



**Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer og
refleksjoner om respirasjon**

Øyvind Sørensen

**Mastergradsoppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og
psykosomatisk fysioterapi**

Institutt for helse- og omsorgsfag,

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Oktober 2016

Sammendrag

Muskel- og skjelettplager er den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd i samfunnet, og er noe mange vil rammes av i løpet av livet. Fysioterapeuter arbeider med muskel- og skjelettplager, og bakgrunnen for denne studien har vært et ønske om å forstå mer om sammenhengene mellom muskel- og skjelettplager, spenninger og respirasjon. Hensikten med denne studien er å utvikle kunnskapen innen psykomotorisk fysioterapi med fokus på respirasjon, og problemstillingen: ”Hvilke erfaringer og refleksjoner har psykomotoriske fysioterapeuter om respirasjon?”

Det ble benyttet kvalitativ metode, og informasjonen ble skaffet ved dybdeintervju av tre informanter som arbeidet som psykomotoriske fysioterapeuter. Det ble tatt lydopptak av intervjuene som senere ble transkribert, for så å bli analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Analysen av intervjuene førte frem til tre hovedtema. ”Respirasjon som uttrykk for noe”, ”Pasientenes bevissthet rundt respirasjon” og ”Respirasjon i behandlingen”.

Resultatene ble diskutert opp i mot kroppsfenomenologisk teori, psykomotorisk teori og fysiologisk og anatomisk teori.

Funnene i studien viser at pasientenes respirasjon er viktig i informantenes undersøkelse og behandling, og at de ser en sammenheng mellom smerter, respirasjon og spenninger. Og at det er mye kunnskap, men også mye misforståelser om respirasjon blant pasienter, og at ingen av informantene instruerer pusten ved individuell behandling.

Abstract

Musculoskeletal disorders are the most common cause of sick leave and disability benefits in the society. And something that will affect many during life. Physical therapists are working with the management of musculoskeletal disorders, and the purpose with this study is to gain more knowledge of the relation between musculoskeletal disorders, tension and respiration.

This master thesis is a qualitative study based on a phenomenological and hermeneutic tradition. The empirical material is based on the qualitative research interview. Three interviews have been conducted, and all the interviews were recorded and later transcribed. The interview subjects were all trained in psychomotor physiotherapy and had broad experience from working with patients.

The analysis was conducted with systematic text condensation as analysing method. The theoretical framework is based on Norwegian psychomotor physiotherapy, and phenomenology of the body.

The main findings of this study suggests that patient's respiration is important in the therapist's examination and treatment. In addition, the findings show that the participants in the study acknowledge the relationship between pain, respiration and tension.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	<i>Studiens bakgrunn</i>	1
1.2	<i>Avklaring av sentrale begrep i oppgaven</i>	3
1.2.1	Psykomotorisk fysioterapi	3
1.2.2	Respirasjon	3
1.2.3	Muskel og skjelettlidelser	3
1.3	<i>Annen litteratur og forskning på området</i>	4
1.4	<i>Hvorfor denne studien</i>	7
1.5	<i>Problemstilling</i>	7
2	TEORETISK PERSPEKTIV	8
2.1	<i>Norsk psykomotorisk fysioterapi</i>	8
2.1.1	Trygve Braatøy	11
2.1.2	Aadel Bülow-Hansen	13
2.2	<i>Fenomenologi</i>	14
2.2.1	Kroppsfenomenologi	14
2.3	<i>Respirasjonen</i>	15
2.3.1	Muskulatur	17
2.3.2	Diafragmamodellen	18
2.3.3	Nervesystemet	19
3	METODE	21
3.1	<i>Den kvalitative metode</i>	21
3.2	<i>Valg av dybdeintervju som metode</i>	22
3.3	<i>Utvalgskriterier og utvalg</i>	25
3.4	<i>Datainnsamlingen</i>	26
3.5	<i>Transkripsjon og analytisk prosess</i>	27
3.6	<i>Diskusjon av metode</i>	29
3.6.1	Rekrutteringen	29
3.6.2	Valg av metode	30
3.6.3	Intervjuene	30
3.6.4	Transkribering og analyse	31
3.7	<i>Etikk</i>	32

4	Resultater	33
4.1	<i>Presentasjon av informantene</i>	33
4.2	<i>Presentasjon av resultatene</i>	34
4.3	<i>Respirasjon som uttrykk for noe</i>	34
4.3.1	Smerte	34
4.3.1	Følelser	36
4.3.2	Ta plass	37
4.4	<i>Pasientenes bevissthet rundt respirasjon</i>	38
4.4.1	Noen vet mye	39
4.4.2	Andre vet lite	40
4.4.3	Innlært pustemønster/styrt respirasjon	40
4.5	<i>Respirasjonen i behandling</i>	41
4.5.1	Indirekte påvirkning	41
4.5.2	Direkte påvirkning	42
5	Diskusjon	43
5.1	<i>Smerter, følelser, pust og spenninger, angst, frykt</i>	43
5.2	<i>Bevissthet om respirasjon</i>	47
5.3	<i>Bevisstgjøring og påvirkning</i>	50
6	Avslutning	52
6.1	<i>Sammendrag av studien</i>	52
6.2	<i>Sammendrag av resultater og diskusjon</i>	52
6.3	<i>Videre forskning</i>	54

Referanser

Vedlegg

1 INNLEDNING

1.1 Studiens bakgrunn

I denne studien ønsker jeg å øke kunnskapen om psykomotorisk fysioterapi, ved å rette blikket mot en del av fagfeltet. Selv jobber jeg som privatpraktiserende fysioterapeut med driftsavtale i en liten norsk kommune. Jeg får pasienter henvist fra fastleger, kiropraktorer, somatiske sykehus, og etterhvert også psykiatriske avdelinger på sykehus. Allerede før jeg startet på grunnutdanningen i fysioterapi var jeg opptatt av muskel og skjelettplager. I følge folkehelse rapporten for 2014, kan man lese at de fleste vil få muskel og skjelettplager i løpet av livet, og at muskel og skjelettplager er den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd i samfunnet (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2014). Det er mange plager som faller inn under sekkebetegnelsen muskel- og skjelettplager, og i denne rapporten er det alt fra svangerskapsrelaterte plager, til brudd hos eldre forårsaket av osteoporose. Men også tilstander som fibromyalgi og revmatisme kommer inn under betegnelsen, samt smerter lokalisert til rygg og nakke. Rygg- og nakkeplager i befolkningen er, ifølge rapporten, så vanlige at de fleste vil stifte bekjentskap med disse plagene enten ved at de opplever det på egen kropp, eller ved at noen de kjenner eller er i familie med rammes.

Masterstudiet i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi har gradvis gitt meg en annen forståelse av muskel- og skjelettplager. Både undervisningen på studiet, og egenbehandling i psykomotorisk fysioterapi har bidratt til dette. I tillegg har jeg fått litt mer erfaring i å behandle pasienter med langvarige og utbredte smerteplager, og mer sammensatte årsaksfaktorer til plagene sine. Grunnet videreutdanningen får jeg i større grad henvist pasienter som presenterer sammensatte plager som depressive symptomer, angst, tretthet, dårlig søvnkvalitet og lav livskvalitet, og som har hatt sine plager lenge. Noe som også har blitt vist i en studie (Breitve, Hynninen, & Kvåle, 2008). Disse plagene kommer ofte i tillegg til muskel- og skjelettplagene og funksjonsnedsettelsen grunnet plagene. Disse mer sammensatt plagene krever ofte mye oppmerksomhet fra de som rammes, selv om de i mange tilfeller kan være vanskelig for helsevesenet å forklare. (Eriksen, Kirkengen, & Vetlesen, 2012). Samlet sett har både økt kunnskap og erfaring medført at jeg har endret kroppssyn, slik at jeg nå i større grad ser på og erfarer den som et senter for erfaring og et uttrykk for mening. Og følgelig også fått mer innsikt i hvordan muskel og skjelettplager i mange tilfeller kan ha mer sammensatt årsaksfaktorer.

Som student i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi lærer en at det er en sammenheng mellom muskulaturens spenningsgrad og respirasjonens funksjon, (Andersen & Øvreberg, 2002). Noe av det sentrale i PMF er også sammenhengen mellom respirasjon og følelser, og at enhver muskelspenning er en respirasjonsbremse (Thornquist & Bunkan, Hva er psykomotorisk behandling?, 1995 [1986]). Og videre:

Det som først og fremst kjennetegner den psykomotoriske undersøkelsen og som skiller den fra såkalt tradisjonell fysioterapi, er vekten vi tillegger respirasjonen. Denne vurderes meget grundig som en integrert del av samtlige undersøkelser (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 37).

”Innbyggerne i Homs i Syria puster litt lettere! Våpenstillstanden holder foreløpig!” Slik ble halvni-nyhetene innledet en mandag morgen i 2016. Jeg tror det holdt å høre den første setningen for å forstå at dette var gode nyheter. ”Å puste lettere”, er sammen med uttrykk som ”å trekke et lettelsens sukk”, to eksempler på uttrykk som omhandler respirasjonen som inngår i vårt daglige språk. Metaforer som vi bruker uten at vi reflekterer så mye over det, men som er internalisert i språket, og som vi bruker for å uttrykke at en fare er over, og at man kan slappe av (om så bare for en stund om ikke annet).

Dette er også eksempler på noe som kan virke som språklige metaforer om man har ett dualistisk syn på mennesket, men om man har ett kroppsfenomenologisk syn, er det også en god beskrivelse av at pusten forteller oss noe om hvordan vi har det.

En kan vanskelig vite i hvilken grad nyhetsoppleseren på radio hadde reflektert over om innbyggerne i Homs hadde gått med holdt pust i lengre tid, eller om det heller kun var ett uttrykk for henne på linje med andre munnhell som for eksempel ”ugler i mosen” og ”krokodilletårer”. Men uansett viser den utbredte bruken av disse begrepene i det daglige, at det i lang tid må ha eksistert oppfatninger om at respirasjonen er ett uttrykk for hvordan man har det.

Bakgrunnen for denne studien er å utvikle kunnskapen om sammenhengen mellom muskel- og skjelettsmerter, psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi og respirasjon.

1.2 Avklaring av sentrale begrep i oppgaven

1.2.1 Psykomotorisk fysioterapi

Når jeg bruker begrepet psykomotorisk fysioterapi, PMF og/eller psykomotoriker så er det retningen Norsk Psykomotorisk Fysioterapi det refereres til. Begrepet psykomotorisk brukes også i andre land, og av andre yrkesgrupper enn fysioterapeuter (Bunkan, 2014, s. 176). Men det som det refereres til i denne oppgaven er den tradisjonen som er utviklet gjennom samarbeid mellom Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 13). Av det følger det også at det når det refereres til psykomotorikere, så er det fysioterapeuter utdannet i denne tradisjonen det refereres til.

1.2.2 Respirasjon

I oppgaven brukes begrepene respirasjon, pust og åndedrett om hverandre, når det menes det samme, uten at det foreligger noen spesielle grunner til dette, utover variasjon. *”Med respirasjon menes her den bevegelsen av thorax og abdomen (belgen) som skjer under åndedragene”* (Bunkan, 2010, s. 99). Som er den prosessen som foregår når luft transporteres frem og tilbake mellom atmosfæren og lungealveolene. (Sand, Sjaastad, & Haug, 2001, s. 378). Og av dette følger det at inspirasjon og innpust er prosessen der luft transporteres inn til lungene, og ekspirasjon og utpust er prosessen fra lungene og ut til atmosfæren.

1.2.3 Muskel og skjelettlidelser

Jeg har tatt utgangspunkt i helsedirektoratets veileder for organisering og drift av smerteklinikker, for definisjon av begrepet her. Begrepene muskel- og skjelettlidelser og muskel- og skjelettsmerter brukes litt om hverandre, men en kan se for seg at det er plager der smerter er en fremtredende del av sykdomsbildet.

Noen smerter har en spesifikk årsak, men i hovedtrekk er årsaken ukjent, men antagelig sammensatt.

de fleste tilfeller av muskel- og skjelettlidelser finner man imidlertid ingen sikre fysiologiske eller morfologiske endringer som fullt ut kan forklare smertene. Dette gjelder f. eks. ca. 90% av rygg- og nakkesmertene. Ved slike tilstander foreligger sjelden bare en årsak, men mange individuelle og komplekse årsakssammenhenger (Helsedirektoratet, 2015).

1.3 Annen litteratur og forskning på området

Det er skrevet en del om respirasjonens betydning innen psykomotorisk fysioterapi. Spesielt har Berit Heir Bunkan og Eline Thornquist gitt verdifulle skriftlige bidrag til den psykomotorisk fagtradisjonen. Og som det også heter i ett av kapitlene i boken de har skrevet sammen, så er «respirasjonen – kjernen i den psykomotoriske behandlingen» (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 25). Forfatterne vektlegger også at «*Den eneste formen for påpeking eller dirigering av pusten fra terapeutens side, skjer gjennom en oppfordring om å slippe til pusten, og gi etter...*» (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 32). Og Bunkan skriver om sammenhengen mellom pust og kroppsholdning (Bunkan, 2010). Denne sammenhengen skriver også Thornquist om (Thornquist, 2003).

Videre har Øvreberg og Andersen skrevet om respirasjon i sin manual (Andersen & Øvreberg, 2002). Og i boken om sentralnervesystemet av Per Brodal, forklares det hvordan respirasjonen styres av hjerne, og hva som kan påvirke dette (Brodal, 2013).

I klinisk vurdering av respirasjonen vil dessuten manualen om psykomotorisk behandling være av stor nytte (Bunkan, Bülow-Hansen, Hansson, Houge, & Hødal, 1995 [1968]).

At kropp og respirasjon er i et gjensidig forhold, gjør det også naturlig å trekke inn Maurice Merleau-Ponty, og hans kroppsfenomenologi, slik den er beskrevet av Thornquist som har gitt viktige bidrag til å forstå mennesket på en annen måte enn hva vi forstår ut fra Descartes menneskesyn, som lenge har vært enerådende innen den medisinske verden (Thornquist, 2012). Merleau-Ponty's bidrag til å forklare hvordan vi kroppslig erfarer verden, vil være viktig i denne oppgaven. (Merleau-Ponty, 1994), sammen med Trygve Braatøys bok "*De nervøse sinn*", som også skriver om sammenhengen mellom kropp, respirasjon og følelser, som var viktig for den tidlige PMF-tradisjonen (Braatøy, 1947).

Fagets grunnlegger Bülow-Hansen skrev ikke mye selv, men mange av hennes elever har skrevet ned og derved bevart hennes kunnskap i kursmanualer for ettertiden. Diagnosene som beskrives i noen av manualene kan være diagnoser som er lite brukt i dag, som for eksempel «yrkesnevrose». Men manualene er fortsatt like relevante nå, som de var tidligere.

PMF har også sitt utspring her i Norge, slik at det heller ikke finnes så mye utenlandsk litteratur å støtte seg på, slik en kan det innen andre retninger innen fysioterapien. Norsk psykomotorisk fysioterapi er også ett fag som i stor grad utviklet seg gjennom mester-svenn metoden, og med mindre skriftlig dokumentasjon.

Jeg har gjort noen litteratursøk via UiTøs biblioteknettside med søke ordene «respiration», «psychomotor», «physical» og «therapy» som ga meg 1441 treff, og «breathing», «psychomotor», «physical» og «therapy», Etter å ha silt ut de som ikke var relevante, basert på innholdet i abstractet satt jeg til slutt igjen med 4 artikler.

Den første treffet er en pasientkasuistikk fra 2005, som viser hvordan ett behandlingsforløp i PMF kan være. Og det gis ett innblikk i hvordan livshistorie og sykehistorie kan henge sammen, og hva som kjennetegner den psykomotoriske tilnærmingen til pasientbehandling, ved at hele kroppen undersøkes, fleksibilitet og omstillingsevne står sentralt og med respirasjonen i en særstilling. Pasientens reaksjon er en viktig informasjonskilde i seg selv, og pasientens opplevelser og erfaringer etterspørres gjennom hele kroppsundersøkelsen. Flere steder i artikkelen poengteres det at respirasjonen er viktig å vurdere sett fra terapeutens ståsted. Fordi pusten er med som en rettesnor gjennom hele behandlingsforløpet. Pasienten nevner pustebesvær i anamnesen, respirasjonen observeres ved funksjonsundersøkelser for å se om det kommer respirasjonssvar. Og videre i behandlingsforløpet brukes også pusten som en indikator, sammen med vurdering av hvordan pasienten står på føttene, fleksibilitet i kroppen og smerter. Respirasjonen settes også i sammenheng med følelser allerede i anamnesen der en ser pustebesvær og kontroll av pusten i sammenheng med kontroll av følelser. Og det skrives eksplisitt etter undersøkelsen at en ser etter *”hvordan hun puster ut fra pustens rolle i reguleringen av vårt følelsesliv”* (Thornquist, 2005).

En artikkel fra 2006 av samme forfatter ser på hvilken tilnærming en fysioterapeut med videreutdanning i manuellterapi har i anamneseopptak og undersøkelse, og hvordan en tilnærming en fysioterapeut med videreutdanning i PMF har. Her kommer det også frem hvilken betydning den psykomotoriske fysioterapeuten tillegger respirasjonen, ved at terapeuten både ser på samspillet mellom respirasjon, muskulatur, holdning og bevegelser gjennom hele kroppsundersøkelsen, og etterspør om pasienten kjenner på noe som er ubehagelig som for eksempel pustebevis (Thornquist, 2006).

