



Høgskolen
i Innlandet

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Randi Christiansen Johansen

Masteroppgave
Skam i psykomotorisk fysioterapi

Shame in psychomotor physiotherapy

4PM791 Master i psykisk helsearbeid

2023

Antall ord: 26949

FORORD

Høsten 2020 startet en ny reise for meg. Første del var videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ved Oslo Met. Deretter startet andre del med påbygg til Master i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet. Parallelt med har det vært en reise i meg selv og mitt liv. Prosessen med å skrive masteroppgaven, har vært lærerik og gitt meg bredere innsikt psykisk helsearbeid relatert til psykomotorisk fysioterapi. Det er mange å takke som har vært rundt meg, støttet og heiet på meg i denne tiden.

En spesiell takk til min veileder og medspiller, Sigrid Helene Kjørven Haug, for et godt samarbeid med inspirerende og konstruktive tilbakemeldinger og tid til refleksjon.

Takk til alle mine informanter for unike møter og deres tid.

Takk til Fysiofondet for økonomisk støtte.

Takk til medstudenter og lærere for et godt samarbeid. En spesiell takk til A-teamet for psykomotorisk fellesskap og nært vennskap.

Takk til «min» psykomotoriske fysioterapeut for hjelp til å få kontakt med skamfølelsen i meg.

Tusen takk til familie, venner og kollegaer for tålmodighet, støtte, refleksjoner og korrekturlesing.

Åmot, 02.05.23.

Randi C. Johansen

SAMMENDRAG

Bakgrunn: *Skam* er en smertefull følelse som kan være underliggende hos mennesker som strever med psykiske plager og lidelser. Slik kan skam være et aktuelt tema for psykomotoriske fysioterapeuter i klinisk praksis. Innenfor *Norsk Psykomotorisk fysioterapi* (NPMF) er det lite forskning på skam. Forskning i tverrfaglige disipliner med relevans for *psykisk helsearbeid* viser at skam kan bli aktivert i den terapeutiske relasjonen.

Hensikt: I denne masteroppgaven var hensikten å undersøke hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår og møter skam ut fra et klinisk perspektiv. Problemstillingen var som følgende: Hvordan forstår og møter psykomotoriske fysioterapeuter skam i behandlingen?

Metode: Det ble benyttet en kvalitativ metode med et eksplorerende og beskrivende design. Sju psykomotoriske fysioterapeuter intervjuet med en semistrukturert intervjuguide. Systematisk tekstkondensering (STK), utviklet av Malterud, ble benyttet for analyse av datamaterialet.

Resultat: Det var fire følgende hovedfunn; skammens «krymping» i kropp, relasjon og selvverd, å være den levende andre, å bli bevisst på skammen ved kroppslig tilnærming og dialog og pasientens endringsprosess - å ta plass og oppleve en ny sannhet.

Konklusjon: Informantene formidlet at skam kan være meget smertefullt og begrense livet til pasienten i alvorlig grad. Skammen kan forstås i sammenheng med ulike spor i kroppen, både synlig og usynlig. Informantene beskrev at skammen må fram i lyset for å få kontakt med den og derav mulig endre den. For å få til dette må den psykomotoriske fysioterapeuten være oppmerksom på seg selv og hvordan man virker inn på pasienten. Samtidig kreves det å være var på skammen og skammens forsvar. Informantene vektla å møte skam med empati, aksept og tid i en trygg relasjon. Funnene pekte på den kroppslige tilnærmingen i NPMF som en unik mulighet for å få kontakt med skammen gjennom både ord og kropp.

Resultatene viste at det å ta skammen på alvor, kan skape en positiv endring i opplevelsen av seg selv og sin verdi og derav bidra til å fremme psykisk helse.

Nøkkelord: Norsk psykomotorisk fysioterapi, psykisk helse, psykisk helsearbeid, skammens fenomenologi og kvalitativ metode.

ABSTRACT

Background: Shame is a painful feeling that can be underlying in people who struggle with mental health. In such way shame can be a relevant topic for psychomotor physiotherapists in clinical practice. Within Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMF) there is little research on shame. Research in interdisciplinary disciplines with relevance to mental health care, shows that shame can be activated in the professional-patient relation.

Purpose: The purpose of the master`s thesis in mental health care was to explore how psychomotor physiotherapists understand shame in a clinical perspective. The these-question was as follows: How do psychomotor physiotherapists understand and approach shame in treatment?

Method: A qualitative method was used with an exploratory and descriptive design. Seven psychomotor physiotherapists were interviewed with a semi-structured interview guide. Systematic text condensation (STK), developed by Malterud, was used for analysis of data.

Results: Four main themes were identifying; the "shrinking" of shame in the body, relationships and self-worth (the bodily expressions of shame), to be the living other, to become aware of the shame through bodily approach and dialogue and the patient's change process - to take a place and experience a new truth.

Conclusion: The findings show how the psychomotor physiotherapist perceives that shame can be very painful and severely limit the patient's life. The shame can be understood in connection with various expressions in the body, both visible and invisible. The informants described that the shame must come to surface in order to make contact with it and possibly change it. In order to achieve this, the psychomotor physiotherapist must be aware of oneself and how you affect the patient. At the same time, it is required to be aware of shame and the defense of shame. The informants emphasized facing shame with empathy, accept and time in a safe professional-patient relation. The findings pointed to the bodily approach in NPMF as a unique opportunity to connect with the shame through both words and body. The results showed that taking the shame seriously can create a positive change in the experience of oneself and one's value and therefore contribute to promoting mental health.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, mental health, phenomenology of shame, psychological theories, qualitative method.

FORKORTELSER

NPMF Norsk psykomotorisk fysioterapi

NFF Norsk Fysioterapeutforbund

STK Systematisk tekstkondensering

WHO World Health Organization

NSD Norsk Senter for Forskningsdata

LEFK Lokal etisk forskning komite

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INTRODUKSJON.....	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Hensikt.....	3
1.3	Problemstilling.....	3
1.3.1	Utdyping av problemstilling	3
1.3.2	Avgrensninger.....	3
1.4	Begrepsavklaring	4
1.5	Forforståelse.....	6
1.6	Overordnede perspektiver	7
1.7	Oppgavens oppbygging	7
2	TEORI	8
2.1	Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)	8
2.1.1	Forståelsesmodeller	8
2.1.2	Sentrale kjennetegn	9
2.1.3	Kroppen som uttrykker og bremser følelser	10
2.1.4	Kroppslig samhandling	11
2.2	Skam	12
2.2.1	Kort om utvikling av skam	12
2.2.2	Skammens fenomenologi.....	12
2.2.3	Skammens kompleksitet og alvor.....	14
2.3	Å møte skam i behandlingsrommet	15
2.3.1	Den trygge relasjonen	15
2.3.2	Å utforske og dele skammen.....	16
2.3.3	Endring av skammens karakter	17
2.4	Internasjonal og nasjonal forskning på skam	18
3	METODE	20

3.1	Design	20
3.2	Vitenskapsteori.....	21
3.3	Utvalg og rekruttering	22
3.4	Datainnsamling.....	23
3.4.1	Forberedelse.....	23
3.4.2	Intervjuguiden	23
3.4.3	Gjennomføring	24
3.4.4	Transkribering.....	24
3.5	Analyse av datamaterialet.....	25
3.5.1	Systematisk tekstkondensering (STK).....	25
3.5.2	Beskrivelse av analyseprosessen.....	26
3.6	Etiske overveielser.....	30
3.7	Personvern og godkjenninger	31
4	RESULTAT	33
4.1	Hovedfunn.....	33
4.2	Skammens krymping i kropp, relasjon og selverd.....	33
4.3	Å være den levende andre	36
4.4	Å bli bevisst på skammen ved kroppslig tilnærming og dialog	39
4.5	Pasientens endringsprosess	42
5	DISKUSJON	45
5.1	Diskusjon av resultater:.....	45
5.1.1	Å forstå skammens uttrykk.....	45
5.1.2	Å være den levende andre	48
5.1.3	Trigging av skammen.....	50
5.1.4	Kroppslige tilnærming	51
5.1.5	Å møte skam i dialog.....	53
5.1.6	Skammens mulighet til endring.....	55
5.1.7	Relevans.....	57

5.2	Diskusjon av metoden	61
5.2.1	Refleksivitet	62
5.2.2	Validitet	64
6	KONKLUSJON.....	70
	Referanseliste	71
	Vedlegg 1. Vurdering fra NSD. Mailkorrespondanse m/ NSD.....	76
	Vedlegg 2. Uttalelse fra LEFK.....	81
	Vedlegg 3. Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	82
	Vedlegg 4. Intervjuguide	86
	Vedlegg 5. Datahåndteringsplan	88

Tabeller:

Tabell 1: STK trinn 1

Tabell 2: STK trinn 2

Tabell 3: STK trinn 3

Tabell 4: STK trinn 4

1 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Skam er den mest smertefulle følelsen vi mennesker kan ha og er en del av det å være menneske (Farstad, 2016, s. 25, 308). De fleste har opplevd situasjoner der vi har rødmet, blitt flau eller følt oss dumme. Ofte kan vi le litt av det i etterkant, mens andre ganger kan skammen ta overhånd og begrense livene våre. Farstad (s. 19) utdyper at skammen kjennetegnes ved at den oppstår i relasjon og kun kan leges i relasjon. Kvaliteter ved den terapeutiske relasjonen, kan i seg selv være skamtriggende (Farstad, 2016, s. 293).

Helsepersonell og psykomotoriske fysioterapeuter som jobber en-til-en med pasienter, kan både lege og trigge den smertefulle skammen i behandlingsrommet. Aktuelle spørsmål som er sentrale i denne sammenhengen, er hvordan vi kan forstå og møte skammen hos pasienter, hva kan skje når en pasient opplever stor skam i behandlingsrommet og om vi har en reell mulighet til å endre skammen.

Tema for denne masteroppgaven om skam i behandlingsrommet i psykomotorisk fysioterapi, er forankret innenfor fagfeltene psykisk helsearbeid og psykomotorisk fysioterapi. Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er en behandlingsmetode som ble etablert i Norge mot slutten av 1940 tallet gjennom et samarbeid mellom psykiateren Trygve Braatøy og fysioterapeuten Aadel Bulow-Hansen (Bunkan, 2001, s. 2845). I NPMF er hele mennesket i sentrum med kroppen som innfallsvinkel (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 16). Videre er det en tenkning om at mennesket både *er* en kropp og har en kropp (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 22). NPMF er forankret i kroppsfenomenologien, som ble utviklet av filosofen Maurice Merlau-Ponty (1908-1961) og er opptatt av «den levde kroppen» og at livet leves i og uttrykkes gjennom kroppen (Engelsrud, 2015, s. 30–31). Ut fra denne forståelsen samt med teori om at skam kan trigges i relasjon, vil det være hensiktsmessig å belyse tema skam i psykomotorisk praksis. Videre er masteroppgaven plassert innenfor psykisk helsearbeid, som et tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008, s. 102) I lys av dette, vil det presenteres både psykologiske teorier for å belyse skam, og kunnskap knyttet til fagfeltet NPMF. Gretland (2007, s. 86) understreker at NPMF nettopp er en del av psykisk helsearbeid.

Interessen min for tematikken «skam» har vært gryende siden oppstart på videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi ved Oslo Met (2019-2021). Videre har den forsterket seg i løpet av masterstudiet. Våren 2022 skrev jeg eksamensoppgaven «Den skamfulle kroppen i møte med

psykomotorisk fysioterapi» (Haugen et al., 2022) sammen med studiekollegaer. Til tross for klinisk erfaring som fysioterapeut i over 25 år, er det selve møte med pasienten i psykomotorisk fysioterapi som virkelig har vekket nysgjerrigheten på og en begynnende forståelse av skam i behandlingsrommet. En personlig reise i egenbehandling hos en psykomotorisk fysioterapeut, har inspirert meg til å våge og gå nærmere inn i temaet skam. I forlengelsen av dette, har jeg i egen psykomotorisk praksis kommet i kontakt med skam hos pasienter, for eksempel som en eksplisitt uttrykt avsky for egen kropp. Dette leder til min forståelse av at skam er noe vi kommer i kontakt med og som er et aktuelt tema i behandlingsrommet i psykomotorisk fysioterapi.

Det er lite forskning innenfor NPMF som spesifikt undersøker skam. Når det gjelder forskning innenfor fysioterapifaget generelt, både i Norge og internasjonalt, kommer imidlertid begrepet skam opp ved flere anledninger. Særlig gjelder dette i forbindelse med undersøkelse av andre fenomener som for eksempel overvekt, kroppsbilde, fysisk aktivitet og andre kroppslige plager. Dette beskrives nærmere under punkt 2.4.

Skam har lenge vært en underkjent følelse i psykisk helse (Bygstad-Landro et al., 2021, s. 156). Spesielt de senere årene har interessen for skam økt og flere studier viser at skamfølelsen er en av hovedkomponentene ved psykiske lidelser. Bygstad-Landro et.al. (2021, s. 164) belyser skammens kroppslig uttrykk hos pasienten i den terapeutiske relasjonen sett ut fra sykepleiefaget og uttrykker at «kropper og relasjoner lider under skammens jerngrep». I forlengelse av dette, påpeker Skårderud (2001b, s. 1613, 1617) hvordan helsearbeidere med sin kunnskap om og forståelse av skam, kan bidra til at «skam kan bli satt i tale og delt slik at den kan bli lettere å bære». Han understreker terapeutens rolle i å etablere en relasjon som arena, der pasienten kan våge og vise fram mer av seg selv. Med denne kunnskapen er det særlig interessant å undersøke hvordan psykomotoriske fysioterapeuter både forstår og møter skam i behandlingen.

Fra Søren Kirkegaard sitt utsagn om «hjelpeskunsten», kan det trekkes en parallell til temaet skam i NPMF. Utsagnet lyder på følgende måte: «Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først og fremst passe på å finne ham der hvor han er, og begynne der.» (S. Kierkegaard, Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed (1848–49). Utgitt etter Kierkegaards død i 1859. Pedersen, 2007). Med dette forstår jeg at dersom det er skam pasienten strever med, må vi ha kunnskap om det å forstå og møte skammen i psykomotorisk praksis for å kunne hjelpe pasienten videre.

1.2 Hensikt

Hensikten med masteroppgaven var å utvikle kunnskap og få en dypere forståelse av hvordan et utvalg av psykomotoriske fysioterapeuter forstår og møter skam i et klinisk perspektiv. Det er få studier som spesifikt utdyper skam innen NPMF. Slik kan masteroppgaven frambringe ny kunnskap og mulig være til faglig inspirasjon i klinisk praksis. Dette utdypes i punkt 5.1.6. om relevans.

1.3 Problemstilling

1.3.1 Utdyping av problemstilling

Ut fra bakgrunn og hensikt med masteroppgaven, var problemstillingen som følgende:

Hvordan forstår og møter psykomotoriske fysioterapeuter skam i behandlingen?

Problemstillingen var todelt. For det første ble det utforsket hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår skam. Dette viser både til en overordnet forståelse av skam sett i lys av psykisk helse, og en forståelse av skammens kroppslige uttrykk i møte med den enkelte pasient. For det andre ble det utforsket hvordan psykomotoriske fysioterapeuter møter skam i behandlingsrommet relatert til klinisk praksis. Dette handler både om hva som faktisk skjer i møtet mellom pasient og terapeut i den terapeutiske relasjonen, og videre om pasientens respons, sett ut fra den psykomotoriske fysioterapeutens perspektiv.

Utvalget bestod av sju psykomotoriske fysioterapeuter. Alle disse var kvinner med erfaring fra klinisk praksis som selvstendig næringsdrivende, i kommunehelsetjenesten. I lys av problemstillingen, ble det utforsket hvordan utvalget forstår og møter skam, avgrenset til NPMF og sett ut fra den enkelte psykomotoriske fysioterapeutens perspektiv. Begrepene skam, psykiske helse, psykisk helsearbeid og psykomotorisk fysioterapi beskrives nærmere i punkt 1.4.

1.3.2 Avgrensninger

Gjennom forskning utvikles og systematiseres kunnskap, som igjen kan danne grunnlag for ny etterprøvbarhet og nye refleksjoner (Malterud, 2017, s. 17). Slik er vitenskapelig kunnskap ingen evig sannhet (s. 18). Denne masteroppgaven er også en del av en pågående kunnskapsprosess. Det ble ikke undersøkt pasienters erfaringer med skam i den terapeutiske relasjon eller spesifikt i forhold til psykomotorisk fysioterapi. Ut fra oppgavens rammer og

begrensninger, var det også flere fagfelt som ikke er inkludert i oppgaven. Særlig gjelder dette psykologiske teorier som selvpsykologi, affektregulering, tilknytning, spesifikk traumebehandling og kognitiv adferdsterapi. Det finnes flere kropporienterte behandlingsformer enn NPMF. Sensorimotorisk psykoterapi er en av dem og er kort nevnt i oppgaven. Andre aktuelle kropporienterte behandlingsformer er blant annet Norsk Karakteranalyse og Body Awareness Therapy, men ble ikke belyst i denne masteroppgaven.

1.4 Begrepsavklaring

Skam er ifølge Silvan Tomkins og hans affektteori, «en av menneskets medfødte affekter og en biologisk reaksjon på blottstilling» og «oppstår som et resultat av at positiv forventning blir brutt» (Farstad, 2016, s. 26). Dette betyr at kroppen reagerer spontant dersom en positiv affekt som er forventet og gjenkjennelig, blir hindret eller stoppet. Tomkins (1984, s. 163) nevner skam som en av våre ni primære affekter. I denne masteroppgaven er skam beskrevet i lys av utviklingspsykologi og nevrobiologi. Dette danner grunnlag for å forstå skammen og dens utvikling samt for hvordan å møte skammen i behandlingsrommet. Utvalgt teori bygger hovedsakelig på beskrivelser i bøkene til Farstad (2016), Anstorp og Benum (2014) og Sanderson (2015) i tillegg til bokkapitler skrevet av Skårderud (2006) og Stålslett Follesø (2003). Skam belyses videre i punkt 2.2.

Psykisk helse defineres i rapporten «Psykisk helse i Norge» (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 10) på følgende måte: «Psykisk helse benyttes som et overordnet begrep og omfatter alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser. Det omfatter også hele bredden av tiltak på feltet fra helsefremming og forebygging til behandling og rehabilitering.» Rapporten er utgitt av Folkehelseinstituttet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. I forbindelse med å møte skam i psykomotorisk fysioterapi, kan det i lys av denne definisjonen handle om møte med pasienter som strever med psykisk plager og lidelser, der skam er en del av dette bildet. Videre vil målet være å fremme god psykisk helse og livskvalitet ut fra NPMF som behandlende tilnærming. Ut fra det kliniske perspektivet i denne masteroppgaven, er det naturlig å spesifisere psykisk helse også ut fra definisjonen fra WHO (2023) som er følgende:

Mental health is a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community. It is an integral component of health and well-being that underpins our individual and collective abilities to make decisions, build relationships and shape the world we live in.

Definisjonen til WHO utdyper funksjonen til psykisk helse og hva den bidrar til både på et individuelt og kollektivt nivå. Relatert til definisjonen kan man forstå at psykisk helse er noe som gjør den enkelte i stand til å tåle livets belastninger, både i oss selv og i relasjon til andre mennesker. I denne masteroppgaven ble psykisk helse relatert til skam med særlig vekt på skammens fenomenologi (se punkt 1.6).

Psykisk helsearbeid er sentralt i Norge på bakgrunn av høy forekomst av psykiske lidelser og plager (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 6). Tidsskrift for psykisk helsearbeid ved leder (2008, s. 102) definerer psykisk helsearbeid som følger:

«Psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av tjenestene. Psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse samt påpeke og søke å endre forhold i samfunnet som skaper psykisk uhelse og bidra til stigmatiseringsprosesser og sosial utstøting. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, bistå i prosesser som utvikler opplevelser av sammenheng og muligheter for å mestre hverdagens utfordringer samt skape inkluderende lokalmiljø».

Den tverrfaglige delen av psykisk helsearbeid var særlig sentral for å besvare problemstillingen for masteroppgaven. I denne sammenhengen omhandlet den fagfeltet NPMF, kunnskap fra psykologiske teorier og relevant forskning fra andre fagområder. Hvilken relevans funnene i oppgaven kan ha både for NPMF og psykisk helsearbeid generelt, er videre utdypet under punkt 5.1.7. I møte med pasienter i psykomotorisk fysioterapi, er det sentralt å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft. I denne oppgaven ble dette belyst i forbindelse med skam.

Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er basert på en forståelse av at «kroppen er en funksjonell og samspillende enhet med psyke og soma som uatskillelige enheter» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 19). Dette innebærer en gjensidighet og vekselvirkning mellom kropp og følelser (s. 20). Videre i oppgaven brukes psykomotorisk fysioterapi ensbetydende med Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF). NPMF utdypes videre i punkt 2.1.

1.5 Forforståelse

Malterud (2017, s. 44) definerer begrepet forforståelse som «den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter.» Innholdet i sekken med våre erfaringer, faglige perspektiver og den teoretiske referanserammen, vil påvirkes oss gjennom et forskningsprosjekt (s. 45). Begrepet forforståelse er knyttet til en hermeneutisk vitenskapsfilosofi (s. 44). Jeg er bevisst på at min forforståelse kan påvirke min forståelse, fortolkning samt valg gjennom alle deler av forskningsprosessen videre. Med bakgrunn i dette, vil jeg her gjøre rede for min forforståelse ved inngangen til masteroppgaven.

Jeg gikk inn i forskningsprosessen med en bakgrunn som fysioterapeut i over 25 år og med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi fra 2019-2020. Utover dette har jeg som snart 50-åring, selv et levd liv med erfaringer og opplevelser, som en del av det å være menneske. Jeg startet opp med en forforståelse av psykomotorisk fysioterapi, som en behandlingsmetode der kropp forstås i lys av hele mennesket. Vi har en kropp og er en kropp! Vi hjelper pasienten i gang med en prosess i seg selv ut fra en psykomotorisk kunnskapsramme. Ved videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi, tilegnet jeg meg kunnskap og ferdigheter knyttet til psykomotorisk tenkning og konkrete kjennetegn og prinsipper. Min forforståelse var preget av at jeg i det kliniske arbeidet er opplært til å være pasientens detektiv for sammen å søke etter å forstå pasientens utfordringer. Dette i lys av både sykehistorie, kroppslige funn og uttrykk, og ikke minst det levde livet. Motsetningen ville være å forklare pasienten sitt problem ut fra en avgrenset årsaksforklaring og merkelapp.

Min forforståelse av skam, var at dette er noe vi kan komme i kontakt med og som ofte kan vise seg gjennom konkrete kroppslige uttrykk i behandlingsrommet i psykomotorisk fysioterapi. Jeg har mange ganger opplevd at pasienter har satt ord på en «avsky» for egen kropp. Dette har særlig vært framtrædende ved vurdering av kroppsbilde og kroppsbekvissthet, der pasientens eget forhold til kroppen er sentralt. Pasienter har uttrykt både med kroppsspråk og ord et distansert forhold til kroppen og at de ikke orker å hverken se eller berøre egen kropp. Fra mitt ståsted har jeg også erfart at det for flere kan se ut til å være vanskelig å bli sett eller tatt på av meg som terapeut. Eksempler på kroppslige uttrykk har vært unngåelse av blikkontakt, bøyde hode, uro i kroppen og autonome reaksjoner i form av svetting og rødhet i huden. Ordet skam har i liten grad vært brukt både av meg som terapeut og av pasienten selv.

Min forforståelse av skam var også fargelagt av kunnskapsgrunnlaget mitt. På videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi, ble jeg kjent med teorier om hvordan følelser

og kropp henger tett sammen og kan forstås i lys av hverandre. Affektbevissthet var et forelesningstema parallelt med en kort benevning av de primære følelsene våre, inkludert skam. Ulike psykiske lidelser ble introdusert og gjort rede for, men uten at skam ble særlig vektlagt. Ved Master i Psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Innlandet, ble skam for første gang presentert for meg som et eget tema. Forelesningen ga en kort introduksjon av skam som en smertefull følelse, som setter spor i den levde kroppen vår. Dette resulterte i eksamensoppgaven «Den skamfulle kroppen», som nevnt under punkt 1.1., som belyste hvordan skam kan komme til syne i kroppen i behandlingsrommet ut fra et psykomotorisk perspektiv.

1.6 Overordnede perspektiver

Denne masteroppgaven ble belyst ut fra to overordnede faglige perspektiver NPMF og skammens fenomenologi basert på psykologiske teorier. Med skammens fenomenologi menes hvordan den kommer til uttrykk i kropp og følelser (Farstad, 2016, s. 25). I denne oppgaven ble dette knyttet til den kliniske konteksten i behandlingsrommet, der pasienten og den psykomotoriske fysioterapeuten møtes. De faglige perspektivene presenteres nærmere i kapittel 2.

I lys av problemstillingen omhandler resultatene erfaringskunnskapen til utvalgte psykomotoriske fysioterapeuter. Erfaring forstås her i sammenheng med begrepet kunnskapsbasert praksis, hvor erfaringskunnskap er en av de tre elementene foruten forskningsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Senter for kunnskapsbasert praksis, 2021). Dette er ikke nærmere utdypet i denne masteroppgaven.

1.7 Oppgavens oppbygging

Masteroppgaven er delt inn i seks kapitler. I kapittel 2 beskrives teori relatert til de overordnede perspektivene og som er relevant for resultatene med vekt på hovedfunnene. Videre i kapittel 3 utdypes masteroppgavens metode. Kapittel 4 presenterer hovedfunn fra dataanalysen. Deretter drøftes funn opp mot teori og tidligere forskning i kapittel 5. I det siste kapittelet oppsummeres svarene på problemstillingen.

