



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

**Psykomotoriske fysioterapeuters forståelse og tilnærming i behandling
av personer som opplever skam etter krenkelser**

En kvalitativ intervjustudie

Celine Kristiansen

Masteroppgave i psykomotorisk fysioterapi, HEL-3962 - Mai 2022

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Introduksjon av tema	1
1.3	Problemstilling.....	3
1.3.1	Begrepsavklaring.....	3
1.3.1.1	Krenkelse	3
1.3.1.2	Psykomotorisk fysioterapeut.....	3
1.4	Litteratur og tidligere forskning	3
2	Teori	4
2.1	Norsk psykomotorisk fysioterapi.....	4
2.1.1	Kroppen som sentrum for erfaring	4
2.1.2	Kroppslig beredskap.....	5
2.1.3	Kroppen som innfallsport.....	6
2.1.4	Traumer og kroppens hukommelse	6
2.2	Teori om traumer	7
2.3	Tilknytningsteori	8
2.4	Teori om skam	10
2.5	Dialektisk relasjonsteori	11
2.5.1	Selvavgrensning og selvrefleksivitet.....	12
2.5.2	Anerkjennelse.....	13
3	Metode.....	13
3.1	Valg av metode	14
3.2	Utvalg og rekruttering	14
3.3	Intervjuguide og datainnsamling	15
3.4	Transkripsjon	16
3.5	Analyse	17

3.6	Kvalitet i kvalitativ forskning.....	18
3.7	Etiske vurderinger.....	20
4	Resultater.....	21
4.1	Informantenes forståelse av krenkelse og skam	21
4.1.1	Krenkelse er en subjektiv opplevelse av grenseoverskridelse	22
4.1.2	Skam kan oppstå som følge av krenkelser	23
4.1.3	Pasientenes strategier for å beskytte seg mot skam.....	24
4.2	Informantenes tilnærming til skam.....	28
4.2.1	Møte pasientene med verdighet.....	28
4.2.1.1	Pasientene må erfare at de blir akseptert.....	29
4.2.1.2	Våge å være en relasjon for pasientene.....	31
4.2.2	Respektere pasientenes grenser	33
4.2.2.1	Pasientene må være tilstede for å få glede av behandlingen.....	33
4.2.2.2	Noe som kroppen er villig til å bli med på.....	35
4.2.3	Gjøre pasientene oppmerksomme på hva krenkelsene har gjort med dem	37
4.2.3.1	Forståelse for seg selv gir selvmedfølelse	37
4.2.3.2	Støtte pasientene i å merke egne behov og følelser	39
5	Diskusjon.....	42
5.1	Hvordan skam kan oppstå som følge av krenkelser	42
5.2	Strategier for å beskytte seg mot skam handler om å ivareta seg selv	44
5.2.1	Forståelse av pasientenes strategier for å beskytte seg mot skam.....	45
5.2.1.1	Aksept eller forsvar.....	45
5.2.1.2	Trassig eller tafatt	46
5.2.1.3	Den flinke pasienten	47
5.3	Opplevelse av verdi må erfares i relasjon.....	48
5.3.1	En trygg og tillitsfull relasjon som forutsetning for behandling	49
5.3.2	Likeverdighet gir anerkjennelse	52

5.3.3	Tilpasse behandlingen etter pasientenes grenser.....	54
5.3.3.1	Pasientenes tilstedeværelse som forutsetning for behandling.....	54
5.3.3.2	Terapeutens tilnærming til autonome reaksjoner.....	55
5.3.3.3	Grenseoverskridelse i god forstand.....	56
5.3.4	Skam som blir satt i tale og delt, kan bli mindre.....	57
5.3.5	En utforskende tilnærming fremmer evne til selvavgrensning/selvrefleksivitet	59
6	Oppsummering.....	61
	Referanseliste.....	63
	Vedlegg.....	68
	Vedlegg 1: Etisk protokoll.....	68
	Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD.....	69
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	70
	Vedlegg 4: Intervjuguide.....	72

Forord

Det har vært interessant, lærerikt og givende å jobbe med masteroppgaven. Prosjektet har økt min forståelse og interesse innen psykomotorisk fysioterapi. Det har vært en svært krevende prosess, og jeg vil med det takke alle støttespillere rundt meg.

Først og fremst vil jeg takke informantene mine som gjorde det mulig å skrive oppgaven. Dere var imøtekommende, velvillige og generøse med å dele deres erfaringer og kunnskap. Det å møte dere var en inspirasjon til arbeid med oppgaven og videre i arbeidslivet.

En stor takk til arbeidsgiver og kollegaer for tilrettelegging rundt mitt arbeid med oppgaven. Jeg vil også takke Fysiofondet for økonomisk støtte som har gjort det mulig å ta etterutdanningen. Utdanningen har beriket meg både faglig og personlig. Tusen takk til lærere og medstudenter for refleksjoner og tilbakemeldinger under masterseminar.

Jeg ønsker også å takke min veileder Helle Rønn Smidt for faglig bidrag, og konstruktive og gode tilbakemeldinger.

Tusen takk til venner for tålmodighet og forståelse. En spesiell takk til familie og kjæreste for støtte, omsorg og motivasjon under hele prosessen.

Celine Kristiansen

Oslo, 05.05.22

SAMMENDRAG

Tittel: «Psykomotoriske fysioterapeuters forståelse og tilnærming i behandling av personer som opplever skam etter krenkelsers» - en kvalitativ intervjustudie.

Hensikt: Studiens formål var å undersøke hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår og tilnærmer seg i behandling av personer som opplever skam etter krenkelsers.

Metode: Datainnsamlingen ble foretatt gjennom semistrukturert dybdeintervju av tre psykomotoriske fysioterapeuter med erfaring i behandling av personer med krenkelsers. I analysen ble det benyttet tematisk analyse.

Sammenfatning av resultatene: Funn fra studien beskriver krenkelse som en subjektiv opplevelse av grenseoverskridelse som omsorgssvikt, vold, overgrep og utenforskap. Informantene beskriver hvordan skam kan oppstå som følge av krenkelsers, og at pasientenes strategier for å beskytte seg mot skam kan komme til uttrykk ved beredskap, tilpasning eller tilbaketrekning. Strategiene forstås som måter å ivareta seg selv og er knyttet til frykt for tap av tilhørighet. Terapeutenes tilnærming omfavnes av tre hovedtemaer: å møte pasientene med verdighet, respektere pasientenes grenser og å gjøre pasientene oppmerksomme på hva krenkelsene har gjort med dem. Det å møte pasientene med verdighet innebærer å gi pasientene erfaring med å bli akseptert, og kan være avgjørende for at de tør å åpne opp om egne følelser og erfaringer. For at pasientene skal få nytte av behandlingen fremhever informantene å tilpasse behandlingen etter deres grenser. Det å bevisstgjøre pasientene på skammen fremheves som betydningsfullt. Når pasientene får forståelse for hvordan krenkelsene har påvirket dem kan det bidra til aksept av egne følelser og erfaringer, og økt selvmedfølelse. Oppsummert belyser resultatene hvordan psykomotorisk fysioterapi kan være en relevant tilnærming for å oppdage, og å forstå hvordan kroppslige uttrykk og væremåter hos pasientene kan være et uttrykk for skam. Terapeutens rolle fremheves som betydningsfull for å gi pasientene opplevelse av å bli behandlet med verdighet og respekt.

Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, traume, krenkelse, skam, selvfølelse.

ABSTRACT

Title: «How psychomotor physiotherapists understand and approach in treating patients who experience shame as a consequence of trauma» - a qualitative interview study.

Purpose: The aim of this study was to explore how psychomotor physiotherapists understand and approach in treating people who experience shame after traumas.

Method: Research data were drawn from in-depth interviews with three psychomotor physiotherapists experienced in treating people with trauma. Thematic analysis was used in the analysis.

A summary of the results: The psychomotor physiotherapists in this study describes trauma as a subjective experience of boundaries, for example maltreatment, violence, abuse or exclusion. They describe how shame can manifest as a result of the trauma. The patients can develop strategies to protect themselves against shame which can manifest and express as preparedness, adaption or withdrawal. The strategies can be interpreted as a method of self-preservation and is regarded as a consequence of fear of rejection or loss of attachment. The therapeutic description of the approach can be summarized by three main themes: interacting with dignity, respecting the patients borders and making the patients aware of how the trauma has affected them. By meeting the patients with dignity, the possibility emerges for the patients to experience being accepted and may be instrumental in allowing patients to share their feelings and experiences. In order for the patient to achieve efficacy of treatment, the therapists have to seek to emphasize the treatment procedure modified in accordance with the patient's borders. When the patients achieve a broader and more comprehensive of how the trauma has affected them it can increase their self-compassion. In summary, the results illustrate how psychomotor physiotherapy can be a relevant approach in order to map out and understand how the bodily expressions and behavior the patients express, can be an indicator of shame. The therapist's role is described as crucial in giving the patients the experience of being regarded with respect and dignity.

Keywords: Norwegian psychomotor physiotherapy, trauma, shame, self-esteem.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Under studietiden ble jeg introdusert for Anna Luise Kirkengen som foreleste om helsefølger etter krenkelser. Det gjorde meg bevisst på ikke bare hva krenkelsene medfører av forstyrrelser i menneskekroppens fysiologiske prosesser, men også med henblikk på den personlige erfaringen av å bli krenket, samt det relasjonelle. Krenkelse som en subjektiv erfaring av å bli, eller å ha vært misbrukt eller ydmykt er ikke noe en nødvendigvis kan fange opp med ett øyekast, og kan dermed være vanskelig å oppdage. En følge av den tradisjonelle dualistiske splittelsen mellom kropp og sjel, kan føre til at livsproblemer medikaliseres (Gretland, 2007; Thornquist & Kirkengen, 2020). Pasienten kan få en medisinsk eller en annen behandling for symptomer som har rot i og er tegn på vanskelige livsbetingelser, uten at sammenhengen forstås og integreres i behandlingen (Thornquist & Kirkengen, 2020). Med utgangspunkt i forståelse av kroppen som meningsbærende, vekket det min nysgjerrighet for hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår krenkelser som fenomen og hvordan det kan komme til uttrykk.

1.2 Introduksjon av tema

Omsorgssvikt og alvorlige krenkelser som vold og overgrep tidlig i livet blir omtalt som en av vår tids største folkehelseutfordringer (Krug et al., 2002). Den store studien Adverse Childhood Experiences (ACE) viser klare sammenhenger mellom traumatiserende hendelser og fysisk og psykisk helse (Felitti et al., 1998). Studien konstaterer at ulike typer negative livserfaringer som eksempelvis emosjonell og fysisk vold, seksuell misbruk og neglisjering, øker risikoen for å utvikle somatisk sykdom og tidlig død (Felitti et al., 1998). Konsekvensene av traumatisering i barndom er tydelige, både fysiologisk, psykologisk, sosialt og samfunnsmessig. Blindheim (2015, s. 207) skriver at til tross for kunnskap om den sterke sammenhengen mellom helse og traumatisering er det svært lite fokus på oppvekstvilkår som vold, seksuell misbruk og emosjonell omsorgssvikt. Traumatiske erfaringer tabuseres i dagens samfunn og er sterk belastet med skam (Seltzer, 2003; Thornquist & Kirkengen, 2020). Traumer blir ofte gjemt og glemt i samfunnet, noe som innebærer at fenomenet faller utenfor en felles virkelighet og får en annen virkelighetsstatus (Gretland, 2007; Kirkengen, 2001). Samfunnets fortielse er en form for maktutøvelse som

hindrer at tabuiserte områder ikke tematiseres, noe som medfører at tabuiserte erfaringer blir definert som ikke-eksisterende (Gretland, 2007; Kirkengen, 2019). Det vi ikke kan snakke om eller forstå, kan heller ikke gjøres noe med (Halseth, 2005).

Det å bli utsatt for traumatiske hendelser endrer ens selvbylde og svekker mulighet for trygghet i egen kropp, og nærhet og tillit til andre mennesker (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2016, s. 24). Krenkelser medfører en gjennomgripende skam og berører vår eksistens ved at den truer menneskets tilhørighet og tilknytning (Farstad, 2017). Fagmiljøer har innimellom hatt evne til å overse det gjennomgripende menneskelige problemområdet, og de mange alvorlige konsekvensene som traumene representerer (Anstorp et al., 2016, s. 44). Anstorp og Benum (2015, s. 202) løfter frem at de dysfunksjonelle tankene og selvinstruksjonene ved skam er med på å opprettholde en alvorlig traumeproblematikk. Videre hevder de at traumenes gjennomgripende virkning på personligheten er det som gir de største utfordringene i behandling (Anstorp et al., 2016, s. 23).

I helsefaglig omsorg omtales skam som et viktig og nærværende, men ofte uidentifisert og neglisjert fenomen (Farstad, 2017; Gulbrandsen, Fugelli, Stang & Willmar, 2006; Livsington & Farber, 1996; Kirkengen, 2019; Wyller, 2001). Dolezal & Lyons (2017, s. 1) hevder at skamfenomenet er minimalt teoretisert og lite anerkjent i helsefeltet. Skammen er sterkt knyttet til taushet og ønske om å skjule seg, og kan derfor være vanskelig å oppdage for andre (DeYoung, 2015; Skårderud, 2001b). Thornquist og Kirkengen (2020, s. 130) fremhever at en allmenn utfordring som særlig er relevant for helsepersonell er å utvikle kompetanse til å forstå ordløse fortellinger om problemer og avmakt. Kroppen er sentral i forhold til tabuiserte erfaringer ved at den husker det personen ikke har språk for (Gretland, 2007). Thornquist og Kirkengen (2020, s. 129) understreker å rette blikket ikke bare mot hva som sies når mennesker møtes, men også hva som *ikke* sies. Fra fysioterapihold understrekes potensialene som ligger i å ta utgangspunkt i kroppslige symptomer, tegn og uttrykk (Thornquist & Kirkengen, 2020, s. 130). I motsetning til språket er kroppen vanskeligere å tildekke og tilsløre (Thornquist, 2009). Med utgangspunkt i at skam er knyttet til taushet og at kroppen aldri er taus, er det nærliggende å tro at psykomotorisk fysioterapi kan være en relevant behandlingstilnærming for å forstå personer som opplever skam etter krenkelser. Det er imidlertid ut ifra mitt litteratursøk begrenset med studier som eksplisitt beskriver psykomotoriske fysioterapeuters forståelse av fenomenet skam. Formålet med denne oppgaven er derfor å utforske hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår og tilnærmer

seg personer som opplever skam etter krenkelser.

1.3 Problemstilling

«Hvordan forstår og tilnærmer psykomotoriske fysioterapeuter seg i behandling av personer som opplever skam etter krenkelseserfaringer?»

1.3.1 Begrepsavklaring

1.3.1.1 Krenkelse

Traumer vil benyttes synonymt med Kirkengen og Næss (2019, s. 14-15) sin begrepsliggjøring av krenkelse. De beskriver krenkelse som et subjektivt fenomen og en personlig erfaring av å bli eller å ha vært misbrukt eller ydmykt. Det kan omhandle seksuelt misbruk og fysisk, mental og/eller emosjonell mishandling av både barn og voksne. Krenkelse kan også være iboende i sosialt legitimert og tolerert diskriminering av grupper eller deler av befolkningen på grunn av deres etnisitet, kjønn, tro eller seksuell legning (Kirkengen og Næss, 2019).

1.3.1.2 Psykomotorisk fysioterapeut

Psykomotorisk fysioterapeut vil bli benyttet synonymt med fysioterapeut og terapeut.

1.4 Litteratur og tidligere forskning

Litteratursøk viser at det er få studier direkte knyttet til psykomotoriske fysioterapeuters forståelse og tilnærming til skam som følge av krenkelser. Jeg har gjort søk i AMED, CINAHL, Oria og SveMed+. MeSH-termer som har blitt anvendt er «psykomotorisk fysioterapi», «traume», «krenkelse», «skam», «norwegian psychomotor physiotherapy», «physical therapy», «trauma», «shame», «stigma», «self-blame» og «self-criticism».

Flere masteroppgaver belyser psykomotorisk fysioterapi til personer som har opplevd traumer fra et terapeutperspektiv (Brandal, 2018; Giskeødegård, 2019; Kristensen, 2013).