I en artikkel fra 2008, har forfatterne ved hjelp av dybdeintervju intervjuet ti pasienter som har gått til PMF, om deres erfaringer og opplevelser knyttet til respirasjon i forbindelse med behandlingen, og er en studie som er med på å gi nyttig informasjon om respirasjon, sett fra pasientens ståsted. Informasjonen fra intervjuene ble fordelt på tre kategorier, der den første kategorien dreier seg om respirasjon som et fenomen som oppleves uforståelig for informantene. Og at behandlingen ga informantene mulighet til å forstå de somatiske plagene sine på en annen måte, med respirasjonen som utgangspunkt. Og den tredje kategorien dreide seg om at informantene fikk en økt følelse av mestring, ved at de f.eks. i større grad forsto hva deres hyperventilering kom som følge av (Ekerholt & Bergland, 2008).

Den siste artikkelen var en del av utviklingen av undersøkelsesmetoden Den Globale Kroppsundersøkelsen. Denne undersøkelsesmetoden består blant annet av 21 delundersøkelser som dreier seg om respirasjon. 132 testpersoner ble vurdert av to terapeuter, og artikkelforfatterne mener denne undersøkelsesmetoden egner seg godt til å skille mellom friske pasienter og pasienter med smerter eller psykoser, ved hjelp av tall. Artikkelen sier noe om at respirasjonen kan gi informasjon til undersøkeren, men ikke hva respirasjonen uttrykker (Friis, Kvåle, Opjordsmoen, & Bunkan, 2012).

Det er altså skrevet artikler som berører temaet, i større eller mindre grad, men med en litt annen innfallsvinkel enn hva jeg skal se nærmere på. Men alle var relevante på den måten at de tok for seg respirasjon og norsk psykomotorisk fysioterapi.

1.4 Hvorfor denne studien

Praksis er en sentral og avgjørende kilde til kunnskap i alle kliniske fag, men kan også være basert på ureflektert rutine og tradisjon og fungere passiviserende for både pasienter og terapeuter (Thornquist, 2012, s. 220).

Sett bort i fra min egen interesse for sammenhengen mellom respirasjon og muskel og skjelettsmerter, håper jeg en studie som tar for seg dette temaet, vil ha interesse for andre psykomotoriske fysioterapeuter, og at andre som også jobber med muskel og skjelettsmerter kan ha nytte av en studie som tar utgangspunkt i ett kroppssyn der kropp og respirasjon er senter for mening, og hva respirasjon kan være uttrykk for i møtet med pasienter. Jeg tror dette kan være en studie som kan være med å vise hvilken kunnskap praksisfeltet i psykomotorisk fysioterapi innehar, og hvordan det fungerer i møtet mellom pasienter og terapeuter.

1.5 Problemstilling

Problemstillingen har vært endret og omarbeidet mens jeg har arbeidet med stoffet. Jeg har gjennom hele arbeidsperioden med oppgaven arbeidet ut i fra problemstillingen: «Hvilke refleksjoner har fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, om respirasjonen i møtet med pasienter?» Det har gjennom hele studiet skjedd en utvikling hos meg, både som terapeut og som pasient, ved at jeg har fått mer erfaring i å behandle pasienter, og at jeg har gått til egenbehandling hos fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Dette har gitt meg innsikt i både terapeutrollen, og også i pasientrollen. Og det har også gitt meg anledning til å undre meg over hvordan jeg, og andre terapeuter formidler vår kunnskap om respirasjon til pasienter. Det kan noen ganger virke som en hårfin balansegang å skulle snakke om respirasjon, uten å bli for opptatt av respirasjonen. Vi skal forsøke å la pasientene slippe til respirasjonen, uten å kontrollere den. Den økte teoretiske kunnskapen jeg har fått, samt det praktiske arbeidet med oppgaven, har førte til at jeg har valgt å ikke tviholde på den opprinnelige formuleringen, da dette kan være en form for ”*misforstått lojalitet, som stenger for den innsikten som*

forskningsprosessen skal åpne for når vi bruker kvalitative metoder” (Malterud, 2011, s. 118). Og den endelige problemstillingen ble:

”Hvilke erfaringer og refleksjoner har psykomotoriske fysioterapeuter om respirasjon?”

2 TEORETISK PERSPEKTIV

2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi

Da denne oppgaven omhandler respirasjon og psykomotoriske fysioterapeuters tanker og refleksjoner rundt den, er det naturlig å trekke inn selve metoden psykomotorisk fysioterapi inn i det teoretiske grunnlaget. Norsk psykomotorisk fysioterapi er en fagtradisjon inne fysioterapien som ble utviklet i ett samarbeid mellom psykiateren Trygve Braatøy (1904-1953) og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (1906-2001). Perspektivet i psykomotorisk behandling er blant annet at levd liv setter kroppslige spor, sammenheng mellom respirasjonen og følelser, muskelspenninger og respirasjon samt at de forskjellige kroppsdeler står i et gjensidig forhold (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 25).

Trygve Braatøy var antagelig influert av tidsånden i Europa i perioden før krigen, der spesielt psykoanalysens far Sigmund Freud (1856-1939) var en mann som påvirket den tidens psykiatri, og der også flere av hans elever satte sitt preg på denne epoken innen psykiatrien. En av Freuds elever som også var en del av denne tidsånden var Wilhelm Reich (1897-1957), og som antagelig fikk betydningen i det norske miljøet av psykologer og psykiatere, da han oppholdt seg i Norge som flyktning i tiden før utbruddet av andre verdenskrig. Et viktig skille mellom Reich fra Freud, og som gjør ham interessant for norsk psykomotorisk fysioterapi, var at han i større grad trakk kroppen inn i psykoanalysen (Bunkan, 2014, s. 33).

Historien om PMF startet i 1947, og den startet som nevnt som ett samarbeid mellom Braatøy og Bülow-Hansen da de begge arbeidet på psykiatrisk avdeling på Ullevål sykehus. Braatøy var i tillegg til å være psykiater også en del av det intellektuelle miljøet i Norge i mellomkrigstiden sammen med kulturpersonligheter som Sigurd Hoel og Arnulf Øverland (Bunkan, 2014, s. 67).

Braatøy hadde ett humanistisk utgangspunkt for sitt medisinske virke, og han gikk i bresjen for å legge et helhetlig syn på forholdet mellom kroppen og det levde liv til grunn for forståelse og behandling av sykdom. Han var sterkt kritisk til en upersonlig, og byråkratisk medisin, og fremhevet at pasienter måtte behandles som individer, uansett hva slags plager, og sykdommer de søkte hjelp for (Braatøy 1952, Vollset et al. 2004) (Gretland, 2007, s. 34).

Bülow-Hansen hadde 20 års erfaring fra ortopedisk fysioterapi, da hun møtte Braatøy, og i løpet av den tiden hun hadde praktisert hadde hun erfart at *”all form for avspenningsbehandling hadde begrenset verdi om ikke pusten var med”* (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 14). Og deres felles interesse for sammenhengen mellom muskelspenninger og respirasjonen var også medvirkende til at de fant sammen. Bülow-Hansen fortalte selv dette om deres møte:

Høsten 1945 demonstrerte jeg min daværende behandlingsteknikk i Nevrologisk forening. Dette ga støtet til at jeg oppsøkte overlegen for den psykiatriske avdeling ved Ullevål sykehus, dr. Med. Trygve Braatøy. Han uttalte nemlig etter min demonstrasjon at han for første gang og med stor glede hadde hørt at en sykegymnast tok respirasjonen i betraktning i forbindelse med massasje og øvelser (Bunkan, Bülow-Hansen, Hansson, Houge, & Hødal, 1995 [1968], s. 5).

Selve metoden består av noen viktige prinsipper. Hovedprinsippet er at ”Enhver muskelspenning er en respirasjonsbremse”, og de to viktigste prinsippene forøvrig er at ”Vi bygger opp kroppen nedenfra”, og at ”Enhver behandling inkluderer hele kroppen”. (Bunkan, Bülow-Hansen, Hansson, Houge, & Hødal, 1995 [1968], ss. 72-73)

Undersøkelsen starter med en anamnese der pasienten presenter sine nåværende plager, og der det også er viktig å få frem om det skjedd andre spesielle ting ved starten av plagene. Pasienten kan også fortelle om tidligere plager. Den kroppslige undersøkelsen foregår i flere utgangsstillinger, med varianter av både sittende, stående og liggende (Andersen & Øvreberg, 2002, s. 65) (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 38). I undersøkelsen forsøker en å registrere og vurdere *”respirasjon, kroppsholdning, kroppsfunksjon, muskulatur og annet bløtvev, autonome reaksjoner og autonom funksjon”* (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 37). Etter kroppsundersøkelsen snakker man også med pasienten

om hvordan de opplevde undersøkelsen, og en registrerer eventuelle reaksjoner som kan ha kommet.

I boken om "Den relasjonelle kroppen", som tar for seg fysioterapi i psykisk helsearbeid, skriver Anne Gretland flere steder, at endring i en eller annen form er målet for all terapi (Gretland, 2007, ss. 87-97). Og at pasienten ideelt sett skal bli frisk. Innen PMF er det vanlig å snakke om to forskjellige typer mål med behandlingen, avhengig av hva en finner i undersøkelsen. Og en skiller mellom støttende behandling og omstillende behandling. Den støttende behandlingen omhandler å hjelpe pasienten med å få grep om seg selv, ta hånd om eget liv, og få fotfeste i tilværelsen igjen, her og nå (Gretland, 2007, s. 88). Mens den omstillende behandlingen er langt mer inngripende, der målet er at pasienten skal oppleve sammenhengen mellom kropp og følelser ved hjelp av en total kroppslig omstillingsprosess. En prosess som kan ta lang tid (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 72). For å kunne gå inn i en omstillende behandling, bør pasienten være i en stabil livssituasjon, og informeres om tidsaspektet samt stilles krav til når det gjelder deltagelse og engasjement. En omstillingsprosess kan periodevis være krevende og blant annet gi økte symptomer og plager (Andersen & Øvreberg, 2002, s. 33).

En grundig anamnese samt en kroppsundersøkelse med vekt på kroppslig omstillingsevne danner grunnlaget for om pasienten skal inn i en støttende eller omstillende behandlingsprosess. Men uansett hvilken behandlingstilnærming som blir iverksatt, så vil PMF's grunnprinsipper være gjeldene. Man bygger opp kroppen nedenfra, og man behandler hele kroppen. En behandlingstime varer vanligvis i 60 minutter. Dette har vært så allment akseptert at det også viste seg ved takstbruk, der en behandlingstime med psykomotorisk fysioterapi (A9) helt frem til nå nylig (år 2014), i følge takstplakaten var 60 minutter. Etter 2014 står terapeuten friere til å bestemme tidsbruken, men tradisjonelt har en behandlingstime bestått av noen minutter innledningsvis til prat om reaksjoner etter forrige behandling, så 40-45 min kroppsbehandling, etterfulgt av 5-10 minutter hvile, før de siste minuttene som går til påkledning og litt prat (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 110) (Andersen & Øvreberg, 2002, s. 46). Selve behandlingen vil ofte ta utgangspunkt i de samme utgangsstillingene og bevegelsene fra undersøkelsen, og der pasienten og

terapeuten sammen forsøker å utforske eller utprøve bevegelser og stillinger (Gretland, 2007, s. 97).

2.1.1 Trygve Braatøy

PMF startet som nevnt som ett samarbeid mellom psykiateren Trygve Braatøy og fysioterapeuten Aadel Bülow-Hansen. Trygve Braatøy var en produktiv forfatter som publiserte både bøker og essaysamlinger innen flere sjangre. Boken "De nervøse sinn" fra 1947, er en bok om medisinsk psykologi og psykoterapi, og som vier en del plass til sammenhengen mellom respirasjon og muskelspenninger (Braatøy, 1947).

Braatøy tok til orde for at hele individet skulle behandles, men at det var noe som krevde tid. I så måte hadde han ett helhetlig kroppssyn som blant annet kommer til syne blant annet ved at han skriver om hvordan leger sjelden tar seg tid til å spørre pasienter om familieforhold, barndomsplager, kjærester og lignende. Og at dette kan føre til at pasienter som kommer til forskjellige leger som har forskjellige spesialiteter, og kanskje i ulike stadier av sykdomsforløpet får forskjellige diagnoser. Siden boken er skrevet i 1947, brukes det diagnoser som er mindre vanlige i dag, som *hjertenevrose* og *åndedrettskorsett*. Men dette er plager som var reelle for pasientene den gangen, og som antagelig ville fått andre navn i dag. Og selv om det har skjedd en utvikling på den medisinsk-tekniske fronten siden 1947, har han betraktninger om mekaniske måleinstrumenter som kan være verdt å ha med seg i dag. Han beskriver blant annet dette ved å si "*Det har tidligere vært sagt om medisinerne eller fysiologer at deres skoleing betinger at de mister den sunde naivitet overfor en rekke legemlige funksjoner*" (Braatøy, *De nervøse sinn*, 1947, s. 198). Dette er ett utsagn han bruker for å vise hvordan leger kan risikere å bli for opptatt av respirasjonsfrekvens pr minutt, og syre-baselikevekt i blodet, men ute av stand til å se at ett kortpustet individ er ett angstpreget individ.

I boken bruker han mange eksempler fra sin arbeidshverdag, og har med pasientkasuistikker, for å vise at kortpustethet og angst er to sider av samme sak. Han bruker også pasienteksempler og praktiske øvelser for å vise hvordan muskelspenning og holdt respirasjon henger sammen, samt beskrivelser av de kroppslige funnene hos

nevrotikere. Og igjen når det beskrives hvordan en kan bruke spenning-avspenning i en muskel for å utløse en respirasjonsbevegelse, poengterer han viktigheten av å observere pasientens reaksjon, som for eksempel kan komme i form av ett sukk, fremfor å passe på ett måleapparat. På samme måte bruker han praktiske eksempler for å vise hvordan en skal bruke det han kaller *avspenningsgymnastikk* for å frigjøre respirasjonen, mens *respirasjonsgymnastikk* på den annen side, lett vil føre til at pasientene spenner den respirasjonsmuskulatur som i utgangspunktet er anspent, og derved blir verre. En annen måte han forklarer det samme problemet på er hvordan vi vi språklig forstår ett begrep som *respirasjonsgymnastikk*. I dag ville vi kanskje brukt begrepet *pusteøvelse*, som kan føre til det samme. At man aktivt forsøker å øve muskulatur, når det man egentlig ønsker å oppnå er at muskulaturen skal gi slipp (Braatøy, 1947, ss. 194-195).

Han presenterer også eksempler på at massasje av spent ryggmuskulatur kan føre til utløsning av dyp respirasjon, der hans hypotese er den spente muskulaturen er en respirasjonsbremse, som massasjen kan fjerne. Han fremhever også viktigheten av å la pasientene få ligge i en mest mulig avslappet stilling, fordi vegetative reaksjoner som pust, foregår mest normalt når de hviler. Hans hypotese er også at når en lar pasienter ligge i en avslappet stilling, så vil pasienten lettere selv kunne kjenne hvordan den slapper av i noen kroppsdel, og er anspent i andre, som en form for bevisstgjøring. Slik kan pasient og terapeut sammen konkludere med at det "er noe med pusten", selv om terapeuten ikke har instruert pasienten på noe måte i forhold til respirasjonen.

Psykoanalyse var et fag Braatøy var skolert i, men han kritiserte også psykoanalysen litt for at den ikke trakk kroppen inn i behandlingen. Han mente at man i psykoanalysen kun var opptatt av hva som ble sagt, og ikke hvordan det ble sagt. Videre var han opptatt av hvordan selve talen ble påvirket av respirasjonen, at respirasjonen alltid burde bli vurderes ved «*åndelige*» lidelser. Braatøy var opptatt av sammenhengen mellom forbeholden og dirigert pust, og hvordan pasienter holdt affekter inne i seg. Han bruker også her praktiske eksempler på å forklare at mennesker som holder gråten i seg, vil ha vansker med å puste fritt, og sammenhengen med å snakke ut og å puste ut. På den annen side var han også opptatt av at kun kroppslig tilnærming til nevrotiske symptomer, uten en samtidig

omstilling av pasientens holdning til tilværelsen vanskelig kunne lykkes (Braatøy, 1947, s. 226).

Braatøy satt opp ett skille mellom *angstnevrotikerens* respirasjon, som ifølge ham ofte presenterte kroppslige symptomer når de kom til legen, og *tvangsnevrotikeren*. Angstnevrotikeren hadde respirasjonsplager som kom som en følge av en angst. Braatøy skisserte videre at denne pasientgruppen ofte ville ha stor nytte av psykoanalyse, men at de i utgangspunktet kunne være uvillige til å forsøke dette, da de selv oppfattet at plager var kroppslige. Angstnevrotikeren hadde ofte en mer høycostal pust. Tvangsnevrotikeren, på den annen side, puster ikke fort på grunn av angst, men pustet på en bestemt måte for å unngå angst. Tvangsnevrotikerens pustemåte vil oftest ikke være som angstnevrotikerens, høycostal, men heller kontrollert. Tvangsnevrotikeren ville også i mindre grad presentere kroppslige plager for sin lege, og ofte selv innse behov for psykoanalyse eller lignende. Tvangsnevrotikeren vil ofte ha nytte av en tilnærming som minner om ”sykegymnastikk” (fysioterapi), og de vil ofte selv merke at en slik tilnærming vil være en viktig del av årsaken til bedring (Braatøy, 1947, s. 216).

2.1.2 Aadel Bülow-Hansen

Aadel Bülow-Hansen utdannet seg til sykegymnast (fysioterapeut) på en skole som var startet av hennes far som var overlege. Senere arbeidet hun i 20 år på Sophies Minde ortopediske hospital (som også var startet av hennes far). Fra ortopedien hadde hun med seg mye kunnskap om å se helheten og tenke funksjonelt da hun innledet samarbeidet med Trygve Braatøy. De samarbeidet i 6 år med denne metoden, inntil Braatøys død i 1953. Senere samarbeidet hun videre med metoden sammen med psykiateren Nils H. Houge og allmennpraktiker Thoralf Hødal. Bülow-Hansen var en praktiker som ikke vært så aktiv i den systematiske og teoretiske utarbeidelsen av metoden, men hun ble slått til ridder (dame) av St Olavs orden i 1973 og utnevnt til århundrets fysioterapeut i år 2000 av Norges fysioterapeutforbund for sitt arbeid som fysioterapeut (Bunkan, 2014).

