



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MAFYS603-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	16-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MAFYS603 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	402
--------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	14865
---------------	-------

Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



**Høgskulen
på Vestlandet**

MASTEROPPGAVE

**Som hånd i hanske
Psykomotorisk fysioterapi i tverrfaglig samarbeid om en
behandling av en pasient med traumatiserende livserfaringer.
En casestudie.**

**Like hand in glove
Psychomotor physiotherapy in interdisciplinary collaboration on
a treatment of a patient with traumatic life experiences.
A case study**

Master i klinisk fysioterapi,
Psykiske og psykosomatiske helseplager
Helse og sosialfag
2020 – 2022

Innleveringsdato: 16.05.22

Kandidatnummer 402

Kristine Anne Danielsen Knudsen

Sammendrag

I psykomotorisk behandling møter man ofte pasienter med sammensatte lidelser. Denne pasient gruppen kan være omfattende og ha mange behov, da er det ofte aktuelt å samarbeide med andre faggrupper. Derfor retter denne studien seg mot en psykomotorisk behandlingsprosess, som også innbefattet samarbeid med andre fagpersoner. Ved å søke dybdeforståelse om en tverrfaglig behandlingsprosess for en pasient med traumatiserende livserfaring, er hensikten å belyse hvilke betydning den psykomotoriske behandlingsprosessen har hatt for pasienten og hvordan denne har inngått i det tverrfaglige samarbeidet rundt denne pasienten. Behandlingsprosess belyses slik den har kommet frem fra pasienten selv og de ulike behandlerne.

Oppgaven har en kvalitativ forskningstilnærming, og føyer seg inn i en fenomenologisk og hermeneutisk fortolkende tradisjon. Prosjektet er sentrert rundt en pasient sin fortelling og behandlingshistorie i et narrativt perspektiv, og kan beskrives som en langsgående casestudie med en narrativ tilnærming. Det er forankret i teoretiske perspektiver fra nyere tids forståelse av traumer, Norsk Psykomotorisk Fysioterapi, og fra hvordan kroppsfenomenologi og sansefilosofi belyser grunnleggende forhold i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi.

Utgangspunktet for oppgaven var fire enkeltstående semistrukturerte dybdeintervju av; en pasient, psykomotorisk fysioterapeut, psykolog og en lege. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, som i ettertid ble lyttet til og transkribert. Dette materialet ble videre gjennom narrativ analyse satt sammen til en fortelling i kronologisk rekkefølge over en tidslinje tilsvarende pasienten sin fortelling og retrospektive erfaringsbeskrivelser. De ulike informantenes bidrag ble vevet inn i pasientens fortelling der hvor temaene samsvarte etter skjønnsmessig vurdering. Fortellingen har fokus på den psykomotoriske behandlingsprosessen og betydningen av det tverrfaglige samarbeidet. Til slutt er resultatene som kom frem i fortellingen diskutert gjennom temaene

- Hvordan nye kroppslige erfaringer vekker sanserindringer fra traumatiserende livserfaringer, og gir rom for fortellinger i utfoldelse
- Virker det stabiliserende eller destabiliserende med bakkekontakt gjennom den psykomotoriske tilnærmingen?

- Utviklingen av tverrfaglig samarbeid

I denne casestudien kommer det fram hvordan psykomotorisk behandling for en pasient med traumatiserende livserfaring, åpnet opp for sanseerindringer som ga ny innsikt og erkjennelse. Gjennom grunnlagstenkingen i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi er det et anliggende å oppnå et stabilt fotfeste. For denne pasienten virket det destabiliserende og åpne for traumehistorien å stå på beina. Denne nye innsikten førte til et behov for behandling hos psykolog samtidig. Gjennom det tverrfaglige samarbeidet om pasienten med videre erkjennelser av sammenhenger mellom kroppens symptomer i nåtiden og fortiden, kunne psykologen stille rett diagnose. Hensiktsmessig diagnose ga økt forståelse for pasientens helseplager og åpnet opp for videre rett behandling. Vekselvirkningen mellom behandlingstilnærmingene, la videre grunnlag for trygghet, og håp for fremtiden. Min tolkning er derfor at casestudien synliggjør hvordan den kroppslige tilnærmingen i psykomotorisk fysioterapi kan vekke sanselige erindringer av traumatiserende livserfaringer, som kan gi ny innsikt inn i et tverrfaglig samarbeid.

Abstract

In psychomotor treatment, patients with complex disorders are often encountered. This patient group can be extensive and have many needs, so it is often relevant to collaborate with other professional groups. Therefore, this thesis is aimed at a psychomotor treatment process, which also included collaboration with other professionals. By seeking an in-depth understanding of an interdisciplinary treatment process for a patient with traumatic life experience, the purpose is to shed light on the significance of the psychomotor treatment process for the patient and how this has been included in the interdisciplinary collaboration around this patient. The patient's treatment process is elucidated as it has emerged from the patient himself and the various therapists.

The thesis has a qualitative research approach, and fits into a phenomenological and hermeneutically interpretive tradition. The project is centered around a patient's narrative and treatment history in a narrative perspective, and can be described as a longitudinal case study with a narrative approach. It is rooted in theoretical perspectives from recent understanding of trauma, Norwegian Psychomotor Physiotherapy, and from how body phenomenology and sensory philosophy illuminate basic conditions in Norwegian Psychomotor Physiotherapy.

The starting point for the thesis was four individual semi-structured in-depth interviews of; a patient, psychomotor physiotherapist, psychologist and a doctor. The interviews were recorded on audio tape, which was later listened to and transcribed. This material was further put together through narrative analysis into a narrative in chronological order over a timeline corresponding to the patient's narrative and retrospective descriptions of experience. The various informants' contributions were woven into the patient's narrative where the themes corresponded at their discretion. The story focuses on the psychomotor treatment process and the importance of interdisciplinary collaboration. Finally, the results that emerged in the story are discussed through the topics

- How new bodily experiences evoke sensory memories from traumatic life experiences, and allow for narratives to unfold

- Does ground contact stabilize or destabilize through the psychomotor approach?
- The development of interdisciplinary collaboration

In this case study, it emerges how psychomotor treatment for a patient with traumatic life experience, opened up for sensory memories that provided new insight and cognition. Through the basic thinking in Norwegian Psychomotor Physiotherapy, it is a matter of achieving a stable foothold. For this patient, standing on his feet was destabilizing and open to the history of trauma. This new insight led to a need for treatment by a psychologist at the same time. Through the interdisciplinary collaboration on the patient with further realizations of connections between the body's symptoms in the present and the past, the psychologist was able to make the correct diagnosis. Appropriate diagnosis gave increased understanding of the patient's health problems and opened up for further appropriate treatment. The interaction between the treatment approaches, further laid the foundation for security, and hope for the future. My interpretation is therefore that the case study shows how the bodily approach in psychomotor physiotherapy can evoke sensory memories of traumatic life experiences, which can provide new insight into an interdisciplinary collaboration.

Forord

Denne mastergradsoppgaven er et resultat av en lærerik og inspirerende prosess

Oppgaven baserer seg på intervju som metode. Jeg vil takke mine fire informanter som sa seg villig til å stille til intervju, og dele av sine erfaringer og prosesser. Uten deres imøtekommelse og innsikt, hadde ikke dette prosjektet sett dagens lys.

Tusen takk til min veileder Randi Sviland som har vært en inspirerende og støttende veiviser. Du har hele tiden vært der og gitt meg raske og konstruktive tilbakemeldinger, og god og kritisk veiledning.

Jeg er takknemlig for at jeg fikk innpass på Master studiet ved Høyskolen på Vestlandet, på bakgrunn av min videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Det har vært utfordrende å ta til med studier igjen, men utrolig lærerikt og spesielt spennende å få mer innsikt i evidensbasert kunnskap og forskning. Denne innsikten vil også gjøre det lettere for meg å utvikle meg faglig videre.

Takk til familien min som har vært tålmodig!

Innholdsfortegnelse

Sammendrag/abstract	1
Abstract	3
Forord	5
1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn, valg av tema.....	7
1.2 Hensikt og problemstilling.....	11
1.3 Tverrfaglig samarbeid.....	12
1.4 Oppgavens disposisjon.....	12
2. Teoretisk forankring	13
2.1 Nyere tids forståelse av traumer.....	13
2.2 Grunnlagstenkning i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi.....	15
2.3 Hvordan kroppsfenomenologi og sansefilosofi har bidratt til å belyse Grunnleggende forhold i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi.....	17
2.4 Hvordan fortellinger i utfoldelse vokser frem gjennom den psykomotoriske behandlingsprosessen.....	20
3. Metode og metodologi	21
3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv.....	21
3.2 Forskningsdesign.....	22
3.3 Metode.....	23
3.3.1 Intervju.....	23
3.3.2 Narrativ analyse.....	24
3.4 Metodiske refleksjoner.....	25
3.4.1 Pålitelighet.....	25
3.4.2 Refleksivitet og å forske i eget felt.....	26
3.5 Etiske refleksjoner.....	27
4. Resultat: analyse av fortellingen	28
4.1 «Da jeg tidvis gikk i kollaps, var jeg rask med å jekke meg opp igjen».....	28
4.2 Begynnende undring over hvordan sanseerindringer i nåtiden bringer frem minner fra fortiden.....	29
4.3 Tverrfaglig samarbeid er som «hånd i hanske», og legger grunnlag for rett diagnose.....	32

4.4 Rett diagnose gir videre hensiktsmessig behandling.....	35
4.5 Økt kontakt med føttene og underlaget.....	35
4.6 Oppsummering av resultatet.....	36
5. Drøfting.....	37
5.1 Hvordan nye kroppslige erfaringer vekker sanserindringer fra traumatiserende livserfaringer og gir rom for fortellinger i utfoldelse.....	38
5.1.1 Hvordan traumatiserende livserfaringer er kroppslig forankret og vekker ubehag i nåtiden.....	38
5.1.2 Betydningen av fortellinger i utfoldelse.....	39
5.1.3 Fortellinger vokser frem gjennom sanseutløste erindringer i nåtiden og vekker minner fra fortiden.....	40
5.2 Virker det stabiliserende eller destabiliserende med bakkekontakt gjennom den psykomotoriske tilnærmingen?.....	43
5.3 Utvikling av tverrfaglig samarbeid.....	45
5.3.1 Vekselvirkningen gjennom tverrfaglig samarbeid.....	45
5.3.2 Betydning av relasjon og tillit.....	46
5.3.3 Som «hånd i hanske».....	47
5.4 Oppsummering av drøftingen.....	47
6. Avsluttende kommentar.....	49
Referanseliste.....	51
Vedlegg 1 REK.....	56
Vedlegg 2 NSD.....	57
Vedlegg 3 Informert samtykke pasient.....	59
Vedlegg 4 Informert samtykke psykomotorisk fysioterapeut, psykolog og lege.....	64
Vedlegg 5 Intervjuguide.....	65

1. Innledning

Kapittel 1 starter med å belyse bakgrunnen for valg av tema, og deretter beskrive oppgavens hensikt og problemstilling. Videre vil jeg belyse hva som menes med tverrfaglig samarbeid, og til slutt gi en oversikt over oppgavens disposisjon.

1.1 Bakgrunn

Tema for denne masteroppgaven er psykomotorisk fysioterapi til en pasient med traumatiserende livserfaringer, og hvordan denne tilnærmingen kan ha betydning inn i et tverrfaglig samarbeid. Psykomotoriske fysioterapeuter generelt møter ofte pasienter med traumatiserende livserfaringer. Klinisk erfaring viser at det ofte er sammenheng mellom det sammensatte symptombildet og traumeerfaringer fra oppveksten, og at det ofte er hensiktsmessig med tverrfaglig samarbeid omkring pasientene.

Stadig flere oppsøker helsevesenet for plager og funksjonsproblemer som ikke passer inn i den dominerende sykdomsforståelsen, og sykdomsbildet domineres av kroniske og sammensatte lidelser (Thornquist & Kirkengen, 2020). Pasientene med sammensatte lidelser utgjør en stor del av helseutfordringene i samfunnet, både samfunnsøkonomisk, faglig og ikke minst når det gjelder den enkeltes opplevde lidelse. Sykdom og smerter kan henge uløselig sammen med den enkeltes erfaringer og livssammenheng, og samfunns normer og idealer. Thornquist og Kirkengen (2020) mener det er grunnlag for å si at behandlingsformer som er rettet mot ett problem av gangen, kan bidra til å opprettholde og forsterke plager og dysfunksjoner. Dette fokuset på symptom og moderne vitenskapelig medisin, råder over korrekt forståelse av sykdomsprosesser og effektive behandlingsformer (Lie, 2015). Men kunnskap i medisin om kroppens funksjoner er ikke den eneste muligheten til å gjøre noe effektivt med sykdom, og har liten direkte betydning i den forbedringen vi har sett i folkehelsen. Det er også viktig å ta hensyn til hele sykehistorien og ikke bare de enkelte symptom for å kunne begrunne behandlingsvalg (Lie et al., 2015, s. 114).

Deling av kunnskap og koordinering av tiltak er særlig viktig når det gjelder behandling av langvarige og komplekse problemstillinger og funksjonsutfordringer (Iversen & Hauksdottir,

2020; Willumsen & Ødegård, 2016, s. 172). Tverrfaglig samarbeid i helsesektoren har vært et helsepolitisk satsningsområde i over 30 år (Willumsen & Ødegård, 2016, s. 34). De siste årene er dette understreket med behov for enda mer organisert samarbeid for å sikre bedre samkjøring og flyt i tjenester og tiltak, spesielt når det gjelder sammensatte lidelser (St.meld.26., 2014-2015; St.meld.47., 2008-2009). Samhandlingsreformen (2008 – 2009) løfter frem tverrfaglig samarbeid som et viktig tiltak for å sikre at pasientene får et individuelt tilpasset og mer sammenhengende, helhetlig og målrettet helse- og velferdstilbud med rom for egen medvirkning. Verdens Helseorganisasjon (WHO) har også vært en pådriver for tverrprofesjonelt samarbeid.

Tverrfaglig samarbeid har alltid vært en del av Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (heretter omtalt som NPMF). Fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen utviklet grunnlaget for tilnærmingen i samarbeid med psykiater Trygve Braatøy i årene 1947 – 1953 (Øvreberg & Andersen, 2016). Videre har NPMF utviklet seg og samhandlet med ulike fagpersoner som psykiater Nils Houge, allmennpraktiserende lege Toralf Hødal og psykiater Tom Andersen. Houge fremhever at tverrfaglig samarbeid noen ganger må til for å få den fulle forståelse av bakenforliggende årsaker hos pasientene (Houge, 2001).

Ekerholt (2009) har gjennomført en kvalitativ studie med fokus på erfaringer med samarbeid mellom psykomotorisk fysioterapeut og psykolog, i tiden etter Aadel Bulow Hansen og Trygve Bråtøy. Terapeutene erfarte at pasientene fikk økt forståelse for sammenhengen mellom mentale og kroppslige reaksjoner når terapeutene samarbeidet. En annen studie omhandler samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og kliniske psykologer, og viser at der er sammenhenger mellom opplevd kroppsbevissthet og manglende bevisste minner av sin livshistorie (Ekerholt et al., 2014). Studien viser også at fremtidige utfordringer ble mer håndterbare for pasientene når de hadde erfart at ressursene for å møte disse kravene var tilgjengelig i de selv. Videre finnes det flere artikler fra tidligere som berører fysioterapeutens bidrag i samarbeid med psykologer (Havik et al., 1991; Mølstad et al., 1995; Mølstad et al., 1989). Ved søk i ulike databaser, viser det seg at noen tidligere Master studenter har skrevet om temaer som omhandler tverrfaglig samarbeid (Bentzrød, 2018; Hapalathi, 2020; Løken, 2018; Megrund, 2021; Olsen, 2020).

Forskning belyser videre NPMF og kroppsliggjort narrativ identitet (Sviland, 2014). En studie belyser psykomotorisk behandling for en pasient med sammensatt lidelse i et narrativt

perspektiv, og fremhever hvordan kroppslig forandring ledsages av endring i pasientens forståelse av og fortelling om seg selv (Sviland et al., 2012). Videre forskning viser betydningen av berøring og verbal kommunikasjon for at pasienter med langvarige muskel- og skjelettlidelser, skulle utvikle en bevissthet omkring faktorer som påvirker og vedlikeholder smerte problemene (Dragesund & Øien, 2020). Dette la grunnlag for at pasientene tok mer ansvar for seg selv og sin endring. I en artikkel belyses krevende prosesser i behandling av pasienter med langvarige muskel- og skjelett lidelser, viser til viktigheten av at fysioterapeuten er i kontakt med seg selv, og hele tiden lytter til og er i kontakt med pasienten (Dragesund & Øien, 2019). Videre studier omhandler fortellinger om at kroppslig avstand og nærhet kan være kilde til informasjon om endringsmuligheter i psykomotorisk behandling (Øien, 2013), og om prosessen med endring og kommunikasjon i langvarig psykomotorisk behandling for pasienter med kroniske muskel- og skjelettlidelser (Øien et al., 2007).