Traumatiserte personers erfaring med psykomotorisk fysioterapi belyses også av Lien (2018), Løken (2018) og Utne (2019). Litteraturen beskriver at mange av pasientene opplever kroppslige reaksjoner som skambelagte (Brandal, 2018; Kristensen, 2013; Giskeødegård,

2019; Utne, 2019). Det å knytte mening til og få forståelse for egne symptomer beskrives som en måte å redusere følelse av skam (Giskeødegråd, 2019; Løken, 2018). Studiene beskriver imidlertid ikke hva skammen kan være et uttrykk for.

I boken «Den relasjonelle kroppen» av Gretland (2007, s. 51) kaster hun lys over hvordan traumatiske erfaringer tabuiseres i samfunnet og er belastet med skam. Hun fremhever hvordan kroppen er bærer av erfaring, og at krenkelse fører til at personen blir fratatt råderett over seg selv og egen kropp. Gretland (2007) beskriver at terapeutens holdning i møte med pasienten har betydning på bakgrunn av at vi forstår oss selv i lys av andres reaksjoner og handle- og væremåter. Litteraturen utdyper i mindre grad eksplisitt hva psykomotoriske fysioterapeuter vektlegger i tilnærming til pasienter som opplever skam etter krenkelser.

2 Teori

Teoretiske perspektiver har betydning for hvordan vi forstår virkeligheten vi er en del av og studerer (Malterud, 2011). Min forforståelse påvirkes av teori og har betydning for hvilke «briller» jeg ser materialet med. Utgangspunktet mitt for oppgaven er å se materialet i lys av norsk psykomotorisk fysioterapi, teori om traumer, tilknytningsteori, teori om skam og dialektisk relasjonsteori.

2.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi

Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) er en forståelsesform og behandlingsmetode som ble utviklet fra 1940-tallet av psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen (Thornquist & Bunkan, 1995). Metoden vektlegger et helhetssyn på mennesket og bygger på grunnlagstenkningen om kroppsfenomenologien (Thornquist & Bunkan, 1995).

2.1.1 Kroppen som sentrum for erfaring

Kroppsfenomenologien ble utformet av filosofen Maurice Merleau-Ponty og overskrider den tradisjonelle dualistiske splittelsen mellom kropp og sjel (Gretland, 2007; Kirkengen & Næss, 2019). Merleau-Ponty var den første som knyttet menneskets subjektstatus til kroppen som hentyder til at alt vi erfarer nedfelles i våre kropper, og at levd liv og erfaring har en kroppslig forankring (Thornquist, 2018; Zahavi, 2013). Kroppen som sentrum for erfaring henviser til at

det er som kropp mennesker er rettet mot omverden, beveger oss, søker mening, er i kontakt med andre og integreres i sosialt liv (Gretland, 2007; Thornquist, 2018).

Kroppsfenomenologien innebærer en dobbelthet ved at våre tidligere erfaringer er med og bestemmer hva vi erfarer, opplever og forstår her-og-nå, og hvordan vi fremtrer som kroppslig og handlende vesen for andre (Thornquist, 2018, s. 157). Alle våre påvirkninger og erfaringer er således med på å påvirke vår psykiske utvikling, sosiale funksjon og vår kropp (Gretland, 2007).

Alt vi erfarer er bestemmende for vårt følelsesliv og vår personlighetsutvikling (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 21). Hvordan en utfolder seg kroppslig i tid og rom, er en praktisk måte å vise egen selvfølelse og vårt forhold til andre (Gretland, 2007). Våre forventninger til andre nedfeller seg i kroppsholdning, bevegelser, i hvordan en person lar seg bevege av andre og i muskulaturens aktivitetsnivå (Gretland, 2007, s. 67). Kroppen gjenskaper og viderefører fortidens relasjonelle erfaringer i nye situasjoner, og viderefører mønstre for måter å være sammen med andre på. Det kan vise hvordan vi utvikler og forstår oss selv i lys av hvordan andre oppfatter og møter oss (Gretland, 2007, s. 29).

2.1.2 Kroppslig beredskap

Muskulære spenninger, bremset pust og kroppslige uttrykk er en del av vårt emosjonelle og sosiale forsvar for å tilpasse oss både egne og omgivelsenes forventninger og krav (Thornquist & Bunkan, 1995; Thornquist, 2018). Kroppsholdning, pust og bevegelser formidler hvordan vi har det, og viser hvordan vi regulerer vårt følelsesliv via kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995). Med andre ord er det å være ansent og avspent like mye emosjonelle som fysiske tilstander. Erfaringer i livet medfører at vi undertrykker og fortrenger følelser og følelsesuttrykk (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 34). Spenninger og kontrollert pust er måter å bremse, undertrykke, og fortrenge følelser og opplevelser for å holde dem unna bevisstheten (Thornquist & Bunkan, s. 21, 27). Det å gi slipp på muskelspenninger og pusten er dermed ensbetydende med å kunne gi opp kontroll og slippe følelser til. Thornquist & Bunkan (1995, s. 36) skriver at å slippe til pust og spenning er forutsetninger for å kunne utvikle en fri og ledig kropp. Det å slippe til pust og å slippe opp spenninger innebærer å åpne opp, å bli tilgjengelig for egne følelser og bli mottakelig, sansevar og kommuniserende med andre (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 37).

2.1.3 Kroppen som innfallsport

Utgangspunktet for behandlingen er hele mennesket med kroppen som innfallsport (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 16). Behandlingen er rettet mot pasientens *omstillingsevne*, mulighet til endring via kroppsholdning, muskulatur og pust (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 23). Endring kan foregå på mange måter og kan omfatte ulike aspekter av personen, både kroppslig og habituell (Gretland, 2007). Det kan eksempelvis innebære endring av hvordan vi beveger oss, tenker, føler og snakker på bestemte måter (Gretland, 2007). Gjennom å jobbe med kroppen påvirkes hele personens forhold til sin kropp og dermed seg selv (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 22). Thornquist & Bunkan (1995, s. 72) skriver at den røde tråden i behandling er å oppleve kroppen og å oppleve via kroppen. Det innebærer å hjelpe den enkelte til å gjenvinne seg selv gjennom å komme i kontakt med seg selv og sin kropp (Thornquist & Bunkan, 1995).

En integrert del av behandlingen er å hjelpe pasientene til å se sammenhengen mellom livserfaringer og livssituasjon på den ene siden, og måter å reagere på og symptomer på den andre siden (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 116). Det kan gi pasientene innsikt, og kan hjelpe dem til å kjenne på følelser og sette ord på dem (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 116). Ved å jobbe via kroppen og å rette oppmerksomheten mot kroppsopplevelser i et emosjonelt og sosialt perspektiv, kan det bidra til bedre selvinnsett, og bedre muligheter til å forstå både andre og seg selv (Gretland (2007, s. 114). Når kropp og mening knyttes sammen kan kroppen bli tydeligere og lettere å forholde seg til, og personen kan gjenvinne følelsen av å være et reelt subjekt (Gretland, 2007).

2.1.4 Traumer og kroppens hukommelse

I NPMF defineres krenkelse som når individet blir fratatt personstatus ved å bli fratatt råderetten over seg selv og sin egen kropp (Gretland, 2007, s. 50). Krenkelse innebærer at personen blir gjort til objekt for andres behov og personen mister dermed rett til å være et fritt, selvstendig og ansvarlig individ. Mishandling, miskjennelse og misbruk løftes frem som ulike former for krenkelser og er trusler mot barns liv og utvikling (Gretland, 2007).

Traumer er en særegen form for kroppsminner som viser oss hukommelsens kroppslige side (Merleau-Ponty, 1994; Skårderud, 2016). Kroppen er bærer av mer enn det vi er bevisst og husker det personen ikke har språk for (Gretland, 2007, s. 27, s. 52). Bevegelser, berøring

eller sensoriske inntrykk tilknyttet den traumatiske hendelsen kan reaktiveres, og viser hvordan kroppens hukommelse er konkret og avleiret i personen. Motsatt kan en unngå å vekke kroppslige erfaringer ved å skjerme seg for bestemte bevegelsesmåter og stillinger eller bestemte situasjoner og omgivelser (Gretland, 2007).

2.2 Teori om traumer

Traumer vil bli teoretisert ved psykologene Anstorp og Benum (2015) og Anstorp et al. (2016). De belyser traumer i et relasjons- og tilknytningsperspektiv, og vektlegger å se hele mennesket fremfor den enkelte diagnose eller symptom (Anstorp et al., 2016, s. 17).

Anstorp og Benum (2015, s. 24) definerer traume som en fenomenologisk vurdering av enkeltpersonens opplevelse av en hendelse. Traumer kan omfatte fysisk og psykisk mishandling, omsorgssvikt og/eller overgrep. Anstorp et al. (2016, s. 18) poengterer at traumer først og fremst vil medføre opplevelse av total ensomhet. For mange traumatiserte vil det største sviket være at ingen grep inn ved åpenbar omsorgssvikt (Anstorp et al., 2016, s. 22). Traumer påført av nære omsorgspersoner utløser frykt for nærhet, og undergraver personens evne til å bruke relasjoner til å etablere trygghet. Tidlig traumatisering medfører at selve tilknytningssystemet blir traumatisert og vil bli nærmere utdypet i kapittel 2.3 (Anstorp et al., 2016, s. 22). Belastningene vil også svekke mulighet for trygghet i egen kropp, regulering av følelser, nærhet til andre mennesker og tillit og meningsskaping. Formålet med behandlingen er å utvikle mening som gir pasientene økt verdighet og subjektopplevelse (Anstorp et al., 2016, s. 23). Traumatiske erfaringer som ikke blir bearbeidet kan gi vedkommende problemer med å forholde seg til seg selv og andre, noe som kan resultere i innsnevret livskvalitet (Anstorp et al., 2016, s. 19).

Dissosiasjon er en frakopling eller avspalting av erfaringer, følelser og kroppslige minner for å beskytte seg mot overveldelse (Anstorp & Benum, 2015, s. 28). Fjernheten er en nødvendighet for å unngå det intenst smertefulle knyttet til traumet (Anstorp et al., 2016, s. 42). Dersom minnene ikke kan integreres, kan det etter hvert utvikles en fobi for alt som minner om traumene (Anstorp et al., 2016, s. 32). Følgelig kan det oppstå en splittelse mellom delen som ivaretar daglig funksjon, og en eller flere deler som håndterer de traumatiske minnene (Anstorp et al., 2016, s. 32). Delene som splittelsen skaper har ulike funksjoner som det er nødvendig å ivareta, samtidig som at splittelsen bidrar til at traumene ikke blir

bearbeidet (Anstorp et al., 2016).

For å unngå det vonde, særlig det som merkes i kroppen, kan det utvikles en fobi for alt som har med kroppen og gjøre (Anstorp et al., 2016, s. 32). Små stimuli som lukt, bevegelse eller blikk, kan utløse gjenopplevelse av traumene. For den traumatiserte kan gjenopplevelsene oppstå som bilder, sanseinntrykk og/eller kroppslige reaksjoner som smerter (Anstorp et al., 2016, s. 45). Gjenopplevelser tar personen tilbake i tid, og gir en opplevelse av at fortiden blir mer sann enn nåtiden (Anstorp et al., 2016, s. 146). Det er spesielt erfaringene i kroppen som overbeviser pasienten om at det vedkommende føler er sant. Når kroppen ikke er, er det heller ikke mulig å føle (Anstorp et al., 2016, s. 34). Kroppens sansninger er betydningsfullt fordi den bidrar til å kjenne om det er samsvar mellom opplevelse og oppfatning (Anstorp et al., 2016).

2.3 Tilknytningsteori

Teori om tilknytning vil bli redegjort for ved Bowlby (1969, 1988) og Schibbye (2020). Bowlby (1969) var grunnleggeren av tilknytningsteorien som beskriver hvordan mennesker har et fundamentalt, biologisk behov for å søke etter sikker tilknytning for å overleve og utvikle seg (Schibbye, 2020, s. 101). Mennesket er avhengig av emosjonell nærhet, bekreftelse, og beskyttelse for å utvikle seg, og tilpasse seg det sosiale fellesskapet (Kvello, 2012). Behovet for andre, for tilknytning og trussel om tap av tilknytning preger individet gjennom livsløpet (Bowlby, 1988). Tilknytningssystemet motiverer barnet til å søke nærhet til sine omsorgsgivere, og til å etablere kontakt med dem (Anstorp et al, 2016, s. 27). Kvaliteten i tilknytningen avgjør om omsorgsrelasjonen er fremmende, eller hemmende for barnets utvikling (Kvello, 2012, s. 117). Trygg tilknytning innebærer en grunnleggende tillit til seg selv og andre, mens en utrygg tilknytning medfører en grunnleggende utrygghet på seg selv og andre mennesker (Kvello, 2012, s. 117).

Trygg tilknytning

Tilstedeværelse eller fravær av omsorgsgiver har en avgjørende betydning for barnets selv- og relasjonsutvikling. Schibbye (2020, s. 102) skriver at trygg tilknytning i oppvekst utvikles når barnet opplever omsorg og emosjonell tilgjengelighet. Det innebærer blant annet beskyttelse, tilhørighet, kontakt med andre og opplevelse av et sterkt følelsesmessige bånd til omsorgspersonen. Trygg tilknytning gir rom for å tåle at omsorgsgiver går, og å selv forlate

omsorgsgiver på grunnlag av følelse av trygghet i at omsorgsgiver vil være der ved behov (Schibbye, 2020, s. 321). Et trygt tilknytningsforhold er dermed forutsetninger for at barnet får rom til å utforske, leke og å uttrykke egne følelser (Schibbye, 2020, s. 321).

Ved å motta omsorg vil barnet også oppfatte seg som elsket av sine foreldre og være trygg på at andre vil kunne elske det (Bowlby, 1988; Schibbye, 2020). Når barnet opplever å være truet vil det søke fysisk og psykisk nærhet til omsorgspersonen (Schibbye, 2020, s. 144). Gjennom omsorgsgivers respons gis barnet erfaring med at han/hun kan kommunisere med andre, påvirke, skape mening og forstå relasjoner (Schibbye, 2020, s. 145). Det å bli møtt på sine behov gir barnet grunnlag til å stole på at det er sannsynlig at andre vil hjelpe vedkommende, og gir dermed barnet kontroll over sine opplevelser og egen verden (Schibbye, 2020, s. 145). Når barnet blir eldre, vil en god tilknytning gi mental kapasitet til å håndtere stress og en relasjonell kapasitet til å søke andres nærhet ved behov (Anstorp et al., 2016, s. 28). Den gode omsorgen er dermed blitt internalisert (Anstorp et al., 2016, s. 28).

Omsorg og emosjonell tilgjengelighet er forutsetninger for både trygghet og selvaktelse (Schibbye, 2020). Selvaktelse henger sammen med trygg tilknytning og danner en motvekt til trussel om separasjon og tap. Selvaktelse viser til individets opplevelse av å ha en verdi i seg selv og selvrespekt. Schibbye (2020, s. 108) skriver at selvaktelse innebærer en trygghet på å «være OK i verden sammen med andre». Det danner grunnlag for at barnet ser på seg selv som verdifull, og er knyttet til grunnleggende relasjonsaspekter som kommer til uttrykk i måten vi er sammen på, eller i relasjonen (Schibbye, 2020).

Trygg tilknytning henger også sammen med begrepene selvavgrensning/selvrefleksivitet som vil bli nærmere utdypet i kapittel 2.5.1. Avgrensning viser til individets evne til å skille mellom egne og andres opplevelser, meninger eller følelser (Schibbye, 2020). Schibbye (2020, s. 101) fremhever at dersom individet er trygt tilknyttet, er det også trygt avgrenset/reflektert. Forstyrrelser i tilknytningsforhold medfører svekket selvrefleksivitet/selvavgrensning og følgelig sårbarhet og utrygghet (Schibbye, 2020, s. 145).

Utrygg tilknytning

Utrygg tilknytning fører til forstyrrelser i kontakt med og kontroll av egne følelser, usikkerhet på om andre kan hjelpe, og en manglende forståelse av hva andre opplever (Schibbye, 2020, s. 145). Dersom barnet ikke blir møtt vil barnet miste tillit til at de er virkelige og

betydningsfulle (Schibbye, 2020, s. 130). Barn som opplever seg utrygge, må overvåke og sjekke omsorgsgivers fysiske og emosjonelle tilgjengelighet. Følgelig taper barnet mulighet til å utforske og skape selvopplevelser som bidrar til utvikling av selvstruktur (Schibbye, 2020). Schibbye (2020, s. 15) skriver at det å ikke forstå den andres ståsted, intensjoner og følelser medfører at en ikke kan forutsi den andres reaksjoner og væremåter. Individets relasjonelle selv blir dermed preget av usikkerhet, angst og sinne, samt konflikt mellom ønske om, og redsel for tilknytning. Evne til å forstå seg selv og andre, og å predikere deres utspill blir forminsket. Følgelig kan det skape angst og usikkerhet, og resultere i lav selvfølelse (Schibbye, 2020, s. 150).

