



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse og omsorgsfag

Å gi seg selv mer tyngde

En kasusbeskrivelse av hvordan Psykomotorisk fysioterapi kan fremme utvikling av selvet

Mari Norrøne

Masteroppgave i Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi HEL-3901

Mai 2020

INNHOOLD

Forord.....	3
Sammendrag	5
Abstract.....	6
1.0 INNLEDNING.....	7
1.1 Bakgrunn for oppgaven	7
1.2 Hensikt og problemstilling.....	9
1.4 Avgrensning.....	9
2.0 Teori	10
2.1 Utviklingen av selvet.....	10
2.2 Kommunikasjon.....	13
2.3 Vaner og væremåter.....	15
2.4 Intersubjektivitet	17
2.5 Problemer og reparasjon	19
3.0 VITENSKAPSTEORI & METODE.....	21
3.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme.....	21
3.2. Kvalitet i forskningsprosessen	24
3.3 Forskningsdesign	24
3.4 Datainnsamling.....	25
3.4.1 Utvalg	25
3.4.2 Utvikling av empirisk materiale	25
3.4.3 Deltakende observasjon	27
3.4.4 Intervju basert på samobservasjon.....	27
3.4.5 Samobservasjon med veileder.....	28
3.4.6 Intersubjektiv enighet.....	29
3.5 Etikk	31
3.6 Transkripsjon	31
3.7 Analyse	32
3.8 Presentasjon av materialet.....	34
4.0 RESULTAT OG ANALYSE	34
4.1 Innledning.....	34
4.2 Oversikt over behandlingstimen.....	34
4.2.1 Bakgrunnen for behandlingstimen	34
4.2.2 Temporal organisering av aktivitet i behandlingstimen.....	37
4.3 Viktige handlingssekvenser.....	38
4.3.1 «Hva sa de da du sa det?»	38

4.3.2	«Det irriterer meg at jeg spenner sånn»	44
4.3.3	«Jeg har mer plass i lungene her»	48
4.3.4	«Jeg må gjøre om passet mitt»	50
4.3.5	Motstand i bevegelse	52
4.3.6	Å ta kontroll og å slippe kontroll.....	57
4.4	Behandlingstimen som helhet	61
4.4.1	En felles meningsverden.....	61
4.4.2	Vaner- et uttrykk for erfaring.....	63
4.4.3	Et samarbeid mellom likeverdige	64
4.4.4	Smidig turtaking og tett samarbeid	65
4.4.5	Fysioterapeutens tilpasninger fremmer hensiktsmessig samspill.....	68
5	Avslutning.....	72
6.0	KILDER	74
	Vedlegg 1 NSD sin vurdering	76
	Vedlegg 2 Utdrag av personlig mailkorrespondanse mellom meg og Eva.	80



Forord

Å skrive denne masteroppgaven har vært en engasjerende og spennende prosess. Jeg har trivdes godt med dette arbeidet, og synes jeg har fått veldig mye ut av det.

Oppgaven er skrevet ved siden av arbeid som psykomotorisk fysioterapeut i en travel praksis. Underveis har fordypning i oppgavens tema gitt meg et nytt og interessant blick på det som skjer i klinikken. Å kunne fordype meg i samspill, utviklingsteori og kommunikasjon har vært en glede som jeg tror vil berike min arbeidshverdag i årevis fremover.

Jeg vil først og fremst takke informantene som så modig bidro med sine erfaringer og kunnskap. Dere inspirerer og motiverer! Jeg er ydmykt takknemlig for deres bidrag.

Tusen takk til veileder, Anne Gretland for grundig og raus veiledning, og for at du alltid utfordrer, inspirerer og utvider horisonten min.

Takk til min far, for all støtte og hjelp. Din historie er et bakteppe for denne oppgaven, og uten den og din hjelp hadde jeg aldri endt opp med en master.

Takk til Tonje og Thea for gjennomlesning, oppmuntring og gode innspill.

Og til slutt en takk til min mann, Vegard Kamsvåg, for støtte, oppmuntring og kjærighet.

Oslo, Mai 2020.

Mari Norrøne



«Mennesket er Aand. Men hvad er Aand?»

Aand er Selvet.

Men hvad er Selvet?»

Selvet er et Forhold, der forholder sig til sig selv»

Søren Kierkegaard



Sammendrag

Bakgrunn

Kvalitative studier på psykomotorisk fysioterapi gir et bilde av en sammenheng mellom økt kontakt med egen kropp og økt bevissthet rundt seg selv som person, altså endringer i selvfunksjoner. Teori om kommunikasjon og utvikling av selvet kan belyse slike empiriske funn. Denne studiens mål er å utforske hvordan det som skjer i en behandlingstime med psykomotorisk fysioterapi kan bidra til å fremme utvikling i selvet.

Metode og materiale

Studien tar utgangspunkt i et video-opptak av en behandlingstime. Det er benyttet samobservasjon for å intervju fysioterapeuten om behandlingstimen. Samobservasjon er også utført sammen med veileder. Fokuset er rettet mot handlingssekvenser som kan fremme utvikling i selvet/selvfunksjoner hos pasienten.

Resultater

Særtrekk i samhandlingen, og i psykomotorisk fysioterapi, gir muligheter for utviklingsstøtte i selvet. Å forstå pasienten gjennom kroppen kan gi nye erfaringer av seg selv sammen med andre. Endring av kroppslige vaner gir muligheter til å endre selvfølelse, hvordan en utfolder seg kroppslig og hvordan en forholder seg til andre.

Konklusjon

Studien viser muligheter til å fremme endring i hvordan pasienter opplever og uttrykker seg selv. Fysioterapeutens tilpasninger av tiltak (oppmerksomhet, fokus, retning i behandlingen, samspillet) er avgjørende for at disse mulighetene oppstår. Særtrekk i psykomotorisk fysioterapi legger til rette for erfaringer som kan være utviklingsstøttende for selvfunksjoner.



Abstract

Background

Accumulated qualitative research concerning Norwegian Psychomotor physiotherapy (NPMP) draws a connection between body awareness and awareness concerning yourself as a person – changes in self-concept. Theory of interpersonal development and communication can illuminate these findings. This study aims to explore how what happens in a treatment session of NPMP can promote development in the self.

Method and material

Data is developed from a video recording of a treatment session, and video review session as a basis for interview with the physiotherapist. Analytical focus is towards interaction that can promote development/change in the self/self-functions in the patient.

Result

Characteristics in interaction and NPMP provide opportunities for change/development in the self. Understanding the patient through the body can lead to new experiences with self and self-with-another. Changing bodily habits is an opportunity to change the experience of oneself, bodily expression and how you relate to others.

Conclusion

This study shows opportunities for promoting change in how patients experience and express themselves. The physiotherapist's adaptation and adjustment are crucial for these opportunities to occur. Characteristics in NPMP facilitate experiences that can support development in the self.



1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Pasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi er studert i flere kvalitative studier og disse har likhetstrekk som etter min tolkning reflekterer erfaringer med å komme i kontakt med seg selv. Studiene viser at pasienter kan «gjenvinne kroppen» og føle seg mer «hel» og «samlet» [1-3]. Pasienter kan få bedre virkelighetskontakt, og færre hallusinasjoner og psykotiske forestillinger [3, 4]. Kontakt med egne kroppslige fornemmelser kan for mange være begynnelsen til økt kontakt med egne følelser [5-7]. Behandlingen kan hjelpe pasientene til å bli bedre kjent med seg selv og lære å sette grenser, og samtidig få bedre evne til å tåle nærhet til seg selv og andre [1-3]. Pasienter som får mer kontakt med egen kropp får også en sikrere identitet [1, 4]. Bedre kroppskontakt, evne til grensesetting, opplevelse av styrke og stabilitet kan bidra til økt autonomi [1, 2]. Kroppen kan erfares som en kilde til deres egen stemme i språklige uttrykk [5]. Pasienter kan utvikle nye mestringsstrategier: fra hemmende disiplin til å åpne seg for kroppslige fornemmelser, med større frihet til å være hvem de er [5]. Pasienter kan utvikle nye narrativ om seg selv [5, 8]. Samlet gir disse undersøkelsene etter min forståelse et bilde av en sammenheng mellom økt kontakt med egen kropp og økt bevissthet rundt seg selv som person, altså endringer i selvet.

I nyere litteratur om psykomotorisk fysioterapi introduseres utviklingsteori og kommunikasjonsteori for å utdype empiriske funn nevnt ovenfor, og intersubjektivitet er en nøkkelfaktor som antas å ligge til grunn for den endringen i selvforståelse pasientene erfarer [1, 6, 9, 10]. Teoriene er godt etablerte —det er en enighet på tvers av fagfelt når det gjelder grunntrekk i moderne utviklingsteori, og de nye perspektivene derfra har preget utviklingspsykologi, psykoanalyse, barne- og ungdomsterapi, familieterapi, tidlig intervensjon, spedbarnsterapi og samspillet sosiologi [11-14]. Nye forskningsmetoder, spesifikt videoanalyse av samspillet mellom mor og barn, markerte starten for en vending i utviklingsteori ved at det ga ny innsikt i menneskets intersubjektive natur og betydningen av samspill, samtidig bidro det til opphevelse av et modellmonopol på utvikling [11-14]. En konsekvens er at det nå er en etablert oppfatning at mennesker etablerer seg selv gjennom å internalisere erfaringer og opplevelser —selvet utvikles i samspill med omgivelsene, i



relasjonen til de nærmeste, helt fra fødselen av [11-16]. Når sykdom og helseproblemer ses som en funksjon av mangelfull utvikling, blir en naturlig følge at de relasjonelle, og dermed de kommunikative, sidene ved terapi vektlegges i økende grad. Oppmerksomhet og samspill trekkes frem som nøkkelfenomen når det gjelder de relasjonelle og kommunikative aspekter i terapi [11-16]. Denne utviklingen er synlig også i psykomotorisk fysioterapi [9, 10]. Som tidligere nevnt viser flere undersøkelser, etter min forståelse, at gjennom psykomotorisk behandling kan pasienten bli mer tydelig for seg selv. Det kan forstås som en endring i pasientens selvfunksjoner, en utvikling som kan forklares ut fra særtrekk i psykomotorisk fysioterapi, kommunikasjonsteori og teori om intersubjektivitet knyttet til teori om utviklingen av selvet. I denne oppgaven vil jeg utforske hvordan det som skjer i en behandlingstime med psykomotorisk fysioterapi kan bidra til utviklingsstøtte i selvet.

Psykomotorisk fysioterapi er tradisjonelt forankret i psykodynamisk teori, med et perspektiv på patologi som et resultat av underliggende konflikt mellom de tre strukturelle systemene i personligheten: Id, Ego og Superego [17, 18]. En utbredt tanke var at muskelspenninger undertrykker og fortrenger det som oppfattes ubehagelig og truende [17]. Å slippe spenninger ville da være å slippe til oppdemmede eller tilbakeholdte følelser [17]. Innen psykodynamisk terapi er forståelsen av mekanismene i patologi senere utvidet fra konflikt-perspektivet til også å inkludere mangelpatologi: patologi som følge av mangelfull emosjonell responsivitet til utviklingsmessige behov hos barnet [19]. Det innebærer at som følge av overveldende stimulering, utilfredsstillende stimulering eller deprivasjon har Ego blitt skadet på et tidspunkt, slik at evnen til å oppleve selvet som et strategisk senter ikke har blitt fullstendig utviklet [19]. Dette bredere perspektivet på patologiske mekanismer aktualiserer behovet for utviklingsstøtte til selvfunksjoner. Denne studien vil utforske hvordan særtrekk i psykomotorisk fysioterapi kan bidra til utvikling i selvfunksjoner.

Jeg har blitt kjent med teoriene og perspektivene som er presentert her gjennom masterutdanningen i Tromsø, og fattet interesse for dette fordi det beskriver noe jeg har erfart i praksis. Jeg har opplevd hvordan mikroprosessene i samhandlingen blir viktige— hvordan både jeg og pasienten sammen opplever at det vi holder på med noe som er spesielt relevant for pasienten. Det er motivasjonen for at jeg vil fordype meg i temaet.



Tidligere studier av intersubjektivitet i psykomotorisk fysioterapi er begrenset til en masteroppgave i 2013, hvor det ble utført en analyse av psykomotorisk behandling ved bruk av video for å kartlegge såkalte gyldne øyeblikk [20]. Intersubjektivitet nevnes også i en masteroppgave med fokus på pasientfortellinger som helsefremmende dialog [21]¹. Fokuset i denne studien skiller seg fra disse i at denne studien søker å utforske sammenhengen mellom det som foregår på et ytre intersubjektivt nivå og endring av selvfunksjoner. Samtidig vil jeg gjennom intervjuet med fysioterapeuten få tilgang til hennes indre, subjektive erfaringer for å få utfyllende perspektiver på det som kan observeres. Denne studien vil kunne bidra med noe nytt ved at den kan bygge opp under de empiriske funn som peker i retning av endringer i selvet.

1.2 Hensikt og problemstilling

Samlet tegner empiriske funn et bilde av at psykomotorisk fysioterapi kan bidra til endringer i selvet. Hva som gir slike resultat og hvordan det foregår er ikke studert. For å utforske hvordan psykomotorisk fysioterapi kan gi slike resultater vil jeg studere og analysere mikroprosesser i samhandlingen i en behandlingstime. Hensikten er å utforske hvordan det som foregår i en behandlingstime med psykomotorisk fysioterapi kan fremme endring av selvet.

Problemstilling:

Hvordan kan det som foregår i en behandlingstime med psykomotorisk fysioterapi fremme utvikling av selvet?

1.4 Avgrensning

Det gis ingen innføring i behandlingstradisjonen psykomotorisk fysioterapi i denne studien, det forutsettes at leseren har grunnleggende kjennskap til det².

¹ Disse to studiene skriver om Intersubjektivitet slik begrepet brukes i denne oppgaven, altså fundert i kommunikasjons- og utviklingsteori. Andre har også nevnt Intersubjektivitet i masteroppgaver, men da slik begrepet brukes i filosofi og metodeteori.

² Lesere som ønsker grunnleggende kunnskap om Psykomotorisk fysioterapi anbefales å lese: Gretland, A., *Psykomotorisk fysioterapi. Med kroppen som innfallsport til personen, i Kroppen i psykoterapi*, A.K. Bergem, 2016, Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo., Thornquist, E og Bunkan, B.H., *Hva er psykomotorisk behandling?* 1995, Oslo: Universitetsforlaget,

Begrepet Intersubjektivitet forstås ulikt i filosofi, kulturverdenen og i Psykologi. I denne studien avgrenses Intersubjektivitet teoretisk slik det forstås i utviklingsteori. Begrepet forstås imidlertid også ulikt innenfor utviklingsteori: Det omfatter flere fenomen i menneskelig samhandling— resonans, empati, identifisering, imitering, internalisering, å lese andres intensjoner, psykisk intimitet, affektinntoning, sosial referering, annen-sentrert deltakelse [4]. Jeg vil benytte begrepet slik Bråten bruker det, som en betegnelse på «det som er felles og objektivt gitt for flere subjekter» [11]. Bråtens forståelse sammenfaller med teorien som benyttes i denne studien [11-14].

2.0 Teori

2.1 Utviklingen av selvet

I nyere litteratur om psykomotorisk fysioterapi brukes psykiateren Daniel Sterns teori om utviklingen av selvet til å belyse empiriske funn som peker i retning av endringer i selvfunksjoner som en funksjon psykomotorisk fysioterapi [9, 10]. I det følgende vil jeg derfor kort gjøre rede for viktige hovedtrekk i hans teori om utviklingen av selvet.

Stern beskriver dannelse av selvfornekkelse³ og opplevelse av andre som en mellompersonlig prosess med ulike stadier som bygger på hverandre – fra en fornemmelse av et gryende selv til kjernen i en selvfølelse [14]. Høyere nivåer av selvfornekkelse bygger videre på tidligere nivåer, uten å erstatte dem [14]. Sterns forståelse av utviklingen av selvet⁴ er en livsløpsmodell. Selvfunksjonene oppstår i formative faser i den første utviklingen, og fortsetter å være i utvikling gjennom livet.

Øvreberg, G og Andersen, T., *Psykomotorisk fysioterapi. Et kildeskrift fra Aadel Bülow-Hansens praksis*, 1986, Trondheim: Fagtrykk.

³ Stern bruker begrepet *Senses of self*, oversatt til *Selvopplevelse* og *Selvfornekkelse*. Begrepet brukes synonymt med *Selvfunksjoner* og referer til organisering av erfaring som funksjon.

13. Stern, D., *Spedbarnets interpersonlige verden*. 2003, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

⁴ Stern definerer *Selvet* som den totale organiseringen av erfaring. Det gjelder perseptuelle, affektive, atferdsmessige samt symbolske og narrative strukturer. Den definisjonen overskrider det teoretiske skillet som ofte settes opp mellom handling, følelser og tenkning. Stern skriver at det ikke er mulig å bli enige om hva *selvet* er, men det er en viktig subjektiv realitet. Hvordan vi opplever oss selv i forhold til andre gir oss et grunnleggende organiserende perspektiv på alle relasjonelle fenomen. Det er denne forståelsen av begrepet *Selvet* som ligger til grunn i det videre.

13. Ibid.

Fra 15 måneder: Formativ fase for fornemmelsen av et verbalt selv i domenet for verbal relatering.

Fra 7-9 måneder: Fornemmelsen av et subjektivt selv i domenet for intersubjektiv relatering.

Fra 2-3 måneder: Formativ fase for fornemmelsen av et kjerne-selv i domenet for kjernerelatering.

Fra fødselen av: Formativ fase for fornemmelse av en gryende selvfølelse i de første forhold til andre, i domenet for gryende relatering.

Figur 1. Innledende perioder for utvikling av selvfunksjoner i formative faser i Sterns teori om utvikling av selvet

I den første perioden av livet bryter det frem en begynnelende fornemmelse av selvet [14]. Spedbarn får det travelt med å relatere ulike sanseopplevelser⁵, og sammenhengene oppstår raskt — det skjer en tiltakende organisering av erfaring. Spedbarna er i ferd med å få en fornemmelse av et gryende selv — den første selvfunksjonen i Sterns teori. Tidligere separate, ikke-relaterte sanseopplevelser relateres mer og mer, slik at de integreres i nettverk av (sensorimotorisk) organisering i domenet⁶ for gryende relatering [14]. Det integrerende nettverket som vokser frem, er ennå ikke omfattet av et organiserende subjektivt perspektiv. Det begynner først et sted mellom annen og sjette måned i livet, når spedbarnet oppdager at det og moren er fysisk atskilte, selvstendige og har sine egne affektive opplevelser og forskjellig historie [14]. Spedbarnet oppdager da sitt fysiske selv som oppleves som en koherent helhet med vilje, et eget affektivt liv og egen historie, og utvikler en fornemmelse av et kjerneselv — den neste selvfunksjonen [14]. Gjennom samspillet på kjerneselvområdet utvikles barnets grunnleggende erfaringer av følelsesregulering [13]. Kjerneselvområdet er et perspektiv som er avhengig av at mange interpersonlige ferdigheter fungerer, og når det dannes forandres den subjektive sosiale verden. En gang mellom sju og ni måneders alder begynner spedbarn å utvikle et nytt organiserende subjektivt perspektiv. Det skjer når de oppdager at det finnes andre sinn i tillegg til deres eget. Selv og andre er ikke lenger bare kjerneenheter av fysisk tilstedeværelse, handling, affekt og kontinuitet. Nå inkluderer de også subjektive mentale tilstander: følelser, motiver og hensikter [14]. Dette nye subjektive perspektivet, fornemmelsen av et subjektivt selv, innebærer et annerledes selv (og andre) som

⁵ Barnet danner sammenhengende selvforannelmelser via interaksjon og amodal persepsjon (helhetssansning)

⁶ Barnets selvforannelmelser dannes i ulike områder for samspillsformer/relasjonsdomener



kan «ha i tankene» tilstander som er usette, slik som hensikter og affekter som ligger bak fysiske handlinger i området for kjernerelatering [14]. Den nye subjektive selvopplevelsen åpner for intersubjektivitet mellom spedbarn og foreldre og opererer i et nytt relasjonsdomene – det intersubjektive relasjonsdomenet [14]. Relaterings karakter har nå blitt betydelig utvidet— selv og annen omfatter nå indre eller subjektive opplevelsestilstander i tillegg til de ytre atferdsformene og sanseintrykkene som kjennetegnet kjerne-selv og kjerne-annen [14]. Det er viktig å poengtere at både domenet for kjernerelatering og det intersubjektive relasjonsdomenet finnes utenfor bevisstheten og ikke blir uttrykt verbalt – det dreier seg om kroppslige om implisitte prosesser [14]. Fornemmelsen av et subjektivt selv og en annen er avhengig av kapasiteten til å kunne dele fokus for oppmerksomhet for å tillegge andre hensikt og motiver og å oppfatte dem riktig, og for å kunne attribuere ulike sinnstilstander hos andre og fornemme hvorvidt de er sammenfaller med egen sinnstilstand [14]. Nå har spedbarnet evnen til mental intimitet i tillegg til den fysiske [14]. Ønsket om å kjenne og være kjent, altså gjensidig anerkjennelse av subjektiv opplevelse er sterkt – det kan føles som en behovstilstand, og avvísningen av mental intimitet kan være sterk [14]. Ved femten- til attenmåneders alderen utvikler spedbarnet et nytt organiserende subjektivt perspektiv på seg selv og annen; det utvikler en fornemmelse av at selv (og annen) har et lager av personlig viten og erfaring om verden. Et eksempel er «jeg vet at jeg er tørst og jeg vet at det er saft i kjøleskapet». Når spedbarnet er i stand til å skape betydninger om selv og verden som kan deles med andre, er det blitt dannet en fornemmelse av verbalt selv som opererer i domenet for verbalt fellesskap [14]. Det er et nytt domene med nye muligheter for interpersonlige opplevelser, og igjen hviler dette på et nytt sett av ferdigheter: å objektivere selvet, å være selv-reflekterende, å oppfatte og å skape språk [14].

Mennesker etablerer seg selv gjennom å internalisere erfaringer og opplevelser, og på den måten er utviklingen av selvet relasjonelt—det utvikles i samspill med omgivelsene [11, 13]. Det skjer en progressiv akkumulering av det Stern kaller sosioaffektive ferdigheter, eller relasjonsdomener, som fortsetter å organisere selvopplevelse gjennom hele livet [14]. Det kan derfor når som helst i livet oppstå hendelser som kan påvirke dem på ulike måter. Selvutvikling er en kontinuerlig prosess der subjektivitet og intersubjektivitet utvikles parallelt og påvirkes gjensidig [13]. Utviklingen av disse fornemmelsene av selvet opptrer

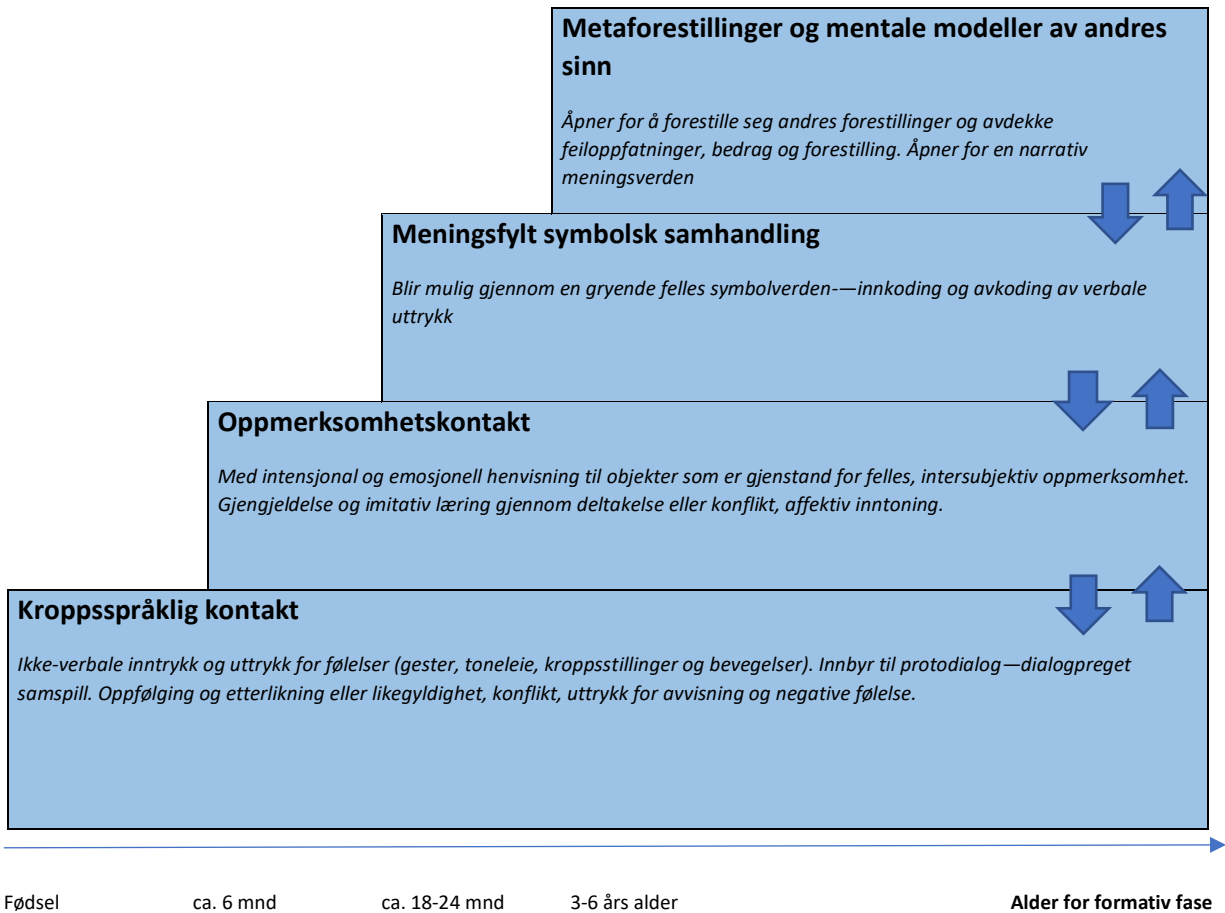


først i formative faser. Senere i livet er fornemmelser av selvet samtidige i interpersonlige møter [14]. Den subjektive opplevelsen av sosiale interaksjoner opptrer da i alle relasjonsdomener samtidig, og man kan rette oppmerksomheten mot ett domene en stund slik at de øvrige ikke fremtrer, men de er der hele tiden som separate opplevelser —utenfor bevisstheten, men tilgjengelig for den. Oppmerksomheten kan også flytte seg glidende mellom opplevelser i ulike domener, for eksempel er språk stort sett forklaring (i det verbale domenet) av samtidige opplevelser i andre domener [14].