2 TEORI

I dette kapittelet vil det gjøres rede for teori relatert til NPMF og skammens fenomenologi basert på psykologiske teorier. Avslutningsvis i kapittelet vil det presenteres et utvalg av internasjonal og nasjonal forskning på skam.

2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF)

Først vil det i dette underkapittelet presenteres to forståelsesmodeller i NPMF. Deretter utdypes sentrale kjennetegn ved den psykomotoriske tilnærmingen og perspektivet på kroppen som uttrykker og bremser følelser. Til slutt vil den kroppslige samhandlingen i NPMF bli beskrevet.

2.1.1 Forståelsesmodeller

I punkt 1.1. ble NPMF plassert i lys av et kroppsfenomenologisk perspektiv. Rake og Ahlsen (2022, s. 36–37) presiserer at NPMF preges av to overordnede forståelsesmodeller av kropp, sykdom og behandling. Den ene er knyttet til den biomedisinske tradisjonen med konkrete årsaksforklaringer, mens den andre handler om forståelsen av kroppen som et uttrykksfelt og et sted for erfaring. Rake og Ahlsen redegjør for at fysioterapi som profesjon, har sitt grunnlag i en biomedisinsk modell og tradisjon, som bygger på en kropp-sjel-dualisme. Filosofen Rene Descartes (1596-1650) skapte en forståelse av virkeligheten gjennom dualistisk teori, hvor det fysiske og det psykiske ble adskilt i to deler (Engelsrud, 2015, s. 23–25). Ut fra denne forståelsesrammen, omtales kroppen som et objekt (s. 34).

Thornquist (2018, s. 192–193) utdyper det kroppsfenomenologiske perspektivet og forståelsen av kroppen som uttrykksfelt og sentrum for erfaring og erkjennelse. Kroppen betegnes i denne sammenhengen som et subjekt og en tilgang til verden og andre mennesker. Engelsrud (2015, s. 9,30) uttrykker at «kroppen er subjektiv, intersubjektiv, grunnleggende eksistensiell og personlig erfarende». Den opplevende fenomenologiske kroppen beskrives også av Bøe og Thomassen (2017, s. 15). De formidler her at «våre opplevelser av å være levende, uttrykksfulle, sansende kropper i samspill med andre» er sentralt i psykisk helse. De to ulike forståelsesmodellene gjør seg begge gjeldende i psykomotorisk fysioterapi ved at terapeuten forsøker «å møte kroppen både som uttrykksfelt og biologisk mekanisme» (Rake & Ahlsen, 2022, s. 40).

2.1.2 Sentrale kjennetegn

I NPMF er hele mennesket i sentrum med kroppen som innfallsvinkel (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 16) Det overordnede målet er som følgende: «Å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser, og å utvikle en opplevelse av kroppen som MEG» (s. 72). Sentrale kjennetegn i NPMF springer ut fra forståelsen av «kroppen som en funksjonell og samspillende enhet» og et dynamisk vekselspill i selve kroppen og mellom kropp og følelser (Thornquist, 2006, s. 29, 2009, s. 1). Tilnærmingen preges av «kroppen som bærer av liv og historie» (2006, s. 29). Vurderingen omfatter både kroppsholdning, funksjon, muskulatur, respirasjon, kroppskontakt, sykehistorie og pasientens opplevelse og reaksjoner underveis (Bunkan, 1996, s. 34, 2001, s. 2846). Dette gir et helhetsbilde basert på en sammenfatning av de enkelte kroppsfunn relatert til kroppen som helhet (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 60–61). Samlet kan funnene peke på graden av kroppslig forsvar. Noen ganger kan det være et uttalt kroppslig forsvar, som vises ved blant annet en oppstrammet holdning, der pasienten tar seg sammen og fjerner seg fra følelsene sine. For øvrig vil motsatt bilde, som en slapp kroppsholdning og slapp muskulatur, vitne om en person som har gitt opp (s. 60–61). Målet i NPMF er å utvikle evnene til å kunne gå inn og ut av sine forsvarmønstre for å tilpasse seg i forhold til situasjon og krav vi står i (s. 112).

Bunkan (2001, s. 2846) påpeker at behandlingen ikke retter seg mot spesifikke diagnoser, men til en generell omstilling i kroppen. Den kroppslig omstillingsprosess har til hensikt å hjelpe pasienten i «å utvikle nye og mer hensiktsmessige måter å bruke seg selv på», komme ut av sine fastlåste kontrollmønstre og være mer i kontakt med seg selv (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 112). Det er spesielt to nøkkelbegreper som vektlegges i prosessen; «fleksibilitet» som peker på en «kroppslig frihet og ledighet», samt «omstillingsevne», som viser til kroppens og personens evne til «variasjon og tilpasning» (Thornquist, 2006, s. 29–30). I denne forbindelse vektlegges at «gode bevegelser er kjennetegnet ved fri flyt og naturlige medbevegelser gjennom kroppen» (s. 49). Dette innebærer også fokuset på å slippe til frie strekkeimpulser som kan forplante seg fra fot til fingertupper (s. 28–29).

I NPMF tilstrebes det «å være til stede – å være i og med seg selv i situasjonen» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 23). Berøring, bevegelse og aktiviteter kan være med å fremheve kroppssanser, erfaringer og mestringsmuligheter (Gretland, 2007, s. 86). Thornquist (2009, s. 6) er særlig opptatt av å gi pasienten mulighet til å utforske bevegelser og belastningsmåter

for å utvikle tillit til egen kropp. Videre løfter Bunkan (2001, s. 2847) fram berøring som sentralt for å få tak på følelsesmessige nyanser og sette ord på disse. I denne forbindelse vektlegges fysioterapeutens sensitivitet, empati og vennlige berøring i forhold til å fremme pasienten sin aksept av seg selv (s. 2846).

Det er beskrevet flere sentrale psykomotoriske prinsipper (Thornquist, 2006, s. 31; Thornquist & Bunkan, 1995, s. 72–73). Det første er at «enhver behandling inkluderer hele kroppen. Thornquist (2009, s. 1) skriver at enhver undersøkelse og behandling går ut fra hele kroppen uansett type plager, samt at lokale forhold i kroppen må ses i tilknytning til kroppen som en helhet. Det andre prinsippet omfatter pusten; «enhver muskelspenning er en respirasjonsbremse» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 72). Thornquist og Bunkan (s. 25) skriver at sammenhengen mellom pust og følelser er i sentrum ved psykomotorisk behandling. De påpeker at følelser og reaksjoner vi ikke aksepterer selv, kan bremses og undertrykkes med pusten vår. Det tredje prinsippet er beskrevet som følgende: «Vi bygger opp kroppen nedenfra. Enhver behandling starter med bena, fundamentet» (s. 73). Thornquist (2006, s. 31) utdyper at det å etablere en god forankring og stå godt på egne ben, er en forutsetning for fri funksjon. Det fjerde og siste prinsippet som nevnes her, er å gi tid til omstillingen som kreves (Bunkan, 2001, s. 2848). Bunkan påpeker at langsiktig og forsiktig tilnærming, kan være nødvendig for å unngå overdosering og provosering av pasienten. Det er reaksjonene til pasienten som bestemmer tempoet i behandlingen (Thornquist, 2006, s. 31).

Det er to hovedretninger i den kroppslige tilnærmingen; støttende eller omstillende behandling (Bunkan, 2001, s. 2847). Gretland (2007, s. 88) beskriver den støttende behandlingen som tydeliggjøring av selvavgrensing, identitet og autonomi, og videre den omstillende behandlingen som en utfordring av den kroppslige reguleringen, det kroppslige forsvaret og vanemessige bevegelser og væremåte. Det er individuelt hva som fungerer for hver pasient (s. 88, 206).

2.1.3 Kroppen som uttrykker og bremser følelser

I NPMF ligger det en forståelse av at kroppen kan både uttrykke og bremse følelser og følelsesuttrykk gjennom pust, muskulatur, bevegelser og stillinger (Thornquist, 2006, s. 30). Dette kan være en naturlig del av den emosjonelle og sosiale tilpasning i forhold til egne og omgivelsenes krav og forventinger. For eksempel kan det av og til være hensiktsmessig å holde gråten tilbake, bite tennene sammen og lukke oss for verden. Derimot kan kroppslig

bremsing over tid være uheldig og føre til uhensiktsmessige belastninger for kroppen. Thornquist skriver at det «å slippe seg til kroppslig, er å slippe til følelser og følelsesuttrykk», mens det «å bremse seg kroppslig, er å bremse og holde følelser og følelsesuttrykk tilbake». I NPMF søkes det å gi pasienten kontakt med egne følelser gjennom kropp og bevegelser og parallelt fremme en ledighet og fleksibilitet i kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 23).

2.1.4 Kroppslig samhandling

Psykologen Binder (2002) definerer intersubjektivitet som «alle former for væren med den meningsbærende andre» (Gretland, 2007, s. 30). Den kroppslige samhandlingen i fysioterapifaget inkluderer en kroppslig og verbal dialog og vises ved både kroppslige og verbale uttrykk (s. 91, 176). Gjennom terapeutens oppmerksomme tilstedeværelse, evne til innlevelse og ubetinget aksept kan pasienten gradvis «godta seg selv som verdifull» (s. 92). Som psykomotorisk fysioterapeut kan man støtte pasienten til å kjenne etter hva man gjør med kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 115). Det gjelder også å støtte pasienten i å kjenne på og bevisstgjøre følelser ved å sette ord på dem. Ved å ha et aksepterende forhold til det pasienten formidler, gis det rom for følelser. Bunkan og Thornquist (s. 115) skriver at «når man oppnår kontakt med egne følelser og klarer å gi uttrykk for dem, harmoniseres de og blir ikke så påtrengende». Bunkan (2001, s. 2846) fremhever samtalen som sentral i NPMF for å skape en trygg, forutsigbar og god relasjon. Utgangspunktet for samtalen er særlig fokus på kroppen og kroppslige erfaringer (Thornquist, 2009, s. 6). Dette kan sammen med den kroppslige tilnærmingen gi rom for refleksjon og åpne for en forståelse av sammenheng mellom kropp, erfaring, relasjoner og sosiale situasjoner. Det kan igjen lede til en ny innsikt i sammenhengen mellom egen livshistorie og sykehistorie. Gretland (2007, s. 176) beskriver at den innsiktsorienterte samtalen i psykomotorisk fysioterapi, har til hensikt å skjerpe pasienten sin oppmerksomhet rundt egne reaksjoner og væremåter. For eksempel kan spørsmål være som følgende: La du merke til hva som skjedde der? For meg ser det ut som du krøller tærne ... Har du lagt merke til det? (s. 176).

2.2 Skam

I dette underkapittelet vil det først i korte trekk redegjøres for teori om skammens utvikling. Deretter vil skammens fenomenologi og skammens kompleksitet og alvor belyses.

2.2.1 Kort om utvikling av skam

Skam handler om at «selvet evaluerer selvet gjennom et kritisk og fordømmende blikk» og knytter seg til følelsen av å være feil (Farstad, 2016, s. 27–28). Den starter som en reaksjon på det «å bli blottstilt, avvist eller være i fare», skriver Farstad (s. 31). Utvikling av skam kan forstås i lys av dagens kunnskap om utviklingspsykologi og nevrobiologi (s. 100–101). Farstad viser til blant andre Allan Schore, som beskriver hvordan tidlige relasjonelle erfaringer med nære omsorgspersoner påvirker utvikling av hjernen. Schore vektlegger betydningen av den høyre hjernehalvdel i forhold til sosioemosjonell funksjon og evnen til å uttrykke og regulere alle primitive følelser inkludert skam (s. 103). Han beskriver en klar sammenheng mellom utvikling av tilknytningsmønstre i barnealder og skamfølelsens dynamikk (s. 101). Tilknytning til en viktig annen person i tidlig alder, vil være med å utvikle evnen til å regulere følelser innenfra. Slik oppstår skam allerede hos spedbarnet ved avvisning fra mor og kan føre til ubalanse i affektreguleringen (Farstad, 2016, s. 102).

Skam kan videre forstås i lys av Bowlbys tilknytningsteori (Farstad, 2016, s. 105). Denne utdyper hvordan relasjonelle mønstre og tilknytning til andre mennesker, oppstår som et resultat av responsen på våre følelser, behov og ønsker fra våre omsorgspersoner de første leveårene. Et eksempel er hvordan det å ikke bli møtt med nødvendig omsorg og oppmerksomhet, resulterer i en opplevelse av at «det er meg det er noe galt med». Erfaringer med skam kan enten forbli skamerfaringer eller bli internalisert og bli til destruktiv skam (s. 78). Gjennom livet får vi ulike livserfaringer som påvirker utviklingen av skammen. Den kan internaliseres når som helst i livet, men det er erfaringer vi gjør som barn som påvirker og gjør oss mest sårbare for denne internaliseringen. Den internaliserte, destruktive skammen utdypes nærmere i punkt 2.2.3.

2.2.2 Skammens fenomenologi

Skammens fenomenologi handler om hvordan den trer fram hos et menneske, enten gjennom kroppslige uttrykk eller følelsesmessig innhold (Farstad, 2016, s. 25). Alle affekter er kroppslig basert og erfart (s. 23). I tråd med dette setter skammen spor og avtrykk i kroppen

som erfares individuelt og subjektivt (s. 132). Dette uttrykkes enten fysisk, verbalt, emosjonelt eller relasjonelt - synlig eller usynlig for andre (ss. 26, 312).

Skammen kan gi en følelse av at «jeg er ingenting verd» og «jeg er uelskelig» (Stålsett Follesø, 2003, s. 102). Det er en global negativ selvevaluering som gir en følelse av å være totalt mislykket. Stålslett Follesø beskriver videre skam som «den andres øyne inne i en selv, det er når det er uutholdelig å tenke på hva andre tenker om en». Følelsen av å være verdiløs, fører til at man vil gjøre seg så liten og usynlig som mulig (Farstad, 2016, s. 29–30). I denne sammenhengen uttrykker Anstorp og Benum (2014, s. 203) at «når vi skammer oss, skjuler vi oss for oss selv og for andre». Skammen blir en løsning på følelsen av å ha sviktet seg selv og skyver alle andre følelser til side, som for eksempel frykt.

De fysiske uttrykkene i kroppen kan være flere (Farstad, 2016, s. 26). Kroppsholdningen kan preges av bøyd hode, unnvikende blikk og at man gjør seg så liten og usynlig som mulig. Stemmen kan være svak, defensiv og tilbakeholdt, og huden kan vise tegn ved rødming. Videre skaper skamfølelsen en «lammelse, passivitet og kraftløshet» som gjør at kroppen oppleves «fengslet, låst eller bundet» (s. 25).

De relasjonelle uttrykkene i kroppen kan komme fram ved et sterkt behov for å flykte bort fra en situasjon, relasjon eller i verste fall livet i seg selv (Farstad, 2016, s. 26). Skammen kan slik komme til uttrykk ved taushet, tilbaketrekning og isolasjon (ss. 26, 28, 133). Anstorp og Benum (2014, s. 197) understreker den nære sammenhengen mellom skam, taushet og ensomhet. I denne sammenhengen beskriver Skårderud (2001, s. 40) hvordan forventningen av forakt fra andre fører til at det blir skammelig å vise fram sin egen skam.

Skammen kan være skjult eller bevisst for pasienten som kommer til behandling (Farstad, 2016, s. 294). Noen ganger har pasienten allerede identifisert skammen, mens andre ganger kan man kjenne følelsen uten å forstå at det er skam det handler om. Skamfølelsen kan også være skjult bak andre fysiske eller psykiske symptomer og helseplager. (s. 305). Som mennesker vil vi beskytte oss mot den smertefulle skamfølelsen og derav utvikle et eget forsvar mot skam (s. 72). Det vil variere i hvilken grad dette skjer og hvordan det preger oss. Farstad refererer til Kaufmann (1985), som beskriver følgende sju ulike forsvarsstrategier; interpersonlig overføring av skam, raseri, forakt, jag mot makt, overføring av skyld, indre tilbaketrekning og perfeksjonisme. For eksempel kan jaget mot perfeksjonisme være et forsvar i form av å søke etter anerkjennelse fra andre (Farstad, 2016, s. 75).

2.2.3 Skammens kompleksitet og alvor

Skammen er kompleks og har ulike grader og former (Farstad, 2016, s. 31–32, 64). Fowler beskrev i 1996 «skamspekteret», der skam kategoriseres i skamvarianter ut fra grad og styrke og i skamscener etter hvilke livssituasjoner og sosiale forhold skam kan oppstå i. I tråd med dette utdypes skamvariantene akutt skam, sunn skam, ontologisk skam, sårbarhetsskam, destruktiv skam og forsvarsskam.

Akutt skam gir kortvarig, men dypt ubehag som spontan reaksjon på fare (s. 33). Sunn skam er en beskyttende, allmennmenneskelig skam, som er med på å regulere det relasjonelle og sosiale livet vårt ved respekt for egne og andres grenser (ss. 34–35). Videre er ontologisk skam en bevissthet om begrensninger knyttet til vår menneskelige natur, slik som smerte, død og lidelse (s. 35). Sårbarhetsskam kan være en vond skam knyttet til vår sårbarhet og avhengighet av andre mennesker og kjærlighet, felleskap, bekreftelse og tilhørighet (Farstad, 2016, s. 36–37).

Den alvorligste og dypeste formen for skam er den destruktive skammen, som også blir kalt internalisert skam (Farstad, 2016, s. 38). Farstad (s. 68) viser til psykologen Kaufman som beskriver denne som en «vedvarende følelse av å være ødelagt, defekt og aldri god nok som det mennesket man er». Denne skammen oppstår ved gjentatte og alvorlige tillitsbrudd i relasjoner (s. 72). Anstorp og Benum (2014, s. 83) beskriver skamfølelsen som sentral ved komplekse traumer. Dette bekreftes av Stålsett Follesø (2003, s. 100), som understreker at skam som en sterk følgetilstand etter alvorlige krenkelser.

Den siste skamvarianten er forsvarsskammen, som er en «psykobiologisk respons på fare» (Farstad, 2016, s. 32). Gilberg og McGuire beskriver forsvarsskammen som en «damage limitation strategy», eller en ufrivillig underdanig respons (s. 124). Denne oppstår for å unngå og dempe konflikt i relasjoner preget av asymmetriske maktforhold, som ved vold og overgrep. Farstad (s. 125) utdyper den akutte kroppsbaserte responsen som kommer til uttrykk, som en tilstand av «submission» eller «freeze» - også beskrevet som en resignasjon, total avmakt. Dette er traumelignende reaksjoner, hvor det autonome nervesystemet reagerer på reell eller oppfattet fare (Farstad, 2016, s. 145).

Skamscenene kan være mange og blant annet relatert til psykisk sykdom, ensomhet, kropp, kultur, arbeid og samfunn (Farstad, 2016, s. 32, 41–64). Av disse, vil skam knyttet til kroppen beskrives nærmere. Skårderud (2006, s. 45–47) skiller mellom de to begrepene kroppsskammen og skamkroppen. Kroppsskam innebærer en misnøye med kroppen og er

knyttet til kroppslige egenskaper og utseende, funksjoner og atferd (s. 50–52). Begrepet brukes også tilnærmet synonymt med kroppsbildeforstyrrelse, som viser til at vi har et bilde av kroppen vår som ikke stemmer overens med det vi ønsker. Kroppsskammen kan blant annet være relatert til mat, vekt og utseende og er essensiell ved spiseforstyrrelser (s. 53). Skamkroppen viser til den subjektive måten å kroppsliggjøre den dype skammen (Skårderud, 2006, s. 47). Med dette menes at kroppen blir et redskap for å uttrykke det indre liv når det er utfordrende å tåle og å erfare egne følelser (s. 56). Skammen kan slik vise seg ved skambaserte tilstander, blant annet rus, selvskading eller spiseforstyrrelse (s. 56–57).

2.3 Å møte skam i behandlingsrommet

I dette underkapittelet vil jeg belyse utvalgte temaer relatert til det å møte skam i behandlingsrommet.

2.3.1 Den trygge relasjonen

Sanderson (2015, s. 189) framhever det å etablere en trygg terapeutisk relasjon, som grunnleggende i arbeid med skam. Denne kjennetegnes av å møte pasienten med empati, medfølelse, aksept og en ikke-dømmende holdning for å bekrefte pasienten sin verdi som menneske. Trygghet kan bryte tausheten rundt skammen og legge til rette for å kunne utforske og gjøre den bevisst for pasienten (s. 189–191). Farstad (2016, s. 309) vektlegger også det å skape tillit mellom pasient og terapeut, som en forutsetning i møte med skam. I denne forbindelse løfter hun fram den relasjonelle sårbarheten pasienter med destruktiv skam kan ha.

Det å akseptere skammen til pasienten, kan være helende for skam (Sanderson, 2015, s. 194). Sanderson utdyper at terapeuten kan være med inn i pasientens opplevelse og være vitne til smerten, for å vise aksept og toleranse for skammen. Dette kan gjøre det lettere for pasienten selv å tolerere og akseptere sin egen skam (s. 194–195). Pasienten kan på denne måten erfare at andre forstår og slik redusere skammen (Anstorp & Benum, 2014, s. 203). Med andre ord kan terapeuten gi pasienten en opplevelse av trygghet ved å «møte pasienten i ensomhet», holde ut følelsene til pasienten og forholde seg til det vonde som har vært (Stålsett Follesø, 2003, s. 110).

Farstad (2016, s. 298–299) refererer til DeYoung og Schore, som løfter fram terapeutens emosjonelle kompetanse og emosjonelle tilstedeværelse som sentral i møte med pasienter med skam. Dette er en forståelse av at skamfølelsen må møtes med en høyre-til-høyre-hjerne-

psykoterapi. Skammen vil ikke høre det logiske, rasjonelle og kognitive fra den venstre hjernehalvdelen, men må erfares å bli møtt med terapeutens affektive inntoning og emosjonelle regulering. Dette betyr at pasienten må erfare at terapeuten er til stede ved affektiv respons gjennom ansiktsuttrykk, blikk, stemmeleie, kroppsspråk, empatiske uttrykk og følelser (s. 299, 315). Det grunnleggende er at pasienten opplever terapeuten som ekte og ærlig, samt at terapeuten har sansene åpne for pasientens skjulte eller åpenbare skam (Farstad, 2016, s. 293–294).

Den terapeutiske relasjonen kan være skamtriggende (Farstad, 2016, s. 293). Faktorer som terapeuten må være klar over i arbeid med skam og som kan trigge skam, er blant annet den ujevne maktfordelingen i relasjonen, pasientens sårbarhet samt følelsen av avhengighet og redsel for avvisning, som pasienter med skam kommer med. Farstad (2016, s. 301) skriver at terapeutens kunnskap og forståelse av skam, er en forutsetning for å lykkes. Dette handler om å forstå skammens dynamikk i relasjon og ha respekt for pasientens skamforsvar og eventuelle egne skamreaksjoner. Slik kan terapeuten være oppmerksom på når skammen utspiller seg og faren for å reskamme pasienten. Ved å være nennsom og ha respekt for forsvaret, kan skammen gradvis bli avdekket (s. 305). I arbeid med skam, utdyper Sanderson (2015, s. 191) at terapeuten også må være klar over sin egen sårbarhet og skam i arbeid med skam. I tråd med dette skriver Farstad (2016, s. 293) at det å være bevisst på, eie og bearbeide sin egen skam, er nødvendig for å unngå at eget skamforsvar står i veien for å møte pasientens skam.

Stålslett Follesø (2003, s. 103) understreker også betydning av nennsomhet slik at pasienten kan dele de vonde erfaringene rundt skammen. Pasienten kan få ulike reaksjoner i møte med skam, blant annet i form av at kroppen skrur seg av eller kollapser (Sanderson, 2015, s. 196). I den forbindelse løfter også Sanderson fram det å ta hensyn til pasientens toleranse for skammen. Farstad (2016, s. 294) peker i tillegg på nytten av å ha med seg et allment perspektiv på skam, som kan være skamreducerende i møte med pasienten.

2.3.2 *Å utforske og dele skammen*

Å dele skammen med et annet menneske man stoler på, er den beste motgiften mot skammen, skriver Sanderson (2015, s. 198). Anstorp og Benum (2014, s. 202) understreker hvordan «tidligere etablerte sannheter kan danne kjernen i fastlåst skam». Ved å innta en undrende posisjon og støtte pasienten til å dele skammen, kan terapeuten sammen med pasienten utforske hva skammen handler om og mulig se historien bak skammen (s. 197, 203).

Sanderson (2015, s. 196) utdyper det å utforske skammen med en tilstedeværelse i kroppen for både terapeut og pasient for å kjenne på skammen og jobbe seg gjennom den. For eksempel vil berøring kunne være helende for skammen innenfor trygge rammer og grenser (Farstad, 2016, s. 137).

Affektbevissthet er sentralt for å bli bevisst på, identifisere og forstå hva som trigger skammen (Farstad, 2016, s. 295, 305). Farstad (s. 304) beskriver skambevissthet om pasientens evne til å gjenkjenne skammen når den melder seg uten at den dekkes til av andre følelser eller uttrykk. Sanderson (2015, s. 190) vektlegger det å gi pasienten kunnskap knyttet til skammens natur og opphav, hvordan den kommer til uttrykk hos den enkelte samt hvordan den former negative overbevisninger om seg selv. I denne prosessen kan det også handle om å plassere ansvaret for skammen der den hører hjemme, spesielt der skam er påført av andre i form av blant annet krenkelser (Sanderson, 2015, s. 207). Stålsett Follesø (2003, s. 103, 107) legger til at kunnskap om det allmennmenneskelige og normalreaksjoner ved for eksempel et overgrep, kan det gi pasienten håp, redusere ensomheten og derav også redusere skammens kraft. Til tross for betydning av kunnskap, så understreker hun relasjonens betydning som helende for skam (s. 106).