2.4 Teori om skam

I oppgaven vil jeg benytte pedagog og diakon Marie Farstad sin forståelse av skam (Farstad, 2017, 2020). Hovedperspektivene hennes er utviklingspsykologi og traumeteori, samt en fenomenologisk og relasjonell tilnærming.

Skam er opplevelse av egen uverdighet, og defineres som et eksistensielt fenomen som berører våre grunnleggende livsvilkår ved at den er knyttet til at vi er relasjonelle vesen (DeYoung, 2015; Farstad, 2017; Nathanson, 1992). Den oppstår i relasjonelle samspill og regulerer relasjoner (Farstad, 2020, s. 59). Skam er nært knyttet til vår selvfølelse, identitet og selvverd, og oppstår når vår tilknytning, verdighet, integritet, subjektivitet og posisjon blir truet (Farstad, 2020, s. 59). Skammen innebærer redsel for å bli avslørt som en annen enn den man vil være, og er derfor sterkt knyttet til taushet (Skårderud, 2001b, s. 40-41).

Skam kan deles inn i fire ulike varianter: sunn skam, akutt skam, vond skam og giftig skam. (Farstad, 2020, s. 62). Sunn skam defineres som beskyttende gjennom regulering av det relasjonelle og sosiale liv. Den akutte skamreaksjonen beskrives å gi et dypt ubehag, og medfører gjerne tilbaketrekning fra en bestemt situasjon, men skammen er imidlertid ikke vedvarende (Farstad, 2017, s. 33). Det kan eksempelvis vise seg ved rødming, svette eller skjelving. Den vonde skammen oppstår når vi har en forventning om å bli møtt med anerkjennelse, respekt, omsorg og likeverd, men erfarer det motsatte. Det som skiller den giftige eller destruktive skammen fra de øvrige variantene, er i hvor stor grad skammen internaliseres. Giftig skam er en alvorlig og gjennomgripende form for skam som oppstår som følge av krenkelser, og kan forme en hel personlighet (Farstad, 2020).

Farstad (2020, s. 63) skriver at giftig skam har rot i «alvorlige, eksistensielle avvisninger og livserfaringer knyttet til det å ikke bli respektert, verdsatt, beskyttet og vist omsorg». Mangel på verdighet, respekt og omsorg fra andre medfører at vedkommende blir fratatt selvidentitet, handlingskraft og sin relasjonelle verdi (Farstad, 2017, s. 119). Skammen kan internaliseres i individets selvfølelse og bli patologisk ved at hele identiteten rammes av følelse av å *være* feil (Farstad, 2017). Den rammer menneskets identitet, trygghet og tillitsevne, og truer dermed menneskets tilhørighet og tilknytning gjennom isolasjon og ensomhet (Farstad, 2020, s. 64). Skamfølelsen forholder seg til den kritiske andre hvor selvet vurderer selvet; selvet er i sentrum for kritisk og negativ oppmerksomhet (Farstad, 2017, s. 27). Den overbeviser oss om at vi ikke er verdig i relasjonen til den andre, at vi ikke er verdt kjærighet og at det er noe grunnleggende galt med oss. Følgelig kan den medføre følelse av å føle seg utstøtt eller drevet på flukt (Farstad, 2017).

2.5 Dialektisk relasjonsteori

Dialektisk relasjonsteori er utviklet av psykolog Løvlie Schibbye (2020). Utgangspunktet for teorien er sammenhengen mellom psykoanalyse, eksistensfilosofi og dialektikk, samt ulike kommunikasjonsteoretikere.

Teorien bygger på en grunnleggende forståelse om at selvet utvikles i relasjon med andre (Schibbye, 2020). For å forstå individet må selvet og de relasjonene selvet står i forstås i sammenheng til hverandre (Schibbye, 2020, s. 57). Selv- og relasjonsutvikling forstås på bakgrunn av våre motstridende behov for å ha en egen selvstendig avgrenset identitet på den ene siden, og å ha tilknytning og å være i relasjon på den andre siden (Bae & Waastad, 1999, s. 16). Behovene innebærer også en angst for å være alene uten tilknytning og nærhet til andre (Bae & Waastad, 1999, s. 16; Schibbye, 2020). Bae og Waastad (1999, s. 16) skriver at et kompromiss mellom de to grunnleggende behovene resulterer i selvutvikling.

Dialektikken henviser til hvordan partene i samspill skaper hverandres forutsetninger (Schibbye, 2020). Individet påvirker hverandre gjensidig ved at den enkeltes væremåte påvirker både den (de) andre, og påvirkes *selv* av den andres respons (Schibbye, 2020, s. 38). Er den ene hyggelig, aggressiv eller likegyldig, vil det gi konsekvenser for hvordan den andre responderer (Schibbye, 2020, s. 58). Dernest vil konklusjoner om en selv, og egen verdi

trekkes på grunnlag av hva som skjer i samspillet (Bae & Waastad, 1999, s. 39). Det belyser også hvor avhengige, sårbare og utsatte vi er i interpersonlige relasjoner (Bae & Waastad, 1999, s. 35). Som mennesker knytter vi ulike følelser, tanker og forestillinger til våre behov, væremåter og vesen ut ifra hvordan vi som barn har blitt «gjenkjent», og reagert på av omsorgsgivere (Bae & Waastad, 1999, s. 70). Barnet tilpasser seg den voksne for å skape mest mulig trygghet, og internaliserer foreldrenes reaksjoner og vurderinger. Hva som anerkjennes og blir akseptert eller straffet i oppveksten, bygger fundament for hva barnet oppfatter av væremåter og handlinger som må gjøres for å oppnå anerkjennelse, eller for å kjenne seg verdifull (Bae & Waastad, 1999). Påfølgende blir det etablert relasjonelle mønstre som barnet tar med seg videre i livet (Schibbye & Løvlie, 2017, s. 115). Det gir implikasjoner for at selvet kan utvikles eller feilutvikles i dialog med andre (Schibbye, 2020, s. 38).

2.5.1 Selvavgrensning og selvrefleksivitet

Selvavgrensning og selvrefleksivitet er sentrale begreper innen dialektisk relasjonsteori og henger uløselig sammen. Innenfor den dialektiske modell er det slik at jo mer en kan skille egne opplevelser fra andres, desto nærmere er en prosesser i eget selv (Schibbye, 2020, s. 89). Selvrefleksivitet innebærer å kunne se seg selv utenfor seg selv, altså å «observere» eller betrakte seg selv (Schibbye, 2020). Med andre ord viser det til vår evne til å eksempelvis ha tanker om våre tanker, og følelser om våre følelser (Schibbye & Løvlie, 2017). Det gjør det mulig for oss å se hvordan en selv oppfattes av andre, og å kunne se andres perspektiv på *deres* egne opplevelser. Det innebærer også å se at jeg og den andre er to forskjellige og atskilte individer, og å vite hvilke følelser som tilhører en selv. Selvrefleksivitet innebærer på den måten selvavgrensning, evne til å skille mellom egne og andres opplevelser, tanker, følelser og behov (Schibbye, 2020).

Det å fungere i relasjoner handler mye om å sortere følelser og å ha oversikt over egne og andres selvprosesser (Schibbye, 2020, s. 89). Selvavgrensning/refleksivitet gjør det mulig for individet å «lese» den andres samværs måte, og hva det «gjør med» oss samtidig. Følgelig gir det individet mulighet for å forutsi og innstille seg på den andres utspill som er av betydning for å kunne handle på egne vegne, og for å hevde seg på en positiv måte (Schibbye, 2020). Personer som har vansker med å markere egne grenser utad, har tilsvarende problemer med å skille mellom og tydeliggjøre egne indre følelser og opplevelser for seg selv. Det eksemplifiserer hvordan indre avgrensingsproblemer kan komme til uttrykk i forhold til

andre (Schibbye, 2020, s. 88).

2.5.2 Anerkjennelse

Anerkjennelse i lys av dialektisk teori forstås som at den andres indre opplevelsesverden blir fokusert og verdsatt som en selvfølge fordi det handler om et medmenneske (Schibbye, 2020). Schibbye (2017, s. 49) skriver at anerkjennelse er et universelt, menneskelig behov. Det innebærer å bli sett, forstått og respektert, og er forutsetninger for at individet skal føle at han/hun har verdi som menneske. Å få anerkjennelse gir legitimitet til vår egen opplevelsesverden, samtidig som det skaper tilknytning og fellesskap med andre (Bae & Waastad, 1999, s. 25). En anerkjennende relasjon beskrives som en forutsetning for utvikling ved at den gir rom for selvhevdelse og individualitet, og for tilknytning og bekreftelse. Det er gjennom anerkjennelse at vi får et forhold til oss selv, og kan utvikle oss som differensierte og selvstendige individer. Individet står med andre ord overfor et dilemma ved at vi er avhengige av andre for å bli autonome (Bae & Waastad, 1999, s. 25).

Anerkjennelses dialektikk viser også til den makt og mulighet for maktmisbruk som ligger i mellommenneskelige relasjoner (Bae & Waastad, 1999, s. 24). På bakgrunn av vår avhengighet av den andres bekreftelse, får den andre stor definisjonsmakt til å for eksempel definere våre opplevelser og tanker. Den asymmetriske maktfordelingen er tydelig mellom foreldre og barn, hvor barnet i mye større grad er avhengig av og prisgitt foreldrenes reaksjoner og definisjoner enn omvendt (Bae & Waastad, 1999, s. 26). Barnet og enhver annen person i utvikling vil tilstrebe anerkjennelse for å bli kjent med ulike deler av seg selv, og for å holde angsten for å bli forlatt under kontroll (Bae & Waastad, 1999; Schibbye 2020). Barnet eller vedkommende som streber etter anerkjennelse fra den andre stiller seg også overfor muligheten for å bli avvist, oversett eller invadert. Ved å ivareta tilknytning og avgrensning vil det fremme selvaksept og autonomi hos barnet eller vedkommende (Bae & Waastad, 1999). Dersom makten misbrukes på måter som undergraver den andres utvikling, vil det skape tvil, usikkerhet og manglende autonomi (Bae & Waastad, 1999).

3 Metode

I dette kapittelet belyses metodologi, forskningsdesign og vitenskapelig ståsted. Videre følger beskrivelse av datainnsamling, transkripsjon og analysemetode. Deretter gjøres det rede for

kvalitet i kvalitativ forskning og etiske hensyn knyttet til gjennomføring av studien.

3.1 Valg av metode

For å belyse problemstillingen «hvordan forstår og tilnærmer psykomotoriske fysioterapeuter seg i behandling av personer som opplever skam etter krenkelseserfaringer?» har jeg benyttet kvalitativ forskningsmetode. Metoden egner seg for å utforske subjektive erfaringer, opplevelser, og nyanser av hendelser og atferd (Malterud, 2017, s. 31). Det ble gjennomført et semistrukturert dybdeintervju av tre psykomotoriske fysioterapeuter. Metoden er preget av åpenhet når det gjelder rekkefølge og formulering av spørsmål, og innebærer at forskeren på forhånd utarbeider en intervjuguide med forhåndsbestemte tema en ønsker å belyse (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ga meg anledning til å stille oppfølgingsspørsmål, noe som kan bidra til rike og detaljerte beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2015). Metoden gir også informantene mulighet til å utdype om tema som blir belyst i intervjuet, i tillegg til at det åpnes for at informanten kan komme inn på temaer eller momenter som forsker ikke har tenkt ut på forhånd.

Studien er forankret i en fenomenologisk hermeneutisk vitenskapstradisjon. Det fenomenologiske perspektivet bidrar til å fremskaffe kunnskap om psykomotoriske fysioterapeuters opplevelser og erfaringer i behandling av personer med krenkelseserfaring. Gjennom en fenomenologisk tilnærming vil jeg få tak i informantenes forståelse, opplevelser og erfaringer. Det hermeneutiske perspektivet vil være knyttet til min rolle som forsker i forståelse og fortolkning av datamaterialet. Mine subjektive oppfatninger, erfaringer og forventninger samt perspektiver påvirker hele forskningsprosessen. Thornquist (2018, s. 174) understreker at forskerens forforståelse og perspektiver både er betingelse og begrensning for forståelsen. Forforståelsen er en forutsetning for å kunne forstå materialet, samtidig som forforståelsen vil prege materialet gjennom mine oppfatninger, erfaringer og forventninger. Med andre ord vil min forforståelse være bestemmende for materialet som forstås- og fortolkes.

3.2 Utvalg og rekruttering

For å belyse problemstillingen på best mulig måte ble det foretatt et strategisk tilgjengelighetsutvalg. Deltakere ble rekruttert på bakgrunn av at jeg ønsket informanter som

hadde noe å fortelle om krenkelser og var kjent med det aktuelle temaet. Inklusjonskriterier for deltakelse i prosjektet var minst fem års erfaring som psykomotorisk fysioterapeut og erfaring med behandling av personer med krenkelseserfaring. Med hensyn til studiens omfang og tidsramme ønsket jeg å intervju 3-4 fysioterapeuter. Malterud (2017, s. 63) skriver at et strategisk utvalg med god informasjonsstyrke kan gi et godt grunnlag for utvikling av kunnskap, og være tilstrekkelig til å gi et rikt materiale. Psykomotoriske fysioterapeuter i samme by som forsker ble kontaktet med hensyn til økonomi, og ønske om å gjennomføre intervjuet fysisk. Det å være fysisk tilstede gir i større grad nærhet til informantene, noe som kan ha betydning for deres åpenhet om egne erfaringer. Det gir også tilgang på kroppslige tegn og gester som kan ha betydning for informantenes utsagn. Gjennom å utføre intervjuet fysisk kunne informantene underbygge sine erfaringer ved å demonstrere gjennom bevegelser og kroppsstillinger, noe som kan være med på å tydeliggjøre deres budskap.

Jeg benyttet Norsk Fysioterapiforbund sin nettside for å finne frem til aktuelle informanter. I rekrutteringen kontaktet jeg fysioterapeuter på ulike tjenestenivå med hensikt i å kunne oppnå variasjon i datamaterialet. Et strategisk utvalg med vekt på mangfold kan gi variasjonsbredde gjennom flere nyanser av ett og samme fenomen (Malterud, 2017, s. 59). Etter å ha fått godkjent prosjektet fra Norsk senter for forskningsdata (NSD) sendte jeg ut e-post til aktuelle informanter med informasjonsskriv og samtykkeskjema (se vedlegg 3). Av de 15 psykomotoriske fysioterapeutene jeg kontaktet, var det tre som takket ja til å delta i studien. De tre informantene jobbet i spesialisthelsetjenesten eller på institutt, og hver av dem hadde over 10 års erfaring som praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter.

3.3 Intervjuguide og datainnsamling

I forkant av intervjuet utarbeidet jeg en intervjuguide i samråd med veileder (se vedlegg 4). Intervjuguiden bestod av åpne spørsmål som kunne være aktuelle for å besvare forskningsspørsmålet. Jeg foretok et prøveintervju av en medstudent over Zoom for å sikre at intervju spørsmålene var forståelige, og for å teste rollen som intervjuer. Etter prøveintervjuet og tilbakemelding fra medstudent, og veileder reviderte jeg intervjuguiden. Endringer som omformulering og spissing av spørsmål i intervjuguiden ble foretatt. Spørsmålene ble blant annet formulert på en måte som i større grad kunne få tak i informantenes opplevelser og erfaringer fra praksis, fremfor generelle utsagn. For eksempel ble spørsmålet «hva opplever du som utfordrende i møte med pasientene», omformulert til «kan du huske en

behandlingssituasjon som du opplevde som utfordrende». Ifølge Malterud (2017, s. 134) skapes det mest robuste materialet når forskeren klarer å invitere deltakerne til å dele sine erfaringer i form av konkrete hendelser.

