



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag

Tor Kåre Andersen

## Masteroppgave

# «Å våkne kroppslig»

Tilnæringsmåter og verktøy i psykomotorisk fysioterapi

**To awake embodying**

Approachmethods and tools in psychomotor physiotherapy

Master i psykisk helsearbeid (MMHC)

2014

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket      JA X    NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage      JA X    NEI

---

## Innhold

<b>1. SAMMENDRAG</b> .....	<b>8</b>
<b>2. ABSTRACT</b> .....	<b>9</b>
<b>3. INNLEDNING:</b> .....	<b>10</b>
3.1 BAKGRUNN .....	10
3.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....	11
3.3 DEFINERING AV SENTRALE BEGREPER.....	11
3.3.1 <i>Psykisk helsearbeid:</i> .....	11
3.3.2 <i>Helse:</i> .....	12
3.3.3 <i>Psykisk helse:</i> .....	12
<i>I studieplanen for MMHC er psykisk helse definert slik:</i> .....	12
3.3.4 <i>Denne masteroppgavens helsedefinisjon</i> .....	13
3.4 TIDLIGERE FORSKNING:.....	13
3.5 OPPGAVENS OPPBYGNING: .....	14
<b>4. DIFFUSE HELSEPLAGER ER IKKE DIFFUSE FOR DEN SOM RAMMES</b> .....	<b>15</b>
4.1 KROPPEN SOM UTGANGSPUNKT FOR ERFARING .....	15
4.2 NÅR LIVET SETTER SEG I KROPPEN .....	17
4.3 RECOVERY .....	20
4.4 SALUTOGENESE.....	22
4.5 PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI (IDEEN OG SUBSTANSEN).....	23
<b>5. METODE:</b> .....	<b>26</b>
5.1 KVALITATIVT DESIGN MED FENOMENOLOGISK-HERMENEUTISK TILNÆRMING: .....	26
5.2 FORFORSTÅELSE: .....	27
5.3 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU: .....	28
5.4 GJENNOMFØRINGEN AV STUDIEN: .....	28

---

5.4.1	<i>Forberedelser</i> .....	28
5.4.2	<i>Rekruttering og utvalg av informanter</i> :.....	29
5.4.3	<i>Dataskaping</i> :.....	30
5.4.4	<i>Analyse</i> :.....	31
5.5	<b>METODEREFLEKSJONER</b> : .....	32
5.5.1	<i>Validitet</i> .....	32
5.5.2	<i>Reliabilitet</i> .....	34
5.5.3	<i>Generaliserbarhet</i> .....	35
5.5.4	<i>Forskningsetikk</i> .....	35
<b>6.</b>	<b>DATAPRESENTASJON</b> : .....	<b>36</b>
6.1	<b>ET ÅPENT HJERTE OG SINN</b> .....	36
6.1.1	<i>Å vise interesse og engasjement for pasienten</i> . .....	36
6.1.2	<i>Å la pasienten tilpasse seg terapisituasjonen</i> . .....	37
6.1.3	<i>Å være klangbunn for det meste</i> . .....	38
<b>7.</b>	<b>Å TA KROPPENS ERFARING PÅ ALVOR</b> .....	<b>40</b>
7.1	<b>SAMMEN OM OPPDAGELSE I KROPP OG LIV</b> . .....	40
7.2	<b>EKSPERT PÅ EGET LIV</b> . .....	42
7.3	<b>RESPEKTERE KROPPSLIGE STOPP-PUNKTER</b> . .....	43
7.4	<b>EN EGEN ”VERKTØYKASSE”</b> . .....	43
7.4.1	<i>Tune seg inn</i> . .....	43
7.4.2	<i>Terapeutisk bruk av egne hender</i> . .....	45
7.4.3	<i>Intuisjon</i> . .....	45
7.4.4	<i>Gylne øyeblikk</i> .....	47
<b>8.</b>	<b>DISKUSJON</b> : .....	<b>50</b>
8.1	<b>OPPVÅKNINGEN – Å HJELPE PASIENTEN TIL Å FÅ KLARHET I SIN PROBLEMFYLTE SITUASJON</b>	50

---

8.2	”GJENOPPBYGGINGEN” – Å FÅ PASIENTEN TIL Å SE MULIGHETER.....	53
8.3	Å UTVIKLE PASIENTENS MOTSTANDSKRAFT OG MESTRINGSEVNE. ....	56
<b>9.</b>	<b>KONKLUSJON:.....</b>	<b>61</b>
<b>10.</b>	<b>LITERATURLISTE.....</b>	<b>63</b>
<b>11.</b>	<b>VEDLEGG .....</b>	<b>68</b>
11.1	VEDLEGG 1 .....	68
11.2	VEDLEGG 2 .....	70
11.3	VEDLEGG 3:.....	71
	<i>Å vise interesse og engasjement for pasienten.....</i>	<i>71</i>
11.4	PLANLAGT SØKESTRATEGI.....	73

## Forord

En pasient som hadde kommet langt på sin reise mot bedring, kom nylig med en oppsummering under behandling som gjorde sterkt inntrykk på meg:

*"Jeg har senka temperaturen innvendig, og er mer rolig i meg selv, da kommer muskulaturen etter..."*

Det har vært ei lang reise å fullføre masteroppgava mi, mange oppturer og nedturer! Det er jo livet det på godt og vondt! Kjenner jeg til tider har hatt for mange jern i ilden, men det gir en vanvittig god mestringsfølelse å bli ferdig etter så lang tid. Det er nesten vemodig, men jeg har nok å fylle tida mi med nå som oppgava er levert. Jeg veit med meg sjøl at jeg alltid finner nye prosjekter som jeg kommer til å kaste meg uti. Det har blitt mange seine kvelder og mye helgejobbing. Det er periodene i flytsona jeg husker nå. Jeg har mange å takke. Kjenner jeg blir rørt.

Takk til informantene mine. Enkelt og greit: Uten deres innsats hadde det ikke blitt noe oppgave.

Takk til lærerne på Høyskolen i Hedmark, klassekamerater, kollokviegruppa mi, gode kollegaer på jobb og mine nærmeste venner og familie.

En spesiell takk til professor Kari Kvigne som har vært min tålmodige, snille, omsorgsfulle, kunnskapsrike, tilgjengelige, støttende og krevende veileder i hele prosessen. Det har blitt mange turer til Elverum. Jeg har hatt mange spørsmål og du har tatt deg tid. Heldigvis. Jeg veit jeg innimellom har tungt for det, men jeg gir meg ikke før jeg forstår! Håper du har lært litt av meg også da. Evig takknemlig. Uten din stødige veiledning hadde jeg aldri klart å bli ferdig.

Takk til pappa for stor hjelp med oppsett og redigering.

Takk til Live og Grethe for kritisk lesning, gode diskusjoner og viktige innspill. Takk til Sven Oluf for språkvask i innspurten. Det er ikke lett å sette komma på riktig sted.

Til sist og viktigst: Takk til kona mi Anne som har støtta meg gjennom hele prosessen, hatt trua på meg og stilt krav! Takk for at du har venta så lenge. Nå er det din tur til å studere, kjære! Takk til gutta mine Isak og Iver. Det beste jeg veit er å leke med dere. En utømmelig kilde til ny energi.

**Realitetens kalde klask**

Et vagt ubehag  
overveldende følelser  
de angrep meg dypt  
-i kropp og sjel

Det som var glemt  
ble rispet opp av ord så fryktelig sanne  
realiteten hender iblant  
kliner til oss midt i trynet

Våk opp – åpne ditt sjelespeil og hjerterom  
utelatt blir ingen av det som omkring oss skjer

Det smyger seg i stillhet  
gnager  
ødelegger alt fra det indre  
til alt som er imellom

Så kynisk, så ubevisst  
innsiden er utmagret og har spist oss til utsiden  
til skinnet og opp.

Saga, selger nr. 28 i Sarpsborg (Er lik Norge, juli 2014:2)

## 1. Sammendrag

**Hensikten** med studien er å få kunnskap om erfarne psykomotoriske fysioterapeuters tilnæringsmåter og verktøy i behandling av pasienter med langvarige muskel/skjelettsmerter og diffuse kroppsplager.

**Metode:** Kvalitativt design. Sju psykomotoriske fysioterapeuter ble intervjuet. Temastyrt intervjuguide ble benyttet. Dataene analysert etter Lindseth & Nordberg (2004) sin fenomenologisk hermeneutiske metode.

**Funn:** Følgende hovedkategorier med underkategorier ble analysert fram:

Hovedkategorier 1: Et åpent hjerte og sinn, med underkategoriene: Å vise interesse og engasjement for pasienten, Å la pasienten tilpasse seg situasjonen, Å være klangbunn for det meste.

Hovedkategori 2: Å ta kroppens erfaring på alvor, med underkategoriene: Sammen om oppdagelse i kropp og liv, ekspert på eget liv og respektere kroppslige stopp-punkter.

Hovedkategori 3: Verktøy i bruk, med underkategoriene: Tune seg inn, terapeutisk bruk av hender, intuisjon og gylne øyeblikk.

**Konklusjon:** Psykomotoriske fysioterapeuter arbeider i tråd med trinnene i en recoveryprosess ved behandling av pasienter med langvarige muskel/skjelettsmerter. For å bidra til oppvåkning, gjenoppbygging og utvikling av motstandskraft/mestringsevne, møter de pasientene med et åpent hjerte og sinn. Terapeutene bruker mye tid på å hjelpe pasientene til å bli gradvis bedre kjent med kroppen og hva den signaliserer til dem. De forsøker å la pasientene få være med på en reise/oppdagelse om seg selv og sitt liv, som også kan gi håp og tro om at endring er mulig. De er bevisst på ikke å presse på i samhandlingen, for å unngå at det blir for voldsomt. Terapeutene bruker aktivt sin egen intuisjon, for å veilede pasienten på sin vei mot endring. Vektlegging av intuisjon understreker behovet for kritisk evne i valideringsprosessen. Dette er en sentral oppgave i den kommunikasjon som denne studien har adressert.

**Nøkkelord:** Psykomotorisk fysioterapi, muskel/skjelettsmerte, recovery, salutogenese, kroppen og helse.



## 2. Abstract

**Aim:** The purpose with the study is to gain knowledge about how experienced physiotherapists approach, and their use of tools in the treatment of long-term muscle and skeletal pain, and diffuse bodily issues.

**Methodology:** Qualitative design. Seven psychomotor physiotherapists were interviewed using a theme directed interview guide. The data were analyzed using a phenomenological and hermeneutic method developed by Lindseth & Nordberg (2004).

**Results:** These main categories with subcategories were the result of the analysis.

Main category 1: An open heart and mind: Subcategories: To show interest in and commitment in the patient, to let the patient adapt to the new situation, to help the patient to reflect on the themes that occur.

Main category 2: Take the experience of the body seriously: Subcategories: Togetherness in the discovery of body and life, expert on your own life, and respect the bodily stop-points.

Main category 3: Tools in use: Subcategories: Tune in and focus on the task at hand, therapeutic use of hands, of intuition and of golden moments.

**Conclusion:** Psychomotor physiotherapists work in line with the steps of a recovery process in the treatment of patients with long-term muscular and skeletal pain. This is important to contribute to the awakening, re-construction and to develop power for resistance and coping ability. The therapists use much time to help the patients to learn how to know and, therefore to understand their body, so that they can learn to read the bodily signals. The therapists encourage the patients to embark on a journey of self discovery, to understand more about themselves and their lives; with the purpose to give hope and belief that change is possible. The therapists are cautious not to use too much pressure during interaction. The therapists use their intuition actively to guide the patients in their quest for change. The emphasis on intuition underlines the requirement of critical abilities in the process of validation. That is a central task in the communication that this study has addressed.

**Keywords:** Psychomotor Physiotherapy, muscular and skeletal pain, recovery, salutogenesis, body and health.

### **3. Innledning:**

#### **3.1 Bakgrunn**

I Norge rapporterer ca. 20 % av den yrkesaktive befolkningen om langvarige smerter fra muskel- og skjelettapparatet. Dette representerer et stort problem for den enkelte person. I samfunnet som helhet gir det store sosioøkonomiske kostnader med sykefravær og trygdeutbetalinger. Denne pasientgruppen er storforbrukere av helsetjenester. Det er særlig kvinner som rammes av disse plagene (Wanvik, 2011).

Pasientene søker ofte hjelp basert på subjektive symptomer, som vondt i musklene (myalgi), vondt i korsryggen (lumbago) eller tretthet (asteni). Medisinske undersøkelser gir verken funn eller forklaring (Malterud, 2001). Pasientene har i tillegg til muskel- skjelettsmertene som flytter på seg og varierer med dagsform (diffuse), problemer med å få sove, tretthet, energi, angst, depresjon, overfølsomhet i hud (alodyni), irritabilitet, konsentrasjon, hukommelse, mage- og tarmfunksjon, vannlating, munntørrhet, kvalme, hodepine osv (Anderberg & Horwitz, 2008). Helsepersonell kan ha en indirekte oppfatning av at de kroppslige plagene skyldes psykiske eller psykososiale forhold (Malterud, 2001).

Pasientene har gjerne kommet inn i en ond sirkel, hvor en stor grad av oppmerksomheten rettes mot alt som ikke fungerer med kroppen sammenlignet med før de ble syke. Stresset øker og musklene strammer seg ytterligere. Behandling hos fysioterapeut, manuellterapeut, naprapat, kiropraktor, osteopat forsøkes, men hjelper heller ikke. De tunge tankene kommer oftere fram i bevisstheden. Hjelpeløsheten kan for mange begynne å slå litt rot. Pasientene unnlater å gjøre aktiviteter de tidligere hadde stor glede av, som resulterer i mer inaktivitet og en kropp som orker mindre før det blir vondt. Pasientene klarer ikke lenger å håndtere hverdagslivets utfordringer. I møte med hverdagslivets mange forskjellige belastninger og utfordringer er det mange begripelige forklaringer på hvordan kropp kan reagere (Anderberg & Horwitz, 2008).

Etter å ha vært ”gjengangere” i behandlingsapparatet i flere år, kan mange av disse pasientene ha god effekt av psykomotorisk fysioterapi. Psykomotorisk fysioterapi er bygget på en grunntanke om at kropp, tanke og følelser fungerer som en enhet i kontinuerlig samspill med sine omgivelser. Kroppen forstås som bærer av viktige erfaringer, og er en vesentlig kilde til selvinnsikt. Tanker og følelser oppleves og uttrykkes i kroppen

---

(Thornquist & Bunkan, 1986). Min erfaring som nyutdannet psykomotorisk fysioterapeut fra 2011, tilsier at disse pasientene ofte bærer med seg livshistorier med ulik grad av belastning, som har satt seg i kroppen. Jeg opplever mange ganger i jobben min at jeg ikke klarer å hjelpe pasientene så mye som jeg skulle ønske. Derfor har det vokst fram et ønske om å lære mer om hva erfarne terapeuter gjør for å gi denne pasientgruppa best mulig behandling.

### **3.2 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med denne studien er å få kunnskap om erfarne psykomotoriske fysioterapeuters tilnæringsmåter og verktøy i behandling av pasienter med langvarige muskel/skjelettsmerter og diffuse kroppsplager.

Problemstillingen er: Hva erfarer psykomotoriske fysioterapeuter som viktige tilnæringsmåter og verktøy i behandlingen av pasienter med langvarige muskel/skjelettsmerter og diffuse kroppsplager for at behandlingen skal hjelpe og at deres helse skal bedres?

Dette er min masteroppgave i psykisk helsearbeid. Jeg har valgt å gjøre en intervjustudie om psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med å behandle pasienter med sammensatte muskel/skjelettsmerter, for å lære mer om hvordan slike plager kan forebygges og mestres. I denne pasientgruppa kan kildene til plagene i kroppen skyldes både psykiske og fysiske faktorer, og deres gjensidige påvirkning av hverandre.

### **3.3 Definerer av sentrale begreper**

Psykisk helsearbeid er et relativt nytt begrep. Det er et svar på helsepolitiske reformtiltak i forhold til arbeid for å fremme psykisk helse. Introdusert som begrep i 1998 ved oppstart av ny videreutdanning med samme navn (Høgskolen i Hedmark, 2013). I studieplanen for master i psykisk helsearbeid (MMHC) er det definert som:

#### **3.3.1 Psykisk helsearbeid:**

”Sammenfattet kan psykisk helsearbeid beskrives som en relasjonsbyggende virksomhet som er rettet mot å fremme helse og redusere konsekvensene av psykisk uhelse, sykdom og lidelse i befolkningen. Det er et tverrfaglig arbeid som foregår både på individ-, gruppe- og lokalsamfunnsnivå.

Kunnskapsgrunnlaget er flerfaglig og tverrfaglig med fokus på faktorer og prosesser som henholdsvis fremmer og hemmer menneskers opplevelse av helse og sosial tilhørighet for individer og grupper, hvilke tiltak som lindrer lidelse og motvirker funksjonshindringer - og hvilke tjenester som samsvarer med behov hos de som søker/ trenger hjelp. Arbeidet forutsetter tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, samarbeid på tvers av tjenestenivåer - og fremfor alt samarbeid med brukere og deres sosiale nettverk” (Høgskolen Hedmark, 2013).

Jeg vil nevne at denne definisjonen trekker fram hva som fremmer og hemmer menneskers opplevelse av helse. Det gjør det naturlig å definere hva helse er.

### **3.3.2 Helse:**

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte» (WHO, 2014).

Ordlyden i denne definisjonen beskriver den ideelle helsen. Det er lite sannsynlig at noen har det slik (Hummelvoll, 2004). Jeg tenker definisjonen gjør helsebegrepet til noe statisk, som det er umulig å oppnå. Hummelvoll (2004) hevder at helse bør ses på som en prosess. Det betyr at det må jobbes for å vedlikeholde eller bedre helsen.

### **3.3.3 Psykisk helse:**

I studieplanen for MMHC er psykisk helse definert slik:

”Helse kan betraktes som en prosess. Psykisk helse innebærer at emosjoner, interesser, motivasjoner, holdninger og verdier hos personen fortsetter å modnes gjennom livet etter som personen: 1) engasjerer seg i samhandling med andre mennesker og omgivelsene, 2) viser fleksibilitet og stabilitet i tilpavnings- og mestringsevner, 3) utfører de utviklingsoppgaver som møtes i ulike livsfaser og aldre og 4) oppfyller (evt. fornyer) sosiale roller. Helsen er dermed en multidimensjonal og integrerende prosess og inkluderer fysiske, intellektuelle, utviklingsmessige, emosjonelle, åndelige og sosiokulturelle aspekter som er avhengige av tid, sted og situasjon” (Høgskolen i Hedmark. 2013).

Denne definisjonen definerer helsen som noe fysisk. Omfatter det kroppen også? Beskrives det egentlig et skille mellom fysisk og psykisk her? Jeg synes det mangler noe om kroppen som innfallsvinkel til å fremme god helse. Det ville etter mitt syn være fruktbart å ha en definisjon for helhetlig helse. Jeg tenker at det foreligger en forståelse vi mangler ord for. Kirkengen (2005) argumenterer i sin forskning for et paradigmeskifte med et praksisfelt som ligger foran begrepsdannelsen.

### 3.3.4 Denne masteroppgavens helsedefinisjon

Selv om en har plager og lyter, kan en oppleve at helsen er bra. Hummelvoll refererer da til Lønning sin helsedefinisjon, som jeg velger å basere min oppgave på:

”Helse er et menneskes evne til å mestre de påkjenninger livet gir (Hummelvoll, 2004)”.