2.3.3 Endring av skammens karakter

Ved arbeid med skam, skjer det en endring i skammens karakter og styrke slik at den blir lettere å tåle (Farstad, 2016, s. 308). Farstad (s. 333) utdyper at det ikke er ønskelig å bli fri fra den sunne eller den allmenne formen for skam. Derimot er det nødvendig å bli frigjort fra den destruktive skammen som kan være både overveldende og livshemmende. Dette handler om å bygge opp større tåleevne for skammen gjennom en terapeutisk relasjon. Noen ganger kan det være en livslang skamreduksjon (s. 334).

I den terapeutiske relasjonen kan pasientene få mulighet til å ramme inn seg selv på nytt og gi sin egen verdi større plass (Sanderson, 2015, s. 189, 194, 206). Dette ved at terapeuten inviterer pasienten til å utfordre skambaserte oppfatninger om seg selv. Anstorp og Benum (2014, s. 204) viser at det å åpne for skammen, kan skape en ny forståelse av seg selv og opplevelse av verdighet. I tråd med dette, løfter Farstad (2016, s. 306) fram hvordan det å forstå skammen, kan gi tilgang til en god stolthetsfølelse knyttet til hvem man er som person. Ved større aksept av seg selv, opplever pasienten å bli mer synlig og kontakten med andre mennesker blir lettere (Sanderson, 2015, s. 198).

2.4 Internasjonal og nasjonal forskning på skam

Det ble foretatt flere litteratursøk med en systematisk tilnærming rettet mot skam og psykomotorisk fysioterapi. Gretland (2007, s. 23) er opptatt av at det i profesjonelt helsearbeid og fysioterapi spesielt, er nødvendig å hente kunnskap fra ulike faglige innfallsvinkler. Med dette utgangspunktet, ble det også foretatt litteratursøk på forskning på skam rettet mot fysioterapi generelt, andre psykomotoriske retninger som Body Awareness Therapy og andre fagfelt / fagområder som sykepleie, psykoterapi og sensorimotorisk psykoterapi. Jeg utførte søk i databaser som Chinal, PsycINFO, Oria og Pubmed. I tillegg ble det gjort søk ut fra Google Scooler og ut fra fagtidsskriftet Fysioterapeuten. Spesifikke søkeord var følgende: shame, Physical therapy, Physical Therapy Modalities, psychomotor physiotherapy, Norwegian Psychomotor physiotherapy, Professional-patient relation, quality research.

Få studier belyser skam i psykomotorisk fysioterapi. Kristiansen (2022) belyste i sin masteroppgave at NPMF kan være en relevant tilnærming for å forstå skammens uttrykk relatert til krenkelser (2022, s. 61). Flere studier innen NPMF gjør rede for nærliggende temaer som er knyttet til psykisk helse. Kristiansen og Ekerholt (2022) konkluderer i sin kvalitative studie av pasienter med sammensatte lidelser, at NPMF gjennom kroppslig erfaring kan bidra til økt evne til å ivareta seg selv gjennom en meningsskapende behandlingsprosess. Dette ved at pasienten lærer å forstå egen kropp og symptomer på nye måter. Videre konkluderer Bergland et. al. (2018) i en RCT studie at NPMF har effekt i forhold til selvtillit, der følelsen av egenverdi inngår som en av flere variabler (Bergland et al., 2018, s. 5).

I fysioterapifaget generelt, både i Norge og internasjonalt, nevnes begrepet skam i forbindelse med undersøkelse av fenomener som overvekt, kroppsbilde, fysisk aktivitet og andre kroppslige plager. Groven og Heggen (2018) peker i sin kvalitative intervjustudie på at det er viktig at fysioterapeuter møter pasienter med overvekt med empatisk kommunikasjon. Dette med tanke på å fremme myndiggjøring i motsetning til å trigge skam hos pasienter. Videre belyste Berg et.al. (2021) utfordringer ved «utredning av kroppsbildeforstyrrelse hos personer med fedme og overspisingslidelser», der skam over egen kropp kan vekkes i møte med fysioterapeuten. Berg et.al. konkluderte med at arbeid med skam bør inkluderes i tilnærmingen ved å vende fokus på å gjøre nye erfaringer av seg selv og egen kropp i bevegelse og samspill med andre. Spesielt vektlegges opplevelse av aksept, bruk av tid og relasjonelle erfaringer som motgift til følelse av skam hos pasienten.

I lys av problemstillingen, er det videre aktuelt å nevne sensorimotorisk psykoterapi, en kroppsorientert samtaleform (Fisher, 2019). Metoden benyttes i møte med skam i traumeterapi (s. 2, 8). Den innebærer at pasienten under samtale med terapeuten, registrerer kroppen med dens indre fornemmelser, bevegelser, følelser og erkjennelser. Avslutningsvis vektlegger psykologen Myklebust (2018) det å gi pasienter som strever med skam, nye erfaringer av å bli verdsatt, bli møtt med aksept og ubetinget anerkjennelse i den terapeutiske prosessen. Hun framhever også hvordan det å sette ord på skammen kan bidra til å endre skam.

3 METODE

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for forskningsprosessen i masteroppgaven.

Problemstillingen var som følger: *Hvordan forstår og møter psykomotoriske fysioterapeuter skam i behandlingen?* For å belyse denne, valgte jeg å benytte en kvalitativ forskningsmetode. Johannessen (2016, s. 95) beskriver hvordan man i kvalitativ metode fokuserer på å forstå og beskrive hvordan mennesker oppfatter verden. Jeg vil her gjøre rede for valg studiedesign og vitenskapsteoretisk forankring. Videre vil utvalget og rekrutteringen, datainnsamlingen og dataanalysen bli presentert. Avslutningsvis vil etiske vurderinger og hensyn til personvern bli beskrevet.

3.1 Design

I denne masteroppgaven ble det benyttet et eksplorerende og beskrivende design. Malterud (2017, s. 31–32) understreker hvordan en utforskende eller eksplorerende tilnærming, er særlig egnet, der kunnskapsgrunnlaget er tynt, og vi samtidig stiller oss åpne for et mangfold av svar og en ny forståelse av et fenomen. Dette var gjeldende i forhold til temaet skam i psykomotorisk fysioterapi. Videre med støtte i Malterud (2002, s. 2468) er et slikt design også hensiktsmessig for å søke kunnskap om dynamiske prosesser i den levende menneskekroppen og i en sosiokulturell sammenheng. Her vil jeg trekke en parallell til skam som i denne masteroppgaven, ble løftet fram i lys av den biologiske og fenomenologiske forståelsen av kroppen i NPMF samt den relasjonelle konteksten mellom terapeut og pasient.

Når det gjelder det beskrivende designet, så utdyper Malterud (2017, s. 86) hvordan empiriske data kan danne utgangspunkt for nyanserte beskrivelser, der typiske kjennetegn ved et fenomen løftes fram og kan gi ny innsikt i et fenomen. Relatert til problemstillingen gjaldt det å løfte fram beskrivelser som peker på kjennetegn og nyanser om skam fra informantenes ståsted relatert til klinisk praksis.

Det ble tatt utgangspunkt i teorigrunnlaget for NPMF og psykologiske teorier i forhold til skammens fenomenologi, for å analysere utsagnene til informantene. Dette er i tråd med Malterud (2017, s. 189–191) sin beskrivelse av å anvende temateorier for å skjerpe blikket og gi et skarpere tolkningsfokus i analysen. Videre ble teorien benyttet i diskusjon av resultatene fra analysen.

I tråd med det eksplorerende og beskrivende designet, ble individuelle, semistrukturerte intervjuer valgt som datainnsamlingsmetode. En-til-en intervjuet åpner for mulighet for detaljerte beskrivelser av informantens forståelse, erfaringer, oppfatninger og refleksjoner, skriver Johannessen (2016, s. 146). Videre er det semistrukturerte intervjuet kjennetegnet av

en overordnet intervjuguide med faste temaer, men med rom for variasjon av spørsmål, temaer og rekkefølge (s. 148). Dette gir ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 157), mulighet til å forfølge de svarene og historiene som blir fortalt underveis. I tråd med dette, ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 4), som beskrives nærmere i punkt 3.4.2. Metoden som ble valgt for analyse av datamaterialet, var Systematisk tekstkondensering (STK), utviklet av Kirsti Malterud (2017, s. 97). Denne utdypes videre i punkt 5.1.

3.2 Vitenskapsteori

Masteroppgaven er forankret i to vitenskapsfilosofiske tradisjoner; hermeneutikk og pragmatisk filosofi. Dette med bakgrunn i Malterud sin plassering av STK innenfor de to tradisjonene (Malterud, 2017, s. 97). Hermeneutikken er opptatt av hvordan vi forstår og gir verden mening gjennom fortolkning. Malterud (s. 28) uttrykker i denne forbindelse at tolkning av meninger i menneskelige uttrykk, er grunnlaget for forståelse. Med dette utgangspunktet handlet problemstillingen om å få en ny forståelse av hvordan psykomotoriske fysioterapeuters forstår og møter skam i møte med pasienter. I alle deler av forskningsprosessen, særlig ved datainnsamling og -analyse, har den hermeneutiske fortolkningen vært gjeldende. Den hermeneutiske sirkel er et sentralt prinsipp som forklarer en dynamisk erkjennelsesprosess, hvor vi forstår delene ut fra en helhet og motsatt forstår vi helheten ut fra delene (Thornquist, 2018, s. 171). Ved å pendle mellom del og helhet vil helhetsforståelsen være i endring og gi grunnlag for ytterligere ny forståelse og dypere innsikt. Slik kan også forskningsprosessen i denne masteroppgaven beskrives. Det er tidligere under punkt 1.5., nevnt begrepet forforståelse, som er et sentralt innenfor hermeneutikken. I lys av dette handler det i masteroppgaven om å gå i dybden av hvordan et utvalg av psykomotoriske fysioterapeuter forstår og møter skam i behandlingsrommet og samtidig være våken på betydningen av egen forforståelse.

STK er en «pragmatisk metode for tverrgående analyse av kvalitative data» (Malterud, 2017, s. 97). Med begrepet pragmatisk viser Malterud (s. 37–38) til metoder uten spesifikk tradisjonstilhørighet og pragmatisk filosofi, som vektlegger brukbarhet og praksis. I denne masteroppgaven bestod datamaterialet av empiriske data fra semistrukturerte intervjuer, som ble analysert ved hjelp av en tverrgående analyse. Disse elementene inngår ofte i pragmatiske studier ifølge Malterud.

3.3 Utvalg og rekruttering

I lys av problemstillingen for masteroppgaven, ble det valgt et strategisk utvalg som bestod av psykomotoriske fysioterapeuter for å kunne innhente data om fenomenet «skam i psykomotorisk fysioterapi». Malterud (2017, s. 58) beskriver et strategisk utvalg som sammensatt slik at datamaterialet best mulig skal belyse problemstillingen. På bakgrunn av dette var det et mål å komme i kontakt med psykomotoriske fysioterapeuter som hadde refleksjoner og erfaringer å løfte fram omkring skam hos pasienten i behandlingsrommet. Følgende inklusjonskriterier for informantene ble satt for å delta i masteroppgaven:

- Psykomotorisk fysioterapeut med rett til å heve kompetansetakst A9 i Helfo systemet (Norsk Fysioterapiforbund, 2022).
- Erfaring som psykomotorisk fysioterapeut i to år eller mer i privat praksis.
- Geografisk tilhørighet i region Helse Sør-Øst med en kjøreavstand på maksimalt 1,5 time mellom forsker og informant. Dette kriteriet ble satt for å gjøre det lettere og mer praktisk å gjennomføre intervju med fysisk møte.

Første steg i rekrutteringsfasen av informanter for å få et strategisk sammensatt utvalg, var å opprette kontakt med Norsk fysioterapeut forbund (NFF) sin faggruppe for psykomotorisk fysioterapi. Det ble publisert et innlegg via Facebook, hvor arbeidstittel og formål med masteroppgaven ble presentert. Innlegget resulterte i egenrekruttering av to informanter i en gruppe på nærmere 380 medlemmer. Andre steg i rekrutteringsfasen foregikk ved e-post direkte til klinikker med en eller flere psykomotoriske fysioterapeuter. Kontaktinformasjon ble hentet fra NFF sin hjemmeside og via bekjenskaper i fagmiljøet for øvrig. Totalt fikk 22 psykomotoriske fysioterapeuter direkte forespørsel via e-post, hvorav 10 ikke responderte. Disse ble ikke oppsøkt på telefon videre. Slik er det heller ikke mulig å vite om de mottok forespørselen. Direkte rekruttering via e-post resulterte i respons fra fem informanter. Totalt sju informanter ga skriftlig, informert samtykke til deltakelse i masteroppgaven. Alle disse informantene var innenfor inklusjonskriteriene og ble slik inkludert i masteroppgaven. Ingen av informantene trakk seg underveis.

Informantene var kvinner i alderen fra 35 år til 65 år. De beskrev ulike kurs eller utdanninger som var relevant for arbeidet sitt som psykomotoriske fysioterapeuter, både fagspesifikke, tverrfaglige og innenfor traumefeltet. Noen av informantene var i tillegg godkjente spesialister i psykomotorisk fysioterapi ut fra NFF sin spesialistordning. Fire av de sju informantene hadde arbeidet som psykomotoriske fysioterapeuter i over 20 år. De resterende

tre informantene hadde ca. 5-15 års erfaring innenfor fagfeltet. Geografisk avstand mellom intervjuer og informanter var fra ca. 1-1.30 timer kjøretid én vei.

3.4 Datainnsamling

3.4.1 Forberedelse

Etter innhenting av informanter, ble det fortløpende avtalt tid og sted direkte mellom intervjuer og informant via mailkorrespondanse. Det ble fra mitt ståsted lagt vekt på å være fleksibel i forhold til når det kunne passe for informantene. Forberedelsen i forkant av intervjuene handlet for øvrig om å være godt forberedt på intervjuet og intervjuguiden og rydding av plass i egen kalender for å sikre god tid til transport og gjennomføring av intervjuene. Utover dette var også nødvendig med forberedelse i forhold til det tekniske som bruk av Nettskjema, Nettskjema app på mobil og ekstern lydopptaker.

3.4.2 Intervjuguiden

Intervjuguiden (vedlegg 4) ble utformet i samarbeid med veileder i forbindelse med prosjektbeskrivelsen. I tråd med Johannessen et.al. (2016, s. 150), er den bygd opp med en innledning, fakta spørsmål, introduksjonsspørsmål, nøkkelspørsmål og til slutt en avslutning.

Første del av intervjuguiden bestod av innledende informasjon til informanten.

Personvernmessige hensyn ble repetert i tråd med informasjonsskrivet informanten fikk på forhånd, parallelt med innsamling av samtykkeskjema for skriftlig, informert samtykke. Det ble videre informert om at jeg som forsker og intervjuer, var særlig i interessert i forståelsen og erfaringene til den enkelte informant i forhold til temaet skam og psykomotorisk fysioterapi. Det ble oppmuntret til å komme med kliniske vignetter underveis, det vil si eksempler fra praksis som beskriver en konkret hendelse eller situasjon. I tråd med NSD sin tilbakemelding (vedlegg 1), ble det presisert at det gjennom hele intervjuet og spesielt ved slike kliniske vignetter, ikke skal framkomme taushetsbelagte opplysninger eller være mulig å spore tilbake og gjenkjenne konkrete pasienter.

Andre del av intervjuguiden var fakta spørsmål om informanten, som erfaring, kompetanse og interessefelt.

Tredje del bestod av introduksjonsspørsmål for å innlede til selve temaet og få fram spontane refleksjoner og grunnleggende forståelse i forhold til skam, psykisk helse og psykomotorisk fysioterapi. I den fjerde delen var nøkkelspørsmålene, som ledet til dypere dykk inn i skam

og psykomotorisk fysioterapi i behandlingsrommet. Her var det særlig fokus på hvordan informantene gjenkjenner skam, møter skam samt hvordan dette spesielt innlemmes i psykomotorisk praksis ut fra psykomotoriske kjennetegn og prinsipper.

Avslutningsvis i intervjuguiden, var det et sentralt spørsmål: «Er det noe mer du vil føye til slutt?» Dette er i tillegg til Johannesen et.al. sin beskrivelse, i tråd med Kvale og Brinkmann (2015, s. 161) sin anbefaling. De skriver at slik kan intervjupersonen få mulighet til å ta opp noe som man har tenkt på eller bekymret seg for under intervjuet, som en del av en debrifing.

3.4.3 Gjennomføring

Seks av sju intervjuer ble gjennomført ved fysisk oppmøte på informantens arbeidssted, nærmere bestemt i behandlingsrommet. Det siste intervjuet ble gjennomført digitalt. Bakgrunnen for dette var tidsmessige hensyn. Intervjuene ble tatt opp på Nettskjema - diktafon (Universitetet i Oslo, 2023b) med intervjuers mobiltelefon. Opptaket ble herfra overført til en sikker lagringsplass i Nettskjema sin skyløsning, hvor lydfilene kunne spilles av i etterkant. Ingen lydfile ble lagret lokalt eller kunne spilles av på mobiltelefonen. Ved de seks første intervjuene som var ved fysisk oppmøte, ble en liten ekstern båndopptaker benyttet som en backup løsning med. Ved det siste intervjuet, ble det ikke benyttet ekstern opptaker. Dette med bakgrunn i at lyd kvalitet ved avspilling hadde vist seg å være tilfredsstillende på de første intervjuene. Intervjuene varte fra 45 min til cirka 80 min. Intervjuguiden ble benyttet som hjelpemiddel for å lede intervjuet og holde fokus på temaet «skam i psykomotorisk fysioterapi».

3.4.4 Transkribering

I tråd med datahåndteringsplanen (vedlegg 5), ble data overført via Nettskjema til programvaren Amberskript med innlogging via Feide. I Amberskript var intervjuene tilgjengelig for avspilling, samt at data ble overført fra lydfile til skriftlig tekst. Deretter ble dataene transkribert manuelt ved å lytte til intervjuene gjentakende ganger og i langsomt tempo for korrigering av tekstdokumentet. Datafilene ble lagret i Word-format i One Drive Office 365 med innlogging via Høgskolen i Innlandet. Det ferdig transkriberte datamaterialet fra de sju intervjuene, ble sendt per post til veileder. Dette for å kunne skape grunnlag for felles drøfting i påfølgende analyse av datamaterialet.

3.5 Analyse av datamaterialet

STK er en tverrgående analyse, der man ser etter likhetstrekk, forskjeller og variasjoner mellom de ulike deltakernes erfaringer, følelser og holdninger (Malterud, 2017, s. 93). Ut fra problemstillingen var dette en egnet metode for å gå i dybden på materialet og å se etter mønstre i forhold til hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår og møter skam i behandlingsrommet. STK er en av flere systematiske, kvalitative analysemetoder i vitenskapelig forskning (s. 92). Som ny i forskerrollen, var jeg opptatt av en strukturert beskrevet metode trinn for trinn. Slik falt valget mitt på STK, som er grundig beskrevet. Ut over dette ble ingen av de andre metodene vurdert. I dette underkapittelet vil jeg presentere Systematisk tekstkondensering som metode. Deretter vil den gjennomførte analyseprosessen bli beskrevet trinn for trinn.

3.5.1 Systematisk tekstkondensering (STK)

STK består av fire analysetrinn (Malterud, 2017, s. 98). Den kvalitative analysen handler om å bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet» (Malterud, 2002, s. 2470). Gjennom hele dataanalysen har veileder hatt en aktiv rolle sammen med meg som masterstudent. Dette i tråd med Malterud (2017, s. 100) sin beskrivelse av det å lage et analytisk rom med flere nyanser. Her vil jeg kort presentere de fire trinnene i STK.

I trinn 1 er målet å lese teksten i fugleperspektiv for å få et helhetsperspektiv av data og derav trekke ut fire til åtte foreløpige temaer (s. 99).

Videre i trinn 2 blir relevant tekst plukket ut og meningsbærende enheter identifisert for deretter å bli systematisert og plassert under de foreløpige temaene fra trinn 1 (s. 101).

Temaene peker seg etter hvert ut som reviderte kodegrupper med mulige i undergrupper (s. 104). Malterud kaller prosessen for koding og en dekontekstualisering. Hun beskriver dette som følgende; «deler av teksten tas ut av sin opprinnelige sammenheng for senere å leses i sammenheng med beslektede tekstelementer i lys av teoretiske perspektiver». Videre har STK til hensikt å være en fleksibel prosess, hvor blant annet meningsbærende enheter kan endre plassering og kodegrupper kan justeres i antall og innhold underveis (s. 103–105).

I trinn 3 fortsetter dekontekstualiseringen og den tverrgående analysen. Kodegrupper deles inn i subgrupper med fellestrekk, som deretter skrives ut i kondensater (s. 112). Et kondensat er et kunstig sitat i jeg-form som kondenserer, eller sammenfatter, innholdet i subgruppene (s. 107).

I det siste trinnet, trinn 4, settes kondensatene sammen i en rekontekstualisering og skrives om til en analytisk tekst i tredjeperson (s. 108–109). Teksten skal kunne kjennes igjen fra den opprinnelige sammenhengen og presenterer et utvalg med fellestrekk og variasjoner fra flere historier (s. 109). Kodegruppene utvikles til resultat kategorier, som igjen danner grunnlag for overskrifter i analysens siste del (Malterud, 2017, s. 109).

3.5.2 *Beskrivelse av analyseprosessen*

I dette avsnittet vil jeg gjøre rede for trinn 1-3 i STK for å synliggjøre veien fram til resultatene i trinn 4. Resultatene blir nærmere presentert i kapittel 4.

Første steg var gjennomlesing av datamaterialet på totalt 180 skrevne sider (skriftstørrelse 12) og omtrent 62000 ord. Datamateriale bestod av en rik mengde sitater og kliniske vignetter. Med kliniske vignetter menes her anonymiserte, kliniske eksempler informantene løftet fram for å belyse tematikken. Ved et overblikk over teksten, landet jeg sammen med veileder på sju foreløpige temaer som pekte seg ut. Disse handlet om informantenes erfaringer i forhold til hvordan skammen kommer til uttrykk i behandlingsrommet, en overordnet forståelse av begrepet skam og plassering av skam innenfor psykomotorisk fysioterapi. Videre omfattet det hva som skjer i behandlingsrommet, kliniske vignetter og responsen hos pasienten ved å løfte fram skammen. De foreløpige temaene fikk navn ut fra informantenes utsagn. De er presentert skjematisk i tabell 1 i samme rekkefølge som nevnt ovenfor.

Foreløpige temaer
Dette kroppslige kollapset som ligger i skam.
Bare kjenner det i stemningen i rommet, kjenner det i magen.
Ikke gjøre seg selv gjeldende.
Psykomotoriske prinsipper og skam.
Bli bevisst og våken for hva den her skammen gjør.
Å være var for pasientens reaksjoner.
Gi seg selv tyngde.

Tabell 1: STK trinn 1.

I trinn 2 fortsatte prosessen med å finlese datamaterialet, identifisere meningsbærende enheter og sortere de under de foreløpige temaene. Dette ble et rikt tekstdokument med 15-40 meningsbærende enheter under hvert tema. De sju foreløpige temaene ble endret til såkalte kodegrupper. Det dannet seg etter hvert et mønster med to til ti undergrupper innenfor hver av disse. For å gjøre denne prosessen transparent, er de de sju kodegruppene med tilhørende undergruppene skjematisk vist i tabell 2.

Trinn 3 var preget av den tverrgående analysen. Datamaterialet ble skrevet ut i sin helhet med kodegrupper, undergrupper og meningsbærende enheter på papir. Det ble klippet opp, flyttet tekst og merket fellestrekk og forskjeller med farger. Gradvis gikk jeg over til digital bearbeiding av tekstmaterialet på grunn av en stor datamengde. Etter hvert som jeg våget å rive tekstbiter fra hverandre og å se mer på tvers av materialet i samarbeid med veileder, dannet det seg et tydeligere bilde av teksten. Det pekte seg ut et mønster av likheter og kontraster mellom de meningsbærende enhetene. Slik landet det ned på fire kodegrupper med to subgrupper i hver av dem. Dette er skjematisk vist tabell 3.

For hver kodegruppe ble det så formulert et kondensat. Jeg vil her trekke fram et utdrag fra et kondensat for å synliggjøre forskningsprosessen. Dette ble formulert på følgende måte:

I møte med pasienten, ser jeg at skammen er med på å krympe oss. Skammen kommer til uttrykk som en kroppslig kollaps. Det typiske kroppslige uttrykket er at pasienten lukker seg, vender blikket bort, henger med hodet, samler armer og ben og synker sammen i overkroppen. Både pust og bevegelse hemmes. Jeg ser hvordan skammen hemmer kroppen i å utfolde seg, bevege seg og være fri.

I trinn 4 ble teksten omformulert fra kondensat til en analytisk tekst. utfordringen her var å være tekst nær, bevare informantenes stemmer samtidig skrive det om til mine ord. Det var spesielt utfordrende å velge ut hvilke sitater og kliniske vignetter som skulle få ta plass i resultatdelen. Det var en rik mengde sitater og kliniske vignetter, og flesteparten var aktuelle og direkte rettet mot problemstillingen. Sitatene som ble valgt ut og tatt med i teksten, er direkte hentet ut fra intervju materialet. Arbeidet med trinn 4 ledet til slutt til fire resultat kategorier, som representerer hovedfunnene og overskriftene i kapittel 4. Under hver resultat kategori pekte det seg ut tre – fire underpunkter, som skiller seg fra subgruppene i trinn 3. Dette er skjematisk vist i tabell 4.

