behandlingen lykkes svarer pasientens kropp på grep og bevegelse med en hensiktsmessig omstilling av respirasjonen. Gjennom denne endringen skjer det samtidig en omstilling av spenningen i muskulaturen, og økt kroppsfornemmelse hos pasienten. Tilnærmingen er utviklet over mange år, og er bygget på systematiserte praktiske erfaringer (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 17).

Psykomotorisk fysioterapi beskrives som en mer dyptgripende og helhetlig behandling enn alminnelig fysioterapi, som følge av at det skjer en respirasjonsomstilling og holdningsendring i behandlingen (Øvreberg & Andersen, 2016, s. 26). Behandlingen er en omfattende omstillingsprosess som tar tid, og krever pasientens delaktighet i samarbeidet. Pasienten gir hele tiden tilbakemelding på hva fysioterapeuten gjør, i form av både muntlige svar, spontane utbrudd, emosjonelle og kroppslige reaksjoner, og endringer i respirasjonen vurderes som særlig viktig. Fysioterapeuten må være årvåken og sensitiv for gjensvaret fra pasienten, og det fremheves at behandlingen er en samhandling mellom fysioterapeut og pasient. Pasientens mulighet for omstilling og å gi slipp, henger sammen med fysioterapeutens opptreden (Øvreberg & Andersen, s. 29).

¹ Det har vært en diskusjon innad i fagmiljøet om psykomotorisk fysioterapi kan kalles en metode, eller bedre beskrives som en tilnærming. Øvreberg og Andersen (2016) benytter ordet metode, og ordene brukes om hverandre i min tekst på bakgrunn av at jeg refererer til dem

I psykomotorisk fysioterapi står kroppen i sentrum for undersøkelse og behandling. Braatøy var opptatt av at både fysisk og emosjonell belastning preget kroppen, og norsk psykomotorisk fysioterapi hevdes å være en av de første behandlingene innen fysioterapi som tok konsekvensen av sammenhengen mellom kropp, følelser og sosialt miljø (Bunkan, 2001). Braatøy fremhevet kroppens flertydighet og påpekte at dersom man ser kroppen *bare* som biologi forsømmer en det personlige og sosiale, men ser vi kroppen *bare* som uttrykksfelt kan man komme til å se alle forhold som meningsbærende, og glemme at kroppen også er en naturlig organisme med sin egen biologikk (Braatøy, 1947 i Gretland, 2007, s. 87). Et av Braatøy sine bidrag til en teoretisk grunnforståelse i psykomotorisk fysioterapi, er en forståelse av at emosjoner er kroppslig forankret. Forståelsen bygger på en tenkning om at menneskekroppen påvirkes av inntrykk, og at livserfaringer former individer og deres liv. Braatøy beskrev den muskulære siden ved affekt-regulering som dynamikken mellom holdning og bevegelse, og mente at nervøse lidelser kan utvikles når krenkelser av ulik art fører til forskyvning i denne reguleringsmekanismen (Sviland, Råheim & Martinsen, 2010). Han innførte blant annet begrepet baklåsfenomen. Baklåsfenomenet er et uttrykk for at tilbakeholdelse av reaksjoner fra tidligere sterke hendelser låses fast i muskulær konflikt, og hemmer individets sosiale tilpasning (Sviland et al., 2010). Braatøy beskrev muskulære belastninger som vevd sammen med fysiske, sosiale og følelsesmessige belastninger, og bevissthet som kroppslig forankret (Sviland, Råheim & Martinsen, 2009). En tenkning om kroppen som uttrykksfelt og bærer av vår historie er sentral i psykomotorisk fysioterapi, noe som bringer meg videre til kroppsfenomenologi og narrativ tenkning.

3.3. Et kroppsfenomenologisk perspektiv

Ulike perspektiv er styrende for hva som vektlegges i kliniske møter mellom fysioterapeuter og deres pasienter. Forestillingen om en dualisme som skiller mellom kropp og sjel, psyke og soma, er fremdeles gjeldende i dag. Denne tenkemåten er nedfelt i både språket vi bruker og samfunnets organisasjoner, og videreføres gjennom institusjonelle og administrative ordninger - og gjennom praksis og tenkemåter som disse ordningene innbyr til (Thornquist, 2009).

Merleau-Pontys fenomenologiske tenkning overskrider den tradisjonelle teoretiske oppdelingen og splittelsen mellom kropp og sjel (Gretland, 2007, s. 32). Merleau-Ponty sitt kroppsfenomenologiske perspektiv understreker at det er en samtidighet mellom kropp og

følelser, og at det uttrykte og uttrykket vanskelig kan skilles (Thorquist, 2018, s. 154). En fenomenologisk tenkning om kropp kaster lys over på hvilken måte livsbetingelser og erfaringer innlemmes i vår kroppsvirkelighet, som mønstre i bevegelser, persepsjon, følelser, og hvordan vi forholder oss til oss selv og omverdenen (Gretland, 2007; Young, 1980). Å forstå kroppen som kroppsliggjort liv gjør levde kropper til meningsfulle, samhandlende individer innenfor de strukturer som utgjør deres levetilsetninger og den menneskelige livsverden (Kirkengen & Næss, 2015, s. 77).

Kirkengen og Næss (2015, s. 70) benytter et kroppsphenomenologisk perspektiv for å belyse traumerfaringer, og hevder at det «fornærmer mennesket i sin væren» å postulere at det finnes «ren» fysisk smerte eller «rene» psykiske traumer. En slik definisjon forutsetter at det finnes traumer som ikke affiserer den krenkedes emosjonelle liv eller selvforståelse, men alle traumatiske påkjenninger involverer hele det erfarende menneske som et kroppslig vesen. Et menneske erfarer livet som et kroppslig, sansende og fornemmende selv, og det finnes ikke en traumatisk erfaring som ikke *skaker* dette menneskets kropp.

Som Kirkengen og Næss (2015, s. 37) beskriver det:

«Begrepet trauma navngir en skakende erfaring. Og det finnes ingen skakende erfaring i et menneskeliv som ikke skaker dette menneskets kropp. Vi kan ikke tenke at vi er skaket. Vi er skaket, til dybden av vår eksistens, til innsiden av våre organer, vev og celler.»

Det fenomenologiske kroppsynet hos Merleau-Ponty innebærer et historisk perspektiv ved at det vi erfarer og gjør blir en del av vår kroppslighet, som former og farger fremtidig persepsjon og handling (Thorquist, 2018, s. 157). Ved å anse kropp som bærer av historie og preget av ens personlige erfaringer, aktualiseres fortiden i nåtiden på et helt konkret kroppslig-sanselig plan (Thorquist, 2018, s. 127). For eksempel kan berøring for enkelte personer bringe frem assosiasjoner til trygge situasjoner og omsorgsfulle personer, men berøring kan også erfares ubehagelig og gi assosiasjoner til utrygge steder og situasjoner, og vekke negative minner fra vonde erfaringer. Kroppslig nærhet og berøring kan aktivisere følelser og minner fra tidligere erfaringer, og personer med traumatiske minner kan være spesielt sårbare (Thorquist, 2009, s. 231).

I et kroppsphenomenologisk perspektiv skaper levde kropper mening, uttrykker mening, og inkarnerer mening, i gjensidig avhengighet av sine omgivelser (Råheim, 2003). Levde

kropper kommuniserer uopphørlig, noe som retter oppmerksomhet mot kroppen som uttrykkfelt og erfaringskilde - og setter søkelys på hvordan samhandling utspiller seg i klinisk praksis.

3.4. Intersubjektivitet

Merleau-Ponty førte subjektivitet tilbake til sammenhengen som den kartesianske refleksjonsfilosofi hadde trukket den bort fra, nemlig den uløselige sammenhengen mellom subjektet og verden (Thornquist, 2018, s. 136). Mennesket er selv en del av verden som kroppslig eksisterende, en deltaker i interaksjon med omgivelsene. Et sentralt moment i Merleau-Pontys forståelse av intersubjektivitet er at kroppen ikke er uttrykksløs. Som Thornquist beskriver (2018, s. 137) er vi mennesker henvist til hverandre gjennom vår kroppslighet. Gjennom kroppen har den enkelte tilgang til verden, samtidig som hver kropp også er en del av verden. Vi ser, og er samtidig synlige. Når objektet er et intensjonalt subjekt som samtidig retter sin intensjonalitet mot det første subjekt, så blir deres intensjonaliteter sammenvevd. I fenomenologi henger forståelsen av intersubjektivitetsbegrepet tett sammen med hva som menes med livsverden – den verden menneskene deler (Thornquist, 2018, s. 112). Begrepet livsverden viser til menneskers erfaringsverden slik vi til daglig erfarer den og gir den mening; en levd, konkret, praktisk og mellommenneskelig verden som vi først og fremst tar for gitt i alle våre aktiviteter (Råheim, 2003). Tenkningen om livsverdenen viser til en dyp samhörighet mellom subjektet og omverdenen, og Merleau-Ponty peker på at som inkarnerte subjekter er vi i og bebor en praktisk og mellommenneskelig verden som er sosial og kulturell.

Subjekt-objekt-tanken er dypt forankret i vår kultur, vår forståelse, og våre vitenskapsidealer (Schibbye 2009; Thornquist, 2018; Thornquist, 2009). Schibbye (2009, s. 33) beskriver hvordan subjekt-objekt-synet kan snike seg inn i terapien på ulike måter. Undersøkelser knyttet til diagnostiske grupperinger, måling av karakteristika, trekk, atferd og lignende belønnes ofte i forskningssammenheng. Videre er ideen om at det finnes en objektiv virkelighet for pasienten, og om at det er terapeutens oppgave å identifisere og tolke denne virkeligheten, basert på et subjekt-objekt syn. Terapeuten er subjektet som handler og vet, og pasienten er objektet som mottar kunnskap. Implisitt ligger en antagelse om at terapeuten kan frembringe «riktig» atferd gjennom påvirkning (Schibbye, 2009, s. 34).

3.4.1 Dialektisk relasjonsforståelse og intersubjektiv deling

Schibbye (2009, s. 37) understreker at individet ikke kan forstås uavhengig av de relasjoner det står i til andre, og viser til Heidegger (1962) som hevdet at det han kalte å-være-i-verden ikke kan skilles fra å-være-med-andre. Det dreier seg om et nærvær til eget selv, og til den andre. Vi kan ikke ta oss selv ut av sammenhengen. Schibbye (2009) presenterer et dialektisk perspektiv på relasjonsforståelse. Dialektikken understreker at individet eksisterer i en nær og gjensidig interaksjon med andre, og betoner det vesentlige i å se den andre innenfor en større sammenheng. Den enes væremåte skaper forutsetning for hvordan den andre svarer og motsatt. Væremåtene henger sammen, viser til hverandre, og skaper hverandres forutsetninger (Schibbye, 2009). Dette har implikasjoner for hvordan vi kan forstå samhandlingen som utspiller seg i terapi - vi observerer alltid den andre i et gjensidig samspill med oss. Fenomener i forhold kan ikke beskrives som kun terapeuten eller pasientens bidrag, men alltid som begge, i sammenheng med hverandre.

Intersubjektiv deling dreier seg om to subjekter som har felles opplevelser, men som samtidig er forskjellige. Å utelate den subjektive opplevelsen hos den andre innebærer å frata individet evne til å ha et syn på seg selv, og en egen indre opplevelsesverden (Bøe & Thomassen, 2017; Schibbye, 2009, s. 36). Alternativet er at partene henvender seg til hverandre som subjekt til et annet subjekt, i gjensidig anerkjennelse. Gjensidig anerkjennelse innebærer at partene er villige til å ta den andres synspunkt og se den andre som subjekt, og ideen om likeverd er sentral (Schibbye, 2009). Partene må ha like stor rett til sin egen opplevelse. Utgangspunktet for å kunne hjelpe beskrives som anerkjennelse og innsikt i den virkeligheten pasienten opplever, og her kommer pasientens fortelling inn i bildet. Fortellingen om det å være syk, konsekvenser og sammenhenger det er forbundet med, er en betydningsfull kilde til innsikt i pasientens livsverden (Råheim, 2003). Dette leder meg videre til narrativ teori.

3.5. Livet og fortellingen – narrativ grunnforståelse

Ordet narrativ er avledet av det latinske ordet «narrare» som betyr å fortelle. Det er vanskelig å definere entydig hva narrativ er, og å skille det fra andre nærliggende begreper som eksempelvis fortelling. Jeg støtter meg til Polkinghorne (1988, s. 13) sin bruk av begrepet; en organiserende struktur formidlet som en fortelling (min oversettelse fra engelsk til norsk).

Å fortelle kan beskrives som en fundamental menneskelig måte å gi mening til erfaring (Mattingly & Garro, 2000). Narrativ grunnforståelse bygger på en antagelse om at mennesker lever og forstår livet sitt i form av fortellinger, gjennom å forbinde hendelser i form av et plott med start-, mellom- og sluttspunkt (Josselson, 2011, s. 224). Fortellingene som mennesker forteller om sine liv representerer deres meningsdannelse; hvordan de forbinder og integrerer kaoset som umiddelbar erfaring utgjør. Når vi forsøker å forstå hvorfor ting skjer sorterer vi handlinger etter tidspunkt, og tar valg vedrørende begynnelser, midtpunkt og slutt, hendelsesforløp og hva som leder til hva, ved å organisere kaotiske hendelser til en helhetlig fortelling (Charon, 2006, s. 7). Hvordan mennesker velger hva de skal fortelle, og hvordan de knytter sammen de ulike delene ved sine erfaringer, er aspekter ved hvordan de strukturerer livserfaring og forstår sitt liv. Mattingly (2000) påpeker at gjennom fortelling kan fortelleren kommunisere hva som er betydningsfullt i livet deres, og man kan få innsikt i hva som står på spill for den enkelte. Gripende fortellinger kan avsløre mer enn hvordan livet rutinemessig oppleves, nemlig hva som gjør livet verdt å leve. Fortelling kan si noe om hva som gir livet mening, hva som er inspirerende, hva som risikeres, og hva som er verdt å kjempe for (Mattingly & Garro, 2000, s. 38). Fortellinger tillater publikum innsikt i den fortalte virkeligheten, og å fortelle en fortelling er en relasjonell handling i den forstand at fortellingen blir fortalt *av noen, til noen*. Fortellinger fortelles i en bestemt situasjon, og av ulike grunner. Med andre ord utformes fortellinger i en gitt situasjon og kontekst, som påvirker fortellingen som fortelles (Sviland et al., 2018).

3.5.1. Narrativ tid

Narrativ kan beskrives som en struktur av mening som organiserer hendelser og menneskelig handling til et hele, og dermed tilskriver betydning til individuelle handlinger og hendelser ut fra hvordan de påvirker helheten. Narrativ er altså en fremstilling av handling som inkluderer en temporal dimensjon, gjennom å organisere en tidslinje (Josselson, 2011; Polkinghorne, 1988). Det organiserende temaet som identifiserer betydningen og rollen til de individuelle hendelsene omtales som et plott. Plottets funksjon er å transformere en opplisting av hendelser til en meningsfull helhet, ved å tydeliggjøre hvordan de enkelte hendelsene har bidratt til utviklingen som fremtrer (Polkinghorne, 1988). Et plott kan flette sammen en komplisert gruppe hendelser til en meningsfull fortelling, og er et uttrykk for narrativ tidsforståelse. En fenomenologisk forståelse av tid setter et radikalt skille mellom levd tid – den umiddelbare erfaring av tid – og objektiv tid – den som kan observeres og måles med

klokke og kalender (Thornquist, 2012, s. 126). Levd tid binder erfaringer sammen, og «nå» oppfattes ikke som en isolert enhet på en tidslinje, men som en integrert del av et kontinuum som omfatter både fortiden og fremtiden. Fortid og fremtid forstås i lys av nåtid, en hendelse oppfattes annerledes i ettertid, og forventninger om fremtiden farges av den nåværende situasjon. Videre vil den nåværende situasjon være preget av fortidens erfaringer og forventninger til fremtiden. Nåtiden kan også vekke minner fra fortiden på en måte som bringer fortiden inn i vår nåværende situasjon.

Ricoeur referert ved Sviland et al. (2018) beskriver at narrativ historisk tid binder sammen den ytre, universelle objektive tid og menneskelig subjektiv tid. Ricoeur fremstiller hvordan opplevd tid er innskrevet i objektiv tid gjennom narrative koblinger som kalendere, generasjoner, og spor (Sviland, 2014, s. 42). Kalenderen knytter den astronomiske tiden og den offentlige tid i et samfunn, og integrerer samfunnet og dets skikker i en kosmisk orden (Ricoeur, 1999, s. 167). Datering gir bemerkelsesverdige øyeblikk en innretning og avstand i forhold til tidsaksen, og kalendertiden foretar i så måte en gjeninnskrivning av den opplevde tid i den kosmiske tid (Ricoeur, 1999, s. 168). En annen kobling kaller Ricoeur generasjonsfølgen, bunnet i den biologiske rytmen hvor de levende stadig erstatter de døde. Generasjonenes individuelle og samtidige eksistens utgjør et holdepunkt for rekken av individuelle og kollektive minner, slik kan jeg huske fra min barndom hvordan min besteforelder delte minner fra sin egen barndom med meg (Ricoeur, 1999, s. 168). På denne måten knyttes opplevd tid og biologisk tid. En tredje kobling mellom opplevd og objektiv tid, er *sporet*. Ricoeur (1999, s. 169) beskriver sporet som restene fra fortiden, en levning som er etterlatt. Det som fremheves som viktig, er sporets dobbelte status som henviser til to ulike tidsregistre. Sporet er nåtidig, det eksisterer nå, men konteksten er i fortiden. Dermed blir sporet noe tilstedeværende som representerer en fraværende fortid, og Ricoeur (1999, s. 169) beskriver dette som sporets gåte. Forståelsen av spor fremstår som av spesiell relevans for psykomotorisk fysioterapi. I psykomotorisk fysioterapi fremheves det at «livet setter kroppslige spor», et uttrykk for en forståelse av kroppen som bærer av liv og historie (Sviland et al., 2012; Thornquist, 2009b). I tråd med en fenomenologisk forståelse blir erfaringer og handlinger ikke bare tanker og minner, men en del av vår kroppslighet – og slikt sett er ikke fortiden forbi.

3.5.2. Narrativ tenkning i klinisk praksis

Å trekke sammenhenger mellom livet og fortellinger har tradisjoner innen psykologi fra blant andre Freud, Stern og Sarbin (Josselson, 2011). Som psykoanalytiker hadde Braatøy inngående kjennskap til Freud, og han fremholdt en psykoanalytisk tenkning som så betydningen av pasientens særegne historie. Han mente at pasientenes fortellinger kunne vise hvilke livsintrykk menneskekroppen har vært utsatt for. I følge Braatøy kunne følelsesreaksjoner og ord, såvel som kroppslige symptomer, forstås som svar på livsintrykk og skjellsettende hendelser (Sviland et al., 2010). Sviland, Råheim og Martinsen (2012) argumenterer for verdien av et narrativt perspektiv i norsk psykomotorisk fysioterapi, og fremhever Mattingly sin utvidelse av narrativ tenkning i klinisk praksis som spesielt relevant.