## 3.4 Tidligere forskning:

Jeg har gjort søk i relevante databaser med utgangspunkt i egen problemstilling. For å kartlegge dette har jeg gjort PICO-søk (kunnskapsbasertpraksis.no). Først søkte jeg i Swemed+ med søkeordet *psykomotoriske fysioterapeuter* og fikk sju treff på artikler som ikke passet med min problemstilling. Dette søket gjorde at jeg fant følgende emneord (MeSH) og tekstord: *Physical therapy modalities (MeSH)*, *musculoskeletal pain (MeSH)* og *fibromyalgia (MeSH)*, *psychomotor physiotherapist\*(tekstord)* og *psychomotor physical therapist\*(tekstord)*. I søket videre ble de nevnte emneord og tekstord brukt, bortsett fra *physical therapy modalities (MeSH)*. Dette fordi emneordet, ville gjøre det vanskelig å skille mellom pasientene og terapeutene sine fortellinger. Søk i Cinahl ga null treff. Søk i Psycinfo ga et treff på et kapittel i en bok som ikke handler om problemstillingen min, men er likevel interessant lesning som er relevant for temaet i oppgaven. Dette kapittelet er en hyllest til professor Tom Andersen, som har påvirket videreutviklingen av psykomotorisk fysioterapi som fagområde. Det omhandler praksiserfaringer som psykomotorisk fysioterapeut med forebyggende helsearbeid på et lite sted i Norge (Rongved, 2007).

Søk i Medline på engelsk, svensk og dansk ga et treff på en artikkel. Den omhandler to terapeuter (en psykomotorisk fysioterapeut og en psykolog), og deres erfaringer som samarbeidende terapeuter i behandling av pasienter over mange år. Hensikten med studien var å finne ut mer om deres forståelse av pasientene og de behandlingsprosessene de hadde vært involvert i, for å utvikle konsepter for å forstå pasientene bedre. Metoden var ”mini fokusgruppe” intervjuer (Ekerholt et. al., 2014). Det er ikke det samme som jeg har fordypet meg i, men i likhet med min studie henvender denne artikkelen seg til den profesjonelle livsverden. Når jeg finner sju treff I Swemed+, er det vanlig å få flere treff i de internasjonale databasene. Det fikk ikke jeg. Dette kan tyde på at det er i Norden det forskes på Psykomotorisk fysioterapi. Det kan også virke som at det er få som har forsket spesifikt på det samme jeg har gjort i studien min. Bakerst i oppgaven ligger en beskrivelse av hvordan jeg gjennomførte en søkestrategi i Medline (vedlegg 4).

Øvrig litteratur (bøker og artikler) som denne oppgaven inneholder, har jeg lokalisert gjennom mer generelle søk i de store databasene og Bibsys.

### **3.5 Oppgavens oppbygning:**

Kapittel 2 starter med å si noe om diffuse helseplager, deretter kroppen som utgangspunkt for erfaring og hva som skjer når livet setter seg i kroppen. Videre beskrives Recovery, Salutogenese og til sist redegjør jeg for psykomotorisk fysioterapi. Kapittel 3 er metodekapittelet hvor jeg redegjør for metodevalg, rekruttering og utvalg og gjennomføring av studien. Funnene presenteres i kapittel 4. I kapittel 5 diskuteres funnene i relasjon til teori og relevant forskning. I kapittel 6 kommer oppgavens konklusjon og anbefalinger til videre forskning.

## **4. Diffuse helseplager er ikke diffuse for den som rammes**

Dette kapittelet starter med å si noe om diffuse helseplager, deretter kroppen som utgangspunkt for erfaring og hva som skjer når livet setter seg i kroppen. Videre beskrives recovery, salutogenese og til sist redegjør jeg for psykomotorisk fysioterapi.

### **4.1 Kroppen som utgangspunkt for erfaring**

Pasienter oppsøker helsevesenet med smerter i hele kroppen og av mangel på krefter. Fastlegen gjør undersøkelser fra topp til tå, men finner ikke noe galt. Pasientene forteller om symptomer med uklar lokalisering, utydelige kjennetegn eller et forløp som kan variere mye. Blodprøvene og røntgenbildene er helt fine, men pasienten kjenner seg ikke frisk. Pasienten har subjektive symptomer hvor det ikke påvises noen objektive funn. De får merkelapper som er ”diffuse” og ”ubestemte” lidelser, som kan bli definert som ”livsproblemer”, ”psykosomatisk” eller ”somatoforme lidelser”. Tilstandene er preget av å være vedvarende lidelse og funksjonshemming, som kommer til uttrykk i kroppen i form av smerter og trøtthet. Når det ikke finnes symptomer, kan det være viktig å undre seg over med hvilket blick en har sett (Thornquist, 2001, Malterud, 2006).

Det er et tydelig fokus på kroppen i dagens samfunn. Kroppen sier mye om oss selv i måten vi presenterer oss på. Den er trenbar, formbar og mulig å bli bedre kjent med. Vi kan ha kontroll på kroppen vår. Dette kan eksempelvis komme til uttrykk gjennom den anorektiske kroppen, hvor vi er sykkelig opptatt av hva vi spiser for å holde ønsket vekt, eller trening på treningssenter for å bygge opp kroppen med øvelser og trening. Vi kan søke velvære, mestring og personlig utvikling gjennom kroppen. Kroppen er viktig for selvhevdelse i samfunnet og gir status (Aubert, 2004).

I tidligere tidsepoker ble kroppen betraktet som skambelagt og uren. Vi har med oss en dualistisk kulturarv, hvor det skilles mellom kropp og sjel. Denne tenkningen påvirker samfunnet vårt fremdeles, ofte uten at vi tenker noe nevneverdig over at hvordan vi omtaler kroppen vår til andre. Dualisme vil kunne føre til at kroppen oppleves fremmed og at de kroppslige erfaringene ikke er gyldige for vår oppfatning av oss selv og verden rundt (Aubert, 2004).

Som en motvekt til dualistisk forståelse av kroppen har det kommet fram andre filosofiske retninger, hvor det først og fremst fokuseres på kroppen som levende, sansende og erfarende i verden. Vi er tilstede i den kroppslige verden gjennom hele livet, men stadig i forandring underveis i livsløpet. Kroppen er en inngangsport til å forstå hva som skjer her og nå i livet og samtidig bærer med seg en historie av levd liv (Aubert, 2004).

Dette samsvarer med tenkningen som ligger til grunn for et fenomenologisk perspektiv, spesielt representert ved ”Kroppens filosof”, Maurice Merleau-Ponty. Vi mennesker er i verden som kroppslige vesener og via kroppen har vi tilgang til verden, til andre mennesker og andre objekter. Et grunntrekk ved mennesket er at vi befinner oss i spenningsforholdet mellom å være en kropp og ha en kropp; jeg ser og er synlig, jeg berører og blir berørt. Vår kroppslighet gir oss mulighet til å ha kontakt med verden gjennom handling og persepsjon. Mennesker deler verden ansikt til ansikt og kropp til kropp og er tilgjengelig for hverandre gjennom menneskelig intersubjektivitet, noe som får betydning for meningsdannelse (Thornquist, 2001).

Merleau-Ponty tar utgangspunkt i at forståelsen av verden er grunnet på kroppens forståelse av sine omgivelser eller sin situasjon. Menneskekroppen er ikke et objekt. Forholdet til omgivelsene er ikke objektivt, i betydning av å være noe entydig, gitt og målbart. Fenomener er det som kommer til syne, og Merleau-Ponty betrakter dem oppmerksomt og uforutinntatt.

Et perseptuelt felt åpner seg for den persiperende menneskekroppen og rommer mange lag av mening. Menneskekroppen åpner seg for mangetydige fenomener. Kroppen og dens omverden henviser gjensidig til hverandre, som Merleau-Ponty kaller ”å være til i verden”. Kroppen er satt sammen av deler som står i forhold til hverandre og som til sammen utgjør helheten. Kroppen er intensjonal, som betyr at den er rettet henimot noe. Det åpner opp for ulike muligheter og handlingsvalg. Et bord eller en stol eksisterer som et objekt *der*, mens kroppen eksisterer som noe *her*. Det er aldri mulig å unnslippe sin egen kropp og den kjennetegnes ved at den er permanent for *meg*. Merleau-Ponty hevder at fordi det eksisterer et *her*, må det også eksistere et *nå* som aldri kan bli fortid. Når friske ikke husker sykdomserfaringer, ligger likevel minnene lagret i kroppen. Det skjer ved at tidligere persepsjon og erfaring er innbakt i det vi erfarer nå, og er med på å farge framtidig persepsjon. Vi begynner aldri på nytt, fordi fortid, nåtid og framtid integreres og åpner opp for nye horisonter (Merleau-Ponty, 1994, Kvigne, 2004).



---

Merleau-Ponty utdyper videre at det er et viktig skille mellom en *levende kropp* og en *levd kropp*. Når vi mennesker er friske, er den *levende kroppen* tilbaketrukket fra vår bevissthet. Vi beveger oss smidig, på en tatt for gitt måte og lever livet vårt i samfunnet uten å tenke på at det er vondt i kroppen. Når kroppen derimot rammes av sykdom, blir den *levende kroppen* dominerende og veldig orientert mot aspekter ved kroppen som ikke fungerer slik det har vært før. Dette på grunn av påvirkning fra det *levde livet*. Kroppen fanger oppmerksomheten på grunn av omstendigheter i det levde livet og blir problematisk tilstedeværende og dysfunksjonell. De vonde knærne blir vonde ved hver bevegelse vi tar med kroppen, uavhengig om vi står, sitter eller ligger (Merleau-Ponty, 1994, Kvigne, 2004).

Det er flere nyanser ved ”væren til verden”begrepet til Merleau-Ponty. Blant annet at vi snakker sammen i kroppslige møter. Når vi snakker, representerer ikke ordene det vi nødvendigvis tenker å si, men fullbyrdes ved å uttrykkes. Derfor vet vi mange ganger ikke hva vi vil si før det er uttrykt. Den ubestemte tanke blir noe bestemt (Merleau-Ponty, 1994).

Kroppen og selvet henger sammen og påvirker hverandre, men er ikke identiske fenomener. I personligheten er selvet den mest helhetlige og integrerende struktur og summen av individets selvrepresentasjoner. Det er en bevisst oppfatning en person har av seg selv, atskilt fra omgivelsene. Begreper som ligner selvet er selvoppfatning, selvbilde, selvfølelse, selvtillit og selvrespekt. Alle begrepene handler om individets oppfatning og vurdering av seg selv. Hvordan vi oppfatter oss selv, er en signifikant styringsfaktor for atferd, og har stor påvirkning på hvordan vi lever våre liv blant andre mennesker (Kvigne, 2004).

## **4.2 Når livet setter seg i kroppen**

I løpet av livet opplever alle mennesker, i større eller mindre grad, smerter i kroppen. Ingen vil egentlig ha smerter. Har vi først fått dem, vil vi bli kvitt dem igjen. Kroppen ”reparerer” vanligvis seg selv, men i noen tilfeller blir ikke smertene borte. Smerte er en ubehagelig organisk og emosjonell opplevelse, som kroppen opplever som en fare for seg selv. Smerten er et varselsignal om at noe ikke stemmer i kroppen. Ofte er vi mennesker flinke til å overse varselsignalene, men smertene får oss til å bevege, tenke og oppføre oss annerledes. Når smertene vedvarer og ikke blir borte, gjør det vondt i kroppen, fordi hjernen har konkludert med at vi er utsatt for en eller annen form for fare. Av en eller annen grunn, ofte helt ubevisst, er dette basert på informasjon fra nervesystemet, som tror vi er i fare. Behandlingen dreier seg i stor grad om å finne ut hvorfor hjernen har kommet til denne konklusjonen

(Butler & Mosley, 2003). Pasientene har vanskelig for å forstå at de langvarige smertene har en multifaktoriell årsakssammenheng. Smertene fører til en dårligere funksjon, men det er viktig å vite at det ikke trenger å være sammenheng mellom skade i ledd/vev, og smerteopplevelse. Når smertene vedvarer, har kroppens nervesystem lett for å bli sensitivisert. En berøring som tidligere var smertefri, kan medføre akutte- og vedvarende smerter. Kroppen blir uforutsigbar. Nervesystemet produserer i denne fasen smerteimpulser for ”å verne om kroppen”, selv om den i utgangspunktet ikke har behov for det. Dette er like fullt en fysisk realitet og medfører lav tålegrense for belastning. Nøkkelen til bedring er å akseptere hva man klarer med kroppen sin, i tillegg må man utvikle forståelse for hva som skjer i kroppen ved smerter, samt vite at smertene ikke kan skade deg. Gradvis må man eksponere seg for nye utfordringer og gjøre aktiviteter/bevegelser som tidligere har trigget smerter (Butler & Mosley, 2003).

Langvarige og sammensatte muskel/skjelettsmerter er svært vanlig. Helseplagene rammer både kvinner og menn, men hovedvekten av de som rammes er kvinner. Hvorfor det er slik, vet vi ikke sikkert, men det er mange hypoteser som kommer med mulige årsaksforklaringer. Er det fordi kvinner ikke er like fysisk sterke som menn? Tolker kvinner symptomer og plager fra kroppen forskjellig fra menn? Bruker kvinner andre ord når de skal forklare seg til legen og får andre diagnoser enn menn (Steen & Haugli, 2007)?

For å forstå hvorfor livet setter seg i kroppen til kvinner, er det til hjelp å forklare tre sentrale begreper: *Kroppslig beredskap, habitus og kroppsvaner*.

*Kroppslig beredskap* kan forklares som en ”på-vakt-situasjon”. Denne er innebygd i alle mennesker, og representerer en mulighet for fornemmelse av farer eller hendelser som det er viktig å respondere på. Det kan inntreffe når en blir involvert i for mange gjøremål, som kan være tilfelle for mange småbarnsforeldre, hvor små barns behov må tilfredstilles hele døgnet over en lengre periode. Dette kan også forekomme for personer som har omsorgsbehov for søsken, foreldre eller ektefelle, eller for de som må kombinere full jobb med store omsorgsoppgaver hjemme.

Her viser det seg viktig å kunne balansere beredskapen med å gå ut og inn av beredskapsmodus. Beredskapen påvirkes av kvaliteten på omgivelsene, kroppsforståelse, hva som er tillært fra barndommen og levekår. Det kan utvikle seg til problemer når kravene til

---

hva kvinner gjør og bør være ikke erkjennes, men bare tas for gitt og kan bidra til at kvinnene blir ytre styrt (Lilleaas & Ellingsen, 2003).

*Kroppsvaner* handler om hvilke handlemønstre en har tillært seg gjennom livet. Dette være seg hvordan en beveger kroppen i hverdagen eller hvilket tempo en jobber i. Disse kroppsvanene er ofte automatiske og ubevisste. Ofte fortsetter en å gjøre de uhensiktsmessige vanene videre (Lilleaas & Ellingsen, 2003).

*Habitus* handler om hvordan kroppen preges av sosiale omgivelser. Dette kan ses på som et spill mellom individer som konkurrerer om den samme belønningen. Det kan dreie seg om kvinnekroppens tilgjengelighet, arbeidsforhold mellom kjønn eller rett til å restituere seg med hvile og ro (Lilleaas & Ellingsen, 2003).

Når legen ikke finner objektive funn, blir årsaker til plager ofte forklart psykologisk. I slike situasjoner opplever mange pasienter å ikke bli trodd på at smertene er reelle, og opplever samtidig ikke å bli tatt på alvor. Når pasientene likevel ønsker en forklaring på smertene, vil de kunne bli oppfattet som vanskelige. Derfor er det viktig at vi møter disse pasientene som hele mennesker, hvor de diffuse plagene har mange kompliserte individuelle årsakssammenhenger, som gir mening når de blir satt inn i en kontekst belyst av livshistorien til den enkelte pasient. Langvarige smerter og plager påvirkes av hvordan vi tenker, våre følelser og vår livssituasjon. I dag snakker vi om den biopsykososiale sykdomsmodellen. Det betyr at den biologiske kroppen vår påvirkes av psyken og vår sosiale situasjon (Steen & Haugli, 2007).

Mange kvinner opplever at de ikke kan ta hensyn til sine kroppens signaler. Langvarige smerter er ofte resultatet av langvarige belastninger. Da står gjerne kvinnen uten valgmuligheter, og innrømmer at det er vanskelig å akseptere at kroppen ikke lyster lenger. De klarer ikke jobbe lenger, og dagliglivet er et minefelt fylt med problemer. Selv enkle ting som å komme seg ut av senga, skjære brød eller skru opp flaskekorker kan bli et problem. Andre er opptatt av å formidle at de har sluttet å være aktive idrettsutøvere. De opplever at mange av tingene de ikke klarer er skambelagt, og de har vondt for å snakke om det. Det kjennes flaut å ha en kropp som er så til de grader i ustand. Det uttrykkes et ønske om heller å ha hatt en synlig skade. Til eksempel en gips på en brukket arm hadde vært mye bedre. Kvinnene utvikler en skyldfølelse for at kroppen ikke er slik den burde være. Oppgaver må overlates til andre, og det blir møtt med motstand fra familien, som blir satt til å gjøre

oppgaver de ikke er vant til å gjøre. Mottakelsen mange av kvinnene får i helsevesenet, bidrar til å gi skammen ytterligere næring. Følelsen av skam bidrar til å holde egne erfaringer skjult for omgivelsene (Lilleaas og Ellingsen, 2003).

Det kan også være slik at smerten setter seg i kroppen som følge av tidligere traumer og krenkelser. Det gir den krenkede en opplevelse av fare og redsel. Smerten tvinger den krenkede til underkastelse, beviser krenkerens overlegenhet, dokumenterer hvem som har kontrollen, og er et uttrykk for å ha blitt gjort til gjenstand for forakt. Det kan også være selvpåført smerte, som er uttrykk for en tidligere påtvunget smerte. Krenkelser av integritet fysisk, psykisk, seksuell, etnisk, sosial eller juridisk gir også smerte. Selv om hud, organer og vev ikke skades, føles smerten, og den erfares kroppslig. Dette forklares med at menneske, er i verden som kropp. Krenkelse av integritet er også en krenkelse av menneskets kroppslighet. Det handler om avvising, ydmykelse, latterliggjøring, stigmatisering, diskriminering, marginalisering, injurering, beskyldning og personlig fornærmelse. Traumer påvirker den krenkede sitt emosjonelle liv, identitet og selvforståelse (Kirkengen, 2005).

### **4.3 Recovery**

Teori om `Recovery` og bedringsorientert omsorg er relevant, sett i forhold til psykomotorisk fysioterapi og bedring for denne pasientgruppen. Det står sentralt i teorien å løfte fram menneskelige erfaringer og opplevelser. Psykisk helsearbeid kjennetegnes ved at en starter med å lete etter en bærekraftig grunn for den enkelte sin vei mot bedring (eng. recovery) (Hummelvoll, 2012).

Anthony (1993) definerer begrepet recovery som:

Recovery is described as a deeply personal, unique process of changing one's attitudes, values, feelings, goals, skills, and/or roles. It is a way of living a satisfying, hopeful, and contributing life even with limitations caused by illness. Recovery involves the development of new meaning and purpose in one's life (...) (s. 13).

Begrepet recovery omtales både som en prosess, en innstilling, en visjon eller som et veiledende prinsipp. Begreper som er beslektet med recovery er rehabilitering, empowerment, restituering, egenomsorg, mestringsstrategier, heling og velvære og resiliens.