2.2 Fenomenologi

Metodologisk hører denne oppgaven hjemme i den vitenskapsteoretiske tradisjon som kommer fra fenomenologien, og som er med på å forme oppgaven. Det fenomenologiske perspektivet er med i hele oppgaven, da fenomenologi i seg selv er viktig ut fra ett forskningsperspektiv, og i tillegg er det kroppsfenomenologiske perspektivet viktig i forhold til informantenes kliniske arbeid som de forteller om i intervjuene. Ordet fenomenologi kommer av det greske ordet *phainomenon*, som betyr "det som viser seg", og *logos* som betyr "læren om" (Thornquist, 2012, s. 83). Altså betyr fenomenologi "læren om det som viser seg". Fenomenologi som tradisjon var i utgangspunktet en erfaringsorientert tradisjon, der Edmund G.A. Husserl (1859-1938) regnes som grunnleggeren. Innen fenomenologien forsøker man å rette oppmerksomheten mot verden slik den erfares av subjektet, og ikke uavhengig av personen som erfarer den. Noe som skiller seg fra den positivistiske tradisjonen der man forsøker å fjerne det subjektive og personlige (Thornquist, 2012, s. 85). For Husserl var bevisstheten viktig. Det at vår oppmerksomhet er intensjonal og rettet mot noe, kan sees som ett skritt videre fra Descartes "Jeg tenker altså er jeg", til "jeg tenker, altså tenker jeg på noe" (Thornquist, 2012, ss. 89-91).

2.2.1 Kroppsfenomenologi

Kroppsfenomenologien er den delen av fenomenologien som forteller noe om hvordan vi som mennesker eksisterer som kropp i verden, og Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) viste at vår forståelse av verden bygget på våre kroppers erfaring av omgivelsene (Merleau-Ponty, 1994). Og Merleau-Ponty var den første innen den fenomenologiske bevegelsen som ga kroppen forrang, og hans "*kroppsfenomenologi overskrider den tradisjonelle teoretiske oppdelingen og splittelsen mellom kropp og sjel*" (Gretland, 2007, s. 32). Den tradisjonelle oppdelingen det siktes til her, er kropp/sjel-dualismen som er kjent fra René Descartes (1596-1650). Denne todelte måten å se mennesket på, der kroppen var en del av den mekaniske naturen (*res extensa*), og menneskets bevissthet og erkjennelse (*res cogitans*), ikke var i kontakt med hverandre, har vært den vanlige måten å se mennesket på

innen moderne medisin. Den har i det hele tatt hatt stor innflytelse i hele den vestlige kulturkrets (Thornquist, 2012, s. 28).

Anne Gretland skriver at *"En persons væremåter i en aktuell situasjon avspeiler hans persepsjon av situasjonen her og nå"*, og også at *"utvikling av vaner er et kjernefenomen i kroppslig læring"* (Gretland, 2007, ss. 25-27). Og som andre vaner kan en også si at, når pustevaner er etablert, har kroppen tilegnet seg omgivelsene. Gretland skriver videre som en sentral innsikt fra kroppsfenomenologien at *"...med bakgrunn i at personens væremåter er nedfelt gjennom tidligere læring er de alltid hensiktsmessige ut fra hans oppfatning av en opprinnelig situasjon..."* (Gretland, 2007, s. 28). Og som en del av det teoretiske grunnlaget her, er det viktig å ha med i denne delen, at akkurat som kroppen er meningsbærende, og at kroppen kommuniserer mening, så er det også grunn til å tro at det samme gjelder for respirasjonen. Nemlig at hvordan vi puster kommuniserer mening, og at pusten kan fortelle oss noe mer enn at man for eksempel har løpt opp en trapp når man er kortpustet. Denne flertydigheten i ved pusten er noe terapeutene forholder seg til, og som må fortolkes basert på terapeutenes forståelseshorisonnt og fordommer, der pusten forstås som en del av en helhet. Ett gjensidighetsforhold som Ricoeur (1913-2005) forente. *"Fenomenologien fremholder at bevisstheten er rettet mot noe, og at dette noe har mening. Hermeneutikken betoner at dette "noe" ikke er umiddelbart gitt, men må fortolkes"* (Thornquist, 2012, s. 175).

2.3 Respirasjonen

Ordet respirasjon kommer fra det latinske ordet spirit, med forstavelsen re- som vi også kjenner fra ord som rehabilitering, og som betyr *å gjøre om igjen*. Ordet spirit bruker vi også i noen tilfeller på norsk, men da som ett låneord fra engelsk, kanskje spesielt i sportssammenhenger. Ordet spirit i seg selv kan ha flere betydninger, men mest riktig blir det nok om vi oversetter det med ordstammen ånd/ånne, som i åndedrett.

I litteraturen som omhandler respirasjonsfysiologien deles respirasjonen inn i inspirasjons- og ekspirasjonsfasen, der ekspirasjonsfasen og den etterfølgende pausen, er lengre enn inspirasjonsfasen og pausen som kommer etter den (Thornquist, 2003, s. 113). Og det

skilles i første omgang mellom gassutvekslingen av oksygen og karbondioksid mellom atmosfæren og blodet, og den cellulære respirasjonen som foregår i kroppens celler (Vander, Sherman, & Luciano, 2001, s. 464). Mange har beskrevet fysiologien i forhold til respirasjon grundig i detalj, i forhold til dens betydning for gassutvekslingen mellom oksygen (O₂), og karbondioksid (CO₂). Så dette er ikke noe jeg kommer til å beskrive så detaljert, da kunnskapen om dette er lett tilgjengelig for alle.

Innen PMF har respirasjonen alltid vært sentral i undersøkelse og behandling og en registrerer respirasjonen i flere utgangsstillinger, og vanligvis i hvile. Respirasjonen er knyttet til affektkontroll (Bunkan, 2003, s. 49). Og man ser på det sunne friske barnets pust, og dens omstillingsevne som den ideelle respirasjon. Så respirasjonens omstillingsevne står sentralt i undersøkelsen, det at respirasjonen kan endres i takt med følelsesmessige forandringer sees på som viktig (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 45).

Denne vurderingen av respirasjonen er noe som skjer som en integrert del gjennom hele pasientundersøkelsen. Den ideelle respirasjonen i hvile hos et avspent menneske skal kunne flyte fritt, uten anspente eller fikserte partier. Og når terapeuten undersøker dette vurderes respirasjonsleiet, frekvensen, fase og rytme. I tillegg vurderes formen og stillingen på thorax, og elastisiteten her. Det vurderes også hvilken muskulatur som benyttes under respirasjonen (Thornquist, 2003, ss. 111-113) (Bunkan, Bülow-Hansen, Hansson, Houge, & Hødal, 1995 [1968], ss. 38-40).

I uanstrengt stående eller liggende stilling vil et avspent menneske ha lite behov for luft, og respirasjonsbevegelsen vil være liten, men det en ser etter er om respirasjonen foregår basalt eller om den er forskjøvet thoracalt, eller om det er stillestående partier der en kunne forventet bevegelse. Respirasjonsfrekvensen i hvile hos voksne mennesker ligger rundt 15 pr minutt, og denne informasjonen, sammen med respirasjonsrytme og faser gir terapeuten informasjon om pusten er ujevn eller kontrollert (Thornquist, 2003, ss. 112-113) (Bunkan, Bülow-Hansen, Hansson, Houge, & Hødal, 1995 [1968], ss. 39-40).

Andre forutsetninger som har betydning for fri flyt, er at selvfølgelig frie luftveier, men også thorax' bevegelsesmuligheter, som kan påvirkes av kroppsholdningen, siden

holdningen vil være med på å bestemme om ribbene presses inn i henholdsvis inspirasjonsstilling ved dorsalfleksjon, eller ekspirasjonsstilling ved ventralfleksjon (Thornquist, 2003, s. 31). Innen PMF bruker en også betegnelsene ekstensjonspreget og fleksjonspreget holdningsmønster, der det ekstensjonspregede mønsteret får den konsekvensen at thorax og ribber kommer i inspirasjonsstilling, mens ett mer slapt holdningsmønster preget av fleksjon fører til at buk og bryst presses sammen på fremsiden som gjør respirasjonsbevegelsen liten (Thornquist, 2003, ss. 71-75).

Allerede i 1947 beskrev Braatøy hvordan vi mennesker både kan puste fort av angst, eller at vi kan puste for å unngå angst (Braatøy, 1947, s. 217). Begge deler tegn på at pasientens livserfaringer og livssituasjon må trekkes inn når en skal vurdere respirasjonen. Og dette synet på at respirasjonen ikke bare omstiller seg etter fysiske forhold, men også psykiske, er noe en tar med i betraktningen i PMF. Det har lenge vært kjent at det er en sammenheng mellom hyperventilering og følelser (Ekerholt & Bergland, 2008), selv om en tradisjonelt har sett på pust og følelser løsrevet fra hverandre, i tråd med dualismen som har preget den vestlige medisinen (Thornquist, 2003, s. 51).

2.3.1 Muskulatur

Respirasjonen kan både gå helt av seg selv, og den kan skje viljestyrt. I det daglige går den vanligvis av seg selv, men i noen sammenhenger kan det være hensiktsmessig å styre den. Hvis man skulle være så uheldig å få motorstopp på en motorvei, og man må dytte bilen ut på veiskulderen ved hjelp av muskelkraft er sannsynligheten stor for at man vil puste dypt inn, og ikke puste helt ut før bilen er trygt ute av veien. Må man dytte langt, blir det kanskje nødvendig å ta noen raske inn, og utpust, men så lenge man aktivt dytter vil man antagelig forsøke å holde luft inne. Ved tunge løft kan det være hensiktsmessig å puste dypt inn, og holde pusten samtidig som man strammer muskulatur i og rundt midjen, omtrent som en valsalvas manøver. Dette er noe som utøvere av kraftidretter bruker veldig bevisst og som de trener på, men også noe vi alle bruker, som eksempelet viser. Dette skaper ett økt buktrykk som igjen kan gi oss økt stabilitet i trunkus, som kan være hensiktsmessig for å mobilisere maksimal muskelkraft, og beskytte ryggraden, da den økte

muskelaktiviteten i mage og ryggmuskler virker som en stiv sylinder rundt columna (Rippetoe, 2011, s. 59)

Inspirasjonen i hvile starter med en kontraksjon av m. diafragma, som fører til en utvidelse av brysthulen, som igjen fører til en trykkforskjell mellom luften i atmosfæren og luften i lungene, og inspirasjonen varer frem til denne trykkforskjellen er utlignet. Den viktigste inspirasjonsmuskulaturen i hvile er altså m. diafragma, som ligger som en stor plateformet muskel, som skiller brysthulen fra bukhulen. m. diafragma skiller seg fra annen tverrstripet muskulatur, ved at den må arbeide kontinuerlig. Den arbeider ved å senke seg ned i buken, så volumet i thorax øker. Ved rolig respirasjon senker den seg ca. 2 cm (Dahl & Rinvik, 1999, s. 339). Men ved store arbeidskrav kan den bevege seg opptil 10 cm (Thornquist, 2003, s. 32). Det er mange muskler som kan delta i respirasjonen som såkalte aksessoriske respirasjonsmuskler når det settes økte krav til respirasjonsarbeidet. Dette er muskulatur som har andre hovedoppgaver som for eksempel å bevege hodet, nakke, armer etc. (Thornquist, 2003, s. 34). Denne muskulaturen vil ikke bli beskrevet mer detaljert i denne oppgaven, da det er diafragma og dens funksjoner som er mest sentral for respirasjon og emosjoner (Bunkan, 2010, s. 102). M. diafragma består av forskjellige typer muskelfibre som gjør at den kan arbeide over en bredere skala enn annen tverrstripet muskulatur, som gjør at den kan både arbeide kontinuerlig og autonomt, som hjertemuskulaturen, men også viljestyrt som annen tverrstripet muskulatur.

2.3.2 Diafragrammodellen

M. diafragma står som nevnt i en særstilling blant respirasjonsmuskulaturen. Og diafragrammodellen som beskrevet av Bunkan viser at denne *”er sentral for respirasjon, sirkulasjon og emosjon”* (Bunkan, 2010, s. 102). M. diafragma har en direkte innvirkning på kroppens indre organ, ved at en anspent m. diafragma som blir stående i enten inspirasjons- eller ekspirasjonsstilling vil gi hjertet ekstra motstand på grunn av endrede trykkforhold i thoraxhulen. En inspirasjonsstilling vil også kunne medføre en aktiv ekspirasjon som kan medføre nedsatt utlufting av lungene, som igjen kan medføre økt risiko for bronkitter o.l. Endrede trykkforhold i abdomen som følge av endring i

respirasjonsbevegelsen kan også medføre problemer med tarmfunksjonen, og de endrede trykkforholdene kan også ha betydning for sirkulasjonen i det arterielle og venøse systemet, samt lymfesystemet, som igjen har en sammenheng med immunsystemet (Bunkan, 2010, s. 104).

I følge denne modellen har m. diafragma også betydning for følelser, ved at en persons evne til viljestyrte åndedrag kan være upåvirket av ubearbeidede følelser, mens den umiddelbare, autonome respirasjonsfunksjonen lider (Bunkan, Kropp, Respirasjon og Kroppsbilde, 2010, s. 104). Nedsatt diafragmafunksjon kan også ha betydning for smerter muskel- og skjelettsystemet ved at spent m. diafragma fører til økt stivhetsgrad i muskulatur som har samme festepunkt. Nedsatt funksjon i m. diafragma vil også igjen kunne føre til økt muskelaktivitet i aksessorisk respirasjonsmuskulatur. Som en følge av endret muskelbruk under respirasjon kan en i følge den samme modellen også få en endret kroppsholdning, på grunn av en ubalanse i muskellengden på respirasjonsmuskulaturen (Bunkan, 2010, s. 108).

2.3.3 Nervesystemet

Anatomisk sett kan nervesystemet deles inn i det sentrale nervesystemet (CNS), som er hjerne og ryggmarg, og det perifere nervesystemet, som er den delen som sørger for kommunikasjon mellom sentralnervesystemet og sanseorganene. Nervesystemet kan videre deles inn i det autonome nervesystemet, som grovt sett kontrollerer ikke-viljestyrt muskulatur og kjertelceller, og det somatiske nervesystemet som kontrollerer viljestyrt muskulatur.

Det er også vanlig å dele det autonome nervesystemet videre i to deler med motsatt virkning. Det sympatiske og det parasympatiske, som mobiliseres ved henholdsvis økte krav eller påkjenninger og ved daglig aktivitet.

Respirasjonen kan foregå både viljestyrt, og ikke-viljestyrt. Når den foregår ikke-viljestyrt er det det autonome nervesystemet som styrer den, og det området i hjernen som regulerer dette i kalles rytmegeneratoren, som er ett nettverk av nevroner i den ventrolaterale

retikulærsubstansen i medulla oblongata i hjernestammen. Og det er her i medulla oblongata hjernen mottar tilbakemelding fra lungene om luftfylling, og tilbakemelding om blodets PH-nivå, og CO₂-nivå. Denne fremstillingen er noe forenklet, da det er nevroner flere steder i hjernestammen som påvirker respirasjonen (Brodal, 2013, s. 408).

Det er også mye som tyder på at aktiviteten i denne retikulærsubstansen påvirkes av vår mentale tilstand, som forklares nærmere under beskrivelsen av de andre hjernestrukturane.

Videre opp i CNS, ligger diencephalon som består av thalamus, og hypothalamus.

Hypothalamus er også viktig for respirasjonen da det er her utskillelsen av nevrohormoner foregår, som på sett og vis forbinder nervesystemet med det endokrine systemet. Dette gjør hypothalamus til ett kontrollorgan for det autonome nervesystemet, og det som gjør at psykologiske prosesser i hjernebarken og limbiske strukturer påvirker hypothalamus, som igjen påvirker endokrine organer, som igjen påvirker endringer i autonomt innerverte organer, og tverrstripet skjelettmuskulatur (Brodal, 2013, ss. 478-480) Og dette kan være med på å forklare noen av de mekanismene som er av betydning for å forstå psykosomatiske relasjoner.

Men selv om hypothalamus er viktig for emosjonelle reaksjoner, er den først og fremst viktig som en koordineringsenhet for disse emosjonelle reaksjoner, selv om man ved hjerneoperasjoner har sett at direkte påvirkning på hypothalamus kan utløse emosjoner hos pasienter. Og videre er det også slik at retikulærsubstansen somatiske og autonome nevroner kan påvirkes direkte av hjernebarken og de limbiske strukturer, som for eksempel amygdala.