Mattingly (1998, s.6) sier at noen øyeblikk i terapi er mer fortellende enn andre, og beskriver hvordan klinisk interaksjon noen ganger tar form som «emergent narratives». «Emergent narratives», eller «fortellinger i utfoldelse», omfatter gjerne kvaliteter som improvisasjon, kroppslige budskap, uvisshet, spenning, risiko, overraskelse, følelse av helhet, og fornemmelsen av at noe betydningsfullt er på gang (Øien, 2013). Mattingly (2000) hevder at terapeuter i klinisk praksis er på jakt etter dramatiske plott som kan forvandle smerte, irrelevans, eller kjedelige terapeutiske aktiviteter om til viktige hendelser som er betydningsfulle for pasientens bedring. Terapeuter ønsker at «noe skal skje» i terapi; noe minneverdig, som terapeut og pasient kan huske senere som et transformativt øyeblikk på reisen fra sykdom til bedring. Slike fortellinger og narrative øyeblikk kan skapes i og gjennom handling, og kan beskrives som improvisatoriske og kroppslige fortellinger som meddeles uten tale. Slike øyeblikk finner sted i kliniske narrativ når det står mye på spill (Mattingly, 1998). Fortellinger i utfoldelse kjennetegnes ved at det oppstår en betydningsfull erfaring for deltakerne. Handlingen tar form i begynnelse, midt og slutt, og øyeblikket inntar en dramatisk form preget av spenning, og et flyktig blikk på mulige fremtider som finner sted langt unna dette enkelte kliniske møtet. Da er det avgjørende å finne ut hva som står på spill for den enkelte, og legge til rette for at slike signifikante øyeblikk kan oppstå. Mattingly (1998) vektlegger terapeutens evne til å ta imot og tolke pasientenes fortellinger, og hvordan pasient og terapeut i fellesskap kan utvikle nye og helsefremmende fortellinger gjennom samhandling og samtale. En fortelling er ikke et ferdig produkt man bringer inn i samhandlingen, men kan forstås som en meningsbærende størrelse som utarbeides i et samspill mellom mennesker (Mattingly, 1998; Westgaard, 2020)

Den kliniske hverdagen kan beskrives som et møtepunkt for ulike fortellinger; pasientens fortelling om sykehistorie og symptomer, og behandlerens fortolkning og gjengivelse av den samme fortellingen (Mattingly & Garro, 2000, s. 73; Watson, 2007). Watson (2007) beskriver at i den kliniske hverdagen hvor pasient og behandler møtes, filtreres pasientens fortelling gjennom behandlerens kunnskapsbakgrunn og forståelse, før den omformes til fortelling som uttrykker behandlerens forståelse – ofte i form av en diagnose og en behandlingsplan. På denne måten kan klinisk interaksjon beskrives som en transaksjon mellom forklaringsmodeller. Som helsepersonell lytter vi ikke bare til pasientens historie, men gjør den til vår egen. Watson (2007) beskriver dette som en fortolkende prosess, hvor pasientens fortelling tilpasses helsefaglige rammer. Denne prosessen kan utfordres når helsepersonell og pasient har ulike mål og forskjellig forståelsesbakgrunn. I slike tilfeller finner man ofte ikke et oppriktig felles narrativ. Watson (2007) viser til Kirmayer når hun sier at en gjensidig underkjennelse av den andres forståelse kan føre til at man ikke lykkes i å skape et felles narrativ som kan danne grunnlaget for videre handling. Dersom et felles narrativ er nødvendig for at pasient og behandler kan komme videre i behandlingsprosesser, kan kanskje mangelen på en felles fortelling forklare hvorfor enkelte behandlingsprosesser stopper opp, og samarbeidet ikke fungerer.

Et felles narrativ i klinisk praksis kan beskrives som en delt forståelse av hva som har vært, hvor vi er, og hva som er veien videre. En felles mening og virkelighetsforståelse kan bidra til å gi behandlingen retning og hensikt. Rita Charon (2006, s. 39) foreslår at en narrativ tenkning kan bidra til å bygge bro mellom ulike forståelse, fordi en narrativ tenkning kan gi innsikt i viten og livserfaring som er felles for behandler og pasient. Utforskning av sykehistorie og livshistorie kan gi mulighet for å finne ny mening i livserfaringer, med potensiale for å oppdage nye muligheter for handling. På bakgrunn av denne forståelsen tar et spørsmål form: Kan psykomotoriske behandlingsforløp forstås som en prosess hvor mening skapes gjennom å pusle sammen usammenhengende fragmenter, sanseintrykk og erfaringer til en helhetlig og meningsbærende fortelling?

3.5.3. Narrativ identitet

Hirsch, Mar & Peterson (2013) beskriver personlige narrativ som det høyeste nivået av kognitiv integrasjon, en sammenfatning av den vi er og hvordan vi forstår verden, hvordan vi gir mening til alt hva vi har gjort og erfart. Identitet er med andre ord nært knyttet til

livserfaringer, og hvordan den enkelte forstår og skaper meningssammenheng. Innen narrativ forskning og teori er koblingen mellom identitet og narrativ sentralt, og ulike tradisjoner og fagmiljø vektlegger ulike perspektiver. I min teoretiske forståelsesramme er Ricoeur (1999) en betydningsfull kilde til forståelse av narrativ identitet. Imidlertid har Ricoeur en meget omfattende produksjon av komplekse filosofiske tekster. En inngående forståelse og utredning av hans filosofiske begreper er urealistisk med tanke på prosjektets omfang. Jeg har av den grunn også inkludert hans tenkning om narrativ identitet slik den fremstilles gjennom Sviland (2014) og Mattingly (1998), og knytter med dette Ricoeurs teori til terapeutiske prosesser.

I tråd med Ricoeur (1992) sin narrative tenkning er det gjennom å omforme det som skjer i livet til en forståelig helhet at opplevelsen av å ha en identitet fremtrer. Ricoeur understreker at forutsetningen for all fortelling er at vi handler og samhandler i hverdagen, og former hendelser til sammenhengende plott i dynamisk spenning mellom forklaring og forståelse (Sviland et al., 2018). I denne fortolkende prosessen gjør narrative strukturer fortellingen om oss selv sammenhengende og forståelig, og vever personlige livshendelser inn i en større kontekst (Mattingly, 1998). Måten de ulike hendelsene forbindes i i fortellingens plott, gir karakterene sin identitet (Ricoeur, 1992, s. 147). Denne identiteten er ikke statisk, men i kontinuerlig endring i spenningsfeltet mellom livet som levd, og livet som fortalt (Sviland, 2014, s. 50).

Ricoeur fremhevet menneskelig eksistens som kroppsliggjort, og kroppen som et aspekt ved selvet (Sviland, 2014). En forståelse av at ethvert menneske bærer med seg sin fortid både som kroppssubjekt og kroppobjekt, som seende og synlig for andre, innebærer å erkjenne at kroppslige vaner og væremåter er integrerte aspekter ved en persons identitet (Thornquist, 2018, s. 157). Kroppens stillinger er knyttet til vår fundamentale selvfølelse og selvforståelse, og bestemte kroppsholdninger og bevegelsesmåter er uløselig knyttet til hvem vi er og føler oss som (Thornquist, 2009, s. 228). Sviland (2014, s. 92) beskriver hvordan norsk psykomotorisk fysioterapi utfordrer muskulære spenningsmønstre dannet av tidligere erfaringer, som har blitt vedvarende aspekter ved personens identitet gjennom kroppsholdning, innstilling, og uttrykksmåter. En forestilling om at normer og kultur nedfelles i vår holdningsmuskulatur, kan innebære at forholdet til en selv og andre forandrer seg når holdningen, og dermed forholdet til tyngdekraften endres. Dette kan tyde på at holdningsomstilling kan endre en persons grunnleggende måte å være til på (Sviland,

Martinsen & Råheim, 2007). Gjennom å knytte muskulære spenningsmønstre, pust og bevegelse til en persons grunnleggende måte å være til i verden, kan terapiprosesser i norsk psykomotorisk fysioterapi forstås som involvert i eksistensielle aspekter ved livet. En følge av å anerkjenne at kroppslige tilnærminger kan gripe inn i den andres selvforståelse, er at ansvaret hos fysioterapeuten fremheves (Sviland, 2014; Westgaard, 2020).

Det er intersubjektive sider ved narrativ identitet. Vi er karakterer i andres fortellinger, andre er karakterer i våre fortellinger, andre er fortellere av våre fortellinger, og vi forteller andres fortellinger. Med andre ord er våre narrativ sammenflettet med andre narrativ, og som subjekter er vi karakterer i andres fortellinger. Gjennom samhandling med andre påvirker vi struktur og retning i andres narrativ, og motsatt. Vår narrative identitet er ikke enkelt vår egen - den er sammenflettet med våre relasjoner til andre. Vi kan gjenkjenne oss selv i den andre, eller i noe ved den andre, og samhandling med andre påvirker vår selvforståelse. Vi identifiserer oss med andres verdier, normer og idealer, og andre personer kan bli rollemodeller og helter. Også Braatøy påpekte at ulike funksjoner utvikles i samspill med verden vi lever i, og at bevissthet utvikles i relasjon til andre mennesker (Sviland et al., 2009). Sviland (2014, s. 50) beskriver hvordan effekten av den andre kan inkorporeres i trekk ved selvet, gjennom en evaluerende og internaliserende prosess.

Ricoeur sin teori om narrativ identitet medfører etiske implikasjoner, som indikerer etiske implikasjoner for terapeuter. Dersom holdningsomstilling berører det eksistensielle i menneskers forhold til seg selv og andre, fordrer det en åpenhet og varsomhet i fysioterapeutens holdning (Sviland et. al., 2007). Sviland (2007) viser til Løgstrup når hun peker på det etiske ansvaret som fremheves i livets konkrete situasjoner der et menneske møter et annet. Ved å utlevere seg selv til den andre og stille seg sårbar, legger en noe av sitt liv i den andres hender - i tillitt og forventning om å bli ivaretatt. En iboende side ved møter mellom mennesker er dermed at en har makt over hverandre. Knyttet til denne tillitsfulle utleveringen og makten en får over den andre, springer det ut *en etisk fordring*, et ansvar, et krav, en bønn om at en skal ta vare på den andre (Bøe & Thomassen, 2017, s. 55).

4. Metodologi, forskningstilnærming og materiale

Metodologien i dette prosjektet er tett sammenvevd med de teoretiske perspektivene som ligger til grunn for oppgaven. Dette kapitlet tydeliggjør den vitenskapelige forståelsesrammen og metodiske tilnærmingen for prosjektet. Forskningsprosessen gjøres tilgjengelig for innsyn og utforskning, gjennom beskrivelser og begrunnelser av valgene som er gjort.

4.1. Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming med forankring i en fenomenologisk-hermeneutisk forskningstradisjon. Kvalitativ forskning søker å forstå menneskers opplevelses og meningsverden (Thornquist, 2018, s. 244). Både fenomenologi og hermeneutikk utfordrer en tenkning om at vitenskap gjennom objektiv distanse kan avdekke og etablere en objektiv og universell presis kunnskap om virkeligheten (Bøe & Thomassen, 2017, s. 76). Vitenskap, kunnskap om verden, vil i følge fenomenologien og hermeneutikken alltid måtte inkludere hensyn til hvordan verden viser seg for oss gjennom opplevelsen. Vi forstår verden gjennom de forståelseshorizontene som er tilgjengelige for oss.

4.1.1. Narrativ tilnærming i forskning

Jeg har valgt å benytte meg av en narrativ tilnærming for å utforske forskningsspørsmålet. Narrative tilnærminger i forskning har sine røtter i hermeneutikk, fenomenologi, etnografi og litterær analyse. Innen psykologi, etnografi og antropologi er det lange tradisjoner for å benytte narrative tilnærminger i forskning (Josselson, 2011). Narrativ forskning bygger på en epistemologisk grunnleggende antagelse om at sannheten er flerfoldig og kontekstuell, og støtter seg til filosofiske grunntanker fra blant andre Ricoeur, Heidegger, Husserl, Dilthey, Wittgenstein, Bakhtin, og Gadamer. Tilnærmingen unngår standardisert metodologi, og gjør heller det som er nødvendig for å forstå levd erfaring hos mennesker i form av deres egen meningsdannelse, og å teoretisere over det på innsiktsfulle måter (Josselson, 2011, s. 225). En narrativ tilnærming anses som særlig relevant innen helsefag fordi det fremhever den subjektive erfaringen ved å være syk, ved at det menneskelige dramaet havner i forgrunnen (Mattingly & Garro, 2000).

4.2. Forskningsdesign

Prosjektet er utformet som en narrativ casestudie. Observasjon med feltnotater fra en psykomotorisk behandlingssituasjon har vært benyttet som inspirasjon for utarbeidelse av spørsmål og samtaletema til et påfølgende dybdeintervju. Data har deretter blitt samlet inn gjennom lydopptak av dyadisk dybdeintervju med psykomotorisk fysioterapeut og pasient samlet. Thornquist (2018, s. 257) påpeker at å basere forskningsprosjekter på praksisnære informasjonskilder kan gi enestående muligheter til å få frem sider ved fagutøvelse som er verdt å bevare. Innsikt i praktisk fagutøvelse kan bidra til å synliggjøre uheldig praksis, og gi potensialer for videreutvikling. Dersom tidsrammen for prosjektet hadde vært større, ville det ha blitt innhentet data på flere ulike tidspunkt over en lengre periode. Da psykomotorisk behandling ofte er tidkrevende prosesser kunne det ha vært svært interessant å følge behandlingsprosessen over lengre tid, gjerne over flere år. Dette lot seg ikke gjøre i et masterprosjekt, av praktiske hensyn har jeg valgt å innhente data på et tidspunkt. Narrativ analyse er gjennomført ved å utarbeide en tidslinje basert på informantenes retrospektive erfaringsbeskrivelser.

4.2.1. Observasjon

Thornquist (2018, s. 160) beskriver at å arbeide praktisk som vitenskapelig ut fra en fenomenologisk forståelseshorisont innebærer å ikke videreføre tendensen til å knytte subjektivitet utelukkende til bevissthet, språk og mentale prosesser løsrevet fra kroppens uttrykk og den aktuelle sosiale situasjon. At vi mennesker ytrer oss konkret og kroppslig har betydning for klinisk arbeid, det bør følgelig få konsekvenser for dokumentasjon og forskning. I direkte møter formidler vi mennesker oss kontinuerlig til hverandre og omgivelsene på kroppslig vis. I tråd med Merleau-Pontys fenomenologiske forståelse vurderes kroppen selv som en kilde til kunnskap, og kroppslig kunnskap og kompetanse faller ofte utenfor språkets grenser (Thornquist, 2018, s. 150). Det ble derfor vurdert som hensiktsmessig å observere en faktisk behandlingssituasjon, i tillegg til datainnsamling gjennom intervju. Observasjon av behandlingssituasjonen gav meg mulighet til å stille relevante spørsmål som fikk informantene til å reflektere over, og sette ord på, sine handlinger. Praktisk kunnskap er kontekstbundet, den er knyttet til bestemte sammenhenger og utspiller seg i den enkelte situasjon. Erfaringene som informantene delte i behandlingssituasjonen gav mulighet for utforskning av informantenes opplevelser i felleskap.

På denne måten kunne jeg få et mer sammensatt inntrykk, og bedre grunnlag for forståelse av samspillet mellom informantene.

Observasjonen ble gjennomført på behandlingsrommet hvor den psykomotoriske fysioterapeuten utøver sin praksis til vanlig, og varte i omtrent en time. Jeg valgte å ta feltnotater for hånd under observasjonen. En alternativ fremgangsmåte kunne ha vært en mikroanalytisk tilnærming til analyse med bruk av videoopptak som empirisk materiale. En åpenbar fordel ved å bruke videoopptak er muligheten for å oppsøke materialet gjentatte ganger for å registrere detaljer i interaksjonen og øke reliabiliteten i det empiriske materialet (Thornquist, 2012, s. 84). I dette prosjektet er det imidlertid ikke detaljer ved interaksjonen i den enkelte behandlingssituasjonen som er i fokus, men heller å danne et sammenhengende bilde av samhandlingen i en behandlingsprosess gjennom å utforske informantenes fortelling.

Det vitenskapsfilosofiske synet som ligger til grunn for oppgaven fremhever at observasjoner aldri vil være nøytrale. Observasjonene skjer i en gitt situasjon, situert i tid og rom, og påvirkes personene som er til stede, deres forforståelse, og personenes forventninger til hverandre og det som skjer. Tilstedeværelsen av en student i behandlingssituasjonen påvirker situasjonen, men jeg forsøkte å holde meg i bakgrunnen så godt det lot seg gjøre. Jeg var stille og ikke-deltakende under observasjonen, men beveget meg noe rundt i rommet. Ettersom kroppslige handlinger anses som uttrykksfulle og meningsbærende fenomener i samhandling, forsøkte jeg å observere begge informantene samtidig i samspill med hverandre. I observasjonssituasjonen ble jeg konfrontert med utfordringer relatert til fysisk plassering og endringer i informantenes posisjoner og bevegelser. I blant kom fysioterapeuten eller pasienten i forgrunnen slik at den andre parten ble skjult bak den andre. I slike tilfeller risikerer man å miste informasjon som er relevant for å forstå situasjonen som oppstår, ettersom handlinger er formet av konteksten, og legger føringer for fremtidig kontekst (Thornquist, 2012, s. 86). Ved en anledning flyttet jeg meg derfor i rommet for å få et bedre synspunkt, men prøvde å gjøre dette så diskret som mulig for å ikke forstyrre informantene.

I etterkant av observasjonen ble det gjennomført semi-strukturert dyadisk dybdeintervju med terapeut og pasient i samspill med hverandre, for å få tilgang til formulerte tanker og meninger, og deres retrospektive erfaringsbeskrivelser. Under observasjonen observerte jeg konkrete samhandlingssituasjoner, som jeg siden rettet oppmerksomheten mot under intervjuet. Feltnotatene fra observasjonen er altså ikke analysert i seg selv, men benyttet til

inspirasjon for samtaletema og spørsmål til informantene ved dyadisk dybdeintervju. Det var utarbeidet en intervjuguide i forkant (Vedlegg nr. 1), men i tillegg stilte jeg spørsmål knyttet til observasjonen. Et eksempel er spørsmål til fysioterapeuten om handlinger og tiltak som ble gjennomført, og spørsmål til pasienten om hennes opplevelser av bestemte samhandlingssituasjoner som fant sted. Slike spørsmål satte i gang refleksjoner hos informantene, og har ført til rikere datamateriale. Informantene redegjorde blant annet for valg som ble gjort i den observerte behandlingssituasjonen ved å vise til tidligere hendelser i behandlingsforløpet. Dette førte til beskrivelser av tidligere betydningsfulle opplevelser, som hadde vært avgjørende for behandlingsprosessens utvikling.

4.2.2. Dyadisk intervju

Det dyadiske intervjuet ble utført på behandlingsrommet med pasient og fysioterapeut samlet direkte etter observasjonen, og varte i omtrent 1 time og 20 minutter. Intervjuet er tatt opp med lydopptaker, og dette opptaket har vært utgangspunkt for videre analyse.