En annen Master studie som omhandler hvordan psykomotoriske fysioterapeuter med kunnskap fra traumefeltet arbeider med pasienter med traumelidelser, fremhever at psykomotorisk fysioterapi bringer inn en annen dimensjon med opplevelsen av å være forankret i kroppen, enn i traumefeltet som er opptatt av å instruere øvelser (Giskeødegård, 2019). Jeg viser også til en studie som omhandler fenomenologiske perspektiver som grunnlag for kunnskap om den levende kroppen (Steinsvik, 2008). I en artikkel om profesjonell utvikling etter spesialisering i psykomotorisk fysioterapi, skriver forfatterne at privat praksis gir utilstrekkelige betingelser for profesjonell utvikling, og at mangelfulle veiledningsordninger og begrenset tilgang til tverrfaglig samarbeid bidrar til det (Nyre & Steinsvik, 2015). Flere av informantene i denne studien uttrykker spesielt et behov for mer tverrfaglig samarbeid for at behandlingstilbudet skal fremstå mer helhetlig.

1.2 Hensikt og problemstilling

Ved å søke dybdeforståelse i en tverrfaglig behandlingsprosess for en pasient med traumatiserende livserfaring, er hensikten å belyse betydningen av den psykomotoriske behandlingsprosessen og hvordan denne har inngått i det tverrfaglige samarbeidet rundt denne pasienten. Studien setter søkelys på hvordan kroppslig og følelsesmessig tilnærming vever seg sammen i en tverrfaglig behandlingsprosess. Studiens problemstilling er:

Hvordan kan erfaringer med psykomotorisk fysioterapi få betydning i en tverrfaglig behandlingsprosess om behandling av en pasient med traumatiserende livserfaring? En kasusstudie.

1.3 Tverrfaglig samarbeid

Prosjektet retter søkelys mot en tverrfaglig behandlingsprosess, og samarbeidet mellom de ulike faggruppene. Med tverrfaglig samarbeid menes at flere profesjoner jobber tett sammen om en konkret oppgave der hver person er «forpliktet og ansvarlig» for sin del av oppgaven. Faggruppene har ulike oppgaver, og med et felles mål om å integrere kunnskap og ferdigheter. Dette krever kommunikasjon mellom de ulike faggruppene, og sammen kan de skape ny viten som de ikke kan oppnå hver for seg (Iversen & Hauksdottir, 2020; Willumsen & Ødegård, 2016, s. 39). Med bruk av begrepet tverrfaglig samarbeid videre i denne oppgaven, vises det til kommunikasjonen mellom de ulike fagprofesjonene i dette gjeldende behandlingsforløpet.

Thornquist (2020, s. 41) fremhever at det kan oppstå profesjonsstrid ved samarbeid mellom yrkesgrupper, fordi de kan være seg selv nok og har ulike faglige perspektiv. Dersom samarbeidet blir mål i seg selv, kan dette gå på bekostning av fagspesifikk kunnskap. Tverrfaglighet kan medføre fragmentering og ansvarsfrabeskrivelse, dersom den fagspesifikke kunnskapen blir for snever. Det er avgjørende ved tverrfaglig samarbeid at den enkelte yrkesutøver viser en bredde i faget sitt (Thornquist, 2020, s. 42).

1.4 Oppgavens disposisjon

Kapittel to vil ta for seg prosjektets teoretiske forankring i nyere tids forståelse av traumer, grunnlagstenkning i NPMF, hvordan kroppsfenomenologi og sansefilosofi har bidratt til utviklingen av NPMF, og til slutt belyse hvordan fortellinger i utfoldelse vokser frem i den psykomotoriske behandlingsprosessen. Kapittel tre tar for seg metodologi og metode. Først presenteres vitenskapsteoretisk perspektiv og metode. Videre belyses metodiske refleksjoner, og til slutt etiske refleksjoner. Kapittel fire presenterer resultat av analysen i form av en

fortelling, og oppsummerer resultatene. Kapittel fem vil drøfte sentrale tema i resultatene i lys av de teoretiske perspektivene, og til slutt oppsummere drøftingen. Kapittel seks vil gi en avsluttende kommentar og peke på videre utforskning av temaet.

2 Teoretisk forankring

Jeg vil i dette kapittelet beskrive prosjektets teoretiske forankring, og starter med å presentere nyere tids forståelse av traumer. Deretter vil jeg belyse grunnlagstenkningen i NPMF, og videre beskrive hvordan kroppsfenomenologi utviklet av Merleau Ponty og sansefilosofi utviklet av Knut Løgstrup har bidratt til videreutviklingen av NPMF. Til slutt beskrives betydningen av fortellinger i utfoldelse i den psykomotoriske behandlingsprosessen.

2.1 Nyere tids forståelse av traumer

Fordi en pasient med traumatiserende livserfaring inngår i prosjektet starter jeg med å definere ordet traume, og hva det vil si å ha en traumatiserende livserfaring eller sammensatt lidelse. Ordet traume kommer fra gresk og betyr skade eller sår (Anstorp & Benum, 2014, s. 23). I psykologisk forstand er traume basert på enkeltpersoners erfaring med og opplevelse av hendelsen. Psykisk traume kan utvikles når uutholdelige hendelser overvelder kroppslig og emosjonelt, der aktiveringen som følger med hendelsen ikke er blitt stabilisert. Hendelsen vil da overskride evnen til mestring og tilpasning i hverdagen.

Traumatiserende livserfaringer i dette studiet, peker på hvordan langvarige belastninger tetter ut kroppens tilpasningsevne og kan bidra til utvikling av sykdom i mange former (Thornquist, 2020). Det finnes store mengder forskning og teori som omhandler sammenhenger mellom langvarige belastninger i livet og sykdomsutvikling. Mulige forklaringsmodeller strekker seg fra nevroimmunoendokrinologi til cellebiologi og allostasesystemet (Kirkenbgen & Næss, 2015). Nyere stressforskning viser at det er en sammenheng med tidlig livsbelastninger i barndommen, og kroppens fysiologiske og immunologiske respons, og videre utvikling av autoimmune sykdommer som voksen (Dube et al., 2009). Den enkeltes livshistorie vil derfor kunne være bestemmende for hvordan ulike situasjoner og egne reaksjoner oppleves og tolkes.

Tilnærmingene ved traumebehandlingsmodeller innenfor psykoterapi er preget av forståelse av pasientens symptomer og adferd i lys av nevrobiologisk forskning (Anstorp & Benum, 2014). Psykoedukative verktøy er også viktige for å skape trygghet og gi mening til pasientens symptomer og reaksjoner, for eksempel det å gi informasjon om at pasientens plager er naturlige responser på fare. Traumebehandling har ofte blitt delt i tre faser, der første fase er stabiliseringsfase, andre fase dreier seg om bearbeiding, og tredje fase om integrering.

Stabiliseringsfasen innebærer at pasienten tilegner seg informasjon om traumereaksjoner og lærer teknikker for å håndtere stress og symptomer (Anstorp & Benum, 2014; Holbæk, 2014). Stabilisering vil kunne gjennom økt kunnskap og mestringsstrategier, gjøre pasienten i stand til å regulere og håndtere traumereaksjonene og det som utløser dem på en mer hensiktsmessig måte. Dette omhandler betydningen av å utvikle kapasitet til å regulere kroppslig og emosjonell aktivering, slik at pasienten kan være til stede i nåtiden, uten å bli satt ut av overveldende minner. Stabiliseringen kan forstås som en forberedelse til den traumefokuserte bearbeidingsfasen

Bearbeiding har fokus på behandling av traumatiske minner (Anstorp & Benum, 2014, s. 13). Når pasienten er forankret i nåtid og konkret erfarer at nå er det trygt nok, kan minner og vonde hendelser utforskes og plasseres der de hører hjemme i fortid. Bearbeiding av traumatiske hendelser skjer ved at pasienten beveger seg mentalt og følelsesmessig mellom nåtid-fortid og tilbake til nåtid. Gjennom bearbeiding kan traumatiske hendelser bli til minner i fortiden.

Integreringsfasen i traumebehandling inneholder personlig integrering og videre rehabilitering (Anstorp & Benum, 2014; Holbæk, 2014). Denne fasen dreier seg om å opprettholde endring og å gjenvinne områder i livet som har vært begrenset som følge av traumelidelsen. I traumebehandling vil det veksle mellom de ulike fasene. Etter eksponerende behandling av traumehendelser, kan det for eksempel være behov for mer stabilisering for å videre erfare mer kontroll over tanker, følelser og kroppslige fornemmelser.

Det finnes ulike behandlingstilnærminger som har som formål å bearbeide traumeminner. Mange av disse har en språklig tilnærming til minner og kroppen, og innebærer å fortelle om traumehendelsene og følelser knyttet til hendelsene (Anstorp & Benum, 2014; Ogden & Fisher, 2015). Dette kan kalles «top-down» tilnærminger, og har hovedsakelig fokus på kognitive, adferdsmessige, psykodynamiske og psykofarmasøytiske intervensjoner. Disse

ulike behandlingstilnærmingene skiller seg fra bearbeiding av traumer via en kroppslig, «bottom-up», tilnærming.

I denne studien er ønsket å utforske betydningen av en psykomotorisk behandlingsprosess, som er en kropporientert behandlingstilnærming. Innenfor nyere tids forståelse av traumer er sensorimotorisk psykoterapi et eksempel på en «bottom-up» tilnærming, hvor kroppen er sentral og bygger på forståelsen av at «kroppen bærer traumeminnene» (Ogden, 2006). Både mental helse og kropps psykoterapeutiske tradisjoner integreres i teoretiske prinsipper og behandlingstilnærmingen. Ogden og Fisher (2015) belyser at denne tilnærmingen fokuserer på et skifte fra samtale med ensidig fokus på følelser og tanker, til inkludering av kroppslige sanseerfaringer, holdning og bevegelser. Sensorimotorisk tilnærming tydeliggjør også et skifte fra å diskutere til å utforske nye muligheter og handlinger. «Bottom-up» tilnærmingen tar blant annet utgangspunkt i individets automatiserte beskyttelsesstrategier, slik som en tilstand av beredskap, tilstivning eller kollaps. Når disse strategiene repeteres kan det bli til symptomer (Anstorp & Benum, 2014; Ogden & Fisher, 2015).

2.2 Grunnlagstenkning i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi

Denne studien omhandler en psykomotorisk behandlingsprosess, og derfor vil jeg her presentere grunnlagstenkning i NPMF og elementer som er viktige i behandlingsrelasjonene.

Fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen utviklet grunnlaget for tilnærmingen i samarbeid med psykiater Trygve Braatøy i årene 1947 – 1953 (Øvreberg & Andersen, 2016). Bülow-Hansen ble gjennom sin praksis opptatt av respirasjonens betydning og av psykiske belastningers innvirkning på respirasjon og muskelspenninger. Braatøy utfordret sin tids biologiske og reduksjonistiske psykiatri, og stod for et helhetlig syn på forholdet mellom kroppen og det levde liv. Han var opptatt av at både fysisk og emosjonell belastning preget kroppen. Han bidro til en teoretisk grunnforståelse i psykomotorisk fysioterapi, ved at emosjoner er kroppslig forankret (Bunkan, 2001). Braatøy 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, ord og kroppslige symptomer, forstås som svar på livsintrykk og skjellsettende hendelser (Sviland et al., 2010).

Generelt er det slik at fortiden aktualiseres i nåtiden på mange nivå, også på det helt konkrete kroppslige sanselige plan (Thornquist, 2018, s. 132). Det er allmennmenneskelig å regulere følelser og følelsesuttrykk ved å bremse pust og bevegelse. Muskulære spenninger, bremsing av pust og bevegelse, er et ledd i vårt emosjonelle og sosiale forsvar og i tilpasning til omgivelsene. Vi kan på denne måten bruke kroppen til å beskytte oss mot opplevelser, og disse beredskapsreaksjonene kan være opphav til ulike helseproblemer når en tidsdimensjon trekkes inn (Thornquist, 2009, s. 212).

Behandlingsmetoden NPMF er ikke spesifikt rettet mot diagnoser, men mot en generell omstilling av kroppen, for å oppnå en mer fleksibel og stabil kropp, uten unødvendige spenninger som hemmer respirasjon og bevegelser (Bunkan, 1994; Bunkan, 2001). Den gode kroppsholdning har i den psykomotoriske tradisjonen vært beskrevet med begrepet bevegelig balanse. Når kontroll av respirasjonen og muskulære spenninger gir slipp, kan det bringe frem minner og emosjonelle konflikter, som igjen kan forsterke de kroppslige dysfunksjonelle vanene. Derfor må dosering gjennom behandlingstilnærmingen kontinuerlig justeres og tilpasses i forhold til pasientens tilstand og reaksjoner, slik at omstillingen skjer i tråd med det pasienten tåler.

Ved betydelige funn, som for eksempel høy eller lav grad av muskulært forsvar, i undersøkelsen vil ofte en støttende behandlingstilnærming være aktuell, og ved moderate funn vil en mer omstillende tilnærming være aktuell. Støttende behandling vektlegger å øke selvavgrensning, styrke identitetsopplevelse og fremme samhandlingsevner hos pasienten (Gretland, 2007, s. 88-89). Ved å behandle i vektbærende stillinger med aktive bevegelser, er fokuset på bakkekontakt, kroppsstabilitet og kroppskontroll. Ved mer omstillende tilnærming vektlegges blant annet kroppsopplevelser, omstilling av respirasjon og avspenning. Ved inngripende behandling kan selvbeskyttende og vanemessige mønstre utfordres og kroppslig forsvar svekkes. På denne måten utfordres pasientens kroppslige selvregulering, og dette vil ofte medføre nærmere kontakt med følelsene (Bunkan, 2001; Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995). Pust er tilskrevet en viktig rolle i regulering av følelser, og vektlegges både i undersøkelsen og behandlingen (Bunkan, 2001). Det er et mål at pasienten opplever en større sammenheng mellom kropp og følelser, og oppnår en analytisk innstilling til hva som fremmer og hemmer egne kroppsforhold (Thornquist & Bunkan, 1995).

Braatøy beskrev den muskulære siden ved affekt-regulering som dynamikken mellom holdning og bevegelse, og mente at nervøse lidelser kan utvikles når krenkelser fører til

forskyvning i denne reguleringsmekanismen (Sviland et al., 2010). Han innførte begrepet baklåsfenomen, som er et uttrykk for at tilbakeholdelse av reaksjoner fra tidligere sterke hendelser låses fast i muskulær konflikt, og hemmer individets sosiale tilpasning. Braatøy beskrev muskulære belastninger som vevd sammen med fysiske, sosiale og følelsesmessige belastninger, og bevissthet som kroppslig forankret (Sviland et al., 2009).

NPMF legger vekt på at den enkelte skal få bedre forfeste eller bakkekontakt (Thornquist, 2020, s. 138). Det å stå godt på egne bein og etablere en god kroppslig forankring, er en forutsetning for fri funksjon. Derfor er det fokus på å opparbeide en stabil og samtidig ledig stående stilling som gir god balanse (Thornquist & Bunkan, 1995). Det overordnede målet med psykomotorisk behandling kan skisseres som å utvikle kontakt med og varhet for kroppens signaler og reaksjonsmåter, og å utvikle en opplevelse av kroppen som meg. Forskning har også vist at elementer som berøring og verbal kommunikasjon, kan legge grunnlag for at pasienter klarer å ta mer ansvar for seg selv og sin endring (Dragesund & Øien, 2020)

Behandlingsrelasjonen og tillit er en vesentlig forutsetning for psykomotorisk behandling. Ved behandling av en pasient med kroniske smerter og psykisk lidelse ble det gjennom en studie belyst at det kan være krevende prosesser som går over tid, og vist til betydningen av at behandler må være "tonet inn" på pasienten i øyeblikket (Sviland et al., 2012). Det å romme krever at en er oppmerksomt tilstede, orientert mot den andre, både her og nå, og mot den historie som ligger nedfelt i kroppen (Gretland, 2007). Ved behandling av pasienter med traumatiserende livserfaringer har det i en annen studie kommet frem at mange kan ha behov for behandling hos psykolog samtidig (Ekerholt, 2009). Andre studier viser at behandlingsprosessen kan være krevende for terapeuten (Dragesund & Øien, 2019). Studien av Ekerholt et.al (2014) belyser at det er sammenhenger mellom opplevd kroppsbevissthet og manglende bevisste minner av sin livshistorie. Studien fremhever også at fremtidige utfordringer ble mer håndterbare for pasientene når de hadde erfart at ressursene for å møte disse kravene var tilgjengelig i de selv.

2.3 Hvordan kroppsfenomenologi og sansefilosofi har bidratt til å belyse grunnleggende forhold i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi

I dette prosjektet med å ønsket om å belyse betydningen av en psykomotorisk behandlingsprosess for en pasient med traumatiserende livserfaring, er det relevant å belyse hvordan både kroppsfenomenologi og sansefilosofi har bidratt til grunnlagstenkningen i NPMF.

Dualismen skiller mellom kropp og sjel, psyke og soma. Denne forestillingen er fremdeles nedfelt i og videreføres i både språket vi bruker og samfunnets organisasjoner (Thornquist, 2009). Kroppsfenomenologi anerkjenner kroppen som sentrum i ens levde erfaringer og erkjennelse, noe som er grunnleggende i NPMF. Merleau-Ponty sitt kroppsfenomenologiske perspektiv er ofte vist til i NPMF, og understreker at det er en samtidighet mellom kropp og følelser. Å være et subjekt er ifølge Merleau-Ponty å være i verden som kropp. «Livsverden», den verden vi lever i til daglig, har en kroppslig forankring (Thornquist, 2018, s. 138ff).

Merleau-Ponty fremhevet også at kunnskap og hukommelse er kroppslig forankret. Det vi erfarer og gjør er ikke bare flyktige minner og tanker, men blir en del av vår kroppslighet. Ubehagelige og vonde opplevelser kan sette seg i kroppen som en form for beredskap og får betydning for fremtidig persepsjon og handling. Det fenomenologiske kroppssynet hos Merleau-Ponty innebærer et historisk perspektiv ved at det vi erfarer og gjør blir en del av vår kroppslighet. Slik er fortidige hendelser innleiret i kroppen (Thornquist, 2009, s. 150, 2018). Kroppsfenomenologi er på denne måte knyttet til utvikling av traumer og sykdom.