Intervjuene ble etter informantenes ønske gjennomført på deres arbeidssted. Det å være i vante omgivelser kan skape trygghet og nærhet, noe som har betydning for at informantene lettere kan åpne opp om sine erfaringer og refleksjoner. Intervjuene ble utført i oktober og november 2021, og var planlagt å ha en tidsramme på én til halvannen time. Det ene intervjuet hadde en varighet på 50 minutter da informanten hadde begrenset med tid, mens de to andre intervjuene varte i 70-90 minutter. Intervjuene ble tatt opp med diktafon på to enheter. Muntlig samtykke til lydopptak ble innhentet via samtykkeskjema, samt før og under selve lydopptaket.

Intervjusituasjonen ble introdusert med en brifing, hvor jeg innledet med å informere om prosjektets formål, informantenes rettigheter og gjensidig taushetsplikt. For å skape en trygg og avslappet atmosfære innledet jeg intervjuet ved å spørre informantene om de kunne fortelle om seg selv, og om sin bakgrunn som fysioterapeut. Under intervjuet tilstrebet jeg en åpen, interessert og lyttende holdning til det informantene fortalte. For å begrense at min egen forforståelse skulle farge intervjuet, innledet jeg med åpne spørsmål om deres tanker, refleksjoner og erfaringer om psykomotorisk fysioterapi til personer med krenkelseserfaringer. Det informanten fremhevet som viktig ble blant annet fulgt opp med spørsmål som “kan du utdype det?”, “kan du beskrive (...)?” og “har du noen eksempler fra egen praksis (...)?”. Intervjuet ble avrundet med en oppsummering av meg, og mulighet for informantene til å korrigere eller utdype utsagn. Avslutningsvis ble informantene oppfordret til å ta kontakt med meg eller veileder ved eventuelle spørsmål, tilføyelser, ønske om innsyn eller ønske om å trekke seg. Det har ikke kommet henvendelser om å trekke seg per dags dato (05.05.22). Etter hvert enkelt intervju noterte jeg ned mine erfaringer rundt rollen som intervjuer som forberedelse og forbedring til neste intervju.

3.4 Transkripsjon

Transkribering av hvert intervju ble foretatt av forsker på samme dag og dagen etter selve intervjuet. Etter hver enkelt transkripsjon lyttet jeg på lydopptaket på nytt for å sikre at jeg hadde fanget opp samtalen i en form som best mulig formidler det som deltakeren vil meddele

(Malterud, 2017, s. 78). Ved å transkribere materialet selv fikk jeg synliggjort og blitt bevisst min egen rolle som intervjuer, noe som var nyttig til neste intervju. Jeg ble også godt kjent med datamaterialet underveis i prosessen. Det å transkribere selv ga meg ny innsikt i det informantene fortalte som jeg i mindre grad la merke til under selve intervjuet.

De tre intervjuene ble transkribert ord for ord og resulterte i 45 sider. Transkripsjonen ble gjort på bokmål og utelukket dialektmarkører for leservennlighetens skyld og for å lette skrivearbeidet. Alle personidentifiserende opplysninger som informasjon om nåværende og tidligere arbeidsplasser ble utelukket. Navn som ble nevnt under intervjuet ble erstattet med pseudonym. Det er ingen universell form eller kode for transkripsjon av forskningsintervjuer, imidlertid er det visse standardvalg som skal tas, noe jeg gjorde på forhånd av transkripsjonsprosessen. (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg baserte valg av transkripsjonsprosedyre etter vurderinger for hva som er egnet for å få tak i innholdet og meningen i samtalen. Jeg valgte å ta bort lyder som «hm» og «ehm» for å gjøre materialet mer leservennlig, samt med hensyn til videre analysearbeid. Ved trykk på ord valgte jeg å symbolisere det med å skrive ordene i store bokstaver. Intonasjonsmessige understrekninger og følelsesuttrykk ble markert i teksten som *ler* og *sukker* for å ivareta informantens budskap. Ufullstendige setninger ble gjengitt slik de kom ut muntlig. Pauser eller nøling ble markert som «...». I sitatene som presenteres i resultatdelen har pauser, småord som «liksom» og «sånn», og gjentakende ord blitt fjernet for å tydeliggjøre meningsinnholdet og for å fremme leservennligheten.

3.5 Analyse

I analysen av datamaterialet har jeg benyttet hovedtrinnene i tematisk analyse beskrevet i Braun og Clarke (2006), og Johannesen, Rafoss og Rasmussen (2018). Tematisk analyse er egnet til å analysere personers perspektiver og erfaringer, og beskrives som velegnet for nybegynnere innen kvalitativ forskning. Metoden er fleksibel og er ikke knyttet til bestemte vitenskapsteoretiske ståsted. Tematisk analyse kan benyttes for å identifisere mønstre og tema i datamaterialet samt at den har potensiale for nyansert og fortolkende analyse (Braun & Clarke, 2006).

I analysearbeidet har jeg støttet meg til de seks stegene som presenteres i Braun og Clarke (2006). De seks stegene er: 1) bli kjent med datasettet, 2) koding, 3) lete etter tema, 4) se

gjennom tema, 5) definere og navngi tema og 6) skrive rapport. Analyseprosessen og det å bli kjent med materialet startet allerede under datainnsamlingen gjennom intervju- og transkripsjonsprosessen. I analyseprosessen var det avgjørende å legge min egen forforståelse til side for å stille meg åpen for empirien. Jeg leste gjennom transkripsjonen av intervjuene flere ganger for å få et helhetsinntrykk, samtidig som jeg noterte tanker og refleksjoner underveis. Deretter leste jeg materialet med hensikt i å se etter temaer som kunne være aktuelle for å belyse forskningsspørsmålet mitt. Jeg kodet for så mange potensielle temaer som mulig i henhold til anbefaling fra Braun og Clarke (2006). Jeg tilstrebet en datanær koding, altså å oppsummere dataene på en måte som skulle gjenspeile det konkrete innholdet i data for å lettere kunne fange opp nyanser og oppdage nye sammenhenger. Kodingen ble foretatt flere ganger, noe som bidrar til å gjøre kodingen mer presis og sammenhengende (Johannesen et al., 2018).

I analyseprosessen gikk jeg frem og tilbake i stegene 3, 4 og 5, noe som er typisk i en tematisk analyse. I søken etter tema ble koder som virket å handle om det samme plassert i egne dokumenter. Temaene er en gruppering av data med fellestrekk, og skal fortelle om noe betydningsfullt eller interessant om datamaterialet som er relevant for forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2006). Prosessen resulterte i en temaliste med totalt 29 temaer. Kodene som jeg ikke klarte å plassere under tema ble plassert i et eget dokument. I fjerde fase lagde jeg tankekart med alle temaene og undertemaene for å danne en oversikt over hvordan de ulike temaene kunne besvare forskningsmålet. Videre i analyseprosessen fant jeg ut at flere av temaene omhandlet noe av det samme og ikke var tydelig avgrenset, noe som førte til at temaer ble slått sammen. Temaene ble bearbeidet med formål om å være tydelig avgrenset fra hverandre. Jeg sjekket også om temaene i sin helhet samsvarte med datasettet ved å lese gjennom datasettet med temaene i bakhodet. Avslutningsvis ble temaene navngitt og definert, noe som var med på å tydeliggjøre avgrensningen mellom dem og relevans for studien. Det ble også valgt ut relevante sitater for videre rapportskrivning.

3.6 Kvalitet i kvalitativ forskning

Kvalitet i kvalitativ forskning kan beskrives ved begrepene validitet (gyldighet) og pålitelighet (reliabilitet) (Tjora, 2010). Studiens validitet styrkes vet at jeg har redegjort for metodiske valg jeg har tatt underveis i prosessen, i analysen og ved presentasjon av resultatene. Det kan gjøre det mulig for lesere å følge gangen i forskningsprosessen. Gjennom

å redegjøre for teoretiske referanserammer gir jeg leserne mulighet til å vurdere hvordan jeg forstår og tolker datamaterialet. De teoretiske brillene er et premiss for analyseprosessen ved at teoriene bidrar til å bestemme hva jeg ser og hva jeg fester meg ved (Malterud, 2017, s. 88). Validitet er også knyttet til lojalitet til deltakernes beskrivelser. I presentasjon av resultater er direkte sitater fra intervjuene fremholdt for å styrke studiens pålitelighet og validitet. Det synliggjør informantenes «stemmer», og gjør det mulig for leser å til en viss grad ta stilling til min tolkning av data (Tjora, 2010).

Validitet dreier seg også om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Et kvalitativt dybdeintervju ble valgt for å få tak i fysioterapeutenes forståelse, erfaringer og refleksjoner rundt det aktuelle tema. Thornquist (2018, s. 256) understreker at det ofte er manglende samsvar mellom hva som faktisk blir gjort i praksis, og egen beskrivelse av hvordan vi gjør ting og med hvilke intensjoner. Jeg stiller meg kritisk til at studien ikke kan beskrive hvordan fysioterapeutene faktisk tilnærmer seg i behandling. Formålet med studien var imidlertid å få tak i informantenes forståelse av kroppen og hva de vektlegger i behandling av personer med krenkelseserfaring. Informantenes beskrivelser gir en fortolkning av deres forståelse og opplevelse av hvordan de tilnærmer seg i praksis. Studiens validitet er også knyttet til faglig forankring og studiens relevans som er begrunnet i kapittel 1.2 og 1.4.

Pålitelighet handler om studiens troverdighet og innebærer å vise refleksivitet (Tjora, 2010). Refleksivitet er forskerens bevissthet om sin egen rolle og nærhet til faget (Malterud, 2017). For å styrke studiens pålitelighet vil jeg redegjøre for hvordan egen forforståelse og posisjon kan ha preget forskningsarbeidet. Min forforståelse, faglige perspektiv og ståsted innen feltet bidrar til hva som skapes og utvikles i hele forskningsprosessen. Prosessen innebærer å velge ut noe som er relevant og utelukker påfølgende noe annet (Thornquist, 2018).

Bakgrunn for studiens forskningsspørsmål springer ut av både personlig og faglig interesse. Som nevnt gjorde Anna Luise Kirkengen sin forelesning om helsefølger av krenkelser under studietiden inntrykk på meg. I klinisk praksis opplevde jeg møte med pasienter som hadde opplevd krenkelser som både engasjerende og utfordrende. Noe av det jeg synes var mest utfordrende var deres sårbarhet, og å forstå sammenhengen mellom de sammensatte plagene og belastende livserfaringene pasientene hadde. Jeg stilte meg også undrende til hvordan jeg kunne møte dem på best mulig måte, og hva jeg skulle vektlegge i behandling. Det gjorde

meg nysgjerrig på hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår kroppen hos de krenkede, samt hva de vektlegger i sin tilnærming og hvorfor. Under intervjuet hadde jeg en forventning om at informantene skulle fortelle om hvordan livserfaringer setter seg i kroppen, og betydningen av å bygge trygghet og tillit med pasientene. Jeg hadde også tanker om at informantene skulle fortelle om hvordan de tilnærmer seg pasientene gjennom å jobbe med kontakt med kropp og følelser, og å hjelpe pasientene til å regulere kroppslige reaksjoner.

Nærhet til fagfeltet kan være både en ressurs og begrensning i forskningsprosessen (Tjora, 2010). Kjennskap til fagfeltet gir meg stor tilgang til forståelse av feltet, og var en forutsetning for felles forståelse og kommunikasjon med informantene. Kunnskap innen feltet åpner også mulighet for forståelse av fenomener som en utenforstående ikke nødvendigvis klarer å oppfatte (Malterud, 2017). En mulig begrensning ved nærhet til fagfeltet kan være at jeg blir «blind» og tar ting for gitt. I klinisk praksis har jeg møtt flere personer som har opplevd krenkelser. Det innebærer at jeg for eksempel har egne tanker og ideer om hva jeg anser som viktig i møte med pasientene, og kan medføre at jeg har unnlatt å gå i dybden på noe jeg betrakter som selvfølgelig.

I forkant av studien gjorde jeg rede for egen forforståelse for å bli bevisst hvordan det kunne påvirke forskningsprosessen. Thornquist (2018, s. 259) skriver at ved å erkjenne sin forforståelse kan en aktivt søke distanse og samtidig utnytte egen nærhet til feltet. Min forforståelse kan for eksempel påvirke hva jeg etterspør og vektlegger under intervjuene. Et eksempel er at en av informantene fortalte om hvordan tilbakeholdte følelser kan medføre reaksjoner hos pasientene. Jeg fulgte opp ved å spørre om hvordan hun forholdt seg til det, med hensikt i å få tak i hennes erfaringer og måter å tilnærme seg kroppslige reaksjoner. Hadde jeg spurt informanten om hvordan hun forstår de kroppslige reaksjonene, kunne jeg fått tak i noe annet, og kan illustrere hvordan forforståelsen min var styrende for intervjusituasjonen. I intervjuguiden vektla jeg åpne spørsmål for å få frem informantens perspektiv, og tilstrebet en undrende og åpen holdning både under innsamling og bearbeiding av data.

3.7 Etiske vurderinger

Etiske spørsmål er integrert i alle faser av en intervjuundersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95). Jeg utarbeidet en etisk protokoll med refleksjoner og etiske dilemmaer som ble

vedlagt i søknaden til NSD (se vedlegg 1). Den etiske protokollen omhandlet blant annet mulige belastninger for deltakere under intervjusituasjonen. Prosjektet ble godkjent av NSD før datainnsamlingen startet (se vedlegg 2). Anonymisering, prinsipp om frivillighet og konfidensialitet er ivaretatt under hele prosjektet. Ved forespørsel om deltakelse fikk deltakerne informasjonsskriv og samtykkeskjema på e-post som beskrevet i kapittel 3.2. Som nevnt i kapittel 3.2 ble også muntlig samtykke av informantene innhentet. Med hensyn til personvern og anonymitet har deltakerne i studiet fått tildelt fiktive navn. Under intervjuet ble deltakerne oppfordret til å fortelle om historier fra egen klinikk for å besvare problemstillingen. Navn og andre identifiserende tilhørende opplysninger til pasienter som har ble omtalt under intervjuene har også blitt anonymisert. Minnepinne med lydopptak og samtykkeerklæring oppbevares i låst skap. Når masteroppgaven blir godkjent vil personidentifiserende materiale slettes og papirer makuleres.

4 Resultater

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra prosjektet mitt. Innledningsvis vil jeg legge frem informantenes forståelse av krenkelse og skam. Deretter vil informantenes beskrivelse av tilnærming til pasientene bli presentert ved tre hovedtemaer: 1) Møte pasientene med verdighet, 2) Respektene pasientenes grenser og 3) Gjøre pasientene oppmerksomme på hva krenkelsene har gjort med dem. Informantene har fått pseudonymene Marie, Ane og Lisa, og vil også benyttes synonymt med «fysioterapeut» og «terapeut». Sitatene står i kursiv med innrykk og transkripsjonen er omgjort fra muntlig til skriftlig form¹

4.1 Informantenes forståelse av krenkelse og skam

I følgende kapittel vil jeg beskrive informantenes forståelse av krenkelse og av pasientenes kroppslige plager. Deretter vil deres forståelse av hvordan krenkelse kan oppstå som følge av skam, og deres forståelse av pasientenes strategier for å beskytte seg mot skam bli presentert.

¹ Deler av siterte setninger er utelatt og merket med [...] uten at det skal påvirke budskapet. I utdrag det har vært hensiktsmessig å endre eller legge til småord for at meningsinnholdet skal komme frem er det benyttet skarpe klammer.

4.1.1 Krenkelse er en subjektiv opplevelse av grenseoverskridelse

Informantene løfter frem at krenkelse oppstår i relasjon med andre, og kan være av både fysisk og/eller psykisk karakter. Ane og Lisa beskriver hvordan de forstår krenkelse slik:

Ane: «Krenkelse tror jeg må være det som for den det gjelder, oppleves som at noe eller noen har gått over en grense. Altså at det er en subjektiv definisjon. Den som opplever det vet det, for eksempel sånn som det er tilsvarende med mobbing».

Lisa: «Jeg tenker vel at det er en subjektiv opplevelse. Noe som kan være krenkende for meg ikke ville vært det for deg. Det kan ha sammenheng til historien vår. Krenkelse er å skride over den andres sin grense på en eller en annen måte, enten det er fysisk eller psykisk».