Det er altså gjennom samspill med nære andre at selvforneelsen først oppstår— det begynner med umiddelbare kroppslig fornemmelser, og utvikler seg til en forestilling som gjør barnet i stand til å se seg selv som gjenstand for henvisning og refleksjon [9]. Underliggende i denne teorien er en grunnleggende antakelse om at noen av selvets former eksisterer lenge før selvbevissthet og språk [13]. Utviklingen av selvet er forankret i intersubjektive utviklingsprosesser som først og fremst skjer i kroppslige samspill, non-verbalt og ikke-bevisst [13]. Selvet er basert på direkte samspill med andre, og den faktiske relasjonserfaringen blir dermed intimt knyttet til selvopplevelse og selvutvikling, slik at selvutvikling og relasjonsutvikling er to sider av samme sak [13].

2.2 Kommunikasjon

Når selvet utvikles i samspill med andre blir kommunikasjon sentralt for å forstå endringer i selvet. I analysen senere vil jeg se nærmere på kommunikasjonen i det terapeutiske samspillet gjennom Bråtens kommunikasjonsmodell. Bråten angir kommunikativ, emosjonell og kognitiv utvikling i en figur som viser ulike trinn i utvikling [11]. Modellen er utviklet på bakgrunn av empiri og teori fra sosiologi og psykologi. Trinnene bygger på hverandre hvor ferdigheter og prosesser på lavere trinn er fundamentet for høyere trinn, og de fortsetter å være virksomme senere i livet. Modellen viser altså kommunikasjon og samspill gjennom livet – fra fødsel til alderdom [11].



Figur 2. Bråten's kommunikasjonsmodell med suksessive kommunikative utviklingstrinn

Det første trinnet, Kroppsspråklig kontakt, begynner å utfolde seg fra fødselen av. Spedbarnet har en medfødt evne til å inngå i kroppslig kontakt på en direkte og umiddelbar samfølt måte. Dialogen er en kroppslig kontakt med ikke-verbale inntrykk og uttrykk for følelser gjennom gester, toneleie, kroppsstillinger og bevegelser som innbyr til direkte sansning og til samspill med finstemt oppfølging og etterlikning av hverandres uttrykk og bevegelser i positiv affektiv samstemthet. Det neste trinnet, Oppmerksomhetskontakt, utvikles rundt 9- månedersalderen eller før. Oppmerksomhetskontakt med intensjonell og emosjonell henvisning til objekter som er gjenstand for felles, intersubjektiv oppmerksomhet åpner for gjengjeldelse og imitativ læring av objekthåndtering gjennom delaktighet i den andres bevegelser. Rundt ett og et halvt-års alderen begynner prosesser med å innkode verbale uttrykk som blir meningsfulle i kraft av en gryende felles symbolverden, altså meningsfylt symbolsk samhandling. Det nye nå er oppdagelsen av at gester, ord og vendinger har en symbolsk karakter, og at de kan tjene som henvisning til noe åpner for den symboliserte og verbaliserte verden. Metaforestillinger



og mentale modeller av andres sinn er trinnet som åpner for å forestille seg andres forestillinger og avdekke feiloppfatninger, bedrag og forstilling. En narrativ meningsverden konstrueres som identitetsgrunn for ens eget narrative selv og andre som hovedpersoner i skapende, selvdialogiske fortellinger. Det handler om forestilling av mentale prosesser og tilstander hos andre, om mental foregripelse og simulering av andres følelser og forestillinger.

Førverbale samspill er altså virksomme i kraft av kroppsspråk med gjensidig utfyllende bevegelser og samstemte følelsesuttrykk. Det språklige samspillet er et senere utviklingstrinn som understøttes av førverbale prosesser [11]. Dette sammenfaller med Sterns beskrivelse av at språk stort sett er forklaring av samtidige opplevelser i andre relasjonsdomener [14]. Bråten skriver at i alle former for verbale og nonverbale samspill er et underliggende system virksomt; et system som gir opphav til følelsesmessige prosesser i umiddelbar forstand [11]. Kroppsstillinger og bevegelser, ansiktsuttrykk, lukter og lyder, tonefall og stemmeleie er forhold som sanses direkte og påkaller spontane og ureflekterte følelsesmessige fornemmelser [11]. At det fornemmes ureflektert og direkte innebærer at følelsesdomenet ikke bare er et interpersonlig domene, men det også dreier seg om mellompersonlige prosesser. Bråten bruker som eksempel at vi kan se at to mennesker står hverandre nær gjennom at deres kropps- og ansiktsbevegelser avspeiles i begge [11]. Slike uttrykk spiller en avgjørende rolle i det første utviklingstrinnet som gjelder kroppsspråklig kontakt. Med de avanserte ferdighetene metaforestillinger og mentale modeller av andres sinn danner barnet seg en narrativ meningsverden som blir en identitetsbakgrunn for eget narrativt selv og andre i skapende selvdialogiske fortellinger [11]. Disse prosessene understøttes og er avhengige av den samspillsmessige næring som basisferdighetene med kroppsspråklig og oppmerksomhetskontakt åpner for [11].

2.3 Vaner og væremåter

Teoriene ovenfor presenterer en forståelse av at utvikling av selvet og identitet ikke noe eget i seg selv —det er heller et forhold mellom en selv og andre, mellom kroppen og verden.

Kroppen er sentrum for erfaring, og gjennom erfaring som internaliseres formes vi av vår verden. Å bli kjent med vår verden innebærer å utvikle vanemessige måter å forholde oss til den på, og våre vaner er sterkt knyttet til vår identitet [22]. Samfunnsviteren Bourdieu hevder at habituelle væremåter er det som kjennetegner oss som personer. Han bruker begrepet



habitus, som referer til habituelle væremåter som er et uttrykk for dyptgripende sosialisering, og derfor forbundet med selvfølelse og identitet [22]. Bourdieu understreker at sosialisering er kroppslig læring – kroppen formes av og viderefører sosiale strukturer og verdier, relasjoner og dominansforhold. Sosialisering innebærer at den enkelte tilegner seg kulturens forestillinger, verdier og normer [22]. Det omfatter ikke bare vår tanke- og forestillingsverden (verbalt språk og andre symboler)⁷. Vi vokser inn i kroppslige praksiser, vaner og reaksjonsformer – vi sosialiseres inn i bestemte måter å være i verden på [23]. Kroppslige vaner blir dermed bærere av kulturell og sosial kunnskap. Bourdieu understreker at det er kroppen som lærer – forståelse av sosiale spilleregler innebærer en kroppslig tilpasning og den enkelte tar til seg bevegelses- og væremåter som passer omgivelsene. Habitus er dermed kunnskap og hukommelse i kroppen [22].

Habitus-begrepet viser til objektive samfunnsstrukturer; til at kunnskap om sosiale og kulturelle forhold blir til praktisk kroppslig kunnskap om hvordan en skal te seg. Gretland tolker Bourdieu og skriver at habituelle væremåter er knyttet til sosiale maktforhold i en gruppe, et samfunnslag: det er typiske måter å gå, løpe, kaste, spise, holde en veske på [9]. Men det er ikke bare samfunnet som nedfeller seg i oss. Våre vaner og vår virkelighetsoppfatning preges også av alle våre tidligere erfaringer. De er inkorporert i oss i form av tilbøyeligheter til å oppfatte, vurdere og handle på bestemte måter [9]. Bourdieu skriver at vi lærer gjennom kroppen, den sosiale samhandlingen skriver seg inn i kroppen slik at kroppen fungerer som en huskelapp formet av bestemte former for sosialt spill [22]. Dette er en praktisk sans/kunnskap som vil gjenkalles i liknende og passende situasjoner på en selvfølgelig og ureflektert måte. Kroppen er i stand til å mestre verden ved å gi den en tilpasset respons; den er i stand til å ha et grep om verden og til å bruke den som et redskap [22]. Bourdieu skriver at denne kunnskapen om verden er en kunnskap som ikke er bevisst fordi aktøren forstår den for godt, uten objektiverende distanse, fordi kroppen er ett med den [22].

Bourdieu skriver videre at hvordan en utfolder seg kroppslig er en praktisk måte å vise sin egen selvfølelse og forholdet til andre på [22]. Stern benytter uttrykket partisipatorisk

⁷ Denne fremstillingen av Bourdieu er hentet fra Thornquists tolkning slik den er presentert i Thornquist, E., Vitenskapsteori og vitenskapsteori. 2018. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.



hukommelse når han skriver om hvordan kroppslige minner vekkes i spesielle situasjoner som har noe til felles med tidligere erfaringer med andre [13]. Selvfølelse uttrykkes gjennom kroppslige vaner: i bevegelsers tempo, kraftbruk, flyt og om bevegelsene er direkte eller nølende [9, 22]. Innlærte vaner danner varige mønstre: disposisjoner for hvordan vi går inn i vår sosiale verden. Det gjelder også når andres handlinger har vært undergravende [22]. Væremåter som kan ha vært en nødvendig tilpasning i relasjoner preget av andres dominans kan i neste omgang opptre som en habituell væremåte også i andre situasjoner [22].

I beskrivelse av psykomotorisk behandling nevnes det at alle erfaringer vi utsettes for påvirker ikke bare vår psykiske utvikling og sosiale funksjon, men også kroppen [17]. Teorien presentert her støtter forståelsen av kroppslige væremåter som et uttrykk for levd erfaring— for sosiale erfaringer som er internalisert som kroppslige og ureflekterte disposisjoner til verden. Siden selvet utvikles i sosiale samspill, blir kroppslige væremåter viktige for identitet. Dette kan forklare hvordan endring av kroppslige væremåter kan endre selvfunksjoner.

2.4 Intersubjektivitet

Intersubjektivitet er i seg selv et relasjonsbegrep; en beskrivelse av et opplevelsesfellesskap mellom to mennesker som – her og nå – deler tanker, følelser, fornemmelser eller liknende [11-14]. De første og mest grunnleggende former for intersubjektivitet erfares i kroppslige samspill mellom omsorgsgiver og barn [1]. Følelsesmessig samstemthet og innlevelse i den andres kroppslige væremåter er forutsetninger for å erfare intersubjektivitet [9, 11-13]. Det fortsetter å gjelde i alle former for samspill livet igjennom [9, 11-14]. Som antydnet i innledningen var videoanalyse av tidlig samspill viktig for hvordan utviklingsteorien har kommet frem til og forstår fenomenet intersubjektivitet [11-13, 24]. Gjennom videoanalyse av samspill mellom mor og barn utforsket de hvordan de to samordner og samstemmer sine uttrykk i en dialogliknende dans⁸ lenge før barnet har utviklet språk [13]. Colwyn Trevarthen beskrev på bakgrunn av slike observasjonsstudier denne finstemte samhandlingen som «precisely timed turntaking» [25-27]. Trevarthen mente at dette gjensidige samspillet viser at barn er født med en viss evne til intersubjektiv samhandling. Sammen med Hubley innførte Trevarthen et skille mellom primær og sekundær intersubjektivitet, som nå er en etablert

⁸ Denne dialogliknende dansen kalles Protodialog



distinksjon [28]. Primær intersubjektivitet gjelder samhandling på det første stadiet i Bråtens kommunikasjonsmodell, Kroppspråklig kontakt [1]. Trewarthen, Stern og Bråten, som er ledende forskere på området, har etter hvert utviklet sterkt sammenfallende posisjoner: Empirien tyder på at spedbarn helt fra livets begynnelse har kapasitet til det Bråten kaller annensentrert deltakelse, eller det som Trewarthen kaller primær intersubjektivitet [1]. Det er enighet mellom disse tre om at de forskjellige opplevelsene av primær intersubjektivitet er selvet forbundet med en annen via «annensentrert deltakelse». Bråtens begrep «annensentrert deltakelse» referer til en medfødt evne til å oppleve, ofte utenfor bevisstheten, det en annen opplever [5]. Begrepet er beslektet med Sterns begrep «indre ledsager»[11]. Stern skriver at i situasjoner hvor noe fremkaller Representasjoner av Interaksjoner som er blitt Generalisert (RIG) hentes det frem en aktivert erindring som han kaller «indre ledsager»— en erindring av generaliserte erfaringer med andre. Siden selvet utvikles i samspill med andre, betyr det at barnet lærer å se seg selv med andres øyne, først i spesielle samhandlingssituasjoner, senere i situasjoner som gjenkjennes som typiske. Indre ledsagere forsvinner aldri, men er der latente gjennom livet og hjelper med å evaluere forventninger samtidig som de har en stabiliserende og regulerende funksjon for selvopplevelsen [12].

Kroppslig samspill er altså den grunnleggende erfaringen av intersubjektivitet og den gryende opplevelsen av seg selv [11, 17, 19]. Den kroppslige samhandlingen bidrar til å etablere en felles meningsverden. Spranget i utvikling som skjer ved 9 månedersalder, på trinnet som gjelder oppmerksomhetskontakt i Bråtens kommunikasjonsmodell, markerer overgangen til sekundær intersubjektivitet [11]. Felles oppmerksomhet og affektinntoning er grunnlaget for at spedbarnet begynner å anerkjenne andre som aktører med erfaringer og hensikter.

Menneskets selv blir til i felleskap [11-14]. Våre intensjoner endrer seg eller blir til i dialog med de intensjoner vi føler andre har. Følelsene våre formes av andres intensjoner, tanker og følelser, og tankene våre skapes gjennom dialog, enten med oss selv eller andre [11-14]. Stern bruker begrepet intersubjektiv matrise/ intersubjektivt felt for å beskrive denne dialogen med andre [14]. Mennesker er i utgangspunktet sosiale, og vi er biologisk innrettet slik at det private selvet er et sosialt selv som hele tiden er i dialog med andres subjektivitet [14]. Mye



av det som foregår i den intersubjektive matrisen er ikke-bevisst⁹ [14]. Det er altså ikke på et språklig nivå, men på grunnleggende kommunikative nivå: i kroppslige samspill.

Stern argumenterer for at den terapeutiske relasjonen er en ko-konstruksjon, en reise der intersubjektiv kontakt er avgjørende for terapeutisk endring [14]. Han mener at fokus på denne implisitte kontakten og de små implisitte relasjonelle stegene som terapeut og pasient tar for å opprettholde og utvikle det intersubjektive feltet er svært nyttig for å legge til rette for terapeutisk endring [14]. For å oppnå utvikling er det nødvendig at terapeuten og pasienten kan etablere felles fokus for oppmerksomhet. Felles fokus for oppmerksomhet er selve forutsetningen for intersubjektivitet, det vil si erkjennelsen av at en opplevelse deles med en annen.

2.5 Problemer og reparasjon

Stern beskriver terapi som en bevegelsesprosess av felles skaperarbeid mellom pasient og terapeut i et intersubjektivt felt [14]. Denne bevegelsesprosessen arbeider på en måte som kan kalles «treffe-bomme-reparere-videreutvikle». Selv de beste samspill preges av mange avsporinger og reparasjoner hele tiden som raskt blir reparert av en eller begge parter [14]. Stern anser ikke avsporinger som feil, men som et iboende trekk i samspill som skaper nye muligheter [14]. Justeringen av den intersubjektive matrisen¹⁰ skapes i felleskap og hver bevegelse i feltet vil skape konteksten for det som kommer like etter [14]. Denne felles kontekstskapelsen innebærer at retningen de to aktørene beveger seg i er bestemt av samspillet. På den måten kan avsporinger og rot føre til nye relasjonelle opplevelser som må gjennomleves og bearbeides, mer enn å bli forstått [14]. Stern beskriver fem forskjellige retninger denne bevegelsen i det intersubjektive feltet kan ta (Tabell 1)

⁹ Ikke-bevisst skiller her fra ubevisst. Ubevisst impliserer at noe er fortrent eller undertrykt, mens ikke-bevisst er før-bevisst kunnskap.

¹⁰ Et annet ord for Intersubjektivt felt. Jeg vil variere mellom disse uttrykkene av hensyn til språklig variasjon.

1	Den fører til plutselige dramatiske terapeutiske , forandringer gjennom kritiske nå-øyeblikk ¹¹ og påfølgende forløsende møteøyeblikk ¹² . Det oppstår en følelse av at det eksisterende intersubjektive feltet er truet— at en viktig forandring i relasjonen til det bedre eller det verre er lagt på forhandlingsbordet. Øyeblikket løses av møteøyeblikket som løser den krisen det kritiske nå-øyeblikket har skapt og utvider det intersubjektive feltet. Pasienten kan få en utvidet opplevelse av å være sammen med andre.
2	Den fører til at muligheter for forandringer går tapt , noe som får negative terapeutiske konsekvenser. Det skjer i kritiske nå-øyeblikk hvor terapeuten ikke får med seg at pasienten opplever et kritisk nå-øyeblikk, eller terapeuten blir engstelig av det og unnviker situasjonen eller gjemmer seg bak terapeutiske teknikker heller enn å finne en autentisk reaksjon som kunne skapt et møteøyeblikk. En viktig del av pasientens verden kan bli avskåret fra ytterligere intersubjektiv deling og det intersubjektive feltet skrumpes inn i stedet for å utvides og kan i noen tilfeller ende med at pasienten trekker seg fra behandlingen.
3	Den fører til gradvis implisitte forandringer i den terapeutiske relasjonen som fremmer ønskede forandringer. Dette er bevegelse i det intersubjektive feltet som klargjør grunnen for å kunne dele mer følelsesladde øyeblikk. Kritiske nå-øyeblikk og forløsende øyeblikk forekommer sjelden, og mange terapitimer handler om bevegelse i det intersubjektive feltet for å kunne nærme seg øyeblikk som innebærer mulighet for utvidelse. Pasienten kan få nye erfaringer om hvordan en kan regulere intersubjektive felt. Gjennom små steg av intensjonell tilpassethet kan pasienten få ny implisitt viten om å være sammen med andre.

¹¹ Et nå-øyeblikk er et kortvarige øyeblikk som trenger inn i vår bevissthet og deles av to mennesker. Det er en grunnleggende enhet for subjektiv erfaring.

14. Stern, D., *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. 2004, Oslo: Abstrakt forlag.

¹² Et møteøyeblikk er en spesiell form for nå-øyeblikk — en hending som utfolder seg i nåtid der noe affektivt måtte skje og deles i et møteøyeblikk for å forandre det følte intersubjektive feltet. Det er «felles følelsesreise» som ofte kommer like etter et kritisk-nå øyeblikk, og forløser dette.

14. Ibid.

4	Bevegelse kan bane vei for ny utforskning av eksplisitt materiale. Det intersubjektive feltet forandres nok til at det skapes en ny kontekst som er gunstig for å ta opp nytt eksplisitt materiale.
5	Bevegelse kan bane vei for tolkninger . Kritiske nå-øyeblikk indikerer et gunstig tidspunkt for tolkning og for et forløsende møteøyeblikk.

Tabell 1 Fem ulike retninger av rot og avsporinger i det intersubjektive feltet slik Stern beskriver

Teorien om bevegelse i et intersubjektivt felt gir øyne å se med i analysen av samspillet i en behandlingstime. Gjennom å se på hvordan de to aktørene finner sin delte verden, når dette grunnlaget brytes, og hvordan de finner sammen igjen får jeg innsikt i forhandlingen om selve grunnlaget for behandlingen—at de to aktørene har felles oppmerksomhet rettet mot en delt opplevelsesverden. Samtidig får jeg innsikt i hvordan fysioterapeuten gjør de nødvendige tilpasningene for å legge til rette for endring.

3.0 VITENSKAPSTEORI & METODE

3.1 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Denne studien har vitenskapsteoretisk forankring i fenomenologisk tradisjon. Fenomenologi er en filosofisk tradisjon hvor oppmerksomheten rettes mot verden slik den erfares av subjektet [29]. Edmund Husserl, grunnleggeren av fenomenologien, orienterte seg mot å forstå kunnskap, og fant at for å forstå verden må vi forstå hvordan fenomener i verden er slik de er gitt for subjektet, altså slik verden fremstår fra et subjektivt perspektiv [29]. Husserl kom frem til at alt som er gitt for subjektet kjennetegnes av *intensjonalitet*— at det som er gitt for subjektet alltid handler om, eller er rettet, mot noe [29]. Fenomenologer søker å undersøke sammenhengen mellom subjektivitet og verden, ved å gå ut fra at de er uløselig knyttet til hverandre fordi de forutsetter hverandre. Vi oppfatter ikke verden direkte gjennom en passiv registrering av sansedata, men vi konstituerer ”fakta” om verden gjennom å praktisk erfare den [29]. Ting og mennesker eksisterer som en uløselig del av vår verden – vi erfarer dem med en ureflektert selvfølgelighet [30]. Fenomenologien har bidratt til å gi en grunnleggende forståelse av hvordan vi kan delta i andres opplevelser, å sette oss inn i deres erfaringsverden,



og er derfor spesielt relevant for terapi [12]. Menneskets relasjon til verden anses som et grunnfenomen, og derfor belyser fenomenologi mennesket som et sosialt vesen og egner seg dermed godt til å forstå intersubjektivitet. Intersubjektive erfaringer spiller ifølge fenomenologien en grunnleggende rolle i vår konstitusjon både av oss selv, av andre subjekter og av den objektive tid-rom-verdenen [29].