Grensene mellom hjernens ulike systemer er ikke så skarpe, og de forskjellige strukturerne kan ha overlappende oppgaver. Men den delen av hjernen som er knyttet til emosjoner kalles ofte det limbiske system, limbiske strukturer, reptilhjernen, eller den emosjonelle hjernen. Og i denne delen av hjernen spiller antagelig amygdala en viktig rolle. Amygdylas underavdelinger deltar i så mange prosesser at det er vanskelig å gi en presis beskrivelse av dens funksjon. Men den bør nevnes her i denne oppgaven, for sin påvirkning av respirasjonen ved at amygdala mottar informasjon om potensiell fryktfremkallende stimuli og sender informasjon videre til hypothalamus og hjernestammen. Spesielt viktig for

respirasjonen kan være efferentene som går fra amygdala til den periakveduktale grå substans (PAG), som har betydning for organisering av stressimpulser (Brodal, 2013, s. 488). PAG er antagelig involvert i de mekanismene som gjør at vi kan "fryse til is" når noe skremmende skjer. Og når man "fryser til is" kan det også høre med at man "holder pusten av skrekk". En slik fryktbetinget forsvarsatferd vises også hos gnagere som kan få en fryktparalyse når de for eksempel møter en katt. (Brodal, 2013, s. 488) Som nevnt sender amygdala informasjon videre etter at den er mottatt. En viktig oppgave for amygdala er at det er her læring av assosiasjoner mellom sensoriske stimuli, og emosjonell farging foregår. Ved MR-scanning av hjernen etter at forsøkspersoner har blitt vist bilder som vekker emosjoner har en også sett at dette fører til stor aktivitet i amygdala (Lieberman, et al., 2007). Slike studier gir oss kunnskap om at selv det å se bilder, eller å høre lyder, kan sette i gang en betinget fryktreaksjon hos forsøkspersoner. Og det kan være en del av forklaringen på hvordan tidligere opplevelser kan føre til at pasienter kan miste pusten av skrekk ved å bli eksponert for lyder og bilder etc. I denne forbindelse kan det også nevnes at amygdala inneholder nevrotransmittere som har betydning ved tilfeller av angst og stress. Og også her inntreffer det at forventning om smerte kan utløse endokrine responser. Og det er også vist at pasienter med alvorlig depresjon og selvmordsofre har ett stort innhold corticotropinreleasing hormone (CRH) i cerebrospinalvæsken. CRH-nivået i amygdala øker ved akutt og kronisk stress (Brodal, 2013, s. 491).

3 METODE

3.1 Den kvalitative metode

I denne oppgaven har jeg benyttet meg av kvalitativ metode. Litteraturen gir ingen entydig definisjon på hva som er kvalitativ forskning. En beskrivelse av forskjellene i praksis kan være at data ofte kommer i form av tall innen kvantitativ forskning og i kvalitativ forskning presenteres data med ord (Polit & Beck, 2012, s. 53) (Malterud, 2011, s. 26). Noe som allikevel er en forenkling da tall sjelden kan stå alene, og ord ofte brukes til å beskrive mengder og størrelser (Thornquist, 2012, s. 203). Det kan også beskrives som at kvalitativ forskning gir dybde og innsikt, mens kvantitativ forskning gir bredde og oversikt

(Thornquist, 2012, s. 202).

Fenomenologien er allerede beskrevet i forhold til kroppssyn, og også innen den kvalitative forskningstradisjonen har fenomenologien hatt stor betydning. Fenomenologer er opptatt av å forstå menneskelig erfaring, og å forstå fenomener slik den oppleves av informantene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45) (Malterud, 2011, s. 82). En annen filosofisk retning som har vært viktig innen kvalitativ forskning er hermeneutikken, som tar for seg hvordan man tolker en tekst og skaper mening av den, og er læren om fortolkning av tekst. Videre kan hermeneutikken hjelpe forskere å se helheten basert på detaljene fra intervjuene.

Hermeneutikken kan lære kvalitative forskere å analysere intervjuene sine som tekster og for eksempel se utover her og nå i intervjusituasjonen og være oppmerksomme på den kontekstuelle fortolkningshorisonten er betinget av historie og tradisjon (se Palmer, 1969) (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 74).

3.2 Valg av dybdeintervju som metode

Da jeg hadde valgt problemstillingen min, var neste skritt å velge design for studien. Jeg ønsket å skaffe til veie dybdekunnskap om temaet, og derfor valgte jeg å benytte meg av intervju.

Det er flere måter å gjennomføre intervjuer på innen kvalitativ forskning, men en mye brukt metode kalles dybdeintervju, som er den metoden jeg valgte å benytte (Tjora, 2012, s. 104). I litteraturen brukes det litt forskjellige begreper om intervju der en forsøker å skape en forholdsvis fri samtale basert på noen forhåndsvalgte tema. Ett sted brukes betegnelsene *semistrukturerte intervjuer* og *dybdeintervjuer*, (Tjora, 2012, s. 104). Mens andre bruker betegnelser som *kvalitativt forskningsintervju* og *fenomenologisk livsverdenintervju* (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 42). Jeg bruker begrepet dybdeintervjuer, der målet har vært å skape en situasjon der jeg og informantene kunne ha en samtale basert på en intervjuguide jeg hadde utarbeidet på forhånd. Det jeg ønsket med denne samtalen

var å la informantene gi sine perspektiv på og forståelse av respirasjon, basert på deres erfaring med pasienter.

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg ett infoskriv til deltagerne (Vedlegg 1) og en intervjuguide (Vedlegg 2) til bruk for meg selv.

Hensikten med å gi deltagerne ett infoskriv på forhånd var todelt. På den ene siden ønsket jeg å gi informantene en mulighet til å forberede seg ved å gi informasjon om hvem jeg var, hvorfor jeg ønsket å intervju dem, og hva jeg ønsket å intervju dem om. På den annen siden var infoskrivet en mulighet til å gi deltagerne den formelle informasjonen om rettighetene de har som informanter, og at de hadde rett til å trekke seg når de ville, og at de kunne få sitatsjekk i etterkant. Begge deler kan være viktige for å sikre rammen rundt kommunikasjonen mellom intervjuer og informant, slik at det er klart for begge at det er de samme tingene man snakker om. Det kan også virke betryggende for informantene å vite at de kan snakke fritt, noe som igjen kan skape en avslappet stemning, som er en forutsetning for å lykkes med ett dybdeintervju (Tjora, 2012, s. 110).

Jeg lagde også en intervjuguide med oppvarmings spørsmål, i form av enkle konkrete spørsmål. Refleksjonsspørsmål som besto av kjernen i intervjuet, og avrundings spørsmål for å sikre en god avslutningsstemning. En god stemning rundt hele intervjuet er med på å bedre kommunikasjonen. Polit & Beck vektlegger betydningen av at intervjuer og informant snakker samme språk (Polit & Beck, 2012, s. 541). Og andre understreker at informanten ofte vil ha noen forventninger til intervjueren, som også kan være med å bidra til å skape rammen for kommunikasjonen under intervjuet (Tjora, 2012, s. 110).

Polit & Beck skriver også videre om viktigheten av å skape tillit til informanten, slik at de kan stole på intervjueren, da informanter naturlig nok deler mer informasjon med mennesker de stoler på (Polit & Beck, 2012, s. 542). Og ved å ha lest meg litt opp på forhånd på den litteraturen som finnes på feltet vil det også være lettere for meg som intervjuer å se tingene fra informantens synspunkt, og det vil gjøre det mindre nødvendig for meg som intervjuer å komme med avbrytelser av informantene, for å spørre om detaljer. Intervjuguiden min endret seg litt fra det første intervjuet til det siste. Grunnen var at det i første intervjuet kom opp tema som jeg også ville ha med i de andre intervjuene. Dette kan være ett dilemma. Om en skal endre intervjuguiden, eller om jeg skulle avstå fra

å bruke den nye innsikten jeg fikk. Men jeg har tatt utgangspunkt i at mennesker uansett er forstående og fortolkende vesener, noe som innebærer at samme spørsmål kan oppfattes og fortolkes forskjellig, og at ulike spørsmål kan aktualisere erfaringer og tanker av samme art hos forskjellige mennesker (Thornquist, 2012, s. 201). Hovedtrekkene i intervjuguiden var oppvarmingsspørsmål som tok for seg alder, når de tok grunnutdanningen, og videreutdanning, samt års arbeidserfaring, og annen type kurs og utdanning. Selv om mitt ideal var at intervjuet skulle foregå som en uformell samtale, ville de intervjuede sikkert ha noen forventninger om at det skal være litt mer formelt. Så utgangspunktet for refleksjonsspørsmålene mine var å få tak i informantenes syn på respirasjon i møtet med pasienter, hvilke tanker de hadde om hvordan pasientens kroppslige uttrykk kan bidra til å få et inntrykk av pasientens respirasjons bevegelse. Videre ville jeg vite noe om hva som har formet informantenes syn på dette, og om terapeutene selv har endret syn på dette i løpet av tiden de har arbeidet, og om de eventuelt har latt seg inspirere av noe annet. Avrundingsspørsmålene mine var ment å skulle gi noen enkle betraktninger på bakgrunn av det som allerede var sagt (Tjora, 2012, s. 113). Men de kunne selvfølgelig også reflekteres over, om den intervjuede hadde mer på hjertet. Her var det rom for å snakke om hvordan de kommuniserte med pasientene sine om respirasjon, om det var andre ting angående respirasjon de ville snakke om, eller om hvordan de så på andre treningsformer og behandlingsformer som brukte pust.

Jeg planla å benytte meg av den innebygde taleopptakeren på min mobiltelefon, med transkribering i etterkant om informantene tillot det. Jeg brukte en iPhone 6, og testet denne ut på forhånd i flere sammenhenger (kafe, kontor, utendørs), for å sikre at lyd kvaliteten var god nok til mitt formål. Det å bruke båndopptager med transkribering i etterkant, er med å sikre flyt i samtalen. I følge Polit & Beck har lydopptak den fordel, utover det rent praktiske i at det kan være vanskelig å notere alt som blir sagt, at notater kan bli farget av intervjuerens hukommelse og personlige syn (Polit & Beck, 2012, s. 534). Ett lydopptak kan derfor være med å sikre at det er informantens ord, slik de var ment, som kommer med i oppgaven. Og i mindre grad hva intervjueren tror. Det kan være en mulighet for at informantene legger bånd på seg når samtalen blir tatt opp, men det er selvfølgelig alltid en mulighet å skru av båndopptageren i perioder. Noe jeg også gjorde.

3.3 Utvalgskriterier og utvalg

Det ideelle antallet deltagere til kvalitative intervjuundersøkelser i en forskningsstudie er *”å intervju(e) så mange personer som det trengs for å finne ut det du trenger å vite”* (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 148). Har man for få deltagere er det vanskelig å generalisere, og er det for mange kan tidsaspektet gjøre det vanskelig å gå i dybden når det skal analyseres i etterkant. I forskningsstudier kan deltagertallet ligge på 10-15, mens lesing av andre masteroppgaver, og informasjon fra universitetet tilsier at det vanlige i masteroppgaver er tre informanter. Målet med ett dybdeintervju er «å skape en situasjon for en relativt fri samtale, som kretser rundt noen spesifikke tema» (Tjora, 2012, s. 145). Videre skrives det at det er vanlig i kvalitative intervjustudier at man velger ut strategiske informanter, som ventes å kunne uttale seg på en reflektert måte. Ved å velge tre terapeuter med lang arbeidserfaring som terapeuter, ser jeg det sannsynlig at jeg får tre informanter som kanskje har tatt andre kurs og lignende etter videreutdanningen, at de har arbeidet med en variert pasientgruppe, og at det kan gi en verdi i forhold til å belyse nyanser innen PMF, og se eventuelle mønstre, likheter, og forskjeller i tilnærmingen de har. Så her endte jeg opp med ett kompromiss. Tre informanter vil ikke kunne gi mulighet til å si så mye om overførbarhet, men ”Aha-effekten, altså det at en annen forstår noe mer om sitt eget av det jeg har gjort” vil allikevel være der. (Malterud, 2011, s. 62). Og ved å begrense antallet til tre informanter vil det også øke muligheten til å kunne analysere grundig.

Jeg hadde i utgangspunktet noen klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. Hensikten med å sette disse kriteriene var å få ett så bredt spekter av informanter som mulig, at de ikke skulle bo så langt unna at det ble praktisk vanskelig å gjennomføre intervjuene, og at jeg ikke skulle kjenne informantene som før. Jeg benyttet meg av en form for snøballmetode for å rekruttere informantene, ved at jeg aktivt spurte psykomotoriske fysioterapeuter som jeg kjente, om de visste om noen som kunne være aktuelle for meg å intervju i en masteroppgave, altså en form for anbefaling, men for å sikre anonymiteten fikk ingen vite hvem jeg intervjuet, eller hvem som anbefalte dem. Det eneste definitive inklusjonskriteriet jeg hadde til slutt, var at informantene måtte ha videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Når jeg hadde fått navn var planen å ringte de opp, gi en kort

informasjon på telefon, og så sende de infoskrivet, for så å ringe de opp noen dager etter slik at de kunne lese skrevet og tenke på det. To av informantene sa ja til å delta før de fikk infoskrivet, men de fikk allikevel lese gjennom det før intervjuet, mens en informant ville tenke på det først, før hun sa ja. Det betyr at jeg fikk ja fra de tre første informantene jeg tok kontakt med, og kontaktet ingen flere.

3.4 Datainnsamlingen

For å kunne gjennomføre ett intervju med en avslappet stemning, der informantene snakket fritt og åpent, var mitt utgangspunkt at informantene selv skulle velge sted og tid, men om de ikke hadde noe forslag til intervjusted, så foreslo jeg at vi kunne gjennomføre det på informantens kontor. Dette for å forsøke å skape en uformell situasjon, samtidig som jeg hadde en viss kontroll med rammene (Tjora, 2012, s. 120).

Hvert intervju startet med at vi presenterte hverandre, og snakket litt løst før jeg satte på taleopptakeren. Så gikk vi gjennom det formelle der jeg informerte om at alt de sa ville bli tatt opp på bånd, og hva som skulle skje videre med opptaket, og fikk bekreftelse fra informantene på dette. Så gikk vi videre på oppvarmingsspørsmålene, der informantene fortalte litt om seg selv og sin bakgrunn. Denne delen skulle i utgangspunktet ta kort tid, men jeg noterte meg ned noen stikkord som jeg brukte som bakgrunn for noen av oppfølgingsspørsmålene i refleksjonsdelen senere.

Da vi kom over i refleksjonsdelen gikk samtalen merkbart lettere, samtidig som jeg heller ikke styrte samtalen. I denne delen forløp naturlig nok intervjuene seg forskjellig, da oppfølgingsspørsmålene kom som en følge av de forskjellige svarene som kom opp. Å stille gode oppfølgingsspørsmål forutsetter at man lytter aktivt under intervjuet og stiller krav til intervjueren på mange måter (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 170). Det krever kunnskap om temaet informanten forteller om, og det krever at intervjueren vet hvorfor han vil forfølge svaret videre. Det må altså foregå en grundig analysering av det svaret en får. Og her kan den sosiale relasjonen også spille inn, noe som kunne være utfordrende.

Avrundingspørsmålene er ment som en oppsummering, der en skal forsøke å normalisere situasjonen igjen før informant og intervjuer går hvert til sitt (Tjora, 2012, s. 113). Men i

ettertid ser jeg at de hos meg i større grad ble refleksjonsspørsmål, og at det kom mye god informasjon på slutten av intervjuet. Det kan tyde på at jeg ikke var flink nok til å stille oppfølgings spørsmål underveis, slik at informantene satt inne med informasjon. En grunn til dette kan være at jeg hadde ett mål om at tidsbruken på hvert intervju skulle være på ca. 60 min. Jeg forsøkte å ikke la meg styre så mye av klokken under intervjuene, samtidig som jeg på forhånd hadde informert informantene om hva som var forventet tidsbruk. Og av respekt for informantene, og deres avtalebok, måtte jeg forsøke å holde meg innenfor forespeilet tidsramme. Det kan altså se ut som om jeg burde ha satt av mer tid til intervjuene, men det kan også være ett tegn på at noe av tiden under refleksjonsdelen gikk bort til utenomsnakk.

3.5 Transkripsjon og analytisk prosess

Hensikten med den kvalitative analysen er at leseren(e) skal få økt kunnskap om området jeg har forsket på, uten å selv gå gjennom alle dataene selv (Tjora, 2012, s. 174). I fenomenologisk tradisjon snakker en om å *”gjøre din erfaring av denne delen av verden tilgjengelig for andre subjekter enn deg selv”* (Malterud, 2011, s. 82). Det kan skje mye i etterkant av innsamlingen. Tjora nevner for eksempel at det kan dukke opp nye interessante fenomener, som en i utgangspunktet ikke hadde tenkt på, og kanskje dukker det opp nye og spennende problemstillinger (Tjora, 2012, s. 177). I følge Polit & Beck er det heller ingen klare, universelle regler, eller standardprosedyrer å følge, slik at dette blir vanligvis en jobb å gjøre i etterkant av datainnsamlingen. (Polit & Beck, 2012, s. 556). Jeg begynte transkripsjonsprosessen rett i etterkant av hvert intervju. Fordi jeg ville gjøre det mens jeg fortsatt hadde atmosfæren fra intervjuet friskt i minne. Jeg brukte ett transkriberingsprogram til den tekniske delen av transkriberingen (HyperTranscribe), for å gjøre det lettere for meg selv. Selv om det kan ha ført til at prosessen da ble mer mekanisk, føler jeg likevel at det foregikk en analytisk prosess mens jeg transkriberte. Etter at alle intervjuene var transkribert satt jeg igjen med ett materiale bestående av 23342 ord, som kunne analyseres videre. Jeg transkriberte alle intervjuene så ordrett som mulig. En konsekvens av å transkribere muntlig språk er at det kan fremstå som *”usammenhengende og forvirret tale, og også som indikasjon på svakt intellektuelt nivå”* (Kvale & Brinkmann,

2015, s. 213). Hvis noen av informantene ville benytte seg av tilbudet om å lese gjennom transkriberingen i ettertid ville jeg ha forsøkt å transkribere det på nytt med en mer sammenhengende tale, men da ingen etterspurte dette, valgte jeg å la transkriberingen stå så ordrett som mulig.

Da det er første gang jeg gjennomfører en kvalitativ studie av denne typen, var en mal ett nyttig redskap i analysedelen. Den malen jeg etterhvert benyttet meg av i denne oppgaven er malen som er beskrevet av Kirsti Malterud, inspirert av Giorgios fenomenologiske analyse, og kalt systematisk tekstkondensering (Malterud, 2011, s. 96). Dette er en er en prosedyre i fire trinn, der en i første trinn forsøker å danne seg ett helhetsinntrykk av det transkriberte materialet og samtidig sette egen forforståelse til side, i tråd med det fenomenologiske perspektiv. I dette trinnet gjorde jeg ingen notater, men merket meg noen foreløpige temaer jeg kunne jobbe videre med i neste trinn.