Overgrep, vold, incest og ulike former for omsorgssvikt løftes frem som krenkelser. Overgrep og vold i nære relasjoner kan innebære at omsorgsgiver både er den som påfører vold og ikke beskytter personen som blir utsatt for krenkelse. Fravær av omsorg kan også innebære å ikke bli møtt på sine grunnleggende behov i oppvekst, og å ikke bli hørt og sett av omsorgsgiver. Informantene belyser også at omsorgssvikt kan være å bli behandlet ufint eksempelvis ved å bli kritisert eller å bli påført skyld. Utenforskap som mobbing eller å bli behandlet annerledes enn andre i familien beskrives som andre former for krenkelser. To av informantene trekker også frem at å bli påført skam kan være en del av en krenkelseserfaring. Lisa understreker at å være alene om en krenkelsesopplevelse kan være det som gjør det til en krenkelse. Det kan innebære at ingen fanget opp at vedkommende ble krenket eller at vedkommende ikke hadde noen å dele erfaringen sin med.

Informantene deler et felles syn om at krenkelseserfaring(e) setter seg i kroppen. Lisa fremhever betydningen av en helhetlig forståelse av kroppen og beskriver det slik:

«[...] som Kirkengen snakker om, hvordan krenkede barn blir syke voksne. At vi har den helhetlige forståelsesrammen i seg selv tror jeg er utrolig viktig. Og at vi har en forståelse for hvordan krenkelseserfaringer også setter seg i kroppen. Kan hende det setter seg i handlingsmønstre eller hvordan vi forholder oss til andre, men det kan også hende at det er det er mye av det som sitter i magen min, i muskulaturen».

Fysioterapeutene forklarer at de kroppslige plagene hos pasientene har en funksjon i form av tilpasning til omgivelser og livserfaringer. Tilpasning kan innebære å spenne seg og å holde pusten for å holde tilbake egne følelser eller for å skyve unna følelser. Marie poengterer at «å spenne seg av redsel er en måte å overleve på fra evolusjonens side». Det å være i et muskulært spenningsmønster kan være lettere enn å forholde seg til egne følelser. Over tid kan vanespenninger i holdning, pust og muskulatur komme til uttrykk som kroppslige plager. De tilbakeholdte følelsene kan komme til uttrykk ved plager og symptomer som for eksempel smerter, fatigue, infeksjoner og generelt økt sykkelighet.

4.1.2 Skam kan oppstå som følge av krenkelser

Informantene fremhever hvordan skam kan oppstå som følge av krenkelser. De beskriver at følelse av verdiløshet og følelse av å være feil er essensen i skam.

Fravær av omsorg i form av å ikke bli møtt på sine grunnleggende behov kan medføre skam i form av følelse av å ikke være verdt å ivareta og beskytte. I oppveksten er barnet avhengig av omsorgsgiver for å overleve. Når barnet ikke blir møtt på sine behov etter gjentatte ganger kan det medføre følelse av ensomhet og hjelpeløshet. Påfølgende kan barnet havne i en tilstand av oppgitthet hvor vedkommende «kobler» av kontakt med kropp og følelser for å overleve. Mangel på omsorg skaper også en fundamental følelse av utrygghet og mangel på tillit til andre. Lisa beskriver det slik med egne ord slik:

«Når barnet har prøvd og prøvd så gir de etter hvert opp. [...]. De klarer ikke å nå frem med behovet sitt og blir ikke møtt. Så kommer det en kollaps når det har skjedd mange nok ganger. Hvorfor skal [barnet] rope på mamma, det hjelper jo ikke».

Mangel på bekreftelse og å det å bli påført skyld kan også være former for omsorgssvikt. Marie beskriver hvordan det kan medføre følelse av utilstrekkelighet og følelse av å ikke være bra nok:

«[Pasienten] fikk skylden for alt. Hvis hun mistet en gaffel i gulvet fikk hun beskjed om å gå på rommet og skamme seg, og komme ut når hun var blid igjen. [...]. Hele

oppveksten var å bli møtt på den måten. Ingen er på ditt parti, ingen hører på deg. [Pasienten] går inne med alt [hun] føler og hele opplevelsverdenen blir mye indre og ikke ut [...].».

Pasientene retter oppmerksomheten mot seg selv og ikke ut mot verden, noe som kan skape grobunn for å kritisere seg selv og resultere i følelse av å være verdiløs. Manglende trøst og aksept for følelser som for eksempel å være lei seg kan medføre at pasientene opplever følelsene som «forbudte» og dermed skambelagte. Erfaringer med å bli beskyldt og avvist kan også skape utrygghet, og opplevelse av å måtte være på vakt overfor andre mennesker i frykt for å ikke bli akseptert.

Opplevelser med å ikke bli respektert kan skape følelse av å være mindre verdt og å være utålelig. Lisa beskriver at opplevelser som innebærer mangel på respekt kan innebære vold, overgrep og incest. Det kan også være å bli holdt utenfor fellesskapet, å bli utstøtt og trakassert. Marie illustrer ved å fortelle om en pasient: «han ble krenket på det verste hjemme, ikke seksuelt, men med fysisk vold og sjikane». Skam over hva en har blitt utsatt for kan medvirke til at pasientene tier om hendelsene og resultere i at de bærer opplevelsene alene.

4.1.3 Pasientenes strategier for å beskytte seg mot skam

Informantene beskriver hvordan pasientene kan benytte ulike strategier for å beskytte seg mot skam. Strategiene som vil bli presentert er beredskap, tilpasning og tilbaketrekning. Behovet for beskyttelse er knyttet til utrygghet og sårbarhet, og handler om redsel for tap av tilhørighet og frykt for avvisning. Lisa beskriver det slik:

«Jeg legger merke til hvor sårbare [pasientene] er i kontakt med andre mennesker. At de ikke er så trygge [...]. Det er veldig få som er trygge i det hele tatt i kontakt med andre mennesker. Fordi krenkelseserfaringen har oppstått sammen med en annen, så blir utryggheten overført i relasjon til alle andre».

Beredskap: Informantene beskriver at beredskap kommer til uttrykk ved at pasientene er på vakt eller «angriper» andre. Lisa utdyper hva vaktsonheten handler om:

«At det er noe i situasjonen eller at fortiden er litt med de nå da. At [pasientene] har hatt krenkelseserfaringer eller opplevelser som gjør at det er utrygt å være sammen med andre. [Pasientene opplever] at det er vanskelig å ha tillit til at [de] blir akseptert som bra nok og at [de] ikke blir angrepet. Det er mange av [pasientene] som er veldig «scannende» overfor omgivelsene».

Vaktsomhet og en tilbakeholdt pust forstås som en måte å være på vakt overfor personer i omgivelsene. Det kan for eksempel være om noen kommer til å mobbe eller fryse ut vedkommende, og/eller handle om usikkerhet knyttet til å være bra nok og å bli akseptert. Frykt for å bli påført skyld kan også ligge til grunn for vaktsomheten. Ved å kontrollere pusten og å spenne kroppen holdes følelser som redsel og frykt unna. Det å holde tilbake egne følelser kan også være en måte å beskytte seg mot å få kjeft.

Vaktsomheten kan vise seg ved at pasientene for eksempel ikke sitter helt nede på stolen fordi de spenner seg i kroppen og kan være knyttet til usikkerhet og redsel for å ta plass. Pasientene kan følge nøye med på fysioterapeuten, i motsetning til andre pasienter som kan se seg fritt rundt i rommet. Lisa beskriver også at det kan komme til uttrykk ved at noen av pasientene fremstår som mistenksomme overfor henne. Marie legger merke til at pasientene ikke tør å gi blikkontakt eller å lukke øynene dersom de ligger på benken, og kan henholdsvis forstås som en måte å unngå andres kritiske blikk og behov for oversikt over hva som skjer.

Pasientene kan «angripe» andre for å unngå å forholde seg til opplevelse av egen utilstrekkelighet og følelse av å være feil. Lisa beskriver det slik:

«Det kan jo komme til uttrykk ved at [pasienten] angriper andre. For når [pasienten] kjenner på noe vanskelig inni [seg] så vil [vedkommende] heller legge det over på [andre]. [...]. [Pasienten opplever at] det er ikke [seg] det er noe feil med, det er [andre]».

Pasientene forsøker å «fjerne» skammen ved å påføre eller overføre den til andre. Det kan vise seg ved at de inntar en aggressiv og kritisk holdning ovenfor terapeuten. Ane forteller at hun kan oppleve at pasienter tester henne ved å for eksempel stille direkte spørsmål med hensikt i å være vanskelige.

Tilpasning: Tilpasning kan komme til uttrykk ved at pasientene kan bli «eager to please» eller føyelige. Pasientene kan kritisere og klandre seg selv, og forsøke å oppfylle andres behov for å oppnå bekreftelse og begrense følelse av skam. Lisa fremhever at mange av pasientene uttrykker ønske om «å få bedre selvfølelse, å bli mer fornøyd med seg selv». Hun beskriver hva det kan handle om:

«[...] det blir veldig mye oppmerksomhet på seg selv. [Pasientene] angriper seg selv. [De] opplever at det er [de] det er noe galt med. [De] sier at det kan jo ikke være mamma og pappa. [Pasientene opplever at det er de] som ikke har skjønt noe, ikke gjør som [de] skal eller er bra nok».

Det å være «eager to please» beskrives som at pasientene aktivt strekker seg over sine egne grenser for å tilfredsstille andres behov. Karakteristisk kommer det til uttrykk ved at pasientene sitter fremoverlent med en strak rygg og hodet foran kroppen, klare for å stille opp for andre. Marie beskriver hva det handler om:

«[...] personer som har krenkelseserfaringer har blitt flinkere til å følge med [på det som skjer] utenfor seg enn inni seg. [De] er veldig gode til å fange opp hva andre har behov for, og by på [seg] selv og forstrekke [seg] [...]».

Føyeligheten viser seg ved at pasientene setter andres behov foran sine egne. Det kan handle både om ønske om å bli hørt og sett, og å unngå avvisning og konflikt som innebærer tap av tilknytning til andre. Medgjørigheten kan være subtil ved at pasientene gir etter for hva fysioterapeuten foreslår av øvelser. Lisa fremhever å være oppmerksom på pasientene som er medgjørliche og beskriver hvordan det kan vise seg:

«[Pasientene] blir veldig medgjørliche i forhold til hva jeg foreslår. De er ettergivende i stilen sin med andre mennesker. [Pasientene] gjør som [jeg] sier og, har ikke så mye egne meninger. Så det å prøve å fange opp når de ikke lytter til seg selv, men «pleaser» meg og andre rundt seg».

Føyeligheten kan også komme til uttrykk som «overgivelse», og handler om at pasientene mangler evne til å kjenne hvor egne grenser går. Ane beskriver hvordan det kan komme til

uttrykk ved at pasientene etter hennes opplevelse «overgir» seg til terapeuten ved berøring på benk:

«Eller så kan det være at [pasientene] gir seg helt hen, for eksempel ved berøring på benk. Det er jo noen som gir seg helt hen så mye at det egentlig er i overkant. [...]. Som bare flater ut».

Tilbaketrekning: Tilbaketrekning i form av unngåelse og hjelpeløshet kan også være en måte å beskytte seg mot skammen på. Lisa beskriver det med egne ord slik:

«Det kan jo komme til uttrykk ved at [pasienten] unngår følelse og situasjoner. Det kan komme til uttrykk ved at [pasienten] trekker [seg] tilbake, prøver å gjøre [seg] usynlig, ikke ta så mye plass».

Pasientene kan forsøke å gjøre seg usynlige for å unngå følelser og situasjoner som kan utløse skam. Informantene eksemplifiserer at tilbaketrekning kan observeres ved at pasientene sitter i en sammenkrøpet flektert stilling eller at de ikke beveger armene når de går. På den måten tar de mindre plass og gjør seg mindre synlige.

Lisa belyser hvordan unngåelse av egne følelser og tilbaketrekning kan komme til uttrykk ved vansker med selvhevdelse og manglende blikkontakt. Pasientene kan gi blikkontakt og være tydelige i kroppsspråket når de står opp for andre, men ikke når de står opp for seg selv. Ved selvhevdelse unnviker pasientene blikkontakt for å skjule seg, og unngår dermed opplevelse av andres kritiske blikk og vurderinger. Det kan forstås som en måte å begrense skam over seg selv og egne følelser. Lisa eksemplifiserer hvordan det kan komme til uttrykk hos en pasient:

«Så hvis hun er sint på andre sine vegne da kan hun se på meg, og til og med si at hun er sint på meg og være tydelig i kroppsspråket. Når det gjelder henne og selvhevdelse så vakler det veldig. Da kikker hun ikke på noen. Så det er veldig stor forskjell. [...].»

Pasientene kan unnlate å snakke om krenkelsene for å unngå følelse av skam. Følelse av skam i form av å bli «avslørt» kan komme til uttrykk ved autonome reaksjoner som for eksempel svette og rødme. Ane forteller om en pasient hun hadde fulgt i lang tid hvor hun hadde mistanke om at vedkommende hadde opplevelser med overgrep:

«[Pasienten] hadde ikke sagt noe om [krenkelseserfaringen], men jeg spurte [pasienten] forsiktig: [...] vet du om du har vært utsatt for noe som har vært ugreit for deg seksuelt? Det rant av hendene hennes bare jeg stilte spørsmålet. Så kraftig autonom reaksjon har jeg aldri vært borti».

Tilbaketrekning kan også vise seg ved hjelpeløshet og resignasjon. Informantene beskriver pasientene som underaktiverte og resignerte på bakgrunn av følelse av avmakt. Basert på tidligere opplevelser med å ikke bli møtt på sine behov har pasientene manglende tro på at de kan påvirke omgivelsene. Pasientene forventer ikke å motta hjelp av andre og unnlater dermed å be om hjelp fra andre. Informantene beskriver at det kommer til uttrykk ved hypoton muskulatur, noe som gir et passivt og tungt kroppsspråk med lite dynamikk. Det passive kroppsspråket til pasientene gjenspeiles også i pasientenes væremåte ved at de for eksempel tar lite initiativ i hverdagen. Informantene fremhever betydningen av å være oppmerksomme på å fange opp de underaktiverte fordi mange av de tilsynelatende fremstår som velfungerende ved at de har god evne til å ordlegge og snakke for seg. Lisa forklarer det slik:

«Jeg synes det er et viktig tema med de underaktiverte. De som har usynlige symptomer. [...]. For noen kan være så velfungerende på utsiden. Det er flere av de traumatiserte som er utdannet og i jobb, og kanskje fungerer de ikke så bra i jobb. Også er det så mange områder relasjonelt da som er så vanskelig for de og ikke så synlige. [...]. Så det å lytte til det som ikke blir sagt verbalt. Kroppen sier noe om kollapsen».

4.2 Informantenes tilnærming til skam

Fysioterapeutenes beskrivelser av tilnærming i behandling vil som nevnt bli presentert ved hovedtemaene: 4.2.1 Møte pasientene med verdighet, 4.2.2 Respektene pasientenes grenser, og 4.2.3 Gjøre pasientene oppmerksomme på hva krenkelsene har gjort med dem.

4.2.1 Møte pasientene med verdighet

Det å møte pasientene med verdighet beskrives som forutsetninger for å skape trygghet og tillit, og for å fremme pasientenes opplevelse av likeverd. Å gi pasientene erfaring med å bli akseptert, og å våge å være en relasjon for pasientene er undertemaer som favner informantenes beskrivelse av å møte pasientene med verdighet.

Informantene fremhever at trygghet og tillit er fundamentalt i behandlingen. De uttrykker at

pasientenes utrygghet og mistillit til andre er noe av det mest utfordrende i behandlingen.

Marie utdyper betydningen av å bygge tillit, og å møte pasientene med verdighet:

«Du kan ikke begynne å stryke på noen som er veldig redde, fordi du slipper ikke til. Så du må kanskje begynne i en stol og ikke ta på dem. [Pasientene] må kjenne at de får en tillit før du kan bekrefte dem med at de har en kropp og at du kan ta på dem».

«Utfordrende med [pasienten]? Det er å bygge tilliten. Godta at han har en lang vei å gå. Møte han med respekt og verdighet. Ikke forsere, ikke be han ta av seg tøy. Være veldig forsiktig med når han er så redd for brystkassen og har så mye dødsangst [...]. Begynner i stol kanskje. Kjenne kroppen. Masse små øvelser og lirk. Vi kan jo gå veldig, veldig forsiktig frem».

4.2.1.1 Pasientene må erfare at de blir akseptert

Informantene fremhever tid, tilstedeværelse og tydelighet som nøkkelfaktorer i aksept.

Opplevelse av å bli akseptert inviterer pasientene til å åpne opp om sine følelser og erfaringer.