Filosofen Maurice Merleau-Ponty knyttet menneskets subjektivitet til kroppen ved å presentere en kroppsforståelse som innebærer at kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse. Merleau-Ponty skriver at å være et subjekt er å være i verden som kropp [30]. Det vil si at kroppen aldri er et rent objekt, men alltid samtidig et erfarende kroppslig subjekt, preget av levd liv. Merleau-Ponty åpnet for å forstå kroppen som intensjonal. Bevegelse¹³ forstås som opprinnelig intensjonalitet: Vi blir kjent med vår virkelighet gjennom kroppens funksjoner og handlingsmuligheter [30]. Det er et gjensidighetsforhold mellom persepsjon og handling: Vi blir kjent med verden gjennom våre handlinger. Vår kroppslighet er bestemmende for hvordan vi oppfatter og forholder oss til omgivelsene og oss selv: Persepsjonen kan ikke forstås løsrevet fra kroppens muligheter [30]. Kroppen oppfattes som potensielle muligheter, og verden fremtrer for subjektet som invitasjoner eller oppfordringer til aktivitet og utforskning [30]. Vi erfarer verden gjennom kroppen, og erfaringene våre preger kroppen —det blir en del av den kroppslige kompetansen i personens habituelle kroppsminne, det Merleau-Ponty referer til som *Body Image* [30]. Gjennom vår omgang med verden lærer vi å gjenkjenne og skille mellom sensoriske inntrykk, knytte mening til dem og tilpasse bevegelsene våre. Slik kroppslig læring er i stor grad før-refleksiv: Denne kompetansen er kilden til ulike former for kroppslige og språklige uttrykk og refleksjon [30]. Vi oppfatter verden gjennom kroppen med en selvfølgelighet. Kroppen må forstås i lys av det livet vi lever, hvor erfaringer og livsbetingelser er en del vår kroppsvirkelighet, i våre bevegelsesvaner, persepsjon og emosjonalitet på en selvfølgelig og ureflektert måte [30]. Merleau-Ponty fremhevet at det er en samtidighet mellom kropp og følelser, at uttrykket og det uttrykte ikke kan skilles. I dette perspektivet blir det å gjøre noe sammen kroppslig å nærme seg emosjoner og personlige erfaringer, og dermed spesielt relevant for å forstå

¹³ Min oversettelse av begrepet *Motility* slik det brukes i 30. Merleau-ponty, M., *Phenomenology of perception*. 2012, New York Routledge.



hendelser hvor terapeut og pasient har felles oppmerksomhet (intersubjektive opplevelser) rettet mot et kroppslig uttrykk fordi det uttrykte kan ha sammenheng med pasientens emosjoner og erfaringer. Gjennom å utforske bevegelse og kroppslige uttrykk kan pasienten utforske sin egen intensjonalitet.

Merleau-Ponty beskriver hvordan kropp og sinn er sammenvevd i hverandre ved å rette fokus mot at kroppen er vår mulighet til å erfare verden, og dermed vårt første redskap for å forstå vår omverden. Andre mennesker spiller en avgjørende rolle i vår perseptuelle handlingsverden —de er alltid sammenflettet med meg selv [30]. Andre menneskers ”andrehet” kan ikke persiperes på noen annen måte enn at jeg konkret og kroppslig erfarer dem [12, 30]. Vi oppfatter andres kropp og bevegelser som meningsfulle [30]. Intersubjektivitet er derfor først og fremst inter-kroppslighet. Gjennom å erfare den andre konstitueres den, og slik relateres to subjekt til hverandre som to sider av et felles gjensidig system [30]. Det gir et grunnlag for å forstå hvordan ureflekterte og ikke-bevisste handlinger kan være et uttrykk for sosiale erfaringer. Samtidig åpner det opp for at det å observere to mennesker i kroppslig samhandling kan gi mening for observatøren, og på den måten utgjør det et argument for å studere samhandling via observasjon. Observatøren kan forstå noe av hva som skjer uten å være en del av interaksjonen, fordi vi gjennom kroppslige uttrykk kan få tilgang til den sosiale betydningen av det som foregår. Det forutsetter forståelse av kontekst som kultur, sosiale konvensjoner og sosiale roller. Observasjon krever derfor forforståelse for å få innsikt i betydningen av det som foregår. Jeg vil presisere at jeg skiller mellom filosofisk fenomenologi og anvendt fenomenologi, slik Zahavi argumenterer for [31]. Zahavi diskuterer Husserls idéer og argumenterer for at det å sette forforståelse til side gjelder filosofisk fenomenologi, mens når fenomenologi anvendes i forskning for å utfordre eksisterende antakelser om fenomen som er en del av den selvfølgelige, tatt-for-gitt-verdenen, vil det å sette forforståelse til side undergrave prosjektet [31]. For å få frem det essensielle ved fenomenet, i dette tilfellet samhandlingen i en behandlingstime, er forforståelsen en forutsetning for å oppnå ny innsikt. Forforståelsen, slik den er presentert i kapittel 2.0 Teori, skal brukes aktivt for å unngå vanetenkning, og slik kan den bidra til å utdype fenomenet utover fagets selvforståelse slik den er beskrevet i tradisjonell litteratur [17, 32].

3.2. Kvalitet i forskningsprosessen

Kvalitet i kvalitativ forskning handler om pålitelighet, det vil si hvorvidt en kritisk vurdering av prosjektet gir inntrykk av at forskningen er utført på en troverdig måte [33]. I denne studien overholdes sensitivitet til kontekst gjennom bevissthet om relevant litteratur, relevant tidligere empiri, en naturlig setting og ved at fysioterapeutens perspektiv tydeliggjøres gjennom intervjuet. Forpliktelse og nøyaktighet overholdes ved forpliktelse overfor problemstillingen, gjennom å gå i dybden av temaet i analysen og god beskrivelse av metodologiske og metodiske valg. Transparens og koherens overholdes gjennom godt håndverk i arbeidsprosessen— det vil si tydelighet i beskrivelser og argumenter, tydelighet i presentasjon av metode og av dataene (transkripsjonen), og tydelighet når det gjelder refleksivitet- hvordan jeg som forsker påvirker utviklingen av data gjennom min rolle og forståelse. Innvirkning og viktighet er relatert til om forskningen har en nytteverdi. Utviklingsteori er benyttet til å utdype empirisk funn i nyere litteratur om psykomotorisk fysioterapi, og denne studien vil kunne bidra til å utforske nye eller underkommuniserte sider ved praksis. Sammen med generelt økende interesse for relasjonelle aspekter i psykomotorisk fysioterapi mener jeg at det begrunner nytteverdien til denne studien.

3.3 Forskningsdesign

I denne studien ønsker jeg å utforske samhandlingen i en behandlingstime. Det krever en metode som er egnet til å studere bestemte fenomener i en spesifikk, naturlig kontekst. Prosjektet er derfor en kasuistikk, hvor kasuset er definert som en behandlingstime. En kasuistikk gir mulighet til å gi rike beskrivelser av observasjon fra reelle praksissituasjoner, og egner seg derfor til å analysere betydningsfulle prosesser [34]. Kasuistikker er egnet til å utvikle den typen kunnskap som er nødvendig for å avansere fra regel-basert nybegynner til klinisk ekspert, og egner seg derfor til dybdeanalyser som denne [35]. Problemstillingen i denne studien handler om kompliserte prosesser som gjelder menneskelig anliggende, og det krever kontekst-spesifikk kunnskap. En kasuistikk kan bidra til vitenskapelig utvikling ved at den kan brukes som et eksempel og inngå i en kollektiv akkumulering av kunnskap i feltet [35]. Jeg støtter meg til Flyvjeberg som skriver at det er en misforståelse at en ikke kan generalisere ut fra kasuistikker [35]. Kasuistikker er egnet til å presentere det kompliserte og



mangefasetterte, og jeg mener at det derfor er egnet for fremstilling av samhandlingsprosesser fra praksis [35].

3.4 Datainnsamling

3.4.1 Utvalg

En kasuistisk tilnærming stiller store krav til å redegjøre for hvilken plass den aktuelle historien har i en større sammenheng, og derfor er det av stor betydning at utvalget er strategisk [35]. Kasuset må settes i en tydelig kontekst, slik at det er mulig å forstå hvilken betydning den har i en sammenheng utover seg selv, og den må ha tilstrekkelig informasjonsstyrke til å gi nok råstoff til en analyse [35]. Atypiske eller ekstreme kasus kan avdekke mer fordi de aktiverer mer av de underliggende mekanismene som studeres [35]. Utvalget er strategisk på den måten at fysioterapeuten som er valgt har lang erfaring med psykomotorisk fysioterapi, og samtidig et bevisst og tydelig fokus på utviklingsstøtte. Dette er av avgjørende betydning, fordi det antas at fysioterapeutens kunnskaps- og erfaringsbakgrunn gjør at hun skaper flere situasjoner i behandlingen som egner seg til å utforske problemstillingen. Pasienten i video-opptaket velges ut av fysioterapeuten, basert på tilgjengelighet og ønske om å delta, sammen med en vurdering av faglig forsvarlighet. Jeg støtter meg til Thornquist som skriver at det er viktig å gjøre konkret praksis til gjenstand for undersøkelser for at sentrale sider ved praksis skal få «virkelighetsstatus», det vil si gyldiggjøres. Å synliggjøre og ivareta fagutøvelsens særpreg er avgjørende for å forsvare status som anerkjente og profesjonelle fagutøvere [23]. Gjennom observasjonsstudier kan en undersøke sider ved praksis slik de faktisk utspiller seg [23].

3.4.2 Utvikling av empirisk materiale

Dataene er utviklet basert på et video-opptak av en behandlingstime utført av den utvalgte fysioterapeuten. Observasjonsdata kan gi direkte innsikt i samhandlingsprosesser og er derfor godt egnet til å undersøke interpersonlige fenomen [34]. Video-opptak kan gi innsikt i kommunikasjon utover kun det verbale, og egner seg spesielt godt i denne studien fordi fysioterapi nettopp innebærer kommunikasjon på flere nivå: kroppslige inntrykk og uttrykk, oppmerksomhetskontakt, symbolsk og verbalt. Observasjonen vil kunne gi informasjon om hva folk sier og gjør i bestemte sammenhenger, men det er ikke et godt utgangspunkt for å innhente informasjon om hvordan ulike fenomen oppleves, og det vil ikke kunne fange



samme informasjon som er tilgjengelig for fysioterapeuten i situasjonen [34]. For å kunne utvikle bred kunnskap om samhandlingen ønsket jeg derfor å utforske det fra flere sider. I tillegg til å analysere video-opptaket intervjuet jeg fysioterapeuten om hennes opplevelse av samhandlingen. Intervjuet var siktet mot å gi merinformasjon om det som observeres. Mye av den informasjonen som er tilgjengelig for fysioterapeuten er utilgjengelig for den som ser et opptak av situasjonen. Eksempler er autonome reaksjoner, mikrobevegelser og den subjektive opplevelsen av flyt og brudd i samhandlingen. Dette er viktig informasjon som ofte brukes som pekepinn for fysioterapeuten på hvilken retning behandlingen skal ta [17, 32, 36].

Inspirert av Jordan & Hendersons retningslinjer for Interaksjonsanalyse tok jeg utgangspunkt i deres gruppeobservasjoner av video-opptak [37] og intervjuet fysioterapeuten med utgangspunkt i at vi så video-opptaket sammen. Både fysioterapeuten og jeg kunne stoppe opptaket der vi syntes det foregikk noe som var verdt å kommentere. Fysioterapeuten kunne da utdype hendelsene innenfor en tidsramme på fem minutter, slik det foreslås i protokollen for Interaksjonsanalyse [37]. Spørsmålene dreiet seg i hovedsak om hva fysioterapeuten la merke til i situasjonen, og hennes subjektive opplevelse av samhandlingen med pasienten. Kvalitative forskningsintervju ble valgt fordi det er en egnet metode når målet er å få innsikt i subjektive opplevelser som tanker, erfaringer, holdninger, forventninger og motiver. Gjennom å utforske fysioterapeutens opplevelse av samhandlingen vil betydningen og nyanser av hendelsene som kan observeres på opptaket kunne bli mer tydelig. Slik ble det mulig å styre intervjuet i en relevant retning, samtidig som det åpnet opp for at fysioterapeuten kunne dele tanker og opplevelser som jeg ikke ville kunne tenke ut på forhånd. Som novise i faget og i denne måten å tenke på har jeg et mer begrenset utgangspunkt for å forstå aktuelle fenomen enn den erfarne fysioterapeuten har. Jeg søkte å ta høyde for det ved å legge til rette for at fysioterapeuten kan legge til tanker, erfaringer og opplever som hun anser som relevante gjennom å stille åpne spørsmål om hennes tanker om behandlingstimen etter observasjonen av video-opptaket. Jeg antok jeg at mitt teoretiske fokus, handlingen i opptaket og informantens erfarings- og kunnskapsbakgrunn ville forme samtalen og innholdet i intervjuet. Jeg gikk ut fra at en slik ko-konstruksjon av data ville gi rike og relevante dybdebeskrivelser av hendelsene i opptaket. Å bruke ulike innfallsvinkler til råmaterialet er en triangulering av data som kan øke validiteten ved å sikre at min tolkning av fenomenene jeg undersøker er i en viss overensstemmelse med fysioterapeuten som var til stede i situasjonen [34].



3.4.3 Deltakende observasjon

Observasjon innebærer å systematisk studere sosiale situasjoner og hvilke handlinger som utføres i felten [33]. I denne studien har jeg benyttet deltakende observasjon. Jeg var til stede, men deltok ikke i miljøet. Jeg tilstrebet å gjøre meg lite bemerket for å minimere innvirkningen på deltakerne: Jeg satt bak en pult hvor kameraet stod, og forsøkte å ikke lage lyd. Thagaard skriver at i situasjoner hvor handlingene som observeres krever mye oppmerksomhet fra deltakerne er det grunn til å tro at forskerens nærvær har liten innvirkning på situasjonen [33]. I denne studien er det tydelig at de to aktørene har felles oppmerksomhet rettet mot sitt prosjekt, som analysen senere vil vise. Likevel vet jeg at jeg har hatt en innvirkning på samhandlingen. I intervjuet fortalte fysioterapeuten at hun mot slutten av timen så at pasienten hvilte godt, og hvis jeg ikke hadde vært til stede ville hun gått ut av rommet og latt pasienten hvile en stund alene. Ut over det er det ingen tegn til at jeg har påvirket handlingen. Det er tvert om flere tegn til at de to aktørene er dypt konsentrert om det de holder på med.

3.4.4 Intervju basert på samobservasjon

Intervjuet med fysioterapeuten fant sted to dager etter behandlingstimen var tatt opp på video. Intervjuet foregikk på fysioterapeutens kontor og ble tatt opp med en lydopptaker. Fysioterapeuten hadde lest prosjektbeskrivelsen og var informert om fokuset i oppgaven. Hun ble informert om at intervjuet ville være orientert mot å få frem relevant informasjon som ikke kan observeres på video-opptaket. Det ble presisert at det fysioterapeuten la vekt på, det hun la merke til og hvordan hun opplevde samhandlingen ville være spesielt interessant. Målet var å få frem vurderinger og valg, tilpasninger og justeringer – altså grunnlaget for handlingene og fysioterapeutens opplevelse av samspillet. Fysioterapeuten kunne stoppe filmen når som helst og kommentere det som skjedde når hun anså det som viktig. Hun fikk også vite at jeg kunne stoppe for å kommentere filmen der jeg anså det som skjedde som viktig eller trengte utfyllende kommentarer.

Lydopptaket av intervjuet inneholdt 62 minutters samtale mellom fysioterapeuten og meg. Video-opptaket ble stoppet 34 ganger. I analysen har jeg trukket ut relevante deler av intervjuet for å belyse viktige hendelser.



Observasjonen av video-opptaket sammen med fysioterapeuten var viktig for å få utfyllende informasjon om hendelser og hennes subjektive opplevelse. I tillegg ga det en mulighet til å utforske om fysioterapeuten og jeg opplevde og forsto det samme da vi så opptaket – er det en enighet om hvilke handlinger som er viktige? Fangen skriver om kommunikativ validitet – å vurdere gyldigheten av tolkninger og observasjoner gjennom dialog med andre [34]. Tre ulike arenaer en tolkning kan valideres innenfor nevnes, der den første er overfor de personene som fortolkes [34]. I dette tilfellet ga observasjonen med fysioterapeuten meg en mulighet til å validere min fortolkning med hennes. Det er viktig å poengtere at dette kun gjelder fysioterapeuten. Siden jeg ikke har observert video-opptaket med pasienten og fått hennes kommentarer, kan jeg ikke vite noe om hun ville være enig med min tolkning. Videre nevner Fangen andre arenaer for kommunikativ validitet, som er overfor fagfeller. Et eksempel på det vil kunne være om leserne av denne studien anser den som relevant, og om den vekker gjenklang ut fra deres subjektive erfaringer [34]. Til slutt nevner Fangen teoretisk validitet, om teorien som brukes er egnet til å tolke materialet [34]. Fangen presiserer at en slik validering kun kan gjøres sammen med de som har god kjennskap til teoriverktøyene som brukes [34]. Et eksempel på det følger i neste avsnitt.

3.4.5 Samobservasjon med veileder

Inspirert av Jordan og Hendersons gruppeobservasjoner av video-opptak observerte jeg video-opptaket sammen med min veileder førstelektor Anne Gretland. Gretland har fulgt denne oppgaven fra idé til sluttprodukt og har god kjennskap til alle teoretiske perspektiver i oppgaven. Gretland har i sine arbeider knyttet teori om intersubjektivitet, kommunikasjon og utvikling om selvet til psykomotorisk fysioterapi og kjenner derfor aktuell teori godt [6, 9, 10]. I tillegg til dette har Gretland lang erfaring som psykomotorisk fysioterapeut. Jeg anså derfor observasjon sammen med henne som en mulighet til å kunne konstruere rikere og mer mettede beskrivelser og tolkninger, og til å utforske forståelsen av viktige handlinger i video-opptaket, på samme måte som med fysioterapeuten. Felles teoretisk referanseramme gir mulighet for validering på teoretisk grunnlag, og bakgrunnen i psykomotorisk fysioterapi gir grunnlag for empirisk validitet [34]. Som fagfelle kunne veileder bidra med egne erfaringer, og slik belyse om temaet kan gi gjenklang i andre klinikers erfaringer og på den måten også gi et nivå av kommunikativ validitet [34].



Samobservasjonen med veileder fant sted fire måneder etter behandlingen ble tatt opp på video og intervjuet med fysioterapeuten. Jeg hadde på det tidspunktet sett video-opptaket mange ganger. Veileder så det for første gang. Veileder samtykket til at samobservasjonen kunne tas opp med lydopptaker. Hun kjente til rammene for kommentering på 5 minutter og fikk vite at hun kunne stoppe video-opptaket der hun anså det som skjedde som viktig. Lydopptaket av denne samobservasjonen inneholder 1 timer og 35 minutter samtale mellom veileder og meg, opptaket ble stoppet 38 ganger.

3.4.6 Intersubjektiv enighet

Veileder stoppet opptaket på noen punkter hvor fysioterapeuten og jeg ikke stoppet det, da for å få tydeliggjort hva som ble sagt og gjort. Jeg og fysioterapeuten stoppet det på noen punkt hvor veileder ikke stoppet opp, da for at jeg skulle få avklart hva som ble sagt og gjort, eller for å spørre om min tolkning var i overensstemmelse med fysioterapeutens. Alle punkter i video-opptaket hvor veileder stoppet for å kommentere *handlingen* sammenfalt med punkter fysioterapeuten og jeg hadde stoppet for å kommentere *handlingen*. Alle tre observatører har dermed vurdert de samme delene av samhandlingen som viktige, og noen av de delene¹⁴ er valgt ut som «viktige hendelser» og vil bli utdypet under resultater. Fysioterapeuten og veileders vurderinger av hva som er verdt å kommentere er uavhengige av hverandre. Jeg kjente video-opptaket godt da jeg observerte det med veileder. Jeg visste når fysioterapeuten hadde stoppet video-opptaket og ønsket ikke at mine reaksjoner, blick eller annet kroppsspråk skulle være tydelige indikasjoner på når jeg forventet at veilederen skulle stoppe opptaket. Jeg var derfor bevisst mitt eget kroppsspråk og forsøkte å la det være opp til veileder når opptaket skulle stoppes. Opptaket ble derfor stoppet da veileder stoppet det, og når jeg stoppet det fordi veileder på en eller annen måte reagerte på handlingen i video-opptaket.

Når tre fagfeller vurderer samme deler av samhandlingen som verdt å kommentere kan det handle om en faglig vurdering. Faglig vurdering innebærer bevisst, overveid refleksjon og vurdering. Jeg vil argumentere for at det også kan handle om mer implisitte prosesser som umiddelbare opplevelse og reaksjoner. I praktiske fag som psykomotorisk fysioterapi vil det

¹⁴ De utvalgte delene er valgt fordi de representerer ulike funksjoner av selv-støtte. På grunn av ordbegrensning er deler av samhandlingen utelatt tross intersubjektiv enighet mellom observatører fordi disse delene ikke tilført noe nytt eller var utfyllende.



alltid være sider ved praksis som er uartikulert og ureflektert hos fagutøveren. Det kan foregå mer i praksis enn fagutøveren kan gjøre rede for selv. Jeg mener umiddelbare reaksjoner kan være uttrykk for erfaringskunnskap som, når det dveles ved og heves til et refleksivt nivå, kan bidra til å forstå karakteristiske trekk i feltet. Bitsch har skrevet en artikkel der hun utforsker hvordan emosjonelle opplevelser og reaksjoner kan brukes som en rik kilde til data om sosial praksis, kulturell forståelse, diskursive ressurser, institusjonell logikk, politiske strukturer og agendaer i feltet som studeres [38]. Bitsch argumenterer at når følelser konseptualiseres som interaksjonelle effekter heller enn interpsykiske fenomen, kan de behandles som kilde til innsikt i sosiale prosesser heller enn forstyrrelser eller kilder til bias [38]. Dette er i samsvar med metateori og teori som presenteres i denne studien: et syn på følelser som et sosialt fenomen og på kunnskap som noe som konstrueres i samhandling. Når forskningspraksis anses som en felles konstruksjon av mening heller enn en passiv innsamling av data vil emosjonell respons være relevant for å belyse forskningsprosessen og feltet som studeres [38]. Det handler om å anerkjenne at utvikling av kunnskap alltid formes av kontekst. Bitsch skriver at hun håper å stimulere til analytisk oppmerksomhet mot emosjonelle opplevelser og reaksjoner heller enn positivistiske ideal om forskernøytralitet [38]. Som forskere er vi i feltet med alle våre personlige erfaringer. Spørsmålet ikke er om vi skal la våre erfaringer påvirke arbeidet eller ikke —det er uunngåelig. Det handler om å inngå i refleksjon om, og gjennom, vår følte opplevelse for å kunne finne ut av hvordan vi kan bruke dette [38]. Når fagfeller uavhengig av hverandre vurderer de samme delene av et video-opptak som verdt å kommentere og reflektere over, mener jeg at det kan brukes til å utvikle kunnskap om det som foregår. Fysioterapeuten og veileder har med seg sine erfaringer som fagpersoner når de observerer opptaket, og når deler av det resonnerer i dem gir det informasjon om hva som er forventet, hva som skiller seg ut og hva som anses som viktige øyeblikk. Deres umiddelbare opplevelser og reaksjoner er uttrykk for erfaringskunnskap, det er implisitt viten som kan gjøres eksplisitt ved bevisst refleksjon. Jeg har brukt dette aktivt da jeg valgte ut deler av samhandlingen for analyse ved å velge ut sekvenser av handlingen som alle observatører har stoppet ved og ønsket å kommentere. Merleau-Pontys teori, Bordieus teori, Bråtens og Sterns teori gir alle ulike perspektiv på ureflektert, kroppslig kompetanse, og sammen med Bitsch sin anvendelse av emosjonelle reaksjoner som grunnlag for innsikt i feltet mener jeg det kan begrunne hvorfor ekspertenes (observatørens) opplevelser og reaksjoner bør tillegges verdi



og brukes som informasjonskilde. Et annet argument for det samme er at psykomotorisk fysioterapi i stor grad innebærer kommunikasjon på ikke-verbale og ikke-bevisste nivå. Derfor anser jeg det som spesielt relevant å anerkjenne og løfte frem slike prosesser i analyse av praksis.

3.5 Etikk

Forsker har ingen terapeutisk kontakt med pasienten, og prosjektet griper ikke inn i behandlingen, som er fysioterapeutens ansvar alene. Den eneste forskjellen for pasienten er at behandlingstimen blir filmet og analysert. Siden behandlingen pasienten får er den samme som pasienten får i vanlig psykomotorisk praksis, medfører deltakelsen ingen økt risiko for pasienten. Jeg mener derfor en kan se bort fra at prosjektet skulle skade pasienten eller behandlingsrelasjonen. Studien har neppe umiddelbar nytteverdi for pasienten. Et mulig unntak er knyttet til at deltakelse i prosjektet kan legge til rette for økt refleksjon fra terapeutens side. Prosjektets verdi ligger i at resultatene kan bidra til økt innsikt i hva som kan være virksomt i faktisk praksis. Jeg mener derfor at prosjektet er etisk forsvarlig når det gjelder nytteverdi satt opp mot fare for skadevirkning.

Deltakernes autonomi ivaretas ved informert samtykke i tråd med NSDs retningslinjer.