Kodegrupper	Undergrupper
Dette kroppslige kollapse som ligger i skam.	Skammen er med på å krympe oss. Liten frihet i egen kropp.
Bare kjenner det i stemningen i rommet, kjenner det i magen.	Vanskelig å få tak på. Livshistorien kan gjøre en var for om det kan være skam. Skam – det er et heftig ord.
Ikke gjøre seg gjeldende.	Jeg er så flau at jeg kan krype i et musehull. Mangel på tillit til seg selv og andre. Usynlig følelse i psykisk helse. Skam som ikke settes ord på. Ensomhet. Relasjonelt.
Bruker de psykomotoriske prinsippene konkret i forhold til hva jeg ser i kroppen.	Kroppen er vår innfallsvinkel. Støttende og omstillende behandling. Berøring. Å bli våken. Hele relasjonen, anerkjennelsen, berøringen, bekreftelsen av personen. Hele mennesket. Kroppen som et åsted.
Bli bevisst og våken for hva den her skammen gjør.	Empatisk innlevelse. Troll sprekker når det kommer ut i sola! Skam smelter ved kontakt! Å gå opp en ny sti Mot – kanskje den viktigste ingrediens for å komme ut av skam. Sette ord på. Varsomhet.
Være var for pasienten sine reaksjoner.	Skamfølelsen har vært en motor hele livet. Å få ta plass og tid - kroppslig og relasjonelt i behandlingsrommet. Tillit. Å dele skammen i behandlingsrommet. Å få kontakt med skammen. Å få presentert en annen sannhet eller forklaring. Du bare gir meg en god følelse i kroppen. Det er lov å føle sånn. Å bli møtt med forståelse. Å undre seg sammen med pasienten. I takt med pasientens historie og reaksjoner. Å koble sammen kropp og historie / tanker / minner (sjel?) gjennom refleksjon. Å erfare den verdien man har. Å være ekte sammen med pasienten.
Gi seg selv tyngde.	Tar mer plass med stemme og kropp. Å være mer av seg selv. Friere i kroppen til livsutfoldelse. Livsenergi! Heftig og skummelt.

Tabell 2: STK trinn 2.

Kodegrupper	Subgrupper
Det kroppslige kollapset	Skammen krymper oss. Lite fri i egen kropp. Selvverd og skammens dypere lag
Helhetlig tilnærming i psykomotorisk fysioterapi	Kroppen som innfallsvinkel Å forstå av det kroppslige uttrykket
Varsomhet i møte med skam	Empati, vennlighet og tålmodighet Å dele skammen og lage nye sannheter
Å være mer av seg selv	Å gi slipp og ta plass Å erfare den verdien man har

Tabell 3: STK trinn 3.

Resultatkategorier	Underpunkter
Skammens "krymping" i kropp, relasjon og selvverd	Kroppslig krymping Hemming i relasjoner Manglende selvverd Skammens skjulte karakter
Å være den levende andre	Varsomhet Å gi rom for ordene Å bruke tid på reaksjonene
Å bli bevisst på skammen ved kroppslig tilnærming og dialog	Bevisstgjøring Kroppslig tilnærming Dialog mellom to kropper
Pasientens endringsprosess	Å ta plass Å oppleve en ny virkelighet

Tabell 4: STK trinn 4.

3.6 Etiske overveielser

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 97) vil etiske hensyn være sentralt i hele forløpet av en intervjuundersøkelse fra tema melder seg til rapporten foreligger. Etikk handler om forholdet mellom mennesker, og hva vi kan og ikke kan gjøre mot andre mennesker (Johannessen et al., 2016, s. 83). Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har vedtatt egne forskningsetiske retningslinjer som presiserer tre særlige hensyn; informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade (s. 85). Det er under hele forskningsprosessen blitt tatt etiske hensyn til informantene. Det samme gjelder ivaretagelse av ansvaret for informantenes personvern og anonymitet. Dette beskrives nærmere under punkt 3.7. I dette underkapittelet vil jeg trekke fram noen eksempler på forskningsetiske hensyn i ulike faser av masteroppgaven.

I planleggingsfasen ble det utarbeidet en prosjektbeskrivelse med refleksjon over etiske overveielser. Den sentrale forutsetningen for deltakelse, var informert, skriftlig samtykke fra informantene. Det ble i tråd med dette formulert et informasjonsskriv med samtykkeskjema (vedlegg 3), som informantene fikk tilsendt på mail i rekrutteringsfasen. Det framkom her blant annet informasjon om ivaretagelse av informantene i tråd med de forskningsetiske prinsipper, hensikten med masteroppgaven, hva dataene skal brukes til, lydopptak og oppbevaring av data. Informasjonen ble i korte trekk repetert ved starten av de individuelle intervjuene parallelt med at det skriftlige, signerte samtykkeskjemaet ble samlet. Disse ble videre lagret i Nettskjema bildeapp (Universitetet i Oslo, 2023a).

I planleggingsfasen ble jeg videre gjennom dialog med veileder, oppmerksom på det sårbare temaet skam er. Det er informantenes erfaring med skam hos pasienten, som er sentralt i intervjuene. Parallelt med dette fikk jeg en forståelse av hvordan intervjuprosessen kan vekke personlige erfaringer og opplevelser knyttet til skam både hos informantene selv og meg som forsker. Ved gjennomføringen av intervjuene, ble det løftet fram ulike personlige erfaringer. En av informantene nevnte spesielt en episode, der hun opplevde at hun hadde gjort noe feil overfor en pasient. I dette tilfellet valgte jeg som intervjuer å lytte aktivt til det som ble sagt og gi opplevelsen tid og plass på informantens premisser. Dette uten å gå dypere inn i det av hensyn til informantens integritet.

Ved gjennomføring av intervjuene, fikk informantene et åpent spørsmål om de hadde mer å tilføye etter lydopptaket var avsluttet. I de tilfellene det kom fram ytterligere relevant

informasjon, spurte jeg informanten om tillatelse til å skru på igjen. Informanten fikk slik mulighet til å gjenta det som ble sagt.

Ved selve dataanalysen var det også etiske hensyn som dukket opp. Det gjaldt spesielt ved tolkningen av data på tvers av analyse materialet, hvor intervjuene ble dekontekstualisert. Dataene ble behandlet med ydmykhet og respekt for informantenes stemmer. Dette på en slik måte at informantene ikke skal kjenne seg igjen i så stor grad at de føler seg utlevert eller kunne gjenkjenne andre. Til tross for dette skal teksten ifølge Malterud (2017, s. 109), kunne kjennes igjen fra den opprinnelige sammenhengen. Personvernmessige hensyn i forhold til informantene, er nærmere beskrevet under punkt 3.7.

3.7 Personvern og godkjenninger

Før oppstart av selve masteroppgaven, ble prosjektbeskrivelsen, informasjonsbrevet med samtykkeskjemaet (vedlegg 3) og intervjuguiden (vedlegg 4), sendt til og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), jfr referanse nummer 782172 (vedlegg 1). Dette er i tråd med «lov om behandling av personopplysninger», som pålegger en meldeplikt for prosjekter som inneholder personopplysninger samt når opplysningene lagres elektronisk (Johannessen et al., 2016, s. 89). Det ble benyttet lydopptak av intervjuene samt elektronisk lagring av lydfiler i Nettskjema, som videre ble overført til Amberscript for transkribering og til Onedrive for analyse. Ifølge Johannessen (2016, s. 88) defineres både lyd og elektronisk lagring av data som personopplysninger, som kan gjøre det mulig å identifisere personer. I denne sammenheng ble det i godkjenningen fra NSD spesielt bemerket at jeg som intervjuer må være bevisst på å stille spørsmål slik at informanten ikke kan avgi taushetsbelagt informasjon samt å minne informanten på å snakke mest mulig generelt om pasientene sine. Slik skal det ikke være mulig å gjenkjenne konkrete pasienter i transkripsjonene. For eksempel vil kliniske vignetter som er tatt med i resultatene, ikke kunne spores tilbake til konkrete pasienter.

Det ble utarbeidet en egen datahåndteringsplan som en del av prosjektbeskrivelsen (vedlegg 5). Denne var i tråd med gjeldende retningslinjer gitt av Høgskolen i Innlandet i forhold til lagring av sensitive data. Lokalt forskningsetisk utvalg (LEFK) ble også forespurt om etiske og personvernmessige hensyn etter godkjenning av NSD. LEFK hadde ingen ytterligere innspill og ga klarsignal til oppstart av masteroppgaven (vedlegg 2).

I forhold til personvernmessige hensyn skal det på ingen måte være mulig å gjenkjenne konkrete pasienter eller informanter i masteroppgaven. Dette er i tråd med Malterud (2017, s.

214), som peker på at det er forskerens ansvar å ivareta personvern og anonymitet. Navn og kontaktinformasjon til informantene er ikke en del av databehandlingen og er lagret adskilt fra datasamlingen. Disse opplysningene vil bli slettet umiddelbart etter godkjenning av masteroppgaven foreligger. Informasjon som arbeidssted, bosted, spesifikke verv, spesifikt fagansvar og andre opplysninger som kan spore tilbake til informantene, ble fortløpende aidentifisert ved transkriberingen. I noen tilfeller ble også dataene fjernet av personvernmessige hensyn. Muntlig språk ble videre omformulert til skriftspråk av hensyn til anonymitet.

4 RESULTAT

I dette kapittelet vil jeg presentere resultatene fra analysen av de kvalitative intervjuene med de utvalgte psykomotoriske fysioterapeutene. Resultatene peker tilbake på problemstillingen for masteroppgaven: *Hvordan forstår og møter psykomotoriske fysioterapeuter skam i behandlingen?* Siste trinn av STK ledet fram til fire resultat kategorier, som er skjematisk presentert under punkt 5.2.1., tabell 4. I det følgende blir først resultat kategoriene presentert som hovedfunn. Deretter vil hovedfunnene beskrives ved en analytisk tekst, der overskriftene gjenspeiler resultat kategoriene fra STK.

4.1 Hovedfunn

Informantenes forståelse av skam og hvordan de møter skammen i behandlingen, kan oppsummeres i fire hovedfunn. Det første hovedfunnet er *skammens «krymping» i kropp, relasjon og selverd*, noe som peker mot skammens spor i kroppen hos pasienten. Det andre hovedfunnet er *å være den levende andre*. Dette handler om hva informantene vektla ved seg selv som person i den terapeutiske relasjonen. Det tredje hovedfunnet er *å bli bevisst på skammen ved kroppslig tilnærming og dialog*. Her løftet informantene fram hva som særlig vektlegges i psykomotorisk fysioterapi i møte med skam. Det fjerde og siste hovedfunnet er *pasientens endringsprosess, å ta plass og oppleve en ny sannhet*. Dette handler om hvordan det å møte skammen, virker inn på pasienten.

4.2 Skammens krymping i kropp, relasjon og selverd

Informantene vektla fire kjennetegn ved skammens spor i kroppen; *kroppslig krymping, hemming i relasjoner, manglende selverd og skammens skjulte karakter*. Det ble beskrevet hvordan skammen er noe som fører til at hele pasienten «krymper». Synonymt med «krymping» ble det formidlet som en «kollaps». Det ble uttrykt at «skammen i seg selv har en kollaps».

Det første fellestrekket er den kroppslige «krympingen». Flere av informantene beskrev et kroppslig uttrykk, som bærer preg av at pasienten lukker seg mot verden, unngår blikkontakt og faller sammen i kroppen. Pasienten krymper seg fysisk i kroppen. En informant uttrykte dette på følgende måte:

Jeg tenker vel at rent kroppslig så synes jeg det ofte manifesterer seg sånn at de beskriver et trykk i brystet, en tyngde i kroppen som drar dem ned. Og det blir jo ofte også det kroppslige uttrykket at de trekker seg mot midten, lukker seg igjen, henger med hodet, henger i ryggen og mindre blikkontakt.

Informantene beskrev hvordan den kroppslige «krympingen» også skjer i muskulaturen, som reagerer i form av spenninger. En informant påpekte spesielt hvordan «oppgitte muskelspenninger» kan ligge skjult under overflaten. Videre ble det fremhevet at skammen hemmer bevegelsene slik at de preges av mindre variasjon, utfoldelse og spontanitet. I tillegg reagerer pusten og bremses i takt med skammen. Den frie pusten erstattes med en «holdt pust», et «kollaps i mellomgulvet» eller øvrig endring av kvalitet. Andre kroppslige uttrykk er opplevelsen av tunghet i kroppen, en spesiell tyngde som drar pasienten ned og kan gjøre det vanskelig å stå på bena. Skammen kan videre få stemmen til å krympe og pasienten til «å tie». Ordene blir færre, stemmen blir lavere og lyder i form av å sukke, gjespe og puste holdes tilbake. Naturlige bevegelser og lyder som pasienten lager med kroppen reduseres, for eksempel det å forflytte seg naturlig i rommet, ta av seg klær og flytte på en stol. Skammens påvirkning på kroppen ble oppsummert av én informant på følgende måte: «Skammen hemmer jo kroppen til å kunne utfolde seg og være fri!»

Som kontrast til det som er nevnt angående det kroppslige uttrykket, var det flere som nevnte at skammen kan skjule seg bak en mer «oppstrukken», kompenserende holdning. Dette for å kontrollere og holde skamfølelsen på avstand. Det var også noen informanter som bemerket det skjer en positiv endring i møte med terapeuten, som gjør at skammen ikke er så lett å observere i behandlingsrommet. En informant uttrykte dette på følgende måte: «Man «krymper» seg jo litt inn i skammen, men jeg syns ikke jeg ser det her fordi de blir bekreftet på at det er greit å kjenne det de gjør. De trenger ikke å skjule det.»

Det andre fellestrekket hos informantene var opplevelsen av at skammen «krymper» pasienten i relasjon. Skammen er en «hemmende» følelse, som fører til at pasienten vil gjemme seg, trekke seg tilbake og isolere seg. Det kan gjelde i forhold til familie, venner og jobb. Ensomhet ble løftet fram som en følge av skam og kan være skamfullt i seg selv. Over tid bidrar skammen til å gjøre seg «usynlig for seg selv og andre». En informant beskrev dette på følgende måte: «Det er jo på en måte som om noe av dem helst bare ville forsvunnet, ikke synes i det hele tatt.» I behandlingsrommet kan det komme til uttrykk ved at pasienten ønsker

å ta liten plass med hele seg i møte med behandler. Skammen bremser slik «livsutfoldelsen» og «vitaliteten». En informant uttrykker dette på følgende måte:

Det bremser en i mange sammenhenger. At man ikke tørr å være seg selv da.

Ja. Holder seg tilbake på forskjellig måte kanskje. Kanskje ikke på alle steder. Kanskje det er noen steder man kan klare å være noen grad av fri.

Det tredje kjennetegnet var at skammen bunner i «et dypt manglende selvverd». Dette handler om identiteten på et dypt plan og om en opplevelse av at det er noe «fundamentalt feil ved meg» og at «hele jeg er feil». Selvverdet er knyttet tett sammen med «manglende tillit til seg selv og andre mennesker». En informant uttrykte dette på følgende måte: «Skam er en usynlig, energetisk tilbaketrekning hos den voksne. Skam er en deflasjon, en tilbaketrekning. Det er en kollaps.» Det ble satt ord på ulike typer skam, som den eksistensielle skammen i form av «å i det hele tatt å være til». En klinisk vignett framstilte en kvinne som hadde vokst opp med «en mor som var særdeles aggressiv og ustabil» og som i tillegg var blitt utsatt for overgrep i ung alder. Kvinnen skammet seg over hjemmet sitt og sin eksistens. I vignetten ble det videre uttrykt som følger:

Det er mer skam å være verdiløs, men det er veldig lett å snakke om traumer fordi det er noe som hender. Det er liksom noen som slår meg eller noen som forgriper seg eller noe som er grensekrenkende. Det er liksom veldig tydelig den andre og meg. Men skammen er mye mer usynlig, kommer etter, i mobbing også, hvor man får denne verdiløsheten.

Det siste felles kjennetegnet informantene beskrev, var hvordan pasienten holder skammen «tett til brystet» og vil skjule den i behandlingsrommet. Skammen kan være ubevisst og skjult for pasienten selv også og kamufleres bak andre symptomer, følelser og handlinger. Den kan for eksempel gjemme seg bak et handlingsmønster, der man «forstrekke seg» utover egne grenser og er «flink pike». I forbindelse med en klinisk vignett, som handlet om en dame som var utsatt for en voldtekt, ble dette uttrykt på følgende måte:

Hun kunne ikke fortelle om det til noen. Det var ingen trøst. Hun måtte bære på den skammen alene og hvordan skammen kanskje har gitt henne mønstre i livet senere. Og det ble bare lagt lokk på opplevelsen, og skamfølelsen som har påvirket den veldige driven til å overvite.

Informantene formidlet at de ofte møter skam, men at det er ikke derfor pasienten oppsøker psykomotorisk fysioterapi. Pasientene kommer med traumer, angst, depresjon, spiseforstyrrelser, stress, slitenhet, smerter og annet. Det typiske er skamfulle temaer og historier, som presenteres uten at ordet skam blir brukt. Det ble lagt vekt på krenkelser påført av andre og det å bli følelsesmessig ignorert, som er en del av relasjons- og utviklingstraumer. Kliniske vignetter handlet om temaer fra hverdagslivet med familie, arbeid, gjeld, rus og annet. Det kulturelle aspektet med å passe inn i samfunnet og leve opp til forventninger fra andre, ble også vektlagt. Informantene uttrykte at når pasienten forteller, er de oppmerksomme på og undrende til, ofte ut fra en «magefølelse», om det kan dreie seg om skam. Skam er en «usynlig og bortgjemt følelse» som kan ligge i flere og dypere lag. Dette ble uttrykt på følgende måte av én informant: «Skam er en del av psykisk helse! Men det er så veldig sjelden det kommer opp. Alle andre følelser som sinne, redsel og tristhet ligger der. Så ligger skam som en dyne, som en våt dyne.»

4.3 Å være den levende andre

Informanten vektla tre kjennetegn ved seg selv som person, i møte med skam; varsomhet, å gi rom for ordene og å bruke tid på reaksjonene. En informant brukte betegnelsen «den levende andre» og uttrykte dette på følgende måte:

Det å være den levende andre med våkenhet, med tenkningen, med kroppen min og med en empatisk innlevelse i den, det er hjertebevissthet. At jeg er klar over som terapeut at jeg har en innflytelse på det andre menneske, kroppslig, jeg har innflytelse i mine tanker og jeg har også en innflytelse i hvordan jeg hviler i vennlighet i terapirommet. Å være bevisst min egen empatiske loop med den andre, er helt avgjørende for all heling. Det behøver ikke å være ordene, men den naturlige, empatiske, hvilende åpenheten i hjertet tror jeg er helt avgjørende.

Det første fellestrekket hos informantene selv, var å møte pasienten og skammen med «varsomhet» og «nennsomhet». Flere beskrev at de som terapeut må bruke hele seg som

menneske og være «ekte» sammen med pasienten. Slik kan den andre merke det å bli møtt gjennom både ord og kroppslig sansing. Dette er en energikrevende prosess for både pasienten, men også for terapeuten selv. Det ble understreket at det er viktig å være klar over hvordan man virker inn på pasienten og legge til rette for en mest mulig «likeverdig» relasjon». Videre fortalte informantene at dette handler om å tone seg inn og tilpasse seg etter pasienten, for eksempel i forhold til blikkontakt, stemmeleie, framtoning med bevegelse, plassering og antrekk. Mange ga uttrykk for det å bruke seg selv som eksempel i samspillet med pasienten, kan vise at de er like «menneskelig» som pasienten og at de også kan gjøre feil. I denne forbindelsen ble det også belyst hvordan det å være en «ekte medspiller», kan bidra til å normalisere og akseptere skammen og seg selv i større grad. Det ble utdypet hvordan trygghet, medfølelse og empati, det å kunne sette seg inn i den andres ståsted, kan åpne for kontakt med skammen. Det ble formidlet at skammen kan heles i relasjon. En informant uttrykte det på følgende måte: «Skam kan repareres! Skam kan smelte ved kontakt og ved å forstå den, hvordan den oppstod. Skam tåler ikke lyset. Igjen og igjen har jeg erfart at tålmodighet, vennlighet og våkenhet reparerer.»

Det andre kjennetegnet med tanke på å være den levende andre som terapeut, er å gi rom for ordene, samtalen, som en del av behandlingen. Informantene uttrykte at det å sette ord på skammen er nødvendig for å få den fram i lyset og forstå den. I denne sammenheng ble det sagt at man må være forsiktig med å definere at det handler om skam, men i stedet ta initiativ til å bringe temaet fram og utforske det sammen med pasientene. En informant formidlet at hun kunne spørre pasienten åpnet på følgende måte: «Når jeg ser deg, så løper fantasien min, og så tenker jeg sånn Stemmer det?» Pasienten sin fortelling må få ta tid og plass i behandlingen. Det ble i denne forbindelsen vektlagt å møte pasienten med bekreftelse og anerkjennelse. Det å gi det andre menneske en opplevelse av å bli sett, møtt og tatt på alvor, kan få skammen til «å smelte». Det ble uttrykt at det handler om «å lytte åpent uten å dømme» og vise at man kan forstå hvorfor de tenker og føler slik de gjør. I forbindelse med en klinisk vignett, der pasientens ord fikk rom først og deretter terapeutens reaksjon og tolkning, ble dette uttrykt på følgende måte:

Nå har tanten min sagt at mor har fått slag, og jeg har ingen lyst til å møte mor! Hun sviktet totalt da jeg var barn! Hvorfor skal jeg være sammen med henne nå? Så sier jeg: Det er helt greit. Du må jo ikke det. Det er lov å føle sånn! Men omgivelsene vil

sikkert ... Altså det er skamfullt å ha sånne tanker og følelser, det skal man liksom ikke ha. hjelpe dem til å sette grenser.

Med en varsom tilnærming ble det også vektlagt hvordan terapeuten gjennom samtalen med pasienten, kan reagere på pasientens historie og slik bidra til å endre forklaringsmodell bak skamhistorien. Dette belyses gjennom følgende kliniske vignett:

Det var en dame jeg møtte som hadde matintoleranse. Hun ramler ned trappen og gjorde på seg. - Tenk å være så dum! Den viktigste erfaringen med samtalen, er nok at hun merker at det er en manglende respons på seg selv. Jeg kommer med en annen sannhet. Hun sier: - Skjønner du ikke, var ikke det dumt? Så er jeg tvilende i meg og sier: - Nei, dette er ikke dumt. Dette var leit.

Det tredje kjennetegnet knyttet til seg selv som person, handlet om å bruke tid på reaksjonene til pasienten. Informantene formidlet at det underveis i behandlingstimen er vesentlig både «å gi pasienten tid til å reagere» samt å dvele ved reaksjonene. Det krever både tålmodighet og overskudd av terapeuten å bli inn i denne prosessen. Deltakerne beskrev også hvordan det forutsetter «mot» og «ærlighet» fra pasienten for å gå inn i skammen og vise seg selv til et annet menneske. Når pasienten blir bevisst på skammen, kan det i seg selv bli så skamfullt at pasienten ikke tørr å bevege seg i rommet eller våger å vise følelser som sinne, gråt og annet. I møte med skammen kan det utløse ulike reaksjoner, som autonome, emosjonelle og kroppslige, for pasienten. I denne sammenheng er det nødvendig som terapeut å være oppmerksom på hva som skjer med pasienten, stoppe opp og anerkjenne reaksjonen i øyeblikket. Videre handler det om å gi tid til å utforske reaksjonene sammen med pasienten for å koble den til en dypere kroppsfornemmelse. En informant beskrev den terapeutiske prosessen på følgende måte:

Jeg har jo spennende reiser. Det tar ofte tid. Jeg er ikke pådriveren. Det oppstår det som oppstår. Jeg følger merd pasienten og pasientens prosess, og den kan gå i hermeneutiske sirkler den. Så henger dette kroppslige og historien sammen. Det er ikke jeg som har rattet. Det er de. Jeg bare fasiliteter og guider, beveger og berører, gir dem kontakt, så kommer erkjennelsen og prosessene.

Det ble delt erfaring om det å gå for langt i behandlingen i møte med skam. I en klinisk vignett ble reaksjonen til pasienten belyst på følgende måte: «Hun ble livredd og lå der, helt stiv i kroppen, skjerma hodet sitt, som om jeg skulle slå henne, og jeg fikk ikke kontakt med henne heller.» I sammenheng med dette, ble det beskrevet hvordan å bruke tid på å få kontakt med pasienten igjen og videre i etterkant bearbeide det som akkurat skjedde. Flere beskrev det å avslutte behandlingstimen på en slik måte at pasienten kan gå ut og kjenne på mestring eller stolthet i motsetning til å føle seg «dum» over sin egen reaksjon i behandlingsrommet. Det ble formidlet at «stoltheten er en sunn motkraft» i møte med skam. Et fåtall av informantene vektla også det «å rose» pasienten. Det ble av en informant satt ord på viktigheten av å rose pasienten for å åpne for å bli i den ubehagelige skammen.

4.4 Å bli bevisst på skammen ved kroppslig tilnærming og dialog

Informantene formidlet spesielt tre kjennetegn ved psykomotorisk fysioterapi i møte med skam; *bevisstgjøring, kroppslig tilnærming og dialog mellom to kropper*. Disse tre hovedtrekkene flyter over i hverandre.

Det første kjennetegnet handler om psykomotorisk fysioterapi som en bevisstgjøringsprosess. Målet er å forstå kroppen som en helhet og oppdage hvordan skammen kommer til uttrykk i kroppen. Informantene formidlet at de er opptatt av både kropp, tanker og følelser gjennom å følge med på det som skjer hos pasienten. Det å få et større «innblikk i seg selv» kan åpne for mange følelser og deriblant skammen. Slik er det nødvendig at pasienten må både oppdage og forstå skammens kroppslige uttrykk for å komme ut av skam. Én informant uttrykte dette på følgende måte:

Vi vet at kroppen har vært med hele livet. Når de kommer hit med sine kropper, så er det en kropp som har levd et langt liv. Det arbeidet vi gjør sammen med pasienten, er litt sånn detektivarbeid. Hva er det nå denne kroppen har vært med på? Det blir som et slags åsted. Hva er det som har skjedd her? Og hvorfor har det blitt sånn? Og så er det jo ikke, selv om det er et åsted og man lurer på hvorfor det har blitt sånn, så er det ikke sånn at man skal forbli sånn. Man ønsker en endringsprosess.