Parvise, eller dyadiske intervju, er en tilnærming som til nå er lite brukt i kvalitativ forskning. Det finnes likevel eksempler hvor tilnærmingen benyttes, og en åpenbar tilknytning til eksisterende praksis er fokusgruppeintervjuer, som er en hyppig benyttet form for interaktive intervjuer (Morgan, Ataie, Carder & Hoffman, 2013). Dyadisk intervju beskrives som spesielt nyttig når forskeren ønsker å undersøke sosial interaksjon, dybde og detaljer, og når narrativ er verdsatt (Morgan et al., 2013). Målet ved dyadiske intervju kan beskrives som å engasjere to deltakere i en samtale som frembringer data som kan brukes i et forskningsprosjekt (Morgan, 2016). Morgan (2016, s. 9) påpeker at forskerens spørsmål er førende for slike samtaler, men understreker at målet er å gi deltakerne et emne som gjør dem interessert i hva den andre har å si. Fra forskerens synspunkt er samtalene i dyadiske intervju kilden til data, men fra deltakernes perspektiv kan disse samtalene være en mulighet til å utveksle ideer og reflektere sammen over et emne som er interessant for begge parter .

Tiden deltakerne deler i dyadiske intervju er forskjellig fra individuelle intervju. Når to personer deltar sammen i et intervju som varer i en time, vil mengden informasjon som hver av informantene kan dele være mindre enn ved individuelle intervjuer. Dette betyr at dyadiske intervjuer gir mindre dybde og detaljer tilknyttet hver informant, enn det man kan forvente ved individuelle intervju av tilsvarende lengde (Morgan, 2016, s. 17). Derimot kan

samhandlingen i dyadiske intervju frembringe en prosess hvor deltakerne deler og sammenligner erfaringer, bygger på hverandres bidrag, og det dannes mening (Morgan, 2016). Både den kortere tidsmengden som er tilgjengelig per informant, samt formen for samhandling, indikerer at det sannsynligvis vil være forskjellige typer narrativ som fremkommer fra individuelle og dyadiske intervju. En individuell tilnærming gir flere muligheter for lengre fortellinger og dypere undersøkelse. Ved dyadiske intervju er det mer sannsynlig at det oppstår en dynamikk hvor det utvikles *et felles narrativ* (Morgan, 2016, s. 18). Jeg valgte å benytte meg av en tilnærming til intervju spørsmålene som Morgan (2016, s. 65) betegner som «history taking». Tilnærmingen følger en tidslinje med et startpunkt, og følger et hendelsesforløp. Denne formen for oppbygging av intervju fremholdes som spesielt anvendelig for tema knyttet til en utviklingsprosess som involverer en serie av hendelser.

En utfordring i kvalitative intervju generelt er at det må være en tillitt mellom intervjuer og informant som gjør at informanten ønsker å dele av sine erfaringer i intervjusituasjonen. I dyadiske intervju må denne tilliten utvides til å også gjelde mellom de to informantene, da det er samtalen mellom de to informantene som er avgjørende (Morgan, 2016, s. 17). I dette prosjektet er det en fordel at informantene kjenner hverandre fra før gjennom en behandlingsrelasjon som er omfattet av tillitt og taushetsplikt. Det er også fordelaktig at de gjennom behandlingsprosessen har felles erfaringer å reflektere over.

Samtidig er det utfordringer knyttet til å intervju to parter som har en pågående behandlingsrelasjon. Det kan blant annet stilles spørsmål ved om informantene opplever at de kan uttale seg fritt, uten å bekymre seg for at noe som fremkommer i samtalen kan påvirke deres fremtidige forhold på en negativ måte. Den andres tilstedeværelse kan påvirke informantenes valg av emner og erfaringer som løftes frem, språket som brukes, eller en av partene kan overkjøre den andre. Det kan bemerkes at slike former for samspill faller inn under samhandlingen som prosjektet ønsker å utforske, og ville være interessante funn i seg selv. Min opplevelse var at begge informantene bidro i intervjusituasjonen, reflekterte rundt sine felles erfaringer, og gav hverandre tid og rom til å uttrykke seg. Det er likevel vesentlig å ta høyde for at det er et maktforhold mellom fysioterapeut og pasient som har innvirkning på både behandlingssituasjonen, intervjusituasjonen og samhandlingen for øvrig.

4.2.3. Relasjon mellom informantene

Samtaler mellom mennesker innebærer både informasjonsutveksling og sosial samhandling. Gjennom ord og handling deler og former vi virkeligheten vi er en del av. Konteksten omkring samtalen er en viktig ramme for kunnskapsutviklingen i kvalitative intervju, og det er derfor spesielt viktig at forskeren har forståelse av hva som foregår mellom intervjueren og deltakerne, og hvilken betydning dette har for tolking og funn (Malterud, 2002). Det er vist til teoretiske perspektiver som viser hvordan menneskelig eksistens og virkelighetsopplevelse blir skapt i samspill og dialog, og tilføyet at sosiale relasjoner og mellommenneskelige møter preges av at en har *makt* over hverandre. Forholdet mellom helsepersonell og pasient kan beskrives som en asymmetrisk relasjon, kjennetegnet ved at den ene parten har mer makt og myndighet enn den andre (Thornquist, 2009, s. 29). Asymmetrien i forholdet er basert på ulikhet i partenes situasjon og kompetanse, hvor pasienten etterspør fysioterapeutens kompetanse for å få helsehjelp. Enhver relasjon preget av ulikhet i makt innebærer muligheter for hensiktsmessig bruk av makt eller maktmisbruk - og den som har mest makt har størst ansvar for det som skapes (Thornquist, 2009, s. 30). Hvordan samspillet mellom pasienten og terapeuten utspiller seg avhenger dermed i stor grad av hvordan fysioterapeuten forvalter sin maktposisjon. At kommunikasjon om roller og relasjon som oftest skjer uuttalt og ubevisst fremhever betydningen av å tematisere dette aspektet ved kommunikasjonen, slik at en bedre kan forstå og analysere den aktuelle situasjonen (Thornquist, 2009, s. 26). Thornquist (2009, s. 360) hevder at saksforhold formidles først og fremst gjennom ord, men det er i stor grad gjennom kroppen at vi relaterer oss til og forteller hverandre hvem vi er for hverandre. Dette støtter opp om det metodiske valget om å både observere og intervju fysioterapeut og pasienten i samspill med hverandre.

Et ytterligere, etisk aspekt ved å gjennomføre intervjuene med fysioterapeuten og pasienten samlet, er at det gir bedre muligheter for ivaretagelse av pasienten dersom det skulle oppstå uønskede reaksjoner i forbindelse med intervju. Mer om dette under etiske vurderinger. Jeg valgte å også informantene mulighet til å utfylle datainnsamlingen med individuelle skriftlige bidrag på et senere tidspunkt, hvor deres individuelle perspektiv kunne tre mer tydelig frem. Ingen av informantene valgte å benytte seg av denne muligheten, og begrunnet dette i at de fikk uttrykket det de ønsket i intervjuet som ble gjennomført. Jeg vurderte at innsamlede data fremstod tilstrekkelig for å besvare prosjektets problemstilling.

4.3. Utvalg

I dette prosjektet er det benyttet et strategisk utvalg av informanter, bestående av en fysioterapeut og en pasient. Det strategiske utvalget er sammensatt fra en målsetting om at det innhentede materialet kan belyse problemstillingen min best mulig (Malterud, 2017). Inklusjonskriterier for fysioterapeuten var videreutdanning og arbeidserfaring innen norsk psykomotorisk fysioterapi. Jeg ønsket en yrkesaktiv fysioterapeut som hadde arbeidserfaring med den aktuelle pasientgruppen. Inklusjonskriterier for pasient var at pasienten går til behandling i form av norsk psykomotorisk fysioterapi hos fysioterapeuten som er informant, at pasienten har traumeerfaringer, samt at personen er i stand til og ønsker å dele av sine opplevelser. Det ble ansett som fordelaktig om pasienten hadde fått en del erfaring med norsk psykomotorisk fysioterapi som behandlingsform, og det ble vurdert som ønskelig at informanten har vært til behandling minst 8 ganger. Jeg rekrutterte fysioterapeut-informanter gjennom eget fagmiljø, og sendte e-post til 19 aktuelle kandidater. En fysioterapeut responderte positivt, og fysioterapeuten bidro til rekruttering av aktuell pasient-informant som ble vurdert som egnet for deltakelse i prosjektet. Informantene ble tilsendt individuelt utformede informasjonsskriv og samtykkeskjema via e-post (Vedlegg 2 og 3), og begge gav informert samtykke til å delta i studien. Av hensyn til anonymisering av informantene er informasjon som navn, stedsnavn, nasjonal bakgrunn og lignende opplysninger endret eller fjernet fra materialet som presenteres.

Fysioterapeuten, som jeg har kalt Astrid, er en kvinne som er yrkesaktiv innen det aktuelle fagfeltet. Hun har mangeårig erfaring med behandlingstilnærmingen, og innehar spesialistkompetanse innen psykomotorisk fysioterapi.

Pasienten, som jeg har kalt Sara, er en kvinne som har gått til psykomotorisk fysioterapibehandling hos Astrid regelmessig i omtrent ett år. Hun tilfredsstilte samtlige av overnevnte inklusjonskriterier for pasient-informant.

4.3.1. Å forske i eget felt

Det byr på særegne utfordringer å forske i eget fagfelt. På den ene siden gir kjennskapen til feltet tilgang til forståelse, men kjennskapen kan også føre til at mye tas for gitt. Når forskere og deltakere deler språk, normer, vaner og tradisjoner, er det lett for at noe forblir ureflektert og uoppdaget. Da gjelder det å anerkjenne og utnytte kjentheten, og samtidig aktivt søke å

etablere en distanse gjennom å skolere seg, lære om andre muligheter å forstå, oppsøke andre fag og diskutere med andre (Thornquist, 2018, s. 263).

En annen utfordring ved å forske på egen yrkesgruppe er knyttet til lojalitet til faget og personene det forskes på. Antallet norske psykomotoriske fysioterapeuter er begrenset, og feltet kan sies å bære preg av bekjentskap mellom fagutøvere. Å synliggjøre og analysere et praksisfelt kan innebære å vise frem trekk og sammenhenger ved et felt som dets egne utøvere kanskje ikke liker å få belyst. Jeg kjente fysioterapeuten som er informant i oppgaven fra tidligere, og drøftet dette som et mulig problem sammen med min masterveileder. Drøftingen endte med en avgjørelse om at tidligere bekjentskap i seg selv ikke er en grunn til at fysioterapeuten ikke kunne delta i prosjektet, men det ble fremhevet som spesielt betydningsfullt å være bevisst og reflektere over spørsmål knyttet til lojalitet underveis i prosessen. Dette for å hindre at mitt ønske om å ivareta en god tone i bekjentskapet kom i veien for ny forståelse, noe jeg ikke opplevde at det gjorde. De færreste ønsker å stille egen yrkesgruppe i et dårlig lys, men å unnlate å stille seg kritisk til eget fag er å frata faget, seg selv, og kolleger utviklingsmuligheter (Thornquist, 2018, s. 263).

4.4. Etske vurderinger

Ettersom denne studentoppgaven skal oppfylle vitenskapelige krav og har som formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, er det søkt om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Vedlegg 4). Et etisk aspekt ved valget om å gjennomføre dyadisk intervju, er at pasienter med traumeerfaringer anses som en sårbar gruppe. Et samlet intervju gir bedre mulighet for å ivareta pasienten. Ettersom prosjektet skulle belyse erfaringer hos en pasient med traumatiske livserfaringer, var det en mulighet for at deltakelse i prosjektet kunne fremkalle uønskede reaksjoner hos pasienten. Eksempelvis kunne samtale om behandlingsprosessen i intervjusituasjon kan frembringe minner fra ubehagelige erfaringer, og reaksjoner hos pasienten. Av den grunn ble det avgjort at pasientdeltakelse i prosjektet var avhengig av at pasienten var i et aktivt behandlingsforløp hos en terapeut som kunne ivareta eventuelle behov for ekstra oppfølging. Ved at intervjuene ble gjennomført med pasient og behandlende fysioterapeut samlet, kunne eventuelle uheldige reaksjoner fanges opp og følges opp videre av pasientens behandler. På oppfordring av REK ble det utarbeidet en beskrivelse av beredskap som omtaler denne problemstillingen nærmere

(Vedlegg 5). Til min kjennskap oppstod det ingen reaksjoner som medførte behov for ekstra oppfølging i forbindelse med deltakelse i prosjektet.

Prosjektet behandler personopplysninger gjennom intervju og observasjon, og er derfor meldt til, og godkjent av NSD (Vedlegg 6). Maler fra REK og NSD ble benyttet for å utarbeide informasjonsskriv og samtykkeskjema. Krav til informasjonssikkerhet i forbindelse med datainnsamling ble ivaretatt i henhold til gjeldende lovverk og retningslinjer. For å sikre opplysningene mot uautorisert eller ulovlig behandling, tap, ødeleggelse eller skade, ble data lastet opp og lagret på forskningsserver ved HVL umiddelbart etter gjennomført datainnsamling, og slettet fra opptaksenhet.

5. Analyse

Polkinghorne (1988) skiller mellom analyser av narrativ, og narrative analyser. Analyser av narrativ omhandler analyse av fortellinger. Narrativ analyse omhandler derimot en innsamling av beskrivelser og hendelser, som konfigureres til en helhetlig fortelling gjennom å utforme et handlingsforløp. I dette prosjektet er det sistnevnte tilnærming som benyttes, narrativ analyse. Mattingly (1998, s. 21) beskriver at en narrativ analyse kan være en måte å undersøke klinisk virksomhet som en serie av eksistensielle forhandlinger mellom terapeut og pasient, som omhandler meningen med sykdom, terapiens rolle i en sykdomshistorie som utfolder seg, og meningen med livet som må gjenskapes i møte med sykdom. Analyseprosessen omfatter å knytte sammen data, å gjøre det usynlige synlig, velge hva som er betydningsfullt og ikke, og å knytte ulike fasetter ved erfaring sammen. Josselson (2011, s. 226) beskriver narrativ analyse som en kreativ prosess hvor data organiseres slik at den analytiske strukturen fremtrer. Fundamental for dette arbeidet er tanken om den hermeneutiske sirkel eller spiral, hvor en forståelse av helheten belyser delene, som igjen gir ny forståelse til helheten. I tillegg til relasjonen mellom del og helhet innenfor teksten, er en forforståelse av biografisk og kontekstuell art av betydning for å tilegne seg tekstens mening (Thornquist, 2018, s. 173). All tolking beskrives som relativ til tolkerens horisont, som stadig overskrides i retning av nye horisonter.

Narrativ analyse har for øvrig ingen oppskrifter eller tydelig beskrevne fremgangsmåter. Noe som utmerker seg er at det forsøkes å utforske materialet i sin helhet, heller enn å fragmentere

det til diskursenheter eller tematiske kategorier. Det er ikke delene som anses som mest betydningsfulle i menneskelig liv, det er hvordan delene integreres til å danne en meningsfull helhet (Josselson, 2011, s. 226). Det er valgt en langsgående analytisk tilnærming som synliggjør utvikling og endring over tid. Gjennom den analytiske prosessen er det utformet en fortelling på bakgrunn av informantenes erfaringsbeskrivelser. Fortellingen er basert på en tidslinje som presenterer behandlingsprosessen. Tidslinjens start er definert til tidspunktet hvor informantene møtes for første gang. Den følger behandlingsforløpet til tidspunktet hvor observasjon og intervju ble gjennomført, som er omtrent ett år senere.

5.1. Fra tale og handling til tekst

Transkripsjon av tale fra intervjuopptak har inngått i det analytiske arbeidet. Jeg tok også feltnotater under observasjon og intervju for å få et mer sammensatt inntrykk. Denne skriftliggjøringen innebærer at tale, kroppslig handling og samhandling er omformet til tekst. De virkelige situasjoner jeg har deltatt i er multimodale prosesser i delt tid og rom, som preges av flere aktører i samhandling med hverandre. Når jeg transkriberte intervjuet valgte jeg å skrive samtalens forløp ord for ord. Siden kommunikasjon ansikt til ansikt omfatter mye mer enn utveksling av ord, vil en slik transkripsjon alltid innebære en reduksjon sammenlignet med det som virkelig fant sted (Thornquist, 2012). Under observasjonen fokuserte jeg i større grad på informantenes samtidige verbale og kroppslige samhandling. En forståelse av at det ligger budskap i alle handlinger, og ofte flere budskap samtidig, tilsier fokus på interaksjon (Thornquist, 2009, s. 23). Oppmerksomheten bør ikke bare rettes mot hva som formidles med ord eller kropp, men hvordan partene synkroniserer sine handlinger. I mine feltnotater laget jeg to kolonner. En kolonne tok for seg dialog og verbale uttrykk, og den andre inneholdt samtidige beskrivelser av samhandlingen i form av informantenes bevegelser og handlinger, og andre kroppslige uttrykk som blikkretning, orientering i rommet, sukk, smil og lignende. Den andre kolonnen benyttet jeg også til beskrivelser av bevegelser og kroppslige uttrykk under intervjuet, for å bedre kunne forstå hva informantene mente med sine utsagn når materialet skulle bearbeides.

Kommunikasjon er sammensatt med mange ulike ytringsformer, og i direkte møter mellom mennesker utveksles flere og forskjelligartede uttrykk samtidig. Handlinger kan ikke forstås løsrevet fra sin kontekst, og utveksling av kroppslige budskap kan ikke forstås uavhengig av

situasjon. Siden mennesker er sammensatte vesener er det vanskelig å tolke kroppslige reaksjoner og handlinger (Thornquist, 2009, s. 206). Kroppens sammensatte og flertydige karakter er nødvendig å problematisere også i forbindelse med transkripsjon og fortolkning. Da kroppen både er bærer av erfaringer, sosialt, og kulturelt liv, og samtidig biologi underlagt naturvitenskapens lover, kan naturlige prosesser feilaktig oppfattes som kommunikative og omvendt. Det hele kompliseres ytterligere av at selv om kroppslige praksiser eksisterer «i øyeblikket», kan det flyktige bli varig ved at reaksjoner og væremåter inkorporeres og etterlater varige spor (Thornquist, 2009, s. 214). Som Thornquist formulerer (2018, s. 223) kan vi ha å gjøre med kroppsforhold som i seg selv ikke nødvendigvis er meningsfulle, som reduserte bevegelsesutslag, men slike målbare størrelser kan også *skrive seg fra* meningsfylte erfaringer som uttrykkes og nedfelles i kroppen. Farene for forenklinger og feiltolkninger er mange. Transformasjonen fra lyd og observert handling til et skriftlig format omfatter en seleksjons- og oversettelsesprosess. I denne prosessen har jeg benyttet både transkribert tale, tegninger av positurer, og skriftlige beskrivelser av bevegelser og kroppsuttrykk for å få et sammensatt inntrykk. Når det er sagt, vil det faktisk at en *skriver* det man *ser* bety at mye informasjon filtreres bort. Uavhengig av hvilke teknikk man benytter seg av vil det som blir nedskrevet transformeres (Thornquist, 2012, s. 97). Et vesentlig poeng er dette: Transkripsjon er ikke en nøytral virksomhet. Skriftliggjøring av tale og handling innebærer allerede bearbeidelse og fortolkning.