Filmet materiale gir grunnlag for persongjenkjenning, samtidig som det inneholder sensitive personopplysninger. I tråd med prosjektets kropps- og kommunikasjonsforståelse gjelder det enten det blir sagt noe eller ei. Lydopptaket vil også kunne inneholde sensitive personopplysninger. Siden lydopptak er koblet mot filmet materiale behandles det samlet. Alt materiale er behandlet iht. lov om personvern. Pasientopplysninger er behandlet med taushetsplikt iht. Lov om helsepersonell og Lov om pasientrettigheter. Skriftlige notater er anonymisert. Materialet har blitt oppbevart innelåst, på kryptert minnepenn. I det opprinnelige samtykkeskjema ble det presisert av datamaterialet skulle slettes ved prosjektslutt. Siden er det er hentet inn nytt, utvidet samtykke for bruk av video-materiale utover dette prosjektet.

3.6 Transkripsjon

Video-opptaket er transkribert i løpende tekst med verbal og nonverbal kommunikasjon sammenflettet i hverandre. Uttalte bakgrunnskommentarer er transkribert i parenteser (mm). Bevegelser og kroppslige handlinger er transkribert i hakeparenteser [rister på hodet]. Begge kommunikasjonsformer er satt inn i teksten der hvor de dirigerte min oppmerksomhet vekk



fra hovedtalerens utsagn. Likhetstegn = brukes der hvor det ikke er en pause mellom de to deltakernes ytringer, og dobbel skråstrek // markerer når den andre deltakeren avbryter den første. Fet skrift (**dette er viktig**) brukes for å markere utsagn som er særlig vektlagt.

Fysioterapeutens utsagn er markert med F. Pasientenes utsagn er markert med E for hennes fiktive navn: Eva. Tidspunkter er ikke notert ned for hvert utsagn.

Transkripsjonen presenterer samhandlingen slik jeg har forstått den. Jeg har transkribert de kroppslige handlingene jeg forstår som relevante, og de er presentert som meningsfylte handlinger slik de fremstår i konteksten. Transkripsjonen innebærer derfor en tolkning, og er ikke en kontekstløs fremstilling. Jeg støtter meg til Thornquist som skriver at forsøk på å forklare fenomen som om det dreier seg om utvendighetsforhold er å fjerne seg fra fenomenets opprinnelige vesen. Hun skriver videre, i tråd med fenomenologisk tenkning, at menneskelige og sosiale fenomener bestemmes gjennom hva de betyr, gjennom meningsinnhold. Det krever innsikt i situasjonen, altså må fenomenet kontekstualiseres [23].

Lydopptaket av intervjuet med fysioterapeuten er transkribert med sikte på å ivareta meningsinnholdet i det som blir sagt. Muntlig kommunikasjon kjennetegnes av fragmentert tale og mange fyllord som kan se lite gjennomtenkt og ganske uartikulert ut når det gjengis ordrett. Enhver transkripsjon innebærer en reduksjon, og i denne har jeg etter beste evne forsøkt å omforme den muntlige formen til en skriftlig form som ivaretar meningsinnholdet slik jeg forstår det. Språket i video-opptaket er et annet skandinavisk språk, og jeg har skrevet om til norsk. Fysioterapeutens utsagn er markert med F, og mine utsagn er markert med I.

3.7 Analyse

Målet med denne studien er å utforske interpersonlige fenomen som oppstår i samhandlingen i en behandlingstime, i lys av teori om intersubjektive prosesser, kommunikasjon og selvutvikling. Jeg har derfor hentet inspirasjon fra interaksjonsanalyse fundert i en antakelse om at kunnskap og handlinger er grunnleggende sosiale, slik at praksis ikke anses som noe som finnes i hodet til eksperten, men er et fellesprosjekt mellom partene i en bestemt setting [23, 34, 37]. Det innebærer at det blir spesielt viktig å velge data som viser situasjoner så nært opp til praksis som mulig, slik det gjøres i denne oppgaven [37]. Jeg har også latt meg inspirere av analytiske fokusområder i interaksjonsanalyse ved at jeg har sett på strukturen til hendelser (begynnelse og ende, segmentering), temporal organisering av aktivitet, turtaking,



deltakerstruktur og problemer og reparasjon [37]. Turtaking, deltakerstruktur, problemer og reparasjon har styrt blikket i analysen sammen med teori, og er bakt inn i analysen. Hendelser og temporal organisering presenteres i egne avsnitt. Øvrige analytiske fokusområder som benyttes i interaksjonsanalyse utelukkes fordi de er lite relevante for problemstillingen. Tolkningen av dataene baseres på en abduktiv tilnærming, en pendling mellom teori og data [33]. Det krever at jeg som forsker må være sensitiv til tendenser i datamaterialet, og samtidig knytte empirien til teoretiske perspektiver [33]. Teoretiseringen skal forankres i data for å unngå svakheter [33]. Thagaard trekker frem Blumers definisjon av sensitiviserende konsepter som det sentrale bindeleddet mellom empiri og teori. Sensitiviserende konsept er et verktøy, det er begrep som gir retningslinjer for hva det er viktig å se etter [33], altså brillene jeg skal se datamaterialet med. I denne studien er kategoriene fra Bråtens kommunikasjonsmodell sensitiviserende konsept [11]. De gir grunnlag for å sortere handlinger inn i kommunikasjonsnivå som igjen innebærer muligheter for intersubjektivitet på ulike nivå—muligheter som igjen kan knyttes til utviklingen av selvet.

Analysen i denne studien innebærer fortolkning av folks handlinger gjennom å utforske et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende, og er derfor nært knyttet til Hermeneutikk. Hermeneutikken legger til grunn at det ikke finnes én sannhet man kan analysere seg frem til, men at fenomener kan tolkes på flere måter. Mening kan bare forstås i den sammenhengen vi studerer. Vi forstår delene i lys av helheten [33]. Min forståelse og fortolkning av dataene vil alltid være påvirket av min forforståelse, og denne måten å forstå verden på er integrert i tilnærmingen som er valgt i denne studien—derfor gjør jeg rede for brillene jeg ser igjennom og pendler mellom teori og empiri. Jeg vil argumentere for tolkningen og forankre den i teori og empiri. Fortolkning i denne studien er hermeneutisk fortolkning av tredje grad, fordi mine tolkninger av handlinger vil være knyttet til teorier som fremhever handlingenes underliggende betydning [33]. Analysen er informert av teorien presentert kapittel 2.0 Teori.



3.8 Presentasjon av materialet

Analysen av video-opptaket er delt inn i «viktige handlingssekvenser»¹⁵ og presenteres under kapittel 4.0 Resultat og drøfting. Begynnelse og ende av handlingssekvensene, samt segmentering, flettes inn i tolkning og drøfting. Analysen presenteres i tre analytiske nivåer: Første fortolkningsnivå er transkripsjonen av materialet. Det innebærer et tolkningsarbeid at jeg presenterer det jeg ser og hører. I transkripsjonen er språket oversatt til norsk, noe som også innebærer tolkning. Andre fortolkningsnivå er en gjengivelse av handlingssekvensen i erfaringsnære ord, der jeg viser min tolkning av hva jeg oppfatter at aktørene holder på med. Tredje fortolkningsnivå innebærer å tolke en dypere mening inn i hva jeg observerer ved hjelp av teori [34].

4.0 RESULTAT OG ANALYSE

4.1 Innledning

I denne delen av oppgaven presenteres utdrag fra video-opptaket som analyseres og drøftes i lys av teori. Jeg begynner med å gi en oversikt over bakgrunnen og tidsaspekt for behandlingstimen for å gi leseren et innblikk i konteksten slik at utdragene av behandlingstimen kan forstås i sammenheng med helheten. Empirien består av et video-opptak av behandlingstimen transkribert til tekst og et intervju med fysioterapeuten transkribert til tekst. I tillegg til dette vil jeg i tolkningen av data bruke lyd-opptaket av samobservasjonen med veileder for å argumentere for en intersubjektiv oppfattelse og enighet av det observerte. Til slutt presenteres tolkning som gjelder behandlingstimen som helhet.

4.2 Oversikt over behandlingstimen

4.2.1 Bakgrunnen for behandlingstimen

Video-opptaket er tatt av fjerde behandlingstime. Jeg var til stede under opptaket. Dette var første, og eneste gang pasienten har møtt meg. Fysioterapeuten hadde på dette tidspunktet møtt meg flere ganger.

Pasienten, som jeg har valgt å kalle Eva, var på tidspunktet nylig skrevet ut av psykiatrisk avdeling på et sykehus etter innleggelse som følge av depresjon. Da videoen ble tatt opp fikk

¹⁵ Inspirert av Jordan & Hendersons inndeling i *Viktige hendelser*. Jeg har valgt begrepet *Handling* i stedet for *hendelse*, fordi handlinger viser til noe som gjøres heller enn noe som oppstår.



hun oppfølging i form av en utslusningsgruppe —en poliklinisk oppfølgingsgruppe. I tillegg til dette gikk hun i poliklinisk fysioterapi hos den aktuelle fysioterapeuten, som jobber som psykomotorisk fysioterapeut på fysioterapiavdelingen tilknyttet det samme psykiatriske sykehuset. Fysioterapeuten er spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi og arbeider med undervisning og veiledning i tillegg til klinisk arbeid.

I video-opptaket snakker fysioterapeuten og pasienten med hverandre om hvorfor de ønsket å delta i studien. Pasienten forklarer det med at hun synes det er viktig med utdanning og fysioterapeuten sier seg enig i dette, og legger til at for henne er det viktig å bli kikket i kortene. Fysioterapeuten sier at det kan være lett å lukke igjen døren og så er det ingen som vet hva hun holder på med. Mellom linjene forstår jeg det som at det er et viktig prinsipp for fysioterapeuten med åpenhet rundt hva som foregår i terapirommet med tanke på kvalitetssikring av både utdanningen, og av egen praksis.

I intervjuet med fysioterapeuten spurte jeg henne hvorfor hun valgte akkurat denne pasienten til å være med i studien. Fysioterapeuten forklarte at pasienten var den av pasientene hun fulgte som hadde startet i behandling senest, og at hun anså det som interessant å invitere en pasient som hun ikke kjente særlig godt fremfor en som hun allerede har hatt et langt forløp med.

Fra fysioterapeuten fikk jeg vite at Eva er en kvinne på snart 60 år, som ble henvist til fysioterapi av avdelingen hun var innlagt på fordi hun hadde ryggsmertener. I henvisningen stod det at hun hadde mye angst knyttet til ryggsmertene, at hun ikke turte å bevege seg. Smertene oppsto et halvt års tid i forveien, samtidig med depresjonen. I en beskrivelse av kroppsundersøkelsen fortalte fysioterapeuten at Eva hadde et anspent fleksjonsmønster med høycostal pust i alle utgangsstillinger. Da hun ble undersøkt stod hun med vekten på hælene med overstrukkede, ansente knær og fysioterapeuten og Eva hadde i den forbindelse en samtale om den symbolske betydningen av det å være på hælene og/eller det å føle seg fastlåst. Eva sa da at hun kjenner seg igjen i følelsen av å være fastlåst. Fysioterapeuten og Eva hadde videre i undersøkelsen prøvd seg litt frem med å ta Eva ut av vanemønsteret i stående, sittende og liggende. Fysioterapeuten fortalte at det da gikk fint å endre vanemønstrene, at Eva i alle tilfeller kjente endringene godt. Eva hadde ikke autonome

reaksjoner under undersøkelsen. I undersøkelsen ble Eva spurt om hvordan hun merker det i kroppen i ulike følelsestilstander. Eva svarte da at hun ikke kunne beskrive hvordan hun kjenner slitenhet, tristhet, sinne og glede i kroppen, men hun kunne beskrive godt hvordan det føles i kroppen når hun var redd. Hun ble spurt om hun hadde opplevelser som handler om fjernhet – det hadde hun ikke. Fysioterapeuten vurderte at det ikke var tegn til dissosiasjonstendenser. Eva ble også spurt om hvordan hennes reaksjonsmønster under press kommer til uttrykk, hun svarte da at hun under press mister overblikket og glemmer avtaler. På spørsmål om Evas erfaringer med berøring, svarte hun at hun ikke har noen vonde erfaringer med dette, men at hennes erfaringer heller handler om mangel på berøring. I intervjuet med fysioterapeuten forteller hun om sin oppfattelse av Eva:

F: Jeg kjenner jo ikke denne kvinnen særlig godt, men jeg har ut fra de første gangene, kanskje særlig den første timen da vi hadde en samtale, da fikk jeg et inntrykk av at hun er en kvinne som automatisk sidestiller seg selv. Du har lest litt om hennes bakgrunn, hvor hun helt fra starten av ikke var ønsket, fordi hun og hennes tvilling, de ble to barn for mye for deres foreldre, så hun er en kvinne som har satt seg selv mye til side, og som er veldig god til å kjempe for barns rettigheter —hun jobber i sosialomsorgen. Jeg tenker at hun kan ha nytte av å finne en måte å ta mer plass på, fordi hun ikke er så god til å gjøre det på egne vegne.

Fysioterapeutens oppfattelse av Eva er altså at Evas vanemønster er å tilsidesette seg selv og rette seg mot hvordan andre har det. Senere i intervjuet forteller fysioterapeuten om hvordan hun har oppfattet Evas livshistorie. Hun beskriver at Evas tvilling var en som kunne ta mye plass, og de to ble passet av sine eldre søsken fordi mor og far måtte arbeide mye for å fø alle barna.

F: Disse to ble passet av sine eldre søsken, så hun har hele tiden stått litt sånn hen i et hjørne og ventet på å bli sett, og hun kan fortelle at hun har blitt passet, men aldri pleiet. Hun er ikke en som gjør noe vesen ut av seg på egne vegne, — da blir hun nøytral! Men kompensatorisk så kjemper hun jo for alle de andre.

Videre kommer det frem at fysioterapeuten forstår det slik at Eva som følge av sin livshistorie har utviklet vaner hvor hun undertrykker sine egne følelser ved å spenne seg og gjennom intellektualisering¹⁶. Fysioterapeuten forteller i intervjuet at hennes inntrykk er at det for Eva

¹⁶ Intellektualisering er en forsvarsmekanisme der man ved overdreven bruk av teori og fornuftige (bort)forklaringer av bakgrunnen for egen væremåte unngår kontakt med og erkjennelse av egne følelser og konflikter. Definisjon hentet fra snl.no/intellektualisering



er vanskelig «å la masken falle». Hun er opptatt av å hjelpe Eva med å holde sitt eget perspektiv:

I: ja, for der er forsvaret hennes?

F: det er nettopp det det er. – og hun er ikke så god til å legge merke til// Det var en av de tingene jeg kunne lese ut av kroppsundersøkelsen, at hennes forhold til kroppen- det var så vanskelig å få tak i en kroppslig opplevelse av det å være sliten, lei seg og – nei, å være redd, det var faktisk det eneste hun kunne kjenne igjen.

Fysioterapeutens oppfattelse er altså at Eva har lite kontakt med kroppen sin og sine egne følelser, bortsett fra følelsen av frykt, og at hun kan ha godt av hjelp til å holde fokus på sine egne opplevelser. Fysioterapeutens forståelse av Evas plager er altså ikke orientert mot symptomlettelse eller mot diagnoser som depresjon eller ryggsmertesmerter. Forståelsen bygges på kroppsundersøkelsen og Evas livshistorie. I intervjuet med fysioterapeuten ba jeg henne fortelle kort hva hennes og Eva sitt felles prosjekt er:

F: At hun skal merke seg, og også få oversatt det hun kjenner av følelsene sine, og handle på det med tydelighet (– selvfølgelig er det avhengig av situasjonen).

4.2.2 Temporal organisering av aktivitet i behandlingstimen

Behandlingstimen varer i 60 minutter. Den temporale organiseringen av aktiviteten i behandlingstimen presenteres i tabellen under:

Tidspunkt	Handlinger
00.00.00	F og D ankommer behandlingsrommet
00.00.37	Innledende samtale
00.14.26	Stående
00.15.56	Sittende på en skammel
00.22.14	Mageliggende
00.34.06	Ryggliggende
00.56.27	Sittende på behandlingsbenken
00.57.23	Stående



4.3 Viktige handlingssekvenser

4.3.1 «Hva sa de da du sa det?»

Første fortolkningsnivå

E: Ja. men så var jeg i utslusningsgruppe i går, og da satt jeg og ble irritert, over strukturen, det var fire der, og to av de de snakker og snakker og snakker//

F: //en god øvelse på å... [F løfter haken opp, ser spørrende ut som om hun venter på at E skal fullføre setningen hennes]

E: Ja [F lar haken falle ned, setter blikket i E]

F: Grrr..[sint lyd, som for å hinte til E om hva hun vil frem til]

E: Ja, -me-men, men jeg kunne nesten ikke være i det. De startet med å si, at vi har kun en time i dag, og to av de skulle gå en halvtime før, også er det så ustrukturert, det kunne jeg nesten ikke være i.- også sitter jeg og tenker: hm, hvorfor kommer vi ikke videre, hvorfor er det ikke noen struktur på denne samtalen fra sykepleieren sin side, for å få rundet av ting og gå videre, og det var en ny jente med, og få gitt henne litt oppmerksomhet, og få henne til å komme med inn i gruppen, det satt jeg og irriterte meg over.

F: Nå er jeg frekk [F kremter, lener seg frem mot E, ser ned i gulvet] nå spør jeg deg: [løfter hodet og setter blikket i E] Hva sa de da du sa det? =

E: Det sa jeg jo ikke! [E rykker hodet kort til høyre]

F: Åh. [F lener seg tungt tilbake i stolen]

E: Jeg satt jo og kikket på klokken [E løfter armene og ser på armbåndsuret sitt. Samler så hendene i fanget], og

F://-Demonstrativt.

E: Ja. (F: ja) Ja, men jeg sa det ikke [E rister kort på hodet]. (F: nei [F lener hodet mot høyre, ser mot E])

E: Jeg tenkte mye på om jeg skulle si det eller ikke, men det, det (F: jah...) - det er jo heller ikke jobben min [E ser på F]. Jeg ville gjort det hvis det var min jobb, men nå deltar jeg jo//

F:// nå satt du og var medpasient//

E: //Nå er jeg med-pasient, også tenker jeg at det skal jeg da ikke ta ansvaret for//

F: //Det er da heller ikke å ta ansvaret for noe annet enn deg selv. Du satt jo og ble irritert.

E: =Ja! Det gjorde jeg [lavere stemme].

F: Hvorfor kan du ikke si det? [løfter skuldrene lett, slipper de ned igjen]. Det er jo ikke å ta ansvar fra dem, det er å ta ansvar for deg selv [strekker høyre hånd mot E]. (E: m [lav stemme])



Å ta ordet på vegne av seg selv

Andre fortolkningsnivå

Eva har altså vært i utslusningsgruppe og forteller at hun da ble irritert over ledelsen i gruppen. Eva ble irritert av at de som ledet gruppen ikke styrte samtalen mer og at de ikke strakk seg mer for å inkludere en pasient som var med i gruppen for første gang.

Fysioterapeuten har frem til nå i den innledende samtalen sittet tilbakelent i stolen og lyttet, og bare kommet med korte oppfordrende og bekreftende lyder og kommentarer. Nå lener fysioterapeuten seg frem, kremter, og ser pasienten rett i øynene, hever stemmen og innvender at Eva hadde en mulighet til å handle annerledes i denne situasjonen. Fysioterapeuten gjør en tydelig intervensjon: Hun bryter inn og dirigerer oppmerksomheten mot handlingsmulighetene Eva hadde i denne situasjonen, og fysioterapeuten er spesielt opptatt av at Eva kunne handlet mer i tråd med sine egne emosjoner og reaksjoner. Eva innvender at det ikke var hennes ansvar å passe på dette (underforstått: Eva er ikke på jobb), og at det var derfor hun ikke sa noe. Fysioterapeuten poengterer da at det ikke handler om å ta ansvar fra de som ledet gruppen, men at det handler om å ta ansvar for seg selv.

Å utfordre gir nye muligheter

Tredje fortolkningsnivå

Dette er en situasjon som alle observatører har reagert på, og som dermed har blitt betydelig diskutert i samobservasjon. Det er en intersubjektiv enighet mellom observatørene om at dette er en situasjon hvor det er noe som står på spill mellom de to aktørene. Jeg vurderer det som et kritisk nå-øyeblikk: Et øyeblikk hvor det opptrer en øyeblikkelig følelse av at det eksisterende intersubjektive feltet er truet [14]. En viktig forandring i det intersubjektive feltet til det bedre eller det verre er nå mulig, og den karakteren relasjonen hadde før dette er blitt lagt på forhandlingsbordet [14]. Det gjør at atmosfæren mellom de to aktørene er ladet, og jeg tror det er det som gjør at alle observatører stoppet filmen ved denne episoden og ønsket å drøfte den – denne implisitte forandringen i samspillet er merkbar og oppleves viktig. Kjernen i et kritisk nå-øyeblikk er at det stilltiende blir reist tvil om relasjonens etablerte karakter og den vanlige måten å være sammen med andre på [14]. Som forklart i teoridelen er det flere retninger slik bevegelse i det intersubjektive feltet kan ta. Etter min tolkning er dette et kritisk



nå-øyeblikk som fører til utdypelse av det eksplisitte materialet —det retter fokuset mot det overordnede temaet i terapien: Evas tydelighet når det gjelder egne reaksjoner, følelser og handlingsmuligheter. Ved å utfordre Eva på hvordan hun vanemessig reagerer kan Eva bli mer tydelig for seg selv.

I tillegg til at det overordnede terapeutiske prosjektet blir bearbeidet, tror jeg at dette kan bidra til å utvide det intersubjektive feltet, og det kan gi Eva nye erfaringer av hvordan en kan regulere intersubjektive felt. Gjennom små steg av intensjonell tilpassethet kan Eva få ny implisitt viten om å være sammen med andre. Fysioterapeuten tydeliggjør og utfordrer posisjonen Eva har tatt, og ved å gjøre det risikerer hun intersubjektiviteten. Det krever at begge gjør flere relasjonelle steg for å nærme seg hverandre igjen etterpå, for å igjen finne en delt opplevelsesverden. Begge kan lære implisitt hvordan de kan arbeide seg gjennom slike situasjoner sammen, og i felleskap skape nye måter-å-være-sammen-med-hverandre på [14]. Slik implisitt viten kan generaliseres til liknende situasjoner i terapien, og til andre relasjoner i Evas liv [14]. Hvis vi antar at det å ikke ta opp egne følelser, reaksjoner og behov er blitt Evas vanemønster, vil en konsekvens av det være at hun ikke har mye erfaring når det gjelder å forhandle i det intersubjektive feltet på denne måten. Hvis hun har hemmet seg selv ved å holde tilbake sine indre opplevelser, kanskje for å ikke være til bry, fordi hun har følt seg avvist eller liknende, kan slik implisitt forhandling i en intersubjektiv matrise være nye opplevelser som kan føres videre og være et fundament i fremtiden [14]. Fysioterapeutens forståelse av Eva er at hun på mange områder i livet ikke gjør seg gjeldende, og at hun i stor grad tilpasser seg andre. Gjennom å ikke dele sine opplevelser går hun glipp av muligheten til intersubjektiv deling av opplevelse. Slik intersubjektiv deling av opplevelse er av Stern karakterisert som en viktig faktor for utviklingen av *et subjektivt selv* i *det intersubjektive relasjonsdomenet* [13]. Hvis slike opplevelser integreres (som en Representasjon av Interaksjon som er blitt Generalisert, en RIG) som nye måte-å-være-sammen-med-andre på vil det også være utviklende i domenet for fornemmelsen av *et kjerneselv* i Sterns modell for utvikling av selvet [13].

I intervjuet utdyper fysioterapeuten hvorfor hun gjør som hun gjør i denne situasjonen. Hun forteller at hun er opptatt av at Eva skal holde sitt eget perspektiv og ikke innta rollen som sosionom.



F: Der blir hun veldig motsetningsfull, ikke sant?

I: ja

F: «det er jo ikke mitt ansvar», -da tenker jeg at du har da ansvar for deg selv. Selvfølgelig er du ikke sosionom i den sammenhengen her, men du sitter og blir veldig sint, så må du også ta ansvar på egne vegne. Men hun er jo veldig rask på dette med hvordan det er å ikke bli inkludert.

I: Hun tar et utenfraperspektiv, men du vil holde henne fast i det med «Ok, men hva kjenner du i din kropp, du kjenner på sinne, du skal ta ansvar for dine følelser og si i fra»?