Det neste trinnet innebærer å finne meningsbærende enheter, og gjøre om temaene til koder. Her måtte jeg justere mye underveis og så at mange av de temaene jeg først hadde funnet handlet om det samme. Jeg fant også ut at temaer jeg opprinnelig hadde kodet ikke hørte hjemme i oppgaven, og det ble tatt ut igjen. Vi hadde blant annet snakket litt om andre typer trening og tilnærminger til respirasjon, som ikke var relevant for min problemstilling. Det ble også litt overlapping ved at noen enheter ble plassert under flere koder, men i følge Malterud er dette noe en kan gjøre om det ikke blir for mye av det (Malterud, 2011, s. 103).

Trinn tre i metoden som beskrives av Malterud dreier seg om å abstrahere kunnskapen fra kode til mening. I dette trinnet skal en forsøke å sortere dataene litt, og spesielt i den første delen av resultatet hadde jeg kodegrupper med få meningsbærende enheter som det ble nødvendig å slå sammen til de subgruppene som kommer under hvert underavsnitt i resultatdelen.

I den fjerde og siste delen av prosessen satte jeg sammen kodegruppene og samlet de til tre kategorier i ett forsøk på å sammenfatte disse under noen felles overskrifter som kunne si noe om hva det handlet om, og der jeg også fant noen sitater for å underbygge det som ble snakket om under intervjuene.

Til analysen hører det også med at man vurderer det man har funnet opp imot empiri og teori på området, for å utarbeide ny teori. Dette har ifølge Tjora vært det vanlige innen samfunnsforskningen, og han bruker sosiologien som ett eksempel der det kan være nødvendig å utarbeide teori. På den annen side skriver han at den kvalitative analysen er en krevende øvelse, og det ikke kan forventes at en mastergradsstudenten skal utvikle en ny forståelse på et teoretisk nivå, samt at det innen den medisinske forskningen kan være tilstrekkelig med rent deskriptive funn, og en diskusjon av disse (Tjora, 2012, s. 191).

Både Polit & Beck og Tjora nevner bruken av dataprogrammer til bruk for analyse av kvalitative data (CAQDAS) (Polit & Beck, 2012, s. 560) (Tjora, 2012, s. 192). Dette kunne vært interessant å benytte seg av, men da det innebar at jeg må lære å bruke ett dataprogram, så jeg ikke for meg at jeg vil benytte meg av dette på grunn av tidsperspektivet på oppgaven.

3.6 Diskusjon av metode

3.6.1 Rekrutteringen

Alle deltagerne ble rekruttert i nærområdet mitt, og alle var ukjente for meg fra før. De ble rekruttert ved at jeg spurte de psykomotoriske fysioterapeutene jeg kjente fra tidligere om de kunne gi meg navn på noen jeg kunne intervju. Det var ett poeng for meg å unngå å intervju informanter jeg kjente fra tidligere, da det kunne ha påvirket intervjusituasjonen. Det førte på den andre side til at jeg måtte reise litt lenger enn jeg ellers kunne gjort. Om jeg heller skulle reist lenger ut for å finne andre informanter kan ha vært en svakhet. Men på den annen side var jeg interessert i å få psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner, og da var det en styrke for studien at jeg allikevel fikk en spredning i alder, og yrkeserfaring, selv om det ikke var noen geografisk spredning. Det kunne også vært interessant å satt strengere krav til å bli inkludert i studien med tanke på å få tak på noen som hadde skrevet masteroppgave selv for eksempel, for å få informanter med mer teoretisk kunnskap. Men igjen så ville jeg mest ha informanter som kunne representere ett lite gjennomsnitt av psykomotoriske fysioterapeuter.

3.6.2 Valg av metode

Dybdeintervjuet viste seg å være en metode som fikk frem informantenes refleksjoner om temaet. Det er selvfølgelig en begrensning at jeg kun har disse tre informantene, og det kunne vært bedre å hatt flere stemmer, men tidsbegrensning gjorde at dette var nok til å få det materialet jeg trengte. En annen intervjuform som er vanlig er fokusgruppeintervju, der en samler en gruppe informanter til en samtale, der en forsøker å få frem forskjellige synspunkter. Da kunne jeg hatt de samme deltagerne som nå, men dette ville antagelig krevd en del mer planlegging i forhold til logistikken, da det ville medført en del reising for deltagerne. Ulempen med dette er rent logistikkmessig med å samle en gruppe, som bor og jobber på forskjellige steder, og det kreves også at den som initierer en slik gruppe må være forberedt på å styre ordskiftet med fast hånd. En metode som kan benyttes der for eksempel den geografiske avstanden er stor, er datastøttede intervjuer. Ulempen med dette er at en kan gå glipp av kroppsspråk, og det vil bli vanskeligere å komme med gode oppfølgingsspørsmål, hvis samtalen foregår på e-post. Ett slikt intervju betinger også at både informant og intervjuer har god skriftlig fremstillingsevne.

3.6.3 Intervjuene

Det skjedde en utvikling i løpet av tidsperioden da intervjuene ble foretatt, ved at jeg fikk stadig økende kunnskaper om temaet respirasjon i den tiden jeg arbeidet med oppgaven. Etter det første intervjuet var min egen opplevelse at jeg manglet noen kunnskaper, som medførte at det ble vanskelig å styre intervjuet og vanskelig å stille gode oppfølgingsspørsmål til informantens svar. Dette medførte at jeg forberedte meg enda grundigere til de andre intervjuene, noe som gjorde meg sikrere i intervjusituasjonen, som igjen gjorde at jeg følte meg mer fornøyd med disse. Det gjorde også at intervjuene med informant 2 og informant 3 ble mer ryddige, og uten for mye utenomsnakk. På den annen side kan min økte sikkerhet og det at jeg styrte intervjuet mer har ført til at mine spørsmål ble mer ledende, noe som kan være ett spørsmål som kan stilles i forhold til bruken av kvalitative intervju, men jeg brukte det også bevisst ved noen tilfeller for å verifisere at mine fortolkninger var riktige da jeg stilte oppfølgingsspørsmål, noe som kan være en styrke for reliabiliteten (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 201). Det at jeg utviklet meg som

forsker i løpet av perioden intervjuene ble foretatt viser også hvor viktig intervjuerens dyktighet kan være for resultatet i kvalitativ forskning. Og Kvale sier eksplisitt at *”Omfattende trening er nødvendig for å bli en høyt kvalifisert intervjuer”* (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 84). Det kan også innvendes at man ved å gjøre intervjuene mer strukturerte kan fjernes litt fra den avslappede stemningen som er en forutsetning for å lykkes med ett dybdeintervju. Men alle informantene tenkte høyt, og delte av personlige erfaringer som kan tyde på at den avslappede stemningen ble opprettholdt.

De to første intervjuene foregikk på arbeidsplassen til informantene, der vi fikk sitte i fred og ro, uten annen støy, mens intervjuet med den siste informanten foregikk på en kafe, i ett litt skjermet avlukke. Men selv om det var skjermet var det til tider noe bakgrunnsstøy, som ikke var så hemmende under selve intervjuet, men som medførte at enkeltord ble vanskelig å oppfatte under transkriberingen. Uten at meningsinnholdet gikk tapt av den grunn. Med informant 3 ble det også nødvendig å ringe henne etter at jeg var ferdig med transkriberingsarbeidet, da jeg så behovet for en utdyping på ett av svarene i intervjuet.

3.6.4 Transkribering og analysering

Rent teknisk foregikk transkriberingsprosessen slik den var planlagt.. Jeg hadde benyttet meg av båndopptageren på mobiltelefonen min, som sikret opptak av tilstrekkelig god kvalitet til å kunne fange opp det informantene sa. I etterkant av intervjuene lastet jeg de over på datamaskinen, og brukte så programmet HyperTranscribe som avspiller da jeg skulle få det muntlige intervjuet ned til tekst. Dette programmet gir mulighet til å spille av sekvenser i loop, på forhåndsvalgt lengde. Jeg brukte 5 sekunders looper. Og ved ett enkelt tastetrykk, spilles så neste loop når man har fått ned teksten fra den første loopen.

”Å transkribere betyr å transformere, å skifte fra en form til en annen... Transkripsjoner er oversettelser fra talespråk til skriftspråk” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Mine informanter snakket alle forskjellige dialekter, men jeg har valgt å oversette dette til bokmål, da dette er mitt valgte skriftspråk, og oversetting kan være med på å sikre informantene anonymitet. Jeg har likevel tatt med noen typisk dialektord informantene bruker, fordi disse kan være vanskelige å oversette uten at meningen blir borte. Jeg har

også forsøkt å transkribere så ordrett som mulig for å forsøke å gjengi flest mulig detaljer, og for å forsøke å gjengi stemningen under intervjuene. En annen metode jeg har brukt or å forsøke å bevare stemningen fra intervjuet er å bruke tegn som viser til latter og pauser. Dette har også vært med på gjøre det lettere å huske tilbake til intervjusituasjonen og stemningen der og da. Det at samme person både har intervjuet og transkribert her, er også med på å minimere sjansen for at manglende informasjon fra transkriberingen skulle få betydning for analysen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207) (Tjora, 2012, s. 145).

”Å analysere betyr å dele opp i biter eller elementer” (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 219).

I denne oppgaven har jeg forsøkt å dele opp informantenes historier, for så å rekonstruere de til en historie som svarer på problemstillingen min. Ingen av informantene har lest analysen etter transkriberingen, noe som kan være en svakhet, da mine fortolkninger av informantenes utsagn kan være ukorrekte. Det medfører også at informantene ikke fikk utdypet noen av mine fortolkninger, hvis de skulle hatt behov for det.

I selve analyseringsdelen ble de første trinnene i den stegvis-deduktiv induktiv metode benyttet, uten at jeg har kommet opp med noen utvikling av ny teori.

3.7 Etikk

Før jeg begynte arbeide med å rekruttere informanter tok jeg kontakt med Norsk Senter for Forskningsdata, og tok meldeplikttesten på nettsiden. I følge denne var jeg ikke meldepliktig, men jeg meldte inn studien for å være på den sikre siden. Ingen pasienter skulle delta i denne oppgaven. Jeg trengte derfor ikke å innhente noen tillatelser i forhold til dette fra REK.

Det er noen etiske spørsmål en bør stille seg i starten av en intervjuundersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 103). Der en blant annet bør spørre seg hvordan studien kan bidra til å bedre situasjonen for deltagerne, pasientene de behandler, eller generelt for mennesket. Jeg mener at en studie som omhandler psykomotoriske fysioterapeuters praksis er en studie som både kan øke terapeuters kunnskap, og som igjen kan føre til enda bedre pasientbehandling. Videre er målet med forskning å utvikle ny kunnskap. Det at jeg er fysioterapeut selv, og som forsker på andre fysioterapeuter kan by på noen etiske

utfordringer. Det at jeg har gått inn og sett på kollegaers praksisutøvelse og også analysert denne, kan medføre at en som forsker trekker frem noe fra feltet som fagutøverne ikke vil ha belyst (Thornquist, 2012, s. 220). Og denne avveilingen mellom å tillate seg selv å se kritisk på eget fag, samtidig som en ikke vil trække kollegaer på tærne var noe jeg var bevisst på før intervjuene, og er en balansegang jeg tror jeg klarte å gjennomføre.

Informantene ble forsøkt anonymisert så langt det lot seg gjøre uten at viktig informasjon ble borte. Lydopptak og transkribering vil bli slettet i etterkant av oppgaven, og frem til sletting vil de være oppbevart på en innlåst kodebeskyttet datamaskin. Informantene ble også rekruttert på en måte som forsøkte å sikre anonymitet, ved at jeg rekrutterte deltagerne blant fysioterapeuter jeg kjente, ved å spørre om noen navn, og ut i fra disse navnene lagde jeg en liste. Ingen av rekrutteringsinformantene mine visste hvilke informanter jeg valgte ut, og ingen av informantene visste hvem som hadde anbefalt dem, og informantene i studiet visste ikke om hverandre. Bare hvor mange deltagere som skulle være med totalt.

Ett annet etisk hensyn jeg tok var muligheten til å ta sitatsjekk. Jeg ville tilby dette til de intervjuede av to grunner. Det ene er for å kvalitetssikre selve forskningsarbeidet, ved å gi de intervjuede muligheten til å kontrollere at det de har formidlet under intervjuet er oppfattet korrekt av meg. Og det andre er at selv om de intervjuede er lovet full anonymitet, vil det være umulig å garantere at de ikke kan gjenkjennes, siden det er en relativt liten faggruppe det er snakk om. De intervjuede fikk derfor få muligheten til å velge om noen sitater ikke skulle benyttes i oppgaven. Disse tingene ble det informert om på forhånd i infoskrivet, og de ga samtykke på bånd.

4 Resultater

4.1 Presentasjon av informantene

Informantene var representert av to kvinner og en mann. De hadde en spredning i alder fra 40 til 67 år. Fysioterapiutdanningen hadde de avsluttet for 12, 37 og 42 år siden, og den psykomotoriske videreutdanningen for 5, 16 og 27 år siden. Informantene hadde

arbeidserfaring både fra kommunehelsetjenesten, sykehus og i privat praksis. I dag jobber to av informantene i privat praksis, og en på en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP). Utover grunntidningen i fysioterapi, og videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi hadde alle, i ettertid, tatt en rekke kurs for å holde seg faglig oppdatert.

4.2 Presentasjon av resultatene

Analysen av intervjuene førte frem til tre hovedtema. Det første temaet har jeg kalt "Respirasjon som uttrykk for noe", med underpunktene "Smerte", "Følelser" og "Ta plass". Og dette temaet omhandler hva om uttrykkes gjennom respirasjon, og hvilken mening respirasjonen gis i behandlingen hos terapeutene.

Det andre temaet har jeg kalt "Pasientenes bevissthet rundt respirasjon". Med underpunktene "Noen vet mye", "Andre vet lite" og "Innlært pustemønster/styrt respirasjon". I dette tematiseres pasientens opplevelse og bevissthet om respirasjon.

Mens det tredje temaet er kalt "Respirasjon i behandlingen", med underpunktene "Direkte påvirkning" og "Indirekte påvirkning". Og omhandler hvordan informantene arbeider med respirasjonen i behandlingen.

4.3 Respirasjon som uttrykk for noe

Alle informantene trakk fram konkrete eksempler og beskrev hvordan observasjon av pasientens pustebevegelse bidro til å gi dem inntrykk av pasientens måte å forholde seg til seg selv og uttrykke seg på.

4.3.1 Smerte

Fysioterapeutene erfarte at de fleste pasientene presenterte forskjellige kroppslige plager, ofte knyttet til muskel- og skjelettsystemet når de kom i behandling til dem. Men de erfarte også at enkelte pasienter opplevde plager mer konkret knyttet respirasjonsbevegelsen.

Dette kunne enten være smerter lokalisert til brystet under respirasjonsbevegelsen, eller at

de opplevde selve bevegelsen som anstrengt og vanskelig. Alle informantene opplevde at det var en klar sammenheng mellom respirasjon og spenninger. De erfarte også at smerte kunne komme som en følge av spenningene, eller respirasjonsplager som en følge av smerter. Den ene informanten beskrev det som en ”høna og egget”-problematikk. For noen ganger hadde pasientene hatt plager så lenge før de kom til behandling at det kunne være vanskelig å si hva som kom først og sist. Pasientene var heller ikke alltid bevisste nok til å erfare sammenhengen mellom respirasjon, spenninger og smerte, og derfor ikke si noe om hva som var inntruffet først. Men informantene var imidlertid enige om at måten pasienten puste på, kunne bidra til anspent muskulatur, som igjen kan gi muskelsmerter. På den annen side var de også samstemte i at smerter i muskulatur kan føre til spenninger som igjen kan føre til en anstrengt pustemåte. Den ene informanten eksemplifiserte:

”jeg har en pasient som er mye plaget med migrenesmerter, og er veldig anspent, trolig på grunn av dette. Denne anspenheten medføre at pasienten har en anspent pust»

”...eller det kan også være omvendt, nemlig at en bundet pust kan gi muskelspenninger og smerte. Jeg tenker da på en annen pasient jeg har i behandling, som har astma og en bundet pust på grunn av dette»

En annen informant trakk fra hvordan nedsatt respirasjon, enten at den var overfladisk, kontrollert, eller begrenset på annen måte, kunne påvirke hele kroppen. At både på kort og lang sikt, så kunne nedsatt respirasjon medvirke til hodepine og magesmerter, men også påvirke andre kroppslige forhold som fordøyelse, hukommelse etc. Informanten forklarte:

”er pustebevegelsen hemmet, så påvirker det mange kroppslige funksjonerdet åndelige, hukommelse og alt...altså det virker på hele kroppen...”

Stress var et begrep som gikk igjen i intervjuene. Alle informantene snakket om stress som en faktor som kunne bidra til anspenhet og økt stivhetsgrad i muskulaturen. De beskrev hvordan alle sanseinntrykk, tanker og forestillinger påvirker spenningene i kroppen, og som igjen påvirker respirasjonen. Spesielt de to psykomotorikerne med lengst arbeidserfaring, trakk fram hvordan samfunnet hadde endret seg i løpet av den tiden de hadde arbeidet. Og videre hvordan ytre forventninger og krav medførte stress og

anspenthet, og bundet respirasjon. Men at også egne og indre krav og forventninger kunne ha samme virkning. Den ene informantene fortalte:

”...Ved høyt tempo og store krav, blir pusten bundet. Og pågår dette over tid, vil det sette forskjellige kroppslige spor»

Informantene fortalte videre at pasientene deres i mange tilfeller var klar over at stresset hadde en negativ virkning på dem, men ikke alltid hvilken virkning det hadde på dem. De kunne ha en form for bevissthet om at stress påvirket muskelspenninger og respirasjonen, men i liten grad reflektert over hva de selv kunne gjøre med dette. Men ofte etter en tids behandling kunne de bli mer bevisste og oppleve mer sammenheng mellom eget stress, spenninger, følelser og respirasjon.