Ricoeur betraktet teksten som et selvstendig produkt skilt fra forfatteren, og fremhevet at *med skriften frigjøres meningen fra begivenheten* (Thornquist, 2018, s. 206). Skriften skaper en distanse fra den opprinnelige situasjon. Gjennom denne distansen åpnes det for fortolkninger ut fra andre horisonter enn dem som er knyttet til bestemte samtalsituasjoner og samtalepartnere. Når noe uttrykkes skriftlig, løsrives meningsinnholdet fra den situasjonen som meningen ble uttrykt i – og teksten er fri til å settes inn i nye sammenhenger (Sviland et al., 2007). Rekontekstualisering av tekst kan åpne for ny fortolkning og mening. Ricoeur understreket videre at teksten må undersøkes systematisk og metodisk (Thornquist, 2018, s. 220). Teksten fremheves som flertydig, og målet med lesingen er å komme nær tekstens mening, å forstå den verden som teksten på ulike måter peker på (Ricoeur, 1976;12-79 sitert i Thornquist, 2018;221). Kravet til fortolkeren er å ha en åpen, spørrende og kritisk innstilling – ikke bare til teksten som skal forstås, men også til egen fortolkningsvirksomhet.

5.2. Den mimetiske diskusjonen

Begrepet mimesis viser til kunstens etterligning av virkeligheten. Den mimetiske diskusjonen innen narrativ tenkning dreier seg om forholdet mellom fortellingen og levd liv. Spørsmålet kan formuleres som: Lever vi fortellinger, eller konstruerer vi fortellinger om livet? Det første spørsmålet er knyttet til en posisjon som kan kalles narrativ realisme, som handler om at vi lever fortellinger heller enn å fortelle dem, menneskers liv har en iboende narrativ struktur. Det andre er knyttet til narrativ konstruktivisme. Dette er en motstående posisjon som tilsier at fortellingen ikke leves, men konstrueres i retrospekt med elementer av litterær fiksjon. Innenfor den narrative tradisjonen finnes det svært ulike syn på hvordan narrativ er relatert til den erfarte virkeligheten, men de fleste er enige i at det er en forskjell mellom narrativ og historisk sannhet (Josselson, 2011, s. 225). Narrativ involverer en fortolkning av erfaring, og er ikke en avspeiling av virkelige hendelser.

I sin drøfting av den mimetiske diskusjonen beskriver Mattingly (1998, s. 34) tre vanlige innvendinger mot at narrativ kan gjengi livserfaring. Den første er at livet ikke leves i form av et strukturert plott med start, midt og slutt. Livet er kaotisk, uten fast struktur og kjent slutt. Den andre innvendingen er at et narrativ krever en forteller, et autoritativt synspunkt som kartlegger hele handlingslandskapet fra begynnelse til slutt, og gjengir historiens hendelser på en bestemt måte. I sin presentasjon av de ulike posisjonene og innvendingene påpeker Mattingly (2000, s. 386) at det er vanskelig å bringe narrativ og erfaring sammen i et fortolkende forhold, uten å redusere den ene til en blek kopi av den andre. Hvordan kan man se narrativ som levd liv, og levd liv som narrativ – uten å miste dybde og kompleksitet, uten å forsømme verken kompleksiteten ved levd erfaring eller kunsten ved narrativ? Den tredje innvendingen som presenteres kommer i form av en avvisning av hele problemet – en erklæring om at gjengivelse av virkeligheten ikke er hva narrativ handler om. Meningen med narrativ kan beskrives som noe annet; som intertekstuell mening som kommer frem i fremføringen av fortellingen, og meningsdannelse i sosial interaksjon mellom forteller og publikum (Mattingly, 1998, s. 34).

Den mimetiske diskusjonen er kompleks, og omfatter mange ulike synspunkter på forholdet mellom fortelling og virkelighet. En forståelse som vektlegges i dette prosjektet er narrativ som en måte å gi mening til erfaring. Å konfigurere et narrativ fra kaotiske menneskeliv kan forstås som en måte å bringe orden i kaoset, et forsøk på å se hvordan noe begynte, hvordan

det utviklet seg, og kanskje forstå hvorfor det endte som det gjorde, dersom en ende er mulig å se (Sviland et al., 2018).

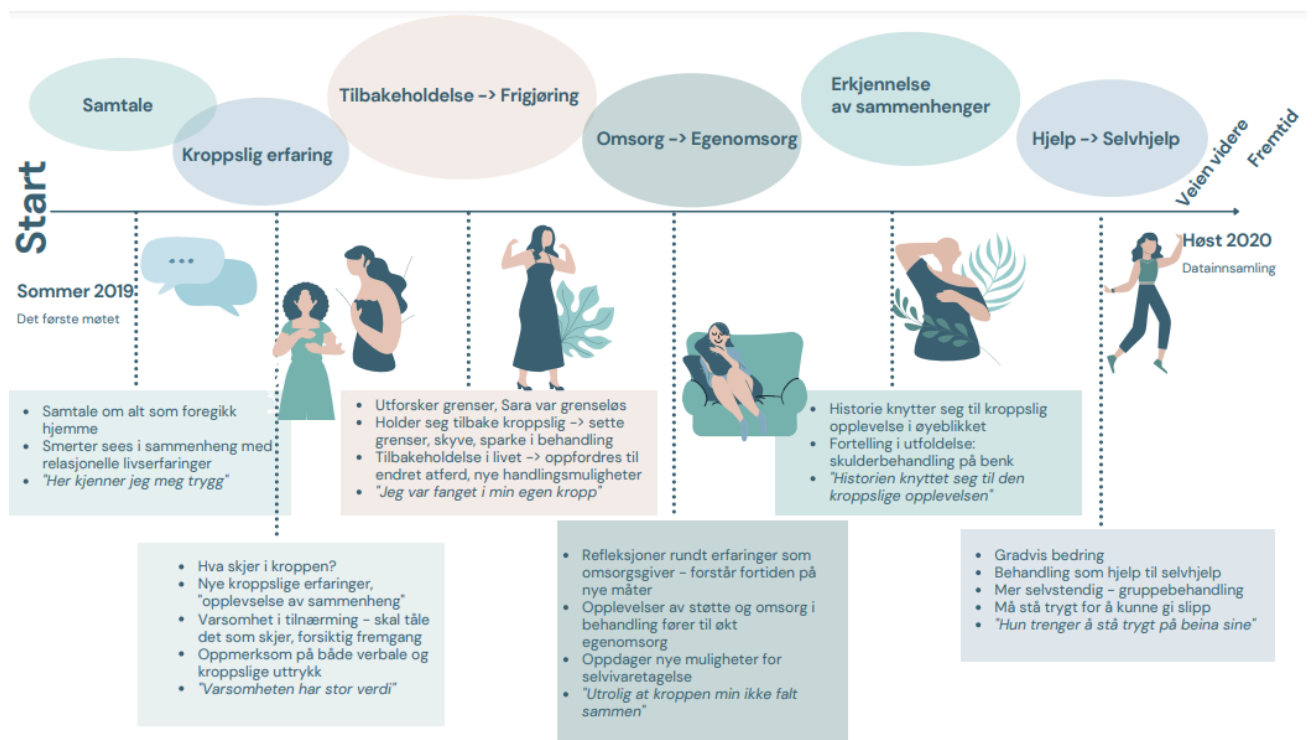
5.3. Den trefoldige mimesis

Ricoeurs hermeneutiske prinsipper ligger til grunn for analysen. Jeg vil nå gjøre kort rede for hans teori om fortellingens trefoldige mimesis, som har vært inspirasjon for det analytiske arbeidet. Ricoeur viderefører Aristoteles teori om fortolkning i en trefoldig mimesis som omfatter prekonfigurasjon (Mimesis I), konfigurasjon (Mimesis II) og refigurasjon (Mimesis III).

Mimesis I omfatter det levde livet, og kan beskrives som fortellinger når de leves, før de er (gjen)fortalt. Sviland (2014, s. 44) sin forståelse av Ricoeur er at Mimesis I representerer det fenomenologiske grunnlaget for all fortelling. Våre erfaringer har i seg selv en form og struktur, en implisitt forståelse kommunisert i tegn, normer og regler som plasserer fortid, nåtid og fremtid i relasjon til hverandre. Erfaringene inspirerer oss til å fortelle, og gjennom å fortelle menneskeliggjør vi tid, og tydeliggjør kontekst og relasjon. I tråd med denne forståelsen fungerer informantenes erfaringer i dette prosjektet, slik de fremkommer i den observerte samhandlingen og intervjusituasjonen, som prekonfigurert materiale (Mimesis I).

Mimesis II er skapelsen av fortellingen, og beskrives som en formende aktivitet hvor hendelser blir knyttet sammen i sammenhengende plot. Konfigureringen i Mimesis II omfatter altså oppbyggingen av fortellingen og forming av handlingsforløpet gjennom utvalg av sekvenser. Gjennom konfigureringen tar en fortelling form, i dynamikk mellom desorientering og reorientering, destabilisering og stabilisering. Mimesis II fungerer som kommunikasjon mellom Mimesis I og Mimesis III, og involverer fortellerens strategi, fortellingens struktur, og leseren eller lytterens strategi (Sviland, 2014). Gjennom den analytiske prosessen i dette prosjektet har materialet blitt konfigurert og gitt form og struktur (Mimesis II). Først er materialet skriftliggjort. Deretter er det utformet et plot som organiserer og forbinder data i en temporal utvikling. Til tross for at pasientenes utsagn i stor grad var retrospektive, beveget de seg frem og tilbake i tid i sine beskrivelser. For å utforme et narrativ måtte informantenes erfaringsbeskrivelser, som til tider kunne fremstå som usammenhengende, flettes sammen til et sammenhengende, kronologisk hendelsesforløp.

Sammenheng mellom ulike hendelser og fenomen er utformet i lys av prosjektets teoretiske perspektiver. I det analytiske arbeidet hadde jeg fokus på hvilken måte samhandlingen mellom fysioterapeut og pasient førte til utvikling i behandlingsprosessen. Jeg forsøkte å finne ut av hvilke handlinger og hendelser som førte til hva, og la vekt på hendelser som fremstod avgjørende for endring og utvikling. Gjennom å pusle sammen informantenes erfaringsbeskrivelser ble det gradvis utformet en tidslinje (Figur 1). Tidslinjen redegjør for en utviklingsammenheng i behandlingsprosessen, ved at erfaringsbeskrivelsene ordnes i en temporal sammenheng i form av et meningsbærende plott. Tidslinjen illustreres i følgende figur:



(Figur 1: Tidslinje)

Konfigurasjonshandlingen i Mimesis II er det skapende momentet, der den meningsbærende strukturen bringes inn. Resultatet presenteres i form av en konfigurert fortelling om den psykomotoriske behandlingsprosessen. Konfigurasjonen er en innovativ aktivitet, som er gjennomført ved at jeg har ordnet informantenes erfaringsbeskrivelser til et meningsfullt hele. Resultatet kan med andre ord ikke beskrives som informantenes fortelling, men min fortelling om dem.

Konfigurasjonen (Mimesis II) fungerer som en kommunikasjon mellom informantenes erfaringer og handlinger (Mimesis I), og leserne av dette prosjektet. Tolkingsprosessen fullføres til slutt gjennom leserens tolking og tilegnelse (Mimesis III).

Mimesis III omhandler med andre ord resepsjonen av fortellingen. Den mimetiske prosessen fullføres gjennom kommunikasjonsprosessen, og inkluderer derfor mottakerens mulighet for å følge fortellingen. Den narrative handlingen eksisterer i skjæringspunktet mellom fortellingens verden og leserens verden. Fortellingen har kapasitet til å forme mottakeren, og mottakeren former fortellingen gjennom sin forståelse av den. Fortellingens plott er på denne måten knyttet til menneskelig eksistens, ettersom leseren påvirkes av fortellingen etter hvert som den tilegnes. Gjennom Mimesis III antydes det at vi både er mottakelige og aktive som lesere av en fortelling. Tilegnelse innebærer det Ricoeur kaller en refigurering av vår egen eksistens, når vi tilegner oss verdenen av tekst (Sviland, 2014).

6. Resultat

Analysen har resultert i et «emplotted narrative», en fortelling, som nå presenteres. Fortellingen i narrativ tilnærming anses som nevnt ikke som en gjengivelse; det er ikke en eksakt representasjon av det som har skjedd i virkeligheten. Det er en konfigurasjon av et handlingsforløp, som er skapt i en spesifikk setting, for et spesifikt publikum, av spesifikke grunner. Av den grunn vies det mye oppmerksomhet til fortellingens kontekst, og teoretisk forståelse, motivasjon, situasjon og tilnærming i prosjektet er beskrevet nøye. I tillegg understrekes det at alle funn er relative til forskerens synspunkt som en observatør.

God kvalitativ forskning omfatter erfaringsnære beskrivelser hvor deltakernes verden presenteres (Thornsquist, 2018, s. 248). Handlinger, utsagn og praksiser skal fremstilles på en rettmessig og respektfull måte. Det fremheves at fortellingen skildres ut fra fortellerens minne og tolking. En forståelse av mennesket som et forstående og fortolkende vesen innebærer å avvise forestillingen om nøytrale erkjennelsesprosesser. Ettersom min tilnærming fokuserer på det partikulære, poengteres det at dette er en mulig fortelling og fremstilling. Det vil kunne finnes andre. I enhver beskrivelse og presentasjon av materiale må det nødvendigvis foretas utvalg, som innebærer at noe løftes frem og annet ikke. Utvalget er utført på bakgrunn av problemstillingen og relevansen for den aktuelle sammenhengen. Gjennom å vise til

teoretiske perspektiver og synliggjøre fremgangsmåten som er benyttet er det forsøkt å begrunne valgene som er tatt, og å redegjøre for hvorfor fortellingen har blitt konfigurert som den har blitt.

Resultatet av analysen er strukturert i seks narrative faser som presenteres i en temporal utvikling. Overskriftene for hver fase består av et utvalgt sitat fra datamaterialet, markert med anførselstegn. Fortellingen starter når informantene møtes, og følger behandlingsprosessen gjennom omtrent ett år. Fortellingen avsluttes på tidspunktet hvor intervjuet er gjennomført. Samtidig trekkes både fortiden og fremtiden inn i handlingsforløpet på ulike måter.

6.1. Astrid og Sara: En fortelling om et psykomotorisk behandlingsforløp

6.1.1. Begynnelsen - «Her kjenner jeg meg trygg»

Sara og Astrid hadde truffet hverandre for første gang for en vurderingstime på forsommeren i 2019. Sara hadde hatt smerter i kroppen over lang tid. Hun hadde forsøkt behandling hos to ulike fysioterapeuter tidligere, uten varig bedring. Det var fastlegen som foreslo at hun kunne forsøke psykomotorisk fysioterapi. Fastlegen beskrev psykomotorisk fysioterapi som en mer helhetlig behandling, som i større grad tok hensyn til pasientens livssituasjon og tidligere erfaringer. Sara har migrasjonsbakgrunn, og fastlegen påpekte at det å flytte fra et land til et annet kan være traumatiserende i seg selv. Sara var enig, og mente også at en mer helhetlig behandlingstilnærming kunne passe for henne. Hun tok selv kontakt med psykomotorisk fysioterapeut Astrid.

Allerede første gang Sara og Astrid møttes hadde de begynt å utforske hva som var bakgrunnen for smertene hennes, som spesielt lå på venstre side. Behandlingsforløpet startet ikke med en prøvebehandling, men samtale om alt som foregikk på hjemmefronten. Astrid spurte Sara om familien hennes. På den måten gav Astrid uttrykk for at hun mente familielivet kunne være betydningsfullt for forståelsen av Sara sine plager. Sara fortalte henne: «Det som egentlig er problemet, er ekteskapet». Sara fortalte at hun opplevde at ektemannen ikke tok hensyn til henne. Han kunne si og gjøre ting for å såre henne med vilje. Ekteskapet var konfliktfylt, og hadde vært det over lang tid. I møte med Astrid kjente Sara seg forstått. Allerede etter deres første møte fikk Sara en trygg følelse, og ble fylt med håp for fremtiden.

Gjennom samtale med Sara og henvisningen fra fastlegen hennes, skjønte fysioterapeuten Astrid at både Sara og hennes fastlege hadde en forståelse av at det var en sammenheng mellom Sara sine smerter og hennes relasjonelle livserfaringer - men at de kanskje ikke hadde vokabular til å koble livsbelastningene til det som foregikk i kroppen til Sara. Astrid tenkte at sammenhengen mellom livsbelastninger, muskelspenning og pust kunne tydeliggjøres gjennom en kroppslig tilnærming.

6.1.2. «Varsomheten har stor verdi»

Astrid hadde etterhvert begynt å spørre Sara om hun kunne legge merke til hva som skjedde i kroppen når hun pratet om det som foregikk hjemme. Astrid formidlet at det er sammenhenger mellom livserfaringer, muskelspenninger og pust. Sammen begynte de å utforske ulike kroppslige tiltak. Astrid hadde gjennomført en psykomotorisk prøvebehandling bestående av bevegelse i ulike utgangsstillinger, og massasje av muskulatur. Den venstre siden av Sara sin kropp hadde vært smertefull over lang tid, men mot slutten av prøvebehandlingen fikk Sara en ny kroppslig opplevelse: for første gang på lenge kjentes venstre og høyre kroppshalvdel mer lik ut.

Da Sara hadde gjennomført vanlig fysioterapibehandling tidligere, fikk hun vondt i kroppen i flere dager etterpå. Hun måtte akseptere at når fysioterapeuten manipulerte kroppen hennes, fikk hun økte smerter. Som følge av det måtte hun ta smertestillende som gav henne fordøyelsesproblemer. Hos Astrid var ting annerledes. Det skjedde mye, både gjennom bevegelse, massasje og samtale, men behandlingen var mye mer forsiktig. Sara kjente at hun hadde fremgang, uten store smerter og hyppige tilbakefall. Astrid var veldig påpasselig med at Sara skulle tåle det som skjedde i behandling. Hun var varsom i sin tilnærming, og opptatt av hvordan Sara opplevde behandlingen, med fokus på det som skjedde der og da. I behandling kunne Sara gi slipp på muskelspenninger, og hun kjente da at temperaturen i kroppen ble endret. Hun fikk en opplevelse av at alt hadde en sammenheng. Astrid bekreftet at behandlingen virket på hele kroppen, og at muskelspenninger henger sammen med blodtrykk, indre organer, og nervesystem, såvel som følelsesliv. I tillegg til å be Sara kjenne etter og etterspørre hennes opplevelser, var Astrid oppmerksom på Sara sitt kroppslige uttrykk. Astrid kunne for eksempel legge merke til at Sara begynte å bli kortpustet når muskulær spenning slapp taket. Astrid hadde tolket det som at hun skulle være mer forsiktig. Hun kunne da endre sin tilnærming, for eksempel fra øvelser med fokus på slipp av muskelspenning, til øvelser med mer fokus på stabilitet. Sara tenkte at varsomheten hadde stor verdi. Hun tålte det som skjedde, og neste gang beveget de seg litt mer fremover.