F: ja, det er akkurat det.

Eva fortalte ikke de som styrer gruppen om sine egne følelser og reaksjoner, men viste det indirekte med å kikke demonstrativt på klokken. Evas vanemessige handlingsmønstre kommer til uttrykk i hennes reaksjoner, og de forstås av fysioterapeuten som et produkt av hennes livshistorie, i tråd med fenomenologisk tenkning. Som nevnt tidligere er fysioterapeutens forståelse av Eva at hun som barn ikke har fått tilstrekkelig anerkjennelse — at hun lærte tidlig å ikke ta mye plass og å tilpasse seg andre. Bourdieu forklarer at habituelle væremåter er uttrykk for dyptgripende sosialisering, og de er derfor forbundet med selvfølelse og identitet [22]. Gretland drøfter Bourdieu i sammenheng med fysioterapi og skriver at selvfølelsen er avhengig av at vi møter anerkjennelse som hele personer, i all vår mangfoldighet [9]. Om vi ikke blir bekreftet kan det legge grunnen for en usikkerhet om hva andres synes om oss. Vi forstår oss selv i lys av andres vurderinger og handlinger. Å anerkjenne seg selv er derfor avhengig av anerkjennelse av andre [9]. Når ens habituelle væremåte innebærer å tilbakeholde egne opplevelser og innta andres perspektiv fremfor sitt eget går en glipp av muligheten til anerkjennelse og kan på den måten bli utydelig for seg selv. Fysioterapeuten holder her oppmerksomheten rettet mot Evas reaksjons- og handlingsmuligheter og det tolker jeg som et forsøk på å oppfordre Eva til å ta sine egne reaksjoner mer på alvor, gi de mer tyngde, og i forlengelse av det utforske nye handlingsmuligheter. Det gjør det mulig for Eva å bli mer tydelig for seg selv, og det kan skape muligheter for å dele indre tilstander med andre og få anerkjennelse for flere sider ved seg selv. Det gir også prosessen en helt annen retning enn om fysioterapeuten for eksempel hadde fokusert og dvelt ved følelsene som nevnes: følelsen av å ikke bli inkludert, eller



følelsen av å bli irritert. Slik jeg ser det kan dette grepet ha den funksjonen at det retter fokuset mot Evas vilje og evne til handling, heller enn å dvele ved tunge følelser. Det kan ha vært bevisst fra fysioterapeuten for å hjelpe Eva til å dirigere oppmerksomheten vekk fra nedstemthet over mot nye handlingsmuligheter.

Jeg tror at fysioterapeutens kjennskap til den kontakten som er utviklet mellom henne og Eva gjør at hun er trygg på å si noe som hun vet kan virke provoserende på Eva. I intervjuet med fysioterapeuten spør jeg henne om dette:

F: Det likte hun ikke. (med referanse til en kommentar om at Eva kunne sagt ifra om at hun ble irritert i utslusningsgruppen)

I: nei

F: Jeg tar henne jo veldig alvorlig, men jeg vinner situasjonen, jeg tar ikke hennes perspektiv.

I: Betyr det at du kjenner at hun stritter litt imot? Kjenner du en motstand i Eva når du tar opp det der?

F: Ja, både og vil jeg si, for hun sitter igjen og tar sosionom-rollen, hun er ikke medpasient når hun går inn i det der. Jeg tenker at jeg går inn i det, men jeg tar ikke hennes perspektiv.

I: nei. Føler du at du gjør noe risikabelt når du gjør det, at du gjør noe som kan være provoserende?

F: ja, det virker provoserende på henne. Det er helt klart, for det var ikke det hun hadde forventet. Jeg tror hun hadde forventet at jeg sa «Ja, men Eva, det var da ille» (I: jah). «Var det virkelig ikke mer struktur enn det her, det kan jeg da godt forstå at du bare kokte over» (I: jah) men jeg snur på det for å få henne til å merke «ja, men hva gjorde det med deg, hva kunne du ha gjort?» (I: ja) Fordi hun er virkelig god til å registrere hva som skjer i rommet, -men utenpå, faktisk.

I: ikke fra seg selv.

F: ikke fra seg selv, nei.

I: men blir du urolig for at det skal skje noe med kontakten mellom dere når du sier noe som er provoserende?

F: nei, nei, nei.

I: Du kjenner at du fortsatt «har henne», at det er kontakt?

F: Yes. Det er veldig min måte å gjøre det på, også må det briste eller bære. Jeg synes jeg - jeg kan ikke huske at jeg noen gang ikke kunne slippe unna med å si sånt. Fordi det ligger jo også «Nå, hva sa de da du sa det?»

« bom,bom» -altså, noe litt humoristisk i det.

I: ja.



F: *Det bærer langt synes jeg.*

Fysioterapeuten er altså bevisst at hun risikerer å provosere Eva, og dermed at hun risikerer noe i kontakten —men føler seg trygg på at kontakten mellom de to kan tåle det. Hun er også trygg på sin egen kommunikasjonsstil og vet at det er nok varme og humor i denne direkteheten. Jeg tolker det som en autentisk kommunikasjonsstil – det fungerer fordi det er akkurat denne fysioterapeuten. Fysioterapeuten forklarer i intervjuet at dette er hennes stil, og at hun føler seg trygg på den. Stern skriver at kritiske nå-øyeblikk krever autentiske reaksjoner [39]. Han advarer mot å lene seg for mye på terapeutiske teknikker og metoder i slike øyeblikk fordi det kan skape en avstand som avskjærer deler av pasientens opplevelse fra det intersubjektive feltet [39]. Han viser gjennom flere kliniske eksempler hvordan forløsende øyeblikk skapes av at terapeuten reagerer spontant og autentisk. En autentisk inntoning er av stor betydning fordi det er å anse som god affektinntoning, og god affektinntoning er en intersubjektiv opplevelse som bidrar til utvikling i fornemmelsen av *et subjektivt selv* [13].

Når fysioterapeuten tar en tydelig posisjon, en posisjon som er en helt annen en pasientens, tror jeg det gjør at det lettere for pasienten å reagere fordi det er noe veldig tydelig og konkret å reagere på. Gjennom å oppleve egne reaksjoner og få hjelp til selvforståelse kan pasienten bli mer tydelig for seg selv. Når fysioterapeuten tør å stå ved siden av heller enn å smelte sammen med Eva, blir grensene mellom de to veldig tydelige. Det å få fatt i egne grenser tror jeg er viktig for å legge merke til hva som er viktig og riktig for en selv, altså å få grep om seg selv. Gretland skriver med referanse til Braatøy at når opplevelser og mening får et uttrykk blir de mer tydelig for en selv, og da kan en lettere forholde seg til sine egne opplevelser [9, 40]. Det gir et bedre grunnlag til å kunne forholde seg til egne grenser. Dette å kunne avgrense seg selv fra andre, og regulere nærhet og avstand til andre, er viktig tema i området for kjerneselve [13]. Tilpasninger rettet mot å tydeliggjøre grenser kan derfor være støttende for utvikling av et kjerneselv [13]. Gjennom samhandling med en tydelig annen kan Eva få mer grep om sin egen posisjon, vilje og sine egne reaksjoner. Å få hjelp til å uttrykke erfaringer og reaksjoner er hjelp til selvforståelse [40]. Slik kan det å få Eva til å reagere gjøre at hun blir mer tydelig for seg selv.

4.3.2 «Det irriterer meg at jeg spenner sånn»

Første fortolkningsnivå

Eva sitter på en skammel. Fysioterapeuten sitter på en krakk ved Evas venstre side. Eva satte seg først spontant ned slik hun vanemessig gjør. Fysioterapeuten instruerer henne deretter i å dra sitteknutene bakover og sette føttene litt lengre fra hverandre. Eva rugger setet bakover. Fysioterapeuten spør henne hvordan det var, og Eva svarer at hun kjenner at hun spenner magen. Hun ser litt lei seg og oppgitt ut når hun hvisker dette til fysioterapeuten.

F: du spenner magen, ja. Kom en liten smule lengre ned på sitteknutene. [F legger høyre hånd på E sin korsrygg og venstre hånd på E sin skulder for å guide E i bevegelsen. E slipper litt av spennet i ryggen slik at hun sitter med litt mindre svai i ryggen]

F: Ta tak under seteballene og trekk litt. [F tar tak under sitt eget sete og trekker setet bakover for å vise] [E gjør det samme slik at hun flytter setet bakover på trekrakken.]

F: sååå, så kom du litt bedre ned, kan du merke det?

E: m.

F: kan du det? [E nikker kort] [Begge blir sittende slik, som om E tenker og kjenner etter, mens F venter]

E: ja, men det er en bedre forbindelse nå, til underlaget, til den skammelen her (F: ja), sålene faktisk også [E samler hendene i fanget] (F: ja) [F lener seg tilbake, observerer E fra sålene til setet.]

E: men jeg spenner fortsatt magen [E gnir seg over magen med høyre hånd, lukker øynene og puster raskt ut gjennom nesen. Virker oppgitt]

F: også armene ut i siden [F tar tak i E sin venstre arm, E løfter armene ut av fanget og lar de henge i sidene] [E trekker pusten og puster raskt ut igjen, et kort utpust. Hun har et oppgitt og irritert uttrykk i ansiktet. E slår så blikket ned i gulvet foran seg]

F: Hva skjedde?

E: Ja, men det er fordi det irriterer meg, den magen, at jeg spenner den sånn. [F ser ned på E sin mage, ser opp igjen mot E sitt ansikt. F har et mildt uttrykk i ansiktet]

F: jah. Hva sier vi til det? [F hvisker noe som ikke er hørbart på opptaket]. [begge smiler og ler].



Fra selvkritikk til latter

Andre fortolkningsnivå

Her jobber de med hvordan Eva vanemessig spenner muskler, holder pusten og bremser bevegelser. Når Eva satte seg ned slik hun vanemessig gjør, altså uten instruksjon av fysioterapeuten, satt hun med bekkenet tiltet bakover og anspent sete slik at setet ikke landet godt på skammelen. Fysioterapeuten ber Eva ta tak i sitteknutene sine og dra de bakover, slik at bekkenet kommer i midtstilling og setemusklene kan hvile mer mot skammelen. Fysioterapeuten undersøker om Eva kan kjenne endringen, hun utforsker Evas kontakt med sin egen kropp her og nå. Eva kan svare på dette, etter å ha tenkt seg om, og forteller mer om hva hun kjenner i kroppen. Hun kan også merke at hun er anspent i magen. Dette blir Eva irritert over, men hun sier ikke noe om det – hun fnyser oppgitt av seg selv. Fysioterapeuten legger merke til dette og spør Eva om hva som skjer for å få henne til å utdype det hun opplever. Da forteller Eva om at hun er irritert. Fysioterapeutens svar på dette er ikke hørbart på opptaket, men det er tydelig at det er et humoristisk utsagn, og at det treffer godt for begge bryter ut i latter.

Å få hjelp til å utrykke seg kan gi selvforståelse og selvstøtte

Tredje fortolkningsnivå

Kommunikasjonen i denne sekvensen er hovedsakelig kroppslig, det dreier seg om kroppslig kontakt i samfølt forstand, slik Bråten beskriver det på det grunnleggende nivået i modellen. Jeg skriver samfølt forstand fordi det kommer tydelig frem at de har felles oppmerksomhet rettet mot det samme: Fysioterapeuten ser at hun nå sitter bedre, og det er utgangspunktet for at Eva deler det hun opplever i kroppen: at hun kjenner en bedre forbindelse. Begge har oppmerksomheten rettet mot det samme, fra hvert sitt perspektiv. Derfor er det også kommunikasjon på nivået for oppmerksomhetskontakt. Oppmerksomhetskontakt innebærer en intensjonal og emosjonell henvisning til noe som er gjenstand for felles, intersubjektiv oppmerksomhet [11]. I dette tilfellet er det hvordan Eva sitter, og hvordan hun spenner i magen. Eva forteller spontant at hun kjenner at hun ikke klarer å slippe musklene i magen, og selv om vi ikke vet hva fysioterapeuten hvisker til henne som svar så vet vi at det treffer godt fordi de bryter ut i latter. Det tyder på at det fysioterapeuten sa var noe som ufarliggjorde at Eva ikke klarte å slippe, og stemningen ble endret fra Evas irritasjon (som jeg tolker er rettet



mot henne selv, altså selvkritikk) til felles latter. Det er tydelig at fysioterapeuten observerer noe i Evas kroppslige uttrykk, det er det som er grunnlaget for at hun spør Eva om hva som skjer, for Eva forteller ikke på eget initiativ at hun blir irritert. I intervjuet med fysioterapeuten ville jeg finne ut av hva hun hadde lagt merke til:

I: Så her merker du at hun sukker? Hun virker veldig oppgitt, også tar du tak i det og spør hva skjer nå? Og da er hun irritert på seg selv fordi hun spenner i magen?

F: mm.

I: ja, ok. Så da hjelper du henne litt ut av det ved å tulle litt med deg og sette det på spissen ved å blåse det opp litt sånn at hun ser hvor «teit» det er?

F: ja, fordi noen ganger når hun kommer til å le så kan man komme til å slippe spenning.

I: Å ja, når man ler, ja!

F: ja. Og jeg tenker også rundt Eva at hun veldig raskt kan bli irritert på seg selv hvis hun ikke mestrer. Det har jeg sett i tidligere behandlinger. Hvis hun ikke kan få mye kraft og styrke på de symbolbærende bevegelsene jeg ber henne om å gjøre, så er hun ikke god nok. Så det er det som ligger bak.

Fysioterapeuten la altså merke til at Eva sukket og virket oppgitt, og derfor spurte hun hva som skjedde. Jeg tror spørsmålet hjelper Eva med å få uttrykt det hun opplever verbalt. Slik er dette et eksempel på hvordan fysioterapeuten tydeliggjør Evas reaksjoner slik at Eva kan få mer grep om sin egen posisjon, vilje og reaksjoner. Å få hjelp til å uttrykke erfaringer og reaksjoner er hjelp til selvforståelse [9, 40]. Fysioterapeuten forholder seg bevisst og aktivt til Evas vanemessige reaksjonsmønstre: at Eva lett blir irritert på selv når hun ikke klarer å slippe. Jeg tolker det slik at når fysioterapeuten svarte på Evas reaksjon med en humoristisk bemerkning, var det for å hjelpe Eva ut av nedstemte følelser og selvkritikk. Kanskje var det også en normalisering og ufarliggjøring av det at Eva ikke kunne slippe spenningen i magen akkurat da. Kommentaren er ikke er hørbar, men den felles latteren forteller oss at de begge befinner seg i det samme mentale landskapet — de har intersubjektiv kontakt. Fysioterapeuten vet av erfaring at når pasienter ler kan de komme til å slippe anspente muskler. Den humoristiske bemerkningen er altså også et forsøk på å hjelpe Eva med å slippe kontrollen. Hvis fysioterapeuten gjentatte ganger hjelper Eva med å reagere med humor og forståelse til seg selv i stedet for irritasjon over det hun ikke mestrer, kan disse erfaringene internaliseres som det Stern kaller «indre ledsager» - en erindring av generaliserte erfaringer av å være med



en selvregulerende annen (RIG) [13]. Dette kan anses som en måte fysioterapeuten hjelper Eva med regulering eksternt, altså at hun hjelper Eva med å forme et annet reaksjonsmønster som etter hvert kan internaliseres og hentes frem i liknende, senere situasjoner uten at fysioterapeuten er til stede. Indre ledsagere, i form av en aktivert RIG, omfatter forventninger til enhver interaksjon [13]. De er prototypiske minner som ikke er begrenset til en spesifikk hendelse, men heller en oppsamling av typiske hendelser i interaksjoner. De har en veiledende funksjon på den måten at fortiden skaper forventninger til det som skjer nå, og til det som skal skje [13]. Indre representasjoner og minner dannes ut fra opplevelsesmønstre i samværssekvenser med andre over tid, og kan når som helst vekkes til live og være gjenstand for omskaping, utvidelse og utvikling. Det er slik Stern beskriver at selvet utvikles i samspill med andre: en lærer å se seg selv med andres øyne, først i spesielle samhandlingssituasjoner, senere i situasjoner som gjenkjennes som typiske. Indre ledsagere er der gjennom livet og hjelper med å evaluere forventninger samtidig som de har en stabiliserende og regulerende funksjon for selvopplevelsen [13]. Derfor er denne sekvensen et eksempel på terapeutisk arbeid i domenet for intersubjektiv relatering – det handler om støtte i utviklingen av et kjerneselv sammen med en annen [13]. Når indre representasjoner for å være sammen med noen endres, endres selvopplevelsen [13].

Stern forklarer at god affektinntoning er et uttrykk for følelseskvaliteten i en delt affektiv tilstand uten å imitere det nøyaktige uttrykket for den indre tilstanden [13]. Imitasjon ville vært en speiling av den ytre formen, mens inntoning er en speiling av den indre tilstanden. Speiling av følelsetilstanden er viktig for at pasienten skal utvikle viten om sin egen affektivitet og fornemmelse av seg selv [13]. Det er viktig at det skapes et skille mellom egne og andres reaksjoner, og det er derfor det er viktig at inntoning tar form som noe mer enn ren imitasjon slik at grensene mellom de to blir tydelige [13]. God affektinntoning medvirker til å skape eller tydeliggjøre noe som forelå delvis uklart inntil speilingen ga det en fast form. Slik jeg tolker det tydeliggjør fysioterapeuten Evas selvkritiske holdning når hun stopper opp og retter fokuset på Evas reaksjon. Eva uttrykker så hva hun føler, og fysioterapeuten ser ut til å bekrefte det, for deretter å si noe som løsner stemningen. Slik skaper hun et skille mellom Eva og seg selv samtidig som hun validerer Evas følelser ved å tillegge dem tid og oppmerksomhet. Slik affektinntoning kan bidra til at Eva blir mer tydelig for seg selv [13].

4.3.3 «Jeg har mer plass i lungene her»

Første fortolkningsnivå

Eva ligger på magen. Fysioterapeuten har en stund jobbet med å mobilisere vevet mellom Evas ribbein og hoftekam på hennes venstre side.

[F lar høyre hånd skli ned langs ribbeina, og tar på nytt tak i muskulaturen mellom ribbein og hoftekam. F drar mot seg selv og løfter samtidig kroppen til E litt opp fra benken. Hun holder den der litt, rykker lett til og slipper så kroppen tungt ned på benken. F flytter hendene raskt: høyre hånd legges på E sin brystrygg, venstre hånd på E sitt korsbein. F skyver korsbeinet mot hælene og observerer korsryggen. Det kan ses en mer tydelig pustebevegelse i korsryggen. F slipper så taket og flytter begge hender til E sine venstre ribbein og rigger lett der. F flytter så hendene til høyre ribbein og rigger lett der.]

F: Du kan godt komme over på siden nå, Eva [F går rundt benken over til E sin venstre side]

E: Jeg har mer plass i lungene her over [peker lett mot ribbein] enn jeg har her over [peker mot høyre ribbein]

F: Ja?

E: Jeg kan merke at jeg puster dypere.

F: Ja. [F legger hendene flatt på E sine høyre ribbein og stryker over dem, som for å kjenne på dem. F bruker så håndbaken sin til å skyve på tvers av ryggstrekkeren i overgangen mellom brystrygg og korsrygg på høyre side]

Fysioterapeutens tilpasninger som svar på reaksjoner

Andre fortolkningsnivå

Eva er i mageliggende på benken, og fysioterapeuten har jobbet en stund med å skyve på tvers av muskelbuen til ryggstrekkerne i overgangen mellom brystrygg og korsrygg vekselvis med at hun gjør løftegrep mellom hoftekam og ribbein. Fysioterapeuten pendler mellom disse områdene, og etter å ha gjort et grep observerer hun korsryggen til Eva og åpner for basal pust ved å rulle litt på korsbeinet eller strekke korsryggen ved å legge en hånd på brystryggen og en hånd på korsbeinet. De jobber i stillhet. Fysioterapeuten ber så Eva om å endre stilling til sideliggende. Eva tar da ordet for å fortelle at hun har en opplevelse av at hun fikk mer plass til å puste. I stedet for å fortsette i sideliggende vender fysioterapeuten oppmerksomheten sin mot Evas rygg igjen. Fysioterapeuten svarer altså på Evas beskrivelse ved å endre sin plan, og å vende oppmerksomheten til området der Eva merket en endring (det blir aldri noe arbeid i sideliggende i denne timen).



Viktig nok til å kunne påvirke andres handlinger

Tredje fortolkningsnivå

Fysioterapeuten og Eva arbeider i stillhet, men det er tydelig at de har oppmerksomheten rettet mot Evas kropp og hennes reaksjoner begge to. Det er synlig gjennom at Eva lar fysioterapeuten sette i gang bevegelser —som når fysioterapeuten løfter henne litt opp fra benken og Eva lar seg falle ned på benken igjen. Det er ingen motstand i Evas bevegelser, og hun hjelper heller ikke til. Uten å snakke sammen er de koordinert i forhold til hverandre, derfor er det tydelig at de holder på med det samme. I intervjuet sa jeg til fysioterapeuten at jeg kunne se at hun fulgte med på Evas ansikt og spurte hvorfor:

F: men selvfølgelig holder jeg et øye med henne. Jeg tenker at det kan være godt å ha en sideløpende dialog, det kan godt ta brodden av det, men det er heller ikke en sirkusforestilling, så det skal også være ro.

I: Føler du at du fortsatt har kontakt med henne, selv om dere jobber i stillhet?

F: ja, ja, ja.

Her er altså fokuset rettet mot det kroppslige i et tett, koordinert samarbeid. Det er kommunikasjon på første og andre nivå i kommunikasjonsmodellen; det er kroppsspråklig kontakt og oppmerksomhetskontakt [11]. Når Eva tar ordet løftes kommunikasjonen opp til et høyere nivå, til meningsfylt symbolsk samhandling [11]. Bråten poengterer at kontakt med dypere lag, altså emosjonell og kroppslig kommunikasjon er en forutsetning for meningsfylt språklig samhandling [11]. Jeg mener at dette er et eksempel på slik organisk kommunikasjon som går fra det kroppslige til det verbale; altså at Evas verbale utsagn er fundert i kroppslig og emosjonell opplevelse. Gjennom å ha oppmerksomheten rettet mot egne reaksjoner blir Eva oppmerksom på hvordan hun har det, og hun får øvd seg på å fortelle om det. Evas reaksjoner tillegges tid og oppmerksomhet. På den måten kan Eva få en opplevelse av at det hun opplever er viktig. Når fysioterapeuten endrer sin plan om å fortsette i sideliggende, og heller retter oppmerksomheten til det området der Eva opplevde å få mer plass, er det et annet signal om at det Eva opplever tillegges mening og viktighet. Her kan vi se at gjennom å arbeide med Eva sin kropp tar hun mer plass, rent fysisk ved at spenningene slipper og hun kan puste med større utslag. Hun tar også mer plass mer metaforisk ved at hennes reaksjoner får ta plass i samhandlingen mellom de to, og at de tillegges vekt og mening, i den grad at de styrer retningen i terapien. På den måten er fysioterapeutens tilpasning av tiltak etter Evas



opplevelser og reaksjoner en måte å implisitt signalisere at Evas opplevelser og reaksjoner er viktige.

Når fysioterapeuten endrer sin plan tar hun et relasjonelt steg mot Eva, mot det Eva har oppmerksomheten sin rettet mot. Slik regulerer fysioterapeuten det intersubjektive feltet og holder seg tett på det som er viktig for Eva [14]. Evas uttrykk for sin indre tilstand blir besvart. Det å oppleve at hun kan påvirke, og at hennes følelsesuttrykk blir reagert på, er grunnleggende for å oppleve seg selv som et individ med handlingsmuligheter [13]. Det motsatte vil være å oppleve seg som handlingslammet eller styrt av andres følelser og vilje. På samme måte som forklart tidligere kan erfaringen internaliseres som generaliserte erfaringer av å være med en selvregulerende annen (RIG) [13]. Gjennom at Eva får erfaringer med at hennes reaksjoner tillegges vekt og behandles som viktige, kan Evas generelle forventninger til samhandling med andre endres. Derfor er også samspillet i denne sekvensen terapeutisk arbeid i domenet for intersubjektiv relatering i Sterns modell – det handler om støtte i utviklingen av et kjerneselv sammen med en annen [13]. Å få erfaring med at en er i stand til å påvirke andre er grunnleggende i selvutvikling, og kan bidra til å styrke opplevelsen av agens [13]. Når indre representasjoner for å være sammen med noen endres, endres selv-opplevelsen [13].