Braatøy var opptatt av at muskulære spenninger kan hemme følelser, og at levd erfaring kan bli en del av vår kroppslighet (Sviland et al., 2009). Men ved muskulære spenninger hemmes også sansningen av tilstedeværelsen i verden. Braatøy sitt fokus er bevissthet som kroppslig forankret, og hvordan verden er i den. Sviland (Sviland, 2014) har i sin avhandling belyst hvordan filosofen Knut Løgstrup sin sansefilosofi kan bidra til grunnlagsforståelsen i NPMF. Løgstrup sitt anliggende er i verden, og hvordan kroppen er i verden.

Knut Løgstrup (1905 – 1981), dansk filosof og teolog, knyttes til fenomenologi og danske livsfilosofi. Han utviklet en sansefilosofi som har fokus på menneskets sanselige tilstedeværelse i verden, og som rommer både den som sanser og det som sanses. Han mente at menneskelig tilværelse er sammenvevd med eller felt inn i omgivelsene i pust og ernæring,

og i sansningen (Sviland et al., 2009). Med sansningen menes mer enn nevrofysiologiske prosesser, ved at betingelsene for sansningen finnes inne i oss, mens selve sansningen befinner seg utenfor oss selv i verden. Gjennom sansningen stemt av livets erfaringer og tilstedeværelse, her og nå kan vi erfare tid gjennom bevegelser og endringer (Sviland et al., 2012). Sviland (Sviland et al., 2012) argumenterer for at NPMF berører muskulære og sanselige aspekter ved kroppslig erfaring og minner, og dette vil potensielt kunne være med å forme narrativ identitet. Når samspillet mellom bevegelse og holdning er i konflikt vil det kunne vekke angst og virke livsinnskrenkende. Hvis det å finne sin holdning er forbundet med å fullbyrde sin eksistens, kan NPMF ses som en holdningsomstillende behandling, forstått som en kroppslig eksistensiell prosess? (Sviland et al., 2007).

Braatøy beskrev følelsesmessige belastninger og bevissthet, som kroppslig forankret gjennom muskulære spenninger. Løgstrup skiller mellom bevissthet i sansning og bevissthet i forståelse. I lys av Løgstrup sin tenkning, vil da kroppslig forankret bevissthet være stemt både av livets erfaringer, og samtidig av sansningen av tilstedeværelse og åpenhet til verden her og nå (Sviland et al., 2009).

Sviland viser til at Løgstrup, i Oppgjør med Kierkegaard (Sviland et al., 2009), beskriver en del av menneskers livsvilkår som tillit, barmhjertighet, medfølelse og håp. Disse livsyttringene er spontane og grunnleggende i menneskers liv, og de må holdes tilbake eller ødelegges om de ikke skal komme til uttrykk. Løgstrup, bygger på en forståelse av at vi som mennesker normalt møtes med en naturlig tillit til hverandre (Løgstrup, 2010, s. 17). Han beskriver tilliten som at den enkelte går ut av seg selv og gir noe av sitt liv i den andres hånd (Løgstrup, 2010, s. 26). «Å ha noe i sin hånd» er en metafor, og i dagligtale kan vi bruke metaforen i situasjoner hvor alt er på vippen. Tilstanden er svevende ved at den enkelte kan være med å gi situasjonen en vending og bestemme utgangen. «Å ha et annet menneskes liv i sin hånd» innebærer en emosjonell kraft i det å ha makt over et annet menneske. Men i dette ligger det, i følge, Løgstrup en kontrast i det at ethvert menneske er et selvstendig og ansvarlig individ, samtidig som vi unngåelig er henvist til hverandre. Han poengterer at ansvaret for den andre aldri kan bestå i å overta menneskets eget ansvar (Løgstrup, 2010, s. 39). Dette prosjektet innebærer relasjon mellom behandlere og pasienten. Disse relasjonene er et etisk anliggende, gjennom det å finne en balanse mellom en emosjonell kraft i det å ha makt som terapeut, og samtidig skulle å løfte frem pasientens ansvar og muligheter.

2.4 Hvordan fortellinger vokser frem i den psykomotoriske behandlingsprosessen

Denne oppgaven omhandler retrospektive erfaringsbeskrivelser av en psykomotorisk behandlingsprosess omkring en pasient med traumatiserende livserfaring. Gjennom NPMF tenker vi at levd liv kan sette spor i kroppen, og behandlingsprosessene strekker seg ofte over tid (Thornquist, 2018, s. 156). Gjennom den psykomotoriske behandlingsprosessen vil kroppslige og sanselige erfaringer her og nå, kunne bringe frem minner fra fortiden. På denne måten kan en fortelling vokse frem i og gjennom erfaringer i en psykomotorisk behandlingsprosess. I denne studien har jeg valgt å bruke begrepet «emergent narratives», for å belyse hvordan fortellinger vokser frem og kan være endringsskapende øyeblikk, i den tverrfaglige behandlingsprosessen.

Verdien av et narrativt perspektiv i NPMF fremheves av Sviland et.al (2012), og viser videre til Mattingly sin utvidelse av narrativ tenkning i klinisk praksis som spesielt relevant. (Sviland et al., 2012). Studien til Øien (2013) som omhandler langvarig psykomotorisk fysioterapi for pasienter med kroniske muskelsmerter, viser hvordan «emergent narratives» i pågående behandlingssituasjoner kan være endringsskapende øyeblikk og gi kunnskap om endring av erfaring fra kroppslig distanse til nærhet. Mattingly sitt begrep «emergent narratives» som oversettes til fortellinger i utfoldelse, retter her oppmerksomheten mot endringssmuligheter.

Mattingly argumenterer for et nært slektskap mellom narrativ som er fortalt og erfaringer som er levd (Mattingly, 2000; Øien, 2013). Livet i fortellingen kan fremstå mer sammenhengende enn det levde livet som er preget av åpenhet, svingninger og uklare avslutninger. Mattingly (1998) beskriver hvordan klinisk interaksjon noen ganger tar form som fortelling i utfoldelse. Dette kjennetegnes ved at det oppstår en betydningsfull erfaring for deltakerne, og kan beskrives som kroppslige fortellinger som meddeles uten tale. Handlingen tar form i begynnelse, midt og slutt, og øyeblikket ser frem mot mulige fremtider. Øyeblikk av dramatiske plott, finner sted i kliniske narrativ når det står mye på spill, og kan forvandle smerte om til viktige hendelser som er betydningsfulle for pasientens bedring. Fortellinger i utfoldelse kan gi en fornemmelse av at noe betydningsfullt er på gang, og dette vil kunne bringe frem minner fra fortiden som melder seg i nåtiden (Mattingly, 1998; Mattingly, 2000; Øien, 2013). Kroppslig erfaring fra fortiden vever seg sammen med sanseerfaring fra nåtiden. Disse fortellingene i utfoldelse kan være endringsskapende øyeblikk som peker frem mot

mulige fremtider. NPMF er en prosess der fortelling vokser frem av kroppslig sanselige erfaringer og som frembringer minner i sansning og i ettertanke.

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). Utviklingen av en fortelling vil være avhengig av hvordan pasient og terapeut i fellesskap kan utvikle nye og helsefremmende fortellinger gjennom samhandling og samtale, og terapeutenes evne til å ta i mot og tolke pasientenes fortellinger. I hvilken grad kan fortellingen med sine endringsskapende øyeblikk i denne studien, være helsefremmende og åpne opp for muligheter til å utforske hvordan kroppslige symptomer kan være innvevet i pasientens livshistorie?

3. Metode og metodologi

Jeg vil i det følgende beskrive og begrunne valg av en kvalitativ narrativ tilnærming, som bærer med seg fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteoretisk perspektiv. Deretter beskrives valg av studiedesign som er en casestudie. Videre belyses valg av intervju som metode, og narrativ analyse for å tolke datamaterialet. Til slutt belyses metodiske og etiske refleksjoner.

3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv

Intensjonen med dette forskningsprosjektet er å søke innsikt og dybdeforståelse i erfaringer omkring en tverrfaglig behandlingsprosess om en pasient med traumatiserende livserfaring. For å belyse forskningsspørsmålet har jeg valgt en kvalitativ og narrativ tilnærming med forankring i en fenomenologisk-hermeneutisk forskningstradisjon. Kvalitativt studiedesign egner seg når man skal undersøke og beskrive menneskers erfaringer, tanker, holdninger og tilnærminger (Polit & Beck, 2020). Ved kvalitativ forskning er målet å komme frem til dybdekunnskap og få helhetlig forståelse av fenomener det forskes på (Thornquist, 2018, s. 244). Det er viktig å få frem variasjon og det sammensatte som kjennetegner menneskelig liv, og å ikke skjule det som er uklart.

I fenomenologi rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet (Thornquist, 2018, s. 101). Verden oppfattes ikke direkte men gjennom vår bevissthet, og derfor ansees subjektivitet som en forutsetning for forståelse. Hermeneutikk er knyttet til mennesket som er i verden som forstående og fortolkende vesener, og gjennom dette hvordan mennesker gir verden mening. Vitenskap 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 forståelseshorisontene som er tilgjengelige for oss (Thornquist, 2018). Dette prosjektet har en fenomenologisk tilnærming ved å søke om innsikt i retrospektive erfaringsbeskrivelser med betydningen av en psykomotorisk behandlingsprosess og det tverrfaglige samarbeidet, fra de ulike informantenes førsteperson perspektiv. Behandlernes perspektiv er uttrykk for deres erfaring, og samtidig uttrykk for fortolkningene de har av deres erfaringer med Erik og hans behandlingsprosess. Materialet som er produsert gjennom intervjuene fortolkes med en hermeneutisk tilnærming for å belyse det som er meningsbærende i forhold til forskningsspørsmålet.

Narrativ tilnærming er i denne studien brukt for å for å analysere retrospektive erfaringsbeskrivelser fra de ulike informantene omkring en behandlingsprosess som gikk over tid. Ønsket var å kaste lys over meningsinnholdet i detaljerte livserfaringer hos noen få individ (Creswell & Poth, 2018, s. 68-72). Gjennom den analytiske prosessen ble det utformet en fortelling i kronologisk rekkefølge på en tidslinje, på bakgrunn av informantenes erfaringsbeskrivelser. Fortellingen presenterer tiden før behandlingsstart og selve behandlingsprosessen.

3.2 Forskningsdesign

For å utvikle dybdeforståelse av det tverrfaglige samarbeidet rundt en pasients behandlingsprosess der traumatiserende livserfaringer var sentrale, var det hensiktsmessig å velge en retrospektiv casestudie. En casestudie involverer en gjennomgående dybde analyse ved betydningsfulle fenomener av ett individ, en gruppe eller en sosial enhet (Polit & Beck, 2020, s. 772, 483). Denne casen omhandler alle informantene, men pasienten er den fortellingen dreier seg om. Det er ikke pasienten sin fortelling, men pasienten sitt behandlingsforløp slik det kommer frem gjennom de ulike stemmene i intervjuene.

3.3 Valg av metode

3.3.1 *Intervju*

Studiens materiale er utviklet basert på semistrukturerte dybdeintervju. Intervju er ifølge Kvale og Brinkmann (Kvale & Brinkmann, 2009) en intersubjektiv og sosial samtalebasert erkjennelsesprosess. Materialet blir da et resultat av samhandling mellom intervjuer og den som blir intervjuet. Hensikten er å få innblikk i informantenes erfarings- og meningsverden (Thornquist, 2018), der subjektet er en ressurs som aktivt brukes for å forstå de fenomener en tilstreber å forstå.

For å velge informanter ble det brukt strategisk utvalg av en pasient og dens relevante behandlere; psykomotoriske fysioterapeut, psykolog og lege. Inklusjonskriteriet for pasienten var at denne hadde traumatiserende livserfaring, og erfaring med psykomotorisk behandling i et tverrfaglig samarbeid. Pasienten ble rekruttert via en behandlende spesialist som ikke var direkte involvert i behandlingen, den psykomotoriske fysioterapeuten ble rekruttert via en kollega, og psykologen som inngikk i behandlingen omkring denne pasienten ble rekruttert via den psykomotoriske fysioterapeuten. Det ble utformet en intervjuguide (se vedlegg 5) for hver enkelt informant i forkant av intervjuene. Intervjuene hadde en struktur og en hensikt, hvor oppgavens problemstilling var sentral (Creswell & Poth, 2018). Spesifikke tema ble belyst med vekt på åpenhet for at informantene kunne snakke fritt, og spørsmål ble tilpasset underveis ut ifra svarene som ble gitt. Ønsket var å få frem rike, nyanserte og brede beskrivelser av fenomenet som ble studert (Polit, 2020). De åpne spørsmålene hadde fokus på hvordan og hvorfor den psykomotoriske behandlingsprosessen hadde innvirkning på pasienten, og hvordan det som kom frem gjennom behandlingsprosessen hadde betydning inn i det tverrfaglige samarbeidet. Pasientens formidlinger ga førstehåndskunnskap. Fagpersonenes formidlinger var førstehånds kunnskap om deres erfaringer, men andrehånds kunnskap om Erik sine erfaringer.

Intervjuene ble gjennomført med fysisk oppmøte, og satt av god tid slik at informantene kunne dele dype og meningsfulle erfaringer. Jeg var observant på min egen og informantenes nonverbale kommunikasjon, og etter hvert intervju skrev jeg ned mine egne umiddelbare tanker og stemninger fra intervjuet. Lydopptak ble gjennomført ved bruk av en diktafon.

Lydfilene ble i ettertid lagret forsvarlig på forskningsserver ved Høyskolen på Vestlandet, og deretter slettet fra diktafonen.

3.3.2 *Narrativ analyse*

Med utgangspunkt i den hermeneutiske sirkel har jeg ved narrativ analyse tolket datamaterialet systematisk ved å bruke dialogisk narrativ analyse (Frank, 2015). Som forsker har jeg brukt min egen intuisjon og forestillingsverden. Narrativ analyse er en langsgående analyse over tid, og fokuserer på helheten og sammenhengene, og ikke de enkelte delene i historien (Creswell & Poth, 2018, s. 68-72). Fokuset ved narrativ analyse vil være på innholdet og hvorfor historien er fortalt på denne måten (Polit & Beck, 2020, s. 484 - 485; Riessman, 2008). Narrativ analyse innebærer å frembringe beskrivelser og hendelser, som konfigureres til en helhetlig fortelling gjennom å utforme et handlingsforløp. Fortellingene blir konfigurert og refigurert, fortalt og gjenfortalt med variasjoner. Det er ikke en prosedyre, men en pågående prosess med å høre relevansen mellom historien som fortelles og forskningsspørsmålet, og kontinuerlig ta valg for hva som skal gis oppmerksomhet. Ønsket er å vise hva som står på spill. Historier gjenskaper fortiden og forestiller seg fremtiden. De fortelles alltid i dialoger, og de blir til av fragmenter av tidligere historier (Frank, 2015).

Første analysenivå i denne studien var opptaket av intervjuene, og videre å lytte til lydfilene og å transkribere til tekst. Materialet ble satt sammen til en fortelling i kronologisk rekkefølge over en tidslinje tilsvarende pasienten sin fortelling og retrospektive erfaringsbeskrivelser. De ulike informantenes bidrag ble vevet inn i pasientens fortelling der hvor bidragene passet inn i tidslinjen og i overensstemmelse med tema. Analysen og den videre drøftingen er derfor et resultat av min fortolkning. Denne fortolkningen gjelder også for hver enkelt informant. Pasienten fortolker og konfigurerer sin historie i formidlingen av den. De andre informantene konfigurerer også sin historie basert på sin fortolkning av pasienten slik de har erfart samhandling med han. Samtidig er fortellingen utformet av forsker i en prosess med konstruering og rekonstruering. Fortellingen som presenteres i dette prosjektet, er derfor ikke pasientens fortelling, men pasienten sitt behandlingsforløp slik det kommer frem gjennom de ulike stemmene i intervjuene på det gitte tidspunkt, og slik jeg som forsker har vært i prosess med å konstruere og rekonstruere fortellingen.

3.4 Metodiske refleksjoner

Styrken ved casestudie i denne masteroppgaven, kan være dybdeinformasjonen som er mulig å innhente når det forskes på ett lite antall. Svakheten er hvorvidt funnene kan ha overførbarhet eller betydning utover seg selv (Polit, 2020).

Ved bruk av semistrukturert intervju tilrettela det for at jeg som forsker fikk innhentet relevant rikholdig data i henhold til forskningsspørsmålet, samtidig som deltakerne kunne snakke fritt om opplevelsene (Polit & Beck, 2020, s. 521). En svakhet med dybdeintervju er validiteten i det informantene sier. Samtalens åpenhet kan forføre ved at informantene sier mer enn det som godt er (Løgstrup, 2010). Kvalitative intervjuer er ofte tidkrevende, og ved innsamling av data med høy kvalitet trengs erfaring (Polit & Beck, 2020, s. 172). Forskeren bruker seg selv som et forskningsinstrument, og derfor er min subjektivitet som forsker med å påvirke kunnskapsutviklingen. Som forsker var jeg avhengig av å oppnå tillit og trygghet fra informantene. Semistrukturerte intervjuer vil kreve at forskeren er dyktig og leder samtalen åpent og tydelig, og en svakhet er hvis spørsmålene i intervjuguiden kommer i veien for flyten i samtalen. Som ny forsker opplevde jeg det utfordrende å skulle være tilstede og lede samtalen, og samtidig ha oversikt over det som var delt i forhold til rikholdigheten av datamaterialet. Det kan være en ulempe at transkripsjon kan forstås som en noe svekkende gjengivelse av en intervjusituasjon (Thornquist, 2018, s. 211).