---

Av begreper som er beslektet med recovery, vil jeg trekke fram en nærmere forklaring av hva empowerment er. Walseth & Malterud 2004 trekker fram at det innebærer å få støtte og styrke til å påvirke sin livssituasjon. Helsearbeideren opptrer da som en veileder, for å hjelpe pasienten til å være deltaker i egen bedringsprosess. Det handler om å få kontroll over eget liv. Begrepet har en todelt betydning og utgjør både målet og veien. Empowerment blir også oversatt til ord som myndiggjøring og bemyndigelse, og skal gi pasienten flere verktøy til å delta og påvirke eget liv. Det motsatte av empowerment er kraftløshet, hjelpeløshet, avhengighet, fremmedgjøring og manglende kontroll over livet.

Recovery er knyttet til den `levde erfaring` med mål om å oppnå ny selvaktelse og retning i livet. Det dreier seg om å bygge seg opp igjen etter sykdom og lidelse både fysisk og psykisk. Det er gode grunner til å finne mening i livet, på tross av kroppslig lidelse (Hummelvoll, 2012).

Innen medisin og sykepleie har bedring blitt brukt som et samlebegrep for perioden etter at sykdommen har stoppet opp. Det har skjedd et vendepunkt. Pasienten viser tegn på framgang, er på bedringens vei mot full, eller delvis helbredelse. Nyere forskning viser at for at et vendepunkt skal finne sted, må pasienten oppleve støtte og hjelp til å leve med funksjonshindringene. Pasienten må klare å gjenoppdage seg selv og gjennomleve kriser for så å få en ny livsorientering (Hummelvoll, 2012).

Omsorg er en kjerneverdi i alt hjelpearbeid. Derfor er det også alltid betydningsfullt for bedringsprosessen. Det dreier seg både om holdninger og handlinger. Terapeuten må kunne se, høre og bekrefte pasienten ut fra en innlevende forståelse for å utøve god omsorg. Andre kjerneverdier i bedringsprosesser er hverdagslivsmestring, valg, håp, frihet, autonomi, aktiv deltakelse, respekt, verdighet og fellesskap. Sentralt for å oppnå mål på veien er å ha en akseptabel bolig, tilstrekkelig inntekt og meningsfullt arbeid/virksomhet som gir hverdagen innhold (Hummelvoll, 2012).

Bedringsprosesser kan inneholde fem stadier, som kjennetegner en prosess som fremmer helse: 1. Moratorium (Pasienten er "satt på vent" med opplevelse av tap og håpløshet), 2. Oppvåkning (Pasienten forstår at alt er ikke håpløst, og det er mulig å få et bedre liv), 3. Forberedelse (Pasienten vurderer negative og positive bedringsmuligheter, begynner å utvikle mer fruktbare bedringsevner), 4. Gjenoppbygging (Pasienten utvikler positiv identitet, utarbeider meningsfulle mål og tar mer kontroll i eget liv) og 5. Vekst (Pasienten

mestrer lidelsen, utvikler motstandskraft og får mer positiv selvfølelse) (Hummelvoll, 2012). Bedring foregår i en helhetlig veksling mellom en indre reise, mellommenneskelig reise, sosial reise og en reise etter mening i tilværelsen (ibid).

#### 4.4 Salutogenese

Salutogenese er en lære om hva som gir god helse. Det handler om faktorer og forhold som fremmer og/eller styrker helsen (Hummelvoll, 2012). Opphavsmannen til denne tenkningen er Antonovsky. Fokus er flyttet fra en forståelse av at en pasient som enten er syk eller frisk, til en forståelse av å tenke seg helsen som et kontinuum som ligger mellom helse og uhelse. Alle mennesker vil i løpet av livet befinne seg på varierende sted på dette kontinuumet i spennet mellom ytterpunktene. Personens livshistorie vektlegges, ikke patologi eller diagnoser. Sentralt i Antonovskys tenkning er begrepet ”Opplevelse Av Sammenheng”(OAS), for å forstå hva som ligger til grunn for god helse. Begrepet består av tre komponenter: Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Høy grad av OAS vil kunne føre til høy grad av helse og det motsatte. (Antonovsky, 1996).

**Begripelighet:** Hvis vi forstår situasjoner, utfordringer og vanskeligheter i livet som begripelige, vil det kunne beskytte mot dårlig helse. Det ubegripelige, kaotiske og tilfeldige vil i motsatt tilfelle kunne føre til dårligere helse.

**Håndterbarhet:** Det handler om i hvilken grad vi er i stand til å bruke generelle motstandsressurser for å takle utfordringer og finne løsninger. Det bidrar til at stressfaktorer ikke gir økt uhelse og tilspenning i kroppen. Motstandsressurser kan være indre eller ytre faktorer. Med indre faktorer mener vi selvtillit, trygghet, kunnskap og ferdigheter. Eksempler på ytre faktorer kan være bolig, økonomi, sosialt nettverk, offentlige hjelpetilbud. Risikoen for å bevege seg mot uhelse på kontinuumet øker når utfordringene oppleves uhåndterbare og motstandsressursene er lite tilgjengelige.

**Meningsfullhet:** I hvilken grad opplever en mening i livet sitt, og blir en motivert av å finne løsning på egne utfordringer? Når meningsfullhet er på plass, vil det gi et større engasjement mot å få til en endring. Når det motsatte er tilfelle, vil situasjonen man er i føles meningsløs, og det er en stor utfordring å motivere seg til innsats. Det vil kunne gjøre at en føler seg som et offer for livets vanskeligheter, og gjøre at en beveger seg nærmere dårligere helse på

---

kontinuumet. Det er grunnleggende for å oppnå opplevelse av sammenheng at en blir gitt passende utfordringer i dagliglivet (Antonovsky, 1996).

Underveis i livet på vei mot bedre helse er det viktig å oppleve verden som rimelig, forutsigbar og sammenhengende (Antonovsky, 1996).

#### **4.5 Psykomotorisk fysioterapi (ideen og substansen)**

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) ble utviklet i samarbeid mellom fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy fra 1946-1952. Fokuset er rettet mot å behandle hele kroppen (Øien et. al., 2009).

Psykomotorisk fysioterapi er en terapiform med fokus på kroppen, og kan defineres som en fysioterapitilnærming med et helhetlig perspektiv. Fysioterapibehandlingen er rettet mot en økt bevissthet om hvordan kropp og sinn brukes i funksjon, atferd og i interaksjon med seg selv og andre. Terapien har som mål å normalisere holdning, balanse, muskulær spenning og stivhet, som er erfart og synlig i bevegelsesmønsteret til pasienten (Gard, 2005).

Symptomer blir sett på som en ubalanse i deler av kroppen som innvirker på helheten. Grunntanken er at kropp, pust og følelser påvirker hverandre gjensidig, til eksempel når vi bremser pusten, så bremser vi samtidig følelsene våre. Behandlingen er basert på en forståelse av at en er kropp og sinn på samme tid, og at alt vi utsettes for som mennesker setter spor i kroppen som tegn på levd liv (Thornquist & Bunkan, 1986). I behandlingen vektlegges pust (respirasjon), kroppsholdning, bevegelser og massasje/berøring, med mål om at pasienten skal bli mer oppmerksom på egne kroppslige vaner (Breitve et. al., 2008). Dette vil kunne tine opp og skape liv i forfrosne reflekser og bevegelser, noe som vil kunne bidra til at pasienten puster friere, strekker seg mer og lar tyngdekraften få virke på ansente muskler ved å slippe opp på spenninger (Øvreberg & Andersen, 2002).

Pasienter fortrenger stress, redsel og uro midlertidig, ved å spenne muskler og holde/kontrollere pusten. Kroppslige vanespenninger vil kunne bli realiteten når ikke muskulære tilspenninger følges av muskulær avspenning (Thornquist & Bunkan, 1986).

Pustemønsteret blir sett på som det overordnede. Muskulære spenninger og emosjonelle forstyrrelser blir også sett på som viktige delkomponenter i behandlingen. Pasientens livshistorie settes i sammenheng med symptomene som fremkommer under undersøkelsen

av kroppen. Målet med behandlingen er å få til bedring i funksjon gjennom bevegelse og massasje, og pustesvar er veileder for doseringen i behandlingen (Øien et. al., 2009).

Hvis mennesket skal erfare bevegelse med kroppen og bli kjent med sine egne vaner, er det sentralt å kunne kjenne på det som skjer i kroppen ”her og nå”, med oppmerksomheten rettet innover i seg selv. Det legges til rette for at pasienten kan klare å legge merke til egne ”blinde flekker”. Pasientene veiledes til å erfare nye sider ved seg selv. I denne sammenhengen er det viktig å huske på at det kun er den som beveger seg som kan fortelle noe om hvordan det erfares. I psykomotorisk fysioterapi er det viktig å ha kontakt med kroppens vekt og pust. Det gir informasjon om pasientens eksistens i verden, og i hvilken grad pasienten legger merke til og hvilket handlingsrepertoar som utøves i samspill med omgivelsene (Engelsrud, 2001).

Mennesker lever i en relasjonell verden, hvor det er viktig å kjenne til ulike følelser som kommer til uttrykk i kroppen. Pasienter søker behandling for å bli kjent med sammenhenger og prosesser i eget liv. Gjennom å bli kjent med egne følelsesmessige uttrykk blir en bedre i stand til å ta vare på egen helse. Psykomotorisk fysioterapi er en læringsprosess hvor det foregår gjenoppdagelse av egne kroppslige uttrykk, og en får hjelp til å forstå hvilken mening uttrykkene har for den enkelte pasient (Aubert, 2004).

Vi mennesker tar hverandres kropper inn. Lenge før en person har sagt noe, kan vi gjenkjenne vedkommende gjennom egen kroppslig tilstand og følelser. Dette forteller oss noe om oss selv og noe om den andre. Her merker vi irritasjon, velbehag, ”magefølelser”, følelse av å være inkludert, ekskludert osv. Refleksjon i behandlingen rundt hvordan kroppslig opplevelse og erfaring påvirker en i dialogen mellom mennesker, kan danne grunnlag for å finne mer utfyllende svar om seg selv, enn det som kan blir beskrevet som ”føleri” eller ”ingenting”. I psykomotorisk fysioterapi blir tilgangen til konkret kroppslig erfaring sett på som viktig for om en person lærer noe, føler seg bedre, eller blir verre i løpet av behandlingen. Fokus er på det som erfares i kroppen, og hvordan det kan bidra til å skape nye forbindelser mellom fortid og nåtid, noe som vil kunne legge til rette for en positiv endring for mennesket på veien videre (Engelsrud, 2001).

Kroppen vår kommuniserer mening blandet inn i alle små bevegelser og gester. Kroppen uttrykker følelser i samspill med andre mennesker. Mennesker i samhandling tuner seg inn på hverandres liv ved å lage og utveksle lyder, gråte i smerte eller hvine av fryd og ”herme”



etter hverandre. På denne måten lærer vi å registrere flere nyanser. Psykomotorisk fysioterapi gir oppmerksomhet til hvordan kropp, berøring, bevegelse og språklige ytringer påvirker hverandre når mennesker samhandler. Psykomotorisk fysioterapi kan inspirere til å forstå kroppen på ”nye måter”(Engelsrud, 2001).

## 5. Metode:

I dette kapittelet redegjøres det for metodevalg, rekruttering og utvalg, gjennomføring av studien og metoderefleksjoner.

### 5.1 Kvalitativt design med fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming:

Hensikten med studien er å få kunnskap om erfarne psykomotoriske fysioterapeuters tilnæringsmåter og verktøy i behandling av pasienter med langvarige muskel/skjelettsmerter og diffuse kroppslager. Problemstillingen bestemmer valg av metode i forskning (Friis & Vaglum, 1999).

Problemstillingen er hva psykomotoriske fysioterapeuter erfarer som viktige tilnæringsmåter og verktøy i behandlingen av pasienter med langvarige muskel/skjelettsmerter og diffuse kroppslager, for at behandlingen skal hjelpe og at deres helse skal bedres?

På bakgrunn av studiens hensikt og problemstilling, er et kvalitativt design egnet, fordi metoden søker å få fram en dypere forståelse av fenomener og mennesker knyttet til det, gjennom å fortolke det betydningsinnhold som avdekkes (Kvale & Brinkmann, 2009). En virkelighet kan alltid beskrives ut i fra ulike perspektiver. Det å anlegge ulike perspektiver vil kunne bidra til mangfold og nyanser ved til eksempel menneskelige uttrykk (Olsen & Sørensen, 2003, Malterud, 2003). Kvalitativ forskningsmetode er til hjelp for å kunne beskrive og analysere fenomener som vi ønsker å studere. Materialet består av tekst fra samtale, observasjon eller skriftlig kildemateriale (Malterud, 2003). Det er ofte et innenfra perspektiv med et lite antall individer og stort antall variabler, med et fokus på det unike framfor det allmenne (Olsson & Sørensen, 2003). Vitenskapsteori som ligger til grunn for en kvalitativ tilnærming, er fenomenologi og hermeneutikk (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996).

Fenomenologi søker å komme fram til kunnskap om opplevd erfaring. Det er fokus på menneskelige fenomener og hvordan de oppleves i den enkeltes livsverden (Olsson & Sørensen, 2003). Livsverden relateres til den verden vi lever i, sammen med andre mennesker. Epoche' står sentralt, som betyr "å sette i parentes". Det innebærer at forskeren setter sin egen forhåndskunnskap om de ulike fenomenene til side. Fenomenologien ønsker

---

å møte fenomener åpent, naivt og undrende for å få fram bredde og dybde i materialet (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996). Denne studien handler om den profesjonelle livsverden.

Hermeneutikk omtales som fortolkningslære, med fokus på spørsmål relatert til forståelse, fortolkning og ny innsikt. I hermeneutikken er forståelseshorisont/forforståelse, fordom og den hermeneutiske sirkel/spiral sentrale begreper (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996).

En hermeneutisk sirkel innebærer at tekstens deler fortolkes, sett i forhold til tekstens helhet fram og tilbake flere ganger, for å kunne gi en økt forståelse og innsikt i materialet (Kvale & Brinkmann, 2009, Olsson & Sørensen, 2003). Alle mennesker har med seg livserfaringer som påvirker hvordan vi forstår og tolker ulike situasjoner. Ingen møter verden forutsetningsløst (Hummelvoll & Barbosa da Silva, 1996).

## **5.2 Forforståelse:**

I kvalitativ metode er det viktig å klargjøre egen forforståelse, og aktivt jobbe for å bli kjent med egen rolle (Malterud, 2003). Gadamer (1999) påpeker at gjennom bevisstgjøring av egen forforståelse, skapes en avstand til forskningsprosessen og gjør den mer fremmed i positiv forstand. Det betyr at validiteten øker og hindrer at jeg ikke spør i terapisisuasjoner etter det som kun bekrefter egne ubevisste antagelser. Jeg har hatt en trygg oppvekst med gode relasjoner, hvor jeg har blitt stimulert til å reflektere rundt egne erfaringer. Jeg er spesielt opptatt av følelser og det emosjonelle hos mennesker, hvordan de uttrykkes og kommer til uttrykk i kroppen. Det er rimelig å anta at det har påvirket meg i valg av utdanning og yrke. Jeg er utdannet fysioterapeut med ett års videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. De siste 7 årene har jeg jobbet innen spesialisthelsetjenesten med rehabilitering av pasienter med sammensatte muskel/skjelettsmerter. Der jobber jeg tverrfaglig og tilrettelegger i behandling for erfaringsbasert læring og mestring. Gjennom jobben er jeg vant til å diskutere fram gode løsninger for pasienten i tett dialog med andre faggrupper. Jeg er nysgjerrig på hvordan andre tenker og går aktivt inn for å finne det ut, og er trygg nok til å tåle at andre har ideer enn meg. Jeg har et helhetlig syn på mennesket, hvor kropp og sinn påvirker hverandre gjensidig. Et problematisk liv kan gi kroppslige plager. Levd liv setter spor. Kroppen husker. Dette er med å påvirke min forforståelse.

### **5.3 Det kvalitative forskningsintervju:**

I kvalitative studier er intervju en vanlig metode for datasamling. Målet med det kvalitative forskningsintervju er å få fram hva deltakernes erfaringer betyr for dem i deres livsverden, og avdekke hvordan de opplever verden, og dermed det erfartes betydningsinnhold (Kvale & Brinkmann, 2009). Enhver beskrivelse av verden er farget av tolkninger, og tolkninger bygger på beskrivelser. Intervju får fram det fenomenologiske perspektiv, som etterpå er gjenstand for en fortolkning etter det hermeneutiske perspektiv (Malterud, 2003). Det kvalitative intervju er en profesjonell samtale med et formål, som ligger nær opp til en samtale i dagliglivet (Friis & Vaglum, 1999). Underveis i intervjuet foregår det en utveksling av synspunkter mellom to personer. Utgangspunktet er at samtalen omhandler et tema som begge partene er interessert i. Kvaliteten på intervjuet øker når forskeren har kunnskap om temaet, innlevelsessevne og ved at deltakeren får snakke ut svarene sine (Kvale & Brinkmann, 2009).

### **5.4 Gjennomføringen av studien:**

#### **5.4.1 Forberedelser**

Veilederen min var i kontakt med Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD) pr. telefon våren 2012. Det ble bekreftet at studien min ikke var meldepliktig, fordi jeg ikke skulle etterspørre sensitive opplysninger om pasienter. I samråd med veileder ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide, hvor målet var å få fram beskrivelser fra informantene sin livsverden og kunne fortolke meningen i det som ble beskrevet (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguiden inneholdt temaene: 1) Erfaringer med å behandle pasienter med utbredte smerter fra muskel/skjelettapparatet, 2) Behandlingsprosessen – hva kjennetegner den?, 3) Livserfaring/livssituasjon, 4) Gylne øyeblikk og 5) Nøkkelen til bedring. Til de fire første temaene fulgte noen åpne spørsmål, for å klargjøre hva temaet handlet om. Temaene ble valgt på bakgrunn av egne arbeidserfaringer, etter samtale med veileder, kollegaer og gjennom fordypning av relevant teori (vedlegg 2). I intervjusituasjon gir det rom for å kunne variere rekkefølge på temaer, stille nye spørsmål og følge opp uventende spørsmål som kan dukke opp under intervjuet (Friis & Vaglum, 1999). Det ble gjort to prøveintervjuer med to kollegaer, en spesialist i psykomotorisk fysioterapi og en spesialist i manuellterapi. Manuellterapeuten har en helhetlig tilnærming til behandling som har klare likhetstrekk med psykomotorisk fysioterapi. Jeg fikk da testet ut kvaliteten på

---

intervjuguiden og trent på å gjennomføre forskningsintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). Før oppstart av intervjuene fikk de informasjonsskriv og undertegnet samtykkeerklæring (vedlegg 1 og 2). Jeg fikk god feedback og ble mer bevisst nyanser som var viktig å løfte fram under de ulike temaene. Det ble også tydeligere for meg når jeg måtte gripe inn for å styre samtalen i riktig retning, for å få svar på problemstillingen min. Intervjuguide, informasjonsskriv og samtykkeerklæring ble utarbeidet med veiledning (vedlegg 1 og 2). Prøveintervjuene ble inkludert i studien i samråd med veileder.