4.3.1 Følelser

Informantene hadde også erfaringer med at enkelte pasienter opplevde redsel knyttet til opplevelsen av å ikke få nok luft. Her ble pasienter med astma trukket fram. Informantene erfarte også at pasienter med KOLS, samt andre lidelser og sykdommer knyttet til lungene, og/eller som hadde vært gjennom kirurgiske inngrep kunne oppleve samme redsel. En av informantene formidlet:

”har du astma for eksempel...så vil jo...det å få pusten ut være vanskelig...ekspirasjonen blir aktiv. Pasientene blir redde for å ikke få nok luft. Jeg tror det blir liggende mye angst rundt det...redselen for ikke å få puste”.

Andre pasienter kunne oppleve at de stoppet å puste på grunn av frykt. Andre følelser som ble trukket fram av informantene var lykke og ulykke. Informantene mente samfunnet hadde endret seg og at det var lettere å leve før, og følgelig lettere å puste også, siden liv og pust er sammenvevd og i et gjensidig forhold til hverandre. Og i forlengelsen av dette snakket informantene også om hvordan det å slippe til pusten er å slippe til følelser som gråt og latter. De reflekterte også over hvorvidt mennesker med et tillært pustmønster kunne være lykkelige mennesker, siden det antagelig har vært en grunn til at de en eller annen gang har vært nødt til å lære seg denne måten å pusten på, og i hvilken grad man kan

være ett lykkelig menneske om man ikke kan slippe til pusten og følelsene. I den forbindelse sa den ene informant:

”Men jeg tenker at et lykkelig menneske puster fritt...så jeg tenker at de som har lært seg å puste de har lært det av en grunn....ikke sant...?”

Informantene kom også inn på hva lite liv, eller spontan bevegelse, i pusteområdet kunne være tegn på. De trakk igjen frem sammenhengen mellom erfart og levd liv og pust. En av informantene sa:

«Så lenge vi inspirerer så lever vi, og i den forbindelse kan en også se lite livlig respirasjon som ett tegn på ett lite innholdsrikt liv på andre måter».

Alle informantene beskrev hvordan enkelte pasienter kunne bruke respirasjonen som en kontrollmekanisme for å kontrollere livet. Informantene med lengst erfaring som psykomotoriker hadde også inntrykk av at det var en økende tendens til at pasientene kontrollerte pusten. De trakk frem at faktorer som tidspress, bekymringer omkring økonomi og jobbsituasjon, samt bekymringer i privat livet, kunne medføre til dette økte behovet. Og at pasientene forsøkte å oppnå en kontroll over egen livssituasjon ved å kontrollere pusten. Dette ble således som en forsvarsmekanisme. I hvor stor grad pasientene var bevisst denne forsvarsmekanismen var informantene imidlertid usikre på .

4.3.2 Ta plass

Informantene nevnte også de såkalte «snille pikene», som en pasientgruppe de fikk henvist en del av. Dette kunne være stille og snille, fortrinnsvis unge jenter som ikke ville ta plass i tilværelsen, og som heller ikke ga pusten plass. Mange av disse pasientene viste noe tilbakeholden og beskjeden væremåte, som ble gjenspeilet i måten respirasjonsbevegelsen deres var. På samme måte som de bremsset pusten, kunne det virke som om de bremsset seg selv. I likhet med pasientene som brukte pusten som en kontroll, en måte å ta kontroll over egen livssituasjon, så brukte disse pasientene også pusten til å skjule hvordan de egentlig hadde det. Den ene informant brukte uttrykket: *”å kamuflere pusten sin”* når hun beskrev denne bremsete respirasjonsmåten disse pasientene hadde.

Noe informanten tolket som ett tegn på at de bevisst eller ubevisst skjulte noe, eller holdt noe tilbake.

Også andre pasienter i andre aldersgrupper og kjønn, kunne vise noe av den samme pustemåten når de kom til undersøkelse. Det kom også opp historier om menn i 40-50 års alderen som var deprimerte og hadde noe resignert over seg, og der pusten virket livløs. Og når disse pasientene fortalte sin historie så var den ofte preget av at de opplevde lite innhold og hadde få drømmer i livet, eller at ønsker og drømmer for livet ikke var oppnådd. En av informantene fortalte:

” De kan kanskje ha gått hele livet og holdt pusten, holdt seg tilbake, vært redde...eller ja...faktisk også beskjedne... ”.

I forbindelse med pasientgruppen som informantene kalte ”*de snille pikene*”, kom de inn på pasienter som hadde en tendens til å strekke seg for langt. Informantens erfaring med disse pasientene var at de i mange tilfeller gikk med holdt pust. De kunne også ofte ha en høy intensitet på det de holdt på med, og gjerne også en et høyt tempo, noe som begge deler ga lite rom for pustebevegelsen. Men informanten syntes at pasientgruppen ofte var en takknemlig gruppe å jobbe med. De var i mange tilfeller reflekterte, og det skulle ofte få innspill til før de fikk økt innsikt i egen situasjon og ble motiverte for endring. En informant fortalte:

”Jeg opplever ofte at denne pasientgruppen ofte ser hvor haken er...hvor de kan gjøre forandringer..., de har kapasitet...refleksjonsevne...”

Videre var informantenes oppfatning at denne pasientgruppen i de fleste tilfellene likte å stå på, og at det ga dem noe positivt. Og kroppslig sett erfarte informantene ofte at hadde mange av disse pasientene kunne ha redusert balanse og bakkekontakt.

4.4 Pasientenes bevissthet rundt respirasjon

Under dette temaet formidlet informantene at det finnes mye kunnskap om respirasjon . Ukeblader kunne ha artikler med veiledninger om hvordan man skal puste, og mye stoff var også tilgjengelig på internett. Informantene hadde erfart at det kunne variere mye hva

pasienter hadde av kunnskap om respirasjon. Noen pasienter hadde lest internett opp og ned, og frem og tilbake, og hadde mye teoretisk kunnskap om respirasjon. De hadde gjerne hørt at de skulle puste ”sånn og slik”. Informantene mente at ett av godene ved at kunnskapen var så tilgjengelig, var at det kunne gi økt innsikt, og således være gunstig for enkelte pasienter. Men at slik kunnskap og innsikt for andre igjen kunne medføre en ekstra belastning fordi de ble opptatt av å puste riktig, og således ikke anvendte kunnskapen på en adekvat måte.

4.4.1 Noen vet mye

Informantene var enige om at det var mye informasjon tilgjengelig i dagens informasjonssamfunn. Og at det var både fordeler og ulemper med det. En ulempe med all informasjonen var at pasientene kunne låse seg i feilaktige forestillinger om respirasjonens funksjon, og således være lite tilgjengelige for terapeutiske innspill. Og en av informantene fortalte:

«Enkelte pasienter kan være vanskelig å jobbe med. For de tror de tror gjerne at de har en god forståelse av respirasjonens funksjon. Men så viser det seg at den er feil, og den feilforestillingen kan ofte være vanskelig å endre».

Men dette var ett problem som ikke angikk respirasjon, men kunne også være et mer generelt problem i forhold til pasienter som leste seg opp på internett om diagnoser o.l. Informantene trakk også frem at enkelte pasienter kunne tematisere respirasjonen selv, i starten av behandlingen. De kunne fortelle at de hadde hørt av andre at de ikke pustet skikkelig, og at de hadde forsøkt å instruere seg selv i å puste på en annen måte basert på hva venner og familie har fortalt dem. En av informantene trakk fram en pasient informanten hadde hatt i behandling, og som hadde og viet respirasjonen mye oppmerksomhet, og var fornøyd fordi hun klarte å puste med magen, men som til gjengjeld ikke pustet med noen av de andre segmentene i overkroppen. Dette tolket informanten som at pasienten hadde mye teoretisk kunnskap om respirasjon, men mindre erfaring knyttet til hva den frie spontane pust innebar. Andre informanter fortalte at enkelte pasienter kunne ha mye kunnskap om respirasjon, men at de ikke greide å sette ord på og kjenne på seg

selv hva som var vanskelig med deres egen respirasjon. Pasientene kunne gjerne si at det ”er noe med pusten”, eller at de føler at ”de ikke får pustet skikkelig”.

4.4.2 Andre vet lite

Informantene fortalte også om andre pasienter som hadde liten bevissthet om respirasjonen før de kom i behandling. De fortalte også om pasienter som kunne ha fått informasjon fra henvisende legen om at de i de behandlingen de var henvist til skulle ”lære å puste”.

Informantene hadde således en oppfatning av at kunnskapen om respirasjon var begrenset og ofte mangelfull også blant annet helsepersonell. Erfaringene deres var at mange leger har god innsikt i det fysiologiske aspektet ved respirasjon, men liten kunnskap om sammenhengen mellom respirasjon og følelser, og muskelspenning og følelser. Mens psykologer på den annen side, hadde kunnskap om sammenhengen mellom pust og følelser, men hadde mindre kunnskaper om fysiologien, og hadde heller ikke verktøy til å legge til rette for at pasientene kunne slippe til pusten. En informant sa:

”Jeg opplever at enkelte pasienter har fått inntrykk av at skal til fysioterapeuten for å lære å puste»

Informantene opplevde at det var en del myter om respirasjon både blant pasienter og helsepersonell, og at kunnskapen om sammenhengen mellom respirasjon, følelser og spenninger ikke alltid var til stede.

4.4.3 Innlært pustemønster/styrt respirasjon

Alle informantene hadde møtt pasienter som har hatt med seg innlærte pustemønster før de kommer til behandling. Innlært pustemønster i denne sammenheng kunne være pustemåter som bevisst var innlært i forbindelse med trening som meditasjon, mindfulness, tai chi og yoga. Eller det kunne være pusteteknikker som var tillært fra andre helsefaglige yrkesgrupper. Dette kunne for eksempel være pasienter som hadde lært seg pusteteknikker for å mestre angstanfall. En teknikk de hadde lært av sykepleiere, allmennpraktiserende fysioterapeuter eller psykologer. Informantene syntes dette var uproblematisk, for deres

erfaring var at denne noe spesifikke pusteteknikken ofte bidro til og var en hjelp til å gjenvinne kontroll over respirasjonen i situasjoner der det var nødvendig å unngå hyperventilering. Dessuten erfarte informantene at pasientene brukte dette kun for å mestre angstanfall.

Informantene fortalte også om pasienter som hadde lært pusteteknikker i forbindelse med barnefødsler, eller som har lest seg til hvordan de ideelt sett burde puste via ukeblader.

Under intervjuene kom informantene også inn på at forskjellige typer trening kunne bidra til å påvirke respirasjonen. En av informantene kunne fortelle om en pasient som trente yoga før hun begynte i psykomotorisk behandling, og som fortsatt med dette etter å ha gått i behandling en stund. Denne pasienten opplevde at hun fikk bedre utbytte av yoga etter psykomotorisk behandling, fordi hun fikk en friere pust. Ingen av informantene ga pasientene forbud mot trening mens de var i behandling, så sant de ikke erfarte at det virket negativt inn på behandlingen:

”...Hvis jeg ser at det kolliderer totalt, så er det klart, da blir det negativt, da må pasienten gjøre et valg i forhold til å fortsette med den treningen, eller fortsette i behandling”

Men alle informantene pleide å anbefale pasientene å gå turer i rolig tempo, gjerne alene, eller sammen med en god venn/venninne, hvis pasientene spurte om råd om trening mens de gikk i behandling.

4.5 Respirasjonen i behandling

Alle informantene jobber med respirasjonen i behandlingen, både individuelt og i grupper, da de vurderte det å kunne puste fritt som en forutsetning for å ha det godt. Men de brukte forskjellige tilnærminger, avhengig av hvor pasientene var i behandlingsforløpet.

4.5.1 Indirekte påvirkning

Når informantene behandlet pasienter individuelt, etterstrebet de å påvirke respirasjonen indirekte ved å jobbe med muskulatur som virket respirasjonshemmende, og ved å få

pasientene til å gjøre bevegelser som la til rette for at respirasjonen kunne flyte fritt. Dette kunne eksempelvis være å bevege kjeven og thorax eller gjøre forskjellig strekkebevegelser. Informantene valgte ofte å ikke formidle til pasienten hva hensikten med bevegelsene var, men kommenterte heller i etterkant, for å få pasientene til å bli oppmerksomme på hva som skjedde med pusten når de gjorde bevegelsene. De kunne gjerne reflektere med pasientene i etterkant, og ofte forklarte de at man i psykomotorisk fysioterapi ønsket å tilstrebe en fri og ikke styrt pust. Alle informantene erfarte at det var en balansegang mellom hvor mye de skulle forklare og instruere og hvor mye de skulle la være, for å fremme den frie pust. I den forbindelse erfarte de også at det var viktig at det skjedde en bevisstgjøring hos pasienten. Og dette kunne fremmes ved at de for eksempel kommenterte ting de observerte under utførelsen av øvelser og stimulering, og samtidig etterspurte hva pasienten erfarte. En av informantene beskrev:

”Så hvis du kan få integrert pusten gjennom øvelser og stimulering så... kan en koble det til bevisstheten med å si at ”ja nå puster du fint”, eller ”der slapp du fint pusten, kjente du det?”

4.5.2 Direkte påvirkning

Spesielt i forbindelse med gruppetrening fortalte informantene at de nok instruerte for å fremme pustebevegelsen. En av informantene formidlet at hun pleide å si: ”

«i psykomotorisk fysioterapi, der skal vi i grunn ikke styre pusten...men jeg gjør det nå.....».

Informanten forklarte videre at øvelsene i gruppetimen var hentet fra kurs informanten hadde vært på i Tai Chi og Basal Kroppskjennskap, og der pusten brukes i kombinasjon med bevegelsene for å få til en forsterkelse av bevegelsene, ved at de strekker seg godt ut i ytterstilling på innpust. De andre informantene fortalte om lignende tilfeller fra sine gruppetimer, der de alle har plukket med seg elementer fra hva de har lært på kurs og fra andre fysioterapeuter. En sa:

”jeg er blitt inspirert f eks tai chi, men opplever at det er forenlig med psykomotorikken som jeg har lært.”

Informantene hadde også jobbet med pasienter hvor angst har vært en del av problematikken, og sett betydningen bruk av pusteøvelser kombinert med for eksempel telling, kunne ha for å mestre angstanfall. Og dette ble begrunnet med at det for noen, som hadde liten kontakt med egen kropp, så kunne denne kontakten med pusten være en måte å komme i kontakt med og få tilgang til egen kropp. Samtidig som en slik pustemåte kunne være beroligende i et akutt panikkanfall. Hvis alternativet var å holde pusten, med følgende økte angstsymptomer, syntes informantene det var mer hensiktsmessig å lære bort strategier de kunne bruke der og da for å mestre symptomene.

5 Diskusjon

5.1 Smerter, følelser, pust og spenninger, angst, frykt

I den psykomotoriske tradisjonen har man vært lite opptatt av diagnoser, men heller hatt fokuset rettet mot en generell omstilling av hele kroppen (Buncan, 2001). Fra intervjuene kommer det frem at informantene har ett helhetlig syn på kropp og respirasjon, i tråd med det kroppsfenomenologiske perspektivet, som viser til at vi både har en kropp, og er en kropp. I forlengelsen av at muskulatur og respirasjon er i ett samspill som noen ganger gjør det vanskelig å avgjøre hva som inntreffer først av pusteproblemer eller muskel- og skjelettplager, gir også informantene uttrykk for at respirasjonsplager og problemer er noe som kan få konsekvenser for hele mennesket, og *”det virker i hele kroppen når vi puster dårlig”*. Som ett eksempel på dette viste informantene til at alle sanseinntrykk, tanker og forestillinger kunne være faktorer som kunne bidra til stress og muskelspenninger, og antagelig smerter om spenningene fikk stå over lenger tid. I følge diafragrammodellen er denne muskelen enestående i den forstand at den reagerer på det meste av det som skjer i oss, både i forhold til de nærliggende indre organ. Men også pust, følelser, spenninger, og smerter i rygg, hofte, nakke, skuldre og ansikt. Samt påvirkning av holdning og balanse (Buncan, 2010). Slik at utsagn om at *”det virker i hele kroppen om vi puster dårlig”*, harmonerer godt med hvordan m. diafragma, og dens funksjon og virkning vektlegges.

Tidligere kasuistikker har beskrevet hvordan livet kan sette kroppslige spor (Thornquist, 2005). Og det virket klart for informantene at de ikke kunne skille ut pust, muskelspenninger eller sykdom som noe eget uavhengig av pasientens livsbetingelser ellers. ”Den levde kroppen kan aldri forstås løsrevet fra sin omverden og historie” (Gretland, 2007, s. 27). Og også respirasjonen må forstås som ett uttrykk for menneskers omverden og historie, og sees i en slik sammenheng.