4.3.4 «Jeg må gjøre om passet mitt»

Første fortolkningsnivå

Denne sekvensen er hentet fra handlingen slik den forløper rett etter forrige handlingssekvens. Fysioterapeuten fortsatte å arbeide med området mellom hoftekam og ribbein på Evas høyre side. Eva har akkurat fortalt at den høyre siden er mest øm, og den har hele tiden vært mest smertefull.

F: også trekker jeg deg opp her [F holder begge hender mellom hoftekammen og ribbeinene til E og trekker mot seg selv slik at kroppen til E løftes lett fra benken. F holder der litt, rykker lett mot seg selv og slipper så taket. E slipper til bevegelsen slik at kroppen hennes lander tungt ned på benken. F flytter hånden raskt til E sitt korsbein og trekker det ned mot hælene. F ser mot E sitt ansikt] Hva skjer? [F stryker på brystryggen til E med sin venstre hånd].

E: Det var godt.

F: Det var godt?



E: jeg ligger her og tenker på at jeg skal ha gjort om passet mitt [F ler] fordi jeg er to centimeter høyere nå.

F: Gjør det. Vet du hva, Eva, det er simpelthen en god ting fordi det gjør også noe med din BMI [E ler]

E: Ja, det gjør det nemlig. Så det er bare fint.

Opplevelsen av å være lengre

Andre fortolkningsnivå

Fysioterapeuten jobber med anspent muskulatur i overgangen mellom brystryggen og korsryggen, og med området mellom ribbein og hoftekam. Etter å ha gjort et grep i disse områdene flytter hun raskt hendene sine og strekker korsbeinet ned mot hælene til Eva, slik at pusten kan ta plass i korsryggen hennes. Ansiktet til Eva er ikke synlig for kamera, men det er synlig at fysioterapeuten observerer ansiktet til Eva, og på bakgrunn av det spør henne hva som skjer. Eva sier at det var rart. Fysioterapeuten ber henne utdype, og Eva forteller da leende at hun må gjøre om passet sitt for hun føler seg to cm lengre enn før. Fysioterapeuten svarer like humoristisk, og de ler sammen av dette.

Fra å hemme seg selv til å ta plass

Tredje fortolkningsnivå

I denne sekvensen kan vi se gjennom bevegelsene at de to holder på med det samme: Fysioterapeuten setter i gang en bevegelse, hun slipper taket i Evas kropp og Eva svarer kroppslig med å la bevegelsen skje. Det er ingen protester i form av motstand eller bremsing av det lille fallet ned på benken: fysioterapeuten setter i gang noe som Eva er helt med på. De har en oppmerksomhetskontakt som kommer til syne kroppslig. Kommunikasjonen er med andre ord på de to grunnleggende nivåene, kroppsspråklig kontakt og oppmerksomhetskontakt [11]. Også i denne sekvensen er det fysioterapeutens årvåkenhet overfor Evas reaksjoner som åpner for at Eva tar initiativ til å sette ord på det hun opplever kroppslig: Hun tuller med at hun må gjøre om passet sitt, underforstått: Hun føler seg lengre. Da heves kommunikasjonen et nivå til meningsfylt symbolsk samhandling [11]. Eva løfter frem noe hun opplever kroppslig til et symbolsk nivå og hun beskriver kroppslige fornemmelser i sitt eget personlige språk. Slik er dette også et eksempel på organisk kommunikasjon: det verbale blir meningsfylt i kraft av de underliggende kommunikasjonslagene [11].

Bourdieu skriver at hvordan en utfolder seg kroppslig i tid og rom er en praktisk måte å vise selvfølelse og forholdet til andre på [22]. Evas kroppslige vaner uttrykker hennes sosiale erfaringer, og hennes væremåte har derfor en dypere mening. Eva spenner musklene og bremses bevegelser, og på den måten bremses hun selv og sin egen utfoldelse. Etter min tolkning holder Eva seg selv tilbake ved å ikke dele sine indre opplevelser, og gjennom å, rent kroppslig, gjøre seg selv mindre ved å spenne muskler og bremse bevegelser. Hennes erfaringsbaserte forventninger kommer til syne i hennes kroppslige uttrykk: Hun må gjøre seg lett å omgås ved å ikke ta så mye plass. En spent muskel vil komprimere leddet den spenner over, og på den måten forkorte kroppsdelen – gjøre den mindre. Omvendt vil det å slippe ansente muskler gjøre kroppsdelen lengre. Det kan forklare Evas følelse av å bli lengre. Samtidig er det verdt å merke seg den symbolske betydningen: Eva gjør seg selv mindre for å ta mindre plass. Når fysioterapeuten hjelper henne med å slippe ansentheten får Eva en ny erfaring med å ta mer plass i rommet. Min tolkning er at underforstått i det å ta mer plass er det å bli tillagt mer betydning: Eva er viktig, derfor kan hun ta mer plass. Å ikke bremse bevegelser innebærer også at kroppsdelen blir tyngre. Eva tar altså mer plass samtidig som hun får mer tyngde. Dette er kroppslige posisjoner som er relatert til verdighet og trygghet, makt og posisjon [9]. Når vanemønsteret med å gjøre seg selv mindre og lettere brytes, kan kroppens gjenskaping av fortidens sosiale erfaringer brytes [9]. Det som var hensiktsmessige væremåter før er kanskje ikke hensiktsmessige lengre, og det å bryte slike vaner kan åpne opp for nye erfaringer: Eva kan bli en utgave av seg selv som tør å ta mer plass. Gjennom å slippe ansenthet og ikke bremse bevegelser kan Eva få en ny erfaring av seg selv som jeg tror kan endre hennes selvoppfattelse, og dermed hennes selvfølelse. Det kan gi henne nye relasjonelle muligheter og erfaringer.

4.3.5 Motstand i bevegelse

Første fortolkningsnivå

Eva ligger på ryggen og fysioterapeuten står ved hennes høyre side. De jobber med passiv bevegelse i høyre hoft. Fysioterapeuten fører Evas høyre bein opp i krokliggende og rigger på kneet. Kneet ser ledig ut. Fysioterapeuten følger med på Evas ansikt underveis. I utdraget under går de så over til å jobbe med passiv hoftefleksjon med hælen løftet fra benken.



F fører E sitt høyre bein mot krokliggende igjen. Hun lar beinet bli litt i luften før hun setter foten til E bestemt ned i benken. F ser samtidig mot E sitt ansikt. F rigger på E sitt kne. F flytter deretter høyre hånd til fremsiden av E sitt kne og fører så E sin høyre hoft opp i bøy med hælen lettet fra benken.]

[E rykker til, og det ser ut som bevegelsen i hoften møter et plutselig stopp]

F: nåååå! hva skjer? [F ser mot E og setter samtidig E sin fot ned i benken igjen. F lar høyre hånd ligge på E sitt kne, setter venstre arm i siden sin og vender kroppen mot E] Hva skjedde der?

E: Ja, det er den der [E tegner opp en linje med sin høyre hånd. Linjen går fra innsiden av hennes høyre lyske opp mot høyre hoftekam]

F: Var det fordi det gjorde vondt? [F lener seg frem mot E mens hun snakker og legger sin venstre hånd på E sin høyre arm]

E: m-m.

F: Det må du unnskyld så mye! [F flytter venstre hånd fra E sin overarm over til kneet hennes. F ser på E mens hun snakker] fordi der skulle jeg bare ha latt deg reagere [F klapper på E sin legg] der var jeg ikke [F stryker på E sin legg med sin høyre hånd] nennsom nok i hendene mine.

F: Vi prøver igjen. [F tar tak under E sin høyre fot med sin høyre hånd og løfter beinet fra benken] Nå gjør jeg det langsomt (E: mm), langsomt (E: mm.) [F fører beinet til E langsomt opp mot ansiktet slik at E bøyer med i hofta i en rett linje] er det også når jeg kommer opp denne veien?

E: Nei.

F: Det er så snart jeg kommer her? [F skyver kneet litt inn mot midten, slik at hoften roteres litt inn¹⁷]

E: Ja, det er der.

F: Hva nå? Hva har du lyst til? [E sparker beinet rett ut slik at hun kommer seg ut av F sitt grep. Beinet lander tungt på behandlingsbenken].

E: Det er når den kommer inn [E løfter høyre hånd, lager korte innover-bevegelser i lysken med hånden]

F: Ja, så kommer [F kremter. E legger armen ned på benken]- blir mørbradene litt klemt. [F tar tak i E sitt kne igjen, med sin venstre hånd. F legger sin høyre hånd rundt foten til E og fører så beinet opp til krokliggende igjen]

F: Kan du gi meg noe power her? Kom. [E sparker beinet ut med litt kraft, slik at beinet lager en tydelig lyd når det lander i benken. E blir liggende slik et øyeblikk. F dytter så lett bort beinet til E, og E trekker så beinet opp igjen til krokliggende] Kom igjen [F ser på E og hvisker noe. E sparker beinet ut med litt kraft, slik at beinet lander tungt i benken]

¹⁷ Adduksjon



Motstand i bevegelse forstått som en meningsbærende ytring

Andre fortolkningsnivå

Sekvensen begynner med at fysioterapeuten bøyer Evas høyre kne og setter beinet opp i krokliggende. Fysioterapeuten rigger på kneet, og det ser fritt og ledig ut. Det er altså ikke motstand eller bremsing i bevegelsen -Eva lar bevegelsen skje. Fysioterapeuten løfter så Evas bein og fører kneet mot brystet hennes¹⁸. Eva rykker til for å motsette seg bevegelsen—hun gir altså motstand i bevegelsen. Fysioterapeuten forholder seg til motstanden i bevegelsen som en meningsbærende ytring: Hun setter beinet ned igjen og spør Eva hva som skjer. Eva forklarer at det gjorde vondt når fysioterapeuten førte beinet den veien, det var derfor hun rykket til. Fysioterapeuten sier unnskyld og sier at hun skulle latt Eva reagere. De utforsker hvilken bevegelse som gjorde vondt og prøver igjen. Denne gangen spør fysioterapeuten Eva hva hun har lyst til å gjøre når det gjør vondt, og Eva svarer med å sparke beinet sitt ut av fysioterapeutens grep slik at de lander strakt på benken.

Fra å holde igjen til å utforske nye handlingsmuligheter

Tredje fortolkningsnivå

Dette er en sekvens der alle observatører har kommentert handlingen betydelig. Det er intersubjektiv enighet om at det her foregår noe av betydning. Kommunikasjonen er kroppslig: De har oppmerksomheten rettet mot Evas kroppslige reaksjoner, på nivåene for kroppsspråklig kontakt og oppmerksomhetskontakt [11]. Evas bevegelser tillegges mening og behandles som meningsfulle ytringer, og da er kommunikasjonen på nivået for meningsfylt symbolsk samhandling [3]. De to aktørene har en felles symbolverden. Samtidig jobber de med perspektivtaking og hverandres oppfatninger og feiloppfatninger gjennom å tydeliggjøre intensjonen i handlingene sine. Det er kommunikasjon på nivået for metaforestillinger og mentale modeller av andres sinn [29]. Her kan Eva bli mer bevisst sine egne reaksjoner og hva som er grunnen til at hun reagerer slik hun gjør. Bråten skriver at samspill på dette nivået åpner for en narrativ meningsverden som danner en identitetsbakgrunn [31]. Gjennom å bli kjent med sine egne intensjoner, og fysioterapeutens intensjoner, plasseres Eva i forhold til fysioterapeuten. Evas intensjon med bevegelsen blir gjort til gjenstand for henvisning,

¹⁸ Hoftefleksjon



sammen med fysioterapeutens feiloppfatning av den. Gjennom samspillet kan Eva da oppleve seg selv i middelbar forstand, til forskjell fra den direkte kroppsfølelsen i umiddelbar forstand [11]. Ifølge Bråten er det her et refleksivt aspekt i samhandlingen som gjør at selvet som prosess knytter sammen både det subjektive (jeg-et som reflekterer og henviser) og det objektive (meg-et som blir reflektert og henvist til) [11]. På den måten kan det bygges opp et meningsunivers som kan bidra til at Eva får et nytt grunnlag (identitetsbakgrunn) for sin livsfortelling. Siden intensjonen i Evas bevegelse løftes til et verbalt nivå anser jeg dette som et eksempel på utviklingsstøtte i området for et verbalt selv i Stern sin modell [13, 14]. Evas opplevelser deles i en språklig verden der hun er plassert som henvisningsobjekt. Det mener jeg også kan bidra til å gjøre hennes umiddelbare opplevelse mer tydelig for henne.

Jeg anser fysioterapeutens unnskyldning som viktig på flere måter. For det første ser jeg det som et eksempel på hvordan det intersubjektive feltet reguleres, med utgangspunkt i at bevegelser anses som kommunikasjon. Det kan som nevnt bidra til utviklingsstøtte i selvfunksjoner. Et annet viktig aspekt ved unnskyldningen er at den kan også tolkes som en reparasjon etter et brudd. Stern beskriver ulike typer brudd i samhandlingen, blant annet en type brudd som fører til gradvise implisitte forandringer i den terapeutiske relasjonen [14]. Stern presenterer det som bevegelse i det intersubjektive feltet som klargjør grunnen til for å kunne dele mer følelsesladde øyeblikk ved senere tidspunkt [14]. Kritiske nå-øyeblikk og forløsende øyeblikk forekommer sjelden, og mange terapitimer handler om bevegelse i det intersubjektive feltet for å kunne nærme seg øyeblikk som innebærer mulighet for utvidelse. Pasienten kan da få nye erfaringer om hvordan en kan regulere intersubjektive felt [14]. Gjennom små steg av intensjonell tilpassethet kan pasienten få ny implisitt viten om å være sammen med andre [14]. Derfor er ikke misforståelser som dette feil, det er heller en mulighet til å utvide erfaringer som kan internaliseres som RIG [14]. Gjentatte erfaringer med å påvirke forhandling i intersubjektive felt kan føre til en utvikling i den indre opplevelsen av seg selv som en aktør med påvirkningskraft i sosiale relasjoner [13, 14]. Jeg ser det som sannsynlig at denne handlingen forbereder grunnen til senere situasjoner hvor Evas reaksjoner kan utforskes og tolkes eksplisitt. Et eksempel på det kunne vært å utforske hvorfor Eva rykker til, holder pusten og ikke sier noe i kontrast til det å reagere ved å frigjøre seg selv fra grepet til fysioterapeuten. Utforsking av slike vanemønstre kan kanskje gi mening for Eva satt i



sammenheng med hennes livshistorie. Når fysioterapeuten etter unnskyldningen fører Evas bein opp mot det smertefulle området på nytt, er det for å gi Eva en sjanse til å reagere på en annen måte. Sammen utforsker de to hvilke handlingsmuligheter Eva har i den situasjonen. I stedet for å rykke til og stoppe bevegelsen oppfordres Eva til å kjenne etter hva det er hun har lyst til å gjøre, og Eva sparker da beinet sitt ut slik at hun frigjør seg fra fysioterapeutens grep. Med andre ord øver Eva på å finne andre måter å reagere på, og ved dette kraftfulle sparket holder hun ikke reaksjonen inne ved å stoppe bevegelsen, men tillater seg å gjøre noe ut av det hun opplever. Eller med andre ord: Eva får prøve ut å reagere i stedet for å se på at klokka går. Det å sparke beinet ut av grepet er en handling som i større grad påvirker den andre aktøren, og dermed tar mer plass i samhandlingen, og derfor krever den at Eva tar sin egen reaksjon mer på alvor. Jeg mener derfor at dette er et eksempel på hvordan den kroppslige samhandlingen kan bidra til at Evas opplevelser og reaksjoner tillegges betydning ved at det brukes tid og oppmerksomhet på å løfte dem frem. Samtidig får Eva mulighet til å leke seg med ulike måter å handle på.

Et annet viktig aspekt ved unnskyldningen er at fysioterapeuten sier at det var hun som skulle vært mer nennsom i hendene sine. Etter min tolkning er det implisitte budskapet i det at her var det fysioterapeuten som skulle tilpasset seg Eva, ikke omvendt. Ved å forsøke igjen lager de en situasjon der Eva ikke tilpasser seg, men fysioterapeuten gjør det: Fysioterapeuten slipper samtidig som Eva sparker beinet sitt ut av grepet. Det underliggende budskapet er derfor, etter min tolkning, at Evas følelser og reaksjoner er viktige, og at andre også kan tilpasse seg til Eva. Det kan være en ny kroppslig og relasjonell erfaring —erfaringer som kan internaliseres som RIG, og dermed utvide Evas relasjonelle kompetanse i det intersubjektive domenet og gi utviklingsstøtte i området for kjerneselvevet [13, 14]. Sårbarhet på kjerneselveområdet kan oppstå når en ikke har tilstrekkelig erfaring med å oppleve at en kan påvirke samhandling, og kan vise seg ved at en tar lite initiativ. Mangelfull erfaring med gjensidig regulering kan føre til mangelfull regulering av kroppslige tilstander og følelser [13, 14]. Følger vi fysioterapeutens tolkning av Eva, kan utviklingsstøtte på kjerneselveområdet ha vært spesielt relevant for Eva.



4.3.6 Å ta kontroll og å slippe kontroll

Første fortolkningsnivå

Eva ligger på ryggen, fysioterapeuten står ved hennes høyre side. De har i en lengre sekvens jobbet med å veksle mellom passiv og aktiv bevegelse av Evas høyre bein. Når Eva skal være passiv instruerer fysioterapeuten henne i å slippe kontrollen. Eva lar da beinet gli ut fra krokliggende til strak beinstilling. Aktiv bevegelse instrueres ved at fysioterapeuten ber henne ta kontrollen. Gjennom arbeidet med dette instruerer fysioterapeuten Eva til gradvis å ta mer i. Til å begynne med innebærer ikke instruksjonen noe spesifikk bruk av kraft. Utover i samhandlingen instrueres Eva i å bruke mer og mer kraft. Hun får også instruksjon i å slippe tungen (ikke presse den opp i ganen). Eva ligger her med høyre bein i krokliggende og venstre bein flatt.

F: Nå er det din tur, Eva [F ser mot E sitt ansikt] kom! [E sparker beinet hardt ut i utstrakt stilling slik at det lander tungt i benken og lager en tydelig lyd når det treffer benken.]

F: Jah. Der var det en liten antydning til at stemmen gjerne ville være med, merket du det?

E: Ja [begge ler]

F: Kom opp igjen [E trekker beinet opp i krokliggende] knall på [E sparker beinet ut slik at det lander tungt i benken. Beinets lager en tydelig lyd når det treffer benken] Jaaa! (E: ja.) du, du smiler?

E: Ja.

F: Hva er det? [F ler]

E: Ja, men jeg er overrasket over at jeg slapper av også allikevel kan jeg få den kraften (F: mm.)

F: Kanskje derfor.

E: Ja.

F: kom, kom. [E trekker beinet opp i krokliggende] knall på. [E sparker beinet ut med kraft slik at det lander tungt i benken. Beinets lager en tydelig lyd når det treffer benken. Det kan ses en mer tydelig pustebevegelse i E sin mage] Nå, hvordan var det nå?

E: nei, men det er..

F: Fortsatt skremmende?

E: nei, det er ikke skremmende! Det er underlig, det her med å slappe av også allikevel ha den kraften. Det er godt [F ser på E, nikker] å vite at den er der [F nikker. F tar så tak i beinet til E, høyre hånd under knehasen og venstre



hånd rundt ankelen, og fører beinet opp i krokliggende]. Den opplevelsen [F slipper beinet og vender seg mot E, ser på ansiktet hennes] den skal jeg ha, den skal jeg merke, og det er det jeg //

F:// Gjør du ikke det?

E: jo, nettopp. [F vender seg mot beinet igjen, tar tak rundt kneet og fører beinet litt opp mot E sitt ansikt slik at foten løftes fra benken]

F: nå går jeg inn her og pirker litt [F ser mot ansiktet til E. F holder kneet til E med sin venstre hånd og legger sin høyre hånd over hoftekammen til E. F lar fingrene synke ned og beveger de rundt inne i vevet]. Fortsett med å puste. [F beveger hånden rundt litt til, så setter hun foten ned i benken og flytter høyre hånd til kneet. F rigger litt på kneet. F tar så tak rundt ankelen til E og trekker beinet hennes ut slik at det lander tungt, utstrakt på benken. F rigger på beinet til E. F tar så tak rundt E sitt strake kne med begge hender og løfter og slipper kneet raskt flere ganger, før hun slipper kneet tungt i benken. F stikker så sin høyre hånd innunder kneet til E] Ta kontrollen! [E trekker beinet opp til krokliggende] Slipp kontrollen. [E lar beinet gli ned i ustrakt stilling. F rigger litt på beinet, masserer kort over kneskålen med sin høyre hånd, og tar så tak rundt foten til E med begge hender. F gnir litt rundt på foten til E, og brer så teppet over hele beinet]

F: Hvordan merkes det nå?

E: Jeg har den der rolige fornemmelsen, altså jeg sitrer ikke mer

F: nei.

E: Noen ganger har jeg det som om jeg hele tiden sitter i en bil som går på tomgang (F: hm) men den fornemmelsen, den har jeg ikke nå (F: nei)

Som å sitte i en bil som går på tomgang

Andre fortolkningsnivå

I denne sekvensen arbeider de to med aktiv og passiv bevegelse. De snakker om det som å ta kontroll og å slippe kontroll. I begynnelsen av sekvensen brukes aktiv bevegelse: Eva sparket beinet ut. Fysioterapeuten setter beinet opp i krokliggende igjen, da er Eva passiv i bevegelsen. Fysioterapeuten observerer og påpeker at Eva smiler etter hun har sparket beinet ut, og Eva forklarer at hun smiler fordi hun merker at hun slapper av samtidig som hun har mye kraft i bevegelsen. Fysioterapeuten antyder at det kan være fordi hun slapper av at hun har mer kraft. Etter Eva har sparket beinet ut kan det observeres en mer tydelig pustebevegelse i magen. Fysioterapeuten observerer det og spør derfor Eva hvordan det var å sparke ut den gangen. Eva svarer at hun synes det er godt å vite at den kraften er der, og at det



er noe hun vil ta med seg ellers i livet. Fysioterapeuten påpeker at Eva har tatt med seg den kraften inn i terapirommet – den er i Eva. Fysioterapeuten går over til å palpere Evas hoftelddsbyer. Etter dette setter hun Evas kne i krokliggende igjen og rigger på det for å se om Eva kan slippe til bevegelsen. Det kan observeres at Eva slipper til bevegelsen. Fysioterapeuten trekker så i Evas hæl, og beinet sklir ut slik at det lander strakt i benken. Eva slipper altså til denne bevegelsen også. Fysioterapeuten løfter litt på kneet gjentatte ganger, som for å sørge for at det slippes tungt ned i benken. Eva instrueres deretter i å ta kontrollen, og svarer på det med å trekke beinet sitt opp i krokliggende. Når Eva har gjort det får hun instruksjon om å slippe kontrollen, og fysioterapeuten trekker i beinet slik at det lander strakt i benken. Fysioterapeuten spør så Eva hva hun merker. Eva svarer at hun føler seg rolig, at hun hadde (og ofte har) en sitrende følelse i kroppen, en følelse av å sitte i en bil som går på tomgang, men nå er den følelsen borte.

Eva oppfatter bevegelsene som viktige og relaterer dem til livet sitt

Tredje fortolkningsnivå

Dette er også en sekvens som alle observatører har kommentert betydelig. Fysioterapeuten referer til denne «Ta kontroll og slipp kontroll»-sekvensen som symbolbærende bevegelser. Eva forteller selv, i en samtale med fysioterapeuten tidligere i video-opptaket, at disse bevegelsene er viktige for henne:

E: Det snakket vi også om i går i utslusningsgruppe.

F: gjorde dere det?

E: -det her med å slippe kontroll og ta kontroll

F: ja?

E: Det har vi jo veldig vanskelig for mange av oss som sitter der (F:jah.) å slippe kontrollen (F: jah).

F: akkurat.

E: da fortalte jeg nemlig at du og jeg vi jobber med det her, å ta kontrollen og slippe kontrollen.

F: jah.

E: at det er den øvelsen som er viktig for meg.

F: ja. -eller bevegelse, som jeg kaller det, det er jo ikke en øvelse som jeg viser deg og så gjør du den//



E: ja, nei

F: - for da er det mekanisk.