6.1.3. «Jeg følte meg fanget i min egen kropp»

Gjennom refleksjon sammen med Astrid hadde Sara innsett at hun tidligere hadde vært grenseløs. Hun så tilbake på en hverdag hvor hun tok på seg mye ansvar, og ikke hadde grenser for hvordan hun lot andre påvirke seg. En gang gav Astrid en tråd til Sara, og ba henne om å bruke tråden for å markere en synlig, personlig grense. De utforsket denne grensen i behandlingstimen, og snakket om hva som skjedde i kroppen når grenser overskrides. Sara hadde kjent etter hva hun erfarte i kroppen, og sa at det kjentes ut som om det var hull i grensene hennes. Sara beholdt tråden som representerte grensen hennes. I ulike sammenhenger tok hun den frem fysisk eller i tankene sine for å minne seg selv om å sette grenser, først og fremst i situasjoner som involverte mannen hennes. I behandlingstimen hadde de pratet om situasjoner hvor det oppstod konflikt mellom Sara og ektemannen. Sara beskrev at hun pleide å bli sint i slike situasjoner, og stivne til. Ansiktet hennes ble alvorlig, og hele kroppen ble anspent. Astrid hadde foreslått at noen ganger kunne det være et alternativ å gå bort fra situasjonen. Ikke bli og kjempe, holde ut - men forlate. Det kunne være en forløsning, som også innebar kroppslig bevegelse. Et annet alternativ var å markere grensene sine.

På behandlingsrommet hadde Astrid oppfordret Sara til å skyve og sparke. Astrid holdt en pute foran seg, og Sara skulle bruke kraften sin til å skyve Astrid bort. Astrid kommenterte at Sara holdt igjen, hun brukte ikke hele sin evne. Dette gjorde de flere ganger, og etterhvert klarte Sara å bruke mer kraft. Hun bokset i luften, og brukte kraften i armene sine til å strekke og skyve. Sara hadde sagt at det var godt å kjenne på sin egen kraft, og at hun opplevde det som frigjørende. Sara beskrev at hun hadde følt seg fanget i sin egen kropp. Det var deilig å kunne bruke kraften sin, og å vite at det var greit å sette grenser og passe på seg selv. Astrid hadde beskrevet at når man holder seg tilbake i tanke og handling, holder man seg tilbake kroppslig også. Man klemmer armene inntil kroppen, holder pusten, og kveler sin egen livskraft. I behandling hadde de fått bedre tak i kraften til Sara. Det var ikke bare smerte i den venstre skulderen hennes, det var også kraft. Det var noe som ville ut, noe som ville brukes, noe som ville markere seg. Det oppstod øyeblikk hvor Sara fikk en erkjennelse gjennom en kroppslig opplevelse som gav henne mening, ved å skyve og å kjenne sin egen kraft. Astrid tenkte på dette som gjennombrudd i behandlingen. Astrid var opptatt av sammenhengen mellom det som tenkes og kjennes, og å knytte det til kroppslig erfaring. Det handler ikke bare om å tenke at en er sterk, men å *kjenne* at en er sterk. Astrid oppfordret Sara til ikke å dempe seg, og stilte spørsmål ved om Sara kanskje hadde dempet seg selv for å tilfredsstille sin mann.

Sara sin familie hadde flyttet hit fra et annet land med andre kulturelle forestillinger og normer enn i Norge. Det var vanskelig for ektemannen til Sara at hun begynte å ta høyere utdanning i Norge. Han hadde selv vanskeligheter med å få konvertert sin egen utdanning fra hjemlandet. Hun mestret språket bedre, og klarte bedre å tilpasse seg til en ny situasjon. Det var tøft for ham at Sara klatret forbi ham på et vis. Likevel var det en ting ektemannen hadde som Sara ikke hadde, og det var førerkort. Hun tenkte at kanskje det var best at hun lot være å ta førerkortet. Da var det noe han kunne, og ikke henne. Hun håpet at det ville gi ham mer selvtillit, så han ikke skulle føle seg mindreverdige. Likevel hadde Sara tenkt på at når barna flyttet hjemmefra, ønsket hun å ha muligheten til å kunne besøke dem når hun ville uten å være avhengig av at ektemannen kjørte henne. Hun hadde oppdaget et behov for å bli mer selvstendig, og bestemte seg for å ta førerkortet. Hun bestod førerprøven i starten av 2020. Da Sara fortalte om dette til Astrid oppgav terapeuten at hun ble matt av beundring, og beskrev Sara som utrolig ressurssterk.

6.1.4. «Utrolig at kroppen min ikke falt sammen»

I alle år hadde Sara stått tidlig opp, tatt vare på barna, stelt huset, og laget mat til familien. Det eneste ektemannen hadde bidratt med var å kjøre barna til barnehagen. I andre familier kunne det innebære at mannen vekket barna, stelte dem, gav frokost og pakket, satte dem i bilen og kjørte dem til barnehagen. Slik var det ikke hos dem. Sara hadde gjort alt annet enn selve kjøringen. Hun måtte til og med sette barna i bilen og feste setebeltet, fordi mannen kunne være uforsiktig med beltet. Deretter hadde Sara studert hele dagen. Etter lange dager med studier hadde hun tatt vare på barna og laget mat til familien. Ektemannen hennes foretrakk mat som ikke var særlig barnevennlig, og Sara laget derfor to ulike middager. Ektemannen bidro lite i den travle hverdagen hjemme. Hun kunne spørre ham om hjelp noen ganger, men det var ikke alltid han ville hjelpe. Oftest

gjorde Sara alt selv, for at ektemannen ikke skulle bli irritert. Om kvelden kunne hun endelig legge seg på sofaen for å hvile litt, men hun merket at ektemannen ble irritert om hun lå på sofaen - særlig om hun så på TV-programmer som ikke var fra deres opprinnelige hjemland. På grunn av ektemannens irritasjon hadde hun aldri klart å slappe helt når hun lå på sofaen. Hun fikk aldri hvile.

Astrid hadde satt ord på Sara sine påkjenninger. Hun hadde strevd med å holde hodet over vannet, og å lykkes i et nytt land. Astrid mente at Sara hadde jobbet med bremsene på over tid, ettersom hun hadde vært i varig konflikt med sin mann. Hun gav uttrykk for at det må ha vært veldig tøft for henne. Astrid hadde beskrevet at hun følte at hun satt der med en sliten soldat, og Sara kjente seg igjen i den beskrivelsen. Sara sa at når hun tenkte tilbake på belastningene hun hadde stått i, var det utrolig at kroppen hennes ikke hadde falt sammen. Gjennom samtale med Astrid kom det frem at Sara hadde opplevd store belastninger i livet. Hun hadde over lang tid viet barna sine mye tanker, støtte og omsorg, men hadde tatt mindre vare på seg selv.

Astrid hadde lagt vekt på at Sara skulle kjenne støtte og omsorg i behandlingssituasjonen. I behandling tilrettela Astrid for at Sara kunne kjenne støtte konkret i kroppen. Sara kunne for eksempel lene seg mot veggen for å kjenne støtte utenfra. En gang holdt Astrid på føttene til Sara når hun lå på benken. Sara sa at det var godt, og at hun kunne kjenne at skuldrene slapp litt. Astrid tenkte at det er meningsfullt å kjenne at noen holder deg på det som skal holde deg oppe i livet. Astrid kunne vise omsorg gjennom å legge et teppe over Sara, og oppfordret Sara til å vise seg selv mer egenomsorg i hverdagen. Sara begynte å gå tur for seg selv, og hun begynte å delta i yoga og dans i gruppe. Hun begynte også å hvile mer på sofaen på slutten av dagen. Ektemannen fikk bare si det han ville, og tenke det han ville. Astrid hadde støttet henne i dette.

6.1.5. «Historien knyttet seg til den kroppslige opplevelsen»

Astrid hadde tenkt at det var viktig at Sara fant mening i opplevelsene som oppstod i behandling. Dersom hun gjorde det, ville hun kanskje ta med seg det de jobbet med i behandlingsrommet og bruke det i livet sitt. Astrid tenkte at de gjorde og pratet om ikke ville hjelpe med mindre Sara gikk ut i verden og satte det i handling. I behandling hadde Sara og Astrid utforsket sammenhenger mellom levd liv og kroppslige plager. Sammen med Astrid fikk Sara økt forståelse av sammenheng mellom kroppens uttrykk og reguleringsevne, og sine egne livserfaringer. Sara begynte å sette ord på det hun kjente i kroppen, og gav det mening. Det hun kjente i kroppen kunne knyttes til livet hennes.

I begynnelsen av behandlingsforløpet var den venstre skulderen til Sara preget av smerte, stivhet og ubehag. Når Astrid behandlet skulderen til Sara på benken, eller de utforsket muligheten for å gi slipp på muskelspenning, ble Sara gjerne svimmel og rask i pusten. Astrid gikk derfor svært forsiktig frem, men våget seg gradvis mer frempå med massasje og bevegelser for å øke bevegelsesfriheten i skulderen.

Et halvt år inn i behandlingsprosessen var det noe som endret seg. De kom stadig tilbake til den venstre skulderen, hvor de etterhvert oppdaget at bevegelse kunne utløse følelser av sinne, sorg, savn, ansvar og bekymringer. Ved en anledning hadde Astrid forsiktig beveget skulderen til Sara da hun lå på benken. Sara

hadde følt seg svimmel, og lagt seg over på siden. Da hadde ordene begynt å strømme. Etterhvert som Sara satte ord på sine tidligere livserfaringer, slapp svimmelheten taket. I etterkant hadde Sara følt seg lettet, og lettere i skulderen. Astrid påpekte at det egentlig var to sider av samme sak.

6.1.6. Veien videre: «Hun trenger å stå trygt på beina sine»

De hadde over tid jobbet med at spenningene omkring venstre skulder gradvis kunne slippe, og funksjonen bedres. Sara opplevde bedring. Astrid hadde sagt at behandlingen kunne være hjelp til selvhjelp, og det ble Sara sitt mål. Sara hadde tenkt at behandlingsprosessen var både givende og nødvendig, men samtidig kjente hun på tristhet over at situasjonen hadde blitt slik at hun trengte hjelp i utgangspunktet. Hun begynte å tenke at det hadde vært tilfredsstillende å ikke måtte komme like ofte til behandling. Da ville hun kjent at hun hadde tatt tak i problemet. Astrid og Sara hadde gradvis redusert hyppigheten på behandlingstidene over de siste månedene. De snakket om å redusere til en behandlingstime i måneden, og om muligheter for behandling i gruppe. Sara likte å gjøre ting i gruppe sammen med andre, og tenkte at det ville gi henne en god følelse. Målet hennes nå var å komme dit.

Samtidig reflekterte Astrid over at Sara hadde en konfliktfylt situasjon i form av forholdet til ektemannen, som opprettholdt en slags spenning. Konflikten hadde roet seg litt for øyeblikket, men lå der i bunn. Astrid hadde tenkt at ettersom kroppen er uttrykk for levd liv, og følelser reguleres med muskelspenninger, var det mulig at smertene og plagene ikke kunne slippe helt før konflikten var løst. Det betydde ikke at behandling var nytteløst, men at behandlingsprosessen var i tett sammenheng med hvordan en hadde det med seg selv og andre i livet. Astrid tenkte at de var på riktig vei, og at Sara trengte mer støtte for å komme videre. Hun trengte å erfare å stå trygt på beina sine, slik at det kunne bli tryggere for henne å gi slipp.

7. Drøfting

I dette kapittelet utforskes det hvordan møtet mellom teoretiske perspektiver og empirisk materiale utviklet fra en psykomotorisk behandlingsprosess, kan åpne opp for ny forståelse av meningsdannelse i et psykomotorisk behandlingsforløp. Drøftingen er tematisk, og er tematisert i de samme seks narrative fasene som fortellingen er strukturert i. Overskriftene består av det utvalgte sitatet for hver fase, samt en presisering av hva som tematiseres.

7.1. «Her kjenner jeg meg trygg»: Felles utforskning i meningsskapende dialog

Den første narrative fasen består av det første møtet mellom Sara og Astrid. Som nevnt er forholdet mellom fysioterapeut og pasient et asymmetrisk forhold, kjennetegnet av ulikhet i makt og kompetanse. Dette kan blant annet komme til uttrykk i den innledende samtalen i

fysioterapibehandling, som oftest er preget av at fagpersonen styrer samtalens utvikling ved å innlede og avslutte temaene som diskuteres. På denne måten formidler fysioterapeuten implisitt hva hun anser som viktig eller uviktig, relevant eller irrelevant. I dette tilfellet fremgår det av informantenes erfaringsbeskrivelser at Astrid viste interesse for Sara sine livserfaringer og hennes oppfatninger om sine helseplager. Gjennom å oppfordre til en felles utforskning av hva som kan ligge bak helseplagene, åpner Astrid opp for pasientens erfarings- og kunnskapsverden. Det innbys til et samarbeidsklima og en relasjon hvor Sara sine opplevelser og vurderinger tillegges verdi.

Det fremkommer at Sara selv løftet frem sin migrasjonsbakgrunn og en pågående relasjonell konflikt til ektemannen når hun forklarte Astrid om bakgrunnen for sine helseplager. Hun formidler med dette en forståelse av sine plager som knyttet til belastende livserfaringer i både fortid og nåtid. Både Sara og Astrid synes å snakke ut fra et perspektiv som kan beskrives som en «livsverden-stemme». Begrepet «livsverden-stemme» viser til den umiddelbare måten vi er i og oppfatter verden på, i motsetning til medisinstemmen som refererer til en medisinsk faglig tanke- og fortolkningsverden der hovedvekten ligger på beskrivelser av objektive, fysiske trekk (Thornquist, 2009, s. 110). Det etableres med dette allerede en fellesforståelse mellom fysioterapeut og pasient, som danner et grunnlag for videre samarbeid gjennom meningsskapende dialog.

Både fastlegen og Sara knytter utvikling av smerte til tidligere livserfaringer, men det fremstår som at det er et manglende samsvar mellom det Sara opplever i øyeblikket og det sykdomsfortellingen hennes handler om – «*det er ekteskapet som er problemet*». Astrid påpeker at både Sara og hennes fastlege har en teoretisk forståelse av at det er et samspill mellom kropp og følelsesliv, men mener at det er behov for kroppslige erfaringer for å utvikle en reell forståelse av dette samspillet. Et mål ved psykomotorisk behandling er å utvikle kontakt med kroppens reaksjonsmåter, og en opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser (Thornquist & Bunkan, 1986). Dette lar seg ikke oppnå gjennom utveksling av ord, det må erfares og utvikles kroppslig.

7.2. «Varsomheten har stor verdi»: Oppdagelser gjennom kroppslig handling og samhandling

I denne narrative fasen fremheves betydningen av varsomhet i Astrid sin tilnærming til Sara. Astrid er oppmerksom på Sara sine reaksjoner, også i form av kroppslige uttrykk og tilsvar. Endringer i respirasjon og autonomt innerverte kroppsfunksjoner behandles som indikatorer på hvordan pasienten har det, og er avgjørende for hvordan terapeuten regulerer samspillet. Astrid behandler kroppen som uttrykksfull, og forholder seg aktivt til samspillet mellom kroppslige og verbale uttrykk. I et kroppsfenomenologisk perspektiv vil måten pasient og fysioterapeut samhandler på, både kroppslig og verbalt, formidle respekt og anerkjennelse, eller det motsatte. Samhandlingen vil bidra til å prege aktørenes erfaringer, tilstand, selvfølelse og deltakelse (Thornquist, 2012, s. 160).

Gjennom å vise oppmerksomhet og sensitivitet for Sara sine reaksjoner, og å invitere henne til å være en aktiv deltaker, bygger Astrid opp til at Sara kan være et handlende subjekt i behandlingssituasjonen. Dette står i tydelig motsetning til Saras beskrivelser av tidligere behandlingssituasjoner hos andre fysioterapeuter. Sara beskriver at hun måtte finne seg i at den tidligere fysioterapeuten gjorde hva han ville med henne, smerteuttrykket hennes ble oversett. Kroppen hennes beskrives som et objekt som ble manipulert av andre uten at hun var aktivt deltakende i situasjonen. Om virkeligheten presenteres på en måte som ikke inviterer den andre til å delta vil dette være et etisk problem, ikke bare fordi en ikke åpner for medbestemmelse og individuelle rettigheter. Å møte den andre på en slik monologisk måte rammer mennesker direkte inn i vår eksistens, følelsesmessig, tankemessig og handlingsmessig (Bøe & Thomassen, 2017; Schibbye, 2009). Om det ikke blir gitt åpning for en persons tanker, følelser og handlinger som ønskede og velkomne svar, gis det heller ikke åpning for hennes tilblivelse som subjekt, person og menneske. I forståelsen av dialog og relasjon som grunnleggende for menneskelig tilblivelse, vil det å bli møtt med ytringer som ikke gir plass for respons kunne ramme selve eksistensen (Bøe & Thomassen, 2017, s. 44). Dermed settes vår eksistens på spill i det dramaet som mellommenneskelige møter utgjør.

7.3. «Jeg følte meg fanget i min egen kropp»: Fra tilbakeholdelse til selvutfoldelse

Sara sin væremåte og holdning i starten av behandlingsforløpet beskrives som preget av tilbakeholdelse. Fysioterapeuten konfronterer Sara med at hun holder seg tilbake i både tanke og handling, og synliggjør med dette en habituell væremåte hos Sara. Utforskning av bevegelse skaper rom for refleksjon over betydningen av vanemessige bevegelsesmåter, og

flytter fokuset fra den biologiske kroppen, til den erfarende, meningsbærende kroppen. Når Astrid stiller spørsmål ved om Sara har dempet seg for å tilfredsstille sin mann, knytter hun Sara sin tilbakeholdenhet i behandlingssituasjonen til hverdagslivets relasjoner.

Braatøy mente at normer preges inn i individet og blir en del av individets biologi (Sviland et al., 2007). Tenkningen samsvarer med en fenomenologisk forståelse av kroppen som uttrykk for levd liv, og kan knyttes til sosiale og kulturelle erfaringer og forestillinger - deriblant forestillinger om kjønn. I sine beskrivelser av jenters bevegelsesmønster i et fenomenologisk perspektiv, fremhever amerikansk statsviter og filosof Iris Young (1980) at kvinner ikke utnytter kroppens muligheter med hensyn til bruk av kraft og bevegelse i rommet. Hun mener med dette at kvinner bremser og holder tilbake sitt utadrettede engasjement i verden (Young, 1980). Tilbakeholdenheten sees i sammenheng med en tendens til å objektivisere og seksualisere kvinner, samt sosiale forestillinger og forventninger knyttet til kjønn. Young sine beskrivelser av jenters bevegelser som tilbakeholdt og halvhjertet, sammenfaller med beskrivelsen av hvordan Sara holder seg tilbake og ikke bruker sin kraft når hun skal skyve i behandlingssituasjonen. Det er nærliggende å tenke seg at når det umiddelbare engasjementet i verden bremses, kan det oppstå forhold som kan være sykdomsskapende over tid (Thornquist, 2009, s. 228). En kan anta at en holdning som er blitt rigid av okkuperende normer vil gi lite rom for pust og bevegelse, og at friheten i forhold til omgivelsene hemmes (Sviland et al., 2007).