Det andre kjennetegnet er den kroppslige tilnærmingen, som er sentral for å gjøre pasienten bevisst og «våken» på spennings- og reaksjonsmønstre i kroppen og hva skammen gjør. Sentrale innspill til pasienten, ble uttrykt på følgende måte: «Hva legger du merke til i kroppen din nå?» «Ja, kan du merke det?» «Hva tror du kroppen vil like nå for at du skal få

det bedre?» I sammenheng med dette ble det pekt på hvordan pasienten selv kan bli bevisst og ta valg for å reise seg ut av skammen og en «offerposisjon», slik denne informanten uttrykte på følgende måte:

Det handler om å bevisstgjøre sine handlingsmønstre, sine kroppslige væremåter og pusten til å kunne velge: Hva vil jeg? Vil jeg fortsette med denne stramme ryggen eller kan jeg slappe litt av? Kan jeg, vil jeg fortsette å være under dette her skamfulle åket?

Bevegelser, funksjonsøvelser og enkle utgangsstillinger ble trukket fram. Dette ble av en informant uttrykt på følgende måte: «Først og fremst sånne dagligdagse posisjoner vi har. Det kan være, hvordan beveger jeg meg rundt? Hvordan sitter jeg? Hvordan står jeg?» Videre ble det beskrevet psykomotoriske øvelser som «arm-slippøvelsen» i stående og «det å slippe hoften» i ryggliggende stilling og hvordan disse kan åpne for pasientens kontakt med skammen. Informantene nevnte også øvelser med andre bevegelseskvaliteter som stabilitet og kraft. En informant uttrykte i forbindelse med en klinisk vignett, dette på følgende måte: «Så kan vi for eksempel kaste ball med stor kraft eller bryte med stökk, få litt tæl og kraft ut i jenta.» Det å være i bevegelse i behandlingsrommet kan gi en ny kroppslig erfaring med nye måter å bevege seg på, men også ha en funksjon ved å uttrykke følelser og etablere tillitt. Kroppsskam var et gjentakende tema blant informantene. Pasienter skammer seg over kroppen sin og vegrer seg for å bli tatt på av ulike grunner som bunner i å føle seg feil. I denne forbindelsen beskrev flere av informantene berøring som helende for skam og som «gull i vårt fagfelt».. Pasientens respons på berøringen ble belyst i denne kliniske vignetten på følgende måte:

En anorektisk, ung jente som har vært innlagt på tvang flere ganger, følt seg feil, følt kroppen var feil, tvangsholdt, tvangsforet. Så kommer hun til psykomotorisk fysioterapi og får kontakt med kroppen, følelsene, kjenner, sanser, blir bekreftet. Jeg krever ingenting. Jeg gir henne en kontakt med kropp og følelser da. Og da slipper skamfølelsen knytta til hvem hun er og kroppen sin taket. Hun sa det så sterkt selv at dette er jo så bra i forhold til de andre tilnærmingene, der jeg har alltid følt meg helt feil, ikke bra nok. Jeg har ikke fått det til. Men du gir meg bare en god følelse i kroppen min.

Flere av informantene beskrev utvalgte psykomotoriske prinsipper. Disse ble vektlagt som grunnlag for å utforske kroppen, åpne opp for reaksjoner og gi tilgang til skamfølelsen. Eksempler på dette var «å lande kroppen ned mot underlaget», «å gi seg selv tyngde», «gi slipp ved passive bevegelser» og «åpne opp». Det «å gi seg selv tyngde» er en metafor både når det gjelder å slippe kroppen fysisk ned mot underlaget, men også i betydning av «å gi plass og lov til å uttrykke følelser og reaksjoner». Det ble løftet fram betydningen av kontakten med underlaget og føttene. Likeledes ble det delt erfaring med hvordan ryggliggende utgangsposisjon kan være meget sårbar for enkelte. I forhold til begrepene støttende og omstillende behandling i psykomotorisk fysioterapi, var det spesielt en informant som uttalte at hun i stedet for den «klassiske» forståelsen, vektlegger hva som oppleves støttende og utfordrende for pasienten. Informanten uttalte dette på følgende måte: «Det å utfordre folk sine etablerte vanemønstre, det er utfordrende, mens det å la dem få lov å være i sine forsvarsmekanismer og vanemønstre er støttende.» Det ble formidlet at det for noen kan være støttende å jobbe med føttene, mens for andre kan dette være triggende ut fra vonde minner. Også når det gjelder de psykomotoriske prinsippene og skam generelt, var det en informant som understreket sin erfaring på følgende måte: «Jeg tenker ikke at det er noen spesielle prinsipper som kan møte skammen, men hele relasjonen, anerkjennelsen, berøringen, bekræftelsen av personen.»

Det tredje felles kjennetegnet ved psykomotorisk fysioterapi i møte med skam, var dialogen mellom to kropper. Det ble formidlet hvordan dialogen og samarbeidet mellom to kropper kan åpne for noe grunnleggende i pasienten. Én informant uttrykte dette på følgende måte: «Hvis du ser tilbake i evolusjonen, så har vi mye lenger uttrykt oss gjennom kropp og følelser enn ord. Så det å være to stykker sammen med et sånn ordløst samarbeid, tror jeg gjør at man får tak i helt andre ting da.» Informantene formidlet hvordan de «speiler pasienten» ved å synliggjøre det de ser i pasientens kropp, både i forhold til holdning, pust og bevegelse. Det kan være slik som et ansikt som vendes bort, en kropp som vil dekkes av teppe eller pasienten sin stemme for å nevne noe. En informant utdypet speilingen på følgende måte: «For meg virker det som at du trekker deg, at du går i skammekroken selv. Jeg ser på kroppen din at du holder pusten. Jeg ser at skuldrene er framskutt. Er det sånn det er? Hva kjenner du selv?» Det ble også nevnt hvordan det å åpne for å høre og bruke sin egen stemme, kan være en del av tilnærmingen. Verktøy i møte med skam, kan i psykomotorisk fysioterapi være både dialog mellom to kropper og det å gi rom for ordene. En informant uttrykte det på følgende måte: «Skam er behandling i dialog.»

4.5 Pasientens endringsprosess

Informantene formidlet to hovedtrekk ved endringsprosessen som skjer hos pasienten; *å ta plass og å oppleve en ny virkelighet*. Når skammen slipper og ikke bremser pasienten like mye lenger, åpnes en ny verden. I denne forbindelse sammenliknet en informant skam med «et troll som sprekker når det kommer ut i sola». Det ble løftet fram opplevelsen av å få være «vitne til» og det å støtte pasienten i prosessen med å få en «bevegelse i deres liv i forhold til seg selv som person og relasjoner man står i».

Det første kjennetegnet i endringsprosessen til pasienten som informantene utdypet, handler om å ta plass med hele seg, både med kropp og følelser. Informantene formidlet at pasienten gradvis våger å være synlig og ta plass med stemmen, pusten og kroppen for øvrig. Pasienten opplever en lettelse og blir friere i kroppen når de får kontakt med skammen. Dette ble presentert av en informant på følgende måte: «Du ser at de kanskje hiver av seg jakken og at de tar seg litt mer plass i stolen. De glemmer seg ikke bort på en måte.» Det som har blitt skjult og holdt hemmelig over lang tid, er ikke så farlig og skummelt lenger. Pasienten slipper kroppen og tyngden ned mot understøttelsesflata og kommer i kontakt med underlaget. Videre kan pasienten gi uttrykk både kroppslig og verbalt at kroppen er «et godt sted å være i og hvile i». I en klinisk vignett som handler om ei jente med spiseforstyrrelse, ble det uttrykt på følgende måte:

Så da fikk hun ligge på benken. Det er første gang hun har brukt den. Hun synes den var litt sånn ubehagelig i starten. Men så fikk hun på teppe og fikk bøyd opp knærne litt og god pute under hodet så hun fikk komme litt i bøy. Så hun ikke ble helt åpen. Også gjorde jeg en type avspenningsmassasje med kroppsavgrensende grep og strykninger og oppå klærne da. Men hun kjente det jo tydelig. Og hun kjente at kroppen ble en mye tyngre og mye roligere. Og hun var helt sånn forundra når hun lå på benken og kjente: - Hallo, jeg kan jo hvile! Jeg har ikke skjønt at jeg liksom egentlig kan hvile sånn. Hun kan ikke huske sist hun egentlig hvilte.

Informantene uttrykte hvordan de opplever at pasienten gir slipp med hele seg når skammen smelter. Man kan se at vitaliteten og energien til pasienten endres, og det kan utløses en «taleflom». Dette ble uttrykt eksplisitt av en informant på følgende måte: «Når skamlaget tas bort, blir skammen gjort om til livsenergi.» Gradvis i prosessen kan pasienten «våge å stå fram, våge nye ting», bedre stå opp for sine egne verdier og seg selv samt selv stette ord på skammen. En informant uttrykte det på følgende måte:

Det er mange som skammer seg over at de er glade for at mor er død eller at de skammer seg over en ufyselig bror eller De har ingen behov for å gå på graven til far. Sånne ting som ikke er lov til å si. Så våger de å si det. Så sier jeg at: - Sånne kan det være! Da tror jeg at jeg tar bort en del av skamfølelsen knytta til det å normalisere det.

Pasienten kan oppleve at det åpner opp for «å være mer av den man er» og «å bli hel som menneske» når skammen heles. Dette har betydning for hele livet, også i hverdagen og i relasjoner pasienten står i. En informant uttrykte dette på følgende måte:

Bare det å tørre å reise seg opp hvis de tar toget og tørre å gå på do hvis de må det. Det å spørre om veien til et sted, også det å synes da rett og slett. Og så det får ganske store ringvirkninger på ganske mange plan. De opplever at de kan syns, kan ta plass, kan til og med sette grense på en måte, har en verdi i seg selv. Selvtilliten blir bedre.

Det andre fellestrekket informantene løftet fram, handler om å oppleve en ny virkelighet, en «ny sannhet». Pasienten kan gjennom lang tid ha bygd opp en forklaring rundt skamfølelsen, som forteller at «jeg er feil». Flere informanter nevnte eksempler på det å presentere en annen forklaring eller reagere på den gamle «sannheten» til pasienten. Dette kan bidra til opplevelse av endret forklaringsmodell og plassering av skammen der den hører hjemme. En informant uttrykte det på følgende måte: «Hvordan er det å se det på denne måten? Er det okay å fortelle om hvordan virkeligheten virker på meg?» En klinisk vignett omhandlet en kvinne som mange år etter å ha født sitt barn, satt igjen med en følelse av å være en dårlig mor. Dette på bakgrunn av at hun holdt på å sovne under en dramatisk fødsel. I den kliniske vignetten ble informantens respons uttrykt på følgende måte: «Kanskje det kan være sånn at det faktisk var så vanskelig for deg at du måtte bare koble litt ut så kjentes det ut for deg som om du holdt på å sovne.» Det ble understreket betydningen av gjentakende, nye erfaringer gjennom en trygg, tillitsfull relasjon i behandlingsrommet. Slik kan pasienten gradvis oppleve en «ny sannhet», og denne prosessen må «få lov til å ta tid». Dette ble uttrykt av en informant på følgende måte:

Er man veldig skamfull over noe, så blir det som en motorvei som man er veldig god på å kjøre inn i hodet sitt for den har man kjørt så mange ganger før. Så det vi gjør her, er å gjøre noe nytt. Så det blir som en sti som du går opp, og den må du gå opp veldig mange ganger for at den skal bli godt merka.

I forlengelsen av dette fortalte en informant at disse nye erfaringene virkelig må oppleves som sanne for pasienten. Dette ble uttrykt på følgende måte: «Du må faktisk oppleve at det er sant. En trenger ikke bare å late som eller fortelle det med noen fine setninger. Du må erfare at andre opplever deg som verdifull!» Informantene formidlet videre hvordan pasienten sin endringsprosess gjennom det å bli møtt med en anerkjennende holdning og «et vitne som bekrefter en pasientens verdi», slik kan resultere i en ny verden og en opplevelse av å være verdifull. Dette handler om å ha en egenverdi som menneske, utover jobben, sykdommen, traumene eller annet. I forlengelse av dette, kan pasienten både bli tydeligere på egne grenser, tryggere i seg selv og få bedre selvtillit. Dette ble uttrykt av informant på følgende måte:

En kvinne da som har veldig stor glede i sin jobb. Altså dette med å ha mye av sin ære i å kunne jobbe i full stilling, for eksempel, eller kunne jobbe. Ja, og blir sykemeldt, og hvor mange ting da som faller sammen, korthuset raser liksom. Også komme dit hvor hun kan se at: - Jammen livet er jo noe mer en jobb! Jeg er noe mer enn jobb! Hvordan det da, hva skal man si, verden åpner seg, hun blir tryggere. Korthuset kan reise seg igjen!

5 DISKUSJON

5.1 Diskusjon av resultater:

De to overordnede perspektivene for denne masteroppgaven, var NPMF og skammens fenomenologi basert på psykologiske teorier. Problemstillingen som ble undersøkt, var følgende: *Hvordan forstår og møter psykomotoriske fysioterapeuter skam i behandlingen?* Dette ble utforsket ved å intervjuer sju psykomotoriske fysioterapeuter og få fram detaljerte beskrivelser av deres forståelse og erfaringer av skam hos pasienter i behandlingsrommet. Resultatene pekte på fire hovedfunn som sentrale. Dette var 1) skammens krymping i kropp, relasjon og selvvord, 2) å være den levende andre, 3) å bli bevisst på skammen ved kroppslig tilnærming og dialog og 4) pasientens endringsprosess, å ta plass og oppleve en ny virkelighet. Disse resultatene hadde flere fellestrekk med den anvendte teorien knyttet til NPMF og skam. Videre ble funnene både nyansert og utfordret av teorien. Dette presenteres nærmere nedenfor i punkt 5.1.1.- 5.1.4.

5.1.1 Å forstå skammens uttrykk

Informantene fortalte om ulike kjennetegn ved skammens spor i kroppen. Dette kan forstås i lys av skammens fenomenologi, som handler om hvordan skammen kan tre fram hos et menneske på ulike måter, enten med kroppslige uttrykk eller følelsesmessig innhold (Farstad, 2016, s. 25). Skammen er en kroppslig basert og erfart følelse, som kan uttrykkes fysisk, verbalt, emosjonelt og relasjonelt. Informantene uttrykte i tråd med dette at skammen kan få hele pasienten til å «krympe» eller «kollapse», både i kropp, i relasjoner og i selvvord. De understreket den skjulte karakteren skam ofte har. Skammens spor i kroppen kan videre forstås i forhold til NPMF sitt ståsted både i den biomedisinske og den kroppsfenomenologiske forståelsesmodellen (Rake & Ahlsen, 2022, s. 40; Thornquist, 2018, s. 192–193.) Med disse perspektivene kan skam ses i sammenheng med kroppen som objekt, men også kroppen som «subjektiv, intersubjektiv, grunnleggende eksistensiell og personlig erfarende» (Engelsrud, 2015, s. 9, 30–31, 34).

I den psykomotoriske vurderingen inngår delemener som kroppsholdning, funksjon, muskulatur og respirasjon (Bunkan, 1996, s. 34, 2001, s. 2846). I tråd med dette beskrev informantene skammens kroppslige uttrykk og endringer i både holdning, pust, funksjon og muskulatur. De uttrykte blant annet at pasientene kan krympe seg fysisk ved å falle sammen i

kroppen, henge med hodet, henge i ryggen, unngå blikkontakt og få lavere stemme. Skammen kan slik vise seg på flere måter gjennom tydelige fysiske uttrykk i kroppen (Farstad, 2016a, s. 26). Et sentralt poeng i denne sammenhengen er å sammenfatte de enkelte kroppsfunnene i et helhetsbilde (Thornquist, 2006, s. 29, 60–61). Dette henger sammen med synet på kroppen i NPMF som en funksjonell og samspillende enhet. I lys av dette beskrev informantene også at skammen hemmer hele pasienten i form av mindre naturlige impulser, bevegelser og lyder. Dette står i kontrast til en «levende, uttrykksfull, sansende kropp i samspill med andre» som er sentralt for psykisk helse (Bøe & Thomassen, 2017, s. 15). Informantene formidlet også at skammen skaper mindre variasjon og spontanitet i kroppen og hemmer den i å være fri. Dette kan forstås i forhold til den samspillende kroppen hvor skamfølelsen kan gi ringvirkninger for hele kroppen. Slik kan skamfølelsen forstås som en opplevelse av å være «fengslet, låst eller bundet» (Farstad, 2016, s. 25). Sentrale teoretikere innenfor NPMF peker i denne forbindelse på kroppen som kan bremse og holde tilbake følelser og følelsesuttrykk, både ved hjelp av pust, muskulatur, bevegelser og ulike stillinger (Thornquist, 2006, s. 30). Dette kan forstås som et kroppslige forsvar, som kan komme fram i behandlingsrommet og fjerne oss fra følelsene vi ikke aksepterer (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 25, 60). Informantene beskrev i denne sammenheng både stram og oppgitt muskulatur, en kollaps eller et hold i pusten og videre en kropp som faller sammen eller inntar en oppstrammet holdning. Slik kan skam forstås i lys av vekselspillet mellom kropp og følelser, som er sentralt i NPMF. (Thornquist, 2009, s. 29).

I tråd med NPMF sitt ståsted i kroppsfenomenologien, kan kroppen forstås som vår tilgang til verden og andre mennesker rundt oss (Thornquist, 2018, s. 192–193). Informantene formidlet derimot at skammen «krymper» pasienten i relasjoner og kan føre til både taushet og ensomhet. De konkretiserte hvordan den fører til et behov for å trekke seg unna, gjemme seg og isolere seg, også i forhold til familie, venner og jobb. Disse relasjonelle uttrykkene presiseres også i psykologiske teorier om skammens fenomenologi (Anstorp & Benum, 2014, s. 197; Farstad, 2016, s. 26). Det kan forstås at skammen står i veien for og hemmer tilgangen til omverdenen. Informantene beskriver dette som at pasienten tar liten plass med hele seg i behandlingsrommet, over tid blir «usynlig for seg selv og andre». Vitaliteten og livsutfoldelsen til pasienten blir også mindre. Tilbaketrekningen og «krympingen» kan ses i sammenheng med skammen som «den andre øyne inne i en selv, det er når det er uutholdelig å tenke på hva andre tenker om en» (Stålsett Follesø, 2003, s. 102). Det kan også være et

resultat av følelsen av å svikte seg selv og føle seg verdiløs (Anstorp & Benum, 2014, s. 203; Farstad, 2016, s. 29–30).

Informantene definerte skam som «et dypt manglende selvvverd», en følelse av at det er noe «fundamentalt feil med meg» og at «hele jeg er feil». Skam kan slik forsås som en global negativ selvevaluering som gir en følelse av at «jeg er ingenting verdt» og «jeg er uelskelig» (Stålsett Follesø, 2003, s. 102–103). Dette kan ses i tilknytning til den destruktive skammen, som skaper en «vedvarende følelse av å være ødelagt, defekt og aldri god nok som det mennesket man er» (Farstad, 2016, s. 68). Ifølge psykologiske teorier er den destruktive skammen ofte knyttet til vonde livserfaringer som komplekse traumer, krenkelses og alvorlige tillitsbrudd i relasjoner (Anstorp & Benum, 2014, s. 83; Farstad, 2016, s. 72; Stålsett Follesø, 2003, s. 100). En informant fortalte for eksempel om en kvinne som hadde vokst opp med en aggressiv mor og vært utsatt for overgrep. Det sentrale poenget som ble løftet fram, var imidlertid den usynlige skammen, som var knyttet til det å føle seg verdiløs. Skammen ble slik beskrevet som en usynlig, energetisk tilbaketrekning og en usynlig følelse i psykisk helse.

Informantene satte ord på at skammen kan være ubevisst og skjult for pasienten selv. De påpekte at den kan holdes tett til brystet av pasienten i behandlingsrommet. Dette kan forstås i lys av psykologiske teorier om skam, som bekrefter at skam kan være bevisst, men også skjult for pasienten bak andre fysiske og psykiske symptomer og plager (Farstad, 2016, s. 305). Informantene fortalte om handlingsmønstre som kan skjule skammen, blant annet i form av det å forstrekke seg utover egne grenser og være «flink pike». Det kom blant annet fram en klinisk vignett, der pasienten «la lokk» på hendelsen av å bli utsatt for overgrep og isteden fikk et mønster i livet med å overprestere. Et sentralt poeng i denne forbindelsen, er at vi mennesker utvikler et eget forsvar for å beskytte oss mot skamfølelsen (Farstad, 2016, s. 72, 75). Noen ganger kan dette blant annet være i form av jaget etter perfeksjonisme og søken etter anerkjennelse fra andre. I motsetning til dette uttalte en informant at pasienten ikke trenger å skjule seg eller krysse seg i behandlingsrommet fordi de blir bekreftet på at «det er greit å kjenne det de gjør». Dette kan ses i lys av den terapeutiske relasjonen, som drøftes nærmere i punkt 5.1.2.

Informantene fortalte om pasienter som strever med skam i ulike varianter og presenterer skamfulle historier knyttet til alt fra hverdagslivet til store krenkelses, ofte uten å sette ord på skammen. Dette kan forstås i forhold til psykologiske teorier som belyser skammens

kompleksitet med både forskjellige skamvarianter og skamscener (Farstad, 2016, s. 32). I denne forbindelse vil det også være nødvendig å se pasientens sykehistorie som inngår naturlig i den psykomotoriske tilnærming (Bunkan, 1996, s. 34, 2001, s. 2846). Skammen kan altså både uttrykkes tydelig, og være nærmest usynlig. Kan det også skje at man tolker noe som skam, som egentlig er noe annet?

Informantene løftet fram skam relatert til spiseforstyrrelser. Et relevant begrep i denne sammenhengen er skamkroppen (Skårderud, 2006, s. 47). Dette handler om at skammen kan komme til uttrykk ved skambaserte tilstander som spiseforstyrrelser, der det er utfordrende å tåle og erfare egne følelser (s. 56). Skamkroppen kan også forstås i forhold til kroppen som bærer av liv og historie, som er sentralt i NPMF (Thornquist, 2006, s. 29). I forlengelse av kan det være spesielt viktig at man som terapeut har sansene åpne for både den åpenbare og den skjulte skammen hos pasienten (Farstad, 2016, s. 294).

Funnene støttes av teorier innenfor NPMF og teori om skammens fenomenologi og viser at skammen kan ha mange og individuelle uttrykk og spor i kroppen. Overordnet kan funnene peke på at det kreves oppmerksomhet fra den psykomotoriske fysioterapeuten for å oppdage skammen i behandlingsrommet sammen med pasienten.

5.1.2 Å være den levende andre

Intersubjektivitet kan defineres som «alle former for være med den meningsbærende andre» (Gretland, 2007, s. 30). I denne forbindelse vektla informantene flere kjennetegn ved seg selv som psykomotorisk fysioterapeut og menneske, i møte med pasienter som strever med skam. Varsomhet ble spesielt framhevet. Det ble framhevet betydningen av det å være den levende andre med en våkenhet i forhold til seg selv og hvordan man virker inn på pasienten. En informant beskrev dette som følgende; «Å være bevisst på min egen empatiske loop med den andre er helt avgjørende for all heling.» Dette kan forstås i forhold til teori innenfor NPMF som vektlegger oppmerksom tilstedeværelse, innlevelse og ubetinget aksept for å åpne for at pasienten gradvis kan oppleve seg verdifull (Gretland, 2007, s. 92). Nyere forskning innenfor psykologi avgrenset i forhold til skam, poengterer det som sentralt å bli verdsatt, bli møtt med aksept og oppleve ubetinget anerkjennelse i den terapeutiske prosessen (Myklebust, 2018).

Å være med pasienten inn i arbeidet med skam, er en energikrevende prosess. Dette ble løftet fram av informantene, som satte ord på at det krever både tålmodighet og overskudd av

terapeuten. Slik må terapeuten ha bevissthet om egen sårbarhet og skam i arbeid med skam (Sanderson, 2015, s. 191). Psykologiske teorier utdyper at man som terapeut faktisk må bearbeide og eie sin egen skam slik at ikke eget skamforsvar blir en hindring i møte med pasienten sin skam (Farstad, 2016, s. 293).

Innen NPMF beskrives flere konkrete prinsipper (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 72). Relatert til skam, uttrykte spesielt en informant som følgende; «jeg tenker ikke at det er noen spesielle prinsipper, men hele relasjonen, anerkjennelsen, berøringen og bekreftelsen av personen». Dette kan forstås i forhold til nyere nevrobiologisk kunnskap, som presiserer at skam må møtes med trygghet og empati (Farstad, 2016, s. 298–299, 306; Sanderson, 2015, s. 189). Informantene beskrev at den psykomotoriske fysioterapeuten må bruke hele seg som menneske og være ekte sammen med pasienten. Et sentralt poeng her er at pasienten må oppleve terapeuten som ekte og ærlig i arbeid med skam (Farstad, 2016, s. 294).