E: ja.

Her kommer det frem at Eva anser disse symbolbærende bevegelsene som spesielt viktige for henne, relatert til hennes vanemønstre og hvordan de påvirker hennes liv. Min tolkning er at det kommer frem at fysioterapeuten har et fenomenologisk grunnsyn ved at bevegelsene anses som kommunikasjon og uttrykk for hvordan Eva forholder seg til belastninger i livet (til forskjell fra øvelser). Fysioterapeuten forholder seg til Evas kropp som sosial og meningsbærende.

I denne sekvensen går kommunikasjonen fra at de arbeider med hvordan Eva vanemessig spenner muskler og dermed bremser seg selv i bevegelser, til å dreie seg om hvordan Eva har vansker med å slippe kontroll. Det er et eksempel på kommunikasjon fra nivåene kroppsspråklig kontakt og oppmerksomhetskontakt som løftes til et meningsfylt symbolsk nivå [11]. Meningen i de symbolske bevegelsene er direkte knyttet til Evas personlige liv, og det er Eva selv som gjør denne koblingen. Jeg tolker det slik at når Eva tillegger de konkrete bevegelsene en overført betydning er det et uttrykk for at bevegelsene er en kilde til selvfornekkelse for henne – hun forstår seg selv gjennom å utforske sine bevegelsesvaner. Den sammenkoblingen oppstår ikke ut av ingenting. Fysioterapeutens oppmerksomhet mot Evas reaksjoner gjør det antakelig mulig for Eva å legge mer merke til seg selv. Når fysioterapeuten ser at Eva puster med større utslag etter å ha sparket beinet ut spør hun Eva om hva hun merker. Det er et bevisst timet spørsmål som oppfordrer Eva til å legge merke til seg selv. Det er da Eva forteller at hun synes det er godt å vite at den kraften er der, og at den vil hun ha med seg ellers i livet. Fysioterapeuten legger med andre ord til rette for den selvfornekkelsen og selvrefleksjonen som da utvikles.

Stern skriver at når opplevelser språkliggjøres kan det forsterke den personlige selvopplevelsen hvis det verbale uttrykket er i samsvar med selvopplevelsen, eller det kan spalte den umiddelbare opplevelsen fra den verbale representasjonen av den hvis det ikke er samsvar mellom det verbale uttrykket og det som er følt [13]. Stern beskriver at en kan skape et «falskt selv» ved at noen selvopplevelser velges ut og forsterkes språklig for å imøtekomme



andres behov selv om det avviker fra selvopplevelsen (det sanne selv) [13]. Det er behovet for opplevelser av å være sammen med andre som gjør at noen selvopplevelser deles mens andre holdes privat. Ved å opprettholde et falskt selv kan man unngå brudd i interpersonlig kontakt [13]. Selvopplevelser som deles med andre i den språklige verden kan dermed binde sammen et privat selv og et sosialt selv, og slik være en kilde til selvfornekkelse. Når Eva sier at hun vanligvis har det som om hun sitter i en bil som går på tomgang er det en språkliggjøring av hennes kroppslige opplevelser. Merleau-Ponty skriver at språk kan fullbyrde erfaringen ettersom den får språklig form, en representasjon som gjør den virkelig og som gjør det mulig å dele personlige erfaringer med andre og reflektere [30]. Psykoanalytikeren og allmennlegen Trygve Braatøy skrev at det å få begrep om seg selv er å få grep om seg selv [40]. Å sette ord på kroppslige erfaringer kan altså være selvstøttende hvis språket er i samsvar med opplevelsen, og gjennom å språkliggjøre selvopplevelser kan Eva bli mer tydelig for seg selv. Det at den verbale metaforen om å sitte i en bil som er på tomgang er så original gjør at jeg tolker beskrivelsen som personlig, at den er organisk; hentet fra hennes umiddelbare kroppslige erfaring. Eva smiler når hun sier at det er godt å oppleve at hun kan være kraftfull. Det ser ut til å være en vitaliserende erfaring for henne å oppleve at hun kan være kraftfull, og det ble et tema i samobservasjonen med veileder. Det er en intersubjektiv enighet om at det er mer vitalitet over Evas kroppslige uttrykk etter arbeidet med disse bevegelsene: Eva smiler mer, beveger seg mer og bevegelsene har mer liv over seg. For meg ser ut som at Eva får utforsket sitt handlingsrepertoar, og gjennom det får hun en ny opplevelse av seg selv og hvordan hun kan handle. Siden bevegelsene regulerer Evas følelser opp, mot økt vitalitet, anser jeg dette som støtte i fornemmelsen av et kjerneselv. Gjennom å uttrykke seg selv med mer kraft og vitalitet i samspill med fysioterapeuten kan hun få en ny opplevelse av seg selv sammen med andre, og derfor kan det anses som støtte i fornemmelsen av et subjektivt selv. Når umiddelbare kroppslige opplevelser løftes til et verbalt nivå, slik det gjør her, er det støtte i området for et verbalt selv [11].

4.4 Behandlingstimen som helhet

4.4.1 En felles meningsverden

Kommunikasjonen i behandlingstimen kjennetegnes av at det er lite historiefortelling, og ingen abstrakte idéer (abstrakte idéer kunne vært omstrukturering av tanker eller samtale om forestillinger, som for eksempel håp om bedring) som diskuteres, tvert imot er det stille store



deler av behandlingstimen – kommunikasjonen er hovedsakelig kroppslig. Fysioterapeuten og Eva utvikler sammen en forståelse av sammenhenger ved at de gjør noe sammen som skaper en endring som løftes frem og dveles ved i fellesskap. Det er presentert flere eksempler på at fysioterapeuten gjør et grep, igangsetter en bevegelse eller instruerer i en bevegelse frem til det skjer en endring. Når fysioterapeuten observerer en endring, etterspør hun Evas opplevelse. Hun stiller da enten et åpent spørsmål som «Hvordan er det nå?» eller «Hva merker du nå?». Evas korte utsagn som «hm» løftes også frem av fysioterapeuten – hun spør da «Hva skjer?» for å få Eva til å utdype sine opplevelser. Fysioterapeuten følger nøye med på Evas reaksjoner, stopper opp når hun observerer eller opplever en endring og retter fokuset mot det. Hun vender sin oppmerksomhet mot det Eva snakker om, mot det Eva reagerer på og mot handlingsmulighetene. Den felles forståelsen de to utvikler blir mulig fordi de forstår Evas kropp som en bærer av erfaring. Det kommer frem i handlingssekvensene som er presentert at både fysioterapeuten og Eva selv tar initiativ til å forstå Evas kroppslige uttrykk i sammenheng med hennes livshistorie og livsbetingelser. Eksempler på at fysioterapeuten gjør dette kommer tydelig frem i hennes forståelse av Eva, og gjennom det at hun forholder seg til Evas bevegelser som ytringer. Et eksempel på at Eva forstår kroppslige uttrykk i sammenheng med levd liv er når hun trekker paralleller til sitt sosiale liv da hun oppdager at hun har mer kraft når hun slapper mer av. Kroppen forstås av begge som sentrum for erfaring og erkjennelse. Når kroppen forstås i lys av det livet vi lever, hvor erfaringer og livsbetingelser er en del av vår kroppsvirkelighet, i våre bevegelsesvaner, persepsjon og emosjonalitet, blir det å gjøre noe sammen kroppslig å nærme seg livshistorien. Fysioterapeuten og Eva bygger opp sin felles forståelse ut fra dette, og utvikler et felles prosjekt som etter min tolkning handler om at Eva skal bli mer tydelig, for seg selv og for andre, gjennom at de arbeider med Evas ansente bevegelsesvaner. De ansente bevegelsesvanene kan også ha sammenheng med Evas ryggsmarter. Gjennom at de to forholder seg til Evas kropp som en bærer av erfaring etableres et grunnlag for en felles meningsverden der de to kan dele intersubjektive opplevelser. Det er ved å bruke psykomotorisk fysioterapi at de to har blitt kjent med Eva via hennes kroppslige uttrykk og bevegelsesvaner, og slik etableres en felles meningsverden og et felles prosjekt. Eva blir kjent med seg selv og lærer å forstå seg selv gjennom å utforske sine kroppslige uttrykk og sitt bevegelsesrepertoar sammen med fysioterapeuten, og gjennom dette oppfordres Eva til å uttrykke seg og markere seg, og det hun uttrykker påvirker

fysioterapeutens handlinger, som for eksempel da fysioterapeuten endrer sin plan om å arbeide i sideliggende. Eva får erfaring med at hun kan handle på nye måter som åpner opp for nye måter å være sammen med andre. Orienteringen mot nye handlingsalternativ og opplevelsesmuligheter kan være utviklingsstøttende i seg selv [12, 41]. Etablering av felles fokus og vektlegging av subjektive opplevelser, anerkjennelse og deling av subjektive opplevelser må kunne anses som en viktig faktor for å oppnå utvidede opplevelsesmuligheter og endring [12, 41].

4.4.2 Vaner—et uttrykk for erfaring

Når kroppen forstås som sentrum for erfaring og erkjennelse blir en konsekvens at vaner er et uttrykk for erfaring, og dermed sterkt knyttet til vår identitet [9]. Kroppen formes av og viderefører sosiale strukturer og verdier, relasjoner og dominansforhold. Kroppslige vaner blir dermed bærere av kulturell og sosial kunnskap —kunnskap og hukommelse i kroppen [22]. Stern kaller det for regulerende, implisitt hukommelse som viderefører mønstre for tilknytning til andre [13]. Væremåter som kan ha vært en nødvendig tilpasning i relasjoner preget av andres dominans kan i neste omgang opptre som en habituell væremåte også i andre situasjoner [9]. Vaner og virkelighetsoppfatning preges altså av alle våre tidligere erfaringer. De er inkorporert i oss i form av tilbøyeligheter til å oppfatte, vurdere og handle på bestemte måter [9]. Kroppen er i stand til å mestre verden ved å gi den en tilpasset respons, den er i stand til å ha et grep om verden og til å bruke den som et redskap [22]. Hvis Eva har tilpasset seg sin verden gjennom å gjøre seg selv mindre, ta lite plass og holde seg tilbake vil det å endre slike vaner endre hvordan hun forstår og forholder seg til sin verden. Bourdieu skriver at hvordan en utfolder seg kroppslig er en praktisk måte å vise sin egen selvfølelse og forholdet til andre på [22]. Å gå fra å holde seg selv tilbake til å slippe seg selv mer til, kan dermed ikke bare endre hvordan Eva konkret handler – men det kan også påvirke hennes selvfølelse og hennes forhold til andre. Siden selvet utvikles i sosiale samspill, blir kroppslige væremåter viktige for identitet. Dette kan forklare hvordan endring av kroppslige væremåter kan endre selvopplevelse. Observatørene er enige om at Eva endrer seg kroppslig i løpet av denne timen. I begynnelsen av timen sitter hun litt sammensunket og nesten urørlig. Hun beveger seg lite, og når hun gestikulerer er det på



et vis dempet: Det er små bevegelser rett over fanget. Når Eva ikke gestikulerer, lar hun hendene hvile sammenfoldet i fanget. Hun har ofte blikket ned foran seg og hodet sammensunket. Det samme mønsteret gjentar seg i stående. Jeg synes Eva ser tilbaketrukket ut. Den høycostale pusten og det anspente fleksjonsmønsteret fysioterapeuten vurderte i den initiale undersøkelsen er synlig i video-opptaket. Gjennom behandlingstimen ser jeg at Eva gradvis gir mer slipp i anspente områder i kroppen, og hun gir flere ganger uttrykk for dette selv: Hun forteller at det slipper, hun kommenterer at det føles rart å slappe av, hun kommenterer at hun blir lengre, at hun føler seg løsere og at hun får mer plass til å puste. I siste del av behandlingstimen står Eva med en lengre, mer rank holdning og en mer åpen kropp – det vil si at hun ikke lenger krymper seg selv ved å anspenne muskulatur. Blikket er mer åpent, og det er mer blikkkontakt med fysioterapeuten. Alle observatørene har kommentert at Eva ser mer våken, vital og åpen ut. Å endre seg kroppslig, fra en tilstand hvor en krymper seg selv for ikke å ta plass til en tilstand hvor en slipper til bevegelse og tar mer plass kan ut fra teori om at væremåter anses som uttrykk for sosiale erfaringer, føre til en ny opplevelse av seg selv. Erfaringskompetanse og pasienters erfaringer fra Psykomotorisk fysioterapi tilsier at når pasienter slipper anspenhet, og dermed bremsene på seg selv, får de mer kontakt med seg selv og blir mer tydelige for seg selv [1-4, 9]. Denne behandlingstimen er et eksempel som synliggjør dette. Teori om væremåter som uttrykk for selvfølelse og sosiale erfaringer, sammen med teori om at utviklingen av selvet skjer i sosialt samspill, utdyper hvordan det å endre seg kroppslig kan endre opplevelsen av seg selv. En naturlig konsekvens av det vil være at endring av selvopplevelse vil kunne bidra til nye handlingsmuligheter i sosialt liv.

4.4.3 Et samarbeid mellom likeverdige

Relasjonen mellom fysioterapeuten og Eva er i utgangspunktet asymmetrisk, fordi Eva i denne situasjonen er i rollen som en som trenger hjelp mens fysioterapeuten er i rollen som den som har kompetansen som trengs. Likevel synes jeg denne behandlingstimen er preget av likeverd. Etter min mening går fysioterapeuten langt i å legge til rette for at Eva skal være en aktiv og likeverdig deltaker i kommunikasjonen. Fysioterapeuten fremstår ikke som en ekspert som forteller Eva hva hun skal gjøre, tvert imot er det påfallende hvordan



fysioterapeuten aldri handler som om det er hennes ansvar å løse Evas problemer. Evas bidrag styrer i stor grad innholdet i timen. Et eksempel er den innledende samtalen. Den markeres av at fysioterapeuten klapper hendene sammen og spør Eva «Nåh, hvordan har du det hatt det?». Eva forteller så om episoder fra sitt liv den siste uken. Historiene handler om episoder hvor Eva har fått en forverring av symptomer og/eller blitt følelsesmessig overveldet, og hvordan hun har forsøkt å bruke det som informasjon til å regulere belastning og aktivitet.

Fysioterapeuten sitter tilbake i stolen og lytter. Fysioterapeuten viser med blick og gestikulering og oppfordrende lyder som «jah» og «hm» at hun følger samtalen. Når Eva har rundet av en historie begynner hun på en ny, uten eksplisitt oppfordring fra fysioterapeuten. Etter 14 minutter rundes denne sekvensen av uten at det sies noe om at denne delen av behandlingen er over. Gjennom deltakerstrukturen i samtalen ser vi at det er Evas bidrag som er styrende, det er det som avgjør hva samtalen handler om. Samtaleformens struktur viser at Eva ikke tilskrives en rolle hvor hun svarer på spørsmål stilt av en autoritet. Det er heller en forventning om at Eva har noe å bidra med på egne premisser. Slik er dette et eksempel på en halvstrukturert samtale der fysioterapeuten er søkende og lyttende slik at Eva kan fortelle om sine erfaringer [42]. Fysioterapeuten bygger videre på Evas bidrag, slik utvikles innholdet av begge, som likeverdige bidragsytere. Gjennom deltakerstrukturen og samtaleformens struktur ser vi hvordan fysioterapeuten bruker sin posisjon på en måte som gjør at Eva får mulighet til å være en aktiv deltaker i kommunikasjonen. At Eva forteller om relevante episoder fra sitt liv uten eksplisitt oppfordring mener jeg viser at de to har et klart felles prosjekt. Jeg har selv erfaring med at mange pasienter synes det kan være vanskelig å vite hva som er relevant å fortelle om i den innledende samtalen. Deltakerstrukturen i denne samtalen viser derfor etter min tolkning at de har et felles fokus.

4.4.4 Smidig turtaking og tett samarbeid

Turtaking i menneskelig interaksjon handler ikke bare om tur til å snakke, det innebærer ofte andre aktiviteter. I fysioterapi kan det for eksempel handle om turtaking i bevegelser. Et eksempel er sekvensen hvor det vekselvis er Evas og fysioterapeutens tur til å bevege beinet. Sekvensen gjennomføres med god flyt, turtakingen er smidig. Gjennom behandlingstimen er det god flyt i samtale og i kroppslig samarbeid. Det er få misforståelser, med unntak av sekvensen hvor Eva stopper bevegelsen fordi hun får vondt i lysken. De snakker ikke i



munnen på hverandre eller kolliderer inn hverandre. Dette ble et tema i samobservasjon med veileder. Sammenliknet med andre behandlingstimer vi har sett og opplevd er det tydelig for meg og veileder at denne timen skiller seg ut i dette at de to aktørene er så engasjerte i sitt felles prosjekt — de holder nerven. Det er ingen transportpassasjer hvor de ser uinteresserte eller uengasjerte ut, ingen tegn til fjernhet – aktørene ser ut til å være i et tett samarbeid med samme felles fokus gjennom hele behandlingstimen. Det er en tydelig tråd gjennom behandlingstimen, og det er et presist arbeid fra samtale, gjennom hva fysioterapeuten understreker, til hva de jobber med kroppslig. Jordan & Henderson har funnet en rekke forskjeller i organiseringen av samtaledrevet interaksjon sammenliknet med interaksjon hvor aktiviteten er motivert av en fysisk oppgave¹⁹ [37]. En slik forskjell er at temaer holdes lenger i kroppslig interaksjon enn i ren samtale [37]. Det er hovedsakelig kroppslig samhandling i denne behandlingstimen, og det at tema i slik kommunikasjon holdes lengre kan være med på å forklare hvordan de to holder temaet gjennom behandlingstimen. Å holde nerven gjennom timen slik det gjøres her, kan etter min tolkning bidra til å tydeliggjøre prosjektet de to har. Slik er også det en måte Eva får hjelp til å bli mer tydelig for seg selv: når det hele tiden er et tydelig avklart fokus vil spotlight hele tiden være rettet mot det som er viktig for Eva. Et tydelig felles fokus kan bidra til å gjøre det klart hva som er viktig, altså hva denne behandlingstimen handler om. Som tidligere nevnt er felles fokus for oppmerksomhet selve forutsetningen for intersubjektivitet, det vil si erkjennelsen av at en opplevelse deles med en annen [9, 11, 12, 14] og dermed en forutsetning for å i det hele tatt ha et felles prosjekt.

Samhandlingen mellom de to er så tett at de spontant utfyller hverandres bevegelser. Et eksempel er en handlingssekvens i siste del av behandlingstimen, da Eva i stående stilling kjenner etter om det har skjedd en endring i løpet av timen. Eva forteller at hun føler seg «løsere» i kroppen, at det er nesten som hun svaier. Fysioterapeuten sitter og ser på henne mens hun snakker, og svaier også i sin overkropp mens Eva forklarer. Fysioterapeuten utfyller altså med egne, liknende bevegelser på samme tid som Eva forteller om sin opplevelse.

¹⁹ Jordan & Henderson bruker begrepet *instrumental interaction*



Fysioterapeuten svarer så på dette med å fortelle Eva om hvor viktig det er å være avspent for å ha stabilitet og godt fotfeste:

F: Jeg snakket med en sjømann en gang om at det er viktig å ha løse knær når det er sjøgang

E: ja, det er nok fint.

F: det er det.

E: ja.

F: så har du litt å gi etter. Gikk han med stive knær så gikk han rett på god'dagen [F sveiper med begge hender som for å vise et fall. Halvveis i F sin bevegelse inngår også E i bevegelsen, hun sveiper resten av buen med sin venstre arm sammen med F uten at de har blikkkontakt.]

Her gjør fysioterapeuten en bevegelse med armene, og halvveis i bevegelsen blir Eva med i bevegelsen med sin arm, slik at de fullfører bevegelsen sammen. De har ikke blikkkontakt når dette skjer. Slike delaktige bevegelser kan sammenliknes med å utfylle hverandres setninger og er ifølge Bråten et tegn på annensentrert deltakelse [5]. Annensentrert deltakelse er som nevnt i teoridelen en medfødt evne til å oppleve, ofte utenfor bevisstheten, det en annen opplever [5]. Det er en form for ubevisst innlevelse i en annen, en grunnleggende intersubjektiv kapasitet som muliggjør imitasjon, empati, sympati, emosjonell smitte og identifisering [5]. Det at Eva deltar i fysioterapeutens bevegelse kan etter min tolkning forstås som et uttrykk for deres samstemthet – de er i en felles opplevelsesverden. Samtidig stemmer det med fysioterapeutens tolkning av Eva om at hun har lett for å innta andres perspektiv.

I tillegg til dette nære samarbeidet er samhandlingen mellom de to også preget av humor og varme. Det er mye latter og flere ganger har observatørene måttet stoppe filmen og spole tilbake for å undersøke nærmere hva de to ler av fordi de ler av noe kroppslig de opplever sammen fra hvert sitt perspektiv. Da er det ikke så åpenbart for observatørene hva de ler av ved første øyekast. Slike øyeblikk viser at de oppslukt av det de holder på med sammen, og den spontane, samtidige latteren er et uttrykk for deres samstemthet og felles fokus. I samobservasjon med veileder var det enighet om at noe som kjennetegner samhandlingen er en ledig og positiv tone. Dette ble et tema etter fire minutter observasjon av video-opptaket. Det er i tråd med Bråtens forklaring av at uttrykk for følelsesmessig samstemthet er umiddelbar – den er ikke formidlet ved forestillinger, den er naturlig, nesten naturgitt [11]. I intervjuet med fysioterapeuten spurte jeg henne om hvordan hun opplevde samhandlingen med Eva. Fysioterapeuten svarte at hun opplevde at hun og Eva hadde det fint sammen, at det



var god flyt og få misforståelser. Hun fortalte at hun ikke synes det var noen steder der hun tenkte at kontakten glapp, hun opplevde at de hadde god kontakt hele tiden. Det nære samarbeidet mellom fysioterapeuten og Eva har etter min tolkning likheter med spedbarnsforskningens beskrivelser av protodialog, den dialogliknende dansen mellom mor og barn før barnet har utviklet språk [13]. Kommunikasjonen mellom Eva og fysioterapeuten fremstår som en koordinert dans der de to samordner og samstemmer sine uttrykk. Samhandlingen er preget av følelsesmessig samstemthet og innlevelse i Evas væremåte. Den smidige turtakingen og deltakerstrukturen har likheter med Trevartherns beskrivelse av «precisely timed turntaking», som han utviklet ut fra sine observasjonsstudier av samspillet mellom mor og barn [25-27]. Som nevnt i teoridelen har Trevarthen referert til dette som primær intersubjektivitet. Primær intersubjektivitet refererer til selvet forbundet med en annen via annensentrert deltakelse.