#### **5.4.2 Rekruttering og utvalg av informanter:**

Av totalt sju informanter kjente jeg fire fra før (to kollegaer, en som veileder i studiesammenheng og en terapeut jeg har gått til i egenbehandling som ledd i videreutdanning). Tre informanter var ukjente for meg, men jeg hadde deltatt på kurs hos en av dem tidligere og hørt om de to andre via lærebøker og studier om psykomotorisk fysioterapi. Felles for seks av informantene var at de hadde over 10 års sammenhengende klinisk erfaring i arbeid som psykomotoriske fysioterapeuter. Fem av dem arbeidet til daglig i privat praksis med driftstilskudd fra kommunen. En jobbet i spesialisthelsetjenesten. Den siste informanten hadde i mange år tidligere arbeidet i privat praksis, men de seinere år gått over til å arbeide som forsker/lærer. Informantene var i alderen 54-64 år, seks damer og en mann. Jeg fikk tilgang til telefonnumrene og adressene til informantene gjennom nettsidene til fysio.no (Norsk Fysioterapiforbund, 2012). Informantene i studien bor og arbeider spredt på Østlandet.

I søken etter informanter forespurte jeg kollegaer, tidligere studievenner, og jeg søkte på Norsk fysioterapeutforbund sine hjemmesider for å få tips om erfarne terapeuter. Før jeg kontaktet dem pr. telefon og forespurte om deltakelse i prosjektet, sendte jeg en uke forveien et informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 1). I tillegg til to informanter fra prøveintervjuene, forespurte jeg seks erfarne terapeuter om de ønsket å delta. Fem ønsket å delta. En ga tilbakemelding på telefon om at hun ikke ønsket å delta på studien etter å ha mottatt informasjonsskriv med samtykkeerklæring (vedlegg 1).

### 5.4.3 Dataskaping:

Sted og tidspunkt for intervjuene ble tilpasset informantene sine ønsker pr. telefon. Fem av intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen til informantene. Et intervju ble gjennomført på min arbeidsplass, og det siste intervjuet ble gjennomført hjemme privat hos informanten. Samtykkeerklæring ble underskrevet før oppstart av intervjuene (vedlegg 2). Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Intervjuene hadde en varighet på 60-90 minutter, og forløp uten forstyrrelser. Intervjuene ble gjennomført i tidsrommet 15. september – 02. oktober 2012.

Under prøveintervjuene erfarte jeg at informantene ga fyldige svar. De ga uttrykk for at spørsmålene var gode som utgangspunkt for refleksjon. Det er sannsynlig at min praksiserfaring i å stille spørsmål til pasienter har påvirket intervjusituasjonen. Det viste seg etter transkripsjon av prøveintervjuene, at svarene var av så god kvalitet at de i samråd med veileder ble inkludert i studien.

Jeg serverte drikke og boller før oppstart av de fem siste intervjuene, for å være hyggelig og få informantene til å slappe av. Intervjuene ga fyldige svar på mine spørsmål. Intervjuene forløp på forskjellig måte. Felles for alle intervjuene var at informantene kom med mange interessante betraktninger rundt sin egen praksis. I et av intervjuene måtte jeg bruke tid på å forklare utdypende hva noen av spørsmålene betydde. Dette gjorde jeg ved å presisere hva som lå i spørsmålet og hva jeg var ute etter. I et annet intervju var det en utfordring å holde informanten innenfor det temaet jeg tok opp. Det resulterte i at jeg måtte styre samtalen tilbake til ønsket tema noen ganger. Jeg husker også at jeg andre ganger hadde utfordring med å ta kontrollen i intervjusituasjonen, fordi jeg møtte mennesker jeg hadde veldig respekt for som fagpersoner. Det gjorde at jeg noen ganger kviet meg for å avbryte dem midt i et resonnement. Det kan bety at dømmekraften har blitt svekket på grunn av autoritetens innflytelse på intervjusituasjonen (Gadamer, 1999).

Jeg var likevel bevisst på å bruke oppsummeringer av det informantene sa med jevne mellomrom, for å forsikre meg om at jeg hadde forstått det de hadde sagt. Jeg brukte spørsmål som: Er det riktig at du mener...? Har jeg forstått deg riktig når du sier...? Malterud (2011) sier at å validere er å stille spørsmål å sikre at svaret blir det informanten kan gi tilslutning til. Flere av informantene ga uttrykk for at det ga flere a-ha opplevelser å reflektere rundt spørsmålene de ble stilt. Noen ganger brukte jeg tid på å forklare hva jeg

---

egentlig mente. Jeg satt igjen med en oppfatning av at informantene berørte mange av de samme tingene etterhvert, men fikk fram nyanser som beriket hverandres erfaringer etter å ha gjennomført sju intervjuer.

Det ble i etterkant av intervjuene gjennomført ordrett transskribering, hvor jeg registrerte alle pauser. Ordet å transskribere betyr å skifte fra en form til en annen. I mitt tilfelle fra muntlig til skriftlig form. Det gjør at materialet blir tilgjengelig for analyse (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg foretok all transskriberingen selv. Det ble totalt 164 sider transskribert materiale. Talen på lydbåndet ble gjengitt i bokmålsform uten dialektuttrykk.

#### **5.4.4 Analyse:**

I analysen av mitt datamateriale valgte jeg å følge Lindseth og Nordberg sin fenomenologiske - hermeneutiske metode for å undersøke informantenes levde erfaring. Analysemetoden består av tre trinn og er datastyrt. Trinn en er ”naiv” lesning, hvor jeg hørte på og leste gjennom materialet fra de sju intervjuene mange ganger som en helhet. Jeg leste alle intervjuene hver for seg, og jeg leste alle samlet. Veileder var med og lyttet til deler av intervjuene og leste gjennom alle intervjuene (Lindseth & Nordberg, 2004).

Lindseth & Nordberg (2004) trekker fram at det under trinn en i analysen er nødvendig at jeg er åpen nok til å la teksten snakke til meg, bli berørt og lar meg bevege av teksten. Lindseth & Nordberg (2004) nevner også at jeg må etterstrebe og møte teksten med en fenomenologisk holdning og formulere meg i et fenomenologisk språk. Etter ”naiv” lesning, fant jeg ut at det som gikk igjen som tilnæringsmåter og verktøy, var at dataene handlet om det å ha hjerte for pasienten, være bevisst egne holdninger og verdier i møte med pasienten, å se på behandlingen som en reise mot å se sammenhenger mellom kropp og liv, være på let etter «verktøy» i behandlingen og det å være årvåken for betydningen av detaljer og nyanser, med spesielt fokus på hva som skjer i kroppen og hva det kan føre til i livet.

Trinn to i analysen var at jeg gjennomførte en strukturell analyse av all teksten i materialet, for å validere den naive lesningen. Jeg lokaliserte meningsbærende enheter i alt transkribert materiale. Dette gjorde jeg ved å sammenfatte i marginen på papiret hva de ulike avsnittene handlet om. Deretter laget jeg et word-dokument på pc-en hvor jeg begynte å plassere de meningsbærende enhetene under foreløpige temaer. Disse meningsbærende enhetene ble kondensert, delt inn i subtemaer og fordelt under temaer (se vedlegg 3). I denne prosessen måtte jeg mange ganger flytte rundt på hvor de meningsbærende enhetene skulle være. Jo

mer temaene modnet for meg, jo lettere ble det å finne riktige kondenseringer og subtemaer. For å validere temaene har de flere ganger blitt vurdert opp mot den ”naive” lesningen av intervjuene (Lindseth & Nordberg, 2004).

I starten av analyseprosessen kom jeg fram til temaene: Å ha hjerte for pasienten. Å gjøre ryggsekken lettere å bære for pasienten. Å bruke verktøykassa si.

Det ble i neste runde endret til: Å ha hjerte for alle. Å ha det godt nok. Å ha en verktøykasse.

En siste runde med validering ga temaene som er rammeverk for resultatpresentasjonen: Et åpent hjerte og sinn. Å ta kroppens erfaring på alvor. En egen verktøykasse. I analyseprosessen fant jeg under veiledning de samme temaene, men justerte formuleringen av temaene.

I diskusjonsdelen av oppgaven er funnene fra undersøkelsen løftet til en høyere grad av forståelse i lys av relevant litteratur. Dette er tredje og siste trinn i analysen av dataene i studien (Lindseth & Nordberg, 2004). Funnene i studien viser at terapeutene jobber prosessorientert med oppvåkning, gjenoppbygging og det å utvikle mestringsevne/motstandskraft, og det ble riktig for meg å systematisere diskusjonen etter disse trinnene i en recoveryprosess (Hummelvoll, 2012). Diskusjonen har blitt skrevet flere ganger for å øke presisjonsnivået i det jeg skriver. Jeg har også flyttet rundt på rekkefølgen til de ulike avsnittene i diskusjonen flere ganger, i forsøk på å synliggjøre en råd tråd i behandlingsprosessen. Det er forsøkt å tydeliggjøre med relevant teori hva funnene handler om. Gjennom hele diskusjonen deler jeg av egne erfaringer med å behandle pasienter med langvarige muskel/skjelettsmerter for å klargjøre innhold.

Veilederen og jeg har analysert dataene og diskutert funnene sammen i hele analyseprosessen.

## **5.5 Metoderefleksjoner:**

### **5.5.1 Validitet**

Studiens validitet handler om gyldigheten i forskningsresultatene. I alle fasene av forskningsprosessen er det viktig med en kontinuerlig validering av forskningen. Valideringen innebærer å undersøke om metoden faktisk undersøker det den skal, og sier



---

derfor noe om kvaliteten på forskningen. Kvaliteten på dataene heves når de gir svar på problemstillingen, og idealet er å inkludere alle data som er av betydning (Kvale & Brinkmann, 2009).

I studien min har jeg valgt å forske i eget fagfelt, dvs. blant psykomotoriske fysioterapeuter. Min forhåndskunnskap og egne erfaringer fra fagfeltet har vært viktig i hele forskningsprosessen. Jeg har tilstrebet en åpen prosess for å se, tolke og da spørre om min tolkning er rimelig. Idealet er å søke og forstå med et mest mulig åpent sinn. Hvilke data som blir inkludert i studien, vil påvirkes av mitt interessefelt og hvem jeg er som forsker. Det vil kunne legge en føring for hvilken kunnskap som blir produsert. Kunnskapen er ikke uavhengig av forskeren i kvalitative studier (Malterud, 2011).

Det vil påvirke kvaliteten på intervjuene at jeg har erfaring i å stille spørsmål til pasienter med langvarige muskel/skjelettsmerter fra egen praksishverdag, og en egen oppfatning av hva som er viktig i behandling av pasientgruppen studien omhandler. Det har sannsynligvis påvirket det jeg har fokusert på i intervjusituasjonen. På den ene siden er jeg som forsker i eget fagfelt engasjert med en viss teft, men det kan ha begrenset bredden i det jeg har funnet, med en risiko for at jeg i vurderinger har tatt ett og annet for gitt. Det er en krevende øvelse å opprettholde tilstrekkelig avstand til informantene. Det er dermed også en fare for at jeg i forskningsprosessen har søkt bekreftelse etter kunnskap jeg hadde før oppstart av studien. Jeg har underveis diskutert mine egne oppfatninger, invitert andre inn i diskusjonen og fått motforestillinger til egne konklusjoner. Til eksempel har veilederen min en annen fagbakgrunn enn meg.

Jeg endte opp med å inkludere fire av sju informanter jeg kjente fra før i studien min. Dette kan gi inntrykk av at jeg har håndplukket informantene og at informantene kan ha gitt de svarene jeg var ute etter. Hvis jeg til eksempel hadde satt inn annonse i avisa, ville det kunne gitt et bredere utvalg. Min utvalgsstrategi kan etter mitt syn forsvares, fordi jeg var ute etter erfaringskunnskapen til dyktige fagfolk som jeg visste hadde noe å fortelle. Det er etter mitt skjønn legitimt, og kan bety at jeg har funnet fram til reflekterte personer, som kunne gi god informasjon om min problemstilling. Jeg oppfatter studien min slik at den skal gi innhold til forståelsen av kvalitet, heller enn å gi generaliserbar viten om hva psykomotoriske fysioterapeuter står for.

Kvaliteten på intervjuene mine styrkes også som følge av at jeg gjorde to prøveintervjuer hvor jeg fikk testet ut intervjuguiden min og samlet nye erfaringer til fortsettelsen, fordi jeg er uerfaren som forsker. Jeg fikk gode svar fra taleføre og reflekterte informanter.

Informantene fikk ikke intervjuguiden før oppstart av intervjuene. Det gjorde at de ikke fikk muligheten til å reflektere over temaene på forhånd, men jeg la heller til rette for at informantene fikk komme med sine spontane refleksjoner under intervjuet. Malterud (2011) trekker fram som en regel at utvalget skal være passe stort, for å kunne belyse problemstillingen tilfredsstillende. Det kan diskuteres om det hadde vært hensiktsmessig med flere intervjuer i min studie, for å få fram mer erfaringsbasert kunnskap. På den andre siden ville det kunne ført til store tekstmasser med materiale, som jeg kunne opplevd uoversiktlig og ikke vært i stand til å håndtere innenfor rammene av denne studien.

### **5.5.2 Reliabilitet**

Studiens reliabilitet handler om i hvilken grad resultatene kan gjentas av andre forskere på andre tidspunkter med den samme metoden. Det er alltid elementer i kommunikasjon og relasjon som vanskelig kan etterprøves fullstendig. Satt på spissen kan man si at god reliabilitet, ikke nødvendigvis betyr at studien har god validitet. Hvis validiteten er god, forutsetter det god reliabilitet som vil styrkes av å få fram mening om fenomenet som undersøkes. Det er et kvalitetsmål å gjøre studien så gjennomsiktig (transparent) som mulig (Kvale & Brinkmann, 2009).

Et for sterkt fokus på reliabilitet kan også være til hinder for kreativitet og variasjon (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg brukte min egen intervjustil, var bevisst på at intervjuene ble til i samspill med de ulike informantene og fikk oppleve de ulike intervjusituasjonene på kroppen, med til eksempel nonverbale signaler som stemmebruk og blick. Hvis en annen forsker skulle følge intervjuguiden min med datainnsamling hos de samme informantene, tror jeg det ville være vanskelig å få de samme svarene, da vi som forskjellige intervjuere ville påvirket informantene med vår egen intervjustil.

Det er en styrke at jeg gjennomførte all transkribering selv. Jeg kunne lettere forstå beskrivelsene i intervjuene, da jeg kjente igjen stemmene på lydfile og hadde vært tilstede i situasjonen. Malterud (2011) påpeker at transkripsjon likevel gir et avgrenset bilde av det jeg studerer. Fra lyd til tekst vil alltid mening gå tapt.

Det styrker både validiteten og reliabiliteten i studien at jeg som uerfaren forsker i hele analyseprosessen samarbeidet tett med veileder.

### **5.5.3 Generaliserbarhet**

Generaliserbarhet betyr om intervjuresultatene kan overføres og i hvilken grad funnene kan være til rettledning for andre intervjupersoner og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg kan si noe generelt om erfaringskunnskap innenfor gruppen av erfarne terapeuter som jeg intervjuet. Funnene gjelder ikke for alle psykomotoriske fysioterapeuter i Norge, men det er grunn til å tro at mange vil gjenkjenne det jeg har funnet, og at funnene formidler kunnskap om tilnæringsmåter og verktøy i psykomotorisk fysioterapi. Forhåpentligvis vil studien også bidra til økt forståelse av arbeidsmetoder i faget.

### **5.5.4 Forskningsetikk**

I forskning er det viktig at informantene blir ivaretatt med hensyn til informasjon, forståelighet og samtykke (Olsson & Sørensen, 2003). Informantene fikk utlevert eller tilsendt brev med informasjon om studiens hensikt, at eventuell deltakelse er frivillig, at de når som helst kan trekke seg fra studien, at datamaterialet (lydfiler og transskribert tekst) vil bli anonymisert, oppbevart forsvarlig og slettet når studien er fullført. Før intervjuene startet, ble samtykkeerklæring underskrevet og informasjonen fra brevet ble gjengitt muntlig (Olsson & Sørensen, 2003). Fem av informantene ble oppringt pr. telefon ca. en uke etter de fikk tilsendt brevet. Da ble de forespurt om deltakelse, og tid og sted for intervjuet ble avtalt. Før oppstart av prøveintervjuene jeg gjorde med to kollegaer, fikk de informasjonsbrevet overlevert skriftlig og muntlig.

## 6. Datapresentasjon:

I dette kapitlet presenteres dataene fra studien. Følgende hovedkategorier med underkategorier ble analysert fram:

Hovedkategorier 1: Et åpent hjerte og sinn, med underkategoriene: Å vise interesse og engasjement for pasienten, Å la pasienten tilpasse seg situasjonen, Å være klangbunn for det meste.

Hovedkategori 2: Å ta kroppens erfaring på alvor, med underkategoriene: Sammen om oppdagelse i kropp og liv, ekspert på eget liv og respektere kroppslige stopp-punkter.

Hovedkategori 3: Verktøy i bruk, med underkategoriene: Tune seg inn, terapeutisk bruk av hender, intuisjon og gylne øyeblikk.

### 6.1 Et åpent hjerte og sinn.

#### 6.1.1 Å vise interesse og engasjement for pasienten.

Flere informanter understreket betydningen av å være interessert i dem som kom til behandling, at pasienten får følelsen av at behandleren vil dem vel.

”den der åpenheten for hva det mennesket rommer, ikke sant, jeg ønsker å ha det så åpent som mulig. Hvis jeg liksom begynner å tenke at nei, deg kommer jeg ikke noe langt med, så må jeg nesten slå meg på hånda. Jeg vil ikke tenke det.”

”Jeg kjenner det, at jeg har hjertet for alle sammen”.

”Nysgjerrig ja... Interessert. Og jeg er, og jeg tror også at jeg..., at dem merker at jeg vil dem vel..”

”... jeg skal gjennom en sånn sjekkliste, og jo lenger jeg jobba, jo mindre fulgte jeg jo den. Ehh... Så de siste ti åra tror jeg at jeg bare stilte et eneste spørsmål jeg og det var: Hva... stilte folk det spørsmålet, hva synes du at er viktig at jeg vet om deg?”

En av informantene refererte en tidligere kollega som hadde uttrykt at folk var så kjedelige, at det aldri kom noen spennende mennesker til behandling. Informanten sa seg dypt uenig i dette og ga uttrykk for at hun enda ikke hadde møtt noe kjedelig, intetsigende menneske.

”Alle har ei kjempespennende historie å fortelle... Og det er kanskje, jeg lurar på om det ligger der altså, at jeg bare er... at jeg... jeg får tilbakemelding på det også, på at jeg er... folk er jo redd for å

kjede andre mennesker og ta for mye plass, så jeg trur at det krever at en virkelig viser interesse, og viser at...dem... ehh...at dem ikke føler seg... som en belastning.”

En av informantene er også opptatt av at ikke pasientene skal måtte trenge ”å vrenge sjela si”. Vi skal ikke grave i fortida, men det er greit om vi får noen knagger og holdepunkter for hvordan pasienten har hatt det. Det er viktig å jobbe ”her og nå” i behandlingen, men vi må ha et ”bakteppe” for å kunne manøvrere trygt og respektfullt i møte med pasientene sine sårbarhetsområder i livet. Pasientene bestemmer selv når de vil dele historier om seg selv og hvor mye de vil fortelle.

”Jeg synes jo i de fleste tilfeller at folk forteller, ehh... og der hvor jeg merker at de får problemer, da minner jeg dem på det, husk på det, du må ikke fortelle mer, du kan stoppe når som helst. Nå ser jeg at dette her, nå merker du sikkert selv at du reagerer og, er det vanskelig, du behøver ikke.”