Tid handler om å erkjenne og akseptere at pasientene trenger tid til å erfare at relasjonen til terapeuten er trygg nok til at de kan åpne opp om sine følelser og opplevelser. Det handler også om at pasientene må få tid til å kjenne etter i kroppen. Marie forklarer det slik:

«Det er den varheten som ligger i det psykomotoriske møtet som er tidkrevende. Som bygger litt og litt. En erfaring for pasienten [...]. At de får tid på seg til å ta inn at kroppen husker. Det er ikke bare å se noen rett i øynene og fortelle en historie om krenkelse [...]».

En av informantene beskriver tilstedeværelse som å «være sammen med pasienten i opplevelsen». Det dreier seg om å kunne leve seg inn i pasientens følelser og erfaringer, og å vise empati. Det å være alene om en krenkelseserfaring kan som nevnt være det som gjør det til en krenkelse. Når terapeuten lytter til pasientenes opplevelser og erfaringer får pasientene erfaring med at andre kan akseptere dem, og tåle deres følelser og livshistorie. Følgelig kan det åpne opp for at pasientene kan tåle og romme sine egne følelser og reaksjoner, og i sin tur akseptere dem.

Det å være tilstede med pasienten dersom det oppstår reaksjoner viser aksept. Mange av pasientene opplever følelser og erfaringer knyttet til krenkelsene som skambelagt, og det å fortelle om krenkelsene kan dermed trigge autonome reaksjoner. Reaksjonene som oppstår kan i seg selv også oppleves som skamfulle. Lisa understreker at hvis terapeuten blir redd dersom pasientene blir fjern eller får autonome reaksjoner, kan det gjøre det vanskelig for pasientene å akseptere sine reaksjoner. Hun fremhever dermed betydningen av terapeutens tilstedeværelse:

«Å være tilstede hvis de utforsker en krenkelseserfaring. [...] Å være sammen [med pasientene] i opplevelsene gir indirekte signal om at det er okei å tåle følelsene de kjenner på. Hvis jeg begynner «neinei, nå forsvinner du, nå må du komme tilbake», eller hvis jeg blir redd når [pasientene] har det vanskelig, så er det ikke så lett for [pasientene] å akseptere tilstanden de er i da. Jeg tenker at tilstedeværelse er en nøkkel som utgangspunkt».

Marie fremhever å vise aksept for pasientenes autonome reaksjoner ved å snakke om reaksjonene. Det bidrar også til å ufarliggjøre dem. Hun illustrer ved å gjenfortelle hvordan hun kan møte pasienter når det oppstår autonome reaksjoner:

«Jeg kan si [til pasienten] at i dag ble du ikke svett i hendene. Nå er vi inne på det autonome neversystem, nå fyrer ikke det. [...]. Så jeg bruker det autonome jeg. Mange sier i psykomotorisk [at en skal] være forsiktig når det er noe autonomt. Du må bekrefte det [ved å si til pasienten], jeg kjenner at du er svett. [...]. De møter jo seg selv om natten, at de blir svette og har klump i magen. Så skal ikke jeg tørre å møte det? [...]».

Tydelighet handler om å vise respekt for pasientenes sårbarhet, og deres behov for rammer og grenser. Informantene beskriver at tydelighet kan innebære forutsigbarhet i terapeutens væremåte og oppbyggingen av behandlingstimene. Tydelighet kan være en motsats til både uforutsigbarhet og usikkerhet som er knyttet til erfaringene hos mange av pasientene. Ane forteller om betydningen av å være tydelig og hva hun gjør for å være tydelig i rollen sin som behandler:

«[...] til en viss grad er det sårbarhet hos alle, men det er som veldig viktig med krenkelsespasientene er å være tydelig og kongruent i måten jeg fremstår på. [...]. Det å være veldig oppmerksom på [min] fremtoning. Stemmebruk, blick og avstand, hvor nær skal [pasienten og jeg] være hverandre. Det å spørre pasientene om det greit at jeg for eksempel berører når jeg skal vise noe, fordi [pasientene] skvetter ofte litt».

Tydelighet i terapeutrollen kan innebære å være gjenkjennbar fra gang til gang. Det handler om at terapeuten er tilstede i seg selv, og at det er samsvar mellom det fysioterapeuten gjør og sier. Det kan for eksempel være at terapeuten legger fra seg sine personlige problemer slik at det ikke påvirker behandlingssituasjonen eller relasjonen til pasientene. Tydelighet kan også dreie seg om å klargjøre med pasienten hva som er greit for dem av nærhet og avstand. Det er betydningsfullt for å ikke skride over deres grenser, og for at pasientene skal føle seg respektert. Forutsigbarhet kan også skapes ved å ha et mønster i behandlingstimene, og ved å forberede pasientene på hva som skal skje i behandlingstimen og hva de skal gjøre neste time.

Lisa fremhever på den andre siden at tydelighet kan innebære å være åpen om egne tilstander. Mange av pasientene er sensitive og utrygge overfor andres følelser. Det å vite hvordan andre har det kan skape trygghet og forutsigbarhet slik at pasientene ikke behøver å være oppmerksomme og på vakt overfor terapeutens følelser og reaksjoner:

“Med enkelte pasienter tenker jeg det er viktig å være litt transparent, fordi mange av de er så utrolig sensitive. De er så vare. Så hvis jeg er skikkelig sliten på slutten av dagen og ikke er så oppmerksom så prøver jeg å si noe om hvordan jeg har det”.

4.2.1.2 Våge å være en relasjon for pasientene

Fysioterapeutene vektlegger det å være et medmenneske i møte med pasientene for å skape trygghet og tillit, og opplevelse av likeverd. Det innebærer å møte pasientene som person-til-person fremfor terapeut-til-pasient. Marie utdyper det med egne ord slik:

«Jeg tror at man må våge å være en relasjon for dem. [...]. Jeg tror at relasjonsskader er vanskelig å reparere i en unaturlig relasjon hvis en terapeut er autoritær, og kommer med mye fornuftig og velgjørende. [...]. Det at man er litt nedpå og velger å være en person med kjøtt og blod, og erfaringer.»

En person-til-person-relasjon trekkes frem som avgjørende på bakgrunn av pasientenes

opplevelser av å være mindre verdt knyttet til opplevelser med avmakt. Terapeutrollen innebærer en autoritet og dermed en form for makt. Det å være et medmenneske innebærer å kunne lytte til pasientenes opplevelser og følelser uten å «korrigere» hva vedkommende burde gjøre eller føle. Følgelig kan det gi pasientene følelse av å bli tatt på alvor, og at det de har å fortelle har betydning. Det å være person-til-person dreier seg også om å gi pasientene en opplevelse av å bli sett. Marie eksemplifiserer med at dersom en pasient avlyser en time kan hun ringe eller sende melding til pasienten for å høre hvordan vedkommende har det. Følgelig kan det gi pasientene opplevelse av å ha verdi.

Informantene belyser at fysioterapeutens evne å dele egne følelser og erfaringer bidrar til å skape en person-til-person-relasjon. Det kan være med på å alminneliggjøre og ufarliggjøre følelser som pasientene kan oppleve som skambelagte og ikke aksepterte. I tillegg viser det sårbarhet og kan underbygge pasientenes syn på terapeuten som et medmenneske. Følgelig kan det åpne opp for at pasientene tør å vise sin sårbarhet og dele sine erfaringer. Lisa forteller at hun erfarer at pasientene ofte blir mer avslappet og reagerer med mer kontakt dersom hun deler følelser og historier fra eget liv. Marie beskriver hvordan hun ser på sin rolle som terapeut og hvordan hun møter pasientene:

«Vi blir mennesker da. Så jeg ser på meg selv mer som et menneske enn som en terapeut når jeg er sammen med de som er veldig krenket. Da sier jeg kanskje [...] at jeg har opplevd noe liknende en gang, eller [...] jeg var så lei meg for det, men så sa jeg ifra etterpå. Jeg tør å være litt person-person».

Det å være person-til-person dreier seg også om å se *hele* mennesket, ikke bare pasientenes kroppslige plager og krenkelseserfaringer. Lisa utdyper det med egne ord:

«Jeg er jo behandler, men jeg er også en person som kan snakke om løst og fast, og tulle med de, fordi det er også mennesker som er sterke og som har ressurser. Så jeg er også opptatt av å kontakte [ressursene deres]. Det er en balanse mellom det å jobbe med krenkelsene, men også styrke det som allerede er bra. Jeg forsøker å være like opptatt av begge ting [...]. Jeg tenker det er vel så mye terapi i det å jobbe med hva som er verdifullt i [pasientenes] liv, hvilke interesser de har».

Mange av pasientene har erfaringer med å bli kritisert eller å bli påført skyld, og har dermed aldri eller sjeldent fått anerkjennelse for hva som er bra ved dem. Det å kunne rette oppmerksomheten mot pasientenes ressurser kan hjelpe dem med å komme i kontakt med sine

styrker. Følgelig kan det støtte pasientenes syn på seg selv som verdifulle, og fremme pasientens evne til å bruke egne ressurser både i behandling og ellers i livet.

4.2.2 Respektere pasientenes grenser

Det å respektere pasientenes grenser gir pasientene opplevelse av at deres grenser har betydning, og at de er verdt å beskytte og ivareta. Informantenes beskrivelse av tilnærming til pasientenes grenser vil bli belyst gjennom undertemaene «pasientene må være tilstede for å få glede av behandlingen» og «noe som kroppen er villig til å være med på».

På bakgrunn av krenkelseserfaringene kan pasientene ha lav toleranse for noe som oppleves som grenseoverskridende. Derfor er det avgjørende at fysioterapeutene er oppmerksomme overfor pasientenes grenser i arbeid med kropp og følelser. Mange av pasientene har nedsatt kontakt med kropp og følelser, og kjenner dermed ikke hvor egne grenser går. Det blir derfor fysioterapeutens ansvar å tilpasse behandlingen innenfor pasientenes grenser. Lisa fremhever betydningen av å fremme pasientenes kontakt med kroppen med egne ord slik:

«[Pasientene opplever] at det er skummelt å kjenne etter i kroppen. Så de vet ikke så godt hva de kjenner eller føler. Verken [i kropp] eller følelser, og de henger ofte sammen. Hvis du er i stand til å hvert fall kjenne noe fysiologisk så er det ofte lettere å koble på det følelsesmessige»

4.2.2.1 Pasientene må være tilstede for å få glede av behandlingen

Toleransevinduet trekkes frem som verktøy for å tilpasse behandlingen etter pasientenes grenser. I arbeid med kroppslige vaner, følelser og pust kan tilbakeholdte følelser slippes til og oppleves som overveldende for pasientene. Ane utdyper betydningen av å være i toleransevinduet:

«[...] for å få glede av [behandlingen], for å kunne få med deg hodet og være tilstede i det som skjer, så må vi jo hele tiden sørge for å være i det toleransevinduet [...]. Det å være i vinduet betyr at du kan også ivareta litt av hva du trenger, at du klarer å tenke fornuftig i behandlingen. Det er et poeng som jeg har blitt mer og mer oppmerksom på. Det er mange ganger jeg [har trodd at jeg har] pasienten med meg, så viser det seg i etterkant at de kan ha vært et helt annet sted. Da er det ikke noe læringsmuligheter. Da er de [...] tilbake i det de driver med ellers. De bikker over

eller bikker under [toleransevinduet]».

Det å være i toleransevinduet løftes frem som en forutsetning for at pasientene skal kunne være tilstede, og dermed kunne nyttiggjøre seg og få glede av behandlingen. Informantene beskriver at det er i toleransevinduet pasientene kan tåle egne følelser og reaksjoner uten å forsvinne eller å bli overveldet. I toleransevinduet kan en tenke fornuftig, lære og ivareta egne behov. Hvor smalt eller åpent toleransevinduet er, er individuelt, og behandlingen må dermed tilpasses til den enkelte. Blir det for mye kroppslig eller følelsesmessig aktivitet i behandling, kan det være utenfor hva vedkommende tåler. Dersom pasientene er utenfor toleransevinduet kan de havne i en tilstand der de for eksempel bli fjerne, og ikke klarer å kjenne kroppen, merke egne behov eller å sette grenser for seg selv. Lisa understreker at det derfor er avgjørende at pasientene «fysiologisk tåler aktiveringen».

I behandlingen jobber fysioterapeutene med å utvide toleransevinduet til pasientene. Det innebærer å kunne håndtere og tåle, kroppslige og følelsesmessige tilstander uten å bli overveldet. Å kjenne etter i kroppen beskrives som krevende fordi pust og følelser kan slippes til. Underveis i behandlingen vurderer fysioterapeutene om pasientene er i toleransevinduet, eller om de er over eller under. Når de jobber med at pasientene skal kjenne etter i kroppen kan de starte med korte tidsrom på tre til fem minutter. Deretter beskriver terapeutene at de kan veksle med å jobbe med aktivering av underspent muskulatur og/eller å løsne opp overspent muskulatur. Ane beskriver hva som kan skje når pusten slipper til og betydningen av å tilpasse behandlingen:

«Det er der hvor du får pusten mer med deg og ikke mot deg så kommer jo følelsene rekende. Det kan være at [pasienten] blir nedstemt, redd eller sint. Det kan bli for mye av alt. Så det må man porsjonere ut med litt omhu».

Det å jobbe med kroppen fremheves imidlertid også som en varsom måte å kunne gå ut av pasientenes vanskelige eller overveldende følelser. Ane beskriver at hun kan benytte «oppmerksomt nærvær-øvelser». Det innebærer å rette oppmerksomhet mot her-og-nå ved å eksempelvis spørre hva pasientene kjenner i kroppen, hvordan de sitter og hva de ser i rommet. Marie poengterer at til forskjell fra psykologer kan vi lukke samtalen ved å jobbe med kroppen dersom det blir for overveldende for pasientene å snakke om følelser. Det å

jobbe med kroppen eller skifte samtaleemne kan dermed være en måte å ivareta og respektere pasientenes grenser. Marie forteller hva hun kan si til pasientene:

«[...] så da sier jeg at det kan hende at jeg av og til lukker det litt. Det betyr ikke at jeg avviser deg eller ikke ser deg, men jeg har ansvar for deg. Hvis du skal ut i livet etterpå, at du ikke ser ut som du har vært igjennom en vrirmaskin som har tatt ut alt».

4.2.2.2 Noe som kroppen er villig til å bli med på

Informantene beskriver hvordan de tilnærmer seg på ulike måter i arbeid med at pasientene skal få kontakt med kropp og følelser. Lisa forklarer betydningen av at pasientene får økt kontakt med kropp og følelser:

«Alle som kommer [hit] jobber med relasjonen til andre. [...]. Vi jobber relasjonelt med kroppen som utgangspunkt. Det vil si at vi jobber mye med kontakt med kroppen og kontakt med følelser. Når vi får koblet på [kropp og følelser] blir det lettere [for pasientene] å være i kontakt med andre».

I arbeid med pasientene som er i beredskap fremheves opplevelse av kontroll som avgjørende for at pasientene skal våge å slippe spenningene. Det handler om at terapeuten viser forståelse for at pasientenes forsvar har vært eller er nødvendig. Opplevelse av kontroll gis ved at pasientene kan utforske ved å veksle mellom å gå ut og inn av sitt vante kroppsmønster. Det å gå ut av vanemønsteret kan være utfordrende fordi tilbakeholdte følelser kan slippe til, noe som kan oppleves som utrygt. Pasientene kan gå inn i vanemønstre ved å spenne seg dersom de er redde, og deretter gå ut av vanemønsteret sitt ved å slippe spenningene. Marie forklarer betydningen av å kunne ha kontroll:

«(...) Kjenne at de har kontroll og at det ikke bare er å slappe av, men også kunne binde seg. Ha hendene i kors foran brystet, lene seg tilbake, kjenne at de har et skilpaddeskall i ryggen hvis de er redde. Ha bena på bakken og lene seg litt frem. Verne seg hvis de er redde. I stedetfor de rådene de får som er helt høyt i huet, prøv å pust og slapp av hvis du er redd. Det er jo ingen som gjør det hvis de er redde. Jeg gjør det i hvert fall ikke. Da sier jeg, sett deg tilbake.»

Pusten kan slippes til etter hvert som muskelspenningene slipper. Det kan for eksempel skje gjennom at pasientene tar skuldrene opp og ned, eller ved å slippe tungen fra ganen. Det å slippe til pusten kan være angstfremkallende og kan gi vedkommende en dårlig kroppsopplevelse. Marie fremhever at hun aldri jobber direkte med pusten og begrunner det med at «pusten er det mest sårbare og personlige av alt».