Fordelen med strategisk utvalg, var at jeg rekrutterte informanter som potensielt hadde god innsikt i det jeg ønsket å belyse. Jeg vurdere det slik at informasjonsstyrken hos informantene i denne studien ville være god for å besvare forskningsspørsmålet.

3.4.1 Pålitelighet

Både ved datautvikling fra informantene, og ved analysen utført av forskeren, vil det være viktig å vurdere påliteligheten i innholdet (Riessman, 2008). Ved narrativer presenteres en refleksjon av noe som har hendt, samtidig som at livshistorier ikke er statiske men kan forandre seg over tid. Fortellingen i denne studien ble presentert i fragmenterte deler, og da er det forskerens oppgave å vise sammenhenger gjennom analysen av materialet.

Hverdagen for de fleste klinikere handler om hver enkelt pasient og deres reelle livssituasjon, og derfor er resultater fra kvalitative casestudier relevante. Riessman (2008, s. 194) viser også til at det meste av utviklingen av ny kunnskap gjennom forskning, baserer seg på casestudier som er kontekst avhengige. Historier kan ha betydning langt utover meningen til den enkelte historie fortelleren. I vitenskapelig sammenheng er dette en liten studie, men kanskje kan det være et bidrag til videre utforskning, Ved å drøfte det partikulære i denne studien i lys av teori og annen forskning, kan det som fortellingen bringer frem ha overførbarhet til det allmenngyldige og på den måten ha betydning utover seg selv. Dette kan styrkes videre gjennom at jeg som forsker er bevisst hvordan resultatene kan føre til videre dialog og forandring (Riesmann, 2008).

For å kunne bedømme pålitelighet og gyldighet, har jeg tydeliggjort studiens vitenskapsteoretiske perspektiv og metode. Jeg har redegjort for hvilke forutsetninger studien er basert på og hvilke type kunnskap den kan frembringe. Ønsket har også vært å gi en troverdig presentasjon av datamaterialet og resultatet, ved å legge ved intervjuguiden i studien (vedlegg 5).

3.4.2 Refleksivitet og å forske i eget fagfelt

Videre pålitelighet sikres gjennom refleksivitet, som refererer til forskerens bevissthet om egen rolle og hvordan fortolkningene har fremkommet. (Thornquist, 2018). Som forsker ønsker jeg å være bevisst mitt eget bidrag gjennom min personlige forståelse og bakgrunn, og hvordan dette kan ha vært med å forme belysningen av den narrative fortellingen (Creswell & Poth, 2018, s. 73).

Jeg har ingen erfaring med forskning, men praktisert som fysioterapeut med psykomotorisk kompetanse over noen år. Det har ofte vært hensiktsmessig å samarbeide med andre fagpersoner omkring pasienter med traumatiserende livserfaringer. Min forforståelse og erfaring, har vært med å forme valg av tema og forskningsspørsmål, valg av forskningsmetode, valg av teoretiske perspektiv, og det har vært med å forme analysen og drøftingen. Det kan være en fordel å forske på eget fag da kjennskapen til feltet gir tilgang til forståelse (Thornquist, 2018, s. 263). Kjennskapen til faget kan ha vært en utfordring ved

lojalitet til faget, og det kan ha ført til at noe er tatt for gitt. Thornquist (2018) fremhever viktigheten av at forskere må være reflektert utover eget fagfelt, og stille seg kritisk til eget fag, for å sikre utviklingsmuligheter. Jeg har forsøkt å utnytte kjentheten til temaet, og samtidig etablere en kritisk distanse. Likevel vil det alltid være noe vi ikke har tilgang til i oss selv og derfor ikke kan reflektere over.

Ved klinisk erfaring som terapeut var det også utfordrende å skulle innta forsker rollen som «uvitende», og bevisst ikke styre samtalen ut ifra min kunnskap og rolle som terapeut. Ønsket har vært å bruke min egen subjektivitet og menneskelighet i relasjon til informantene, som et forskningsinstrument og en ressurs for å forstå (Thornquist, 2018, s. 244). Underveis i studien har jeg reflektert over meg selv og mitt bidrag, og vist til hvilke valg jeg har tatt. Ved å tydeliggjøre mitt eget ståsted som fagperson med interesser og teoretiske perspektiver, har jeg forsøkt å være transparent.

3.5 Ethiske refleksjoner

Masteroppgaven skal oppfylle vitenskapelige krav og har til hensikt å utvikle ny kunnskap. Krav til informasjonssikkerhet i forbindelse med datainnsamling er ivaretatt i henhold til gjeldende lovverk og retningslinjer. En pasient med traumatiserende livserfaringer inngår i prosjektet, og derfor var det nødvendig å søke om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (vedlegg 1). Prosjektet ble også meldt til Norsk Senter for dataetterforskning (NSD), fordi prosjektet skulle behandle personopplysninger gjennom intervju (vedlegg 2). Det ble laget en beredskapsplan med mulighet for oppfølging av spesialist, for å ivareta pasientens mulige sårbarhet dersom intervjuet skulle utløse reaksjoner. Dette ble det ikke behov for. Gjennom godkjenningene fra REK, ble det kommentert at pasienten måtte spørres om å delta i studien av en som ikke hadde en tett relasjon til pasienten. Dette ble ivaretatt ved at legen spurte pasienten om å delta.

Det kan være en utfordring i kvalitative studier med en narrativ tilnærming, å bevare konfidensialitet og respektere informantenes perspektiv på hvordan informasjon deles, når hensikten er å belyse rik og detaljert informasjon om enkelt individer (Kaiser, 2009). Kontinuerlig har jeg reflektert over hva resultatene av forskningsprosjektet skal brukes til, hvem som er «publikum» for prosjektet, og å presentere personlig informasjon på en etisk og

forsvarlig måte. Ønsket har vært å bevare respekten for individet og styrke det etiske aspektet. (Kaiser, 2009). Men til tross for at personlig informasjon fjernes og fortellingen omskrives, vil den individuelle livshistorien være der. Resultatet kan være noe annet enn det informantene så for seg.

Ved å dele informasjon om prosjektet både muntlig og skriftlig, og innhenting av skriftlig samtykke fra hver enkelt informant ved oppstart av prosjektet, har jeg tilrettelagt for konfidensialitet (se vedlegg 3 og 4). Informasjons- og samtykkeskjemaene oppbevares forsvarlig. Intervjuene som ble tatt opp på diktafon, er videre lagret forsvarlig ved forskningsserveren. Deltakerne er bekjent med at de kan trekke seg når som helst, uten å måtte oppgi grunn for dette (Polit & Beck, 2020, s. 145). Etter endt studie vil jeg tilby deltakerne informasjon om resultatene og gi mulighet for debriefing

4. Resultat: analyse av fortellingen

Jeg vil i det følgende presentere resultatet av den narrative analysen. Fortellingen som starter når pasienten begynner i psykomotorisk behandling, gir retrospektive beskrivelser med tilbakeblikk på fortiden og beskrivelser av behandlingsprosessen underveis. Den presenteres gjennom en langsgående tidslinje hos pasienten. Materialet som er utviklet fra de andre informantene er flettet kronologisk inn i fortellingens tidslinje. Ved hjelp av teoretiske redskaper har jeg som forsker rekontekstualisert informantenes verden. Til slutt oppsummeres resultatene.

4.1 «Da jeg tidvis gikk i kollaps, var jeg rask med å jekke meg opp igjen»

Erik var en mann i 40 årene da han hadde bedt legen henvise til NPMF, på bakgrunn av fysiske og mentale plager. Han hadde hodepine, smerter i nakke og skuldre. Han hadde vært til legen og fått medikamentell behandling for ulike symptomer. I lang tid hadde han kjent på tankekjør og uro, og brukt antidepressiva. Over flere år hadde han brukt astma medisin fordi det var trangt å puste ved anstrengelse. Denne gangen hadde det vært Erik som foreslo hvilken behandling han ønsket, på bakgrunn av en forståelse for at fysiske plager kunne være stressrelatert.

Erik mener at de mentale helseutfordringene med motløshet og depresjon, hadde startet i tenårene. Han opplevde seg som mer sårbar og mindreverdig enn andre, og beskriver en følelse av avmakt. Disse følelsene kunne ikke Erik finne seg i, og håndterte det med sinne og stolthet, som hadde gitt han en kraft til å ikke «gå i kollaps». Da han tidvis kollapset, var han rask med å «jেকে seg opp igjen». Han ble oppgitt av denne vekslingen mellom depresjon og et forferdelig sinne. I familien hvor han vokste opp var det noe som ikke stemte mellom den ytre verden og det som foregikk hjemme. Erik var urokråken i familien som sluttet skolen tidlig, og hadde levd i skyggen av en bror som var «kronprins». Han hadde ikke oppfattet seg som anspent på ungdomsskolen, men i ettertid tenker han at det må ha vært synlig. De fysiske helseutfordringene opplevdes mer skiftende og håndterbare enn de psykiske.

Erik hadde trent styrke på helsestudio i mange år da han kom til psykomotorisk behandling. Dette beskriver han som en metode for å få noe til å være stille, og fortrenge historien som om den ikke var hans.

4.2. Begynnende undring over hvordan sanseerindringer i nåtiden vekker minner fra fortiden

Ved oppstarten av psykomotorisk behandling, hadde Erik erfart det som forunderlig å ikke være i kontakt med seg selv rent fysisk, og et ubehag med å bo i sin egen kropp. Den psykomotoriske fysioterapeuten (heretter omtalt som fysioterapeuten) hadde forstått Erik sine helseutfordringer som sammensatte. Hun hadde lagt merke til hans nysgjerrighet og refleksjonsevne. Erik hadde fortalt at moren var kronisk deprimert, og fysioterapeuten undret seg over hva det var som gjorde at han ikke fikk fred. Han hadde en jobb hvor han var mye alene med lite variasjon. Fysioterapeuten hadde undret seg over hvordan Erik kunne ha en så lite variert jobb over mange år, og likevel være så reflektert og nysgjerrig på livet. Kroppsholdningen var noe oppstrammet med brystkassen i inspirasjonsstilling, samtidig som han stod og hang med hodet innimellom. I starten av behandlingsprosessen hadde fysioterapeuten opplevd at Erik hadde uttrykt lite tro på seg selv og hva han kunne få til. Erik var i noen relasjoner som trengte hans støtte, og samtidig i noen utfordrende relasjoner hvor han måtte sette grenser. Fysioterapeuten hadde tenkt at dette kunne bli en langvarig behandlingsprosess. Erik forstod at han måtte være tålmodig, og hadde som mål å redusere kroppslige smerter og å utvikle økt trygghet i relasjoner.

Erik hadde opplevd pusten som låst i starten av behandlingen, og at jo mere han stresset jo vanskeligere var det å puste. Han brukte astma medisin og drev med styrketrening der han holdt pusten mye. Allerede ved første undersøkelse så fysioterapeuten at Erik var ukonsentrert, og at han hadde vanskelig for å legge tyngden på føttene. Erik hadde beskrevet at han ikke hadde kontakt fra magen og ned. Derfor hadde det vært fokus på å få bedre balanse, kjenne at tyngden kunne falle sentralt ned gjennom beina slik at han kunne kjenne føttene mot underlaget, og å kjenne at han var tilstede med hele seg. Det hadde også vært viktig med bevegelser for å kunne slippe pusten mer til og for å løsne på spenninger.

Fysioterapeuten hadde lagt merke til at Erik var fysisk aktiv og sterk. Erik reflekterer nå i ettertid over at han ved starten av behandlingen hadde opplevd kontakten med underlaget som temmelig diffust, når han samtidig hadde opplevd seg så sterk i kroppen. Det ble en felles undring mellom Erik og fysioterapeuten, over det at han var så fysisk sterk, og samtidig hadde dårlig balanse og ikke kontakt med beina. Gjennom måten Erik reflekterte og ordla seg på, hadde fysioterapeuten tenkt at han hadde mange ressurser.

Erik opplevde etterhvert at kontakten med underlaget ble stødigere og tydeligere, og at han samtidig kjente på en økende mental bevissthet og tilstedeværelse. I behandlingen hadde han blant annet øvd på å trampe i gulvet. Han reflekterer over dette og sier at: «det gir en tydelig følelse av makt og autoritet å trampe på hardt underlag.» Erik hadde erfart hvordan han kunne møte følelsene mer hensiktsmessig, og at følelsene måtte få uttrykke seg gjennom kroppen. Hvis han hadde vært sint kunne han trampe. Erik hadde opplevd at han gjennom bevegelser kunne gi slipp på muskelspenninger og følelser.

Erik sier at han hadde opplevd det som utfordrende med varierende symptomer. Han hadde fortalt om og uttrykt ulike symptomer når han kom til fysioterapeuten. Etter timene hadde det dukket opp smerter og ubehag i kroppen. Noen ganger hadde han så sterke fysiske reaksjoner at han hadde kontaktet legen for å få det sjekket.

Erik hadde uttrykt symptomer, spesielt på venstre side av kroppen. Fysioterapeuten hadde tenkt at det ikke var mulig å fjerne alle symptomer, og hun undret seg over hvor fremgangen var når det hele tiden vekslet med varierende symptomer. Den viktigste endringen ville være at smertene ikke fikk overstyre, og at Erik kunne være tilstede med hele seg. Fysioterapeuten

hadde opplevd at Eriks forhold til seg selv gjorde at hun ikke visste helt om han var tilstede. Det hadde vært viktig at Erik hadde kontroll på fremgangen i behandlingsprosessen, slik at han kunne ha tillit til behandlingen og fysioterapeuten. Det hadde vært utfordrende for fysioterapeuten å skulle veilede Erik uten å være den som tok ordet og styrte prosessen.

Fysioterapeuten hadde startet hver time med å følge med på hvordan Erik hadde det kroppslig og følelsesmessig, og videre vurderte hva Erik hadde trengt. Etter hvert hadde hun opplevd Erik mer samlet og konsentrert, og at han hadde vært mer avspent i kroppen etter behandlingen. Dette åpnet for mer omstillende behandling, ved at Erik hadde fått økt evne til å hvile avspent i liggende og fysioterapeuten brukte lette massasje grep med berøring av muskulaturen i legger, rygg og skuldre. Erik hadde kjent at det var godt, og kontakten med kroppen og underlaget hadde blitt tydeligere for han. I denne fasen av behandlingen beskyttet Erik føttene mot berøring, men han hadde kjent noe økt bevissthet av fotfeste i stående.

Da Erik hadde begynt i behandling hadde det vært mye som var uklart for han i livshistorien. Etterhvert hadde han fått en gryende forundring om hvor de kroppslige smertene kom fra og hvorfor relasjoner var så krevende. Minnene som hadde begynt å melde seg, hadde lagt grunnlaget for at fysioterapeuten ville bringe inn en psykolog som hadde en annen fagkunnskap. Fysioterapeuten og psykologen hadde umiddelbart etablert en tett dialog, slik at de forstod hverandre samtidig som de hadde jobbet utifra hver sin faglige profesjon. Dette hadde gjort prosessen trygg for behandlerne. Fysioterapeuten hadde også opplevd at det ble tryggere for Erik, og at det hadde bidratt til at han styrte prosessen med å bli klar over sine egne livserfaringer.

Hos psykologen hadde det tidlig kommet frem at Erik opplevde manglende kontakt med beina. Erik hadde beskrevet at han delte seg i to, med kontakt fra magen og opp, og manglende kontakt fra magen og ned. Erik hadde opplevd at han alltid måtte beskytte beina. Erik kjente seg sårbar og grenseløs. Erik beskyttet føttene sine ved å gå med store støvletter, og han hadde anspent muskulaturen som en beskyttelse av grensene sine. Fokuset i behandlingen hos psykologen hadde i starten vært på økt stabilitet i møte med mentale og kroppslige smerter.

4.3 Utvikling av tverrfaglig samarbeid er som «hånd i hanske», og legger grunnlag for rett diagnose

Fysioterapeuten og psykologen hadde vært lett tilgjengelige for hverandre og hadde hatt samarbeidsmøter ved behov. De jobbet begge utifra en forståelse for sammenhenger mellom kropp og traumer. Erik sin erfaring med følelser av angst og depresjon, og kroppslige smerter og stivhet, hadde vært grunnleggende for hans utfordringer i nåtiden. De hadde hatt fokus på det eksistensielle som spør: «hvordan eksisterer jeg her og nå, og hvordan gir det seg uttrykk på forskjellige måter?». Fokuset hos behandlerne hadde ikke vært på enkelte symptomer, men på helheten for at Erik skulle kjenne hvordan han hadde det der og da.

Erik forteller at han hadde fått en opplevelse av at det var noe som var samstemt i samarbeidet mellom behandlerne, og han hadde kjent seg ivaretatt. Begge behandlerne hadde vært opptatt av at Erik sine reaksjoner mentalt og fysisk skulle være håndterbare. Det hadde vært uforutsigbart om det kom reaksjoner, og de hadde vært varierende i styrke og varighet. Men Erik hadde kjent seg trygg og sa: «hvor galt kan det gå, man har jo to stykker liksom, halleluja!».