Informantene i studien behandlet pasienter med smerter relatert til muskel- og skjelettsystemet, og det var smerter pasientene oftest presenterte ved første gangs konsultasjon. I noen tilfeller presenterte pasientene plager og sykdommer knyttet til lunger og respirasjonen som hoveddiagnose, ved for eksempel astma og KOLS. Andre ganger kunne plagene knyttet til respirasjonen presenteres som en sekundær diagnose i anamnesen ved at pasientene formidlet at smertene ble forverret ved dype pustebevegelser. Pusten bindes når man for eksempel tar i så kraftig med armene at skulder og brystmuskulatur fikseres. (Braatøy, 1947, s. 192) Mennesker som har hatt smerter over lengre tid kan få ett behov for å forsøke å unngå å bevege den kroppsdelen som er skadet, ved at man for eksempel holder armen tett inntil kroppen. Og selv om man ikke tar i med alle kreftene man har ved en slik type fiksering av overkroppen for å verne eller skjerme den delen av kroppen som gir plager, vil det likevel kunne få konsekvenser for respirasjonsbevegelsen om man over lengre tid går med en økt muskelaktivitet i for eksempel skulder og brystmuskulatur. Eksempelet viser at man kan få ett anstrengt respirasjonsmønster sekundært, og som følge av en skade i en arm eller lignende om man i en slik situasjon går med kontrahert muskulatur over lengre tid, vil dette også på sikt kunne føre til smerter i seg selv (Thornquist, 2003, s. 37). På den annen side kan mennesker som puster hurtig grunnet angst, eller har en regulert pustemåte for å unngå angst få smerter i muskulatur som følge av respirasjonsmåten. Braatøy brukte betegnelsene angstnevrotikere og tvangsnevrotikere om pasienter som pustet som beskrevet over (Braatøy, 1947, s. 217). Han mente angstnevrotikerne ville fikserer pusten høycostalt ved å spenne hals, skulder og armmuskler, mens tvangsnevrotikerne pust kunne vise seg i forskjellige former, for eksempel ved at pusten ble dirigeres ned i magen. En slik forsert respirasjon, enten i inspirasjonsfasen, ekspirasjonsfasen eller begge deler kan føre til smerter i muskulatur på sikt. Forsert respirasjon kan medfører økte spenninger, statisk muskelarbeid og en feil

funksjon av muskulatur som utfører respirasjonsbevegelsen. Enten direkte eller indirekte. Hvis musklene står mer eller mindre konstant kontrahert vil dette kunne føre til smerte og forkortet muskulatur. De aksessoriske respirasjonsmusklene som kan være involvert ved forsert inspirasjon er mm. intercostalis, mm. scaleni, m. sternocleidomastoideus, mm. pectoralis major et minor, mm. serratus posterior et inferior, samt thoracaldelen av m. erector spina, og de infrahyoide muskler. (Thornquist, 2003, s. 37) Det kan også forekomme at ekspirasjonen er forsert, noe som kan føre til muskulaturen som brukes til ekspirasjonen blir stående med økt spenning og blir forkortet, som igjen kan virke bremsende på inspirasjonen. En forsert ekspirasjon aktiverer spesielt magemuskulaturen. Innen psykomotorisk fysioterapi er også ett av prinsippene at enhver muskelspenning er en respirasjonsbremse. I praksis innebærer dette at avspenning hvor som helst i kroppen kan virke frigjørende på pusten. Og som nevnt vil en tvangsnevrotikers respirasjon kunne vise seg ved at den dirigeres ned i magen og med hemmet bevegelse i andre partier. En slik respirasjonstype *"sees svært ofte sammen med fleksjons-adduksjons-spenninger i hoftene og manglende bevegelse i bekken- og hofteparti"* (Thornquist, 2003, s. 42) Dette viser at pustemåten kan bidra til muskulære plager og smerter, og som tidligere vist kan også smerter og muskulære plager føre til endret pustemåte. Informantene i denne studien erfarte at det noen ganger kunne være vanskelig å vite hvilke plager som var kommet først når pasientene presenterte problemene ved oppstart av behandling. Spesielt hvis plagene hadde vart lenge, kunne det være vanskelig å vite hva som var *"høna og hva som var egget"*. Og pasienter som kommer til psykomotorisk fysioterapeut har i mange tilfeller hatt plagene lenge. En studie viser at gjennomsnittet kan være ni år fra plagene inntreffer til de kommer til psykomotorisk behandling (Breitve, Hynninen, & Kvåle, 2008). Slik at det kan være grunn til å tro at det i mange møter mellom pasient og terapeut er vanskelig å vite hva som kom først.

Respirasjonen kan som nevnt påvirkes av følelser. Braatøy beskrev dette ved å vise de to karaktertypene som pustet av angst, eller for å unngå angst. I intervjuene ble dette utdypet ved at informantene hadde erfart at pasienter med sykdommer der pust er noe som er tilstede i bevisstheten hele tiden plages med dette. Det kunne være pasienter med KOLS, som er avhengige av å få tilført oksygen via maske og flaske, eller pasienter som har astma og som da har en aktiv ekspirasjon. Drew Leder har vist hvordan vi i de fleste tilfeller tar

kroppen for gitt, men når vi opplever smerte så vendes oppmerksomheten mot kroppen. Han illustrerte dette ved å bruke en tennisspiller, og som hadde oppmerksomhet rettet mot spillet og tennisballen, helt til han kjente en smerte i brystet, og brått ga all oppmerksomhet mot den. Og videre beskrev han hvordan tennisspilleren utforsket forskjellige stillinger og bevegelser for å unngå smerten. Og ved kroniske tilstander er det ingen stillinger eller bevegelser som kan fjerne tilstanden (Leder, 1990, ss. 70-74). Så ved kroniske tilstander kan en se for seg at angst og frykt i enda større grad vil være med å styre respirasjonen, for eksempel ved at det skjer en endring i amygdala som medfører en utløsning av endokrine responser hos pasienter kun ved synet av noe eller lyden av noe, som minner dem om noe skremmende eller truende de har opplevd tidligere som en betinget frykt (Brodal, 2013, s. 485). Og når det gjelder astma kan det også evnes at dette er en tilstand det verserer mange hypoteser og teorier om årsakene til. Men det er antagelig sammensatte årsaker, og ikke bare allergi som lenge har vært den mest nevnte årsaken (Thornquist, 2003, s. 85). Informantene diskuterte også andre følelser i forbindelse med respirasjonen. Begrep som lykke og ulykke, latter og gråt. Og de beskrev det som at det er *”lettere å puste når det er lettere å leve”*, og *”et lykkelig menneske puster fritt”*. Ideelt sett vil inspirasjonsbevegelsen i hvile starter i kroppens sentrum, mellomgulvet, og sprer seg fritt uten låste partier oppover og nedover. Mens ekspirasjonen skjer helt passivt. Hele bevegelsen skal være preget av jevne faser og jevn rytme (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 44). Ingen enkeltfunn kan sies å være helt entydige ved undersøkelse av pasienter som skal inn i psykomotorisk fysioterapi. Alle funn fra undersøkelse og anamnese må oppsummeres før man kan konkludere. Men både ut fra funnene i intervjuene og litteraturen kan en antagelig forsøke å legge til rette for den ideelle respirasjonen, for å øke pasienters livskvalitet.

”Flinke piker” har vært ett begrep som har vært brukt i media om jenter som har gode karakterer, bruker lite rus og er mer pliktoppfyllende enn før. Men mange av disse jentene sliter også med prestasjonspress, stress og psykiske plager (Mæland, 2016). Informantene snakket om ”de snille pikene” i løpet av intervjuene, og henviste til samme gruppe jenter. De fortalte at mange av disse jentene hadde en respirasjonsbevegelse som uttrykte noe stille, beskjedent, tilbakeholdent og kontrollert. Tidligere mente man at menn og kvinner pustet forskjellig, men ifølge psykomotorisk oppfatning er ikke dette tilfelle, da pustemønster kan variere med vaner, sykdom og emosjoner hos begge kjønn (Bunkan,

Kropp, Respirasjon og Kroppsbilde, 2010, s. 102). Likevel kan det være andre forskjeller mellom kjønnene som kan påvirke vaner og lignende. ”*Hvordan vi ter oss, handler også om at vi lærer kulturelt verdsatt væremåter – som kvinne eller mann...*” (Gretland, 2007, s. 61). Informantene beskrev hvordan de ”flinke pikene” også framstod som stille og snille og tok liten plass og oppmerksomhet. Dette gjenspeilte seg i respirasjonen deres ved at den knapt var hørbar eller synlig, som om de ikke turte trekke pusten skikkelig. I forhold til det å ta plass skriver Gretland at kvinner i større grad enn menn evaluerer seg selv i forhold til det annet kjønn, og har en selvbevissthet som er knyttet til en skjev maktfordeling.

Å skakke med på hodet som en kvinne, å gå som en kvinne, å sitte som en kvinne, å bære som en kvinne – alle slike bevegelser har kommunikativ betydning ved at kvinnen signaliserer kvinnelighet til omverdenen. Men slike bevegelsesmønstre, som for kvinners del typisk er preget av lukkethet og tilbakeholdenhet med hensyn til engasjement og bruk av rom og krefter, virker igjen tilbake på hva en faktisk kan greie. Avmakt og frustrasjon kan være en konsekvens av slike typiske kvinnelige bevegelsesmåter (Gretland, 2007, s. 62).

Selv om forekomsten av psykiske plager er 2-3 ganger høyere for unge jenter enn hos gutter finner en psykiske plager i andre aldersgrupper og hos menn også (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2015). Og informantene fortalte også om menn i 40-50 års alderen som hadde en respirasjonsmåte som bar preg av noe tilbakeholdent. Men da var det mer som om det var noe deprimert eller resignert over dem. Braatøy skrev at ett menneskes pustemåte i en rekke tilfeller kunne være preget av dets forhold til livets goder (Braatøy, 1947, s. 222). Informantene erfarte at det hos denne pasientgruppen var som om de ikke helt hadde turt å slippe seg til i livet, og at dette også gjenspeilte seg i deres måte å puste på. Og i den forbindelse kan en også se på selve ordet *inspirert*, som har en dobbeltbetydning i form av at det betyr at man er helt med på en sak (Braatøy, 1947, s. 212).

5.2 Bevissthet om respirasjon

Det er åpenbart variasjoner i kunnskapen hos både pasienter og andre faggrupper i følge informantene. Det ble ikke sagt noe om hva man burde kunne forvente av kunnskap om respirasjonen fra pasientene eller andre fagpersonell. Men det at informantene hadde erfart

at leger hadde god innsikt i det fysiologiske, og psykologer kunnskap om følelser og pust, kan tyde på at den dualistiske tenkningen fortsatt er rådende. Det samme kom til uttrykk når informantene snakket om pasienter. Både pasientene med mye kunnskap om respirasjon, og de med mindre kunnskap virket å ha et dualistisk kroppssyn, selv om det i noen tilfeller kunne være mangel på ord og begrep som gjorde det vanskelig for informantene å få tak hvilket syn pasientene hadde.

Descartes tenkning har satt dype spor etter seg i vestlig tenkning. Ikke bare innen fagfelt som medisin, men også i hverdagen er vi sosialisert inn i en tenkemåte der kropp og sjel er adskilte (Gretland, 2007) (Thornquist, 2012). Denne dualismen viser seg i form av en biomedisinsk tenkemåte innen helsevesenet, og som kan ha ført til at helsepersonell som leger mangler *”teoretiske forutsetninger for å forstå hvordan erfaringer knyttet til selvbildet, relasjoner og verdier «innskriveres» i kroppen”* (Getz & Kirkengen, 2011). Det vil antagelig ikke være noen læresteder som direkte sier at de lærer opp studentene til å tenke at det er ett skille mellom kropp og sjel, men i løpet av en utdanning skjer det trolig en reorientering i virkelighetsoppfatning, som sosialiserer helsepersonell inn i en slik biomedisinsk tankegang. (Thornquist, 2012, s. 95).

Det at også pasientene hadde det samme dualistiske synet, kan tyde på at også mennesker uten helsefaglig bakgrunn er sosialisert inn i den samme tankegangen, og kanskje spesielt de som leser seg opp på internett om sykdom og diagnoser, ved at de internaliserer det samme språket, og den samme tenkningen.

Informantene formidlet også hvordan enkelte pasienter brukte internett til å skaffe ti veie informasjon, noe som stadig blir mer utbredt. Ikke bare for å søke informasjon om pust, men også diagnoser og symptomer. Dette har blitt et fenomen som også har fått sitt eget tv-program under tittelen ”Hva feiler det meg?”, der to lag bestående av henholdsvis leger på den ene siden, og ett ”folkelag” med nettbrett på andre siden skal gjette seg frem til en diagnose (Bordvik, 2016). Det at pasienter blir mer aktive i å tilegne seg medisinske kunnskaper kan være med på å øke forståelsen mellom terapeut og pasient ved at de kan snakke samme språk, og har noen felles referansepunkt, og en felles forståelse. Men ut ifra et fenomenologisk perspektiv kan det sees som problematisk at pasienter tilegner seg medisinsk kunnskap, fordi dette kan være med på å forsterke en naturalistisk holdning, og en underkjenning av pasientenes egne erfaringer. (Thornquist, 2012, s. 96). For på samme

måte som en student sosialiseres inn i en naturalistisk innstilling gjennom studiene, ved at det foregår både en innlæring og en avlæring, kan noe lignende også skje når pasienter bruker internett til selvstudie av kroppen.

Noen av pasientene informantene hadde hatt i behandling hadde med seg en innlært pustemåte. Og siden kroppen kommuniserer og uttrykker mening, forsøkte informantene å få hvilken betydning denne pustemåten hadde for pasienten. Informantene erfarte at disse tillærte pustemåtene og var nyttige for enkelte pasienter, for å for eksempel komme seg gjennom angstanfall. Innen psykomotorisk fysioterapi vurderes gjerne kontrollert pust som en måte å kontrollere følelser. I behandlingen stimuleres det til å ikke dirigere respirasjonen, men heller å slippe den til (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 32). Og mange psykomotorikere har erfart at denne pasient gruppen ”er de mest utfordrende pasienten å få til en endring hos. De har gjerne lært pusteøvelser og innøvd en aktiv ut pust. Det er ille, for ekspirasjonen skal jo være inaktiv” (Andersen & Øvreberg, 2002, s. 26). Informantene hadde møtt pasienter som har lært seg pusteteknikker for å mestre angstanfall og lignende, som altså brukte pusten til å gjenvinne en kontroll over seg selv. De syntes imidlertid at dette var uproblematisk fordi deres inntrykk var at pasientene brukte dette lite bortsett fra ved angstanfall. Bakgrunnen for at en i PMF oppfordrer pasientene til å slippe til pusten, eller å slippe pusten fremfor å dirigere pusten ved å si henholdsvis ”pust inn” og ”pust ut”, kan ha bakgrunn i Braatøys erfaring med at hvis man ber ett menneske med anspent respirasjon om å aktivt dirigere pusten, så vil en forsterke et allerede uheldig pustemønster. I dagligspråket vil mange ta det for gitt at en skal puste aktivt om de instrueres i å puste, men siden målet ikke er å få kraftigere pustemuskulatur, men heller løsne på denne muskulaturen vil det være kontraindisert å oppfordre noen til å gjenta noe de gjør galt (Braatøy, 1947, ss. 194-196).

I sammenheng med hva pasienter hadde lært av andre teknikker tidligere, ble det også trukket fram hvordan informantene informerte og stimulerte pasientene i behandlingen. Det er vanlig at pasienter ikke går til behandling oftere enn en gang pr uke når de går til psykomotorisk behandling. Og mange av pasientene drev med trening ved siden av behandlingen. Ingen av informantene var negative til dette i utgangspunktet, så lenge de ikke erfarte at det virket direkte mot omstillingsprosessen. Innen psykomotorisk fysioterapi

fraråder en tradisjonelt pasientene om å delta i trening som forsterker kroppsspenninger, eller motvirker omstillingsprosessen. Hvis pasientene skulle oppleve økte smerter når de gikk i behandling, ville det dessuten være vanskelig å vite hva som var opphavet til smertene hvis de samtidig trente ved siden av (Andersen & Øvreberg, 2002, s. 99). Som en utdypning av dette skriver Thornquist og Bunkan, at en selvfølgelig ikke fraråder all bevegelse, men at det dreier seg spesielt om treningsformer som er prestasjonsbaserte og tempostyrte, med stereotype bevegelser. (Thornquist & Bunkan, 1995 [1986], s. 104). For informantene dreide dette seg nok litt om en pragmatisk tilnærming også. Trening er viktig for mange, og trening kan være en måte å kontrollere seg selv. Men når terapeutene fortalte pasientene i oppstarten av behandlingen at psykomotorisk behandling er en langvarig omstillingsprosess, kan det trolig virke negativt på enkelt pasienter. Det finnes dessuten flere trenings- og aktivitet former som ikke har prestasjonselement i seg, det være seg gå turer, yoga e.l. Så den ene informanten sa at dette var noe en "måtte se an etterhvert". Noe som også kunne være en læringsprosess for pasienten å skulle kjenne etter selv hva som skjer når de trener, og se på hvilken funksjon trening hadde og hadde hatt for pasienten i den tiden de gikk til behandling.

5.3 Bevisstgjøring og påvirkning

Informantene arbeidet både med direkte og indirekte påvirkning av respirasjonen hos pasientene, der målet var å oppnå en bevisstgjøring av pasientene i forhold til respirasjonen. Innen den psykomotoriske tradisjonen har en ikke noen tradisjon for å aktivt instruere respirasjonen under behandlingen som beskrevet under forrige del. Men en bruker heller indirekte teknikker, som uvilkårleg, uten at pasienten behøver å tenke på det, utløser respirasjonsbevegelsen ved at man slipper respirasjonsmuskulaturen, fremfor å aktivt bruke respirasjonsmuskulaturen (Braatøy, 1947, ss. 195-196). Noe som utløser den dype spontane respirasjonen som en ser på som ønskelig. Det finns mange tilnærings måter for å utløse den dype respirasjonen, og utdypning av de forskjellige måtene kom imidlertid ikke fram under intervjuene. Informantene erfarte at de brukte forskjellige tilnærings måter avhengig av hvilken pasient de hadde i behandling. Og siden enhver øvelse og bevegelse påvirker pusten, kan i prinsippet alt defineres som indirekte respirasjonsøvelser

(Thornquist, 2003, s. 191) Men noen tilnærings måter som blir brukt i psykomotorisk fysioterapi kan være å ta utgangspunkt i kroppens stillinger i hvile, da det ofte har en avspennende effekt, og som dessuten kan være et forberedende tiltak før massasje, som igjen kan være et annet tiltak. Strekkøvelser og øvelser med elementer av sving og svikt er også vanlige tiltak (Thornquist, 2003). Dette er gjerne tilnæringer som brukes av andre fysioterapeuter også, men der en kanskje har andre forklaringsmodeller eller formål for øvelsene. Det som kan skille psykomotorisk fysioterapi fra andre med disse øvelsene, er vekten som legges på respirasjonssvaret, den dype spontane respirasjonen. Og for informantene var det i forbindelse med respirasjonssvar de vanligvis snakket om respirasjon med pasientene, ved å kommentere at "der pustet du godt" for eksempel, og ved å stoppe opp litt og dvele litt ved dette, og reflektere sammen med pasienten, hvordan det opplevdes eventuelt å slippe pusten til, og hvilke følelser som eventuelt kom fram ved slippet. Dette er også elementer som skiller psykomotorisk fysioterapi fra annen fysikalsk behandling ved bruk av de samme øvelsene.