Dagens nevrobiopsykologiske kunnskap viser at skammen er knyttet til høyre hjernehalvdel og derav må møtes ut fra dette perspektivet (Farstad, 2016, s. 298–299, 315). Dette innebærer at skammen ikke vil høre på logikk, og at pasienter med skam må erfare terapeutens affektive respons og tilstedeværelse gjennom stemme, blikk, ansikt, kroppsspråk, følelser og empatiske uttrykk. Informantene formidlet i samsvar med dette, at den andre faktisk må merke å bli møtt, både gjennom ord og kroppslig sansing. De beskrev hvordan de som psykomotoriske fysioterapeuter var bevisst på å tone seg inn på og tilpasse seg pasienten ved bruk av egen kropp, blant annet i forhold til blikkontakt, stemmeleie, plassering, framtoning, bevegelser av egen kropp og annet. Det sentrale budskapet er at pasienten faktisk må erfare at andre forstår (Anstorp & Benum, 2014, s. 203).

Informantene løftet fram trygghet, empati, medfølelse, vennlighet og tålmodighet som sentralt i møte med skam. Dette kan forstås i forhold til psykologiske teorier som vektlegger den trygge relasjonen, preget av medfølelse og empati, i møte med skam (Sanderson, 2015, s. 189–191). I forbindelse med dette forstås trygghet som en kilde til å bryte tausheten og legge til rette for å utforske og bevisstgjøre skammen for pasienten. Stålsett Follesø (2003, s. 110) uttaler at det «å møte pasientene i ensomheten», holde ut følelsene til pasienten og forholde seg til det vonde som har vært, kan gi pasienten opplevelse av trygghet.

Informantenes beskrivelser av hvordan å møte skam i behandlingen, kan i stor grad forstås i forhold til teorier innenfor NPMF og psykologiske teorier i forhold til skam. Oppsummert

perler det på å være den levende andre med en bevissthet om at det menneskelige hos seg selv spiller en vesentlig rolle i behandlingen.

5.1.3 Trigging av skammen

Informantene løftet fram ulike reaksjoner som kan utløses, både emosjonelle, kroppslige og autonome. Det ble blant annet formidlet at pasienten kan bli så skamfull at man ikke tørr å bevege seg eller vise følelser i rommet når skammen blir bevisst. I tilknytning til dette utdyper Skårderud (2001, s. 40), at pasientens forventning om forakt fra andre, kan gjøre det skammelig å vise fram sin egen skam. Informantene vektla særlig det å gi pasienten tid til både å reagere og å dvele ved reaksjonene i behandlingsrommet. I tråd med dette, vektlegges tid som et sentralt prinsipp innenfor NPMF, samt at reaksjonene som må styre tempoet i omstillingsprosessen til pasienten (Bunkan, 2001, s. 2848; Thornquist, 2006, s. 31).

Informantene var opptatt av å legge til rette for en mest mulig likeverdig relasjon, være like menneskelig som pasienten og gjerne bruke seg selv som eksempel. Et sentralt poeng i denne forbindelse er at den asymmetriske terapeutiske relasjonen kan være skamtriggende (Farstad, 2016, s. 293). Dette kan ha sammenheng med både maktfordeling, pasientens sårbarhet og redsel for avvisning og avhengighet av terapeuten. Det ble beskrevet en klinisk vignett, hvor pasienten i timen fikk en kraftig kroppslig reaksjon og terapeuten ikke fikk kontakt med pasienten. Med støtte i psykologiske teorier kan man forstå at pasienten kan få ulike reaksjoner i møte med skam, der en av de er at kroppen skrur seg av eller kollapser (Sanderson, 2015, s. 195). Et sentralt begrep i denne sammenhengen er forsvarsskammen, som kan komme til syne i form av total avmakt og en «freeze» reaksjon i asymmetriske relasjoner (Farstad, 2016, s. 123,125, 145). Et sentralt spørsmål er om man kan gå for lang i møte med skam? Vil det å trigge skammen være en del av det å få den fram i lyset eller vil det føre til at pasienten bare skammer seg mer?

Informantene vektla videre kroppsskammen, som kan komme tydelig fram i behandlingsrommet. De fortalte at pasienten kan skamme seg over kroppen sin og vegre seg for å bli tatt på. Kroppsskam er et sentralt begrep, som kan forstås som en misnøye med kroppen, blant annet utseende og funksjon (Skårderud, 2006, s. 50–52). Dette brukes ofte synonymt med kroppsbildeforstyrrelser, som viser til at kroppen vår ikke samsvarer med det vi ønsker. Forskning innenfor fagfeltet fysioterapi bekrefter at skam kan vekkes i møte med fysioterapeuten, blant annet hos pasienter med overspisingslidelser og overvekt (Berg et al., 2021; Groven & Heggen, 2018a). Det vektlegges i denne sammenhengen å inkludere arbeid

med skam i pasienttilnærmingen ved å gi pasienten nye erfaringer av seg selv og egen kropp i bevegelse og samspill med andre samt vise aksept og bruke tid (Berg et al., 2021).

Informantene løftet fram at det kreves en nennsomhet i møte med skam. I samsvar med dette vektlegger psykologiske teorier, nennsomhet og respekt for skammens dynamikk og forsvar, spesielt i møte med vonde erfaringer (Farstad, 2016, s. 301, 305; Stålsett Follesø, 2003, s. 203). Ved å møte skammen på denne måten kan man bedre fange opp når skammen melder seg og gradvis la den få komme til syne. Slik er terapeutens kunnskap og forståelse om skam er en forutsetning i arbeidet med skam (2016, s. 301, 305). Flere informanter løftet i tilknytning til dette, fram en bevissthet om å støtte pasienten i å kjenne på mestring og stolthet i stedet for å føle seg «dum» over egne reaksjoner i behandlingsrommet. Det ble også av noen informanter, lagt vekt på å rose pasienten for å være i den vonde skammen samt å avslutte timen på en god måte. Dette kan mulig forstås i sammenheng med å unngå at ny skam over egne skamreaksjoner, blir hengende ved. Det å ha med seg et allment perspektiv på skam, kan slik vises å være skamreducerende (Farstad, 2016, s. 294). Kanskje er det et sentralt tema å møte den destruktive skammen med å gi rom for å kjenne på lettere former for skam og erfare at det går bra likevel. Informantene delte beskrivelser av å normalisere skammen. På grunn av omfanget av masteroppgaven, er dette ikke vektlagt å gå dypere inn i, hverken i teori, analyse eller drøfting.

Funne peker på at den psykomotoriske fysioterapeuten må være bevisst i møte med pasienten og ha respekt for forsvaret og reaksjonene den enkelte. Hvis skammen trigges for mye uten at det kan håndteres, kan man vel risikere at den bare blir verre og at pasienten trekker seg bort og avslutter behandlingen.

5.1.4 Kroppslige tilnærming

Informantene formidlet at det i arbeid med skam, handler om en bevisstgjøringsprosess med å forstå kroppen som helhet og skammens kroppslige uttrykk. Dette kan forstås i forhold til kroppsfenomenologien, hvor kroppen ses i lys av «den levde kroppen» (Engelsrud, 2015, s. 30–31). Sentrale teoretikere innen NPMF løfter fram hele mennesket, med kroppen som innfallsvinkel, i sentrum for behandlingen (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 16, 72)

Informantene vektla i tråd med dette, å hjelpe pasienten til et større innblikk i seg selv for å oppdage og forstå hva skammen gjør med kroppen. Det vesentlige i denne sammenhengen er den kroppslige omstillingsprosessen i NPMF, som kan støtte pasienten til å være mer i

kontakt med seg selv (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 112). Et sentralt poeng er å bruke kropp og bevegelse for å få kontakt med egne følelser (s. 23). Informantene beskrev hvordan det å utforske kroppen og åpne for reaksjoner, kan gi kontakt med skammen. De pekte tydelig på at skammen må fram i lyset for å repareres. Skambevissthet er i denne sammenheng et sentralt begrep som defineres som pasientens evne til å gjenkjenne skammen når den melder seg uten at den dekkes til av andre følelser eller uttrykk (Farstad, 2016, s. 304). Ved ny kroppslige erfaring kan pasienten lære å forstå kroppen og symptomene på en ny måte (I. Kristiansen & Ekerholt, 2022). Kanskje skammen kan ha ligget skjult for pasienten selv også over tid, men at pasienten ved å åpne for å utforske kroppen i en trygg relasjon kan få tilgang til den.

I arbeid med skam, vektla informantene kroppslig erfaring gjennom bevegelser, stillinger og berøring for å gjøre pasienten bevisst på spennings- og reaksjonsmønstre og hva skammen gjør med kroppen. Thornquist og Bunkan (1995, s. 112) utdyper i denne forbindelse målet i NPMF om å utvikle nye og mer hensiktsmessige måter å bruke seg selv på og komme ut av sine fastlåste kontrollmønstre. Dette kan også forstås i tilknytning til det sentrale prinsippet i NPMF om at lokale forhold i kroppen alltid må ses i sammenheng med kroppen som helhet (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 73). Spesielt en informant påpekte forskjellen mellom å utfordre pasienter på å gå ut av sine etablerte vanemønstre eller la de få lov til å bli i sine forsvarsmekanismer og vanemønstre. Dette kan ses i lys av den støttende og omstillende tilnærmingen i NPMF (Bunkan, 2001, s. 2847). Videre ble det i møte med skam beskrevet et detektivarbeid sammen med pasienten for å finne ut av; hva er det denne kroppen har vært med på og hvorfor har det blitt slik? Et annet perspektiv er utvikling av tillit til egen kropp som skapes gjennom å utforske bevegelser (Thornquist, 2009, s. 6). Informantene løftet fram at skam nettopp kan handle om en manglende tillit til seg selv og andre.

Psykomotorisk fysioterapi kan bidra til å fremheve kroppssanser, erfaringer og mestringsmuligheter (Gretland, 2007, s. 86). Informantene løftet i denne forbindelse fram berøring som «gull i vårt fagfelt» og som spesielt helende for skam. Dette kan forstås i forhold til teori innen NPMF, som understreker berøring som sentralt for å få tak i følelsesmessige nyanser og sette ord på de (Bunkan, 2001, s. 2846). I tillegg støtter psykologiske teorier, berøring som helende for skam innenfor trygge rammer (Farstad, 2016, s. 137).

I den kroppslige tilnærmingen la informantene vekt på å støtte pasienten i «å gi seg selv tyngde», både i form av å slippe seg ned mot underlaget med kroppen og å gi selv lov til å

uttrykke følelsene og reaksjoner. Dette kan forstås i forhold til det «å slippe seg til kroppslig», som også handler om « å slippe til følelser og følelsesuttrykk» (Thornquist, 2006, s. 30). Informantene beskrev også det å «gi slipp ved passive bevegelser». Sentrale teoretikere innen NPMF understreker at enhver muskelspenning fører til at både pusten og følelsene bremses (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 25, 73). Den kroppslige tilnærmingen må vurderes individuelt (Gretland, 2007, s. 88, 206). Et sentralt poeng i denne forbindelse er den enkelte pasientens toleranse for skam (Sanderson, 2015, s. 195). Et eksempel på dette var informantenes beskrivelser av det å få kontakt med underlaget og føttene i møte med skam. Sentrale teoretikere innenfor NPMF presiserer prinsippet om å bygge opp kroppen nedenfra for å få en god forankring og stå godt på bena (Thornquist, 2006, s. 31; Thornquist & Bunkan, 1995, s. 73). Informantene delte derimot også erfaring med hvordan føttene kan være triggende ut fra vonde minner.

Oppsummert kan informantenes beskrivelser av tilnærmingen til skam i stor grad støttes av teorier innenfor NPMF og psykologiske teorier. Som psykomotoriske fysioterapeuter har man et verktøy og forutsetninger som ikke andre psykisk helsearbeidere har. Et spørsmål kan være om den kroppslige tilnærmingen kan gi kontakt med skammen uten å sette ord på den. Kanskje kan det være pasienter som ikke ønsker å forholde seg til skammen og heller ikke har ord for den enda, men som gjennom bevegelse, berøring eller bare enkle stillinger med kroppen, gradvis kan oppleve «å være» en kropp og komme i kontakt med seg selv som subjekt. Dette i lys av et kroppsfilosofisk perspektiv og forståelse av at vi både har og er en kropp (Thornquist, 2018, s. 192–193).

5.1.5 Å møte skam i dialog

Informantene formidlet at skam er behandling i dialog mellom to kropper. De beskrev dialogen, også den ordløse, som grunnleggende for å åpne noe hos pasienten i møte med skam. Den kroppslige samhandlingen NPMF inkluderer både den kroppslige og verbale dialogen (Gretland, 2007, s. 91, 176). Informantene vektla det å få være vitne til pasienten i møte med skam. Et sentralt poeng er å dele skammen med et annet menneske man stoler på, som en motgift til skam (Sanderson, 2015, s. 198). Dette kan forstås i forhold til psykologiske teorier, som utdyper at det å vise toleranse og aksept for pasientens skam, kan gjøre det lettere for pasienten selv å akseptere den.

Informantene uttrykte at det er sentralt å gi rom for samtalen og sette ord på skammen for å få den fram i lyset. Sentrale teoretikere innenfor NPMF understreker samtalens betydning for å skape en trygg relasjon og få ny innsikt i egen livshistorie og sykehistorie (Bunkan, 2001, s.

2846; Thornquist, 2009, s. 9). Informantene formidlet videre at det er viktig å utforske det skamfulle og gi pasienten sin fortelling plass og tid i behandlingen. I denne forbindelse vektla de at man som terapeut må lytte åpent uten å dømme det pasienten tenker og føler. Vesentlig i denne sammenhengen er å ha et aksepterende forhold til det pasienten formidler (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 115) Dette kan forstås i forhold til nevropsykologiske teorier som, vektlegger å møte pasienten med en ikke-dømmende holdning og aksept for å bekrefte verdien som menneske (Sanderson, 2015, s. 189–191). Dette kan kanskje også handle om å gi pasienten en opplevelse av at det er gode grunner til å reagere som man gjør. En informant uttrykte dette eksplisitt i forbindelse med en klinisk vignett: «Det er lov å føle sånn!»

Informantene utdypet videre hvordan de kan invitere pasienten til å utforske skammen med en varsom, anerkjennende og bekræftende tilnærming, uten å definere skammen for pasienten. I denne sammenhengen understreker Anstorp og Benum (2014, s. 197, 203) det å være en undrende terapeut i dialog med pasienten og å utforske skammen og prøve å forstå historien bak.

I arbeid med skam er affektbevissthet et sentralt begrep, som handler om å bli bevisst på skammen og forstå hva som trigger den (Farstad, 2016, s. 295, 305). Innenfor NPMF kan dette knyttes til det å støtte pasienten i å kjenne etter hva man gjør med kroppen og kjenne på og bevisstgjøre følelser (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 115). Informantene vektla i tråd med dette å følge med på hva som skjer hos pasienten i kropp, følelser og tanker. Videre beskrev de det å utforske og anerkjenne pasientens reaksjoner og være i den vonde skamerfaringen sammen med pasienten. Dette kan forstås i forhold til NPMF sin tilnærming med søken etter å være tilstede både i og med seg selv og utvikle en varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmønstre (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 23, 72). Et sentralt poeng som løftes fram i psykologiske teorier, er å utforske skammen i dialog med en tilstedeværelse i kroppen og jobbe seg gjennom den (Sanderson, 2015, s. 196).

Informantene formidlet hvordan de kan hjelpe pasienten til å bli bevisst på kroppen og dens mønstre, ved å speile og sette ord på hva de ser hos pasienten, både i forhold til holdning, pust og bevegelse. De løftet fram eksempler som følgende: «Jeg ser på kroppen din at du holder pusten.» «Jeg ser at skuldrene er framskutt.» Dette kan forstås i forhold til samtalens sentrale plass innenfor NPMF for å gi ny innsikt og forståelse i forhold til egen kropp, reaksjoner, væremåter og erfaringer (Gretland, 2007; Thornquist, 2009, s. 176). I forbindelse med den kroppslige speilingen, nevnte informantene at de gjerne følger opp med ulike spørsmål til pasienten. Eksempler var som følgende; «hva kjenner du selv? «hva legger du merke til i

kroppen din nå?» Sensorimotorisk psykoterapi er en annen kroppsorientert behandlingsform (Fisher, 2019, s. 157, 164). I forbindelse med denne metoden er også invitasjonen til å registrere kroppen og dens følelser, bevegelser og fornemmelser sentralt i møte med skam.

Funnene viser at det å møte skam, kan handle om å utforske skammen med både ord og kropp i dialog med pasienten. Dette støttes og nyanseres i psykologiske teorier om skam og teori innen NPMF. Den helhetlige forståelsen av samspillet mellom tanker, følelser og kropp kan være et fellestrekk med annen behandlingstilnærming innenfor psykisk helsearbeid.

5.1.6 Skammens mulighet til endring

Informantene beskrev en endringsprosess hos pasienten i det skammen slipper. De uttrykte at pasientene gradvis kan våge å være synlig og ta plass med hele seg, både kropp og følelser. Dette kan forstås i forhold til den terapeutiske relasjonen, som arena for å lege skam og våge å vise fram mer av seg selv (Farstad, 2016, s. 19; Skårderud, 2006, s. 63). Informantene presiserte at pasientene etter hvert kan våge å stå fram, stå opp for sine verdier og sette ord på skammen, både i behandlingsrommet og livet og relasjoner for øvrig. Dette vil være en endring bort fra skammens hemmende og isolerende kraft i forhold til kontakt med andre mennesker (Anstorp & Benum, 2014, s. 197; Farstad, 2016, s. 26, 28, 133).

Informantene uttrykte at pasienten kan oppleve lettelse og frihet i kroppen når skammen smelter. Dette kan forstås i forhold til den kroppslige omstillingsprosessen i NPMF, der fokuset er kroppslig frihet, ledighet, variasjon og tilpasning er sentralt (Thornquist, 2006, s. 29–30, 49). Videre løftet informantene fram at pasienten slipper med hele seg og blir hel som menneske når skammen slipper. Et sentralt poeng i denne sammenhengen er den kroppslige tilnærmingen som åpner for kontakten med følelsene (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 23). Sentrale teoretikere innen NPMF framhever kroppen som en samspillende enhet, hvor kropp og følelser er uatskillelige (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 19, 60–61). Informantene presiserte at pasientene kan få nye opplevelser av at det er godt å være i egen kropp. Det ble blant annet løftet fram en klinisk vignett, hvor ei jente med spiseforstyrrelse fikk en helt ny erfaring med å kunne hvile i egen kropp liggende på benk. Nyere forskning bekrefter at NPMF kan bidra til å forstå kroppen og symptomer på en ny måte (I. Kristiansen & Ekerholt, 2022).

Informantene beskrev at pasienten kan oppleve en ny virkelighet og en endret forklaringsmodell rundt skamfølelsen. Psykologiske teorier formidler hvordan pasienten kan

få mulighet til å ramme inn seg selv på nytt ved å utforske de negative overbevisningene om seg selv gjennom den terapeutiske relasjonen (Sanderson, 2015, s. 189–190, 194). Informantene la vekt på å reagere på pasientens historie, både med ord og kropp. Videre satte de ord på å møte skammen ved å gi pasienten en annen forklaring på den gamle «sannheten» og plassere skammen der den hører hjemme. Anstorp og Benum (2014, s. 202) skriver at «tidligere etablerte sannheter kan danne kjernen i fastlåst skam». Et sentralt poeng i denne sammenhengen er å gi pasienten ny kunnskap om skammens natur og opphav og å plassere ansvaret for skammen, spesielt der den er påført i form av krenkelses (Sanderson, 2015, s. 190, 207). Ved kunnskap om normale reaksjoner på vonde opplevelser, kan også pasienten få nytt håp og reduksjon av skammens kraft (Stålsett Follesø, 2003, s. 103, 107). Informantene utdypet at det å erfare en ny sannhet, må få lov å ta tid og utvikle seg gradvis. Dette kan mulig forstås i forhold til psykologiske teorier som til tross for fokus på å gi pasienten kunnskap, påpeker relasjonens betydning (Stålsett Follesø, 2003, s. 106). Det å møte skam i behandlingsrommet kan slik kanskje være en parallell prosess, der det på den ene siden handler om kunnskap, mens på den andre siden bunn i den trygge relasjonen og terapeutiske prosessen som må få tid.

Informantene formidlet at det å møte skammen, kan gi pasienten opplevelse av trygghet, selvtillit og tydeliggjøring av egne grenser. I sammenheng med dette viser forskning at NPMF kan ha effekt på selvtillit og derav følelsen av egenverdi (Bergland et al., 2018) Informantene utdypet at pasienten gjennom å bli møtt med anerkjennelse og få bekreftet at andre opplever deg som verdifull, kan få en opplevelse av sin egen verdi. Dette kan forstås i forhold til psykologiske teorier som viser at det i arbeid med skam, kan åpne for opplevelse av verdighet (Anstorp & Benum, 2014, s. 204). Farstad (2016, s. 306) understreker også at pasienten kan forstå skammen gjennom relasjonen, og derav komme ut av verdiløsheten og kjenne på både stolthet og selvverd.

Informantene utdypet at når pasienten får kontakt med og forstår skammen, kan skammen «smelte», «slippe», «repareres» eller «heles». De delte også at det som har blitt skjult og holdt hemmelig over lang tid, ikke er så farlig og skummelt lenger. Dette kan forstås i forhold til psykologiske teorier som beskriver en endring i skammens karakter og styrke slik at den kan være lettere å tåle (Farstad, 2016, s. 308, 334; Skårderud, 2001b, s. 1613, 1617). Dette kan ta tid og kanskje til og med være en livslang prosess. Sentrale teoretikere i NPMF utdyper at ved å få kontakt med følelsene og klare å gi uttrykk for de, vil følelsene harmoniseres og ikke oppleves så påtrengende lenger (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 115). Nyere nevropsykologi

belyser at det å møte skammen med aksept og toleranse, kan gjøre det lettere for pasientens å akseptere og tolerere sin egen skam. (Sanderson, 2015, s. 194–195).

Innen NPMF er det overordnede målet «å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser, og å utvikle en opplevelse av kroppen som MEG» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 72). I denne sammenhengen kan det trekkes flere paralleller til hvordan informantenes møter skam i behandlingen. En informant uttrykte i denne forbindelse, at det handler om å støtte pasienten til å få «bevegelse i deres liv i forhold til seg selv som person og relasjoner man står i».

Resultatene viste at det å møte skam kan føre til en endringsprosess hos pasienten, spesielt knyttet til det å ta plass med hele seg og oppleve en ny virkelighet. Teori innen NPMF og psykologiske teorier om skam kan nyansere og gi en utvidet forståelse til dette. Mennesket er et komplekst vesen og man kan ikke alltid på forhånd vite hva som vil gi den enkelte pasient best utbytte eller hvor lang tid endring kan ta. Likevel tilsier informantenes beskrivelse at det som oftest er grunn til å tro at bedring er mulig.

5.1.7 Relevans

Med relevans sikter Malterud (2017, s. 21) til i hvilken grad den nye erkjennelsen som kommer fram, kan brukes til noe annet. I denne sammenhengen er spørsmålet om det kan være til nytte for andre innen NPMF eller psykisk helsearbeid, å vite hvordan utvalgte psykomotoriske fysioterapeuter forstår og møter skam i et klinisk perspektiv.

a) Generelt for psykisk helsearbeid

Psykisk helse er alt fra god psykisk helse og livskvalitet til psykiske plager og lidelser, og innebærer tiltak for å fremme god helse og livskvalitet (se punkt 1.4.). Temaet skam er ofte en del av bildet ved psykiske lidelser eller plager (Bygstad-Landro et al., 2021, s. 155–156). Informantene viste i tråd med dette en forståelse av at skam er en del av psykisk helse. I lys av WHO's definisjon kan man forstå begrepet i sammenheng med hvordan den enkelte er i stand til å tåle livets belastninger, både i oss selv og i relasjon til andre mennesker (se punkt 1.4.). Funnene i oppgaven pekte på skammens hemmende funksjon både i forhold til seg selv og ringvirkningene den får for livet for øvrig. En informant uttrykte som følgende; «Det er jo på en måte som om noe av dem helst bare ville forsvunnet, ikke synes i det hele tatt». Videre ble

det beskrevet at skammen bidrar til å gjøre pasienten «usynlig for seg selv og andre». Dette gir en forståelse av skammens begrensninger i forhold til psykisk helse.

Masteroppgaven er forankret i psykisk helsearbeid, som et tverrfaglig arbeidsfelt (se punkt 1.4.). For å besvare problemstillingen ble både psykologiske teorier, forskning fra andre fagområder og teori innen NPMF benyttet. Likevel er oppgaven belyst ut fra et klinisk perspektiv innenfor NPMF. Spørsmålet er om andre psykisk helsearbeidere som jobber en-til-en med pasienter, eventuelt også i grupper, innenfor psykisk helsearbeid kan ha noe å lære av resultatene? Informantene formidlet en forståelse av skam som et manglende selvverd og at det å møte skam kan bidra til en følelse av å være verdifull som menneske. Dette kan direkte relateres til psykisk helsearbeid ut fra definisjonen som peker på det «å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft» (se punkt 1.4).

I resultatene ble den kroppslige tilnærmingen løftet fram som sentral i møte med skam for å bli bevisst på skammen. Med kroppen som innfallsvinkelen i NPMF, er kanskje psykomotoriske fysioterapeuter i en særstilling for å hjelpe pasienten i møte med skammen, som er en kroppslig basert følelse. Informantene beskrev en tilnærming med blant annet fokus på bevegelser, stillinger, berøring eller det å bevisstgjøre kroppen i samtalen. Et fellestrekk var skammens skjulte karakter i form av kroppslige uttrykk som kan være usynlig for både pasienten og terapeuten og ofte mangle ord. Kanskje kan andre som arbeider en-til-en innen psykisk helsearbeid la seg inspirere til å være i kroppslig samspill med pasientene. For mange pasienter vil det kanskje ikke være tilstrekkelig å prate om skam. Slik kan den kroppslige tilnærmingen med hele mennesket i fokus, være et supplement til typisk samtaleterapi. Det er interessant om NPMF med fokus på den kroppslige omstillingen og fri flyt i bevegelser, som Thornquist og Bunkan (1995, s. 28–29) framhever, kan tilføre noe nytt inn i psykoterapi sammenliknet med andre kroppsorienterte behandlingsformer som blant annet sensorimotorisk psykoterapi (Fisher, 2019). Kanskje psykomotoriske fysioterapeuter kan tilføre andre psykisk helsearbeidere et annet blikk på og forståelse av kroppen og frihet i bruk av kroppen i behandlingsrommet.