I tilnærmingen til pasientene som er underaktiverte vektlegges det å gå sakte og rolig frem i arbeid med kontakt med kroppen. Lisa utdyper hvordan hun tilnærmer seg:

«Jeg prøver å lirke de våkne fremfor å si «kom igjen, opp å stå!». [...]. Jeg prøver mer å utforske hvordan [pasientene] organisk kan bli mer våkne i systemet sitt. Ikke mekanisk presse de til noe, men heller noe som kroppen selv er villig til å bli med på».

Pasientene som er underaktiverte har lite kontakt med kroppen og behandlingen handler om å hjelpe de å «koble» på kroppen, altså å få kontakt med kroppen. Små øvelser og bevegelser benyttes for at pasientene skal tåle aktivering. Øvelser for å aktivere kan innebære å presse bena ned i underlaget slik at de får en strekk i ryggraden. De kan også jobbe med å aktivere muskulatur på fremsiden av kroppen som har med beskyttelse å gjøre, for eksempel brystmuskulaturen. Lisa forteller at mange av pasientene beskriver å våkne mer og å komme ut av den tyngste «dvalen» når de aktiverer musklene mellom skulderbladene. Det innebærer at pasientene kommer i kontakt med egen kropp. Stimuli for å «vekke» pasientene kan også gis ved at fysioterapeuten snakker med høyere og tydeligere stemme.

Det å bevisstgjøre pasienten på hvordan den underaktiverte tilstanden eller «kollapsen» kjennes ut vektlegges også i behandling. Fysioterapeutene forteller at pasientene beskriver at de kan føle seg tunge i hodet, at de ikke klarer å tenke eller at de føler seg fastlåst når de er i «kollapsen». Derfor er det betydningsfullt at pasientene kan kjenne igjen tilstanden slik at de kan gjøre noe med den.

Ane fremhever bruk av lek og ulike former for sansestimuli for at pasientene skal få kontakt med kropp og følelser. Hun forteller det med egne ord slik: «Jeg bruker av og til lek i behandlingen for å koble ut fornuften og delen av hjernen som bærer farer. I lek så glemmer

man seg selv litt [...]». Det å bruke ulike sansestimuli kan innebære å kjenne på ulike gjenstander som skjell og kastanjer. Andre ting som gir sansestimuli kan være kunst, musikk og berøring. Marie trekker også frem at hun kan benytte en form for lek i arbeid med følelser. Det kan alminneliggjøre og ufarliggjøre vanskelige følelser.

«Vi tar litt tid på det. Har du vært sur på noen siden sist, har du kjent noe i hverdagen som har irritert deg, er du glad for noe? Nå tar vi en liten følelseslogg. Hvilke følelser har vi: glede, tristhet, sjalusi, sinne [...]. Det blir som en lek».

4.2.3 Gjøre pasientene oppmerksomme på hva krenkelsene har gjort med dem

Informantene fremhever at noe av det viktigste å gjøre i møte med pasienter som opplever skam er å tematisere og bevisstgjøre pasientene på skammen. Lisa beskriver det slik:

«Det er flere som sier at skam er jo underkommunisert i terapi. Det er et veldig viktig tema som vi kanskje lett overser. [...]. Nummer én er å snakke om [skammen]. Gjøre [pasientene] oppmerksom på det».

Å hjelpe pasientene til å få forståelse for seg selv, og å støtte pasientene i å merke egne behov og følelser er undertemaer som beskriver hvordan terapeutene tilnærmer seg for å gjøre pasientene oppmerksomme på hvordan krenkelsene har påvirket dem.

4.2.3.1 Forståelse for seg selv gir selvmedfølelse

Det å gjøre pasientene oppmerksom på skammen innebærer å hjelpe dem til å få forståelse for hvordan krenkelseserfaringen(e) har påvirket dem, og hvordan skam kan oppstå som følge av krenkelse(r). Følgelig kan pasientene få økt selvmedfølelse. Lisa utdyper hvordan hun tilnærmer seg:

«Jeg tenker å hjelpe [pasientene] til å bli bevisst på hvordan krenkelsene har påvirket dem. Hvordan det har påvirket hvordan [de] ser på [seg] selv, og forholder [seg] til [seg] selv. Er det mulig å være vennlig med kroppen, spise mat som er god eller få nok

aktivitet. Å gjøre de oppmerksomme på hvordan krenkelse har ført til hvordan de har det i kontakt med andre».

Forståelse for seg selv kan gi pasientene forståelse for at det ikke er *de* det er noe feil med. Når pasientene får forståelse for hvordan krenkelsene har påvirket dem, og hvordan erfaringene kan være knyttet til skam, kan kroppslige uttrykk og handle- og væremåter gi mening for pasientene. Pasientene kan bli for eksempel bli bevisst på at opplevelser med å bli oversett i oppveksten kan være grunnen til at de ikke anser egne behov som betydningsfulle, og at de syns det er vanskelig å kjenne etter egne følelser. Videre kan det åpne for refleksjon rundt at deres føyelighet til andre kan være knyttet til lengsel etter å bli hørt og sett, og frykt for avvisning. Marie illustrerer ved å gjenfortelle fra en dialog med en pasient:

«[...] jeg pleier å ha følelseslogg. Vi har 7 grunnfølelser. Prøv å kjenn etter. [Pasienten kan svare at han/hun] ikke er noe god på det. [Da kan jeg svare] nei, det skjønner jeg for det er ingen som har hørt på deg».

Pasientene som er ansent kan for eksempel få forståelse for at den kontrollerte pusten og de muskulære spenningene er et uttrykk for forsvar, og at spenningene har vært nødvendig for å beskytte og ivareta seg selv. De kan også bli bevisst at utryggheten og mistilliten til andre mennesker henger sammen med følelse av å ikke være bra nok, og at forsvaret er knyttet til redsel for å ikke bli akseptert av andre. Når pasientene får forståelse for hvordan krenkelsene kan henge sammen med skam, kan det gjøre det lettere for dem å tillate og tåle egne følelser og reaksjoner.

Lisa erfarer at når pasientene får forståelse for seg selv får de mer selvmedfølelse. Informantene løfter frem betydningen av å tematisere skam gjennom selvmedfølelse. Det handler om å være god med seg selv, dernest å behandle seg selv som et verdifullt menneske. Lisa utdyper hvordan det kan tematiseres i behandling:

«Det vi gjorde sist var å snakke om hvordan kan vi være gode med oss selv. Hvordan [pasientene] kan være vennlige med [seg] selv, hvordan [de] kan trøste [seg] selv, ha empati for [seg] selv. Så da ble det et tema hvordan vi gjør det. Det kan være alt fra å kanskje legge et varmt pledd rundt deg, ta en kopp te. Ringe og snakke med noen. Og hva de kan gjøre for seg selv hvis de begynner å skamme seg».

Selvmedfølelse kan også tematiseres ved å utforske hva pasientene opplever som trygt. Ved å utforske hva som oppleves trygt kan pasientene bli oppmerksomme på hva de kan gjøre for å fremme trygghet i seg selv. Det kan for eksempel være å kjenne forskjell på hevede og senkede skuldre, eller forskjell på holdt og fri pust. Lisa utdyper hvordan hun tilnærmer seg i behandling:

«Det å forestille seg et trygt sted eller hva er trygghet for deg? Det å utforske det med [pasientene]. Når er du trygg? Sånn at de oftere kan få en fysiologisk fornemmelse av hvordan trygghet kjennes ut. Hvordan er pusten i dag, hvordan er det i skuldrene, hva skjer med vaksomheten, forandrer det seg?»

4.2.3.2 Støtte pasientene i å merke egne behov og følelser

Fysioterapeutene vektlegger en utforskende tilnærming for å fremme pasientenes deltakelse i arbeid med få kontakt med egne følelser og behov. Lisa forklarer betydningen av å fremme pasientenes evne til å lytte til seg selv:

«Hvis de har blitt dominert hjemme, fortalt hvordan [de] skal gjøre ting. Det er rett, det er galt. De har ikke fått det rommet, tiden eller støtten til å oppdage hva som kjennes bra ut for [seg selv]. Og da tvinges de litt til å finne den styrken i seg selv».

Mange av pasientene har blitt utsatt for krenkelser hvor de har blitt dominert eller ikke blitt lyttet til. Dermed har de ikke hatt mulighet eller «lov» til å finne ut av egne følelser og ønsker. Pasientene har som nevnt tillært seg å tilpasse seg til andre eller å trekke seg tilbake for å beskytte seg, noe som medfører at de heller ikke kommer i kontakt med egne følelser og behov.

Det å utforske egen kropp og egne følelser innebærer å støtte pasientene i å rette oppmerksomheten mot seg selv. Lisa utdyper hva hun kan spørre pasientene om:

«Kan du kjenne hva du selv føler? Kan du kjenne hva kroppen selv har lyst til å gjøre? Og hvordan er det ellers i hverdagen, er det en tendens til at du gjør som andre sier?»

Og hva er grunnen til at du gjør det egentlig? Hva kommer i veien for å lytte til deg selv? [...]».

En utforskende tilnærming åpner opp for at pasientene kan kjenne etter, og reflektere rundt egne følelser og behov. Når pasientene retter blikket mot egne følelser og behov, åpner det også for refleksjon rundt hva væremåtene kan handle om eller være et uttrykk for. Mange av pasientene er ikke bevisst sammenhengen mellom krenkelsene, følelsene og handlingsmønstre. Når pasientene blir bevisst på egne følelser og handlingsmønstre kan det skape mulighet for å endre atferd. Pasientene kan også være ubevisst om at ulike strategiene for å beskytte seg mot skam handler om skam. Utforskning av egne følelser og behov, kan følgelig være en måte å oppdage underliggende skam.

Informantene fremhever også betydningen av at terapeuten er bevisst på å holde seg selv tilbake. Det gir pasientene «rom» til å utforske sine egne følelser og behov. Lisa forklarer hvordan hun kan gi pasientene øvelser i å kjenne etter egne følelser og behov:

«[Lisa]: Er det noen øvelser vi har gjort i gruppen som du kjenner har vært gode for deg? [Pasienten]: Jo, når jeg har stått inntil veggen og massert på den ballen. [Lisa]: Så det er nok i større grad at jeg forsøker å holde meg selv tilbake også se om impulsene kan komme opp i [pasientene], istedenfor at jeg foreslår at nå står vi veggen og gjør den øvelsen».

Det å kjenne etter egne følelser og behov stiller imidlertid pasientene overfor utfordringer i form av å bli synliggjort, og å kjenne på skambelagte følelser. Lisa illustrerer ved å gjens fortelle fra en behandlingstime med en pasient som ble fjern i blikket da de utforsket sinne:

«Dissosieringen eller det fjernet blikket forstår jeg som at nå er det noe vi snakker om som er krevende på innsiden. Jeg tenker for eksempel på en [pasient]. Da jobbet vi med sinne, og det å være sint og uttrykke sinne. Da vi begynte å snakke om det så kom det fjerne blikket. Ut av vinduet. Og nå har hun begynt å bli trent på det, så hun merker selv etter hvert at hun forsvinner».

Informantene fremhever at evne til å kjenne egne grenser, og å sette grenser er sentralt i behandling av personer med krenkelseserfaringer. Det å sette grenser for seg selv og andre

innebærer å behandle seg selv med respekt og verdi. Fysioterapeutene uttrykker at noe av det spesielle med psykomotorisk fysioterapi er at man kan jobbe implisitt med grensesetting med kroppen som innfallsport. For mange av pasientene kan det å sette grenser oppleves som utfordrende, og kan i seg selv utløse skam. Kroppen kan være en mer skånsom måte å jobbe med grenser på. Ane eksemplifiser at det å ta hensyn til egne kroppslige behov og reaksjoner kan være en måte å implisitt sette grenser på:

«[Jeg] har snakket med [pasienten] om at hun må si tydeligere ifra om hvor mye hun kan trene, og at det ikke bare er opp til fysioterapeuten å spørre henne om det går bra. Hun sier bare ja. [...]. [Hun] kommer hjem og sover i to dager etterpå. Da sier jeg til henne at hun må begrense litt. Så vi kan jobbe med å sette grenser uten at det handler om det i det hele tatt. Og det er jo litt det fiffige med psykomotorisk».

Nærhet og avstand kan også være en måte å jobbe med grenser. Det kan for eksempel innebære at terapeutene gir pasientene mulighet til å bestemme hvor fysisk nære de kan være hverandre i behandling, og hva som er greit av berøring. På den måten får pasientene øvelse i å kjenne etter hvor deres grenser går. Grensesetting kan også innebære at pasientene med sin håndflate skal gi motstand mot eksempelvis terapeutens hofta eller underarm.

Informantene forteller også at de kan jobbe med grensesetting ved å oppmuntre pasientene til å direkte si ifra dersom de for eksempel er uenige med henne eller opplever noe i behandlingen som ubehagelig. Informantene understreker at å øve på å sette grenser ved å si ifra forutsetter en tillitsfull relasjon hvor pasientene føler seg trygge. De uttrykker at det er avgjørende å trygge pasientene på at det ikke vil oppstå konflikt og/eller at de ikke vil bli avvist selv om de har en annen mening enn terapeuten. Ane forklarer det slik:

«Også er det å bygge opp relasjonen sånn at det er greit å si ifra, og at man kan være uenige om mindre ting, uten at det er et stort problem. Det er viktig å klargjøre at det er lov å være uenig, og at jeg ikke blir fornærmet eller lei meg».

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere resultatene i lys av utvalgt teori. Først vil jeg drøfte hvordan skam kan oppstå som følge av krenkelser. Deretter vil forståelse av pasientenes strategier for å beskytte seg mot skam bli diskutert. Terapeutenes tilnærming i behandling vil bli diskutert ved hovedtemaet «opplevelse av verdi må erfares i relasjon» med fem utdypende undertema. Undertemaene er: 1) En trygg og tillitsfull relasjon som forutsetning for behandling, 2) Likeverdighet gir anerkjennelse, 3) Tilpasse behandlingen etter pasientenes grenser, 4) Skam som blir satt i tale og delt, kan bli mindre og 5) En utforskende tilnærming fremmer evne til selvavgrensning/selvrefleksivitet.

5.1 Hvordan skam kan oppstå som følge av krenkelser

Funn fra studien belyser hvordan skam kan oppstå som følge av grenseoverskridelser ved ulike former for omsorgssvikt, vold, incest, overgrep og utenforskap. Krenkelser er som nevnt i kapittel 1.2 tabuisert i dagens samfunn og sterk belastet med skam (Seltzer, 2003; Thornquist & Kirkengen, 2020). Thornquist og Kirkengen (2020, s. 132) poengterer at krenkelser innebærer en dobbeltbelastning i å både bli utsatt for vannskjøtsel, mishandling og/eller overgrep og det å tie og bære opplevelsene alene. Det støttes av Anstorp et al., (2016, s. 238) som understreker at personer som har blitt utsatt for overgrep ofte blir bærere av både overgriperens skam og samfunnets holdning til overgrep.

Med utgangspunkt i sosiolog Erwing Goffman (1975) vil jeg belyse hvordan samfunnets stigmatisering kan påføre individet skam. Stigma medfører utenforskap, og påvirker vedkommende sin sosiale identitet og opplevelse av seg selv. Goffman (1975 s. 16) definerer stigma som en «spesiell relasjon mellom en egenskap og en stereotyp klassifisering av mennesker». Det innebærer med andre ord å ha en egenskap som avviker fra samfunnets forventninger. Hva som defineres som normalt og hva som oppfattes som stigma er sosialt betinget. Opplevelse av stigmatisering er dermed avhengig av andres reaksjoner på annerledeshet hos individet. Det å ha en egenskap som avviker fra samfunnets forventninger, medfører ifølge Goffman (1975) at vedkommende er uønsket og utestenges fra sosiale sammenhenger. Personen som er belastet med et stigma anses som å ikke være et helt «riktig» menneske, noe som begrenser vedkommende sin utfoldelsesmulighet (Goffman, 1975, s. 17). Det medfører også at den stigmatiserte blir et uunngåelig offer for en kronisk følelse av

usikkerhet og mindreverd (Goffman, 1975, s. 26). Det kan vise hvordan samfunnets stigmatisering kan påføre personer skam, både ved å påføre individet opplevelse av å ikke være et «riktig» menneske, og gjennom utestengelse fra fellesskapet.