Med tiden endres oppfatninger og idealer, og dermed forventningene til den enkelte. Forventninger og forestillinger knyttet til det kvinnelige kjønn har endret seg betydelig i vesten over de siste tiår. Forventninger til kjønn varierer også fra kultur til kultur, og en kan tenke seg at amerikanske forhold beskrevet av Young er annerledes enn norske. Likevel finnes også nyere forskning gjennomført ved Høgskulen på Vestlandet, som tyder på at jenter i barnehagealder i Norge er mindre utfordrende og intense i sine bevegelser enn jevnaldrende gutter (Pedersen, 2019). Jentene beveger seg roligere, bruker mindre plass, og uttrykker seg mer verbalt sammenlignet med guttene i studien. Funnene i denne studien begrunnes med at vi fra tidlig alder har ulike ubevisste forventninger til jenter og gutter, og at de ulike forventningene trolig fører til at barnas opplevde mulighetsrom for lek og bevegelse følger forskjellige mønster (Pedersen, 2019, s. 61). Barnas forståelse av egne handlingsmuligheter henger sammen med deres erfarte forventninger, og er et eksempel på hvordan sosiale forskjeller, kulturelle verdier og idealer ureflektert blir en del av vår kropp og væremåte.

Holdningsstrukturer i en person formes gjennom sosialt samspill, og mennesker blir seg selv bevisst med hele kroppen (Sviland et al., 2007).

Sara har migrert hit fra et ikke-vestlig land, hvor stereotypiske syn på kjønnsroller kan være mer gjeldende enn i Norge. Til tross for at Sara og hennes familie har flyttet bort fra sitt hjemland, bærer mennesker alltid med seg kulturelt pregede verdier og erfaringer, og minner fra tidligere handling og samhandling. Erfaringer og handlinger blir ikke bare tanker, forestillinger og mentale minner, men en del av vår kroppslighet. På denne måten avleires erfaringer i kroppen, og farger og former fremtidig persepsjon og handling (Thornquist, 2009, s. 195). Selv om Sara har flyttet fra sitt hjemland og lagt bak seg fortidige hendelser og erfaringer, kan de aldri tilintetgjøres. De blir med videre i livet, i forskjellig form og på forskjellig måte. Valgene som Sara tar er tilsynelatende autonome handlinger, men reflekterer både hennes fortid og samtid – preget av strukturer, normer, og verdier som kjennetegner tid og samfunn.

Den narrative utviklingen fra tilbakeholdelse til selvtutfoldelse synliggjøres ytterligere gjennom at Sara tar førerkortet. Dette hadde hun tidligere ikke villet gjennomføre, av hensyn til sin ektemann. Astrid roser henne for å ta førerkortet, på tross av at Sara uttrykker at å være den eneste i familien med førerkort er av betydning for ektemannens selvfølelse og identitet. Det blir tydelig at Astrid verdsetter andre holdninger hos Sara, og oppfordrer til andre handlinger, enn Sara sin ektemann har gjort. Sosial verdsetting er knyttet til mange forhold, som økonomi, sosial og kulturell kapital så vel familiebakgrunn, sosiale nettverk, utdanning og arbeid (Thornquist & Kirkengen, 2020). I Sara sitt ekteskap har et tradisjonelt kjønnsrollemønster vært gjeldende. Sara har hatt hovedansvar for hjem og barn, og det er rimelig å anta at overgangen hennes til økt yrkesaktivitet og mindre arbeid i hjemmet har utfordret forsørgerrollen til ektemannen. I fortellingen gir Astrid uttrykk for sosial verdsetting av andre forhold og egenskaper enn hva Sara er vant til hjemme. I et samfunn som vektlegger individualisme og valgfrihet, aktualiseres spørsmål om hva Sara viser frem for å bli sosialt verdsatt av Astrid. Det fremkommer av fortellingen at Astrid oppfordrer Sara til å ikke dempe seg, tillate seg å hvile på sofaen i stedet for å gjøre husarbeid, og å ta førerkortet. Ut fra en forståelse av fagutøvelse som sosial praksis, overføres sosiale og kulturelle verdier mellom Astrid og Sara i behandlingssituasjonen. Det er grunn til å stille spørsmål ved hvordan og i hvilke retning Astrid styrer Sara sin oppmerksomhet ved hva hun selv tillegger vekt og verdi - og hvilke konsekvenser dette kan ha for Sara sin selvforståelse, og hennes familieliv.

Igjen fremheves makten fysioterapeuten har i samhandlingssituasjonen. Makt kan brukes til å fremme pasientens deltakelse og selvstendighet, deres livsmot, selvrespekt og tro på egne krefter. Imidlertid er det som Løgstrup påpeker en etisk fordring knyttet til selvdannelsen som forekommer i mellommenneskelige møter (Bøe & Thomassen, 2017, s. 55). Når vi tillitsfulle utleverer oss selv til hverandre, er vi ytterst sårbare fordi det er mye som står på spill.

Anerkjennelse og respekt for det fremmede i pasienten, «urørlighetssonen», er sentralt. Det krever at terapeuten er innstilt på å følge pasientens særegne uttrykk i bevegelser, pust og språk, for å bli kjent med og derved kunne påvirke henne i sin utvikling. Sviland et al. (2007) påpeker at det språket vi fører kan bidra til at pasienten finner sin holdning med utgangspunkt i seg selv, her og nå:

«Ikke frigjort fra enhver sosialisering eller kulturell påvirkning, men med litt mer distanse til normer som har hatt et okkuperende preg, og litt større frihet til å velge sin egen eksistens eller holdning.»

Men dersom en holdningsomstilling berører det eksistensielle i menneskers forhold til seg selv og andre, risikerer behandlere også å prege pasienter med nye, okkuperende normer (Sviland et al., 2007). Refleksjon rundt egne holdninger, respekt for den andre, og varsomhet i terapeutens tilnærming fremstår avgjørende for å forhindre dette.

7.4. «Utrolig at kroppen min ikke falt sammen»: Fra omsorg til egenomsorg

Fortellingen om hvordan Sara har stilt opp for familien i alle år, og hva det har kostet henne, blir et uttrykk for hvordan Astrid og Sara sammen gir mening til de kroppslige plagene, livet og tilværelsen til Sara. Det fremstår som om Astrid forstår Sara sine kroppslige symptomer, tegn og uttrykk som ordløse fortellinger om hennes liv. Sara sine helseplager beskrives som uløselig sammenknyttet med hennes livssammenheng og relasjonserfaringer. Når Sara ser sin smerte i forbindelse med de spesielle forhold som har formet hennes tilværelse, utvikles det en virkelighetsforståelse og fortolkningsramme gjennom samhandling med Astrid.

Den enkeltes liv, med tanker, følelse, bevegelser og uttrykksfullhet, kan beskrives som svar til livet og andre i livet (Bøe & Thomassen, 2017, s. 43). Fra første stund i livet fødes vi inn i et

samspill av uttrykk og bevegelser som vekker nye uttrykk og bevegelser hos dem i vår umiddelbare nærhet. Grunnlaget for måter å være sammen med andre utvikles allerede fra spedbarnsalder av, og det er bred enighet om at negative relasjonserfaringer gjør den enkelte sårbar for belastninger senere (Thornquist & Kirkengen, 2020). Sara sin barndom og oppvekst omtales ikke i fortellingen. Derimot får en et lite innblikk i den sosiale dynamikken innad i Sara sin familie, hvor hun har rollen som mor, ektefelle, og omsorgsgiver. I tillegg beskrives det at Sara har hatt påkjenninger i forbindelse med migrasjon til Norge, og at hun har ønsket å skåne barna for belastninger. Gjennom fortellingen kommer det til syne erfaringer som har preget Sara sin selvforståelse, og i fortellingen om familielivet hennes uttrykkes det et fravær av anerkjennelse fra hennes nærmeste.

Astrid derimot, anerkjenner og setter ord på det harde arbeidet og innsatsen Sara har lagt ned som omsorgsgiver i familien. Gradvis virker det som om Sara i større grad ser seg selv gjennom Astrid sine øyne, og oppdager nye muligheter for å uttrykke seg selv i forhold til andre. Mennesker forstår seg selv i lys av andres reaksjoner og væremåter (Sviland et al., 2007). Det er rimelig å anta at Astrid sin anerkjennelse bidrar i utvikling av Saras oppfatning av seg selv og hennes livsfortelling. Gjennom reaksjoner fra andre mennesker bygger vi opp et bilde av hvem vi er. Å anerkjenne seg selv forutsetter anerkjennelse fra andre, slik selvrespekt vokser frem av å bli møtt med respekt. Hvordan helsepersonell forholder seg til dem de møter er avgjørende for hvordan den enkelte ser på og vurderer seg selv – og derigjennom avgjørende for deltakelse, og hva de ønsker, tør og har glede av å engasjere seg i (Thornquist, 2009, s. 199). Gjennom å åpne for at pasienter deler fra sin opplevelsesverden kan terapeuten ubetingede aksept gi pasienten muligheter til å uttrykke seg, og gradvis godta seg selv som verdifull (Gretland, 2007, s. 92).

Gjennom den psykomotoriske behandlingen får Sara en opplevelse av hvordan kraft, omsorg og støtte kan erfares kroppslig. Sara får bruke og kjenne sin kraft og styrke i direkte samhandling med Astrid. De kroppslige erfaringene settes i fokus for samhandlingen, og kroppslige reaksjoner og fornemmelser løftes frem. En forståelse av at bevegelsesmåter og kroppsholdning er uløselig knyttet til hvem vi er og føler oss som, tilsier at de kroppslige erfaringene kan virke inn på hvordan Sara forstår seg selv. Kanskje bidrar disse erfaringene til utvikling i Sara sin forståelse av seg selv, og danner grunnlaget for at hun i større grad begynner å oppfatte seg selv som en sterk person som fortjener å bli ivaretatt og ta imot omsorg fra seg selv og andre? At Astrid viser Sara omsorg i behandlingssituasjonen fremstår

avgjørende for at hun begynner å vise seg selv omsorg. Det kan fremstå som om Sara er i en prosess hvor hun gjør terapeutens holdning til sin egen. Gjennom å internalisere terapeutens omsorg til egenomsorg, kan nye trekk inkorporeres i hennes utviklende identitet (Sviland et al., 2018). Gjennom samhandling med Astrid oppdager Sara nye måter å forstå seg selv og sin historie på, og hun internaliserer en forestilling om seg selv som en sterk, støttende og omsorgsfull person - som også fortjener anerkjennelse, støtte og omsorg tilbake fra sine omgivelser.

7.5. «Historien knyttet seg til den kroppslige opplevelsen»: Fortiden kommer til uttrykk i nåtid

Astrid arbeider terapeutisk med å løse opp for tilbakeholdelse med muskulære grep, bevegelse og samtale. Hun gir uttrykk for at hun forstår kroppslige tilnærminger og berøring i psykomotorisk behandling som en måte pasienten kan komme i kontakt med egen kropp og egne følelser på. Gjensidighetsforholdet mellom kropp og opplevelsesverden innebærer som nevnt at påkjenninger og erfaringer uttrykkes og nedfelles i kroppen, men også at man gjennom kroppslige tilnærminger kan gjøre noe med andres følelsesliv (Thornquist, 2009, s. 277). Astrid fremhever at savn, minner og tilbakeholdte følelser kan vekkes til live gjennom kroppslige tilnærminger. I fortellingen skapes det mening gjennom at kroppens uttrykk og autonome reaksjoner i nåtid, knyttes til Sara sine tidligere livserfaringer og følelsesuttrykk. Tilbakeholdte reaksjoner fra fortiden knyttes til nåværende muskulær spenning og bremset respirasjon.

Denne muskulære spenningen kan sees som et muskulært baklåsfenomen beskrevet av Braatøy, hvor tilbakeholdelse i bevegelse og pust bremser uttrykk, og holder både følelser og minner på avstand (Sviland et al., 2012). “Opprinnelig er ord og bevegelse ett,” mente Braatøy (1948, i Sviland et al, 2010). Derfor henger tilbakeholdelse av ord sammen med tilbakeholdelse i bevegelse og pust. Når erindring om inntrykk tilbakeholdes i muskulær konflikt, må ordene bevege pasienten for å virke frigjørende. Fastlåste bevegelser er knyttet til fastlåste forestillinger, bundet av muskulær spenning. Behandling gjennom ord har potensiale til å utløse bevegelse og affekt, og behandling gjennom muskulær omstilling har potensiale til å utløse affekter, ord - og endre forestillinger.

I behandlingserfaringen som beskrives mot slutten av denne narrative fasen, har det oppstått samhandling som kan tolkes som en fortelling i utfoldelse. Handlingen tar form som en dramatisk fremstilling, og det oppstår et betydningsfullt øyeblikk mellom deltakerne (Mattingly, 1998).

«Ved en anledning hadde Astrid forsiktig beveget skulderen til Sara da hun lå på benken. Sara hadde følt seg svimmel, og lagt seg over på siden. Da hadde ordene begynt å strømme. Etterhvert som Sara satte ord på sine tidligere livserfaringer, slapp svimmelheten taket. I etterkant hadde Sara følt seg lettet, og lettere i skulderen. Astrid påpekte at det egentlig var to sider av samme sak.»

Hendelsesforløpet struktureres i et plott, gjennom at erfaringer forbindes og struktureres i en temporal utviklingssammenheng. Astrid sin behandling av Sara sin skulder på benken fører til en reaksjon i form av svimmelhet. Denne reaksjonen fører til at Sara reflekterer over, og forteller Astrid, om tidligere erfaringer. Dermed knyttes Sara sin fortidige livshistorie til erfaringen i øyeblikket. Den verbale og kroppslige samhandlingen mellom fysioterapeut og pasient gir mening til øyeblikkets erfaring av bevegelse, pust og følelsesuttrykk. Eksempelet viser til en praksis som er basert på at kroppen forteller; kroppen er et historisk fenomen med en form for hukommelse. Ut fra en slik tenkning er berøring alltid en tilnærming til den andres livshistorie. Berøring i behandlingssituasjoner kan være behagelig, men også oppleves ubehagelig, overveldende eller invaderende. Igjen fremheves betydningen av åpenhet og varsomhet i møte med den andre. Astrid fremstår årvåken ovenfor Sara sin tilstedeværelse i behandlingssituasjonen, og etterspør hennes opplevelser. Hun er sensitiv for hva Sara meddeler med ord og kroppslige reaksjoner. Astrid gir med dette uttrykk for en forståelse av at livserfaringer både innskrives og uttrykkes kroppslig. Med et slikt kroppssyn oppheves det tradisjonelle skillet mellom den talende subjektet og den tause kroppen.

I hendelsesforløpet kommer det frem at å gi slipp på muskulær spenning vekker affekt og frembringer fortellinger fra fortiden hos Sara. Den muskulære behandlingen fremstår avgjørende for at dette skjer, og at Sara deretter setter ord på sine nåtidige og fortidige opplevelser sammen med Astrid fremstår betydningsfullt for utvikling i behandlingsprosessen. Fortellingen gir ikke innsikt i hvilke erfaringer Sara erindrer og forteller om, denne informasjonen forblir mellom Sara og Astrid. En kan anta at både tid og tillitt er avgjørende for den komplekse erindringsprosessen som finner sted. Astrid beskriver episoden som et slags vendepunkt i behandlingen, ved at Sara sin livshistorie knyttes til hennes nåværende opplevelse gjennom kroppslig erfaring og uttrykk. Det fremstår som om

den kroppslige erfaringen gjorde det mulig for Sara å oppdage sammenheng mellom fortidige livserfaringer og nåværende sanseopplevelser. Refleksjon og samtale om sanseopplevelser i øyeblikket, gjør det mulig å forstå fortiden og nåtiden på nye måter (Sviland et al., 2018). Behandlingen fører til bevegelse, som igjen skaper bevegelse i Sara sin narrative identitet.

7.6. «Hun trenger å stå trygt på beina sine»: Økt selvstendighet - i kroppen og i livet
Mot slutten av fortellingen beskrives behandlingen som en hjelp til selvhjelp. Sara beskriver et ønske om å komme sjeldnere til behandling og muligheter for gruppebehandling. Astrid beskriver at Sara trenger mer støtte for å komme videre i behandlingsprosessen. Når Astrid påpeker at støtte er viktig på Sara sin vei mot økt selvstendighet, kan dette tolkes som konkret støtte i kroppen - å være selvstendig betyr jo bokstavelig talt å kunne stå selv.

Plottet i fortellinger kjennetegnes av en bevegelse mellom det vedvarende og det foranderlige, mellom harmoni og dissonans, og mellom det forventede og uforventede. På lignende måte kjennetegnes den psykomotoriske behandlingen av en balanse mellom omstilling og stabilisering. Det skilles tradisjonelt mellom tiltak av støttende eller inngripende karakter, som refererer til hvordan behandlingen griper inn i pasientens forsvar og kroppslige selvregulering (Gretland, 2007, s. 88). Holdningsomstillingen i psykomotorisk fysioterapi innebærer å fremme en kroppsholdning som er stabil og samtidig fleksibel, og det er en grunnleggende antagelse at en dynamisk strekk i beina utløser en inspirasjonsbølge som åpner brystkassen slik at det blir lettere å holde seg oppe mot tyngdekraften (Sviland et al., 2007). Bedret fotfeste og bakkekontakt er sentralt. Å etablere god kroppslig forankring - *å stå støtt på egne bein* - anses som en forutsetning for fri funksjon (Thornquist & Kirkengen, 2020, s. 138). Tiltak av støttende karakter innebærer et sikte mot økt selvavgrensning, sikrere identitetsopplevelse og økt samhandlingsmulighet – at pasienten får grep om seg selv og godt fotfeste i livet (Gretland, 2007, s. 89). Når holdningen preges av ustabilitet og manglende hold, er det de støttende og stabiliserende funksjonene den psykomotoriske fysioterapeuten vil stimulere.

I behandling legger Astrid til rette for at Sara skal få kroppslige erfaringer hvor hun erfarer seg selv som sterk og stødig. På slutten av fortellingen fremkommer det at Astrid mener at det er nødvendig for Sara å stå støtt for at hun skal kunne gi slipp. Hva Astrid mener at Sara bør gi slipp på vites ikke. En mulig tolkning er muskelspenninger omkring venstre skulder, en

annen mulig tolkning er deres pågående behandlingsrelasjon, og en tredje er det konfliktfylte forholdet Sara har til sin ektemann. Astrid hevder at så lenge Sara forblir i en konflikt, kan dette bidra til at plagene hennes ikke kan slippe. Det er rimelig å anta at Astrid mener at Sara sin konflikt med ektemannen bidrar til at plagene hennes opprettholdes. Kanskje er det imidlertid ikke hva Astrid mener at Sara skal gi slipp på som er relevant i denne sammenhengen, men den økte *muligheten til å kunne gi slipp*. Dersom okkuperende normer og fastlåste reaksjonsmønstre begrenser mulighetene for tilpasning til tyngdekraft og omgivelser, vil frihet i bevegelse og pust gi mulighet til å samhandle med omgivelsene på nye måter. Dette kan i så fall skape mangfoldige nye handlingsmuligheter for Sara i fremtiden.

7.7. Avsluttende analytiske refleksjoner

Min fortelling om Astrid og Sara avsluttes med dette, men deres behandlingsprosess fortsetter. Terapeutiske fortellinger og livsfortellinger er sammenflettet, og i et narrativt perspektiv kan terapifortellinger beskrives som en novelle som omslutes av pasientens livsfortelling (Mattingly, 1998, s. 23). I levd liv er slutten åpen, Sara og Astrid kan være ved en ny begynnelse selv om min fortelling er slutt.