Det å bruke egen kropp i behandlingsrommet sammen med pasienten, vil for de fleste psykomotoriske fysioterapeuter kjennes naturlig ut. For andre helseaktører innenfor psykisk helsearbeid, kan dette oppleves fremmed og mulig til og med ukomfortabel i egen kropp. Dette kan forstås i forhold til psykologiske teorier som løfter fram at terapeuten i arbeidet med skam, selv må være bevisst på egen sårbarhet og skam (Farstad, 2016, s. 293; Sanderson, 2015, s. 191). I tillegg til å lese om den kroppslige tilnærmingen innen NPMF, kan det være

nødvendig å dele kunnskap som psykomotoriske fysioterapeuter «har under huden» gjennom å holde praktiske kurs for andre faggrupper. Kanskje kan det slik skapes grunnlag for både trygghet og forståelse til å utforske skammen gjennom å bruke egen kropp i behandlingsrommet med pasienter. Faggruppene flyter naturlig inn i hverandre, noe som kan ses i tilknytning til psykisk helsearbeid som et tverrfaglig arbeidsfelt. I praksis er det kanskje slik at psykomotoriske fysioterapeuter ofte søker kunnskap fra psykoterapi og andre fagfelt. Hva med å snu dette slik at psykomotoriske fysioterapeuter kan åpne for at andre som arbeider innen psykisk helsearbeid både kan få inspirasjon og ny kunnskap om kroppen som innfallsvinkel i forståelsen av og møte med skam i klinisk praksis.

Informantene vektla det å møte skam i en trygg terapeutisk relasjon. Det kom fram en forståelse av at det er særlig viktig å være oppmerksom på seg selv som terapeut og hvordan man kan virke inn på pasienten. Empati, trygghet, innlevelse og andre terapeutiske kvaliteter ble vektlagt. Dette kan ses på som allmennmenneskelige egenskaper. Kanskje vi alle har noe å lære av dette i våre liv i møte med mennesker rundt oss? Det ble også løftet fram at skam kan trigges i den terapeutiske relasjonen som aktiverer både reaksjoner og et forsvar i kroppen vår. Kanskje kan skamforsvaret og skamreaksjoner feiltolkes slik at behandlingen tar en annen retning og det dype, manglende selvverdet overses? I denne sammenhengen er det viktig å understreke det dynamiske vekselspillet mellom kropp og følelser (Thornquist, 2006, s. 29, 2009, s. 1). Det å få kunnskap og bli bevisst på dette, vil mest sannsynlig være nyttig for flere som arbeider en-til-en med pasienter, både psykomotoriske fysioterapeuter, andre psykisk helsearbeidere, kropporienterte behandlere og andre fysioterapeuter. Kroppsskammen som ble løftet fram som aktuell i møte med pasienten, kan mulig slik bli oppdaget og dempet i behandlingen så den ikke står i veien for eventuelt et annet behandlingsfokus.

Funnene peker på tid som sentralt i møte med skam i terapeutiske relasjoner. Tidsaspektet kan være en utfordring i arbeid med pasienter i klinisk praksis. I psykisk helsearbeid som tverrfaglig fagfelt, er også fastlegene inkludert. De har ofte vesentlig mindre tid til pasienten enn psykomotoriske fysioterapeuter. Kanskje de likevel kan bruke noe av kunnskapen som kom fram i denne masteroppgaven i møte med pasienter. Informantene løftet fram at det i møte med skam, i stor grad handler om en bevisstgjøring av seg selv som menneske og hvordan man kan virke inn på andre. Dette vil kanskje være nyttig uansett hvor lang tid konsultasjonen tar. Et annet poeng er at masteroppgaven kan være nyttig for andre

faggrupper, inkludert fastleger, for å lære noe om hva psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra med inn i et tverrfaglig samarbeid.

Funnene kan forhåpentligvis være til nytte og inspirasjon for andre psykisk helsearbeidere, spesielt ut fra NPMF sin unike kroppslige tilnærming. Kanskje det også kan støtte oppunder et tettere samarbeid mellom NPMF og andre kroppsorienterte tilnærminger i psykisk helse.

b) Spesielt for NPMF

Funnene i denne masteroppgaven kan være til nytte for flere psykomotoriske fysioterapeuter og bidra til bevissthet, kunnskap og interesse i forhold til skam. Kanskje det også kan vekke en nysgjerrighet rundt egen skam, som i oppgaven kom fram som en forutsetning i arbeidet med skam. Informantene viste en forståelse av at skammen kan ha mange og individuelle uttrykk og spor i kroppen, også skjult for både pasienten og den psykomotoriske fysioterapeuten. Skamfølelsen kan dekkes bak andre fysiske og psykiske symptomer og lidelser som kommer tydeligere fram. Resultatene pekte på at det kan kreve både oppmerksomhet og kunnskap hos den psykomotoriske fysioterapeuten for å oppdage skammen i behandlingsrommet. Kanskje kan det være slik at skammen ofte blir oversett? Dette kan være nyttig innsikt også for andre fysioterapeuter og behandlere som jobber med kroppen, der den biomedisinske forståelsen av har stor tyngde. Med kunnskap om skam i møte med pasienter, kan det ut fra et kroppsfenomenologisk ståsted, gi en ny forståelse av våre mange kroppslige uttrykk.

I møte med skam, ble samtalen og det å sette ord på skammen vektlagt. I forbindelse med dette hevder Myklebust (2018) at det å sette ord på skammen kan bidra til å endre skam. Dette er i tråd med informantenes beskrivelser. I NPMF kan likevel samtalen være ulik samtalen blant andre psykisk helsearbeidere og typisk samtaleterapi. Dette gjennom spillerommet psykomotoriske fysioterapeuter har ved å veksle mellom å sette ord på skammen og møte den varsomt gjennom den ordløse dialogen mellom to kropper i behandlingsrommet. Slik kan kanskje psykomotoriske fysioterapeuter ha et fortrinn når det gjelder å møte skam. Denne masteroppgaven kan mulig gi en bekreftelse til psykomotoriske fysioterapeuter om å ta vare på den kroppslige tilnærmingen og ikke minst berøringen, som ble løftet fram som «gull i vårt fagfelt». Et fellestrekk hos informantene var det å gi plass til ordene i møte med skam. Kanskje kan et dynamisk samspill mellom ord og kropp være spesielt nyttig å være oppmerksom på i møte med skam?

c) Videre forskning

Det er få studier om skam innenfor NPMF. Man kan stille spørsmål ved hvorfor det ikke er mer forskning på skam i behandlingsrommet. Kanskje dette kan ha å gjøre med den skjulte følelsen som kan bli oversett hos pasienten og gjemme seg bak andre sterke symptomuttrykk. Denne masteroppgaven kan være et bidrag for å inspirere til videre forskning. Ved økt kunnskap og bevissthet om skam i behandlingsrommet, kan det reise seg flere nye spørsmål å forske på.

Pasientens egen opplevelse med og bedring av skam i behandlingsrommet, kan være et aktuelt tema for videre forskning. Dette kan gi et utvidet bilde av forståelsen av skam, for eksempel spesifikt knyttet til faktorer som trigger skammen.. Funnene i denne oppgaven peker på en forståelse av at det å møte skam kan handle om en balanse mellom respekten for den enkeltes skamforvar på den ene siden og få kontakt med skammen på den andre siden. Kanskje det kan utvikles mer kunnskap slik at vi som klinikere både innenfor NPMF og andre psykisk helsearbeidere, kan bli mer var og bevisst på å forstå pasientens reaksjoner? Resultatene peker på en mulighet for endring av skamfølelsen. Hvordan erfarer pasientene dette selv? Det vil mulig være forskningsetisk utfordrende å få tak i pasientens egne opplevelser knyttet til et så sårbart tema som skam kan være.

Masteroppgaven undersøkte skam relatert til en-til-en relasjon. I psykomotorisk praksis kan bevegelsesgrupper være et aktuelt tiltak. Det ville vært nyttig å forske på pasientens egen opplevelse av å være i en psykomotorisk bevegelsesgruppe i forhold til skam. Kanskje dette kan være en arena for å få skammen fram i lyset og parallelt utfordre og utforske den enkeltes skamforsvar.

Sammensatte lidelser er sentralt i psykisk helsearbeid. Det kunne også vært nyttig å forske på skam ut fra dette perspektivet.

5.2 Diskusjon av metoden

I denne masteroppgaven ble det benyttet en kvalitativ metode for å belyse følgende problemstilling: *Hvordan forstår og møter psykomotoriske fysioterapeuter skam i behandlingen?* Når det gjelder kvalitativ metode generelt, skriver Johannessen (2016, s. 95) at denne kan hjelpe oss å forstå hvordan mennesker oppfatter verden. I tråd med dette vil det ikke være et entydig svar på problemstillingen, men at det handler om å få en utvidet kunnskap og forforståelse av hvordan psykomotoriske fysioterapeuter kan forstå og møte

skam i behandlingen. Systematisk tekstkondensering (STK), ble valgt som analysestrategi. Malterud (2017, s. 18) trekker fram kriteriene refleksivitet, validitet og relevans for å drøfte analysekvalitet. Relevans er gjort rede for under punkt 5.1.7. Her vil jeg med utgangspunkt i refleksivitet og validitet redegjøre for metodiske styrker og svakheter.

5.2.1 Refleksivitet

Malterud (2017, s. 18) definerer refleksivitet som forskerens forutsetninger og tolkningsramme. Med andre ord handler det om å erkjenne og overveie hvilken betydning eget ståsted som forsker har i forskningsprosessen (s. 21). Dette handler om forskerens rolle og perspektiver, blant annet hvordan forforståelsen og den teoretiske referanserammen, påvirker valg underveis i prosessen (Malterud, 2002, s. 2471). Mitt ståsted som forsker var sterkt knyttet til det psykomotoriske fagfeltet i lys av min utdanning og arbeidsfelt. Slik hadde jeg en nærhet til det fagfeltet jeg forsket på. Dette gjaldt også til en viss grad temaet skam i lys av min interesse for temaet, erfaring gjennom møte med pasienter og ut fra mitt kunnskapsgrunnlag slik som beskrevet i punkt 1.5. På den ene siden kan nærheten til fagfeltet og temaet, være en styrke for å sikre god flyt i intervjuet og forstå svarene fra informantene. I tråd med dette løfter Kvale og Brinkmann (2015, s. 195) fram intervjuerens kunnskap om emnet i forhold til kvalitet på intervjuet. På den andre siden kan min forforståelse som forsker, ha påvirket fortolkningen av dataene både i intervjusituasjonen og i analysen i etterkant. Dette kan ha ført til at andre sentrale momenter ble oversett samt at det har styrt retningen for prosessen i masteroppgaven.

I følge Malterud (2017, s. 44) vil forforståelsen påvirke måten vi samler, leser og tolker dataene. Slik kan også min forforståelse av både skam og psykomotorisk fysioterapi dannet grunnlag for valg underveis. Dette gjaldt for eksempel under intervjuene ved fortolkningen av svarene og hvilke svar som ble fulgt opp og ikke. Ved intervjuene opplevde blant annet jeg at min forforståelse av skam stemte godt med informantenes forståelse. Gradvis ble jeg bevisst på hvordan jeg nærmest lyste opp ved bekreftelse på min egen forståelse, for eksempel i forbindelse med uttalelser om at skam handler om det å føle seg feil. Da jeg etter hvert klarte å sette forforståelsen til side og innta en mer aktiv, lyttende og nøytral posisjon, la jeg merke til andre momenter som informantene løftet fram. Et relevant eksempel var informantenes respons på hvordan de møter skam i lys av de psykomotoriske prinsippene samt hva som faktisk skjer i behandlingsrommet.

Ved inngangen til de første intervjuene, hadde jeg en forforståelse av at tilnærmingen til skam kunne plasseres inn i den kliniske hverdagen som psykomotorisk fysioterapeut sett i lys av psykomotoriske behandlingsprinsippene. Da jeg ble oppmerksom på reaksjonen fra informantene, for eksempel ved nøling, undring eller korte pauser, ble jeg gradvis mer bevisst på hvordan min forforståelse spilte inn. Dette kan ha hatt betydning både på hvordan jeg stilte spørsmålene, hvilke bekreftelser jeg ønsket, mine reaksjoner, hvordan jeg tolket innholdet i det som blir sagt og hvilke oppfølgende spørsmål jeg stilte. På den ene siden kan min forforståelse ha virket begrensende på dynamikken i intervjusituasjonen og hvordan informantene følte seg fri til å kunne svare eller ikke. På den andre siden vil denne oppdagelsen være en del av en hermeneutisk spiral og en dynamisk erkjennelsesprosess, slik Thornquist (2018, s. 171) beskriver. Denne ledet fram til en ny innsikt og en ny forforståelse av skam og psykomotorisk fysioterapi. Etter hvert som jeg hadde gjennomført flere intervjuer og blitt bevisst på hvordan forforståelsen min spilte inn, gikk det opp for meg at det kanskje ikke handlet om konkrete kroppslige tiltak eller handlinger, men hva som skjer relasjonelt mellom pasient og terapeut.

Kvale og Brinkmann (2015, s. 195) løfter videre fram hvordan intervjuerens samtaleferdigheter spiller inn på intervjukvalitet. Som ny i forskerrollen hadde jeg liten erfaring med gjennomføring av intervju, å være den som intervjuer og bedømme hvilke svar som skulle følges opp og ikke. Dette kan være en svakhet ved masteroppgaven. Samtidig kan intervjusituasjonen ses i sammenheng med rollen min som psykomotorisk fysioterapeut, hvor samtalen er en del av den daglige pasient-terapeutrelasjonen. Slik kan min erfaring som terapeut, være en styrke i rollen som forsker ved datainnsamlingen. Jeg opplevde meg trygg i samspillet med informantene og var opptatt av å ha en undrende, lyttende og utforskende posisjon. Dette kan ha virket positivt inn på informantene sin trygghet og ro samt grunnlag for å dele opplevelser og erfaringer.

Datainnsamlingen kan i etterkant forstås i forhold til den hermeneutiske spiral som handler om en dynamisk erkjennelsesprosess (se punkt 3.2.) Som masterstudent fikk jeg stadig ny innsikt i forskerprosessen ved fortolkning av dataene og det relasjonelle mellom informant og intervjuer. Dette er også sammenfallende med Kvale og Brinkmann (2015, s. 36), sin beskrivelse av intervjuferdigheter som et håndverk, som må læres ved å intervju. Slik erfarte jeg at jeg etter hvert kunne innta en mer lyttende holdning. Med dette fikk de åpne spørsmålene tid og plass, mens de korte, avgrensede spørsmålene ble færre. I tillegg til selve intervjuene, var det også i dataanalysen rom for at min forforståelse påvirket valgene mine

underveis. Ved bruk av analysemetode STK jobbet jeg systematisk gjennom trinn for trinn. Dette ga meg også en dypere innsikt i min egen forforståelse og hvordan den påvirket eventuelle valg underveis. Slik kan STK som metode ha vært med på å gjøre meg bevisst i forskningsprosessen og på valgene som er tatt underveis.

5.2.2 Validitet

Malterud (2017, s. 192) definerer validitet som «kunnskapens gyldighet» og handler om metoden representerer en logisk vei for å besvare problemstillingen. Dette kan deles inn i intern og ekstern validitet (ss. 23–24). Intern validitet viser til om vi har brukt relevante metoder for å gi gyldige svar på spørsmålene vi har stilt. Ekstern validitet handler om overførbarheten, det vil si om funnene kan gjøres gjeldende ut over konteksten der undersøkelsen er utført. I dette avsnittet vil jeg gjøre rede for forskningsprosessen i forhold til både intern og ekstern validitet.

a) Intern validitet

Den kvalitative metoden som ble benyttet for å belyse problemstillingen, var individuelle, intervjuer med en semistrukturert intervjuguide. Videre ble Systematisk tekstkondensering av Malterud benyttet som dataanalyse. Spørsmålet er om den valgte metoden belyste følgende problemstilling: *Hvordan forstår og møter psykomotoriske fysioterapeuter skam i behandlingen?* I denne forbindelse vil jeg presisere at problemstillingen ble endret og konkretisert etter intervjuene var gjennomført i første del av dataanalysen. Det opprinnelige ordet «erfaringer» ble byttet ut med «forstår og møter», ut fra hva informantene konkret beskrev.

De sju individuelle, semistrukturerte intervjuer ga i tråd med Johannessen (2016, s. 146), detaljerte beskrivelser og ble vurdert å holde tilstrekkelig god kvalitet i lys av problemstillingen. Andre metoder som benyttes i kvalitativ forskning, kan for eksempel være fokusgruppeintervju eller observasjon, som er mer egnet til å studere gruppeprosesser (Malterud, 2002, s. 2469–2470). I denne masteroppgaven handlet det derimot om å komme tett på den enkelte informanten. Slik var individuelle intervjuer en egnet metode for å søke og forstå verden sett ut fra informantens side, slik Kvale og Brinkmann (2015, s. 20) beskriver. Dette gjaldt både ved de seks intervjuene, som ble gjennomført på informantenes arbeidsplass, samt det ene intervjuet i «det digitale rom». God informasjon i forkant både om

tema og gitte betingelser i forhold til personvern og datahåndtering (vedlegg 3), kan ha vært en styrke for å skape trygghet til å dele sin forståelse og erfaringskunnskap.

De fysiske møtene med informantene var preget av en hyggelig velkomst med tilbud om en kaffekopp, skjermede og rolige omgivelser uten avbrytelser utenfra og en god tidsramme. Dette ga en ro over intervjusituasjonen, som kan ha skapt grunnlagt for refleksjon. For det første kan det ha bidratt til å gjøre informantene både oppmerksomme og trygge på å dele spontane og innholdsrike svar. For det andre ga det meg som intervjuer en følelse av ro og mestring i møte med den enkelte informant, som kan ha skjerpet fokuset mitt i intervjusituasjonen og oppdagelsen av min forforståelse. Utover dette var møteplassen selve behandlingsrommet, der samhandlingen mellom terapeut og pasient foregår. Dette kan også ha vært en styrke for få en nærhet til temaet som ble undersøkt.

Det siste intervjuet ble gjennomført digitalt på grunn av tidsmessige hensyn. Både informant og intervjuer var kjent med bruk av den digitale plattformen Zoom, som ble benyttet. Det var en hyggelig «digital atmosfære» og en god tidsramme rundt intervjusituasjonen. En svakhet var imidlertid det tekniske ved den digitale gjennomføringen. Ustabil internett førte til lette utfordringer med lyd. Dette skapte enkelte avbrudd underveis, som kan ha virket inn på flyten i samtalen samt oppmerksomheten til både informant og intervjuer. Lydkvaliteten ved avspillingen i etterkant var også noe redusert sammenliknet med de andre lydopptakene. Den var tilfredsstillende i forhold til påliteligheten til datamateriale, men transkriberingen tok betydelig lengre tid.

Intervjuene ble gjennomført som et møte mellom to psykomotoriske fysioterapeuter. Kvale og Brinkmann (2015, s. 156) beskriver i denne sammenheng «forskningsintervjuet som en interpersonlig situasjon, en samtale mellom to parter om et emne av felles interesse». Det felles faglige ståstedet, kan være en svakhet ved å virke inn slik at intervjuer og informant har bekreftet og begrenset hverandre. Eksempler underveis i intervjuene, var blant annet at jeg som intervjuer, nikket bekræftende til informantene, som tegn på at jeg forstod det de fortalte i lys av vårt fagfelt. Samtidig var det noen av informantene som kommenterte som følgende; «dette vet du sikkert». I begge tilfeller kan samtalen ha blitt avgrenset av dette. Sett i et annet perspektiv, så var det en asymmetri i kunnskap og erfaring mellom meg som nyutdannet psykomotorisk fysioterapeut og informantene med både lengre erfaring og spisskompetanse innenfor fagfeltet. Dette preget min rolle som intervjuer i form av en nysgjerrighet, åpenhet og respekt for informantene og deres kunnskap og erfaring. Utover dette ytret flere av

informantene takknemlighet både for sin egen del og for fagfeltet, i forhold til det å reflektere over skam i psykomotorisk fysioterapi. Slik kan samtalene mellom to psykomotoriske fysioterapeuter likevel ha åpnet for og løftet fram aktuell erfaringskunnskap hos informantene.

Intervjuguiden (vedlegg 4) ble bygd opp som nærmere beskrevet under punkt 3.4.2. Denne fungerte som et hjelpemiddel for å åpne for informantenes beskrivelser og var knyttet til relevante temaer sett i lys av problemstillingen. I analysearbeidet var den en styrke for lettere å kunne trekke ut likheter og forskjeller i datamaterialet. En svakhet var imidlertid at intervjuguiden i noen tilfeller ble for styrende. Et eksempel på dette var i de tilfellene informantene svarte med få ord og korte svar. Ved de første intervjuene, var jeg relativt rask til å bevege meg videre i guiden. Ved utvikling av min egen trygghet som intervjuer, var det slik Kvale og Brinkmann (2015, s. 157) beskriver, mulighet til å forfølge svarene og historiene som ble fortalt. Videre ga den i tråd med Johannessen (2016, s. 150), rom for variasjon. Underveis i intervjuene var det en fleksibilitet til både å stoppe opp, gå tilbake, stille spørsmålet på nytt og be om å få svarene utdypet. Det var ulikt hvor ordrike informantene var. Noen ganger var det hensiktsmessig med flere oppfølgende spørsmål for å få flyt i samtalen, mens andre ganger kom svarene trillende nærmest av seg selv ved å åpne for temaer. I ettertid så jeg at der informantene ga uttrykk for usikkerhet på hva spørsmålet handlet om, var jeg rask med å veilede i stedet for å gi informanten tid til å dvele. Gjennom gradvis økt bevissthet om min egen forforståelse og en nysgjerrighet på selve intervjuprosessen, var det lettere å be informanten om å utdype det som ble sagt og gi tid til stillheten og pausene. Dette gjaldt også valideringen underveis, der jeg stoppet informanten for å sjekke om jeg hadde forstått det de fortalte. Slik var forskerprosessen en dynamisk prosess, der min nye erfaring som forsker underveis, var en styrke for å belyse problemstillingen og få fram informantenes forståelse og kliniske erfaring med skam hos pasienter.

Det er både styrker og svakheter ved selve spørsmålsformuleringen i intervjuguiden. Introduksjonsspørsmålene åpnet for spontane tanker rundt forståelsen av skam, særlig relatert til psykisk helse og psykomotorisk fysioterapi. Slik kom deling av refleksjoner og erfaring i gang uten avgrensninger fra meg som intervjuer. Ved nøkkelspørsmålene opplevde jeg derimot flere ganger at informantene stoppet opp, reagerte eller ble undrende til spørsmålsstillingen. Dette gjaldt spesielt ord som «å innlemme skam» samt bruk av uttrykket «psykomotoriske prinsipper». Dette var et tema som ble delt i dialog med veileder. Gjennom denne prosessen, ble jeg kjent med min egen forforståelse, fortsatte uten endring av

intervjuguiden og kjente på en mer undrende holdning til reaksjonene til informantene. Dette kan være en styrke i masteroppgaven som gjorde meg våken for og fikk fram informantenes perspektiver på hvordan de forstår og møter skam i behandlingen.

Systematisk tekstkondensering (STK) ble valgt som analysemetode. I følge Malterud (2017, s. 93) er dette en tverrgående analyse hvor likhetstrekk, forskjeller og variasjoner mellom de ulike deltakernes erfaringer blir løftet fram. Slik var denne egnet til å sammenlikne datamaterialet fra de sju intervjuene med hverandre og som førte fram til at det var mulig å trekke ut hovedfunn til slutt. En styrke ved metoden var systematikken fra trinn 1 til trinn 4, som medførte en unik kjennskap til datamaterialet. Det var også en styrke med identifisering av de meningsbærende enhetene, som ga en nærhet til hva informantene formidlet Malterud (2017) har beskrevet metoden nøyaktig trinn for trinn. Som helt nybegynner i analysestrategien var det likevel en utfordrende prosess som krevde mange arbeidstimer. Jeg fikk gradvis en forståelse av at STK må erfares i forskningsprosessen for å virkelig forstå den i sin tverrgående form. Malterud (2002b, s. 2470) beskriver at den kvalitative analysen handler om «å bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet» Denne brobyggingen var en tidkrevende prosess. Det var først i trinn 3 at jeg virkelig som masterstudent, fikk en inngående forståelse av hva en tverrgående analyse er. Det å tørre å dekontekstualisere var det som åpnet veien i analyseprosessen i samarbeid med veileder. Med denne grundige analysen og gjennomarbeidingen av datamaterialet som STK innebar, ble funnene vurdert som innholdsrike, varierte og brede.

I tråd med Håndboka for masterstudiet (Høgskolen i Innlandet, 2022, s. 19), ble det ved oppstart av masteroppgaven våren 2022, tildelt en veileder med kompetanse innenfor psykisk helsearbeid. Dette ga slik Malterud (2017, s. 100) beskriver, et analytisk rom, som var av vesentlig betydning for å besvare problemstillingen. Jeg erfarte veiledningen som en verdifull dialog med rom og tid for refleksjoner. Veileder var en støttende, anerkjennende og kritisk medspiller i hele forskningsprosessen. Hun hadde en sentral rolle også under dataanalysen og kom med kritiske og reflekterende innspill i lys av sin kunnskap og erfaring om analysestrategien STK. Veiledningen foregikk ved fysiske og digitale møtepunkter, mailkorrespondanse og vurderinger av tekstmaterialet.