Etter en tid i behandling hos både fysioterapeuten og psykologen, hadde historien til Erik begynt å komme mer frem. Han kunne huske at overgrepene fra mor hadde startet før skolealder, og etter hvert hadde mønsteret blitt godt innarbeidet. Erik kunne minnes en gang han hadde satt seg til motverge, men at den helhjertede nektingen hadde blitt stoppet av mor. Fysioterapeuten forteller at hun hadde forstått på Erik at hans mor hadde vært grenseløs. Etterhvert i timene hos psykologen kom det frem at føttene hadde vært mors favorittkroppsdeler.

Erik hadde ikke alltid oppført seg som forventet, sånn som broren. Likevel hadde faren tatt han med på aktiviteter i helgene. Han undret seg over at han etter skolen hadde pleid å gå til fabrikk for å bare være der hvor hans far jobbet. Erik hadde en form for dialog med far fra tenårene, samtidig som han hadde vært veldig fjern. Erik forteller at far var på jobb, og mor som hadde noen utfordringer var hjemme. Fysioterapeuten forteller at hun hadde forstått på Erik at mor som hadde spilt hovedrollen i familien. Underveis i behandlingsprosessen hadde Erik fortalt fysioterapeuten om et bilde av en einebærbusk som han fikk i konfirmasjonsgave av far. Erik hadde opplevd dette bildet som en symbolsk støtte fra far, med einebærbusken

som er så gjenstridig og står der i all slags vær. Fysioterapeuten hadde inntrykk av at minnet om dette bildet hadde gitt behandlingsprosessen et løft. Igjen hadde Erik vært undrende, og begynte å interessere seg for hva som hadde vært foreldrenes forutsetninger.

Etterhvert tematiserte Erik mer og mer sammenhengen mellom smerteuttrykk i nåtiden og minner fra fortiden. Gjennom behandlingene hos fysioterapeuten og psykologen hadde Erik kommet nærmere innpå sin traumehistorie, og det hadde gitt Erik en trygghet å kunne dele til begge behandlerne. I behandlingen hos fysioterapeuten hadde det bli tema hvordan de kroppslige spenningene som kom til uttrykk i hverdagen, kunne ha sammenheng med det som hadde vært tema angående Erik sin livshistorie i behandlingstimene hos psykologen. Når det gjennom behandlingen hos fysioterapeuten hadde kommet fram kroppslige reaksjoner som ofte var knyttet til et minne, så hadde psykologen og Erik knyttet det sammen med hans traumehistorie. Dette åpnet opp for bearbeidelse av historien for Erik, med en dypere forståelse og bevisstgjøring av livet hans. Fysioterapeuten hadde tenkt at psykologen hadde andre verktøy til å møte dybdeforståelsen i følelsene og den eksistensielle problematikken. Erik hadde kunnet uttrykke at det var kaos i hodet, men ellers gitt lite uttrykk for følelser i tilknytning til at han hadde angst og depresjon. De kroppslige symptomene hos Erik var fremtredende og kunne uttrykkes i detalj. Derfor hadde psykologen ofte behov for fortløpende kommunikasjon med fysioterapeuten.

Fysioterapeutens vurdering hadde vært at Erik var i ett anspent fleksjonsmønster med overkroppen. Erik hadde sagt at han hadde kontakt med overkroppen, og hun tenkte at han hadde en slags stolthet i seg. Erik hadde fortalt fysioterapeuten om en episode sammen med hans familie, hvor han hadde kjent at han gikk inn i et forsvarsmønster med kroppen. Han satt sammenbøyd ved å holde armene inn til kroppen foran brystet, og krysse beina. På denne måten hadde Erik skrudd seg ned med kroppstyngden mot venstre side, og fysioterapeuten hadde tenkt at han hadde vært ute av sitt midtpunkt. Erik hadde beskrevet at han samtidig hadde følt en enorm maktesløshet og håpløshet. Han hadde blitt sittende en stund før han hadde klart å reise seg. Etterpå hadde Erik forstått at samværet med familien var noe som gikk rett inn i kroppen hans, og som gjorde at han hadde sittet på den bestemte måten. Ved at Erik hadde kunnet fortelle og reflektere over dette, hadde fysioterapeuten forstått dette som uttrykk for at han hadde begynt å bli kjent med seg selv. Dette fleksjonspregede mønsteret i sittende, hadde fysioterapeuten lagt merke til i behandlingene når Erik satte seg ned i stolen. Denne konkrete hendelsen ble videre tema for Erik i behandlingen hos psykologen.

Gjennom den verbale tilnærmingen hos psykologen, ble det sammen med behandlingen hos fysioterapeuten en brobygging mellom det psykiske og det fysiske. Psykologen beskriver at Erik i utgangspunktet hadde gitt mer uttrykk for livet sitt gjennom de kroppslige symptomene enn gjennom ord, og at han hadde lært å slappe mer av i forhold til sine somatiske uttrykk hos fysioterapeuten. Ved at han etter hvert fornemmet kroppen tydeligere, møttes det kognitive og det kroppslige på et plan inne i han. Psykologen forteller at: «det som skjedde i min time og det som skjedde i den psykomotoriske behandlingen, det gikk som hånd i hanske. Begge tilnærmingene var viktig for hans tilfriskning».

Hos begge behandlerne hadde Erik uttrykt smerter i venstre skulder og arm. De hadde undret seg sammen om det var en redsel der som han hadde trengt å beskytte seg mot. Erik forteller at venstre side av kroppen kunne knekke sammen når følelsene hadde blitt for overveldende for han som barn. Erik beskriver et tidspunkt i behandlingsprosessen hvor han hadde opplevd kroppslige symptom som pekte mot kreft. I en time hos fysioterapeuten hadde Erik bestemt seg for å kontakte legen. Da legen avkrefte sykdom, hadde smerten forsvunnet. Dette hadde fått Erik til å tenke på sammenhengen mellom hvor smerten hadde kommet fra fysisk, og historien med overgrep fra mor. Erik hadde opplevd det som en «spot on» referanse, med en tydelig sammenheng mellom et konkret minne i historien som samsvarte med smerten han hadde kjent på i etterkant av behandling hos fysioterapeuten. Erik beskriver at han hadde flere slike opplevelser, med ulike smerter i kroppen som kunne oppstå etter behandlingen. Når Erik hadde forstått at smerten var knyttet til et minne i historien, hadde smertene forsvunnet.

Etter behandlingene hadde Erik noen ganger hatt mareritt. Han hadde tenkt at noe prosesseres gjennom marerittene, og at hjernen bearbeidet opplevelser også ubevisst. Marerittene hadde ofte vært knyttet til traumehistorien, og psykologen forteller at de jobbet med å bearbeide og å lage avslutninger på marerittene. Ofte omhandlet de mor som hadde stadig innhentet han med sin makt ved at hun hadde vært stor og Erik liten. Men til slutt hadde hun forsvunnet ut døren i en drøm, da hadde hun vært liten og Erik voksen. Psykologen forteller at noe av skammen som hadde vært knyttet til hans historie også hadde forsvunnet da. Han hadde ikke lenger dårlig samvittighet overfor mor, og han hadde det bedre med seg selv.

4.4 Rett diagnose gir videre hensiktsmessig behandling

Psykologen hadde etterhvert gitt Erik diagnosen posttraumatisk stresslidelse, kompleks (PTSD kompleks). Gjennom behandlingsprosessen som førte til denne diagnosen, hadde Erik gitt uttrykk for skam og skyldfølelse fordi han hadde utlevert sin mor ved å fortelle at hun hadde vært seksuelt grenseoverskridende. Legen beskriver at Erik hadde fått ulik medikamentell behandling i årene før han hadde startet hos psykomotorisk fysioterapeut og psykolog. Symptomene hadde stadig vært tilbakevendende og utviklet seg. Legen hadde opplevd at diagnosen PTSD kompleks, hadde gitt henne økt og dypere forståelse for Erik sine helseutfordringer. Etter flere år med ulike symptomer, hadde Erik kunnet gripe fatt i sin livshistorie og fått mer hensiktsmessig behandling.

Ved behov hadde Erik, fysioterapeuten, psykologen og legen samarbeidsmøter. Utover det hadde Erik gitt tilbakemelding til legen om behandlingen og hvordan han hadde det. For legen hadde det vært trygt med en oversikt, og at kun kunne ta kontakt med de to andre behandlerne ved behov.

Erik beskriver at han hadde opplevd stadig flere sammenhenger mellom kroppslige reaksjoner og livshistorien sin, og flere detaljer om hans traumehistorie hadde blitt synlig for han. Når Erik hadde erfart at det ikke var noen sykdom som hadde lagt til grunn for de ulike smertene, så hadde han visst hvor det kom fra. Noen ganger hadde Erik opplevd at de kroppslige symptomene hadde vært knyttet til ett minne og en historie, og andre ganger ikke. Fysioterapeuten forteller at Erik hadde ikke trengt astma medisin lenger. De kroppslige ubehagene hadde vært mindre farlig, og Erik hadde mindre behov for å kontakte legen.

4.5 Økt kontakt med føttene og underlaget.

Fysioterapeuten hadde opplevd at Erik hadde stått stødigere på beina. Men i faser mistet han noe av kontakten med seg selv, og da hadde det kommet følelser som avmakt og sinne som gjorde at han hadde trukket seg vekk. Erik hadde reflektert over sine opplevelser, og så hadde de sammen snakket om det mens de gjorde bevegelser. Erik hadde hele tiden en aktiv og undrende holdning, og det var han som ledet.

Psykologen beskriver at Erik vekslet mellom stabilisering, bearbeiding, og integrering. Integreringsfasen hadde innebært at historien til Erik faktisk gjaldt han. Etterhvert som Erik hadde tatt mer eierskap i sin egen historie, hadde det ført til mindre angst og skam. Erik hadde til slutt sagt at «det var ikke min ide, det var mor som hadde utøvd den makten og det var faktisk hun som måtte ta hele ansvaret». Dette hadde psykologen tenkt var med å åpne opp for integreringsfasen, med erkjennelsen for Erik at han faktisk hadde hatt en sånn opplevelse i sin barndom.

Det hadde vært mye for Erik med full jobb og samtidig være i behandlingsprosessene som åpnet opp for hans traumehistorie. Erik beskriver dette som å holde strikken stram, mens han hadde kjent på kroppslige smerter og angst. Dette endret seg da han mistet jobben og ble sykemeldt. Da det skjedde var det til hjelp for Erik at han allerede hadde en erfaring med sammenhengen mellom smerteuttrykk og livshendelser. Erik hadde forstått mer av sitt eget liv, og følelsesmessige og kroppslige reaksjoner hadde vært mer håndterbare.

Fysioterapeuten undret seg etterhvert over når en behandling skal avsluttes, og hvor lenge det vil fortsette å være endring og omstilling? Erik hadde opplevd reduserte kroppslige smerter og økt trygghet i relasjoner, noe som hadde vært ønsket ved starten av behandlingen.

Fysioterapeuten og psykologen hadde opplevd at han hadde mest ressurser og tilgang til å jobbe med livet gjennom det kroppslige. Erik hadde vært klar for å avslutte behandlingen hos psykologen, men fortsatte en tid til i psykomotorisk behandling.

4.6 Oppsummering: gjennomgående vekselvirkning mellom de ulike behandlerne i prosessen med å hjelpe Erik.

Det er gjennomgående i fortellingens tidslinje hvordan fortiden melder seg inn i nåtiden. Slik det er analysert frem her kan det oppsummeres i tre plott:

- Hvordan nye kroppslige erfaringer vekker sanserindringer fra traumatiserende livserfaringer, og gir rom for fortellinger i utfoldelse
- Virker det stabiliserende eller destabiliserende med bakkekontakt gjennom den psykomotoriske tilnærmingen?

- Utviklingen av tverrfaglig samarbeid

Fysioterapeuten og psykologen forteller at det hadde vært hensiktsmessig for Erik med begge behandlingstilnærmingene samtidig. Gjennom den kroppslige tilnærmingen i psykomotorisk behandling hadde det aktivert prosesser med sanseutløste erindringer hos Erik, som åpnet opp for bevissthet omkring hans traumatiserende livserfaringer. For Erik hadde det vært spesielt utfordrende å stå på beina og kjenne tyngden mot underlaget, da dette virket destabiliserende og åpnende for traumehistorien. Videre bearbeiding av minner hos psykologen, hadde bidratt til ytterligere prosesser i psykomotorisk behandling med kroppslige sanseutløste erindringer. De kroppslige symptomene hadde blitt satt mer og mer i sammenheng med minner i historien, gjennom vekselvirkningen i samarbeidet mellom behandlingstilnærmingene. Stadige slike fortellinger i utfoldelse med opplevelser av sammenhenger i behandlingsprosessen, hadde vært endringsskapende øyeblikk og mulige vendepunkt som rettet blikket mot fremtiden. Psykologen sin forståelse av Erik sine helseutfordringer hadde blitt slik at det kunne settes en diagnose. En hensiktsmessig diagnose hadde blitt viktig for legen i forhold til å få en dypere forståelse for helseplagene, og det hadde gitt mulighet til videre rett behandling. Erik hadde opplevd økt trygghet og tillit, som igjen virket tilbake psykomotorisk behandling med ytterligere prosesser. Videre hadde det vært en gjennomgående vekselvirkning mellom at traumehistorien hadde blitt bearbeidet hos psykolog, og fysioterapeuten beveget seg videre med sin behandlingstilnærming. Denne prosessen hadde gått over tid og vært som «hånd i hanske».

5. Drøfting

Jeg vil i det følgende drøfte resultatene i lys av forskningsspørsmålet:

Hvordan kan erfaringer med psykomotorisk fysioterapi få betydning i en tverrfaglig behandlingsprosess om behandling av en pasient med traumatiserende livserfaring?

Temaene, eller plottene, som kom frem gjennom analysen (kapittel 4.6), drøftes i lys av nyere tids forståelse av traumer, ved bruk av teoretiske perspektiver basert på grunnlagstenkning i

NPMF, gjennom hvordan kroppsfenomenologi og sansefilosofi belyser grunnleggende forhold i NPMF, og gjennom fokus på hvordan fortellinger vokser frem i den psykomotoriske behandlingsprosessen.

5.1 Hvordan nye kroppslige erfaringer vekker sanserindringer fra traumatiserende livserfaringer, og gir rom for fortellinger i utfoldelse

Først vil jeg drøfte betydningen av at traumatiserende livserfaringer ble kroppslig forankret hos Erik, og vekket ubehag i nåtiden. Videre drøfter jeg betydningen av fortellinger i utfoldelse, og deretter hvordan fortellinger vokser frem gjennom sanseutløste erindringer i nåtiden vekker minner fra fortiden. Jeg velger å ha denne inndelingen for å få bedre oversikt. Men gjennom alle underkapitlene i 5.1, og i kapittel 5.2, vil det være gjennomgående hvordan nye kroppslige erfaringer vekker sanseerindringer fra traumatiserende livserfaringer, og gir rom for fortelling i utfoldelse.

5.1.1 Hvordan traumatiserende livserfaringer er kroppslig forankret og vekker ubehag i nåtiden

Det fenomenologiske kroppssynet hos Merleau-Ponty innebærer et historisk perspektiv ved at det vi erfarer og gjør blir en del av vår kroppslighet. Braatøy mente derfor at pasientenes fortellinger kunne vise hvilke livsintrykk menneskekroppen har vært utsatt for. I følge Braatøy kunne følelsesreaksjoner, ord og kroppslige symptomer, forstås som svar på livsintrykk og skjellsettende hendelser (Sviland et al., 2010). På den måten var muskulære spenninger, bremsing av pust og bevegelse, et ledd i Erik sitt emosjonelle og sosiale forsvar og i tilpasning til omgivelsene (Thornquist, 2018). Han hadde regulert følelser og følelsesuttrykk ved å bremse pust og bevegelse. Erik sine fortidige hendelser var innleiret på et helt konkret kroppslig sanselig plan (Thornquist, 2009, 2018). Erik hemmet sansingen i nåtid, for å holde seg ubevegelig av inntrykk fra fortiden. Det var de sanseutløste erindringene som plaget Erik. Dette hadde gitt han mye stivhet og smerter i kroppen. For å beskytte seg mot ubehag og vonde følelser hadde Erik overtrent styrke og utviklet ett muskulært forsvarsmønster.

Langvarige belastninger for Erik hadde trettet ut kroppens tilpasningsevne, som hadde bidratt til utvikling av sykdom i ulike former (Thornquist, 2020). Erik sine plager vekslet mellom depresjon og sinne. Sinne og stolthet hadde gitt han en kraft til å jekke seg opp igjen, da han tidvis gikk i kollaps. Denne vekslingen mellom en tilstand av beredskap, tilstivning eller kollaps, er individets automatiserte beskyttelsesstrategier. Når disse strategiene repeteres vil det kunne bli til symptomer (Anstorp & Benum, 2014; Ogden & Fisher, 2015). Erik hadde vært til legen for behandling av ulike symptomer, og brukt antidepressiva og astmamedisin. Kan dette ha vært med å opprettholde Erik sine plager, i den forstand at det som er underliggende ikke kommer frem i lyset og blir tatt tak i? Thornquist og Kirkengen (2020) mener det er grunnlag for å si at behandlingsformer som er rettes mot ett problem av gangen, kan bidra til å opprettholde og forsterke plager og dysfunksjoner. Fysioterapeuten hadde tatt hensyn til hele sykehistorien hos Erik, ikke bare til symptomer før valg av behandlingstiltak (Lie et al., 2015). Gjennom hele behandlingsprosessen hadde fysioterapeuten og Erik fokus på helheten, hvordan han var tilstede her og nå, og ikke på enkelte symptom. NPMF er en tilnærming som tar hensyn til helheten.