4.4.5 Fysioterapeutens tilpasninger fremmer hensiktsmessig samspill

Når vi forstår mennesket som sosialt og vendt mot andre fra første stund, blir utvikling av selvet og utvikling av relasjoner to sider av samme sak [13, 14]. Å være i kontakt, å bli forstått og føle tilhørighet er grunnleggende for menneskers helse. Derfor blir intersubjektive opplevelser så sentralt ; Det handler om opplevelsesfellesskapet mellom to ulike subjektive verdener [12-14]. I denne behandlingstimen ser vi flere tegn på intersubjektivitet: gjennom deltakerstruktur og turtaking, i kroppslig koordinering, blikk-kontakt, deltakende bevegelser, latter, samspillet mellom grep og passive bevegelser, samspillet mellom aktive og passive bevegelser og i hvordan spørsmål og svar formidles gjennom ulike kommunikative nivå²⁰. I handlingssekvensene ser vi flere eksempler på hvordan fysioterapeuten legger til rette for intersubjektive opplevelser. Gjennom fysioterapeutens tilpasninger, gjennom hva hun bruker tid og oppmerksomhet på kan vi se hvordan hennes handlinger regulerer det intersubjektive feltet mellom de to. Gjennom fysioterapeutens spørsmål, verbale og nonverbale, får Eva plass til sine opplevelser, reaksjoner og handlinger. Fysioterapeuten har oppmerksomheten vedvarende rettet mot Eva, og Eva får hjelp av fysioterapeuten til å gradvis forsterke

²⁰ Et spørsmål kan stilles verbalt, og svares på med en bevegelse eller ved å slippe til bevegelse. Omvendt er det også eksempler på at et grep henstilles som et spørsmål, og Eva svarer med ord.



sine uttrykk og slippe noen av bremsene på seg selv – hun inviteres til å utfolde seg. På den måten kan Eva bli mer tydelig for seg selv. Fysioterapeutens væremåte i denne situasjonen fremstår som viktig for at samspillet skal fungere som utviklingsstøtte. Det som kjennetegner fysioterapeuten i denne situasjonen er etter min tolkning at hun fremstår som tydelig og direkte, og samtidig varm og ivaretagende på en måte som er avgrensende. Med det mener jeg at fysioterapeuten fremstår ivaretagende fordi hun er veldig var for pasienten. En kan observere at fysioterapeuten tilpasser grepene sine, at hun har en varhet i måten hun bruker hendene på. I tillegg til det løfter hun ofte frem Evas små reaksjoner. Et bestemt uttrykk eller holdt pust er eksempler på reaksjoner som fysioterapeuten observerer og retter oppmerksomheten sin mot, og hun ber Eva utdype hva som skjer. Når Eva selv tar initiativ til å fortelle om hva hun opplever, stopper fysioterapeuten det hun holder på med og lytter oppmerksomt. Hun flytter ved flere anledninger krakken sin, ruller den rundt benken og vender seg mot Eva, hviler hodet sitt i hendene og lytter. Jeg synes det er som om hun viser med hele seg at «Nå slipper jeg det jeg har i hendene for det du sier er så viktig at nå vil jeg følge skikkelig med». Når Eva har sagt sitt, gjenopptar fysioterapeuten det de holdt på med. Fysioterapeuten tilpasser altså sin væremåte for å legge til rette for at Eva skal kunne dele sine opplevelser og få en følelse av at hun er viktig. Fysioterapeuten gjør det samme når de arbeider kroppslig: Hun gjør et grep, eller setter i gang en bevegelse, og gir Eva tid til å kunne reagere på det som har skjedd før hun går videre. Det Eva opplever tillegges betydning ved at det tillegges tid og oppmerksomhet. I intervjuet med fysioterapeuten spør jeg henne om dette, og hun utdyper at det er et bevisst grep fordi hennes forståelse av Eva er at hun trenger hjelp til å bli mer tydelig for seg selv. Fysioterapeuten legger til at dersom hun hadde å gjøre med en manisk pasient ville hun tilpasset sin væremåte slik at hun var mer dirigerende. Fysioterapeutens tilpasninger kan derfor forstås som en bevisst intervensjon som fremmer hensiktsmessig samspill, tilpasset den aktuelle pasientens behov. Når jeg sier at jeg opplever fysioterapeuten som varm og ivaretagende og samtidig *avgrensende*, mener jeg at omsorgen uttrykkes på en måte som tydeliggjør forskjellen på mitt og ditt, og som oppfordrer til å ta ansvar for egne reaksjoner. Fysioterapeuten trøster ikke Eva. Hun retter ikke fokus mot Evas



vonde følelser eller bruker tid på å utbrodere eller dvele ved dem. Hun toner seg heller ikke for mye inn til Evas følelsesuttrykk. Min tolkning er at fysioterapeuten tilpasser seg Evas følelsesuttrykk ved å endre stemme og kroppsspråk slik at det ligger tettere opp til Eva sitt, men hun legger stemmen sin og tempoet sitt en tone høyere enn Eva. Slik opplever jeg at fysioterapeuten viser empatisk innlevelse gjennom å speile Evas indre tilstand, uten å speile den nøyaktig. Dermed viser hun tydelig forskjellen på ditt og mitt. Utvikling av intersubjektivitet forutsetter både opplevelse av atskilthet og avgrensning, slik at samhørighet og deling skjer ut fra subjektive posisjoner [14]. Gjennom slik affektinntoning kan Eva eie sine egne følelser og oppdage sin subjektivitet atskilt fra andre, og derfor kan det anses som utviklingsstøtte i Fornemmelsen av et subjektivt selv [13]. Fysioterapeuten toner seg inn, men markerer annerledeshet ved å ikke la seg overvelde av de nedstemte følelsene og heller forholde seg mer lekent til dem. Kanskje bidrar også det til at tonen i behandlingstimen holdes ledig. Jeg kan tenke meg at om fysioterapeuten hadde dvelt ved Evas nedstemte følelser så kunne tonen i timen blitt en annen, mye tyngre. Fysioterapeuten forholder seg til Evas følelser på en måte som kan anses som en modulering av følelsesuttrykket: Hun hjelper Eva fra en følelsestilstand til en annen. Jeg tror et annet kjennetegn som bidrar til opplevelsen av avgrensning er at fysioterapeuten aldri handler som om det er hennes ansvar å løse Evas problemer, hun normaliserer Evas følelser og reaksjoner og tydeliggjør hvilke handlingsmuligheter Eva har. Jeg opplever det som en type omsorg som ikke er sentimental eller invaderende, men en ivaretagelse med respekt for egne og Evas grenser- en måte å engasjere seg på uten å gå helt opp i den andre —de er to forskjellige, avgrensede personer.

Jeg opplever som nevnt fysioterapeuten som veldig tydelig i sin væremåte, og det mener jeg kommer frem i hvordan hun leder timen, i utsagnene hennes og i hva hun velger å reagere på, altså *når* hun velger å bryte inn. Et eksempel er den innledende samtalen: De to gangene fysioterapeuten bryter inn og tar ordet, er temaene Evas følelser, reaksjoner og handlingsmuligheter. Det handler om hvordan Eva har reagert og om hvordan hun kunne reagert for å bryte sine vanemønstre. Slik viser fysioterapeuten hva hun anser som viktig gjennom *når* hun velger å bryte inn. Sekvenser av samtalen hvor fysioterapeuten ikke bryter aktivt inn kjennetegnes av at samtaletemaene ikke dreier



seg om Evas emosjoner, reaksjoner og handlingsmuligheter. Da sitter fysioterapeuten tilbakelent og lytter. Jeg tror fysioterapeutens tydelighet legger til rette for at Eva skal kunne reagere: Det er lettere å få grep om egne reaksjoner når det er noe å reagere på, og når det gjøres plass til reaksjonen. Gjennom å oppleve egne reaksjoner får Eva hjelp til selvforståelse og kan da bli mer tydelig for seg selv. Fysioterapeutens væremåte kan altså etter min forståelse anses som en væremåte som fremmer (selv)utviklingsstøttende samspill.

Gjennom behandlingstimen tar Eva initiativ til å fortelle om opplevelser som er relevante til temaene de jobber med. Når hun opplever kroppslige endringer i behandlingstimen forteller hun om det og trekker umiddelbart linjer fra det konkrete kroppslige til sitt sosiale liv. I samobservasjonen med veileder ble dette et tema: Vi har samme oppfatning av at dette nivået av refleksjon ikke er vanlig. Eva fremstår som spesielt reflektert. Mange pasienter ville ikke tatt initiativ selv til å løfte konkrete kroppslige opplevelser opp til et slikt symbolsk, eksistensielt nivå. Eva tar initiativ og viser interesse og engasjement for prosjektet hun har med fysioterapeuten. Et annet eksempel på koordineringen mellom de to er at det kan se ut som at både terapeut og pasient på en usagt måte vet når den første (samtale)delen av timen over. Det kan ikke observeres at noen av dem aktivt avbryter eller stopper den sekvensen, men de koordinerer seg sammen og runder av samtalen.

Det at fysioterapeuten er godt innstilt til Evas uttrykk for sine indre opplevelser kan bidra til en opplevelse av sammenheng og kontinuitet mellom Evas indre opplevelser og den ytre verden, og på den måten kan Eva få opplevelser med å eie egne erfaringer. En tilgjengelig selvregulerende annen kan gi en økt opplevelse av sammenheng, mestring og kontroll [13]. I et mer erfaringsnært språk: Gjennom samspillet med fysioterapeuten kan Eva gi seg selv mer tyngde. Nye erfaringer av seg selv sammen med andre kan internaliseres som RIGer, og dermed endre hvordan Eva forholder seg til seg selv og andre også, i andre situasjoner i livet. Samspillet i timen kan derfor anses som utviklingsstøtte slik det beskrives i Sterns teori om utviklingen av selvet i områdene for Fornemmelsen av et kjerneselv, Fornemmelsen av et subjektivt selv og Fornemmelsen

av et verbalt selv [13]. Samspillet er et tett, systematisk samarbeid rettet mot å fremme endring. Samspillet innebærer intersubjektive fenomener som felles oppmerksomhet, følelsesmessig samstemthet, affektiv inntoning og koordinering. Dette er fenomener som har vist seg å ha effekt for utvikling av selvet, både i barnets normalutvikling og i terapi [13].

I den initiale undersøkelsen spurte fysioterapeuten Eva om hun kunne beskrive hvordan hun kjenner slitenhet, tristhet, sinne, glede og frykt i kroppen. Eva hadde vansker for å beskrive disse følelsene, med unntak av frykt – hun kunne beskrive godt hvordan frykt kjennes i kroppen. Lav bevissthet og toleranse for følelser kan gi vansker med å gjenkjenne fysiologisk aktivering som følelser, og dermed vansker for å uttrykke følelser [43]. Bråten beskriver depresjon som en affektiv forstyrrelse hvor selvfølelsen svikter og en lammes av nedsatt stemningsleie [11]. Livsfølelsen slokner, den nedstemte trekker seg gjerne inn i seg selv og det innebærer følelsesmessige forstyrrelser i kontakten med andre [11]. I en mail til meg, presentert i sin helhet i vedlegg 2, skriver Eva:

...Fysioterapeuten har gjennom den psykomotoriske behandlingen styrket min forståelse av samspillet mellom kropp og psyke, at fysisk smerte kan handle om smertefulle inntrykk.

Jeg ble, via behandlingene, utfordret til å få bedre kontakt med mine følelser, som særlig i starten var angstprovoserende. Jeg ble i stand til å lytte til og i høyere grad kunne tolke kroppens signaler, er blitt bedre til å omsette tanker og følelser til hensiktsmessige handlinger. Jeg øver meg stadig!

Jeg er nå mer bevisst mine grenser og muligheter, og er i stand til å utøve sunn selvhevdelse, som ellers har vært veldig vanskelig for meg.

Jeg bruker mine erfaringer/innsikten fra behandlingen hver eneste dag, og har aldri hatt det så godt som jeg har det nå, hvor jeg lever et godt liv, uten muskulære spenninger og med overskudd til både en fulltidsjobb, og en fritid sammen med min mann, familie, venner...

5 Avslutning

Med utgangspunkt i dette video-opptaket kan vi se flere eksempler på hvordan det som skjer i en behandlingstime psykomotorisk fysioterapi kan bidra til å fremme endringer i pasientens selvopplevelse. Når vi forstår kroppen som Evas utgangspunkt for å være i verden kan vi se



hvordan livet hennes påvirker henne kroppslig. Vi kan se Evas vanemessige reaksjoner og handlinger som et uttrykk for hennes sosiale liv, og dette gjenspeiler seg i hennes kropp.

Forståelsen av Eva, og samspillet i behandlingstimen, bygges opp gjennom psykomotorisk fysioterapi. Gjennom å forstå handlinger som er typisk for psykomotorisk fysioterapi som intersubjektive mikroprosesser kan vi forstå hvordan de nye intersubjektive erfaringene her og nå, i det terapeutiske møtet, kan bidra til å endre tidligere relasjonelle mønstre og gjennom det kan Eva få nye opplevelser av seg selv. Tid og mulighet til at Evas følelser kan uttrykkes og komme frem gjennom intersubjektiv deling kan støtte utvikling i retning av autentisitet og sammenheng i subjektiv opplevelse. Intersubjektivitet gir en forståelsesramme for hvordan subjektiv erfaring og opplevelse av gjensidighet og utveksling ses som avgjørende for selv- og relasjonell-utvikling. Utviklingen skjer i en delt handlings- og meningsverden, bygget opp i fellesskap ved bruk av psykomotorisk fysioterapi. Kjennetegn i kommunikasjonen, i samspillet, i hvordan Eva forstås av fysioterapeuten og hvordan de to sammen bygger opp sitt felles forståelsesgrunnlag anses som avgjørende faktorer. Noen av selvets former eksisterer før selvbevissthet og språk, hvilket innebærer at mange selvfunksjoner er før-språklige, på et kroppslig nivå [11, 13, 14]. Denne nærstudien viser at samhandling slik det foregår i psykomotorisk fysioterapi kan gi muligheter til å støtte utvikling av slike selvfunksjoner. Forskningen presentert innledningsvis i denne studien gir som nevnt samlet et bilde av at effekter av psykomotorisk fysioterapi kan være økt sammenheng mellom kontakt med egen kropp og økt bevissthet rundt seg selv som person, forstått her som endringer i selvet. Denne studien gir et innblikk i hva det er i samhandlingen som kan gi resultater som dette. Ved å se samhandlingen i lys av kunnskap om utvikling og kommunikasjon i et livsløpsperspektiv ser vi eksempler på hvordan psykomotorisk fysioterapi kan føre til endringer i selvet.

6.0 KILDER

1. Gretland, A., *Kroppens spor: en utfordring i psykiatrien. Rapport prosjekt fysioterapi i psykiatrien.* . 1999: Tromsø.
2. Kristensen, G.B.E., *Psykomotorisk fysioterapi i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner.* 2013, Universitetet i Tromsø: Tromsø.
3. Hartviksen, I., *Intervu med ferdigbehandlet pasient hos psykiater, in Dialog og refleksjon. Festskrift til professor Tom Andersen på hans 60-års dag.* 1996, Universitetet i Tromsø.
4. Sviland, R., M. Råheim, and K. Martinsen, *Touched in sensation- moved by respiration. Embodied narrative identity- a treatment process.* Scandinavian journal of caring sciences, 2012. **26**: p. 811-900.
5. Sviland, R., K. Martinsen, and M. Råheim, *To be held and to hold ones own. Narratives of embodied transformation in the treatment of longlasting musculoskeletal problems.* Medical Health care and Philosophy, 2014. **4**: p. 609-624.
6. Gretland, A., *Psykomotorisk fysioterapi som støttende behandling- et eksempel.* 2009, Høgskolen i Oslo: Oslo.
7. Ekerholt, K., et al., *Body awareness - a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent reciprocal therapies.* Physiotherapy theory and Practice 2014. **30**(5): p. 312-318.
8. Øien, A.M., M. Råheim, and S. Steihaug, *Self-perception as embodied knowledge- changing processes for patients with chronic pain.* Advances in Physiotherapy, 2009. **9**: p. 31-39.
9. Gretland, A., *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid.* 2007, Bergen: Vigmostad & Bjørke A.
10. Gretland, A., *Psykomotorisk fysioterapi. Med kroppen som innfallsport til personen, in Kroppen i psykoterapi, A.K. Bergem, Editor.* 2016, Gyldendal Norsk Forlag As: Oslo.
11. Bråten, S., *Kommunikasjon og samspill -fra fødsel til alderdom.* 2004, Oslo: Universitetsforlaget.
12. Hansen, B.R., *I dialog med barnet. Intersubjektivitet i utvikling og psykoterapi.* 2012, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
13. Stern, D., *Spedbarnets interpersonlige verden.* 2003, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
14. Stern, D., *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv.* 2004, Oslo: Abstrakt forlag.
15. Bråten, S., *Når den som snakker nøler- hva gjør lytteren? Setningsutfylling og altersentrisk deltaking.* Sosiologi i dag, 2012. **42**(1): p. 57-79.
16. Stern, D., *Applying developmental and neuroscience findings on other-centered participation to the process of change in psychotherapy, in On Being Moved: From Mirror Neurons to Empathy, B. S, Editor.* 2007, NLD: John Benjamins Publishing Company: Amsterdam.
17. Thornquist, E. and B.H. Bunkan, *Hva er psykomotorisk behandling?* 1995, Oslo: Universitetsforlaget.
18. Bunkan, B.H., *Fra Wilhelm Reich til Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen-tradisjonen i Norge. Utviklingen fra interessegruppe til akademisk utdanning i årene 1956-2006.* 2014.
19. Killingmo, B., *Conflict and deficit: implications for technique.* The International Journal og Psycho-Analysis, 1989. **70**: p. 65.
20. Zeiner, H.K., *Intersubjektiv samhandling og gylnø øyeblikk i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi.* 2013, Universitetet i Tromsø: Tromsø.



21. H. Busvold, K.I., *Den kliniske fortellingen som utgangspunkt for helsefremmende dialog - en kvalitativ studie av pasienters erfaring med fortelling og samtale i psykomotorisk fysioterapi*. 2013, Universitetet i Oslo.
22. Bordieu, P., *Meditasjoner*. 1999, Valdres: Pax Forlag.
23. Thornquist, E., *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. 2018, Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
24. *Ehåndboken*. 24.01.20]; Available from: <https://ehandboken.ous-kf.no/document/2596/fields/23>.
25. Trevarthen, C., *Conversations with a two-month-old*. New Scientist, 1974. **2**: p. 230-235.
26. Trevarthen, C., *An infants motive for speaking and thinking in the culture*. The dialogical alternative. 1992, Oslo: Universitetsforlaget.
27. Trevarthen, C., *The Concept and Foundation of Infant Intersubjectivity*, in *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny*, Bråten, Editor. 1998, Cambridge University Press: Cambridge. p. 15-46.
28. Trevarthen, C. and P. Hubley, *Secondary Intersubjectivity*, in *Action, Gesture, and Symbol*, Lock, Editor. 1979, Academic Press: London. p. 183-229.
29. Husserl, E., *Ideas pertaining to pure phenomenology and to a phenomenological philosophy. Studies in the phenomenology of constitution*. 1989, Dordrecht: Kluwer: Academic publications.
30. Merleau-ponty, M., *Phenomenology of perception*. 2012, New York Routledge.
31. Zahavi, D., *Applied phenomenology: why it is safe to ignore the epochè*. Continental Philosophy Review, 2019: p. 1-15.
32. Øvreberg, G. and T. Andersen, *Psykomotorisk fysioterapi. Et kildeskift fra Aaden Bülow-Hansens praksis* 1986: Eget forlag/fagtrykk Trondheim.
33. Thagaard, T., *Systemtaikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder*. 2018, Bergen: Fagbokforlaget.
34. Fangen, K., *Deltagende observasjon*. 2004, Bergen: Vigmostad & Bjørke.
35. Flyvbjerg, B., *Five Misunderstandings About Case-study Research*. Qualitative Inquiry, 2006. **12**(2): p. 219-245.
36. Bunkan, B.H., et al., *Psykomotorisk behandling*. 1995, Oslo: Kopinor Pensum AS.
37. Jordan, B. and A. Henderson, *Interaction Analysis: Foundations and Practice*. The Journal of the Learning Sciences, 1995. **4** (1): p. 39-103.
38. Bitsch, A., *The micro-politics of emotions in legal space: an autoethnography about sexual violence and displacement in Norway*. Gender, Place & Culture. A journal of Feminist Geography., 2018. **25**(10): p. 1514-1532.
39. Stern, D., *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. 2004, Oslo: Abstrakt Forlag.
40. Braatøy, T., *De nervøse sinn. Medisinsk psykologi og psykoterapi*. 1947, Danmark: Aalborg stiftsbogtrykkeri.
41. Haugvik, M. and U.T. Johns, *A Qualitative Study of Time-limited Psychotherapy with Children Experiencing Difficult Family Situations*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2008. **13**(235-252).
42. Thornquist, E., *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2009, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As.
43. T.Monsen, J. and O.A. Solbakken, *Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 2013. **50**(8): p. 740-751.



Vedlegg 1 NSD sin vurdering

Prosjekttittel

En utforskende studie av samhandling i Psykomotorisk fysioterapi

Referansenummer

252260

Registrert

14.06.2019 av Mari Sørheim Norrøne - mno088@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Gretland, anne.gretland@uit.no, tlf: 90031463

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Mari Norrøne, mari.norrone@gmail.com, tlf: 98131006

Prosjektperiode

01.07.2019 - 01.06.2020

Status

16.07.2019 - Vurdert

Vurdering (2)

16.07.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 01.07.2019

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.07.2019. Behandlingen kan fortsette.



OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen

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

25.06.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 25.06.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.06.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.



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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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



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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Kajsa Amundsen

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



Vedlegg 2 Utdrag av personlig mailkorrespondanse mellom meg og Eva.

Eva og jeg har hatt kontakt på mail angående utvidet samtykke for bruk av video-opptaket i forbindelse med undervisning, og skrev i den forbindelse av jeg bare måtte ta kontakt om det var noe mer hun kunne hjelpe til med. Jeg benyttet den muligheten og sendte henne følgende spørsmål 22 januar 2020:

- *Hvordan har du endret deg etter å ha gått i behandling (hva har blitt annerledes for deg/ hvordan har behandlingen hos Terapeuten hjulpet deg)?*
- *Hva har vært viktig for deg i behandlingen?*
- *Hvordan har samarbeidet med Terapeuten vært for deg?*

I det følgende legger jeg ved et brev Eva sendte meg 23 januar 2020. Språket i brevet er endret for å ivareta personvern.

Hei Mari

Takk for din mail.

Jeg er glad for at du kan bruke min deltakelse og video-opptaket.

Jeg vil meget gjerne svare på dine spørsmål.

Min innleggelse på Psykiatrisk Sykehus og særlig mitt møte med, og behandlingene hos, Terapeuten har betydd utrolig mye for meg.

Behandlingene har forandret mitt liv!!!

Nå kan jeg merke at jeg gjennom flere år, kanskje i det meste av mitt liv, ikke har forstått/anerkjent de signalene kroppen min har sendt meg. Jeg har nå fått innblikk i at 'Smertefulle inntrykk... var blitt omformet til kroppslige uttrykk'



(Tidsskriftet Michael; utgave nr 6/2012 John-Tore Eid; Levd kropp - en analyse av Anna Louise Kirkengens tenkning)

Fysioterapeuten har gjennom den psykomotoriske behandlingen styrket min forståelse av samspillet mellom kropp og psyke, at fysisk smerte kan handle om smertefulle inntrykk.

Jeg ble, via behandlingene, utfordret til å få bedre kontakt med følelsene mine, som særlig i starten var angstprovoserende. Jeg er ble i stand til å lytte til og i høyere grad kunne tolke kroppens signaler, er blitt bedre til å omsette tanker og følelser til hensiktsmessige handlinger. Jeg øver meg stadig!

Jeg er nå mer bevisst mine grenser og muligheter, og er i stand til å utøve sunn selvhverdelse, som ellers har vært meget vanskelig for meg.

Jeg bruker mine erfaringer/innsikten fra behandlingen hver eneste dag, og har aldri hatt det så godt som jeg har det nå, hvor jeg lever et godt liv, uten muskulære spenninger og med overskudd til både en fulltidsjobb, og en fritid sammen med min mann, familie, venner.

Nettopp Terapeuten har vært viktig!

Det har vært viktig for meg at Terapeuten er faglig meget dyktig, profesjonell, empatisk, omsorgsfull og ærlig.

Min opplevelse er at hun er i stand til å utfordre meg i tanke- og handlemønstre, som for meg har betydd at jeg ble nødt til å komme i kontakt med mine følelser og ikke minst å gi uttrykk for dem, hvilket var meget vanskelig for meg innen behandlingene hos Terapeuten.

Det har også vært viktig for meg at Terapeuten arbeider metodisk, at hun er omhyggelig, at hun gjennom den enkelte behandlingstime orienterer om hva hun vil gjøre, hva hun observerer av reaksjoner og hva de kan bety.

Terapeuten er i stand til at skape en god stemning, hun er i stand å være personlig men ikke privat. En egenskap som er med på å skape tillit og som, for meg, er meget avgjørende for et godt samarbeid.



Hun er i stand til at avstemme den enkelte behandling i forhold til hva hun vurderer pasienten har bruk for akkurat den dagen. Hun inndrar alltid pasienten i sine overveielser slik at behandlingen ikke overskrider pasientens grenser.

Sist men ikke minst, at hun har humor :)

Som du kan se har samarbeidet med Terapeuten vært alt avgjørende for min helbredelse, hun har gitt meg innsikt i at kroppen forstås som et senter for erfaring, kunnskap og hukommelse, og følelser kan uttrykkes, reguleres og hemmes kroppslig.

(Store medisinske leksikon, Elisabeth Møyner, OsloMet)

Behandlingene hos Terapeuten har for meg vært en kilde til liv, vekst og helbredelse, ikke minst pga. hennes sympatiske, empatiske og ærlige måte å arbeide på.

Hvis du har spørsmål eller der er noe du gjerne vil ha utdypet må du endelig kontakte meg.

Jeg ønsker deg hell og lykke i din utdannelse og god arbeidslyst.

Mange hilsener

Eva