### **6.1.2 Å la pasienten tilpasse seg terapisisituasjonen.**

Informantene ga uttrykk for at det var viktig at pasientene fikk anledning til å tilpasse seg behandlingssituasjonen, bli litt kjent i miljøet.

”Så var det en ung gutt 14-15 år, litt tøff skinnjakke og boots og luggen hang langt ned i ansiktet på`n, og kom rett inn på kontoret og. Jeg har time om 5 minutter, så sett deg på møterommet så. Da begynte jeg allerede liksom å tenke, jeg tok han inn på et vis idet han liksom buset inn på kontoret, og så gikk jeg ut og vi gikk inn på behandlingsrommet, så har jeg skrevet i boka: Han gikk litt rundt i rommet, før han satte seg på benken, og jeg satte meg et lite stykke unna”

”Men jeg tror at å oppnå god kontakt, det tror jeg er det aller, aller viktigste. Gi det tid i starten”.

En informant trekker en parallell til umiddelbarheten hos barn, og at det plutselig blir for mye for dem jfr. eksempel med besøk hos bestemor og bestefar hvor barna løper rundt huset framfor å gi en klem med en gang. Skyter etter hvert bort en ball, spiller litt fotball og er deretter klar for å sitte på fanget, trenger tid til å regulere seg og at dette er et behov som er mer tilstede i oss mennesker enn vi ofte er klar over.

Informantene hadde erfaring med at noen pasienter kunne oppleve det vanskelig å komme til behandling og at de ikke riktig visste hvor de skulle ”gjøre av seg”, at de kunne uttrykke uro og usikkerhet. Dette kan oppleves ubehagelig for behandleren også.

”Og jeg krymper og jeg åpner meg, og jeg blir varm og jeg blir kald, og jeg har lyst og ulyst, og jeg kan se folk i øya og jeg føler ikke at det er noe særlig behagelig og jeg vrir meg unna og. Skal vi ikke la det få lov til å spille inn da? Istedenfor liksom den der, kom til saken, vi har 10 minutter. Fyr løs!”.

Flere av informantene er opptatt av ordenes betydning. Hvilke ord som ble brukt og hvilke mening de fylte ordene med.

Det er så fort gjort å karakterisere, typifisere menneskelige egenskaper eller sånne ting som jeg er litt redd for da, ikke sant. Fordi jo mere tydelige vi liksom, du er jo sånn du, egentlig, ikke sant.

En av informantene er opptatt av at behandlingen ikke passer for alle, og er bevisst på at psykomotorisk fysioterapi er et tilbud vi kommer med som pasienten kan gripe eller la fare. Hvis ikke pasienten er moden for å kjenne etter i kroppen og reflektere rundt egne erfaringer, er de kanskje ikke moden for behandlingen. Informanten nevner et pasienteksempel: Jobber 150 prosent som snekker, og tar smertestillende for å klare å gå på jobb. Noen dager må faren hjelpe til når han skal reise seg opp fra senga om morgenen, men på jobb skal han. Informanten forteller at pasienten tror at kroppen er en maskin. Pasienten hører terapeuten sine råd om å stoppe opp for å kjenne etter hva kroppen sier, men det har ikke pasienten tid til det, fordi han må prestere og mestre livet sitt uten å kjenne etter i kroppen. Informanten mener at det er et samfunnsproblem at vi fjerner oss fra kroppslig sansning, fordi vi lever i en prestasjonskultur hvor tid er penger.

### **6.1.3 Å være klangbunn for det meste.**

Informantene uttrykker også at de er genuint opptatt av å utvikle seg selv, og få øye på egne ”blinde flekker”, for å stå bedre rustet til å veilede pasientene videre i sin prosess. De uttrykte forundring over hvor flinke pasienter var til å initiere samtale om vanskelige ting de strevde med, når de merker at terapeuten åpnet opp for det i dialogen.

” men de snakka aldri om døden, og, og ehh... det har jo, og så plutselig begynte folk å snakke om døden, og jeg har jo skjønt i ettertid at det handlet om mitt forhold til døden og hvordan ehh... at når jeg hadde fått jobba med mine greier i forhold til det temaet, så skjønte folk at jeg var i stand til å snakke også om det. Sånn at det ikke blir for vanskelig for oss. Og derfor tenker jeg at i den behand... den type behandling så er det ganske viktig å jobbe med seg selv hele tida for å vite hva er det mine blinde flekker er, å utfordre og utforske dem litt da. Sånn at du kan være klangbunn for det meste”.

En av informantene uttrykte en grunnholdning om at alt kan ha skjedd med alle, og at en må være bevisst på at en ikke spekulerer i eller tolker signaler fra pasienten som en sannhet uten å ha sjekket ut pasientens oppfattelse av situasjonen. En må utforske sammenhengen med hva de gjør når de får vondt, for eksempel ved å spørre:

” Hva skjer i kroppen når du krangler med mannen din og, hva skjer på jobben når du ikke tør å si ifra at du føler deg utnyttet eller, hva skjer i kroppen din når du blir så innmari sint på ungene dine eller”.

---

Vedkommende mener å ha en helt spesiell posisjon som psykomotorisk fysioterapeut ved å kunne linke kroppen til ordene og ordene til kroppen i behandlingen.

## 7. Å ta kroppens erfaring på alvor

### 7.1 Sammen om oppdagelse i kropp og liv.

Informantene vektlegger at pasientene skal få anledning til å fortelle om sin egen livshistorie i behandlingen. Historiene til pasientene kan ofte være springende og kaotiske i starten. Etter hvert som pasientene lærer seg selv og sin egen historie bedre å kjenne, ved å koble seg på kroppen, blir historiene til pasientene ofte mer sammenhengende. En av informantene kaller det bl.a. å gjøre ”ryggsekken” lettere eller at pasienten tar ”skyggelua” ned i ansiktet for å skjerme seg selv, for å rette fokus mot hva som skjer på innsida av kroppen. Når behandlingen hjelper, vil de kroppslige symptomene kunne lindres eller i beste fall bli helt borte.

Hun (pasienten) skal også fokusere inn og på seg selv og se på sin egen kropp og prøve å skjerme seg, så det å skjerme er en viktig del av det. Så det å klare å kutte ut omgivelsene og bare fokusere på seg selv. Koble seg inn på kroppen. Og gjør den enkle gå-regla, og det skulle hun gjøre hver gang hun hadde vært på do. Før hun gikk ut gjennom døra. Og så merket hun at dette roet ned, og så er jeg ganske... tok ikke så veldig lang tid før jeg merket at hun var mindre springende i samtalen, slik at jeg fikk litt lengre historier av henne. Jeg tror det ble mindre kaos i hodet. Det er samlende. Så vi har hatt utrolig mange timer med historiefortelling. Da kom det fram, eh... en utrygg barndom... med en far som var sjømann. Og ei mor som var altfor mye alene. Så kom det fram at dette her var da ei storesøster, som hadde ansvar for yngre søsken, og der lillesøstera ble påkjørt og drept av en bil. Gifta seg, og så ble det, det var ikke noe lykkelig ekteskap, men det ble tre barn. Der måtte hun og stå mye alene og prøvde å klare og skulle få det her til, og så traff hun en ny mann før hun var skilt, så hun brøt ut av ekteskapet, og det var og en mann som var gift på sin kant. Og da mista hun mange venner.

Informantene forteller at de hjelper pasientene til å se at livshistorien, handler om den barndommen, sånn som den faktisk var, ikke hvordan de ønsket at den var. Pasientene skal få anledning til å fortelle hva som skjedde, som en hjelp til å se hvordan livet har blitt slik det er i dag.

En annen pasienthistorie fra en av informantene billedgjør også dette. Den handler om en mann som kommer til behandling med en ”sprekkeferdig” kropp som står i helspenn fra topp til tå, kroppen verker og har det vondt, kjenner ikke at alle musklene ubevisst jobber imot tyngdekraften. Og at han har veldig lett for å holde pusten. Det er både iøynefallende og påtagelig for terapeuten. Pasienten får den tiden han trenger for å fortelle sin historie. Den ene historien tar den andre. På tur i skogen med bestefar på vedhogst som liten gutt, uheldig



---

og hogger seg i foten, biter det i seg og holder på til arbeidet er gjort. Kommer hjem og tømmer blodet ut av støvelen. Ute og jobber i 29 minus på vinteren. Kommer hjem hopper over middagen og setter opp garasje for naboen i stedet. Tar aldri nei i sin munn. Informanten refererer at etter et visst antall behandlingstimer med historiefortelling, ytret pasienten ønske om å begynne å jobbe med kroppen. Å legge handa på låret til pasienten var nok til å gi han krampe i muskulaturen. Når muskulaturen i beinet slapp, måtte han gå på krykker i flere uker etterpå. Med tiden til hjelp, og ved å bli tatt på alvor, fikk pasienten bedre kontakt med kroppen sin, klarte å stå på beina sine, finne balanse i kroppen. Og det frigjorde uante krefter, som resulterte i en stor omstilling, noe som ga pasienten et helt annet liv etterpå. Avslutningsvis forteller informanten at behandlingen resulterte i at pasienten begynte å jobbe som yrkessjåfør etter å ha vært uføretrygda i mange år.

”Ja, du skjønnte åssen jeg hadde det. Jeg skjønnte ikke åssen han hadde det. Han (pasienten) var med hele tiden, i den tror jeg tilliten som var etablert”.

”Hvordan kan jeg si noe om hva det jeg gjør, betyr for den andre?”

Den samme informanten utdyper videre at han er helt åpen i forhold til hva dialogen i behandlingen skal lede til. Forteller at ambisjonen går ikke på at pasienten skal få bort symptomene, ei heller å leve med smertene, men å være deltakende terapeut i et samspill med pasienten, hvor kroppens reaksjoner og jeget kan utforskes. Det gjør at eksistensielle spørsmål tematiseres i behandlingen, hvem er jeg nå når kroppen skal endre seg? Informanten forteller at kroppen gir oss mennesker en erkjennelsesmulighet, og innsikt til å akseptere egen tilstand her og nå. Deretter utforske sitt eget endringspotensiale.

”Altså kroppen, kroppen juger ikke, ikke sant, det å formidle en tru på at sånn som kroppen er, det er den, det har sin historie, sånn har den blitt, men sånn behøver det ikke å være, ikke sant.”

”Jeg kommer hjem til mannen min, barna mine, venninnene sier, du skjønner, du må gjøre sånn eller sånn, puste med magen ikke sant, som vi kan henge oss opp i til vi blir blå i trynet. Og så kommer de hit (til psykomotorisk behandling), så mener, tror de at de har forstått, og etter hvert så får de en helt annen opplevelse av hva som ligger i det uttrykket. Puster vi med ryggen? Hallo, det visste jeg ikke. Puster vi med flanken da? Nei, det visste jeg ikke”.

”Det du gjør er så konkret, men det som skjer er så abstrakt.”

Informantene forteller at kroppslig berøring og bevegelser på ulike måter i behandlingen vil kunne opprette kontakt med ubevisste minnespor i livet til den pasienten det gjelder. Det vil kunne bidra til at minner som kroppen husker, kommer til uttrykk i samtalen. Minnesporene kan da bli plassert og få mening i en sammenheng.

”Veldig ofte og det synes jeg var ehh... ehh... det var på en måte det å følge pasientene i en sånn oppdagelsesreise (ca. 35 minutter ut i intervjuet), ehh... hvor de plutselig kunne kjenne for eksempel at denne halsen som var så vanskelig å berøre, når jeg var tre år så var jeg jo på sykehuset og fikk narkose, og liksom nå kjente, gjenkjenner minner i kroppen på den måten”.

## **7.2 Ekspert på eget liv.**

Informantene forteller at pasientene hele tiden oppfordres å stole på det de kjenner i kroppen. Om de ikke finner ordene, blir terapeutene gjerne med på å lete etter de riktige uttrykkene for pasienten gjennom kroppsbehandlingen.

”...folk som kommer til meg er eksperter på sin egen kropp. Sånn at jeg kan noe om kropper i alminnelighet, og de kan om sin egen kropp, og at i dette rommet er det veldig viktig at kroppen er din, og det er ikke bare viktig i dette rommet her, men det med at det er du som på en måte bestemmer, og det er du som, du kan ikke si hva jeg skal gjøre, men du kan stoppe når ting, hvis det blir vanskelig, hvis du kjenner at ting er veldig vondt, at det blir ubehagelig, du blir rastløs, du får lyst til å reise deg, du får lyst til å bli sint, altså de tingene kan være veldig betydningsfulle i behandlingen, men de skal, de skal ikke underkjennes, de er veldig viktige, de er veivisere i rommet.

Informantene forteller at bak de uspesifikke diagnosene som pasientene blir gitt, skjuler det seg tusenvis av historier som ikke har blitt fortalt og kroppslige reaksjoner som ikke har fått gyldighet i sin kontekst. En av informantene forteller videre at pasientene til eksempel kan ha ”stivna” i en tanke om dårlige egenskaper eller sliter med tilbakevendende minnespor fra tidligere opplevde traumer.

”Jeg sitter ikke igjen med sånn helhetlig inntrykk av at folk har hatt vanskelig med å kjenne på og uttrykke følelser. Det er mer det med at de ikke har blitt møtt på uttrykkene sine. Ehh... Ja, de har kjent at de har vært redde, de har kjent at de har vært lei seg, de har kjent at de har vært glade, de har kjent på ulike følelser, men i sine omgivelser er det ikke alltid at de har blitt møtt på sine følelser. Det har ikke vært lov å være lei seg, det har ikke vært lov å være sint, liksom uttrykkene har måtte skjules eller holdes tilbake, kanskje for det at det ikke har blitt møtt på en all right måte da”.

---

### 7.3 Respektene kroppslige stopp-punkter.

Flere av informantene forteller om situasjoner hvor de selv blir berørt av historiene som pasientene forteller, og at de er bevisst på å regulere sitt eget engasjement bl.a. gjennom å holde tilstrekkelig avstand til pasienten, bevissthet rundt berøring eller ikke i situasjonen, hva terapeuten legger merke til i egen kropp, de utforsker grad av behag/ubehag gjennom mange spørsmål rundt hva pasienten tolererer og hva pasienten ikke tolererer. En av informantene belyser dette gjennom en pasienthistorie. Informanten forteller at det handler om et barn på 8 år som går til behandling. Pasienten kommer vanligvis til behandling med moren. En uke vil ikke barnet gå. Det blir respektert, men moren møter opp hos behandleren og har berettiget mistanke om incest fra faren til barnet. Behandler skal melde tilbake til fastlegen om behandlingsforløpet, og må undersøke hva moren har lagt merke til hos barnet sitt. Moren har selv vært utsatt for overgrep i sin barndom. Informanten står i situasjonen og innhenter informasjon. Det hele resulterer i at pasienten reagerer sterkt kroppslig:

”... gråter ganske heftig og hun puster ikke, og jeg må bruke da teknikkene for å få henne ned igjen, og hun satt med pledd rundt seg, for hun frøys, og da kjente jeg den reguleringen, så jeg gikk bort til henne, la, spurte vil du ha et pledd rundt deg, ja gjerne, så jeg la det rundt henne, og hun gråt ganske tøft, og jeg spurte, da måtte jeg spørre, for da var jeg veldig på, tenkte nå har jeg behov for å ta på henne. Men det er ikke sikkert hun vil, så jeg spurte... vil du at jeg skal ta deg på ryggen nå, eller vil du bare være med den avstanden? Nei, det var greit sånn som det var. Ja, jeg rørte henne ikke, bare sto der, og bare brukte det jeg kunne om dette her, få henne ned igjen...”

### 7.4 En egen ”verktøykasse”.

Informantene forteller at om man skal kunne hjelpe pasientene, er det viktig å ha ei ”verktøykasse” med mange forskjellige ”redskaper”. Informantene er hele tiden avhengig av å vite når det passer best å bruke de forskjellige ”redskapene”, og hvilke ”redskaper” som utfyller hverandre best. Det som særpreger de erfarne terapeutene, er at de hele tiden er på utkikk etter nye ”verktøy” som kan hjelpe pasientene til å få grep om egne problemer.

#### 7.4.1 Tune seg inn.

Hvilken måte informantene velger å møte de forskjellige pasientene på, er helt og holdent styrt av hvem pasienten er. En åpen stil virker i de fleste tilfeller, men informantene forteller at de av og til ”stivner til” i samhandlingen med pasientene. Det gir næring til refleksjon og blir om mulig tematisert ved en passende anledning. Informantene forteller om en velutviklet

sanseskarphet for nyanser i behandlingen. Det informantene ser, hører og kjenner med hendene, er retningsgivende for veien videre. En viktig suksessfaktor er at pasienten er den som finner ut av ting selv, og det foregår en kontinuerlig refleksjon om behandlingen flyter eller ikke. Pasientene skal få reflektert over egen situasjon, men samtidig få hjelp til å sortere informasjon som kommer fram underveis i behandlingen.

”Passelig uvanlig er jo på en måte å prøve å tune meg inn til hvor folk er, og hva liksom hvor, og gå til grensen og stoppe litt opp og så dytte sånn passelig da. For jobben er jo, i hvert fall hvis man driver med endringsarbeid da, ikke bare støttende, så er jo, så er det jo det også pushe passelig. At det skal jo liksom skape noe dirring et sted”.

”Det er en holdning da tenker jeg, og den er jo utrolig variabel da, for når du kommer, så virker jeg sånn, når Ola kommer som jo er en annen, så blir det annerledes. Og det bruker jeg nok ganske mye...”.

”...og spør alltid liksom hvem sin ide var det at du kom hit, ikke sant, bare for å finne ut motivasjonen.”

”Så jeg har ingen sånn fast oppskrift. Jeg går aldri etter skjemaer, det er det pasienten som viser meg og hvilken retning jeg skal påvirke i”.

En av informantene forteller om god erfaring med å ta ”time-outer” i dialogen med pasienten, for å hjelpe pasienten til å bevisstgjøre sansninger i kroppen her og nå:

”Stopp litt nå, nå kjenn hva som skjer med deg. Ja, hva da kan kanskje noen si? Kan du bare nå lene deg litt tilbake på stolen, bare være der, og merke deg om det er noe som fanger oppmerksomheten fra kroppen din. Og veldig, veldig ofte så får jeg noen svar”.

”Da er det kanskje noe utsagn som kommer, noe de setter ord på plutselig, eller assosiasjoner kan komme, eller ja, jeg kjente nå at jeg holdt pusten veldig. Ja.”

Flere av informantene forteller at de etterspør hva pasienten har behov for i det øyeblikket når de forteller om noe vanskelig og traumatisk, en bevissthet om å kroppsliggjøre det de tenker på.

Stopp, kjenn, hva har du nå behov for å gjøre nå? Egentlig skulle jeg gitt den jævelen en på (bank), hva-okei, kan vi? Eller den gang da det skjedde? Jeg skulle ha løpt. Og jeg kjenner mange ganger at egentlig skulle jeg bare ha løpt. Ja, løper du da? Nei. Kom igjen, da løper vi (klakker skoene i gulvet) og vi løper. Eller vi kan løpe på stedet. Hva har du behov for nå? Kjenn etter nå. Og så kan vi imitere det, som det var den gang, eller det jeg hadde behov for, og så, hvordan er det nå, hvordan kjennes det ut nå i kroppen, nå når vi har løpt? Hvor ville du løpe? Jo, jeg skulle inn den døra der og låse den.

---

Okei, da løper vi dit, så gjør vi det, si ifra når du er framme. Så kan vi le litt. Er du inne nå? Har du låst? Hvordan er det nå? Godt. Eller nei, jeg skulle gjort mer. Men hele tiden tilbake igjen til kroppen. Det dreier seg om å skille fortid og nåtid i behandlingen, minnene sitter i nervesystemet vårt.