Ved psykomotorisk behandling er det et mål å utvikle kontakt med kroppens reaksjonsmåter, og en opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser (Thornquist, 2009). Dette lar seg ikke oppnå gjennom utveksling av ord, det må erfares og utvikles kroppslig. Erik var generelt mer uttrykksfull kroppslig enn med ord. Kanskje var det derfor Erik fikk tilgang til sin historie først når han startet i psykomotorisk behandling.

5.1.2 Betydningen av fortellinger i utfoldelse

Det er gjennomgående i fortellingen hvordan kroppslig erfaring fra fortiden vever seg sammen med sanseerfaring fra nåtiden. Gjennom den tverrfaglige behandlingsprosessen, kan disse øyeblikkene av erfaring med minner fra fortiden som vekkes i nåtiden, være meningsdannende og peke frem mot endringsmuligheter. For å beskrive dette henviser Øien (2013) til Mattingly sitt begrep «emergent narratives» som oversettes til fortellinger i utfoldelse. Fortellingene varierer over tid og tydeliggjør om behandlingen fremmer endring. Fortelling anses som en grunnleggende måte å organisere hendelser og minner på, og ved å fortelle skaper vi mening og sammenheng av det som skjer og blir i stand til å dele våre erfaringer (Riessman, 2008, p. 3) Ved at Erik begynte å knytte hans erfaringer i nåtiden til det

som skjedde i fortiden, var det med å ordne hans erfaringer og tilrettelegge for at han fikk skape sin selv- og virkelighetsforståelse. Gjennom fortellinger i utfoldelse i Erik sin behandlingsprosess, fikk han en fornemmelse av at noe betydningsfullt var på gang. (Mattingly, 1998; Mattingly, 2000; Sviland et al., 2014, 2018; Øien, 2013). Slike endringsskapende øyeblikk, eller vendepunkt, skapte sammenhenger i Erik sin livshistorie, gjennom å strukturere erfaringen over tid.

5.1.3 Fortellinger vokser frem gjennom sanseutløste erindringer i nåtiden og vekker minner fra fortiden.

I Braatøy sin tenkning er muskulære konflikter forbundet med regulering av overveldende inntrykk som binder i møte med verden (Sviland et al., 2009). Men Erik sine muskulære spenninger hemmet ikke bare følelsene hans, det hemmet også sansningen av tilstedeværelsen i verden. Løgstrup sin sansefilosofi belyser at fenomenet sansning rommer både den som sanser og den verden som sanses, og derfor er ikke fysiologiske prosesser inni mennesket tilstrekkelig for å forstå sansningen som fenomen. Erik beskrev at han ikke hadde kontakt fra magen og ned. Gjennom bevegelser ved å jobbe med balanse og fotfeste i stående, og sansningen her og nå, hadde han erfart minner. Han erindret at mor hadde vært spesielt opptatt av føttene hans, og forstått hvorfor det hadde vært utfordrende å forholde seg til føttene. Fortiden hans ble synlig gjennom at kroppslig erfaring fra fortiden ble knyttet til sanseutløste erindringer i nåtiden. Denne erfaringen av sammenhenger var et vendepunkt som pekte mot endringsmuligheter, og var som en fortelling i utfoldelse som oppstod i øyeblikket (Mattingly, 2000).

Øyeblikk av dramatiske plott, finner sted i kliniske narrativ når det står mye på spill, og kan forvandle smerte og aktiviteter om til viktige hendelser som er betydningsfulle for pasientens bedring (Mattingly, 1998). Det var mye som stod på spill ved behandlingstilnærmingen av føttene til Erik. Hans opplevelse etterhvert av at han stod stødigere, kan ha vært et øyeblikk av erfaring som var betydningsfull for hans bedring. Kanskje denne opplevelsen gjorde at Erik kjente seg tryggere og mer hel, og at det var med å øke hans tillit til verden. Ved sansningen, stemt av livets erfaringer og tilstedeværelse her og nå, erfarte Erik tid gjennom bevegelser og endringer (Sviland et al., 2012). Bearbeiding av de traumatiske hendelsene skjedde ved at Erik beveget seg mentalt og følelsesmessig mellom nåtid-fortid, og tilbake til nåtid (Anstorp

& Benum, 2014, s. 13). Når Erik var forankret i nåtid og hadde erfart at det er trygt nok, ble minner blitt utforsket gjennom retrospektive erfaringsbeskrivelser, og plassert der de hørte hjemme i fortid.

Begrepet baklåsfenomen, 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 et al., 2009). Gjennom behandlingen fikk Erik en tydeligere opplevelse av hans kroppslige forankring, og etterhvert fått flere sanseerindringer i ulike situasjoner. Han fortalte om opplevelsen hvor han hadde satt seg ned i et fleksjonspreget mønster, og kjente at omgivelsene hadde gått rett inn i kroppen, og samtidig som han hadde sanset kroppen i omgivelsene her og nå. Erik hadde kjent på muskulær stivhet, og hvordan den muskulære belastningen hadde vært vevd sammen med fysiske, sosiale og følelsesmessige belastninger. Det hadde oppstått en betydningsfull erfaring for Erik, en kroppslig fortelling i utfoldelse, som hadde vært et endringsskapende øyeblikk.

Denne hendelsen hadde vist hvordan det ikke hadde vært en hensiktsmessig dynamikk mellom holdning og bevegelse for Erik, og at han hadde regulert følelsene sine uhensiktsmessig i situasjonen. Braatøy beskrev den muskulære siden ved affekt-regulering som dynamikken mellom holdning og bevegelse, og mente at nervøse lidelser kan utvikles når krenkelser fører til forskyvning i denne reguleringsmekanismen (Sviland et al., 2010). Gjennom behandlingstilnærmingen fikk Erik erfare at motsetningene mellom tidligere erfaringer og sansningen av tilstedeværelse her og nå ga mening. Da fungerte dynamikken mellom bevegelse og holdning mer hensiktsmessig, slik at det var med å gi liv til livet for Erik.

Braatøy sin tenkning viser til at verden er i kroppen, og Løgstrup sitt fokus på at kroppen er i verden og sanser (Sviland et al., 2009). Erik sin bevissthet hadde vært kroppslig forankret, og stemt både av livets erfaringer, og samtidig av sansningen av tilstedeværelse og åpenhet til verden her og nå. (Sviland et al, 2009). Erik fikk mer og mer innblikk i og forståelse for at hans livserfaringer hadde vært traumatiserende, og at dette som hadde skjedd i hans fortid utspilte seg i nåtiden gjennom sansningen. Når Erik opplevde noe i en livssituasjon som ga han innsikt og selvforståelse, ble det tolket med utgangspunkt i erfaringer fra de to ulike

terapeutiske tilnærmingene. Hans erfaringer og refleksjoner vokste frem i vekselvirkningen mellom disse tilnærmingene, og i vekselvirkningen mellom seg selv og kroppens uttrykk, og seg selv og verden.

Kroppslige erfaringer vekket stadig nye sanserindringer i nåtid som vekket minner fra Erik sin traumatiserende livserfaring, og som ga rom for fortellinger i utfoldelse. Dette ble spesielt tydelig, da det oppstod en smerte hos Erik som han tenkte var kreft. Da Erik fikk avkreftet alvorlig sykdom hos legen, forsvant smerten. Smerten var helt konkret og ble satt i sammenheng med den traumatiserende livserfaringen han hadde hatt som liten. Erik beskrev det som en «spot on» referanse. Denne ble et øyeblikk av endring med meningsfull sammenheng for Erik. Det oppstod en betydningsfull erfaring for Erik, en kroppslig fortelling.

Det kom også frem positive minner gjennom behandlingsprosessen. Bildet av en einebærbusk som han hadde fått fra sin far, var en støtte som han tok med seg videre og et endringsskapende øyeblikk som pekte fremover. Stadig flere referansepunkt dukket opp enten i timene hos fysioterapeuten eller psykologen, som hjalp Erik til å koble kunnskap på kroppen,

Etterhvert ble det trygt for Erik med mer omstillende og inngripende behandling, ved at Erik kunne ligge på benken. Gjennom lett berøring og massasje kjente han kontakten med kroppen og underlaget. Ved omstillende tilnærming vektlegges blant annet kroppsopplevelser, omstilling av respirasjon og avspenning. Inngripende behandling kjennetegnes ved at selvbeskyttende og vanemessige mønstre utfordres og kroppslig forsvar svekkes. På denne måten utfordres pasientens kroppslige selvregulering, og dette vil ofte medføre nærmere kontakt med følelsene (Bunkan, 2001; Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995). Fysioterapeuten og Erik hadde hele tiden en dialog når det var nok å ligge på benken. Mor hadde vært grenseløs, så fysioterapeuten tenkte at Erik måtte få tak på sine grenser. Ved at Erik var mer i kontakt med sine følelser, åpnet det opp for minner i historien som ble bearbeidet videre hos psykologen. Bearbeiding av hans historie åpnet opp for videre kroppslige reaksjoner. Det var hele tiden en veksling mellom sanseutløste erindringer som vekket minner, og bearbeiding av kroppslige reaksjoner og traumehistorien. I denne prosessen var det gjennomgående hvordan nye kroppslige erfaringer vekket sanserindringer fra traumatiserende livserfaringer, og ga rom for betydningsfulle øyeblikk med fortellinger i utfoldelse.

5.2 Virker det stabiliserende eller destabiliserende med bakkekontakt gjennom den psykomotoriske tilnærmingen?

I NPMF er det viktig å etablere ett trygt sted og finne en tilnærming som er stabiliserende i starten av behandlingen. Grunnlagstenkningen i NPMF belyser viktigheten av å opparbeide en stabil og samtidig ledig stående stilling som gir god balanse (Thornquist & Bunkan, 1995). Det legges vekt på at den enkelte skal få bedre fotfeste eller bakkekontakt (Thornquist, 2020, p. 138). For de som opplever å ikke være helt tilstede mentalt, er det spesielt viktig å ha fokus på forankring og det å kunne stole på egen kropp (Thornquist, 2018). Fysioterapeuten vurderte Erik sine plager som sammensatte, med funn som at han ikke var helt tilstede mentalt, pusten var låst, muskulaturen anspent og balansen nedsatt. Fysioterapeuten la merke til at det var krevende for Erik å legge tyngden på føttene, og at han var ukonsentrert. Erik hadde behov for støttende og stabiliserende behandling, med fokus på kroppslig forankring og økt bevegelighet.

Det var utfordrende for Erik med vekt bærende stilling, og etterhvert kom det frem at føttene var ladet av en historie. Sansetløste erindringer gjennom å kjenne føttene mot underlaget, vekket minner fra fortiden. Kanskje denne vekt bærende stillingen med fokus på forankring, vært noe som åpnet opp for minner og emosjonelle konflikter, og som igjen forsterket de kroppslige dysfunksjonelle vanene. Derfor kan det tenkes at stabiliserende øvelser i vekt bærende stillinger, ikke nødvendigvis var stabiliserende men heller destabiliserende for Erik. Er da stabilisering på beina stabilisering, når føttene har vært ett triggerpunkt? Hva er stabiliserende og hva er åpnende i NPMF? For Erik var det destabiliserende på den måten at han ikke klarte å holde sanseerindringene tilbake. Det var åpnende for minner, slik at traumehistorien kom frem og ble bearbeidet videre hos psykolog. Fokus på forankring gjennom beina er derfor ikke nødvendigvis stabiliserende for alle. Hvis målet med å opparbeide en stabil stående stilling, være i vekt bærende stilling med fokus på bakkekontakt og fotfeste, og å kjenne på kroppsstabilitet og kroppskontroll (Gretland, 2007; Thornquist, 2020; Thornquist & Bunkan, 1995) er uoppnåelig, er det da et hensiktsmessig mål? Er det et meningsløst mål i behandling, hvis det ikke samsvarer med pasientens erfaring og mulige opplevelse?

I traumesammenheng bygger en «bottom-up» tilnærming på forståelse av at kroppen er bærer av traumeminnene, og at behandlingen også må innebære kroppen (Anstorp & Benum, 2014). I traumeterapi vil stabilisering si å styrke regulering av sitt aktiviseringsnivå, til å kunne enten roe kroppen og dempe aktivering, eller vekker kroppen og øker aktivering. Denne stabiliseringsfasen innebærer at pasienten tilegner seg informasjon om traumereaksjoner og lærer teknikker for å håndtere stress og symptomer. Øvelser med fokus på pusteteknikker og grounding, er hovedsakelig rettet mot kroppens kontakt med stolen og gulvet (Anstorp & Benum, 2014). Hvis stabiliseringsfasen i traumeterapi innebærer å bli bevisst ens kontakt med underlaget gjennom kontakten med gulvet og øvelser for grounding, vil da det å vende fokus til her og nå være stabiliserende hvis det vekker sanseutløste erindringer som forsterker kroppens dysfunksjonelle reaksjoner? Vil pusteteknikker og grounding innenfor traumeterapi gi en mer hensiktsmessig justering av aktiviseringsnivået, eller vil det virke destabiliserende for pasienter med traumatiserende livserfaringer?

En studie som omhandler psykomotoriske fysioterapeuters behandling av pasienter med traumelidelser, fremhever at de jobbet sammen med, og ikke bare instruerte, pasientene for å finne tak i og styrke opplevelsen i kroppen (Giskeødegård, 2019). Stabilitet i traumeterapi med fokus på å instruere i øvelser for å kjenne kroppen mot underlaget her og nå, skiller seg fra tenkning i NPMF som har fokus på å være sansende tilstede i kroppen. Det kroppslige, konkrete i den psykomotoriske behandlingen for Erik, var viktig for at han kjente på tilstedeværelse i kroppen, og ved sansningen av tilstedeværelse her og nå. Denne opplevelsen tok han med videre i behandlingen hos psykologen, slik at han enda mer hensiktsmessig kunne regulere aktiviseringsnivået ved at han var i kontakt med hele sin holdning. For Erik hvar det å være sansende tilstede i vekt bærende stilling altså utfordrende og triggende for hans traumehistorie. Derfor må dosering gjennom behandlingstilnærmingen kontinuerlig justeres og tilpasses i forhold til pasientens tilstand og reaksjoner, slik at omstillingen skjer i tråd med det pasienten tåler. (Bunkan, 1994; Bunkan, 2001).

5.3 Utviklingen av tverrfaglig samarbeid

Videre vil jeg drøfte hvordan utviklingen av det tverrfaglige samarbeidet omkring pasienten med traumatiserende livserfaring, tilrettelegger for at sanseutløste erindringer og endringsskapende øyeblikk vokser frem gjennom fortellingen. Denne utviklingen av det

tverrfaglige samarbeidet vil jeg drøfte ved å belyse vekselvirkningen gjennom tverrfaglig samarbeid, betydning av relasjon og tillit, og gjennom begrepet «hånd i hanske».

5.3.1 *Vekselvirkningen gjennom tverrfaglig samarbeid*

Erik uttrykte mye av livet sitt gjennom det kroppslige, og derfor var tilgangen via kroppen åpne for at Erik fikk mer kontakt med sine følelser og sin livshistorie. Den sansetløste erindringen av sammenhenger med minner fra fortiden, ga mening til de kroppslige smertene i nåtiden. Dette åpnet opp for at fysioterapeuten anbefalte videre bearbeiding av minnene og dybdeforståelsen hos psykolog. Ekerholt et.al. (2014) viser gjennom en studie som omhandler samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og kliniske psykologer, at det er sammenhenger mellom opplevd kroppsbevissthet og manglende bevisste minner av sin livshistorie. Erik erfarte nettopp dette at han hadde nedsatt kroppsbevissthet og manglende minner fra fortiden. En annen studie av Ekerholt (2009) har vist at terapeutene erfarte at pasientene fikk økt forståelse for sammenhengen mellom mentale og kroppslige reaksjoner når terapeutene samarbeidet.

For Erik var utviklingen av det tverrfaglige samarbeidet grunnlaget for at diagnosen endret seg til PTSD kompleks. Legen opplevde at det kom en diagnose på bakgrunn av den tverrfaglige behandlingstilnærmingen, noe som gjorde at Erik sine symptomer kunne bli forstått inn i hans livshistorie. Rett diagnose ga en dypere forståelse for Erik sine plager og lagt grunnlag for videre hensiktsmessig behandling.

Gjennom det tverrfaglige samarbeidet, brakte den enkelte faggruppe inn noe som de andre ikke hadde sett. De ulike faggruppene var ansvarlig for hver sin del av behandlingsprosessen for Erik, med et felles mål om å integrere kunnskap og ferdigheter. Dette krevde kommunikasjon, og sammen kunne de frembringe ny innsikt som de ikke kunne oppnå hver for seg (Iversen & Hauksdottir, 2020; Willumsen & Ødegård, 2016, s. 39). Men tverrfaglighet kan medføre fragmentering og ansvarsfrabeskrivelse, dersom den fagspesifikke kunnskapen blir for snever. Det er avgjørende ved tverrfaglig samarbeid at den enkelte yrkesutøver viser en bredde i faget sitt, slik at ikke tverrfaglighet fører til fragmentering og ansvarsfrabeskrivelse. (Thornquist, 2020, s. 42). Erik sine kroppslige erfaringer og refleksjoner, ble vevet sammen og inngikk i det tverrfaglige samarbeidet. Etterhvert som de

kroppslige smertene ble knyttet til minner i historien, hadde de blitt mindre farlig. Dette hadde gitt Erik en trygghet og han hadde ikke trengt å oppsøke legen så ofte.