I forskningsprosessen var det også et analytisk rom med medstudenter og andre lærere. På fire felles samlinger, inkludert opponentskapssamling, ble den pågående oppgaven presentert og

diskutert. Dette var en styrke for å reflektere over veivalg og få ny innsikt underveis i prosessen.

Temateori om NPMF og de psykologiske teoriene satte resultatene inn i en sammenheng. Et interessant trekk var at informantenes beskrivelser i stor grad samsvarte med utvalgt teori om og forskning på skam. På den ene siden kan dette handle om at informantene hadde relevant kunnskap om skam. På den andre siden kan det være at informantene hadde kunnskap relatert til andre fenomener og psykologiske teorier med overføringsverdi til skam. Dette kan blant annet være teori som er beskrevet i punkt 1.3.2. og ikke ble inkludert i denne masteroppgaven. Det kan også stilles spørsmål ved om det er høy grad av lojalitet i fagfeltet som påvirker hva informantene deler. Det er videre ikke mulig å vite hvordan resultatene ville blitt ved valg av annen teori, blant annet gjelder dette teori knyttet til kognitiv adferdsterapi. Den valgte metoden ga svar på problemstillingen både knyttet til datainnsamling, analyse og bruk av teori. Dette utelukker likevel ikke at også andre metoder kunne gitt relevant kunnskap.

b) Ekstern validitet

For å besvare problemstillingen ble det i denne masteroppgaven rekruttert et strategisk sammensatt utvalg av sju psykomotoriske fysioterapeuter med erfaring fra privat praksis i kommunehelsetjeneste. Det var kun psykomotoriske fysioterapeuter som var aktuelle som informanter. Inklusjonskriteriene var for øvrig som beskrevet under punkt 3.3. Informantene var kun kvinner i alderen fra 35-65 år med 5 til over 20 års erfaring innenfor fagfeltet. Kan kunnskapen som har kommet fram i masteroppgaven, være gjeldende utover denne konteksten?

Ut fra masteroppgavens omfang og tidsramme, ble sju informanter inkludert. Dette resulterte i et rikt tekstmateriale. Ved et større utvalg kunne det enten ha fått fram flere kontraster eller også forsterket funnene som her er kommet fram. I forhold til erfaring og kompetanse, hadde informantene ulike kurs og tilleggsutdanninger, både fagspesifikke, tverrfaglige og spesielt innenfor traumefeltet. Dette kan være en styrke som bidro til varierte og rike beskrivelser relatert til problemstillingen. Slik kan resultatene være aktuelle for andre psykomotoriske fysioterapeuter ved å løfte fram en forståelse av skam samt antyde hvordan den kan møtes i klinisk praksis.

Utvalget inkluderte videre kun informanter fra privat praksis. Dersom det hadde være sammensatt av psykomotoriske fysioterapeuter ansatt innenfor spesialisthelsetjenesten eller

kommunale faste stillinger, er det vanskelig å vite hvor annerledes resultatene kunne ha blitt. Det som er felles, er at de også jobber en-til-en over tid med pasienter med sammensatte plager. Sannsynlig vil temaet skam komme til uttrykk i behandlingsrommet uavhengig av arbeidssted og utfordre terapeutene på å forholde seg til dette. Kunnskapen fra denne masteroppgaven kan slik sannsynlig være relevant også for dem som jobber i andre type stillinger og i andre helsekontekster enn privat praksis.

Deltakelsen var basert på frivillig og informert skriftlig samtykke ut fra forskningsetiske retningslinjer som beskrevet under punkt 3.6. Når det gjelder kjønn, kunne det vært interessant å få tak i mannlige terapeuters erfaringer med tematikken for å se om menn møter skamproblematikken på ulik måte fra kvinnelige terapeuter. Ingen menn takket derimot ja til deltakelse. Krav om frivillighet, kan være en styrke ved at informantene var særlig interessert i og motivert for å dele av sine erfaringer om hvordan å forstå og møte skam i behandlingen. Flere takket og uttrykte eksplisitt, hvor meningsfylt det er at temaet skam i psykomotorisk praksis blir belyst. I tillegg delte flere at det var en god opplevelse å reflektere og dvele ved temaet for sin egen del. En svakhet i forhold til utvalget, kan være at det utelukkende var psykomotoriske fysioterapeuter som var opptatt av temaet og har øyne for det i praksis, som meldte seg. Kanskje kan det være slik at de som meldte seg, var de mest engasjerte og også har en overdreven tro på at det de driver med gir resultater. Flere aktuelle informanter som fylte inklusjonskriteriene, takket nei til deltakelse. Det ble blant annet satt ord på at skam var et ukjent ord i deres praksis. Dette kan gi rom for å undre seg videre over om et annet utvalg ville gitt et annet resultat og andre faglige perspektiver som ville vært nyttige. Kanskje kan det være nettopp slik at det er psykomotoriske fysioterapeuter, som jobber med det uten å bruke ordet skam eller ha en bevissthet om denne «skjulte følelsen i psykisk helse».

Funnene i denne oppgaven kan sannsynlig være aktuelle for inspirasjon og refleksjon utover konteksten problemstillingen ble undersøkt i og ut fra oppgavens avgrensninger, som er gjort rede for i punkt 1.3.2.

6 KONKLUSJON

I denne masteroppgaven ble det utforsket hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår og møter skam i behandlingsrommet. De overordnede perspektivene var NPMF og skammens fenomenologi basert på psykologiske teorier. Sju psykomotoriske fysioterapeuter ble intervjuet med en semistrukturert intervjuguide. Systematisk tekstkondensering (STK) ble benyttet for analyse av datamaterialet. Det var følgende fire hovedfunn:

- Skammens «krymping» i kropp, relasjon og selvvverd
- Å være den levende andre
- Å bli bevisst på skammen ved kroppslig tilnærming og dialog
- Pasientens endringsprosess, å ta plass og oppleve en ny sannhet.

Informantene formidlet at skam kan være meget smertefullt og begrense livet til pasienten i alvorlig grad. Skammen kan forstås i sammenheng med ulike spor i kroppen, både synlig og usynlig. Videre beskrev informantene at skammen må fram i lyset for å få kontakt med den og derav mulig endre den. For å få til dette må den psykomotoriske fysioterapeuten være oppmerksom på seg selv og hvordan man virker inn på pasienten. Samtidig kreves det å være var på skammen og skammens forsvar. Informantene vektla å møte skam med empati, aksept og tid i en trygg relasjon. Funnene viste også at den kroppslige tilnærmingen i NPMF er det en unik mulighet for å få kontakt med skammen gjennom både ord og kropp.

Resultatene viste at det å ta skammen på alvor, kan skape en positiv endring i opplevelsen av seg selv og sin verdi. Slik kan det å forstå og møte skam både innen NPMF og psykisk helsearbeid, bidra til å fremme psykisk helse, til tross for en krevende og kanskje livslang prosess.

Masteroppgaven kan være relevant og nyttig for andre psykomotoriske fysioterapeuter for å bevisstgjøre og vekke interesse rundt temaet skam i behandlingsrommet. Den kan også bidra inn i psykisk helsearbeid i møte med skam gjennom med forståelsen av kropp og den kroppslige tilnærmingen i NPMF.

Referanseliste

- Anstorp, T., & Benum, K. (2014). *Traumebehandling: Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Universitetsforlaget.
- Berg, K. H., Fiskum, C., & Eik-Nes, Trine Tetlie. (2021). Utredning av kroppsbildeforstyrrelse hos personer med fedme og overspisingslidelse. *Fysioterapeuten*.
<https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-fedme-fysioterapi/vurdering-av-kroppsbildeforstyrrelser-hos-pasienter-med-fedme-og-overspisingslidelse/135133>
- Bergland, A., Olsen, C. F., & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. *Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 23(4), 1–12. <https://doi.org/10.1002/pri.1723>
- Bunkan, B. H. (1996). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: Ressursorientert kroppundersøkelse og behandling* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2001/10/kronikk/psykomotorisk-fysioterapi-prinsipper-og-retningslinjer>
- Bygstad-Landro, M., Giske, T., Blystad, A., & Martinsen, K. (2021). Skammen slår beina under meg»—Om hvordan mennesker med depresjon erfarer skam. *Nordisk sygeplejeforskning*, 11(2), 155–166. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2021-02-06>
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Engelsrud, G. (2015). *Hva er kropp?* Universitetsforlaget.
- Farstad, M. (2016). *Skam: Eksistens, relasjon, profesjon*. Cappelen Damm akademisk.

- Fisher, J. (2019). Sensorimotor Psychotherapy in the Treatment of Trauma. *Practice innovations (Washington, D.C.)*, 4(3), 156–165. <https://doi.org/10.1037/pri0000096>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge*. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforl.
- Groven, K. S., & Heggen, K. (2018a). Physiotherapists' encounters with "obese" patients: Exploring how embodied approaches gain significance. *Physiotherapy Theory & Practice*, 34(5), 346–358. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1400140>
- Groven, K. S., & Heggen, K. (2018). Physiotherapists' encounters with "obese" patients: Exploring how embodied approaches gain significance. *Physiotherapy Theory and Practice*, 34(5), 346–358. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1400140>
- Høgskolen i Innlandet. (2022). *Håndbok for 4PM791. Masteroppgave i psykisk helsearbeid. Studieåret 2022/ 2023*. Faktultet for helse- og sosialvitenskap.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt.
- Kristiansen, C. (2022). *Psykomotoriske fysioterapeuters forståelse og tilnærming i behandling av personer som opplever skam etter krenkelser* [Master thesis, UiT Norges arktiske universitet]. <https://munin.uit.no/handle/10037/25869>
- Kristiansen, I., & Ekerholt, K. (2022). *Fra kaos til sammenheng og mening: Pasienterfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapi*. <https://www.fysioterapeuten.no/fagfelleverdert-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/fra-kaos-til-sammenheng-og-mening-pasienterfaringer-med-norsk-psykomotorisk-fysioterapi/141026>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(25), 2468–2472.
<https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Myklebust, I. (2018). *Skammens rolle i psykoterapi: Hva kjennetegner skamtilstander i psykoterapi og hvilke implikasjoner kan skam ha for terapi som relasjon og prosess?* [Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi, NTNU]. NTNU.
<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2590740>
- Norsk Fysioterapiforbund. (2022). <https://fysio.no/finn/fysioterapeut/> Hentet 01.09.22.
- Pedersen, R. (2007). Kierkegaard og kunsten å hjelpe. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://tidsskriftet.no/2007/01/medisin-og-kunst/kierkegaard-og-kunsten-hjelpe>
- Rake, S. K., & Ahlsen, B. (2022). *I spagaten—En diskursanalytisk tilnærming til hvordan psykomotorisk fysio- terapi posisjonerer seg som fagdisiplin og behandlingstilnærming*. Fysioterapeuten. <https://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-7-22/36-41>
- Sanderson, C. (2015). *Counselling skills for working with shame*. Jessica Kingsley Publishers.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/hilhmr-ebooks/detail.action?docID=2078609&pq-origsite=primo#>
- Senter for kunnskapsbasert praksis. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasertpraksis.no*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Skårderud, F. (2001a). *Tapte ansikter: Introduksjon til en skampsykologi I. Beskrivelser* (s. s. 37-52). Fagbokforlaget.

- Skårderud, F. (2001b). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(13), 1613–1617.
- Skårderud, F. (2006). Flukten til kroppen: Senmoderne skamfortellinger. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G. H. Stang, B. Wilmar (Red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 45–64). Gyldendal akademisk.
- Stålsett Føllesø, G. (2003). Skam og skyld. I T. Anstorp, B.I. Hovland, E. Torp (Red.), *Fra skam til verdighet* (s. 100–134). Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2006). Psykomotorisk fysioterapi – tenkning og tilnærming. Del 1: Kjennetegn, prinsipper og framgangsmåter. *Utposten*.
https://www.utposten.no/journal/2006/5/p-49/PSYKOMOTORISK_FYSIOTERAPI_-_tenkning_og_tiln%C3%A6rming_DEL_I:_KJENNETEGN,_PRINSIPPER,_FRAMGANGSMATER
- Thornquist, E. (2009). Livet setter kroppslige spor. En kasustikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Fag og forskning*. <https://docplayer.me/3513135-Livet-saetter-kroppslige-spor-en-kasuistik-fra-psykomotorisk-fysioterapi.html>.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlaget.
- Tidsskrift for psykisk helsearbeid. (2008). Vi bærer psykisk helsearbeid videre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 98–103. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2008-02-01>
- Tomkins S.S. (1984). Affect Theory. I K. R. Scherer & P. Ekman (Red.), *Affect Theroy* (s. 163–196). Psychology Press.

https://books.google.no/books?id=k0mhAwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=no&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Universitetet i Oslo. (2023a, 22. april). *Nettskjema-bilde-appen*.

<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/fortroligedata-bilde.html>

Universitetet i Oslo. (2023b, 22. april). *Nettskjema-diktafon mobilapp*.

<https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>

World Health Organization. (2023, 30. april). *Mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>



[Meldeskjema](#) / [Skam i psykomotorisk fysioterapi](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

782172

Vurderingstype

Standard

Dato

04.07.2022

Prosjekttittel

Skam i psykomotorisk fysioterapi

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig

Sigrid Helene Kjørven Haug

Student

Randi C. Johansen

Prosjektperiode

26.04.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2023.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

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

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere pasienter/klienter.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring, videosamtale o.l.) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til

Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: nsd.no/personverntjenester/fyller-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema.

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av

personopplysningene er avsluttet. Kontaktperson hos oss: Lene Chr. M. Brandt

Lykke til med prosjektet!

Kopi av meldinger med NSD i forbindelse med søknad om godkjenning

Melding fra Lene Christine Morvik Brandt (NSD) 10.08.2022 09:10

Hei, ved en tilfældighet oppdaget jeg en feil nå i ditt meldeskjema som det fint om vi får rettet opp: vi ser at det er krysset av for "Helseopplysninger" på siden "Personopplysninger". Gitt at du intervjuer ansatt helsepersonell om sine generelle opplevelser med pasientene, og ikke om de ansatte sin helse, er det ikke snakk om personopplysninger helsen til dine informanter. Vi ber derfor deg ta bort avkrysningen "Helseopplysninger" på siden "Personopplysninger". Da vil alt være korrekt i ditt meldeskjema (vi ber deg om å ikke sende meldeskjema inn på nytt). Ta gjerne kontakt om noe er uklart, og beklager at jeg ikke oppdaget dette da vi opprinnelig vurderte prosjektet. Mvh Lene Brandt (53 21 15 46)

Vurdert 04.07.2022 10:09:

Behandlingen av personopplysninger er vurdert.

[Les vår vurdering](#) (se nedenfor)

Sendt til vurdering 02.07.2022 12:01

Melding 30.06.2022 11:56

Hei, og takk for godt utfylt meldeskjema. Etter en gjennomgang av ditt skjema har vi bare et par kommentarer før vi kan gå videre med vurdering: 1. På siden "Prosjektinformasjon" i

meldeskjema, må du i feltet "Prosjektbeskrivelse" helt kortfattet beskrive det innholdsmessige formålet med prosjektet ditt - altså hva du skal studere. 2. På siden "Tredjepersoner" har du svart ja på spørsmål om det behandles opplysninger om tredjepersoner. Men slik vi forstår deg mener du her pasienter/klienter, og du kan jo ikke få tilgang til identifiserende opplysninger om pasienter i intervjuene av hensyn til informants taushetsplikt. Derfor må du svare nei på denne siden, og også være svært bevisst når du stiller spørsmål i intervjuene at informant ikke kan avgi taushetsbelagt informasjon og derfor må snakke mer generelt om sine pasienter, og være svært forsiktig ved bruk av eksempler. Dette bør du minne informant om i forkant av intervju. Du bør også på siden "Prosjektinformasjon" i feltet "Begrunn behovet for å behandle personopplysningene" ta bort setningene "Dersom disse inneholder identifiserbar informasjon vil dette bli aidentifisert og omskrevet i transkriberingen. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne konkrete pasienter i transkripsjonene" og heller presisere at dette skal være anonyme beskrivelser av mer generelle erfaringer. Vi ber om at du gjør oppdateringer i meldeskjema i tråd med punktene over, og sender skjema inn på nytt. Da vil vi kunne ferdigvurdere. Ta gjerne kontakt om du har noen spørsmål. Mvh Lene Brandt

Sendt i retur 30.06.2022 11:56

Sendt til vurdering 09.06.2022 10:05

Vedlegg 2. Uttalelse fra LEFK

Fra: Anne Sofie Lofthus <Anne.Lofthus@inn.no>
Sendt: torsdag 11. august 2022 09:50
Til: Randi Christiansen Johansen
Kopi: Sigrid Helene Kjørven Haug
Emne: SV: Masteroppgave - personvernombud



Hei Randi.

Jeg har sjekket NSD-meldingen din (782172) og lest intervjuguide og info- og samtykkeskriv. Dette masterprosjektet er ikke pasientrettet og har ingen vesentlige forskningsetiske problemstillinger forøvrig, og følgelig er det ikke behov for en uavhengig vurdering av Lokal etisk komité ved HINN.

Lykke til med masterprosjektet.

Med vennlig hilsen – på vegne av Lokal etisk komité for forskning

Anne Sofie Lofthus

Sekretær

Forskningsadministrasjon

Telefon: 61288277 | Mobil: 40854711

E-post: anne.lofthus@inn.no

Vedlegg 3. Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i studien

” Skam i psykomotorisk fysioterapi”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en masteroppgave ved studiet «Master i psykisk helsearbeid» ved Høgskolen i Innlandet. Formålet er å *utforske hvordan psykomotoriske fysioterapeuter tilnærmer seg skam i behandlingen*. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for masteroppgaven og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål og problemstilling

Formålet med masteroppgaven er å utvikle kunnskap og få en dypere forståelse av hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår, gjenkjenner og møter skam hos pasienter. Det er få studier som spesifikt utdyper området for skam innen Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF). Slik kan masteroppgaven frambringe en utvidet forståelse av møte med skam i NPMF og bidra til faglig inspirasjon i klinikken. Oppgavens problemstilling er følgende: *Hvordan erfarer psykomotoriske fysioterapeuter det å arbeide med skam i behandlingen?*

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Innlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er en av flere psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider i regionen Helse Sør-Øst, som vi inviterer til deltakelse i denne masteroppgaven. Utvalget er rekruttert gjennom Norsk fysioterapeutforbund sin faggruppe for psykomotorisk fysioterapi gjennom en gitt kontaktliste eller via åpen kontaktliste på hjemmesiden til Norsk fysioterapeuts forbund (<https://fysio.no/finn/fysioterapeut/2022>). Av 12 psykomotoriske fysioterapeuter som får tilsendt dette informasjonsskrivet med samtykkeskjema via e-post, vil 5-7 bli inkludert for videre deltakelse. Inklusjonskriterier er: 1) Psykomotorisk fysioterapeut med godkjent takstkompetanse (rett til å heve A9 takst). 2) Erfaring som psykomotorisk fysioterapeut i to år eller mer. 3) Selvstendig næringsdrivende med kommunal driftshjemmel på minst 50%. Utover dette gjøres en strategisk prioritering av informanter ut fra geografisk plassering innenfor 1,5 times kjørevei mellom forsker og informant. Dersom du ønsker å delta, bekrefter du dette tilbake på e-post og vil bli kontaktet per telefon for intervju. Samtykkeskjema tas med til intervju.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du blir innkalt til intervju. Dette vil foregå individuelt og ta ca. 60 minutter. Intervjuet vil gjennomføres i egnet, uforstyrret rom primært på din arbeidsplass. Det vil også være mulig å gjennomføre intervjuet digitalt dersom reisevei (over 1 time) eller andre særskilte hensyn gjør dette hensiktsmessig.

Intervjuet inneholder spørsmål om din forståelse av begrepet *skam* knyttet til psykisk helse og psykomotorisk fysioterapi. Videre vil det inngå spørsmål rundt dine erfaringer med å gjenkjenne, møte og innlemme skam i møte med pasienter i behandlingsrommet. Dine svar fra intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak, skrevet ned og lagret på en eget sikker datasky.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i masteroppgaven. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg i samsvar med formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Ved behandlingsansvarlig institusjon vil det kun være veileder og student som vil ha tilgang til dine opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Videre vil dine opplysninger bli lagret på en egen sikker datasky ved Høgskolen Innlandet. Dette gjelder både lydfil og skriftlige svar fra intervjuet. Student Randi C. Johansen vil gjennomføre intervjuet og transkribere data. Data vil videre bearbeides sammen med veileder Sigrid Helene Kjørven Haug. Ingen andre personer vil ha tilgang til dine opplysninger. Deltakerne som intervjues vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdige masteroppgaven eller andre publikasjoner (eks fagessey, presentasjoner) som springer ut fra denne.

Hva skjer med personopplysningene dine når masteroppgaven avsluttes?

Arbeidet med masteroppgaven vil etter planen avsluttes i desember 2023. Teksten i masteroppgaven vil være anonymisert, analysert og omarbeidet slik at det ikke kan spores tilbake til deg. Det lagrede, aidentifiserte datamaterialet i tekstform og lydfil vil bli slettet etter godkjent sensur på masteroppgaven.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Høgskolen i Innlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene

å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende

å få slettet personopplysninger om deg

å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til masteroppgaven, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Høgskolen i Innlandet v/ Sigrid Helene Kjørven Haug

Kontaktopplysninger: Sigrid.hauq@inn.no. Tlf 90893165

HINNs personvernombud: <https://www.inn.no/om-hogskolen/personvern/>

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Randi C. Johansen

Student

(Forsker/veileder)

Sigrid Helene Kjørven Haug

Prosjektansvarlig

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Skam i psykomotorisk fysioterapi*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4. Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

Innledning:

Innsamling av samtykkeerklæring.

Informere om lydopptak av intervjuet.

Takk for at du er villig til å delta og bli intervjuet.

Vise til tilsendt informasjonsskriv. Kort informasjon om masteroppgaven.

- *Jeg er interessert i din forståelse og dine erfaringer i forhold til temaet skam og psykomotorisk fysioterapi.*
- Intervjuet vil bli skrevet ned, analysert og omarbeidet slik at det ikke kan spores tilbake til deg.
- Anonymitet, samtykke, informantens rett til å avslutte intervjuet underveis
- Sletting av datamaterialet etter avslutning av masteroppgaven. Endelig masteroppgave er tilgjengelig for informant ved ønske om dette.
- Varighet på intervjuet maksimalt 60 min.

Kort presentasjon av intervjuer: Utdannet 1996, erfaring fra kommune helsetjeneste og privat praksis. Videreutdanning; barn og unge, psykomotorisk fysioterapi. Nå masterstudent.

A. Faktaspørsmål:

1. Kan du fortelle litt om deg selv som psykomotorisk fysioterapeut
 - ca hvor mange års erfaring,
 - arbeidsfelt, arbeidsplass
 - spesielle interesse- og fordypningsfelt

B. Introduksjonsspørsmål:

2. Hva tenker du på når du hører begrepet *skam*?
3. a) Hvis du ikke er kjent med ordet *skam*, er det andre stikkord som er mer nærliggende for deg, som kroppsbilde, avsky, skyld, selvtillit eller andre?
b) Hva tenker du rundt begrepet?

Merknad: Dersom informant lander på et annet ord for skam, benyttes dette videre i intervjuet.

4. Hvilke refleksjoner gjør du deg om skam knyttet til psykisk helse?
5. Hvilken forståelse har du av skam knyttet til psykomotorisk fysioterapi?

C. Nøkkelspørsmål:

6. a) Hvilken erfaring har du med å **gjenkjenne skam** i møte med pasienter?
b) Kan du komme med noen eksempler?
7. a) Hvilken erfaring har du med tanke på å **møte skam hos** pasienter i behandlingsrommet?

Kan du komme med noen eksempler?

8. Hva tenker du på når du hører begrepet «**psykomotoriske prinsipper**»?
9. a) Kan du utdype hvilke erfaring du har med å innlemme skam i psykomotorisk praksis – sett i lys av psykomotoriske prinsippene?
b) Kan du komme med noen eksempler?
10. Har du noen tanker om hvordan det virker – enten positive eller negative responser fra pasienter?
11. Er det særlige pasientgrupper dette er relevant for?

Avslutning:

12. Er det noe mer du vil føye til slutt?

Vedlegg 5. Datahåndteringsplan

1.	Angående eksisterende data som er relevant: Kvalitative data, ikke relevant.
2.	Datatyper som skal samles inn: Intervju med personer, bruk av lydopptak.
3.	Tillatelser: Må søke NSD om godkjenning av prosjektet. Sendes LEFK for uttalelse før intervju.
4.	Programvare for å transkribere data: Amberscript. Programvare for å bearbeide og analysere data: Ingen programvare.
5.	Informasjonssikkerhet, lagring av data: Lydopptak på: https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html Lagring av data i sky: Tilgang til HINN-One Drive Office365
6.	Dataformat som data blir generert og gjort tilgjengelig i: Tekst i word-format .docx. Endelig masteroppgave i PDF format.
7.	Organisering av data: Mapper for transkribering av intervju / rådata, mapper ut fra STK trinn 1-4.
8.	Metadata: Sjekk at strukturerte data er selvforklarende (obs variabelnavn, koder og forkortelser)
9.	Tidsfrister: NSD melding: Sendes etter prosjektbeskrivelse er godkjent av veileder. Aidentifisering fortløpende ved transkribering av intervju. Sletting av personopplysninger: Innen 14 dager etter endelig godkjenning av masteroppgave.