Dette prosjektet har siktet mot å besvare følgende forskningsspørsmål:

- *Hvilken meningsbærende fortelling om en behandlingsprosess kan analyseres frem på grunnlag av en fysioterapeut og en pasient sine uttrykk og retrospektive erfaringsbeskrivelser?*
- *Hvordan kan denne fortellingen bidra til å utvikle innsikt i intersubjektive prosesser som foregår i psykomotorisk fysioterapibehandling?*

Det første spørsmålet besvares gjennom resultatet av analysen. Det andre spørsmålet utforskes nærmere gjennom at resultatet drøftes i lys av prosjektets teoretiske perspektiver. Drøftingen løfter frem hvordan intersubjektiv samhandling i psykomotorisk fysioterapibehandling gir mulighet for bedring, meningsdannelse, og ny selvforståelse. Kroppslig erfaring, anerkjennelse og meningsskapende dialog driver frem utvikling i behandlingsprosessen, og varsomhet fremtrer som et avgjørende element. Min tolkning er at potensialet ved det

mellommenneskelige aspektet ved psykomotoriske behandlingsforløp fremheves, gjennom at nytt rom for livsutfoldelse skapes gjennom kroppslig og verbal samhandling. Ny forståelse av sammenhenger og ny erfaring kan endre det fastlåste, og gi bedre betingelser for menneskelig eksistens. En slik tenkning er forenlig med å utvikle teorigrunnet for psykomotorisk fysioterapi videre i eksistensiell retning.

Overnevnte funn samsvarer i stor grad med funn fra tidligere utført forskning innen det psykomotoriske fagfeltet som ble nevnt innledningsvis. Imidlertid har dette prosjektet siktet mot å belyse samhandlingen i psykomotorisk fysioterapi på en måte som er lite utforsket tidligere. Ved å holde et gjennomgående fokus på samhandlingen mellom psykomotorisk fysioterapeut og pasient i hele prosjektets utforming, fra teoretiske perspektiver til metodisk tilnærming, analyse og drøfting, utforsker prosjektet den mellommenneskelige samspillsdynamikken i psykomotorisk fysioterapi. Det er verken fysioterapeuten eller pasienten sin individuelle fortelling som trer frem, men en fortelling om dem begge - i samspill med hverandre.

Avslutningsvis vil jeg løfte frem hvordan arbeidet med prosjektet belyser en forståelse av det psykomotoriske behandlingsforløpet som en *bevegelse gjennom tiden*. Både fortid, nåtid og fremtid flettes inn i fortellingen på ulike måter. Det kan hevdes at samhandlingen i det psykomotoriske behandlingsforløpet *åpner tiden* - og byr på mulighet for utvidet forståelse av hvordan ulike tidsdimensjoner spiller inn i psykomotoriske behandlingsprosesser, og kan virke inn på pasienters meningsdannelse og selvforståelse.

Den verbale og kroppslige samhandlingen mellom behandler og pasient kan altså beskrives som en bevegelse i tid, og samspillet åpner *nåtiden, fortiden og fremtiden* på følgende måte:

Samhandlingen som oppstår i øyeblikket åpner *nåtiden* når fysioterapeuten og pasienten deler opplevelser og henvender seg til hverandre, og sammen trer inn i øyeblikket som aktive deltakere i det kroppslige erfarende her og nå.

I kroppslig og verbal samhandling som bringer frem tidligere erfaringer og minner, åpner *fortiden* seg. Fortiden uttrykkes i nåtid gjennom kroppslige reaksjoner og væremåter. Pasientens livshistorie knyttes til nåtiden gjennom meningsdannelse og erkjennelse av sammenhenger i møte med kroppslige erfaringer i øyeblikket. Sammen

med fysioterapeuten gis pasienten en anledning til å forstå fortiden og nåtiden på nye måter – og får en endret forståelse av seg selv.

På denne måten sees også *fremtiden* på nye måter. Gjennom at nye handlingsmuligheter åpner seg i nåtid, endrer utsiktene for fremtiden seg.

Gjennom samhandlingen mellom fysioterapeut og pasient utvikler det seg nye måter å forstå hendelser som har skjedd i fortiden, utvidet forståelse av nåtidens opplevelse, og nye muligheter for fremtiden. Samhandlingen som utspiller seg i dette behandlingsforløpet involverer med andre ord aspekter som griper inn i vår menneskelige eksistens. Et narrativt perspektiv bidrar til en forståelse av det dialogiske samspillet i psykomotoriske behandlingsprosesser som åpnende for tiden. Fortellingen og drøftingen belyser tidens kroppslighet, og fremhever potensialet ved intersubjektiv samhandling som utspiller seg i norsk psykomotorisk fysioterapi.

8. Metodiske refleksjoner

Dette prosjektet har fulgt grunnlagsprinsipper for kvalitativ forskning i form av vitenskapsteoretiske forutsetninger for systematisk og refleksiv kunnskapsutvikling, ved at prosessen er gjort tilgjengelig for innsyn og utfordring. Resultatene drøftes og deles med andre, med sikte på overførbarhet utover den lokale kontekst der studien er gjennomført. Overførbarheten til resultatet er imidlertid overførbarhet på begrepsnivå, heller enn overførbarhet på populasjonsnivå (Malterud, 2002). Et enkeltstående narrativ er ikke ment til å være instruerende for handling i nye sammenhenger eller terapisisituasjoner, imidlertid kan innsikt fra slike fortellinger gi mulighet for ny tenkning og refleksjon (Sviland et al., 2018).

Generelle kvalitetskriterier knyttet til relevans, troverdighet og overførbarhet er løftet frem, men det bør også poengteres at en narrativ tilnærming tilbyr kreativitet og nytenkning. På den måten utfordrer narrative tilnærminger et rådende syn på vitenskapelighet. I helsefaglig forskning har kvantitative tilnærminger tradisjonelt vært dominerende. Forestillinger om et forskningshierarki der kvalitativ forskning har vært ansett som mindreverdige har vært rådende (Thornquist, 2018, s. 244). Innen psykomotorisk fysioterapi har det blitt etterspurt flere kvantitative studier som kan si noe om behandlingseffekt, med mål om å i større grad bli tatt

på alvor i helse-hierarkiet (Lindvåg, 2018). En slik fremstilling av forskningstilnæringer gir grunn til å stille spørsmål ved hva som anses som vitenskapelig i en fysioterapifaglig kontekst. Spørsmålet dreier seg ikke om praksis og praksisutvikling bør være evidensbasert, men hva som regnes som gyldig evidens, og hvilken form for kunnskap som innlemmes i evidensbegrepet.

Det trengs et bredt repertoar av erkjennelseperspektiver for å utforske og dokumentere ulike sider av den helsefaglige virkeligheten (Malterud, 2002). Liv og død, smerte, meningsdannelse, samhandling og identitet er sammensatte fenomener som vanskelig lar seg tallfeste. Slike fenomener stiller et tradisjonelt helsefaglig erkjennelsesgrunnlag ovenfor store utfordringer. Det er behov for vitenskapelige tilnæringer som anerkjenner at dynamiske prosesser knyttet til helse og sykdom utformes spesifikt hos det individuelle mennesket, som befinner seg i en sosiokulturell sammenheng (Malterud, 2002). Narrativ forskning søker å belyse dybde og kompleksitet ved levd liv. Det er en tilnærming som gjør det mulig å benytte seg av praksisnære kilder til informasjon for å utvikle komplekst og erfaringsnært forskningsmateriale. Å synliggjøre sentrale sider ved kunnskapen som viser seg i praksis gjennom å dokumentere faget på måter som synliggjør fagutøvelsens særpreg, er avgjørende for at yrkesgruppene i helsesektoren skal forsvare sin rolle som offisielt anerkjente og profesjonelle fagutøvere (Thornquist, 2018, s. 255). Jeg håper at mitt arbeid kan anses som et innovativt forsøk på å bidra til videreføring av narrativ tenkning i norsk psykomotorisk fysioterapipraksis. Forhåpentligvis kan prosjektet synliggjøre narrativ forskningstilnærming som et verdifullt teoretisk verktøy som gir mulighet for innsiktsfulle analyser, og danne grunnlag for nye spørsmål og innfallsvinkler i videre forskning.

Referanseliste

- Ahlsen, B., Bondevik, H., Mengshoel, A. M. & Solbrække, K. N. (2014). (Un)doing gender in a rehabilitation context: A narrative analysis of gender and self in stories of chronic muscle pain. *Disability & Rehabilitation*, 36(5), 359-366. <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.793750>
- Ahlsen, B., Mengshoel, A. M., Bondevik, H. & Engebretsen, E. (2017). Physiotherapists as detectives: investigating clues and plots in the clinical encounter. *Medical humanities*.
- Ahlsen, B., Mengshoel, A. M. & Solbrække, K. N. (2012). Shelter from the storm; men with chronic pain and narratives from the rehabilitation clinic. *Patient Education and Counseling*, 89(2), 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.011>
- Anstorp, T. & Benum, K. (2014). Traumebehandling : komplekse traumelidelser og dissosiasjon. I T. Anstorp & K. Benum (Red.). Oslo: Universitetsforl.
- Bell, R. F., Schjødt, B. & Paulsberg, A. G. (2000). Barndomstraumer og kronisk smerte. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 120(23), 2759-2760. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2000/09/klinikk-og-forskning/barndomstraumer-og-kronisk-smerte>
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid : å skape rom for hverandre* (3. . utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer>
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.
- Dube, R., Shanta, Fairweather, S., Delisa, Pearson, J., William, Felitti, F., Vincent, Anda, B., Robert & Croft, B., Janet. (2009). Cumulative Childhood Stress and Autoimmune Diseases in Adults. *Psychosomatic Medicine*, 71(2), 243-250. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181907888>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.*, 14, 245-258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Hirsh, J., Mar, R. & Peterson, J. (2013). Personal narratives as the highest level of cognitive integration. *The Behavioral and brain sciences*, 36, 36-37. <https://doi.org/10.1017/S0140525X12002269>
- Josselson, R. (2011). Narrative Research - Constructing, Deconstructing, and Reconstructing Story. I *Five Ways of Doing Qualitative Analysis: phenomenological psychology, grounded theory, discourse analysis, narrative research, and intuitive inquiry*. New York: The Guilford Press.
- Kirkengen, A. L. & Næss, A. B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kirkengen, A. L. & Ulvestad, E. (2007). Overlast og kompleks sykdom - et integrert perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 127(24), 3228-3231. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2007/12/kronikk/overlast-og-kompleks-sykdom-et-integrert-perspektiv>
- Lindvåg, D. (2018). Randomisert og kontrollert. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/randomisert-og-kontrollert/121599>

- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 25. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mattingly, C. (1998). *Healing dramas and clinical plots: the narrative structure of experience* (7. utg.). New York: Cambridge University Press.
- Mattingly, C. & Garro, L. C. (2000). *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing* (1. utg.). California: University of California Press.
- Morgan, D. L. (2016). *Essentials of Dyadic Interviewing*. New York: Routledge.
- Morgan, D. L., Ataie, J., Carder, P. & Hoffman, K. (2013). Introducing Dyadic Interviews as a Method for Collecting Qualitative Data. *Qualitative Health Research*, 23. <https://doi.org/10.1177/1049732313501889>
- Øien, A. M. (2013). Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring. *Fysioterapeuten*, 3. Hentet fra <https://fysioterapeuten.no/fortellinger-mellom-naerhet-og-avstand-til-kroppslig-erfaring/121999>
- Øien, A. M., Iversen, S. & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences – Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*, 9(1), 31-39. <https://doi.org/10.1080/14038190601152115>
- Øvreberg, G. & Andersen, T. (2016). *Psykomotorisk fysioterapi : et kildekrift fra Aadel Bülow-Hansens praksis* (2. utg. utg.). Levanger: Berit Ianssen.
- Pedersen, L. (2019). Når barna møter leikeplassen – eit kjønnsperspektiv på barnas rørslemoglegheiter. *Barn*, 37(2), 53-65. <https://doi.org/https://doi.org/10.5324/barn.v37i2.3086>
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. New York: State University of New York Press.
- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi; innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*, 70(1), 14-18.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Schibbye, A.-L. L. (2009). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. . utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Steine, I., Winje, D., Nordhus, I. H., Milde, A. M., Bjorvatn, B., Grønli, J. & Pallesen, S. (2016). Langvarig taushet om seksuelle overgrep: Prediktorer og korrelater hos voksne som opplevde seksuelle overgrep som barn. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/11/langvarig-taushet-om-seksuelle-overgrep?redirected=1>
- Sviland, R. (2014). *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity: A theory generating study* (PhD). University of Bergen, Bergen. Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/8594>
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke - hva da? ; holdning og bevegelse i selvtutfoldelse og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten*, 74(12), 23-28. Hentet fra <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Hvis-ikke-kropp-og-psyke-hva-da-Holdning-og-bevegelse-i-selvtutfoldelse-og-tilbakeholdelse>
- 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. (2009). Å komme til seg selv – i bevegelse, sansning og forståelse. *Matrix*, 26(2), 257-275. Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/8626>

- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2010). Språk – uttrykk for inntrykk. *Matrix*, 27(2), 132-156. Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/8627>
- Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation – moved by respiration. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 811-819. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01024.x>
- Thornquist, E. (2009a). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2009b). Livet setter kroppslige spor: En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Fag og forskning*. Hentet fra <https://docplayer.me/3513135-Livet-saetter-kroppslige-spor-en-kasuistik-fra-psykomotorisk-fysioterapi.html>
- Thornquist, E. (2012). *Movement and interaction : the Sherborne approach and documentation*. Oslo: Universitetsforl.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget. Hentet fra http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2007080901066
- Thornquist, E. & Kirkengen, A. L. (2020). *Sammensatte lidelser: Et samfunnsspeil*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Watson, S. (2007). An extraordinary moment: the healing power of stories. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 53(8), 1283-1287. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1949243/>
- Westgaard, H. (2020). *Fortelling i et klinisk møte. En interaksjonistisk studie* (Master thesis). UiT Norges arktiske universitet. Hentet fra <https://hdl.handle.net/10037/19606>
- Young, I. (1980). Throwing like a girl: A phenomenology of feminine body comporment motility and spatiality. *Human Studies*, 3(1), 137-156. <https://doi.org/10.1007/bf02331805>

Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide – dyadisk dybdeintervju

Intervju utføres med fysioterapeut og pasient samlet, etter observert behandlingssituasjon. Spørsmål rettet til pasient er merket (P), og terapeut er merket (T). Spørsmål uten merking stilles begge parter.

- Kan du fortelle meg hva som fikk deg til å oppsøke psykomotorisk fysioterapi? (P)
- Hvordan opplevde du det første møtet med pasienten? (T)
- Hvordan opplevde du det første møtet med terapeuten, og oppstart av behandling? (P)
- Hva har vært målet med behandlingen?
- Kan du fortelle meg om din behandlingstilnærming og valg av tiltak? (T)
- Kan du fortelle om hvordan du har opplevd denne behandlingsprosessen? (P) -> (T)
- Er det noe som har endret seg siden dere startet opp?
- Er det enkelte hendelser eller opplevelser fra behandlingsforløpet som har utmerket seg som særlig minneverdige eller betydningsfulle?
- Har dere noen tanker om veien videre?

Om observert behandlingssituasjon

Trekke frem eksempler fra behandlingssituasjonen - tiltak, hendelser, reaksjoner, samspill

Eksempler på aktuelle spørsmål:

Hvordan vil du beskrive behandlingstilnærmingen i dag?

Hva er grunnen til at dere gjorde det på denne måten?

Hvordan opplevdes dette?

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema informant 1 (Fysioterapeut)

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

”Behandlingsforløp i norsk psykomotorisk fysioterapi”?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Forskningsprosjektet er en avsluttende masteroppgave innen klinisk fysioterapi ved studieretning psykiske og psykosomatiske helseproblemer på Høgskolen på Vestlandet. Prosjektleder er førsteamanuensis Randi Sviland og prosjektmedarbeider er masterstudent Elisabeth Grimsgaard.

Formålet med prosjektet er å utforske behandlingsforløp innen norsk psykomotorisk fysioterapi for en pasient som har traumatiske erfaringer, belyst gjennom erfaringer fra fysioterapeut og pasient. Prosjektet er planlagt utformet som en casestudie med en psykomotorisk fysioterapeut og en pasient som deltagere, og baseres på observasjon med feltnotater og dybdeintervju med lydopptak av fysioterapeut og pasient sammen. Intervju, samt eventuelle skriftlige nedtegnelser som informantene kan velge å bidra med, skal analyseres ved bruk av narrativ analyse.

Rekruttering til studien foregår gjennom forespørsel til et utvalg psykomotoriske fysioterapeuter.

En forutsetning for deltakelse i prosjektet er at psykomotorisk fysioterapeut kan bidra i rekruttering av aktuell pasient som kan være informant.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Prosjektet innebærer at det gjennomføres ikke-deltagende observasjon av to til tre ordinære psykomotoriske behandlinger, og intervju av fysioterapeut og pasient i etterkant av behandling. Det vil bli tatt notater under observasjonen, og intervjuene tas opp med lydopptaker.

Observasjon og intervju skal gjennomføres av masterstudent Elisabeth Grimsgaard. Intervjuene vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Det kan være ønskelig at intervjuet gjennomføres umiddelbart etter observert behandling, men hensynet til pasienten skal være bestemmende for hvilket tidspunkt for intervju som er forsvarlig og hensiktsmessig.

Fysioterapeut og pasient får også muligheten til å utfylle intervju med individuelle skriftlige notat dersom de ønsker dette. Det skriftlige bidraget fra terapeuten kan omhandle enkelthendelser som har utmerket seg i behandling, være faglig eller personlig refleksjon over behandlingsprosessen, begrunnelse for valg av tilnærming og tiltak, refleksjoner om egne reaksjoner og betydningen av terapeutens eget bidrag i behandlingsprosessen.

Hvilke konkrete opplysninger som fremkommer i skriftlig bidrag avhenger av hvilke hendelser og refleksjoner fysioterapeuten og pasienten anser som relevant og ønsker å trekke frem, men skriftlig bidrag bes om i anonymisert form, uten personopplysninger som navn, fødselsdato, adresse, eller andre personopplysninger som kan føre til gjenkjenning av pasient eller terapeut.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Opplysningene som registreres er de opplysningene som fremkommer ved observasjon og intervju, samt eventuelle overnevnte skriftlige nedtegnelser.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordeler med deltagelse i prosjektet er muligheten for faglig refleksjon og økt innsikt i behandlingsprosesser i norsk psykomotorisk fysioterapi.

En ulempe ved deltagelse er at enkelte opplever det som ubehagelig å bli observert i behandlingssituasjon.

En annen mulig ulempe ved deltagelse er at samtale om behandlingsprosessen i intervju situasjonen kan frembringe minner fra ubehagelige erfaringer og reaksjoner hos pasienten i forbindelse med dette.

Det forutsettes at pasient som deltar i prosjektet er i et aktivt behandlingsforløp hos en psykomotorisk fysioterapeut som kan ivareta pasienten ved behov for ekstra oppfølging. Det kan i så tilfelle bli behov for ytterligere samarbeid mellom deg og prosjektmedarbeider.