#### **7.4.2 Terapeutisk bruk av egne hender.**

Informantene omtaler det som viktig i behandlingen å kommunisere via hendene med kroppen til pasienten. Det fokuseres i denne forbindelse på å oppøve pasienten sin evne til å gi slipp i muskulaturen. De sier det er viktig med refleksjon rundt hvordan dette oppleves for pasienten. Terapeutene løfter fram at det er viktig å forstørre de gode opplevelsene underveis i terapien, for å ha noe å strekke seg etter???

”Og så er jeg jo opptatt av hånda som grep også. Jeg tror det har veldig mye å si hva slags hender vi har, og det å være trygg, sånn prøve å øve opp det der med en åpen og trygg hånd (ca. 45 minutter ut i intervjuet), som er, som jeg lytter med da, som Bülow alltid sa, lytte med hånda. Prøve og kanskje ikke å være, altså det, jeg varierer nok med det med tempo og sånn, er en slags dosering. Hvor hardt jeg tar, er en dosering, og også om jeg liksom rister litt, og liksom rigger litt, og rufser litt i folk, eller om jeg er mer utstrykende og...”

”Når jeg jobber slik med å snakke med kroppen i anførselstegn, jobber jeg med veldig langsomme bevegelser, for å få pasienten til å gi slipp. Jeg tenker jeg skal ned på et lavt frekvensnivå, sånn at pasienten da lettere får tilgang til ting som ligger mer eller mindre ubevisst.”

”Jeg stoler så på hukommelsen i kroppen, hvis det går an å si det ikke sant, altså hendene mine... Fra jeg kommer inn i rommet og når jeg begynner å ta på dem, så husker jeg absolutt alt, ikke bare på et sånt kognitivt nivå heller, men på et håndnivå...”

”... og kommer inn i en rytme hvor du plutselig så bare oi hva er det som skjer under hendene mine, er det jeg som står her?”

#### **7.4.3 Intuisjon.**

Informantene snakker om en terapeutisk intuisjon som er utviklet over en lang yrkeskarriere. De mener å ha rimelig god forståelse for hva som er riktig dosering i behandlingen. Om det passer best med en omstillende behandling, støttende behandling eller en kombinasjon, tilpasses den enkelte terapisisuasjon, basert på informantenes tidligere erfaring og at øyeblikkets ”magefølelse” påvirker handlingsvalget. Informantene snakker om at de gjør forskjellige intervensjoner i behandlingen, uten at de helt kan forklare hvorfor de gjorde akkurat det i den gitte situasjonen, annet enn at det bare kjentes riktig ut. De etterstreber å anerkjenne pasientenes uttrykk, med en bevissthet om at alle mennesker opplever situasjoner

forskjellig og har sitt helt særegne reaksjonsmønster. Flere av informantene understreker viktigheten av at terapeuten må tåle pasientenes mangfold av uttrykk, for at pasienten skal klare å tåle seg selv, og stå bedre rustet til å møte det virkelige livet utenfor terapirrommet.

” Ja, eller det der, hva var det dem sier om den der praktikerer som har holdt på lenge, så har du liksom litt i kroppen uten at du helt veit hvorfor du gjør hva. Men... altså jeg har jo sånn, berøre/ikke berøre, jobbe, jobbe stående, jobbe sittende, på benken. Ehh... Jeg jobber nok mye med bevegelser...”

”jeg merker jo også i en sånn utvikling at jeg dveler mer ved historiene de forteller om ting som skjer i kroppen og ehh... dveler, drøyer, altså stopper mer opp med dem for å få fram mange forskjellige nyanser.”

”Og det å dvele ved ting lenge, det er liksom mer krevende. Da tenker jeg da krever jeg kanskje liksom mer av folk, enn å hoppe litt mer fra sted til sted. Det intuitive handler vel noe om en sånn slags behag/ubehag, hva kjennes riktig her på en måte, men jeg kan også faktisk få folk til å, det hender at folk tar på meg, at jeg kan vise litt for eksempel.”

”Jeg prøver meg vel litt forsiktig, og så ser jeg hvordan det blir tatt i mot, og da hvis, hvis det blir forsvar med en gang, altså at døra blir lukka, så trekker jeg meg. Og så venter jeg på neste mulighet. At dem kan være litt nysgjerrig på hvordan andre ser på situasjonen deres. Jeg er jo ikke noen psykolog, men det hender jeg sier at nå blir jeg skikkelig sint, blir du ikke sint du da sier jeg, når jeg hører ossen... Hva han gjør? Altså at du må dra dit å vaske det huset fordi han ikke gidder å gjøre det sjøl, han som har så god tid, som sitter og drikker og... Jeg kan være ganske tydelig på at dette her synes ikke jeg høres så... høres alright ut. Når jeg føler at pasienten er trygg på meg og på at jeg vil hu vel. Det er jo veldig sårbart dette her.”

Informantene forteller at det er viktig med en årvåkenhet for detaljer og små reaksjoner (til eksempel: låst pust, vegetative reaksjoner, plutselig tilspenning i muskulatur etc.) fra pasienten i behandlingen, og har god erfaring med å reflektere rundt øyeblikk gjennom å stille spørsmål av typen:

Hva skjedde nå? Sitat:” En ting er å være bevisst på hva kroppen forteller, men hvordan forholder jeg meg da?”

Når informantene kjenner at de er i ferd med å komme for nær pasienten, og står i fare for å miste oversikten og kontrollen, de er da bevisst på å bruke forskjellige teknikker på seg selv, når de kjenner på egen kropp at de trenger det i møte med pasienten. Det er teknikker som informantene bl.a. kaller ”jeg og du sortering”, jordingsøvelser for beina, passer på å holde passe avstand til pasienten, gå ut en tur, trekke egne skulderblad inn og ned, kjenne egne sitteknuter mot underlaget i stolen, komme i kontakt med egen pust etc. For å unngå å

---

komme for nær pasienten, er informantene nøye med å sjekke ut om de er i ”komfortsona” til pasienten.

#### 7.4.4 Gylne øyeblikk

Informantene trekker fram mange nyanser rundt betydningen av gylne øyeblikk i bedringsprosesser. De kjennetegnes bl.a. av at pasient og terapeut deler en opplevelse av at pasienten har lært noe nytt om seg selv. I denne sammenhengen uttrykker noen av informantene at de som terapeuter også må ha en klar formening om hva et gyllent øyeblikk er for seg selv, slik at de fortere kan gjenkjenne dem i samhandling med pasienten. En av informantene gir fenomenet beskrivelser som at en kjenner det som en boblende glede i seg selv og at en er i kongruens, som betyr at kroppen er på plass og i balanse her og nå.

”Gylne øyeblikk, det er jo disse møteøyeblikkene, ikke sant, hvor ting bare fungerer og hvor du kjenner at nå er vi der vi skal være.”

”De gylne øyeblikka for meg er når det jeg kjenner med henda, og det pasienten uttrykker på en måte stemmer. Nå har vi fått til noe!”

”Også komme sånne rytmer hvor, det er nok litt det at de posisjonene er litt sånn innadvendt, ikke sant, man ser hverandre ikke, selv om jeg sitter og ser dem i ansiktet, så har de øynene lukket, da kan det komme sånne rytmer i meg hvor det ikke sies noen ting, hvor det kan være sånne gylne øyeblikk, hvor liksom den ”ååå” der slapp det, ”oi” der kom pusten, jeg visste ikke hva jeg gjorde en gang.”

”Jeg har kontakt innover i meg selv, og når jeg opplever at pasienten har kommet i kontakt med noe av det der som er kjernen i dem selv, da blir det veldig fine øyeblikk for meg også”

En av informantene utdyper at det ikke alltid trengs å snakke om de gylne øyeblikkene, og at de taler for seg selv. Pasientene må få anledning til å bestemme om de vil si noe og når de vil si noe om sin nyvunne selvinnsett.

” Jeg tenker at du kan ødelegge gylne øyeblikk på den måten, jeg tenker at hvis ikke du lar ting få lov til å være der de er, så... for eksempel med den første damen jeg fortalte deg om som jeg plutselig så et lys i øynene, et eller annet, jeg så at nå skjedde det noe” (ca. 50 minutter ut intervjuet). Ikke sant, for du kan se hvis det skjer noe på innsida hos folk. At ansiktet lyser opp, eller at det er mmmm...Og så trenger du ikke nødvendigvis å si at nå så jeg at ansiktet ditt lyser opp, kan du fortelle meg hva som skjedde, ikke sant, da kunne jeg ødelagt hele greia, for nå fikk hun den opplevelsen og så tok hun den med seg hjem og jobba videre med den, og så hvis hun...”

En annen informant utvider horisonten med å framholde at noen ganger må de gygne øyeblikkene presses fram på en vennlig måte, for at pasienten skal kunne se seg selv i et annet lys. Nevner da et eksempel med en ung mann i 30 årene med muskel/skjelettplager, hvor det viser seg i dialogen at kjerneproblematikken er knyttet opp til at pasienten tyr til kompenserende mestring for å føle seg god nok, kjenne at han duger, kjenne at mennesker er glad i han etc. Dette har resultert i angstanfall for pasienten. Til eksempel veldig opptatt av å klemme kvinnelige kollegaer på jobben, tenker ofte tanker om hva andre tror om pasienten uten å ha spurt om bekræftelse for å kompensere for sine ubevisste antagelser om seg selv. I denne samhandlingen er informanten veldig påkoblet, og venter tålmodig på muligheten til å tydeliggjøre disse sammenhengene for pasienten.

”Og så kommer det, men jeg har tenkt, sa han, veit du hva, jeg... en av de her kjenner jeg igjen, og det er det kjerneskjemaet, altså det bilde jeg kanskje kan ha av meg selv, det sitter langt inne sa han og lo, jeg er udugelig, jeg tror faktisk at det er, jeg begynner å kjenne på noe der, og så kom han her i går og hadde fått masse a-ha opplevelser rundt det”.

En av informantene nevner et eksempel om en 13 år gammel jente med smerter i nakke, rygg, stivhet og hodepine. Underveis i kroppsbehandlingen kom de inn på noen temaer i dialogen, og informanten opplevde kjernen i problematikken at moren til pasienten er syk selv og blir fort sint på 13-åringen. Informanten er rystet og sjokkert etter å ha møtt moren selv, som da var mer opptatt av å fortelle om egne plager, enn å høre hvordan det går med datteren i behandlingen.

Jeg sa til henne da at, husk på mamma er voksen, mamma klarer fint å ordne opp i det plagene hun har. Du skal slippe å ta ansvar for mamma, du skal ikke behøve å gå på tåhev for mamma, og når du merker at mamma blir sint eller irritert på deg, kan du prøve å tenke at jeg sitter litt på skulderen din og minner deg på at, mamma er voksen nok til å ta ansvar for sine ting, jeg har lov til å komme til mamma med mitt, mamma skal ikke bli sint på meg, hun har ikke lov til å bli sint på meg for det om jeg kommer og sier at jeg sliter. Kan du nå i starten prøve å tenke at jeg sitter litt her i starten og minner deg på det, som en sånn god påminner. Ja, da sier 13-åringen til meg. For jeg spør henne: Hvordan er det for deg at jeg sier det? Da puster hun helt oppi her (puster høyt oppe i brystet). Og så sier hun, trekker beina opp, egentlig det du sier nå er jo det at nå skal jeg gå fra å være litt voksen til å få lov til å bli barn igjen, og egentlig så er det ganske greit. Og jeg bare datt ned, hallo er det mulig. Hun sa jo veldig mye til meg om hvordan hun faktisk har det, og hvordan hun har tenkt, men samtidig så tar hun budskapet mitt.

Et annet perspektiv løftes fram av en annen informant. Noen ganger vil det også være viktig med en bevissthet om at det er uheldig hvis terapeutene tvinger fram et gyllent øyeblikk, og



---

påfører pasienten en belastning med å være enig med terapeuten, selv om man har gode intensjoner.

”...før vi får tenkt oss om, så er vi liksom enig om at det var et gyllent øyeblikk, eller jeg synes det var et gyllent øyeblikk, jeg sier det og påfører pasienten da en belastning i forhold til å være enig med meg, ikke sant, altså jeg synes det er vanskelig da”.

En annen informant utdyper dette med å nevne at det finnes pasienter som lever et belastet liv, og på mange måter ville ha godt av å bryte ut av sine destruktive relasjoner. Ender likevel opp med å fortsette å leve sitt vanskelige liv, fordi omkostningene med å bryte ut av livet hun lever nå vil være større en det pasienten tåler. Dette må aksepteres, og det er viktig at man er bevisst på at man ikke påtvinger pasientene endringer de egentlig ikke vil ha.

Informantene er ydmyke og varsomme med å forskuttere hva de gylne øyeblikkene skal føre til, annet enn at de ønsker de positive endringene velkommen:

”Vi kan prate litt om hva han eller hun kjenner om det, men hva det skal føre til når de går ut fra timen den dagen. Ehh... Om det blir til at de kjenner at de strekker beinet, at de får strekk gjennom nakken på vei hjem eller om det fører til at de gråter i det de passerer bekken over gårdsplassen hjemme, eller om det fører til at de sier noe annet til dem de møter etterpå, eller om drømmene går inn i et annet spor den natta. Det vet jeg ingenting om, ikke sant. Jo åpnere man kan være i forhold til, ja det skjedde en forandring... Dette her er noe som skal få lov til å endre seg etter hvert, og at det skal få en eller annen betydning i din kropp da, og noe av det vil du kanskje kunne si noe om, men det meste av det er det kanskje ikke mulig å si noe om.”

Flere av informantene forteller også at gylne øyeblikk kan handle om å være betydningsfull som terapeut. En kunnskap om, og evne til å håndtere slike øyeblikk i samhandling med pasienten, vil kunne bidra til at pasientene får en bedre livskvalitet. Flere av informantene påpeker at gylne øyeblikk virker som en vitamininnsprøytning på nysgjerrigheten og gleden ved å holde på å behandle mennesker etter mange år som terapeut.

## 8. Diskusjon:

Hensikten med studien er å få kunnskap om erfarne psykomotoriske fysioterapeuters tilnæringsmåter og verktøy i behandling av pasienter med langvarige muskel/skjelettsmerter og diffuse kroppsplager.

Problemstillingen er: Hva erfarer psykomotoriske fysioterapeuter som viktige tilnæringsmåter og verktøy i behandlingen av pasienter med langvarige muskel/skjelettsmerter og diffuse kroppsplager, for at behandlingen skal hjelpe og at deres helse skal bedres?

I rammeverket for denne diskusjonen bruker jeg elementer fra recoverytenkningen. De tre temaene jeg skal diskutere har jeg derfor valgt å kalle for ”oppvåkningen”, ”gjenoppbyggingen” og det å utvikle pasientens motstandskraft og mestringsevne. Målet er at disse temaene skal løfte fram viktige aspekter ved behandlingsprosessen for pasienter med sammensatte muskel/skjelettsmerter slik informantene ser det (Hummelvoll, 2012).

### 8.1 Oppvåkningen – å hjelpe pasienten til å få klarhet i sin problemfylte situasjon

Det er felles for alle informantene at de viser en genuin interesse for og har en ambisjon om å møte alle menneskene som kommer inn på behandlingsrommet med en anerkjennende væremåte. Det settes av god tid til å bli kjent og trygge på hverandre. Anderberg & Horwitz (2008), Malterud (2001), Malterud (2006) forklarer at pasienter med sammensatte muskel/skjelettplager ofte har vært mye i kontakt med hjelpeapparatet med sine plager uten å få den hjelpa de trenger. Mange av pasientene har erfaringer med å ikke bli tatt på alvor og trodd på smertene de beskriver. Monsen (1989) trekker fram at det er fordomsfullt å framstille smerten som innbilt, fordi det ikke foreligger objektive funn. Det er både ydmykende for pasienten og representerer en moraliserende holdning, hvor behandleren har manglende forståelse for smerten som subjektivt opplevelsesfenomen.

Informantene går forsiktig fram i behandlingen, og lar pasientene få tilpasse seg og bli kjent i miljøet. Det at informantene tuner seg inn på den de skal hjelpe, blir viktig å sette i sammenheng med at pasientene ofte har laget seg forsvarsstrategier som er uhensiktsmessige i det lange løp, for å opprettholde selvhevdelse i en sårbar situasjon, når det skjer voldsomme

---

ting følelsesmessig eller fysisk. Det er et nødvendig og viktig prinsipp at pasientene blir anerkjent og møtt for det kroppslige uttrykket de har. Det er også erkjennelsen av at folk har det grunnleggende menneskelige i seg, og at erkjennelsen av det må få virke inn i samspillet mellom terapeut og pasient, for at hjelp skal være mulig (Løvlie Schibbye, 2009).

Informantene forteller at disse pasientene kan oppleve livet sitt som kaotisk og usammenhengende. Løvlie Schibbye (2009) hevder at når pasienter kommer til behandling for å få hjelp, har ofte problemene blitt uhåndterlige og smertefulle. Pasientene er ute av stand til å løse "flokene" sine på egenhånd, og er plaget av uro, oppgitthet og nederlagsfølelse. De synes det er ubehagelig å skulle avsløre seg for en fremmed person. En avventende holdning fra terapeuten signaliserer at pasienten kan komme fram med sitt. Det terapeuten formidler på metanivå (håndtrykk, toneleie, blikk, kroppsholdning, avstand), får da sterkest gjennomslag for kvaliteten på forholdet mellom pasient og terapeut. I min egen praksis bruker jeg her tid på å normalisere og alminneliggjøre situasjonen, og signaliserer at det er modig å oppsøke hjelp når livet blir for vanskelig å mestre alene.

En av informantene forteller en historie i resultatpresentasjonen om den "sprekkeferdige mannen". Informanten forteller at pasienten fikk fortelle historier fra livet sitt, helt til han selv sa han var klar til å begynne å jobbe med kroppen i behandlingen. Jeg tenker at det kan ha bidratt til at pasienten fikk mer oversikt over seg selv, og lettere kunne akseptere at livet har blitt slik det har blitt. Informanten er her tydelig på at det er viktig å introdusere et håp om at slik det er nå, trenger det ikke å være i framtiden.

Det er smertefullt å våge å se sine dysfunksjonelle handlingsmønstre. Motstandskraft mot endring vekkes. Handlingsrepertoaret kan ubevisst og vanemessig bli at en skylder på faktorer (fagpersoner, offentlig hjelpeapparat, familie, ektefelle) utenfor seg selv, for å finne løsninger på sine problemer, framfor å rette søkelyset mot seg selv og eget liv. Ambivalens handler om usikkerhet knyttet til hvilke valg vi skal ta i en gitt situasjon, og dukker alltid opp, bevisst/ubevisst, for mennesker som er i endringsprosesser. Problemene blir gjerne større hvis pasientene blir sittende fast i ambivalensen, og ikke våger å gjøre noen valg (Miller & Rollnik, 2002). Det er sannsynlig at i prosessen med å bli bedre har "den sprekkeferdige mannen" måttet utforske ambivalensen sin for å komme videre. Jeg tenker at behandlingen har blitt en kilde til ny energi og livslyst. Det at informantene bevisst prøver å være klangbunn uansett problemets natur, mener jeg har vært en forutsetning for at hjelp har vært mulig.