5.3.2 Betydningen av relasjon og tillit

Sviland et al. (2012) understreker viktigheten av å være til stede i øyeblikket, og å være tonet inn på pasienten for å skape tillit. Fysioterapeuten og psykologen var opptatt av det eksistensielle her og nå, og å være tilstede i øyeblikket både for sin egen del og for Erik. De hadde ett tett samarbeid og kunne veilede hverandre. Dette gjorde det til en trygg situasjon for Erik, med hensiktsmessig regulering av aktiveringsnivå og muligheter til utvikling. Terapeutenes sensitivitet og evne til empati overfor Erik var en forutsetning for god terapi.

Tillit er et element som er viktig i psykomotorisk behandling av mennesker med traumelidelser, og en forutsetning for tillitt kan altså være at terapeuten er tilstede i øyeblikket (Randi Sviland et al., 2012). Løgstrups filosofi beskriver en del av menneskers livsvilkår som tillit, barmhjertighet, medfølelse og håp. Disse livsytringene er spontane og grunnleggende i menneskers liv, og de må holdes tilbake eller ødelegges om de ikke skal komme til uttrykk (Sviland et al, 2009; Løgstrup, Oppgjør med Kierkegaard). Sansefilosofien bygger på en forståelse av at vi som mennesker normalt møtes med en naturlig tillit til hverandre (Løgstrup, 2010, s. 17). Erik hadde kanskje ikke erfart å kunne ha denne tilliten da han var barn.. Det var viktig at Erik hadde kontroll på fremgangen i behandlingsprosessen. Dette, sammen med tryggheten, var med på å tilrettelegge for en opplevelse av tillit til behandlingen og behandlerne. Etterhvert kunne Erik også erfare økt tillit i relasjoner rundt han.

Løgstrup beskriver videre tilliten som at den enkelte går ut av seg selv og gir noe av sitt liv i den andres hånd (Løgstrup, 2010, s. 26). "Å ha noe i sin hånd» er en metafor, og i dagligtale kan vi bruke metaforen i situasjoner hvor alt er på vippen. Tilstanden er svevende ved at den enkelte kan være med å gi situasjonen en vending og bestemme utgangen. «Å ha et annet menneskes liv i sin hånd» for terapeutene i behandlingen av Erik, kunne innebære en emosjonell kraft i det å ha makt over et annet menneske. Men i dette ligger det i følge Løgstrup en kontrast i det at ethvert menneske er et selvstendig og ansvarlig individ, samtidig som vi unngåelig er henvist til hverandre. Han poengterer at ansvaret for den andre aldri kan bestå i å overta menneskets eget ansvar (Løgstrup, 2010, s 39). Behandlerne skulle veilede

Erik, og hadde på en måte et annet menneskes liv i sin hånd. Samtidig som de hele tiden måtte være tonet inn, og bevisst på å ikke overta ansvaret og styre prosessen. Det var Erik som styrte prosessen og fremgangen, alltid ut ifra hvor han var i forhold til seg selv.

5.3.3 *Som hånd i hanske*

Gjennom den tverrfaglige behandlingsprosessen utviklet Erik økt varhet for kroppens signaler og reaksjonsmåter, og utviklet en opplevelse av kroppen som meg (Thornquist & Bunkan, 1995). Erik fikk en mer balansert holdning både kroppslig og mentalt gjennom behandlingsprosessen. Nye erfaringer var holdningsomstillende ved å endre bevegelsesmønstrene, tilrettelegge for å være tilstede i sansningen her og nå, og ved å gi økt selvtillit og støtte til Erik sin eksistens. Sviland (2007), stiller spørsmål om NPMF som er en holdningsomstillende behandling, kan forsås som en kroppslig eksistensiell prosess, og om det å finne sin holdning er forbundet med å fullbyrde sin eksistens (Sviland et al., 2007). Erik var etterhvert mer konsentrert, og kjente at han eksisterte mer med hele seg. Han hadde etterfølgende erfaringer av økende kroppslig helhet. Ved at han skilte mellom fortid, nåtid og fremtid, ga det gitt håp til nye muligheter i fremtiden. Utviklingen av og vekselvirkningen gjennom det tverrfaglige samarbeidet var som «hånd i hanske», og var en hensiktsmessig tilnærming for Erik sin tilfriskning og hans eksistens. Betydningen av den psykomotoriske behandlingsprosessen for Erik og for det tverrfaglige samarbeidet, var som hånd i hanske. Denne prosessen gjorde det tilsynelatende lettere for å Erik å eksistere i livet.

5.4 Oppsummering av drøftingen

Fortellingen bidrar til å organisere biografisk tid og skape en meningsfull livshistorie for den enkelte. Fortellingen i denne prosjektoppgaven viser hvordan Erik erfarte at fortiden ble aktualisert i nåtiden, gjennom hans behandlingsprosess som gikk over tid. Erik hadde brukt kroppen til å beskytte seg mot opplevelser. Disse beredskapsreaksjonene kan ha vært opphav til hans helseproblemer når en tidsdimensjon trekkes inn. Er det grunnlag for å si at behandling som retter seg mot ett symptom av gangen, kan ha bidratt til å opprettholde og

forsterke Erik sine plager, i den forstand at det som var underliggende ikke kom rem i lyset og ble tatt tak i?

Det var en styrke gjennom behandlingsprosessen at Erik var nysgjerrig. Han undret seg underveis over sammenhengene mellom kroppens uttrykk og belastende livsopplevelser. Gjennom sanseutløste erindringer i en stadig gjennomgående vekselvirkning mellom de to behandlingsprosessene, kom det minner fra hans livshistorie frem. For Erik virket det destabiliserende å skulle kjenne på fotfeste, samtidig som det var åpne for hans historie. Er det et hensiktsmessig mål å oppnå stabilitet gjennom bakkekontakt i NPMF, når det for noen virker destabiliserende med bakkekontakt? Øyeblikk med fortellinger i utfoldelse vokste frem ettersom Erik erfarte flere sammenhenger mellom hans kroppslige smerter og sansning i nåtiden, og minner fra hans fortid. Dette var med å gi håp for fremtiden. På denne måten hadde fortellingene med sine endringsskapende øyeblikk i denne studien, vært helsefremmende og åpnet opp for muligheter til å utforske hvordan kroppslige symptomer hadde vært innvevet i pasientens livshistorie.

Gjennom den psykomotoriske tilnærmingen kjente Erik etterhvert tydeligere tyngdekraften som trakk han ned mot underlaget. Erik stod mer balansert og forholdt seg hensiktsmessig til tyngdekraften slik at tyngden falt mer sentralt gjennom kroppen. Angsten og de kroppslige smertene var redusert. Gjennom behandlingen hos fysioterapeuten var det hele tiden fokus på helheten og ikke enkelte symptom. Selv om han fremdeles kjente på vekslende uro, kunne han snakke om sin fortid uten at det tok for mye plass i nåtiden. Både bevisstheten i forståelsen av denne opplevelsen av å være kroppslig forankret, og bevisstheten i sansningen her og nå kan tenkes at det ga Erik styrke til å si: «det har skjedd, men det var ikke min ide».

Etter noen år i behandling, erfarte Erik økt selvavgrensning, en sikrere identitetsopplevelse og økte samhandlingsevner (Gretland, 2007). Han var tryggere i relasjoner, og det var et overordnet mål at Erik sin tillit til verden skulle økes. Erik håndterte følelsene mer hensiktsmessig, og stod stødigere i møte med hans traumehistorie. Når Erik la merke til fleksjonsmønsteret i sittende, ble han ikke lenger sittende fastlåst, men han reiste seg opp og bevegde seg. Innsikt til hva som fremmer og hemmer egne kroppsforhold og helse var økt. Han erfarte at ressursene for å møte fremtidige utfordringer var tilgjengelig i han selv. Den stadige vekselvirkningen i det tverrfaglige samarbeidet, med sanseutløste erindringer og forbindelser mellom fortid, nåtid og fremtid – var som hånd i hanske.

Fortellingen i denne prosjektoppgaven slutter her. Men Erik sin historie fortsetter. Erik har fått erfare at fortiden aktualiseres i nåtiden, og det kan være med å gi et håp for fremtiden.

6. Avsluttende kommentarer

Mitt prosjekt har siktet mot å besvare følgende spørsmål:

Hvordan kan erfaringer med psykomotorisk fysioterapi få betydning i en tverrfaglig behandlingsprosess om behandling av en pasient med traumatiserende livserfaring?

Vitenskapsteoretiske forutsetninger for systematisk og reflektiv kunnskapsutvikling i kvalitativ forskning er fulgt og gjort tilgjengelig for innsyn gjennom dette prosjektet. Generelle kvalitetskriterier knyttet til pålitelighet, relevans og overførbarhet er løftet frem, samtidig som tilnærmingen vektlegger kreativitet og nytenkning. Resultatene er drøftet med sikte på overførbarhet utover den lokale kontekst der studien er gjennomført. Men en kvalitativ tilnærming gjennom en casestudie, er ikke ment å være instruerende for handling i nye sammenhenger eller terapisisuasjoner. Imidlertid kan innsikt fra slike fortellinger gi mulighet for ny tenkning og refleksjon (Sviland et al., 2018).

Gjennom dette forskningsprosjektet er det vist hvordan psykomotorisk fysioterapi kan ha betydning i en tverrfaglig behandlingsprosess. Erik erfarte at kroppslige ubehag og smerter ble gjennom kroppslig forankring og sanseutløste erindringer knyttet til minner i livshistorien. Han erfarte at muskulære spenninger, hemmet både følelsene og sansningen av tilstedeværelse her og nå. Gjennom behandlingstilnærmingen var det fokus på helheten av hvordan Erik hadde det, og ikke enkelt symptom. Tema i behandlingen hos den psykomotoriske fysioterapeuten ble som oftest også tema hos psykologen, og motsatt. Gjennom denne stadige vekselvirkningen, ble dette en trygg prosess preget av tillit. Erik sine plager i nåtid ga en dypere mening og forståelse når de ble satt i sammenheng med hans fortid. Dette førte til rett diagnose, slik at også legen fikk en dypere forståelse for Erik sine plager og kunne gi mer hensiktsmessig behandling videre. Det var viktig at terapeuten og psykologen var lett tilgjengelig for hverandre, og at det var lett å kontakte legen ved behov. Vekselvirkningen gjennom det tverrfaglige samarbeidet tilrettela for en dypere forståelse for

Erik sine helseplager, og gjorde det til en trygg prosess for både behandlerne og Erik. Det var som hånd i hanske og var med å gi håp for framtiden.

Min tolkning er at casestudien synliggjør hvordan den kroppslige tilnærmingen i psykomotorisk fysioterapi kan vekke sanselige erindringer av traumatiserende livserfaringer, som kan gi ny innsikt inn i et tverrfaglig samarbeid. Den videre vekselvirkningen mellom behandlingstilnærmingene, kan legge grunnlag for rett diagnose og videre hensiktsmessig behandling. Dette vil være med å skape trygghet, og håp for fremtiden.

Det kunne vært interessant med videre forskning med fokus på betydningen av tverrfaglig samarbeid for psykomotoriske fysioterapeuter i privat praksis, og videre forskning på betydning av psykomotorisk behandling med fokus på helheten og ikke enkelte symptom. Det hadde også vært spennende med videre forskning i forhold til hvordan fokus på stabiliserende øvelser med bakkekontakt kan virke destabiliserende, og da ikke nødvendigvis vil være et hensiktsmessig mål i NPMF.

Litteraturliste

- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). Traumebehandling : komplekse traumelidelser og dissosiasjon. Universitetsforl.
- Bentzrød, O. (2018). Sammen om helheten. Erfaringer med og tverrfaglig samarbeid mellom psykomotoriske fysioterapeuter og profesjonsutøvere i skolehelsetjenesten. Høgskolen i Innlandet.
- Bunkan, B. H. (1994). *Muskelspenninger, respirasjon og kroppsbilde. Undersøkelse og behandling.* (2. utg.). Universitetsforlaget AS.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi - prinsipper og retningslinjer. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 10.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches* (4. utg.). SAGE Publications.
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2019). Demanding treatment processes in Norwegian psychomotor physiotherapy: From the physiotherapists' perspectives. *Physiother Theory Pract*, 35(9), 833-842. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1463327>
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2020). Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life. *International Journal Quaitative Study Health Well-being*, 15(1), 1735767-1735767. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735767>
- Dube, S. R., Fairweather, D., & Person, W. S. (2009). Cumulative Childhood Stress and Autoimmune Diseases in Adults. *Psychosomatic Medicine*, 71, 7.
- Ekerholt, K. (2009). Erfaringer fra samarbeid mellom psykomotorisk fysioterapeut og psykolog : 60 år etter Aadel Bülow Hansen og Trygev Braatøy. In G. Schau & K. M. Mathismoen (Red.), (s. 21-34). Høgskolen i Oslo.
- Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M., & Bergland, A. (2014). Body awareness - a vital aspect in metallization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30.
- Frank, A. W. (2015). *Practicing Dialogical Narrative Analysis. I* (s. 33-52). Thousand Oaks: Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

- Giskeødegård, H. (2019). Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med og kunnskaper om behandling av mennesker med traumelidelser. In *Master i Fysioterapivitenenskap. Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin. Det medisinske fakultet*. Universitetet i Bergen.
- Gretland, A. (2007). Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid. I. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hapalathi, L. (2020). Psykomotoriske fysioterapeuter som kunnskapsformidlere i tverrprofesjonelt samarbeid. I. *En intervjustudie av fysioterapeuters erfaringer med å anvende psykomotorisk fysioterapi på distriktpsykiatriske senter*. UiT, Institutt for helse- og omsorgsfag Det helsevitenskapelige fakultet.
- Havik, O., Mølsted, E., Barth, K., Nielsen, G. H., Haver, B., Rogge, H., & Skåtun, M. (1991). Sammenheng mellom kroppsforhold og psykopatologi. Noen funn fra Bergen-Prosjektet om korttids dynamisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 28, 467 - 476.
- Holbæk, I. (2014). Tilbake til nåtid. En manual for håndtering av traumereaksjoner. In: Traumepoliklinikken - Modum Bad i Oslo.
- Iversen, A., & Hauksdottir, N. (2020). Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid : kjernekompetanse for fremtidens helse- og velferdstjenester. I. Oslo: Gyldendal.
- Kaiser, K. (2009). Protecting Respondent Confidentiality in Qualitative Research. In *Qualitative Health Research*. University of Illinois at Chicago, Chicago, Illinois, USA.
- Kirkenbgen, A. L., & Næss, A. B. (2015). Hvordan krenkende barn blir syke voksne. I. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk.
- Lie, R. K., Svendsen, L. F. H., & Gamlund, E. (2015). Filosofi og helseforskning. In (2. utg.). Fyllingsdalen: Alvheim & Eide.
- Løgstrup, K. E., & Fink, H. (2010). *Den etiske fordring* (4. utg.). Klim.
- Løken, H. S. (2018). Når smertebildet er sammensatt, psykomotorisk fysioterapi til mennesker med traumeerfaringer. In. Master i Psykisk helsearbeid, NTNU.
- Mattingly, C. (1998). *Healing Dramas and Clinical Plots*. West Nyack: Cambridge University Press.

- Mattingly, C. (2000). Emergent narratives. I: Mattingly C, Garro LC, red. Narrative and the cultural construction of illness and healing. .I (s. 181-211). Berkeley: University of California Press.
- Megrund, M. (2021). Vilkår for tverrprofesjonell samhandling og bidrag til tverrprofesjonelle behandlingsforløp i primærhelsetjenesten som psykomotorisk fysioterapeut I. Høgskulen på Vestlandet.
- Mølstad, E., Havik, O., Barth, K., Nielsen, G. H., Haver, B., Rogge, H., & M, S. (1995). En sunn sjel i et sunt legeme? Forandringer i kroppsforhold etter korttids psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 32, 220 - 231.
- Mølstad, E., Nielsen, G. H., Barth, K., Haver, B., Havik, O., Rogge, H., & Skåtun, M. (1989). Kroppsforhold hos pasienter i psykoterapi. Fysioterapeutens bidrag til Bergen-Prosjektet om korttids dynamisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 26, 73-79.
- Nyre, H., & Steinsvik, K. (2015). Profesjonell utvikling etter spesialisering i psykomotorisk fysioterapi: kvalitativ intervjustudie. *Professional development after specialization? A qualitative interview study of professional development after specialization in psychomotor physiotherapy*.
- Ogden, P., & Fisher, J. (2015). Sensorimotor Psychotherapy. Interventions for trauma and attachment. In. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Olsen, M. H. U. (2020). Når er psykomotorisk fysioterapi en hensiktsmessig behandlingsform? En kvalitativ studie basert på fastlegers erfaringer og vurderinger. I. UiT, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag
- Polit, D. F. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. red.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Riesmann, C. K. (2008). Narrative Methods for the Human Sciences. In. United States of America: SAGE Publisher.
- Riessman, C. K. (2008). Narrative Methods for the Human Sciences. In. United States of America: SAGE Publisher.
- St.meld.26. (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste, nærhet og helhet. I.