Det understrekes at det er behandlingsprosessen som er gjenstand for undersøkelse i dette prosjektet, ikke pasientens traumehistorie, men ettersom prosjektet belyser erfaringer hos pasienter med traumatiske livserfaringer er det en mulighet for at ubehagelige minner og reaksjoner kan komme til å bli trigget. Informanter bestemmer selv hva de ønsker å dele i intervju, og kan når som helst bestemme seg for å avbryte intervjuet.

Intervjuene gjennomføres med pasient og behandlende psykomotorisk fysioterapeut samlet, slik at eventuelle negative reaksjoner kan fanges opp og følges opp videre av deg som psykomotorisk fysioterapeut som behandler pasienten til vanlig.

Dersom pasienten opplever reaksjoner i forbindelse med deltagelse i prosjektet kan det oppstå behov for å ta kontakt med eventuelle samarbeidspartnere som eksempelvis fastlege eller psykolog. Det blir da ditt ansvar å følge opp pasientens behov, og å kontakte eventuelle samarbeidspartnere i samråd med pasienten.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg vil heller ikke pasienten kunne delta videre i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din pasient hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan også kreve at dine opplysninger i prosjektet slettes eller utleveres innen 30 dager. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser, eller dersom materialet er bearbeidet.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til utgangen av 2021. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Opplysningene vil lagres på en forskningsserver ved Høgskolen på Vestlandet. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil

bli erstattet med en kode knyttet til en navneliste som lagres adskilt fra øvrige data. Det er kun masterstudent Elisabeth Grimsgaard som gjennomfører prosjektet, og prosjektleder Randi Sviland som har tilgang til denne listen.

Hverken navn, alder, kjønn eller bosted vil bli knyttet til dine svar fra intervjuet i oppgaven, og dine opplysninger vil ikke kunne spores tilbake til deg. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. Saksnummer hos REK er 108409.

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

Høgskolen på Vestlandet og prosjektleder Randi Sviland er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte prosjektleder Randi Sviland ved Institutt for helse og funksjon ved Høgskolen på Vestlandet på telefonnummer 55 58 58 46 eller e-post randi.sviland@hvl.no.

Kontaktinformasjon til masterstudent som gjennomfører prosjektet:

Elisabeth Grimsgaard

E-post: 145968@stud.hvl.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: Trine Anikken Larsen, på epost (personvernombudet@hvl.no) eller telefon: 55 58 76 82

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Datatilsynets e-postadresse er postkasse@datatilsynet.no.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema informant 2 (Pasient)

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET

”Behandlingsforløp i norsk psykomotorisk fysioterapi”?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Forskningsprosjektet er en avsluttende masteroppgave innen klinisk fysioterapi ved studieretning psykiske og psykosomatiske helseproblemer på Høgskolen på Vestlandet. Prosjektleder er førsteamanuensis Randi Sviland og prosjektmedarbeider er masterstudent Elisabeth Grimsgaard.

Formålet med prosjektet er å utforske behandlingsforløp innen norsk psykomotorisk fysioterapi for en pasient som har traumatiske erfaringer, belyst gjennom erfaringer fra fysioterapeut og pasient. Prosjektet er planlagt utformet som en casestudie med en psykomotorisk fysioterapeut og en pasient som deltagere, og baseres på observasjon med feltnotater og dybdeintervju med lydopptak av fysioterapeut og pasient sammen. Intervju, samt evt. skriftlige nedtegnelser som informantene kan velge å bidra med, skal analyseres ved bruk av narrativ analyse.

Rekruttering til studien foregår gjennom forespørsel til et utvalg psykomotoriske fysioterapeuter. Dersom du får spørsmål om å delta i denne studien har din behandler ansett deg som en aktuell pasient for deltagelse i prosjektet, og gitt deg informasjon på prosjektleders vegne.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Prosjektet innebærer at det gjennomføres ikke-deltagende observasjon av to til tre ordinære psykomotoriske behandlinger, og intervju av fysioterapeut og pasient i etterkant av behandling. Det vil bli tatt notater under observasjonen, og intervjuene tas opp med lydopptaker.

Observasjon og intervju skal gjennomføres av masterstudent Elisabeth Grimsgaard. Intervjuene vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Det kan være ønskelig at intervjuet gjennomføres umiddelbart etter observert behandling, men hensynet til deg som pasient skal være bestemmende for når tidspunkt for intervju er forsvarlig og hensiktsmessig.

Fysioterapeut og pasient får også muligheten til å utfylle intervju med individuelle skriftlige notat dersom de ønsker dette. Det skriftlige bidraget fra pasienten kan omhandle dine erfaringer med psykomotorisk fysioterapi, beskrivelse av enkelthendelser som har vært betydningsfulle i behandlingsprosessen, refleksjoner vedrørende behandlingstilnærmingen eller lignende.

Det skriftlige bidraget fra fysioterapeuten kan omhandle enkelthendelser som har utmerket seg i behandling, være faglig eller personlig refleksjon over behandlingsprosessen, begrunnelse for valg av tilnærming og tiltak, og/eller refleksjoner om terapeutens egne reaksjoner og betydningen av terapeutens eget bidrag i behandlingsprosessen.

Hvilke konkrete opplysninger som fremkommer i skriftlig bidrag avhenger av hvilke hendelser og refleksjoner pasienten og fysioterapeuten anser som relevant og ønsker å trekke frem, men skriftlig bidrag bes om i anonymisert form, uten personopplysninger som navn, fødselsdato, adresse, eller andre personopplysninger som kan føre til gjenkjenning av pasient eller terapeut.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. Opplysningene som registreres er de opplysningene som fremkommer ved observasjon og intervju, samt eventuelle overnevnte skriftlige nedtegnelser.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordele ved deltagelse i prosjektet er at du som pasient får mulighet til økt innsikt i behandlingsprosessen, og mulighet til å reflektere over dine erfaringer med behandlingsmetoden sammen med din behandler.

En ulempe ved deltagelse i prosjektet er at enkelte opplever det som ubehagelig å bli observert.

Ved deltagelse i prosjektet forutsettes det at du som pasient er i et aktivt behandlingsforløp hos en psykomotorisk fysioterapeut som kan ivareta eventuelle behov for ekstra oppfølging. Mulige ulemper ved deltagelse er at samtale om behandlingsprosessen i intervju situasjonen kan frembringe minner fra ubehagelige erfaringer, og dersom dette skulle skje kan det oppstå reaksjoner som krever ekstra oppfølging.

Det understrekes at det er behandlingsprosessen som er gjenstand for undersøkelse i dette prosjektet, ikke pasientens traumehistorie, men ettersom prosjektet belyser erfaringer hos pasienter med traumatiske livserfaringer er det en mulighet for at ubehagelige minner og reaksjoner kan komme til å bli trigget. Du bestemmer selv hva du ønsker å dele i intervju, og kan når som helst bestemme deg for å avbryte intervjuet.

Intervjuene gjennomføres med pasient og behandlende psykomotorisk fysioterapeut samlet, slik at eventuelle negative reaksjoner kan fanges opp og følges opp videre av psykomotorisk fysioterapeut som behandler deg til vanlig. Dersom du har behov for ytterligere oppfølging i forbindelse med dette, kan eventuelle samarbeidspartnere som eksempelvis fastlege eller psykolog kontaktes i samråd med din fysioterapeut.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller din behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine helseopplysninger.

Du kan også kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes eller utleveres innen 30 dager. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom materialet eller opplysningene er anonymisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser, eller dersom materialet er bearbeidet.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder (se kontakinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til utgangen av 2021. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Opplysningene vil lagres på en forskningsserver ved Høgskolen på Vestlandet. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode knyttet til en navneliste som lagres adskilt fra øvrige data. Det er kun masterstudent

Elisabeth Grimsgaard som gjennomfører prosjektet, og prosjektleder Randi Sviland som har tilgang til denne listen.

Hverken navn, alder, kjønn eller bosted vil bli knyttet til dine svar fra intervjuet i oppgaven, og dine opplysninger vil ikke kunne spores tilbake til deg. Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet. Saksnummer hos REK er 108409.

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

Høgskolen på Vestlandet og prosjektleder Randi Sviland er ansvarlig for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte prosjektleder Randi Sviland ved Institutt for helse og funksjon ved Høgskolen på Vestlandet på telefonnummer 55 58 58 46 eller e-post randi.sviland@hvl.no.

Kontaktinformasjon til masterstudent som gjennomfører prosjektet:

Elisabeth Grimsgaard

E-post: 145968@stud.hvl.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: Trine Anikken Larsen, på epost (personvernombudet@hvl.no) eller telefon: 55 58 76 82

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Datatilsynets e-postadresse er postkasse@datatilsynet.no.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 4: Godkjenning REK



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Ingvild Haaland		26.05.2020	108409
			Deres referanse:	

Randi Sviland

108409 Psykomotorisk behandlingsforløp for pasienter med livsbelastning, kriser og traumer: Erfaring og refleksjoner fra fysioterapeut og pasient

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Randi Sviland

Søkers beskrivelse av formål:

Formålet med oppgaven er å utforske hvordan psykomotoriske fysioterapeuter kan hjelpe pasienter som har opplevd livsbelastninger, kriser og traumer, ved å undersøke hva psykomotoriske fysioterapeuter gjør i sin faktiske praksis, og hvordan dette erfares for fysioterapeut og pasient, og hvordan de reflekterer rundt dette sammen.

Forskningsspørsmål lyder:

«Hvordan oppleves den kroppslige samhandlingen i norsk psykomotorisk fysioterapi i et behandlingsforløp når en pasient har traumatiske erfaringer, belyst gjennom erfaringer fra terapeut og pasient?»

Prosjektet er planlagt som en casestudie, basert på observasjon med feltnotater og dybdeintervju med lydopptak av fysioterapeut og pasient individuelt og samlet, på to ulike tidspunkt. Intervju, samt evt. skriftlige nedtegnelser som informantene kan velge å bidra med (pasientlogg, journalnotat el. dagbok), skal analyseres ved bruk av narrativ analyse.

REKs vurdering

Vi viser til innsendt tilbakemelding mottatt 27.04.2020. Tilbakemeldingen er behandlet av leder for REK vest på fullmakt.

Søknaden ble først behandlet i REK vest komitemøte 18.03.2020. REK vest ba om tilbakemelding på følgende:

"Hvem skal utføre intervjuene? Dersom det er masterstudenten som skal intervjuer, forutsettes det tett kontakt med behandler som kan ivareta pasientene ved behov for ekstra oppfølging.

Bedre beskrivelse av beredskapsplan etter ovennevnte merknader.

Reviderte informasjonsskriv etter ovennevnte merknader."

Prosjektleder skriver i tilbakemelding mottatt 27.04.2020:

"Som komiteen bemerker utføres studien på en sårbar gruppe av pasienter. Vedlagt følger en beredskapsplan som skal ivareta pasienten dersom deltakelse i studien skulle utløse

reaksjoner. Det understrekes her at det ikke er pasientens traumehistorie men behandlingsprosessen som skal undersøkes, men reaksjoner kan allikevel trigges. I psykomotorisk fysioterapi er det ikke så uvanlig at slike reaksjoner inntreffer, og pasientens fysioterapeut vil være den nærmeste til å ivareta pasienten. Det er derfor gjort endring i planen slik at alle intervjuene utføres med pasient og behandlende fysioterapeut samtidig. Dette vil legge bedre til rette for samarbeid mellom intervjuer (master studenten) og fysioterapeuten om å ivareta pasienten. Det vil også bidra til at fysioterapeuten kan fange opp og ivareta eventuelle negative reaksjoner, dersom slike skulle inntreffe. Sammen med pasienten vil de kunne vurdere om det er ønskelig også å involvere fastlege eller eventuelt psykolog. Plan for beredskap er beskrevet i informasjonsskrivet. Vedlagt informasjonsskriv er revidert etter mal fra REK." Beredskapsplan og reviderte informasjonsskriv for fysioterapeut og pasient er vedlagt.

Komiteen bemerker at i informasjonsskrivet til pasienter kunne det vært tydeligere formulert at man forespørres som pasient i stedet for "aktuell informant". For begge informasjonsskrivene gjelder det at man ikke kan si at "dine opplysninger vil bli anonymisert". Som nevnt i tidligere tilbakemelding fra komiteen, bør man unngå å oppgi privat telefonnummer under kontaklinformasjon i informasjonsskrivene. Det er prosjektleder, og ikke studenten, som må stå oppført som kontaktperson. Reviderte informasjonsskriv bes sendes REK vest.

Vedtak

Godkjent med vilkår

REK vest godkjenner prosjektet med følgende vilkår:

Reviderte informasjonsskriv etter ovennevnte merknader bes sendes REK vest.

REK vest har gjort en helhetlig forskningsetisk vurdering av alle prosjektets sider. Prosjektet godkjennes med hjemmel i helseforskningsloven § 10 på betingelse av at nevnte vilkår tas til følge.

Med vennlig hilsen

Marit Grønning
Prof., Dr.med
Komiteleder

Ingvild Haaland
Rådgiver

Vedlegg 5: Beredskapsplan

Beredskap ved gjennomføring av prosjektet «Psykomotoriske behandlingsforløp».

På bakgrunn av tilbakemelding fra REK mottatt 07.04.20 er det utarbeidet en beskrivelse av beredskap i forbindelse med prosjektet.

Det er masterstudent Elisabeth Grimsgaard som skal gjennomføre observasjon og intervju.

Mulige ulemper ved deltagelse i prosjektet er at samtale om behandlingsprosessen i intervjusituasjonen kan frembringe minner fra ubehagelige erfaringer, og dersom dette skulle skje kan det oppstå reaksjoner som krever ekstra oppfølging. Det understrekes at det er behandlingsprosessen som er gjenstand for undersøkelse i dette prosjektet, ikke pasientens traumehistorie, men ettersom prosjektet belyser erfaringer hos pasienter med traumatiske livserfaringer er det en mulighet for at ubehagelige minner og reaksjoner kan komme til å bli trigget. Ved deltagelse i prosjektet forutsettes det at pasienten er i et aktivt behandlingsforløp hos en psykomotorisk fysioterapeut som kan ivareta eventuelle behov for ekstra oppfølging i forbindelse med deltagelse i prosjektet.

Det er nå gjort et valg om å gjennomføre alle intervjuene med pasient og behandlende psykomotorisk fysioterapeut samlet, slik at eventuelle negative reaksjoner kan fanges opp og følges opp av psykomotorisk fysioterapeut som behandler pasienten til vanlig.

Det skal ikke gjennomføres individuelle intervjuer med fysioterapeut eller pasient. Det er gitt tydelig informasjon om at informantene selv bestemmer hva de ønsker å dele i intervju, og at de når som helst kan bestemme seg for å avbryte intervjuet. Tidspunkt og sted for intervju avtales i samarbeid med informantene. Det kan være ønskelig at intervjuet gjennomføres umiddelbart etter observert behandling, men hensynet til pasienten skal være bestemmende for når tidspunkt for intervju er forsvarlig og hensiktsmessig.

Informantene informeres om det overstående i informasjonsskriv.

Det bemerkes at det er vanlig at det oppstår reaksjoner i forbindelse med psykomotorisk undersøkelse og behandling av pasienter med traumeerfaringer. Behandlingstilnærmingen kan trigge reaksjoner som eksempelvis flashbacks, dissosiasjon og emosjonelle utbrudd. Oppfølging av slike reaksjoner inngår i behandlingsprosessen, og er et sentralt aspekt ved behandling av pasienter med traumeerfaring innen norsk psykomotorisk fysioterapi. Hvordan fysioterapeuten følger opp slike eventuelle reaksjoner er en del av hva prosjektet vil undersøke. Tilsvarende reaksjoner og nye aspekter ved dette kan komme frem i forbindelse med deltagelse i prosjektet, og det anses som hensiktsmessig at pasienten i utgangspunktet skal ivaretas av psykomotorisk fysioterapeut som behandler pasienten til vanlig.

Dersom det oppstår behov for ytterligere oppfølging i forbindelse med reaksjoner som fremkommer, kan eventuelle samarbeidspartnere som eksempelvis fastlege eller psykolog involveres i oppfølging av pasienten. Det er i så tilfelle den psykomotoriske fysioterapeuten sitt ansvar å kontakte eventuelle samarbeidspartnere i samråd med pasienten.

Vedlegg 6: Vurdering NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Psykomotorisk behandlingsforløp for pasienter med livsbelastning, kriser og traumer: Erfaring og refleksjoner fra fysioterapeut og pasient

Referansenummer

780159

Registrert

24.03.2020 av Elisabeth Grimsgaard - 145968@stud.hvl.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Randi Sviland, randi.sviland@hvl.no, tlf: 55585846

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Elisabeth Grimsgaard, grimsgaard.elisabeth@gmail.com, tlf: 90577535

Prosjektperiode

01.05.2020 - 31.12.2021

Status

29.05.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

29.05.2020 - Vurdert

BAKGRUNN

Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: REK vest 108409).

Det er NSD sin vurdering at behandlingen også vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet datert 29.05.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseopplysninger og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

Behandling av særlige kategorier av personopplysninger er forbeholdt Utvalg 2. I relasjon til Utvalg 1 behandles alminnelige kategorier av personopplysninger.

TAUSHETSPLIKT

NSD bemerker at fysioterapeut (Utvalg 1) kun kan utlevere taushetsbelagte opplysninger til prosjektet i den grad Utvalg 2 (pasient) har samtykket til dette.

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 relatert til Utvalg 2 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).

Lovlig grunnlag for behandlingen relatert til Utvalg 1 vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

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.

Unntak fra retten til sletting etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd, og personvernforordningen art. 17 nr 3 bokstav d:

I utgangspunktet har alle som registreres i forskningsprosjektet rett til å få slettet opplysninger som er registrert om dem. Etter helseforskningsloven § 16 tredje ledd vil imidlertid adgangen til å kreve sletting av sine helseopplysninger ikke gjelde dersom materialet eller opplysningene er anonymisert, dersom materialet etter bearbeidelse inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser. Regelen henviser til at sletting i slike situasjoner vil være svært vanskelig og/eller ødeleggende for

forskningen, og dermed forhindre at formålet med forskningen oppnås.

Etter personvernforordningen art 17 nr. 3 d kan man unnta fra retten til sletting dersom behandlingen er nødvendig for formål knyttet til vitenskapelig eller historisk forskning eller for statistiske formål i samsvar med artikkel 89 nr. 1 i den grad sletting sannsynligvis vil gjøre det umulig eller i alvorlig grad vil hindre at målene med nevnte behandling nås.

NSD vurderer dermed at det kan gjøres unntak fra retten til sletting av helseopplysninger etter helseforskningslovens § 16 tredje ledd og personvernforordningen art 17 nr. 3 d, når materialet er bearbeidet slik at det inngår i et annet biologisk produkt, eller dersom opplysningene allerede er inngått i utførte analyser.

Vi presiserer at helseopplysninger inngår i utførte analyser dersom de er sammenstilt eller koblet med andre opplysninger eller prøvesvar. Vi gjør oppmerksom på at øvrige opplysninger må slettes og det kan ikke innhentes ytterligere opplysninger fra deltakeren.

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 riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

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

Figur 1: «Tidslinje»