Informantene er opptatt av hvordan livshistorien faktisk var, ikke hvordan de ønsket at den var. Likevel er det en viktig presisering at informantene ikke presser fram informasjon. Pasientene blir utfordret til å si det de mener er viktig, for at informantene lettere skal kunne forstå hvordan pasientene reagerer seinere i behandlingen. Støtte fra ”betydningsfulle andre” er viktig i alle recoveryprosesser, og blir en motstandsressurs som kan bidra til å skape større håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet. Det vil også bidra til å minske stressfaktorer som opprettholder muskulær spenning og dårlig helse. I motsatt fall vil mangel på støtte øke sannsynligheten for at pasienten ikke lykkes i recoveryprosessen (Antonovsky, 1996, Davidson et. al., 2005). På dette stadiet i prosessen, tenker jeg ut ifra min praksishverdag at pasienter kan oppleve det som for vanskelig å fortelle åpent og ærlig om hvor tøft livet er i realiteten. Da tenker jeg at informasjonen eventuelt får komme når pasienten er klar. Det kan også være at pasienten aldri blir klar for det, og ikke velger å fortsette behandlingen. Det må respekteres.

Informantene forteller at pasientene kan ha samlet opp mye i ”ryggsekken sin” av krenkelser og traumatiske opplevelser. De har ofte ikke innsikt i at belastningene kan påvirke smertene og livet de lever i dag på et ubevisst plan (Kirkengen, 2005). I tidlig fase i en terapiprosess er det viktig å hjelpe pasienten til å bygge opp en ”indre vegg”, som blir en metafor for at det er viktig å hjelpe pasienten til å få en viss avstand til smerten, for å makte å leve mer i nuet. Det øker pasientens funksjonsnivå, ved å kontrollere når det vonde skal være framme i bevisstheten. Den ”indre veggen” hjelper også pasienten med å sortere i erfaringer som utløser reaksjoner (Anstorp et. al, 2010). Informantene opplever at historiene pasientene forteller blir mer sammenhengende, etter hvert som de blir fortrolige med egen kropp og livshistorie.

Flere av informantene er opptatt av ordenes betydning og hvilken mening de blir tillagt i behandlingen. Anstorp et. al. (2010) mener det er viktig å lytte til pasienten med årvåkenhet, for å legge merke til hvilke ord som er følelsesladede og kan gi kroppslige reaksjoner. En bevissthet rundt språkbruk kan hjelpe pasienter til å håndtere tidligere og pågående erfaringer. Språket kan benevne det som er vanskelig på en forsiktig og hensiktsmessig måte, og dermed forsikre om at det er ord som pasienten tåler. Et overgrep kan til eksempel kalles for «det vonde som skjedde den dagen i mai», for å skape distanse til en vanskelig opplevelse. Ordene vil kunne bli mer presise og kraftfulle beskrivelser når pasienten er klar for det. Min erfaring fra praksis er at dette forutsetter en trygg og solid terapeutisk relasjon.

---

Informantene skaper en atmosfære i behandlingen hvor pasientene våger å utforske nye sider ved seg selv og sitt liv. Bergland og Øien (1998) sier at det er først når pasientene blir bevisst sine kroppslige og mentale vaner, at behandlingen kan være med på å skape en referanseramme, som hjelper pasienten til å legge merke til nyanser hos seg selv. Ifølge Hummelvoll (2012) og Almvik og Borge (2000) har alle mennesker ressurser som gjør at de kan ha innflytelse og medbestemmelse i eget liv. Det åpner opp muligheter for at pasientene gjenoppdager seg selv, våger å gjøre nye valg og få mer kontroll over eget liv.

Historien om den ”den sprekkeferdige mannen”, har flere nyanser som jeg vil løfte fram. Informanten forklarer at det var både iøynefallende og påtagelig at pasienten har vondt i kroppen. Det kroppslige uttrykket fra historien signaliserer flere ubalanser. For det første gir det seg til kjenne som en forrykket balanse av kontakt mellom overkroppen og underkroppen. Det gjør at pasienten i starten av behandlingen ikke har fotfeste, og erfarer at det ikke er noe under ham som bærer kroppen. Det flytter muskelspenningene oppover, og bidrar til et generelt økt spenningsnivå i overkroppen. Bøyemusklene i kroppen til pasienten (innsiden av armene, forsiden av brystkassa, mage, hofter og baksiden av beina) aktiveres automatisk som følge av stresspåvirkning. Når stress og anspenthet vedvarer, vil musklene bli korte, og kroppsholdningen karakteriseres av muskler som jobber imot tyngdekraften. Musklene vil da oppleves som smertefulle, stramme og ømme. Kroppen er en mester i å kompensere for enhver ubalanse. Det gjør at det blir stramme muskler både foran og bak på kroppen, pusten holdes og fotfeste blir dårlig (Bunkan, 2008, Øvreberg & Andersen, 2002, Bunkan et. al., 1978). I egne praksiserfaringer er det i dette stadiet av prosessen, mye fokus på kroppslige registreringer. Jeg som terapeut spør mye om hva pasientene fornemmer i egen kropp, for å hjelpe til med å tydeliggjøre kroppslige vaner.

## **8.2 ”Gjenoppbyggingen” – å få pasienten til å se muligheter.**

Informantene i studien trekker fram som viktig i sin tilnærming til pasientene at det er pasientene som er ekspertene på egen kropp. De ser på seg selv som en oppdagelsesreisende medhjelper, som skal hjelpe pasienten til å forstå sammenhenger i eget liv. Lilleaas og Ellingsen (2003) trekker fram at pasienter med sammensatte muskel/skjelettsmerter er kjennetegnet ved at oppmerksomheten er rettet mot å tilfredsstille andre menneskers behov, og at de setter egne behov til side. Pasientene har laget seg en tilværelse, hvor de i stor grad

er styrt utenfra og har sterke antenner rettet mot hva andre synes. Det framstår som et imperativ å hjelpe foreldre, arbeidskollegaer og egne barn.

I dialog med pasientene på jobben min, inntar jeg en spørrende holdning for å utforske ambivalensen som ligger i de ubevisste valgsituasjonene.

Situasjonene i livet framstår helt uten valgmuligheter. Det fører til handlingsvalg i høyt tempo som går tvers av det som kroppen egentlig prøver å kommunisere. Det blir igjen en selvforsterkende prosess, hvor det viktigste er hva man gjør, ikke hvordan en egentlig har det. Omgivelsene får kanskje inntrykk av at tingenes tilstand er mye bedre enn hva virkeligheten er. Dårlig samvittighet kommer til syne, angst for ikke å strekke til, og kanskje en antagelse om at pasienten klarer lite. Ofte blir handlingsrepertoaret begrenset til å være det samme som før de ble syke. En ond sirkel hvor handlingsvalgene gjøres av vane og nokså ubevisst, og på bakgrunn av erfarte mulighetsrom (Lilleaas & Ellingsen, 2003).

En av informantene framhever som viktig i behandlingen å gjøre ”ryggsekken” lettere, eller at det kan være lurt å ta ”skyggelua” ned i ansiktet for å skjerme seg selv. Det gir mulighet for å roe ned aktivitetsnivå å være tilstede i egen kropp.

Informantene vektlegger god tid til dialog med pasientene gjennom hele behandlingsprosessen. Det retter fokus mot å styrke pasientens egne krefter, evnen til å være et eget subjekt og ta kontroll over egen situasjon. Det er da viktig med en undrende og aksepterende holdning, hvor gode spørsmål til pasienten driver endringsprosessen framover. Det kan være spørsmål av typen: Hva tenker pasienten det er viktig å gjøre for å hjelpe seg selv? Hva kan være ”feil” i nåværende situasjon som bidrar til å opprettholde muskelsmertene? Hva har pasienten tenkt på selv? Hva er dine sterke sider? Hva er dine lidenskaper (Walseth & Malterud, 2004)? Terapeuten må avgi makt og kontroll, slik at pasienten selv kan påvirke situasjonen. Det bidrar til at pasientene utvikler en deltakende kompetanse. Pasienten får bedre oversikt over livet sitt og kan lettere oppdage sammenhenger som ”betydningsfulle andre” kanskje har bemerket i lang tid (Walseth & Malterud, 2004).

Brodal (1995) forklarer at stress og anspenthet i kroppen over lang tid trigger økt aktivering i nervesystemet. Dette representerer reaksjoner fra det ikke-viljestyrte nervesystemet, som vi ikke har kontroll på. Det kan sammenlignes med at vedkommende konstant er i møte med en stor grizzlybjørn som ikke blir borte. Dette setter spor. Pasientene kjenner i livene sine på

hjerterbank, kuldefornemmelse, økt svetteproduksjon, tørrhet i munnen, vondt i magen, vondt i hodet, følelse av kaos, dårlig fotfeste etc (Anderberg & Horwitz, 2008). Informantene snakker om; hva skjer i kroppen når du krangler med mannen, blir sint på ungene dine, blir manipulert eller herset med i livet ditt? Her mener informantene at pasientene må få anledning til å kunne utforske egne erfarte handlingsrom ved til eksempel grensesetting i relasjoner og evne til å signalisere egne behov i hverdagen. Når «fare» er over, aktiverer kroppen den delen av nervesystemet som vi trenger for å roe ned, gi kroppen hvile (Brodal, 1995). Problemet er ofte at disse pasientene, ikke klarer å roe ned kroppen, selv om faren er over. Da har jeg god erfaring som kliniker i å vise med hendene mine på kroppen til pasienten, hvis jeg får lov, hva ordene betyr. Jeg bruker en annen sansekanal for å hjelpe pasienten til tydeliggjøre tempo, kraft, utslag og samspill i musklene.

Informantene er opptatt av at pasientene skal få innsikt i egen livsverden. Det blir sett på som en nøkkel til bedring, og stimulerer til økt deltakelse og nysgjerrighet for å finne en god vei mot bedre helse. Dette er også helt i tråd med Antonovskys salutogenese (1996), som sier at en forutsetning for bedre helse er at verden er forutsigbar, sammenhengende og meningsfull.

Funn i studien viser at terapeutene i sin tilnærming oppfordrer pasientene til å reagere på det de kjenner i kroppen. Informantene har en bevissthet om å kroppsliggjøre det pasientene forteller. Hvis du er trøtt, kan du stoppe for å hvile. Hvis du kjenner smerte, kan du stoppe i behandlingen for å roe ned aktiviteten som trigger smerter.

Informantene forteller at de støtter pasientene til å skape avstand til vanskelige hendelser i fortiden, ved å gjøre andre handlingsvalg i her og nå-situasjonen. I situasjoner pasienten ikke klarte å løpe fra og ble påført et traume, blir når pasienten til eksempel oppfordret til å løpe i her og nå-situasjonen inne på terapirommet, for å bearbeide det som har skjedd.

Ifølge Merleau-Ponty (1994) vil en kroppspraksis med å overstyre kroppens signaler bryte ned den levende kroppen. Det levde livet gjør at den levende kroppen må betale prisen for et liv uten å ta hensyn til hva kroppen egentlig sier. Den levende kroppen sine behov blir satt til side og ikke tatt hensyn til. Lilleaas & Ellingsen (2003) sier at dette kan ses på som en handlingsimpuls som er automatisk, ureflektert og dypt forankret i underbevisstheten. Anstorp et. al., (2010) forteller at gjenopplevelser tar personen tilbake i tid. Kroppen og følelsene bekrefter at fortiden blir mer sann enn nåtiden. Øvelser for å forsterke ”her og nå”-

bevisstheten er derfor nyttig. Det kan være å registrere hva som finnes i omgivelsene av ting i nåsituasjonen, legge merke til egen pust og fornemme hva som er mulig å sanse her og nå i kroppen.

Flere av informantene forteller at de i behandlingen jobber med langsomme bevegelser i massasjen og ved instruksjon av øvelser. I denne sammenheng blir det naturlig å trekke fram samspillet mellom indre og ytre muskellag, og at det kan føre til bedre fysisk og emosjonell balanse i henhold til psykomotorisk tradisjon. For å løfte armen må brystkassa stabiliseres. Ved løft av armen stabiliserer de indre musklene brystkassa (truncus), slik at de ytre musklene kan bevege seg fritt til en jevn, koordinert bevegelse. Når livet blir i tøffeste laget, ser det ut til at balansen mellom de to muskellagene forrykkes/ubalansert/redueres. Sagt på en annen måte så blir de indre musklene svakere ved store påkjenninger. Kroppen faller sammen som om «reisverket» blir borte. De ytre musklene strammer seg til, når den indre stabiliteten blir borte. Et slik misforhold i kroppen vil kunne utvikle seg til smertefulle spenninger på sikt. Behandlingen blir å styrke de indre musklene, slik at de ytre spenningene kan slippe av seg selv (Pihl, 2009).

I forbindelse med dette har jeg mange erfaringer med at pasienter blir overrasket over at rolig bevegelighetstrening med fokus på tilstedeværelse, gir kroppslig velvære og lindrer smerter.

### **8.3 Å utvikle pasientens motstandskraft og mestringsevne.**

Informantene forteller om viktigheten av sanseskarphet i møte med pasientene, for å forstå når det skjer noe som kan være viktig i behandlingen, gjerne kombinert med langsomme bevegelser og berøring hvor samhandlingen foregår på et lavt frekvensnivå, som kan legge til rette for kontakt med det som ligger lagret i kroppen på et ubevisst nivå. Kirkengen (2005) trekker fram at erfaringer som ikke blir bearbeidet, vil kunne forbli isolert og uintegret. Det vil kunne ligge i kroppen som et uromoment og skape angst. Derfor er det viktig at pasientene får muligheten til å erfare ulike følelsesuttrykk som ligger lagret i kroppen, til eksempel sorg og sinne. Det vil kunne bidra til at de kroppslige plagene og helseproblemene oppleves meningsfulle. God refleksjon i denne sammenheng vil kunne forløse positive endringer for pasienter som har opplevd krenkelser og traumer.



---

Blikket mitt for nyanser for hva som skjer i relasjon med pasient/terapeut i behandling, har blitt utvidet og modnet i prosessen med å skrive denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid.

Pasienter trenger trygghet for å kunne utforske smertefulle følelser. En anerkjennende terapeut er emosjonelt tilgjengelig, og gjør det mulig for pasienten å konfrontere smerte og angst. Det gjør det viktig å være oppmerksom på pasientens avvergereaksjoner når de føler seg truet, for å forhindre at de lukker seg ytterligere, samt vissheten om at det trygge rommet kan åpne for at pasienten tåler å ta inn mer smerte. Mennesker er generelt sett gode på å lage seg ubevisste overlevelsesrettede væremåter, for å beskytte seg mot angst (Løvlie Schibbye, 2009). En av informantene i studien trekker eksempelet med moren til barnet på 8 år, hvor det er mistanke om incest fra far. Her kommer det tydelig fram at terapeuten er bevisst sin egen rolle, og legger til rette for at pasienten skal kunne utforske sine smertefulle følelser på en trygg måte. Situasjonen fra klinikken viser også hvor viktig det er å ha innsikt i hvordan man påvirker andre mennesker, som terapeut i samhandling med pasienten, og evner å håndtere situasjonen man kommer opp i (Løvlie Schibbye, 2009). Hummelvoll (2012) forteller at terapeuten må kunne se, høre og bekrefte pasienten ut fra en innlevende forståelse for å utøve god omsorg, og det representerer en kjerneverdi i alt hjelpearbeid.

Hos informantene ligger det en grunnleggende respekt, for at det pasienten kommer med er viktig og ikke skal bagatelliseres. Det skal få sin plass, og er styrende for hvordan behandlingen legges opp fra gang til gang. Bunkan et. al. (1978) forteller at i psykomotorisk fysioterapi er det sentralt at behandlingen individualiseres. Det som er riktig en dag, trenger ikke være riktig neste gang pasienten kommer til behandling. Basert på undersøkelse og anamnese får pasienten enten en behandlingstilnærming som er støttende, omstillende eller en kombinasjon av begge to. Doseringen blir basert på hvor mye pasienten endrer seg og hvor mye glemt stoff som kommer fram. Blir det for mye erindringsstoff, vil det kunne bli truende for pasienten og utløse angst. Det vil kunne hindre avspenning i muskulaturen og videre emosjonell utvikling. Når behandlingen framkaller forøket spenning, kan det tyde på at pasienten ikke er klar for å gi avkall på sitt forsvarsmønster. Da må behandlingen doseres forsiktigere, med fokus på kontaktøvelser for kroppen (kjenne føttene, kjenne styrken i underkroppen med knebøy, trampe, hoppe, klappe seg selv på kroppen etc.), slik at pasienten kan gjenvinne kontroll gjennom å forsterke opplevelsen av å være tilstede her og nå. Når informantene må skifte til en støttende tilnærming i behandlingen, venter de tålmodig til når ”døra” eventuelt åpner seg igjen. Det kan åpne opp for en frigjørende, omstillende

behandling seinere i forløpet. Bunkan et. al (1978) sier at pasienten da vil oppleve seg mer følsom, vitalisert og inspirert. Jeg har mange erfaringer selv som fysioterapeut med å jobbe med dette som Bunkan skisserer. Intuitive skifter mellom omstillende og støttende tilnærming i behandlingen, basert på hvordan pasienten reagerer i situasjonen.

Det kan også være at en støttende tilnærming er det beste alternativet på lang sikt for å hjelpe pasienten med kroppslig ”vedlikehold” (Bunkan et al 1978). Dette er på linje med informantene som fortalte om pasienten som valgte å fortsette et vanskelig samliv, fordi omkostningene med å bryte ut av det ble for store. I dette tilfellet er det tydelig at psykomotorisk fysioterapi er til god hjelp. En av informantene trekker fram historien om snekkeren som ser på kroppen sin som maskin, som enten ”fungerer” eller ”ikke fungerer”. Denne måten å omtale kroppen på, kan indikere at man ikke opplever kroppen som en del av sin identitet, at kroppen blir sett og opplevd som fremmed. Enheten mellom kroppen og selvet synes å være splintret (Merleau-Ponty 1994, Kvigne, 2004).

Informantene vektlegger også det intuitive som et verktøy i behandlingen. De vet ikke hvorfor de gjør akkurat det grepet i massasje, dveler så lenge etter at pasienten har gjort en instruert bevegelse, eller venter i stillhet på at pasienten skal komme ut med neste ord. Informantene forteller at de stoler på magefølelsen, når de skal håndtere utfordrende situasjoner som oppstår i behandlingsrommet. Benner (1995) sier at eksperten ikke lenger har bruk for formelle retningslinjer, for å omsette en gitt behandlingssituasjon til en meningsfull handling. Ekspertene zoomer inn på problemet, styrt av en enorm erfaringsbakgrunn og et intuitivt grep om situasjonen. Det blir som sjakkspilleren som blir spurt om hvorfor han tok akkurat det trekket og svarer bare at det føles riktig. Ekspertene utviser en egen evne til å sanse presist kroppslig og mentalt, med stor evne til å gjenkjenne og stole på det de har lagret av iakttagelser gjennom mange år som yrkesutøvere.

Funn i studien om terapeutisk bruk av hender, intuisjon, og viktigheten av å gjenkjenne gylne øyeblikk, vitner om at informantene besitter mye profesjonell kompetanse, som består av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse (Skau, 2011). Personlig kompetanse er vanskeligst å beskrive og tar lengst tid å utvikle. Denne siden ved kompetansen handler om hvem vi er som personer, både overfor oss selv og i samspill med andre (Skau, 2011). Det er en unik kombinasjon av menneskelige kvaliteter, egenskaper, holdninger og ferdigheter, som vi mer eller mindre intuitivt tilpasser ulike profesjonelle

---

sammenhenger. Kunnskapsformen er personlig og erfaringsbasert. Den er uløselig knyttet til sin bærer, men kan formidles og deles med andre (Skau, 2011).