- St.meld.47. (2008-2009). Samhandlingsreformen- Rett behandling - på rett sted - til rett tid. I (Hentet fra 5.september 2021 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/? Ch = 1. utg.>).
- Steinsvik, K. (2008). *Kunnskap om kroppen mellom grep og begrep*.
- Sviland, R. (2014). *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity. A theory generating study*. University of Bergen.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke - hva da? *Fysioterapeuten*, 12.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2009). Å komme til seg selv - i bevegelse sansning og forståelse. I. *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity. A theory generating study*. 2014. University of Bergen.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2010). Språk - uttrykk for inntrykk. I. *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity. A theory generating study*. 2014. University of Bergen.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2012). Touched in sensation, moved by respiration. I. *Norwegian Psychomotor Physiotherapy and Embodied Narrative Identity. A theory generating study*. 2014. University of Bergen.
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *Med Health Care Philos*, 17(4), 609-624. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9562-0>
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2018). Towards living within my body and accepting the past: a case study of embodied narrative identity. *Med Health Care Philos*, 21(3), 363-374. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9809-7>
- Thornquist, E. (2009). Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten. In (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2. utg.). Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2020). *Sammensatte lidelser : et samfunnsspeil* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). Hva er psykomotorisk behandling? I. Oslo: Pensumtjenesten.
- Willumsen, E., & Ødegård, A. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag. I (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Øien, A. M. (2013). Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring. *Fysioterapeuten*, 3.
- 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 kildeskrift fra Aadel Bülow-Hansens praksis In (2. utg.). Levanger: Berit Hansen.



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Anna Stephansen	45008356	24.12.2021	371159

Randi Sviland

371159 Psykomotorisk fysioterapi i tverrfaglig samarbeid om behandling av en pasient med traumatiserende livserfaring. En kasestudie.

Forskningsansvarlig: Høgskulen på Vestlandet

Søker: Randi Sviland

REKs svar på generell henvendelse

Hei! Besvarelse av vilkår er tilfredsstillende. REK vest har ikke flere merknader og godkjenner prosjektet.

Anna Stephansen

PhD

Sekretariatsleder/kontorsjef REK

vest

Vennlig hilsen

Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

Denne e-posten er sendt automatisk fra REK og kan ikke besvares

Vurdering

Skriv ut

Referansenummer

480901

Prosjekttittel

Psykomotorisk fysioterapi i tverrfaglig samarbeid om en behandling av en pasient med traumatiserende livserfaringer. En kasus studie.

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

Kristine Anne Danielsen Knudsen, kristineadk@gmail.com, tlf: 41326527

Prosjektperiode

03.01.2022 - 31.08.2027

Vurdering (1)

24.01.2022 – Vurdert

BAKGRUNN Prosjektet er vurdert og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) etter helseforskningsloven (hfl.) § 10 (REK sin ref: 371159). Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 24.01.2022. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2023. Data oppbevares i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

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

spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER Personverntjenester 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 videre behandles 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 Vi vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). 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 Personverntjenester 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.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til Personverntjenester 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://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra Personverntjenester før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET Personverntjenester vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos Personverntjenester: Karin Lillevold Lykke til med prosjektet!



HØGSKOLEN PÅ VESTLANDET

BERGEN 20.10.2021

VIL DU DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET SOM OMHANDLER PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI I EN TVERRFAGLIG BEHANDLINGSPROSESS?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjekt for å belyse en Psykomotorisk behandlingsprosess og betydningen av det tverrfaglige samarbeidet. Forskningsprosjektet er en del av en Master oppgave på studiet ved Master i Klinisk Fysioterapi, studieretning for psykisk og psykosomatiske helseproblemer. Hensikten er å belyse hvilken betydning den psykomotoriske behandlingsprosessen har hatt for deg, og hvordan denne har inngått i det tverrfaglige samarbeidet med dine andre behandlere.

Studien vil innhente informasjon fra deg fordi du har gått i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut som har samarbeidet med din psykolog og lege. Ved at du deltar i prosjektet vil det innebære at du samtykker til at dine behandlere deler opplysninger om deg. Disse opplysningene eller informasjonen om deg, vil kunne omhandle hvordan behandlerne dine har erfart at den psykomotoriske behandlingsprosessen kan ha hatt betydning for behandlingsprosessen for deg og for behandlingen hos dem.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Gjennom prosjektet vil det innhentes og registreres opplysninger gjennom ett intervju med lydopptak med varighet ca. 60 minutter. Det anbefales likevel at du setter av 1,5 - 2 t slik at vi har god tid i forkant og etterkant av intervjuet. I alt vil det innhentes informasjon fra 4 ulike deltakere: deg som pasient, din psykomotoriske fysioterapeut, din psykolog og din lege. Forskningsprosjektet bygger på den kunnskapen vi sammen kan få tilgang til gjennom intervju av deg og de aktuelle behandlerne i ditt behandlingsforløp. Intervjuet vil i hovedsak foregå med åpne spørsmål noen ledende temaer. Det vil være ønskelig at du forteller og utdyper disse temaene slik du selv vil. Avsatt tid til intervju vil ikke gå på bekostning av ordinær behandling. Det vil bli registrert personopplysninger om deg som navn, kjønn, alder,

telefon nummer, og epost adresse. Intervjuet som tas opp på lydopptak, vil bli lyttet til i etterkant og skrevet ned. Videre vil innholdet analyseres og relevante tema trekkes ut. Disse opplysningene og de nevnte personopplysningene, vil bli oppbevart forsvarlig og slettet etter bruk.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER VED Å DELTA

Intervjusituasjonen kan for noen oppleves sårbart eller stressende. Intervjuer vil legge vekt på å legge til rette for at du skal føle deg komfortabel under intervjuet. Det er ingen konkrete fordeler ved å delta, men du kan bidra til økt kunnskap om og innsikt i dine behandlingserfaringer som kan være til nytte for andre pasienter og behandlere. Som deltaker i prosjektet er du med på å bidra til forskningen innen et felt som er lite utforsket.

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 kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og du kan kreve at dine helseopplysninger i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom opplysningene er anonymisert eller publisert. 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 studien planlegges å ferdigstilles våren 2022. 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 korrigeret 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. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger, og det er kun prosjektmedarbeider Kristine Anne Danielsen Knudsen som har tilgang til disse opplysningene. Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering skal gjøres slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes. Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn

GODKJENNINGER

Det er søkt Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, om å gjøre en forskningsetisk vurdering og godkjenning av prosjektet før vi starter med intervju. Denne søknaden (med søknadsnummer 371159) ble godkjent 20.12.21 med vilkår, som vil bli endret og sendt inn til REK i endringsmeldingsskjema. Høgskolen på Vestlandet og prosjektleder Randi Sviland er ansvarlig for personvernet i prosjektet. Vi behandler opplysningene basert på EU's personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte prosjektmedarbeider/masterstudent Kristine Anne Danielsen Knudsen tlf 41 32 65 27 (kristineadk@gmail.com), eller prosjektleder førsteamanuensis Randi Sviland tlf 55 58 58 46 (Randi.Sviland@hvl.no). Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: personvernombud@hvl.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

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet



Høgskulen
på Vestlandet

HØGSKOLEN PÅ VESTLANDET

BERGEN 20.10.2021

Vil du delta i forskningsprosjektet som omhandler psykomotorisk fysioterapi i en tverrfaglig behandlingsprosess?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjekt for å belyse en Psykomotorisk behandlingsprosess og betydningen av det tverrfaglige samarbeidet. Forskningsprosjektet er en del av en Master oppgave på studiet ved Master i Klinisk Fysioterapi, studieretning for psykisk og psykosomatiske helseproblemer. Master oppgaven har tittelen:

Psykomotorisk fysioterapi i tverrfaglig samarbeid om en behandling av en pasient med traumatiserende livserfaringer. En kasus studie.

Ved å søke dybdeforståelse i en tverrfaglig behandlingsprosess for en pasient med traumeerfaring, er formålet å belyse hvilke erfaringer pasienten har hatt med den psykomotoriske behandlingsprosessen og hvordan behandlingen har inngått i det tverrfaglige samarbeidet rundt denne pasienten. Studien setter søkelys på hvordan kroppslig og følelsesmessig tilnærming vever seg sammen i en tverrfaglig behandlingsprosess. Studiens problemstilling er:

Hvordan kan erfaringer med psykomotorisk fysioterapi få betydning i en tverrfaglig behandlingsprosess om behandling av en pasient med traumatiserende livserfaring - en kasusstudie.

Studien vil innhente informasjon fra en pasient, og tre aktuelle behandlere; psykomotorisk fysioterapeut, psykolog og lege. Det er ønskelig at du deltar i prosjektet fordi du er en av behandlerne som har inngått i det tverrfaglige samarbeidet til den gjeldende pasienten som har vært i ett psykomotorisk behandlingsforløp. Deltakelse i prosjektet forutsetter at den gjeldende pasienten samtykker i at du deler opplysninger om pasienten. Denne informasjonen vil kunne omhandle hvordan du som behandler har erfart at den at psykomotoriske behandlingsprosessen, kan ha hatt betydning for behandlingsprosessen for pasienten og for behandlingen hos deg. Tillatelse til dette innhentes gjennom pasientens samtykkeerklæring til å delta i prosjektet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Gjennom prosjektet vil det innhentes og registreres opplysninger gjennom individuelle intervju med lydopptak med varighet ca. 30 - 60 minutter. Intervjuet vil foregå

semistrukturert, med åpne spørsmål og noe ledende temaer. Det vil være mulighet for å utdype relevante tema. Intervjuet som tas opp på lydopptak, vil bli lyttet til i etterkant og skrevet ned. Videre vil innholdet analyseres og relevante tema trekkes ut og settes inn i en kasus sammenhengende fortelling. Det vil bli registrert personopplysninger om deg som navn, telefonnummer og e-post, adresse men dette er det kun prosjektmedarbeider Kristine Anne Danielsen Knudsen som har tilgang til. Opplysningene som deles under intervjuet og de nevnte personopplysningene om deg, vil bli oppbevart forsvarlig og slettet etter bruk. Som deltaker i forskningsprosjektet kan du bidra i kunnskapsutviklingen i prosjektet. Det innsamlede datamaterialet skal brukes til å besvare problemstillingen.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Intervjuer vil legge vekt på å legge til rette for at du skal føle deg komfortabel under intervjuet. Du kan bidra til økt engasjement, kunnskap om og innsikt i behandlingserfaringer og erfaringer med tverrfaglig samarbeid, som kan være til nytte for andre pasienter og behandlere. Som deltaker i prosjektet er du med på å bidra til forskningen innen et felt som er lite utforsket. På samfunnsnivå kan prosjektet bidra med kunnskap som kan styrke samarbeidet om behandling for pasienter med traumatiserende livserfaringer og med komplekse lidelser. Dette er helsepolitisk etterspurt og lite synlig i praksis. I vitenskapelig sammenheng er dette et lite prosjekt men det vil kunne være et bidrag til videre utforskning. Det kan være en ulempe at det er tidkrevende for deg å delta i prosjektet, og historier om traumatiserende livserfaring kan være belastende å forholde seg til.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET TIL Å TREKKE DIN DELTAKELSE

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. Du kan kreve innsyn i opplysningene du har delt som er lagret, og du kan kreve at opplysningene i prosjektet slettes. Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom opplysningene er anonymisert eller publisert. 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 studien planlegges å ferdigstilles våren 2022. 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 korrigeret 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.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knyttes til opplysningene, og det er kun prosjektmedarbeider Kristine Anne Danielsen Knudsen som har tilgang til disse opplysningene.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering skal gjøres slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes. Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

GODKJENNINGER

Det er søkt Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, om å gjøre en forskningsetisk vurdering og godkjenning av prosjektet før vi starter med intervju. Denne søknaden (med søknadsnummer 371159) ble godkjent 20.12.21 med vilkår, som vil bli endret og sendt inn til REK i endringsmeldingsskjema. Høgskolen på Vestlandet og prosjektleder Randi Sviland er ansvarlig for personvernet i prosjektet. Vi behandler opplysningene basert på EU's personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte prosjektmedarbeider/master student Kristine Anne Danielsen Knudsen (tlf 41 32 65 27, e-post: kristineadk@gmail.com), eller prosjektleder førsteamanuensis Randi Sviland (tlf 55 58 58 46, e-post: Randi.Sviland@hvl.no). Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen: personvernombud@hvl.no

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

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

INTERVJUGUIDE

Master i Klinisk Fysioterapi, Fordypning i psykiske og psykosomatiske helseproblemer

Intervjuguiden formes utifra forskningsspørsmålet:

Hvordan kan erfaringer med psykomotorisk fysioterapi få betydning i en tverrfaglig behandlingsprosess om behandling av en pasient med traumatiserende livserfaring - en kasusstudie.

Ved behov for utdypende informasjon underveis stilte jeg følgende spørsmål

- Kan du fortelle mer om hvordan dette har vært for deg, eller hvordan du erfarte dette?

Temastyrt intervjuguide med pasient

- Hva var utgangspunktet for at du ble henvist til psykomotorisk fysioterapeut, eller hva var det som fikk deg til å oppsøke psykomotorisk fysioterapeut?
- Kan du fortelle hvordan du hadde det før du ble henvist til psykomotorisk fysioterapeut?
Når startet problemene slik du tenker?
Hvorfor tror du det utviklet seg sånn?
- Hvordan opplevde du møtet med terapeuten og oppstart av behandling?
Hvordan har du opplevd behandlingsprosessen?
Kan du fortelle om noen betydningsfulle eller minneverdige opplevelser gjennom behandlingen som har utmerket seg?
Hva har vært vanskelig eller utfordrende for deg?
- Hvordan har du opplevd det tverrfaglige samarbeidet?
Hva har dette betydd for deg i behandlingsprosessen?
- Er det noe mer du ønsker å dele?

Temastyrt intervjuguide med Psykomotorisk Fysioterapeut

- Hvorfor ble pasienten henvist til Psykomotorisk behandling, og når hadde du ditt første møte med pasienten?
- Hvordan forstår du denne pasientens helseproblem?
- Hvordan opplevde du møtet med denne pasienten?
Hva har vært målet med behandlingen?
Kan du fortelle meg om ditt valg av tiltak, og endret dette seg underveis?
Hvordan har det vært for deg å følge pasienten sin prosess? Er det noe som har vært spesielt lærerikt eller utfordrende?
Kan du fortelle om noen betydningsfulle, og utfordrende opplevelser underveis i behandlingsprosessen?
- Hva var det som gjorde at det tverrfaglige samarbeidet med psykolog og lege startet?

Hvordan har samarbeidet foregått, hvordan har det utviklet seg, og hva har vært din rolle i dette samarbeidet?

Kan du fortelle om hvilken betydning det tverrfaglige samarbeidet har hatt? Spesielle episoder eller hendelser der dette har vært viktig?

Hva har bidratt til at samarbeidet har fungert, og hva har vært utfordrende eller vanskelig?

- Forandret noe seg hos pasienten etterhvert som han gikk i psykomotorisk behandling? Noen pasienter erfarer å få økt kontakt med egen kropp og følelser, var dette noe du så hos pasienten underveis? Ble pasienten bedre kjent med kroppens reaksjoner og hva de gir uttrykk for?

Opplevde du at pasienten fikk forståelse for kroppens forsvar og reaksjon på ytre og indre påkjenninger i livet?

Psykomotorisk fysioterapi innebærer å bli berørt og beveget, har du noen tanker om dette?

- Vil du si at opplevelsen av relasjoner og omgivelser har endret seg for pasienten?
- Er det noe mer du ønsker å dele?

Temastyrt intervju guide med psykolog

- Når startet det tverrfaglige samarbeidet med psykomotorisk fysioterapeut, og hva gjorde det aktuelt å henvise til/samarbeide med denne gangen?

Hvordan har du erfart samarbeidet i forbindelse med denne pasienten, og hva har din rolle vært i dette samarbeidet?

Hva har bidratt til at samarbeidet har fungert, og hva har gjort samarbeidet utfordrende?

Kan du fortelle om spesielle episoder eller hendelser der dette har vært viktig? Hvordan har det som har blitt delt gjennom samarbeidet omkring den psykomotoriske behandlingsprosessen for pasienten, hatt betydning inn i behandlingen hos deg? Hvordan forstår du denne pasientens helseproblem?

- På hvilken måte har den psykomotoriske behandlingsprosessen hatt betydning for pasienten, slik du ser det?

Har pasientens erfaringer med psykomotorisk fysioterapi kommet til uttrykk i behandling hos deg?

- Er det noe mer du ønsker å dele?

Temastyrt intervju guide med lege

- Kan du fortelle meg hvilke erfaring du har med psykomotorisk fysioterapi?
- Hva gjorde det aktuelt å henvise til/samarbeide med psykomotorisk fysioterapeut?
- Hvordan har samarbeidet foregått?
- Hvordan opplevde du samarbeidet med psykomotorisk fysioterapeut og psykolog?
- Hva har bidratt til at samarbeidet har fungert, og hva har gjort samarbeidet utfordrende eller vanskelig?

- Hvordan forstår du denne pasientens helseproblem?

Hvordan har du møtt denne pasientens helseutfordringer?

- På hvilken måte har den psykomotoriske behandlingsprosessen hatt betydning for pasienten, slik du ser det?

Har pasientens erfaringer med psykomotorisk fysioterapi kommet til uttrykk i behandling hos deg?

- Forandret noe seg hos pasienten etterhvert som han gikk i psykomotorisk behandling?
Oppdaget han noe nytt og i så fall hva dreier det seg om?

Psykomotorisk fysioterapi innebærer å bli berørt og beveget, har du noen tanker om dette?

Noen pasienter erfarer å få økt kontakt med egen kropp og følelser, var dette noe du så hos pasienten underveis?

Vil du si at opplevelsen av relasjoner og omgivelser har endret seg for pasienten?

- Er det noe mer du ønsker å dele?
- Kan du fortelle mer om hvordan dette har vært for deg, eller hvordan du erfarte dette?
- Kan tilføye skriftlig i etterkant