Det kan for mange være en lang vei å gå fra å styre pusten, til å ha den helt fri. Og for informantene var det i den første behandlingstiden viktig å finne ut hvilken funksjon denne kontrollen har for pasientene. For som flere av informantene formidlet så kunne kontrollen ha en viktig funksjon for pasientene. Det kunne både være uforsvarlig og uhensiktsmessig å ta fra pasienter en kontrollmekanisme som virket som ett forsvar i forhold til det pasienten opplevde som belastende på jobb og i privatliv. Pasientene kunne ha tilegnet seg en forsvarsmekanisme som har fungert hensiktsmessig for dem, og hvis en tok fra dem denne kontrollen, så kunne en ta fra dem forsvaret. Informantene sa: "*Og da er nå et sånn litt shaky opplegg å begynne på...fordi...hvis de har jobba veldig mye med det sjøl...så går det som regel i lås.*"

Med offentlig autorisasjon som fysioterapeut følger et selvstendig og personlig ansvar for å utøve arbeidsoppgaver forsvarlig. Og dette innebærer at det stilles krav til faglig og etisk standard og til å holde seg faglig oppdatert. (Norsk Fysioterapeutforbund, 2015). Alle informantene hadde holdt seg faglig oppdatert ved å delta på kurs etter videreutdanningen i psykomotorisk fysioterapi. De har også deltatt på kurs som ikke er direkte relatert til fysioterapi, men kurs som er åpne for andre også, som Tai Chi og mindfulness. Da det

ikke var noe tema i oppgaven her å vurdere disse tilnærmingene, og det finnes antagelig forskjellige måter å utføre både Tai Chi og mindfulness på, så det ville være uhensiktsmessig å skulle forsøke å beskrive disse kursene på noen måte. Men informantene formidlet at når de brukt elementer fra andre tilnærminger valgte de øvelser og bevegelser som de synes var forenlig med grunnkunnskapen de hadde fra psykomotorisk fysioterapi. Og dette virket å være en forutsetning for informantene for å ta det inn i behandling av pasienter.

6 Avslutning

6.1 Sammendrag av studien

I denne studien har jeg med problemstillingen; *”Hvilke erfaringer og refleksjoner har psykomotoriske fysioterapeuter om respirasjon?”* intervjuet tre fysioterapeuter med videreutdanning i PMF, og fått deres refleksjoner om temaet. Bakgrunnen for studien har vært min egen interesse for temaet, og hensikten har vært et ønske om å utvikle kunnskapen om psykomotorisk fysioterapi, ved å rette blikket mot en del av faget. Som en del av arbeidet har jeg satt meg inn i litteratur om temaet, og som teoretisk perspektiv har jeg benyttet kunnskap fra faget norsk psykomotorisk fysioterapi og dens grunnleggere Aadel Bülow-Hansen og Trygve Braatøy. Oppgaven hører også hjemme i den fenomenologiske vitenskapstradisjonen, med vekt på kroppsfenomenologi. I tillegg har jeg benyttet kunnskap fra fysiologien og anatomien om muskulatur og nervesystemet. Metoden som er benyttet for innhenting av informasjon er dybdeintervju av informanter som jobbet som psykomotoriske fysioterapeuter, og resultatene ble siden analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

6.2 Sammendrag av resultater og diskusjon

De tre informantene hadde en spredning i alder og arbeidserfaring, og de hadde alle holdt seg oppdatert faglig etter grunn- og videreutdanning. Analysen av intervjuene førte frem til tre hoved tema, med underpunkter. Det første temaet dreide seg om hva som uttrykkes

gjennom respirasjonen, og hvilken mening dette for i forhold til pasientbehandlingen. Fra intervjuene kom det frem at informantene har ett helhetlig syn på kropp og respirasjon, og at de legger stor vekt på respirasjonen både i undersøkelse og behandling. Dette er i tråd med den psykomotoriske fagtradisjonen. Det at smerter, følelser, pust og spenninger hang så tett sammen gjorde også til at de kunne være vanskelig for terapeutene å nøste opp i hva som var årsaken til pasientens plager, hvordan det hadde oppstått, og hva som var skjedd. Noe som også kan ha bakgrunn i at mange pasienter har hatt plager lenge, før de kommer til behandling hos psykomotorisk fysioterapeut. Noen har pusteplager eller –vansker som en følge av at de puster for å unngå angst. Mens andre har pusteplager eller –vansker fordi de har angst. Alle funn må tolkes i en sammenheng, og respirasjonen må tolkes i sammenheng med andre funn. Men en bevisstgjøring av pasienter i forhold til respirasjon, uten å ta fra de kontrollen på den ene siden, eller å lære de til å instruere eller kontrollere pusten på den andre siden kan være med på å øke pasienters livskvalitet.

Og bevisstgjøring av pasienters respirasjon var det andre temaet fra analysen. Det viste seg at det var mye informasjon om respirasjon i samfunnet som helhet. Både hos pasienter og andre helsepersonell. Men det var en variasjon i hvor mye kunnskaper den enkelte hadde. Og det var en variasjon i hvordan de brukte denne kunnskapen. Fagpersonell kunne ha mye kunnskap om respirasjon, men mindre kunnskap om hvordan denne kunnskapen kunne benyttes i praksis i forhold til helheten. Hos pasientene var det mer varierende kunnskapsnivå, og her kunne det også være en mangel på begrep i forhold til å sette ord på sammenhengene. Det har også skjedd en utvikling med internett ved at det er lettere for pasienter å innhente kunnskap om symptomer og diagnoser som gjør at også pasientene får mer kunnskap om dette, men uten at de får mer kunnskap om sammenhengen mellom kropp, følelser og smerter, ved at de får ett mer dualistisk kroppssyn som kan følge med artiklene som ligger tilgjengelig på internett. Psykomotorisk behandling er også en omstillingsprosess for hele kroppen, der en forsøker å komme ut av gamle vanemønstre. Og en har tradisjonelt anbefalt pasienter å unngå trening mens de går til behandling, men informantene var ikke så strenge med å forby pasienter å gå til annen type trening mens de går til behandling, så sant de ikke ser at det virket mot behandlingen.

Det siste temaet dreide seg om hvordan informantene forholdt seg til respirasjon i pasientbehandling. Det er tradisjon for at man i psykomotorisk fysioterapi ikke instruerer pasienter i å puste, men at en ved hjelp av øvelser og bevegelser legger til rette for den dype spontane respirasjonen. Informantene instruerer vanligvis ikke pasienter i å puste ved individuell behandling, men de ser allikevel at det kan være hensiktsmessig for noen for å lære seg å kontrollere angst. Når de har gruppetimer kan de bruke noe instruksjon av pust, men de forsøker å påpeke at dette er kun i forbindelse med noen bevegelser eller øvelser. De som var viktig for informantene var å helt i starten av behandlingen få ett inntrykk av hva respirasjonen betyr for pasientene. Alle informantene har også gått kurs etter videreutdanningen, der de har plukket med seg noe som de bruker i arbeidshverdagen, hvis de ser at det er forenlig med grunnprinsippene i psykomotorisk fysioterapi.

6.3 Videre forskning

På tross av studiens beskjedne omfang, håper jeg likevel den har bidratt til å løfte frem noen psykomotoriske fysioterapeuters refleksjoner om respirasjon, og at den i det minste kan bidra til at andre psykomotoriske fysioterapeuter fortsetter å reflektere over hva respirasjonen uttrykker og hva pusten kan fortelle oss. Målet med forskning er å utvikle kunnskap, og arbeidet med studien har gjort meg mer nysgjerrig på hele kompleksiteten som omhandler respirasjon, og hva som påvirker den, den har også bevisstgjort meg på at respirasjonen har en stor plass i PMF, men antagelig mindre plass hos andre faggrupper som behandler muskel og skjelettlidelser. Så jeg håper studien kan være med på å utvikle den samme nysgjerrigheten og bevisstgjøringen hos andre også.

Ut fra intervjuene kan en få inntrykk av at psykomotoriske fysioterapeuter er ekspertene på respirasjon i den sammenhengen som dreier seg om samspeillet mellom pust, følelser, spenning og smerte. Videre studier på dette temaet kunne ha forsøkt å rekruttere informanter ved å bruke andre inklusjons- og eksklusjonskriterier enn det som er brukt i denne oppgaven, for å gå enda mer i dybden på spørsmålene som tar for seg hva respirasjonen kommuniserer. Eller en kan intervju andre faggrupper eller pasienter for å vite hvilke refleksjoner og erfaringer andre har.

Referanser

- Andersen, T., & Øvreberg, G. (2002). *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi: En metode til omstilling av anspent muskulatur og hemmet respirasjon*. Skarnes: Compendius forlag.
- Bordvik, M. (2016, Mars 2). *Dagens Medisin*. Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/03/02/leger-konkurrerer-mot-google/>
- Braatøy, T. (1947). *De nervøse sinn*. Oslo: J.W. Cappelens forlag.
- Breitve, M. H., Hynninen, M., & Kvåle, A. (2008, Januar). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, ss. 19-26.
- Brodal, P. (2013). *Sentralnervesystemet* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bunkan, B. H. (2001, Oktober 10). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for den norske legeforening*, ss. 2845-2848.
- Bunkan, B. H. (2003). *Den omfattende kroppsundersøkelsen (DOK)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bunkan, B. H. (2010). *Kropp, Respirasjon og Kroppsbilde* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bunkan, B. H. (2014). *Fra Wilhelm Reich til Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen-tradisjonen i Norge*. Oslo: ABM-media as.
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Hansson, H., Houge, N. H., & Hødal, T. (1995 [1968]). *Psykomotorisk Behandling* (3. utg.). Oslo: Pensumtjeneste.
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Hansson, H., Houge, N. H., & Hødal, T. (1995). *Psykomotorisk Behandling*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Dahl, H. A., & Rinvik, E. (1999). *Menneskets funksjonelle anatomi*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2008, juli). Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for reflection and Action. *Physical Therapy*, 88(7), ss. 832-840.

- Eriksen, T., Kirkengen, A., & Vetlesen, A. (2012, September 29). The medically unexplained revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, ss. 1-14.
- Friis, S., Kvåle, A., Opjordsmoen, S., & Bunkan, B. H. (2012, Desember 14). The Global Body Examination (GBE). A useful instrument for evaluation of respiration. *Advances in Physiotherapy*, ss. 146-154.
- Getz, L., & Kirkengen, A. (2011, April 8). Menneskets biologi - mettet med erfaring. *Tidsskrift for den norske legeförening*.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Høgskolen i Oslo og Akershus. (2015). *Ungdata. Nasjonale resultater 2014*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Helsedirektoratet. (2015). *Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). (T. M. Anderssen, & J. Rygge, Overs.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: The University of Chicago press.
- Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting Feelings Into Words. *Psychological Science*, 18(5), ss. 421-428.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, E. (2016, Februar 4). *Kilden kjønnsforskning*. Hentet fra <http://kjonnsforskning.no/nb/2016/02/hvorfor-er-vi-sa-besatt-av-flinke-piker>
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. (B. Nake, Overs.) Oslo: Pax Forlag A/S.
- Monsen, K. (1989). Kapittel 1-6. I K. Monsen, *Psykodynamisk kroppsterapi* (s. 63). Oslo: Tano Aschehoug.

- Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2014). *Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden I Norge*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Norsk Fysioterapeutforbund. (2015, Januar 12). *Norsk Fysioterapeutforbund*. Hentet fra www.fysio.no: <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Autorisasjon>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rippetoe, M. (2011). *Starting Strength. Basic barbell training*. (3. utg.). Wichita Falls: The Aasgaard Company.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., & Haug, E. (2001). *Menneskets Fysiologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2003). *Lungefysioterapi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (2005, 2). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, ss. 30-44.
- Thornquist, E. (2006, August 19). Face-to-Face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Medical Anthropology*, ss. 65-97.
- Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995 [1986]). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjeneste.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vander, A., Sherman, J., & Luciano, D. (2001). *Human Physiology* (8. utg.). New York: McGraw-Hill.

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt/masteroppgave

Undertegnede er masterstudent ved mastergradsprogrammet i helsefag, videreutdanning i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, ved universitetet i Tromsø. For tiden arbeider jeg med masteroppgaven, der temaet er respirasjon, og med den foreløpige arbeidstittelen: *«Hvilke refleksjoner har fysioterapeuter med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi om respirasjon i møtet med pasienter?»*

I den forbindelse ønsker jeg å intervju tre fysioterapeuter med videreutdanning innen psykomotorisk fysioterapi.

Bakgrunn for studien:

Utgangspunktet for valg av temaer todelt. Den ene delen er min egen nysgjerrighet på temaet da jeg i løpet av tiden jeg har behandlet pasienter noen ganger synes det kan være vanskelig å snakke om pust med pasienter. På den ene siden har jeg i løpet av studiet blitt bevisst på hvor viktig respirasjonen er, og på den annen side synes jeg det kan være vanskelig å kommunisere dette til pasienter uten at pasientene blir opptatt av pusten sin, da pusten ideelt sett i følge litteraturen i PMF skal være fri, og ikke viljestyrt. Og det bringer meg over på det andre utgangspunktet for valg av tema. Det finnes mye litteratur om respirasjon, men dette er litteratur som hovedsakelig tar for seg respirasjonens betydning for gassutvekslingen i lungene. Men lite om hvilken betydning pusten har for oss i andre sammenhenger. Respirasjonens samspill med følelser er f.eks lite nevnt, bortsett fra i litteraturen vi bruker i psykomotorisk fysioterapi, som f.eks manualer fra Bülow Hansens tid. Jeg vil derfor med denne oppgaven forsøke å finne ut om noe har endret seg blant psykomotoriske fysioterapeuter siden den gang.

Praktisk informasjon:

Den praktiske gjennomføringen av intervjuet vil foregå ved bruk av opptager, og transkribert av undertegnede i etterkant. Vi blir enige om tid og sted i forkant av intervjuet, og tidsrammen for selve intervjuet vil være på ca 1-1 1/2 time. Alle de intervjuede i studien vil bli anonymisert så langt det lar seg gjøre, og lydopptak og transkribering vil bli slettet i etterkant av oppgaven, og frem til sletting vil de være oppbevart innelåst, på ett kontor. Du

vil også få mulighet til å ta sitatsjekk etter transkriberingen om dette er ønskelig.

Deltagelse er selvfølgelig frivillig, og du kan når som helst velge å trekke deg fra studien, om du skulle ønske det. Det koster ingenting å delta, og du vil på den annen side heller ikke motta noe honorar.

Dersom du ønsker å delta, ber jeg deg ta kontakt via kontaktinformasjonen under.

Samtykkeerklæring underskrives når vi møtes for intervjuet. Dersom noe er uklart, eller du av andre grunner ønsker mer informasjon, kan du kontakte undertegnede, Øyvind Sørensen på tlf. 91603665, evt. epost oyvsor@gmail.com, eller

oyvind.sorensen@ulstein.kommune.no

Eller min veileder på oppgaven, Anne Gretland på anne.gretland@uit.no

Mvh

Øyvind Sørensen

Botnevegen 4

6080 Gurskøy

Intervjuguide

Fortelle innledningsvis om det praktiske i forbindelse med oppgaven, som har med taushetsplikt å gjøre, hvordan intervjuet skal oppbevares, og hele gangen videre etter intervjuet.

Oppvarmingsspørsmålene;

- Alder:
- Når grunnutdanning:
- Når videreutdanning PMF:
- Antall års arbeidserfaring:
- Annen utdanning/kursing:
- Evt faglige interesser, eller andre interesser?

Refleksjonsspørsmål:

- Hvordan forholder du deg til respirasjonen i møtet med pasienter?
 - Snakker du om respirasjonen?
 - Opplever du at dette er noe pasienter selv tar opp?
 - Hvordan forholder du deg til innlærte pustemønstre hos pasienter?
- Kroppen kommuniserer mening. Hva kommuniserer respirasjonen?
 - Hva kan respirasjonen fortelle deg?
 - Hvordan kan vi forstå respirasjonen?
- Har du latt deg inspirere av andre tilnærminger i din praksis?
 - Hvordan forholder du deg til andre tilnærminger/treningsformer som BK, yoga, Tai Chi, etc.
 - Hva er ditt syn på at pasienter benytter seg av slike treningsformer?
- Har du endret noe i din tilnærming til respirasjonen i tiden du har arbeidet som PMF?

- Er det noe som har endret seg siden du tok grunnutdanningen?
- Hvis noe har endret seg? Hva har endret seg? Pasienter? Eller du selv? Og hvorfor er dette endret?

Avrundingsspørsmål:

- Er det noen andre ting knyttet til respirasjonen som vi ikke har snakket om, som bør nevnes?
 - Noen ting du brenner for?
 - Noe som bør være annerledes?