Informantene trekker fram ulike nyanser ved et gyllent øyeblikk. Noen ganger kan det snakkes om, andre ganger bør det ikke kommenteres når det oppstår. Informantene er seg bevisst at fenomenet snakker for seg selv. Dette fordi de erkjenner fare for at det ellers kan påføres pasientene som belastning. Det gygne øyeblikket kan også jobbes fram med tida til hjelp. Til eksempel i historien med 30-åringen som ble bevisst at kompenserende mestring hengte sammen med angstanfall. Et gyllent øyeblikk er definert som et øyeblikk som åpner opp for nye muligheter og kan utgjøre en forskjell for den som opplever det. Det er en spesiell hendelse pasienten tar med seg videre i livet. Perspektivet på tid blir forskjøvet, og øyeblikket blir alttopplukende. Det blir utløst et behov for å være fullt og helt tilstede, og pasienten ønsker gjerne å fastholde det. I terapirommet blir gjerne et gyllent øyeblikk beskrevet som noe forløsende, sårbart og kraftfullt. Pasienten blir bevisst sin egen eksistens. Det vil kunne utgjøre en forskjell i måten å møte livet på (Lien & Kvale, 2010).

Stern (2007) er opptatt av ”her og nå”-opplevelser, og han snakker om at det er individet sin subjektive opplevelse som er det verdifulle. Når nå-øyeblikkene trenger inn i vår bevissthet og blir delt av to mennesker, vil de kunne være nøkkelen til forandring i terapi. Gylne øyeblikk kan åpne opp terapeutisk intimitet og kontakt. En av informantene tydeliggjør dette i dialog med en 13-år gammel jente, som plutselig finner ut om seg selv at hun kan få lov til å være barn, at hun har rett til å komme til mamma når hun sliter, og at terapeuten sitter på skulderen og passer på henne når det blir vanskelig hjemme.

Tilnæringsmåtene og verktøyene i studien viser etter mitt syn hvor viktig det er med brukermedvirkning i arbeid med å fremme helse. Andersen (2006) refererer at det er brukeren selv som har retten til å definere hva som fremmer og hemmer helse.

Informantenes tilnæringsmåter og verktøy legger til rette for, støtter og utfordrer pasientene med langvarige muskel/skjelettsmerter til å utvikle en sterkere identifisering med egen kropp og det livet de lever nå. Dette blir mulig for pasientene når de selv evner å lytte, tolke og reagere adekvat på kroppslige signaler (Wanvik, 2011). Den terapeutiske relasjonen kan i denne sammenheng ha fungert som et vendepunkt og en merkehendelse for livet (Schanke, 2001).

Linken til bedre helse er ifølge salutogenese å finne mening og sammenheng i tilværelsen (Antonovsky, 1996). Bedring av helsen synes å foregå i en helhetlig veksling mellom en indre reise, mellommenneskelig reise, sosial reise og en reise etter mening i tilværelsen (Hummelvoll, 2012). På denne reisen er informantene etter mitt syn gode loser og brobyggere mellom kropp og sinn. Jeg synes informantenes arbeidsmetoder, bidrar til at pasienten selv står bedre rustet til å mestre de påkjenninger livet gir, jfr. helsedefinisjonen jeg har valgt å basere denne oppgaven på:

”Helse er et menneskes evne til å mestre de påkjenninger livet gir (Hummelvoll, 2004)”.

## 9. Konklusjon:

Problemstillingen i denne oppgaven er hva psykomotoriske fysioterapeuter erfarer som viktige tilnæringsmåter og verktøy i behandlingen av pasienter med langvarige muskel/skjelettsmerter og diffuse kroppsplager for at behandlingen skal hjelpe og at deres helse skal bedres.

I utvalget mitt av informanter kjente jeg flere av terapeutene fra før. Jeg mener det er legitimt siden jeg visste at det var dyktige fagfolk. Dette fordi jeg var ute etter kunnskap om det som virker i terapi, og jeg visste at de hadde noe å fortelle. Det er likevel en viktig innvendig, at et valg av informanter jeg utlukkende ikke kjente fra før, ville kunne skapt mer bredde i utvalget mitt og påvirket data.

Etter mitt syn har ikke informantene vist behov for å forsvare sin faglige stolthet, slik at dette har påvirket data for intervjuene negativt. Jeg vil tro at dette har sammenheng med formidlingen av oppriktig interesse og nysgjerrighet. Jeg anser slik samforståelse nødvendig i det kvalitative forskningsintervjuet.

Denne studien viser at informantene arbeider i overensstemmelse med trinnene i recoveryprosessen som Hummelvoll skisserer i teorien.

Hovedkategoriene jeg fant er: *Et åpent hjerte og sinn, Ta kroppens erfaringer på alvor og Verktøy i bruk*. Informantene bruker i terapeutrollen de samme verktøyene med å tune seg inn, bruke hendene terapeutisk, intuisjon og bevissthet rundt gylne øyeblikk. Dog med et personlig uttrykk og form, deres egen signatur. Dette legger til rette for at helsen kan bedres.

Jeg har ønsket å få fram kunnskap om hva som virker i behandling. Informantene er opptatt av detaljer. Detaljene i behandlingen bærer budskap om helheten og vice versa. Dette med sanseskarphet og blick for detaljer i behandling, har blitt tydeligere for meg i prosessen. Jeg har hatt et ønske om å løfte det gode arbeidet som informantene gjør, gi stemme til hva de opplever som livgivende i arbeid i relasjon til mennesker med sammensatte plager fra muskel/skjelettapparatet og at det skal bidra til kunnskapsproduksjon. Jeg har prøvd å bearbeide ideene som oppgava har løfta fram i mitt daglige virke som psykomotorisk fysioterapeut.

Forslag til videre forskning vil være å gjøre samme studie på hva pasientene opplever som viktige tilnærminger og verktøy i psykomotorisk fysioterapi. Det kunne også vært spennende med en observasjonsstudie, hvor pasient og terapeut filmes i behandlingen.

## 10. Literaturliste

Almvik, A, & Borge, L. (2000). *Tusenkunstnerne. Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Anderberg, U. M., & Horwitz, E. B. (2008). *Fibromyalgi – Årsaker og behandling*. Oslo: Cappelen Damm.

Andersen, A. J. W. (2006). Psykisk helsearbeid – alltid underveis. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 4(3), (309-310).

Anstorp, T, Benum, K, & Jakobsen, M. (2010). *Dissosiasjon og relasjonstraumer – integrering av det splittede jeg*. Universitetsforlaget: Oslo.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenetic modell as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1), 11-18.

Aubert, A-M. (2004). Den betydningsfulle kroppen. I E. Lindbæk, B. (Red.), *Kommunikasjonsverksted i sosialt arbeid*. (2. utg., s. 133-167). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Benner, P. (1995). *Fra Novise til Ekspert – dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Tano Forlag.

Bergland, A., & Øien, I. (1998). *Fysioterapi i praksis - et sted for oppdagelse og begrunnelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Breitve, M.H. Hynninen, M. Kvåle, A. (2008) Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten nr. 12*.

Brodal, P. (1995). *Sentralnervesystemet – bygning og funksjon*. Oslo: Tano

Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde – teori og helsefremmende behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bunkan, Bülow-Hansen, Houge, Hødal & Hansson. (1978). *Psykomotorisk behandling*. Oslo: Pensumtjeneste

Butler, D. S., Moseley, L. (2003). *Explain Pain*. Australia: Noigroup Publications.

Davidson, L., O'Connell, M.J., Tondora, J., Evans, A.C., & Lawless, M. (2005). Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (5), 480-487.

Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K.M., Bergland, A. (2014). Body awareness – a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies. *PHYSIOTHERAPY THEORY and PRACTICE*, 30 (5), 312-318.

Engelsrud, G. (2001). Bevegelse som kunnskapsområde i fysioterapi. I E. Stokkenes, G., Sudmann, Torbjørg., Sæbøe, G. (Red.), *Fysioterapi på terskelen – 13 perspektiver på faget*. (1. utg., s 101-117). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Erlig Norge juli (2014). *Realitetens kalde klask* (side 2). Saga, selger nr. 28 i Sarpsborg.

Friis, S., & Vaglum, P. (1999). *Fra ide til prosjekt: En innføring i klinisk forskning* (2. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.

Gadamer, H-G. (1999). Forståelsens historisitet som det hermeneutiske problem. I E. J., Guldal og M., Møller (Red.). *Hermeneutikk. En antologi om forståelse*. København: Dansk Gyldendal, (s 127-176).

Gard, G. (2005). Body awareness therapy for patients with fibromyalgia and chronic pain. *Disability and Rehabilitation*, 27 (12), 725-728.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J. K. & Barbosa da Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, 16 (2), 25-32.



- 
- Høgskolen i Hedmark. (2013). *Studieplan for Master i psykisk helsearbeid*. Lokalisert 08.09.14 på <http://www.hihm.no/studiehaandbok/studiehaandboeker/2012-2013-studiehaandbok/studier/campus-elverum/master/mmhc-master-i-psykisk-helsearbeid>
- Kirkengen, A. L. (2005). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kunnskapsbasert praksis (2014). *Hva er PICO*. Lokalisert 17.11.14 på <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
- Kvigne, K. (2004). *Når kvinner rammes av hjerneslag – en fenomenologisk og feministisk studie av kvinnelige slagpasienter* (Doktorgradsavhandling). Oslo: Univeritetet i Oslo.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lien, K., & Kvale, M. (2010). *Gylne Øyeblikk – (Hovedfagsoppgave profesjonsstudiet i psykologi)*. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Lilleaas, U-B., Ellingsen, D. (2003). *Kvinnekroppens kår*. Bergen: Fagbokforlaget
- Lindseth, A., & Nordberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 145-153
- Løvlie Schibbye, A-L. (2009). *Relasjoner – et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2006). Subjektive symptomer uten objektive funn. I E. Malterud, K. (Red.), *Legekunst i praksis*. (1. utg., s. 55-61). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2001). Subjektive symptomer uten objektive funn. I E. Malterud, K. (Red.), *Kvinnens ubestemte helseplager* (1. utg. s. 13-21). Oslo: Pax Forlag.

Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change* (2. Utg.). New York: Guilford Press.

Monsen, J. (1989). *Vitalitet, psykiske forstyrrelser og psykoterapi* – utdrag fra klinisk psykologi. Tano forlag.

Norsk fysioterapiforbund, (2012). Oversikt over psykomotorikere i Norge. Lokalisert på: <http://www.fysio.no/ORGANISASJON/faggrupper/Psyko>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pihl, M. (2009). Dialog mellom indre og ytre muskellag kan føre til bedre fysisk og emosjonell balanse. Muskellagene 20 år etter. I E. Ekerholt, K. (Red.), *Festskrift til Berit Heir Bunkan HiO- rapport 2009 nr 10* (s. 175-190).

Rongved, Eli. (2007). Employing psychomotor physiotherapy in areas other than the treatment of individual patients. I E. Anderson, H., Jensen, P. (Red.), *Innovations in the reflecting process*. London: Karnac Books.

Schanke, A-K. (2001). *Like god som alle andre – eller helst bedre. Beretninger om poliorammede menneskers livshistorie med vekt på hvordan de former sin selvforståelse og sitt handlingsrom*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2001.

Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser – personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm.

Steen, E., Haugli, L. (2007). *Når livet setter seg i kroppen – bevisstgjøring – muligheter – valg*. Oslo: Noras Ark.

Stern, D. N. (2007). *Her og nå – øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag.

Thornquist, E. (2001). Blikk og klinikk. I E. Stokkenes, G., Sudmann, Torbjørg., Sæbøe, G. (Red.), *Fysioterapi på terskelen – 13 perspektiver på faget*. (1. utg., s 231-251). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

---

Thornquist, E., Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlaget.

Walseth, L. T., Malterud, K. (2004). Salutogenese og empowerment allmenmedisinsk perspektiv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 1 (1), 124:65-6

Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/953695%20>

Wanvik, A.K. (2011) Sammenhengen mellom livserfaringer og utvikling av langvarige muskelplager og fibromyalgi. En fenomenologisk livsverdenstudie av 5 kvinners livserfaringer i årene før de fikk diagnosen fibromyalgi. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7 (1).

WHO. (2014). Definition of health. Lokalisert 12.10.14 på <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Øien, A.M. Råheim, M. Iversen, S. Steihaug, Sissel (2009) Self-perception as embodied knowledge – changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 11, 121-129.

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

## 11. Vedlegg

### 11.1 Vedlegg 1

Til psykomotorisk fysioterapeut:

#### **Orientering om studien ”Livshistorie og gyldne øyeblikk i psykomotorisk fysioterapi”**

Jeg heter Tor Kåre Andersen, og er nyutdannet psykomotorisk fysioterapeut fra Høgskolen i Oslo og Akershus juni 2011. Nå er jeg student ved Høgskolen i Hedmark, avdeling for folkehelsefag, institutt for sykepleie og psykisk helse, hvor jeg tar Master i psykisk helsearbeid. I løpet av 2012 er planen at jeg skal skrive ferdig en masteroppgave som omhandler psykomotoriske fysioterapeuters erfaring med å behandle pasienter med langvarige kroppslige smerter fra muskel/skjelettapparatet.

Hensikten med studien min er å få økt kunnskap om hvordan psykomotoriske fysioterapeuter i daglig praksis, gjør bruk av livserfaringen til pasienten i behandlingen, og evner å utnytte gyldne øyeblikk i terapirommet til bedring for pasienten.

Viktige delmål for studien:

- Beskrive terapeuters erfaring med hva som fremmer og hemmer at pasientene reflekterer over livserfaringen og livshendelser som årsak til smerter i terapisisituasjoner.
- Beskrive hvordan fysioterapeuter regulerer nærhet og distanse til disse pasientene.
- Beskrive hvordan fysioterapeuter støtter og veileder pasienter til å ta tak i og endre egen livssituasjon.

Min veileder ved Høgskolen i Hedmark er førsteamanuensis Kari Kvigne.

I denne anledning ønsker jeg å intervju psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider eller har arbeidet mye med smertepasienter i praksisen sin. Jeg spør derfor om du er villig til å la deg bli intervjuet.

Intervjuet vil bli gjennomført der det passer best for deg. Det vil ha form som en samtale. Intervjuet vil ta ca. 1 time. Det vil bli tatt opp på lydbånd, deretter utskrevet og så fort masteroppgaven er ferdig, vil de bli slettet av meg. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Svarene vil for en stor del vil bli framstilt gruppevis og bidra til å sikre anonymitet. Ellers vil svarene bli behandlet slik at personer ikke kan gjenkjennes.

Resultater fra studien vil bli presentert i undervisningssammenhenger.

Å delta i studien er frivillig. Når som helst, kan du trekke deg fra studien. Dersom du er villig til å delta i studien, ber jeg deg underskrive vedlagte erklæring. Jeg vil ta kontakt med deg for å avtale eventuelt tidspunkt for intervju. På forhånd takk!

Vennlig hilsen  
Tor Kåre Andersen

---

### SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg er skriftlig og muntlig kjent med innholdet i informasjonsskrivet og sier meg villig til å delta som informant på mastergradsoppgaven, *Livshistorie og gylne øyeblikk i psykomotorisk fysioterapi – fysioterapeuters refleksjoner over behandling av pasienter med langvarige smerter i kroppen.*”, som skal gjennomføres av student Tor Kåre Andersen.

Dato:

Underskrift:

(Svarslipp fylles ut før oppstart av intervju på planlagt dato.)

## 11.2 Vedlegg 2

Temastyrt intervjuguide:

- 1) Erfaringer ved å behandle pasienter med utbredte smerter fra muskel/skjelettapparatet.
  - Gode eksempler hvor du følte du lyktes
  - Mindre vellykka eksempler
  
- 2) Behandlingsprosessen – hva kjennetegner den?
  - Vektlegging i starten
  - Oppfølgingen videre
  - Avslutning, hvilke kriterier gjør at du avslutter?
  
- 3) Livserfaring/livssituasjon
  - Hvordan inkludere?
  - Erfaringer med å inkludere?
  - Hva spiller du på? Handlingsrepertoar?
  
- 4) Gylne øyeblikk
  - Et nyttig begrep i din praksis i terapisisituasjoner?
  - Kan du evt. beskrive noen slike øyeblikk?
  
- 5) Nøkkelen til bedring.

### 11.3 Vedlegg 3:

Tabell som viser eksempler på strukturelle analyser (trinn to i analysen):

Meningsbærende enhet	Kondensering	Sub- tema	Tema
<p>”den der åpenheten for hva det mennesket rommer, ikke sant, jeg ønsker å ha det så åpent som mulig. Hvis jeg liksom begynner å tenke at nei deg kommer jeg ikke noe langt med, så må jeg nesten slå meg på hånda. Jeg vil ikke tenke det.”</p>	<p>å være interessert i de som kom til behandling, at pasienten får følelsen av at behandleren vil dem vel.</p>	<p>Å vise interesse og engasjement for pasienten.</p>	<p>Et åpent hjerte og sinn.</p>
<p>”Jeg kommer hjem til mannen min, barna mine, venninnene sier, du skjønner, du må gjøre sånn eller sånn, puste med magen ikke sant, som vi kan henge oss opp i til vi blir blå i trynet. Og så kommer de hit (til psykomotorisk behandling), så mener, tror de at de har forstått, og etter hvert så får de en helt en annen opplevelse av hva som ligger i det uttrykket. Puster vi med ryggen? Hallo, det visste jeg ikke. Puster vi med flanken da? Nei, det visste jeg ikke”.</p>	<p>å være deltakende terapeut i et samspill med pasienten, hvor kroppens reaksjoner og jeget kan utforskes. Det gjør at eksistensielle spørsmål tematiseres i behandlingen, hvem er jeg nå når kroppen skal endre seg? Informanten forteller at kroppen gir oss mennesker en erkjennelsesmulighet, og innsikt til å akseptere egen tilstand her og nå. Deretter utforske sitt eget endringspotensiale.</p>	<p>Å være sammen om oppdagelse i kropp og liv.</p>	<p>Å ta kroppens erfaring på alvor.</p>

---

<p>”Når jeg jobber slik med å snakke med kroppen i anførselstegn, jobber jeg med veldig langsomme bevegelser, for å få pasienten til å gi slipp. Jeg tenker jeg skal ned på et lavt frekvensnivå, sånn at pasienten da lettere får tilgang til ting som ligger mer eller mindre ubevisst.”</p>	<p>å kommunisere via hendene med kroppen til pasienten. Det fokuseres i denne forbindelse på å oppøve pasienten sin evne til å gi slipp i muskulaturen. De sier det er viktig med refleksjon rundt hvordan dette oppleves for pasienten.</p>	<p>Terapeutisk bruk av hender.</p>	<p>Verktøy i bruk.</p>
--	--	------------------------------------	------------------------



## 11.4 Planlagt søkestrategi

Aktuelle databaser:

Medline

PsycInfo

Cinahl

Svemed+

Eksempel på planlagt strategi fra Medline:

1. Psychomotor physioterapist\*.mp. (søker i tittel, sammendrag, emneord m fl)
2. (Psychomotor physical therapist\*).mp. søkeordene er samlet
3. 1 OR 2
4. Musculoskeletal pain/ (emneord)
5. Fibromyalgi/ (emneord)
6. chronic pain (tekstord)
7. 4 OR 5 OR 6
8. 3 AND 7

Eventuelt kan det avgrenses med kvalitative studier eller emneord som Narration.