Fra et annet perspektiv kan den krenkede påføre seg selv skam gjennom forventning om å bli nedvurdert av andre og ved å være taus om krenkelsene. Redsel for å bli avslørt som en annen enn den man vil være er sentral i følelsen av skam (Farstad, 2017; Skårderud, 2001b, s. 41). En av informantene i studien forteller om en pasient hun hadde fulgt opp i lang tid som aldri hadde nevnt krenkelseserfaringen(e). Da fysioterapeuten spurte om pasienten hadde blitt utsatt for krenkelser rant det av hendene til pasienten. Terapeuten forstod det som en autonom reaksjon knyttet til følelse av å bli «avslørt». Anstorp et al. (2016, s. 134). skriver at mange av pasientene lever i frykt og usikkerhet for å bli avvist av terapeuten dersom sannheten om hvem de virkelig er kommer frem. Pasientens reaksjon kan med andre ord handle om frykt for å bli nedvurdert og/eller stigmatisert dersom terapeuten eller andre får vite om krenkelsene vedkommende har blitt utsatt for. Det kan også illustrere hvordan skam kan oppstå i spenningen mellom hvordan individet vil bli sett, og hvordan individet føler at han/hun blir sett (Skårderud, 2001b, s. 41).

Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke (2016, s. 189) forklarer at skammen er en av våre selvbevisste følelser ved at vi vurderer og dømmer oss selv, og forholder oss til hvordan vi tror andre vurderer oss. Det viser hvordan pasientene kan påføre seg selv skam gjennom at de forventer eller antar å bli nedvurdert eller stigmatisert av andre. Skam over krenkelsene og skam over skammen kan resultere i at pasientene tier om opplevelsene sine, noe som medfører isolasjon og ensomhet (Farstad, 2017). Gjennom å ikke dele sine følelser og opplevelser, hindrer vedkommende seg selv i å motta medfølelse og omsorg fra andre (Wyller, 2001). Skårderud (2001b, s. 40) beskriver det som skammens dobbelte byrde: skammen for å vise frem sin skam og forventning om forakt. Pasientene påfører seg selv skam på grunn av redsel for å bli fordømt av andre slik de dømmer seg selv. Med andre ord illustrerer det hvordan pasientene kan påføre seg selv skam gjennom å internalisere opplevelse av uverdighet knyttet til krenkelsen(e) de har blitt utsatt for.

Informantene i studien beskriver hvordan krenkelser kan medføre at pasientene «angriper» seg selv ved å bli selvkritiske, og kan forstås som manglende egenomsorg. Svikt i egenomsorg handler med andre ord om å ikke respektere seg selv, og å ikke behandle seg selv

med verdi. Gretland (2007, s. 55) forklarer at opplevelse av ydmykelse medfører at vedkommende lærer å ringeakte seg selv og handle deretter – som en som ikke er verd noe. Funn fra studien beskriver hvordan pasientene kan sette andre foran seg selv, og gjøre seg selv usynlige for å begrense skammen og opplevelse av egen uverdighet. Pasientene respekterer og ivaretar ikke egne følelser, grenser og behov for å dempe sin selvforakt, noe som virker både selvdestruktivt og selvutslettende. Det er forenlig med Gretland (2007, s. 55) sin forklaring om at pasientene blir delaktige i egen elendighet ved å gjenta og videreføre ydmykelser i form av mangel på egenomsorg. Følgelig kan det bidra til å opprettholde en negativ selvfølelse. Det kan illustrere hvordan pasientenes handle- og væremåter for å beskytte seg mot skammen kan være med på å opprettholde egen uverdighet.

5.2 Strategier for å beskytte seg mot skam handler om å ivareta seg selv

Funn fra studien beskriver at pasientene i hovedtrekk benytter strategiene beredskap, tilpasning og tilbaketrekning for å beskytte seg mot skam. Flere forfattere forstår strategier mot skam som måter å tilpasse seg for å ivareta selvet, og bevare tilknytning til andre (Farstad, 2017; Gretland, 2007; Schibbye, 2020; Skårderud, 2001a). Farstad (2017, s. 312) belyser at det er individuelt hvordan skammen uttrykker seg, eller søkes skjult gjennom ulike verbale, fysiske, emosjonelle og relasjonelle måter. I litteraturen påpekes det at skammens breddespekter kan være vanskelig å gjenkjenne i behandling (Berg, 2012; Farstad, 2017; Skårderud, 2001a). Derfor er det avgjørende av terapeuten har kunnskap til å gjenkjenne skammens ulike uttrykk.

Informantene forstår strategiene for å beskytte seg mot skam som knyttet til utrygghet i form av frykt for avsløring, avvisning og tap av tilhørighet. De eksemplifiserer med hvordan opplevelser med å bli påført skyld i oppveksten kan medføre at pasientene strekker seg over sine egne grenser for å tilfredsstille andres behov. Det kan forstås som måter å oppnå bekreftelse, unngå avvisning og bevare tilknytning. I et psykomotorisk perspektiv betraktes kroppslige væremåter og bevegelsesmønstre som hensiktsmessige på bakgrunn av personens erfaringer (Gretland, 2007, s. 98). Væremåter og bevegelsesvaner utvikles i sosialt liv med hensyn til å bevare tilknytningen til andre og å beskytte selvfølelsen (Gretland, 2007, s. 98). Strategiene eller forsvaret fungerer som beskyttelse mot situasjoner som truer individet mot å miste kontroll i eget liv, og å havne under andres makt (Gretland, 2007, s. 206). Pasientens

handle- og væremåter kan dermed forstås som måter å opprettholde kontroll for å beskytte seg selv.

5.2.1 Forståelse av pasientenes strategier for å beskytte seg mot skam

Informantenes forståelse av pasientenes strategier for å beskytte seg mot skam vil bli drøftet ved undertemaene «aksept eller forsvar», «trassig eller tafatt» og «den flinke pasienten».

5.2.1.1 Aksept eller forsvar

Farstad (2017, s. 172) presenterer at hovedresponsene på skam er aksept eller forsvar. Hun hevder at pasientene vil reagere med forsvar dersom skammen ikke er anerkjent og bearbeidet (Farstad, 2017). Informantene beskriver at pasientene kan reagere med beredskap i form av å «angripe» andre for å unngå skammen. Det kan komme til uttrykk ved at pasientene inntar en kritisk holdning overfor fysioterapeuten, noe som kan forstås som at pasientene ikke tolererer eller aksepterer skammen. Beredskap kan også komme til uttrykk ved at pasientene er på vakt gjennom at de spenner kroppen. Det kan forstås som en måte å skyve følelser vekk og å holde skammen unna.

Dersom pasientene aksepterer skammen kan vedkommende gjemme seg eller flykte for å begrense skammen (Farstad, 2017, s. 30). Farstad (2017, s. 26) skriver at skam kan medføre at vedkommende ønsker å skjule seg ved å gjøre seg liten og usynlig, både fysisk og emosjonelt. Funn fra studien beskriver at pasientene kan trekke seg tilbake ved for eksempel å ikke bruke hele stolen når de sitter, noe som kan forstås som en måte å gjøre seg fysisk usynlig.

Pasientene kan også gjøre seg emosjonelt usynlige ved å unnlate å tematisere krenkelsesopplevelsene eller å ikke ytre sine meninger. Strategien tilbaketrekning kan følgelig forstås som en måte å gjemme seg for å begrense skammen.

Studiens beskrivelse av strategien tilpasning i form av å være føyelig og «eager to please» kan også forstås som en måte å forsvare seg mot skammen ved å gjemme seg. Pasientene gjør egne følelser og behov usynlige ved å sette andre foran seg selv. På en annen side kan det å tilpasse seg andre være en måte å flykte fra seg selv, og sine følelser og behov. Anstorp et al. (2016) beskriver imidlertid at å gjøre seg usynlig, og å gjøre psykiske og fysiske behov ugyldige handler om å tilpasse seg andre rundt. Strategiene tilbaketrekning og tilpasning kan dermed begge forstås som måter å gjøre seg selv usynlig gjennom å tilpasse seg andre for å

begrense skammen.

5.2.1.2 Trassig eller tafatt

Den psykomotoriske litteraturen beskriver at den krenkede kan reagere på to måter: personen kan ståsette seg og bli trassig, eller bli usikker og tafatt (Gretland, 2007, s. 105).

Informantenes beskrivelse av beredskap kan forstås som en måte å bli trassig og å ståsette seg. Trassigheten kan i mitt materiale komme til uttrykk ved at pasientene blir aggressive og kritiske overfor fysioterapeuten. Pasientene kan ståsette seg ved å innta et kroppslig beredskap ved å spenne kroppen for å holde følelser som frykt og redsel unna bevisstheten. Thornquist og Bunkan (1995, s. 21-26) skriver at vedvarende muskelspenninger og en kontrollert og påholden pust har som funksjon i å holde følelser og opplevelser unna bevisstheten. Pasientenes beredskap kan dermed forstås som måter å undertrykke følelser, og dermed beskytte seg mot følelser knyttet til krenkelsene og skammen.

Usikkerhet og tafatthet kan forstås i lys av studiens beskrivelse av tilbaketrekning i form av hjelpeløshet. Informantene opplever at pasientene fremstår som resignerte og hjelpeløse ved at de for eksempel tar lite initiativ. Det kan forklares ved at erfaringer med å bli dominert medfører opplevelse av å være underlagt andres vilje (Gretland, 2007). Følgelig lærer vedkommende at en selv ikke kan gjøre noe fra eller til, noe som medfører apati og tilbaketrekning (Gretland, 2007). Muskulaturen hos pasientene som fremstår som hjelpeløse eller underaktiverte beskrives som hypoton med lite spenst. Thornquist og Bunkan (1995, s. 21) beskriver at fornektning av følelser kan resultere i slapp muskulatur. Det å bremse kroppen og fremtre som oppgitt tolkes som et behov for å beskytte seg emosjonelt (Thornquist, 2009, s. 281). Den hypotone muskulaturen kan forstås som en måte å beskytte seg mot skammen etter krenkelseserfaringene. Thornquist og Bunkan (1995, s. 21) skriver at oppgittheten formidler både en subjektiv opplevelse og kroppslig uttrykk, noe som understøtter informantens beskrivelse av hvordan det passive kroppsspråket også kan gjenspeiles i pasientenes væremåte.

Studios beskrivelse av nedsatt kontakt med kropp og følelser kan forstås i lys Anstorp et al. (2016, s. 23) som forklarer at traumer medfører at individet utvikler alternative måter å være i verden på, særlig måter for å *unngå* å være til stede (Anstorp et al., 2016, s. 24). Dersom det ikke er mulig å integrere de traumatiske minnene, kan det utvikles en fobi for alt som kan

minne om og utløse gjenopplevelse av traumene, for eksempel stimuli som lukt, bevegelse og blikk. Det kan forklare informantenes beskrivelse av pasientenes unngåelse av følelser og situasjoner. Det å koble av kropp og følelser kan således forstås som en måte å unngå å forholde seg til både traumene og skammen.

5.2.1.3 Den flinke pasienten

Fysioterapeutene beskriver hvordan pasientene kan beskytte seg mot skam ved å tilpasse seg gjennom å være føyelige og «pleasing» overfor andre. Strategien kan forstås i lys av Skårderud (2001a, s. 1615) sin beskrivelse av «den flinke pasienten». Han forklarer at den flinke pasienten kompenserer for sine mangler gjennom flinkhet, og søker aksept og selvfølelse gjennom tilpasning til andre (Skårderud, 2001a). Anstorp et al. (2016, s. 29) fremhever at overprestering kan dekke over skam og selvhat. Det kan ses i tråd med studiens beskrivelse av at pasientene setter andres behov foran sine egne, og strekker seg over egne grenser for å tilfredsstille andre for å oppnå bekreftelse. Pasientene kan for eksempel være ettergivende ved at de gjør som terapeuten sier. Strategien tilpasning kan altså forstås som en måte å oppnå anerkjennelse fra andre, og følgelig begrense følelse av skam.

Informantene uttrykker at pasientenes tilpasning handler om frykt for avvisning og konflikt. En av fysioterapeutene beskriver at pasienter som har opplevd krenkelseserfaringer er mer oppmerksomme på andres behov enn sine egne. Synet understøttes av Anstorp et al. (2016, s. 30) som skriver at mange traumatiserte har lært å undertrykke egne behov og følelser, samtidig som de er svært oppmerksomme overfor andres behov. Pasientene feiltolker eller overleser andres behov, og underordner seg andres vilje i form av «lært underordning» (Anstorp et al., 2016). Det kan forklares ved at de i oppveksten ved uttrykkelse av sine behov har blitt møtt med avvisning og aggresjon (Anstorp et al., 2016, s. 29). En av informantene forteller om en pasient som ble bedt om å gå på rommet og skamme seg fordi hun mistet en gaffel i gulvet, og fikk ikke komme ut igjen før hun var blid. Det kan illustrerer hvordan pasienten lærer å undertrykke egne følelser for å unngå konflikt.

Fysioterapeutene fremhever å være oppmerksom på at pasientene kan fremstå som velfungerende, men at de kan ha «usynlige» symptomer som relasjonelle vansker, og nedsatt kontakt med egen kropp og egne følelser. Skårderud (2001a) skriver at «de flinke pasientene» ofte fremstår som velfungerende ved at de har høy arbeidskapasitet, er ansvarsbevisste og har

evne til innlevelse og omsorg for andre. Informantene i denne studien beskriver imidlertid at pasientene som fremstår som velfungerende benytter strategien tilbaketrekning i form av hjelpeløshet og resignasjon. Skårderud (2001a, s. 1616) skriver at mange av «de flinke pasientene» har en ambivalens i skammen i form av frykt for å bli avslørt og ønske om å bli gjennomskuet som ikke så velfungerende som de fremstår. Anstorp et al. (2016, s. 35) forklarer at for å fungere i dagliglivet må det vonde holdes utenfor bevisstheten. Den krenkede utvikler gjerne en eller flere deler som fungerer i dagliglivet. Personen innskrenker oppmerksomheten og fokuserer på andre oppgaver, og unngår alt som kan minne om traumene. Handlingene forstås som en måte å internt holde vonde ting unna, og eksternt å forholde seg til omverdenen (Anstorp et al., 2016).

5.3 Opplevelse av verdi må erfares i relasjon

I de neste kapitlene vil informantenes beskrivelse av tilnærming i behandlingen av personer som opplever skam etter krenkelser bli drøftet. For å danne et overordnet bilde vil jeg først gjøre rede for sentrale aspekter av behandlingen. Deretter vil tilnærming til behandling som nevnt bli diskutert ved undertemaene: 5.3.1 En trygg og tillitsfull relasjon som forutsetning for behandling, 5.3.2 Likeverdighet gir anerkjennelse, 5.3.3 Tilpasse behandlingen etter pasientenes grenser, 5.3.4 Skam som blir satte i tale og delt, kan bli mindre og 5.3.5 En utforskende tilnærming fremmer evne til selvavgrensning/selvrefleksivitet.

Det å møte pasientene med verdighet og å vise respekt for deres grenser beskrives som hovedelementer i fysioterapeutenes tilnærming. Gjennom å gjøre pasientene oppmerksomme på hva krenkelsene har gjort med dem, og å hjelpe dem i å komme kontakt med egen kropp og egne følelser, kan det fremme måter å være god mot seg selv. I litteraturen beskrives det overordnede formålet i behandling som å bevege seg fra skammens følelse av verdiløshet mot opplevelse av verdi (Farstad, 2017, s. 306). I lys av teori om traumer handler behandlingen om å utvikle mening som gir pasientene økt verdighet og subjektoplevelse (Anstorp et al., 2016, s. 23). Perspektivene er forenlig med psykomotorisk fysioterapi. NPMF beskriver at behandling av personer som har opplevd krenkelser handler om å støtte pasienten til å gjenerobre seg selv, sin selvutfoldelse og deltakelse (Gretland, 2007, s. 207). Rehabilitering og habituering presenteres som vesentlig i behandling av personer som har opplevd krenkelser. Rehabilitering handler om å gjenreise selvaktelse og verdighet, og å lære seg å kjenne seg selv og respektere egne grenser (Gretland, 2007, s. 132). Habituering beskrives

som å nyansere og utvide vanemessige handlings- og reaksjonsmønstre, og å fremme selvtillit.

Det våge å være en relasjon for pasientene og å gi dem erfaring i å bli akseptert trådte frem som sentrale tema i denne studien. Flere forfattere poengterer at på bakgrunn av at skam og krenkelser er relasjonelle fenomener, må de heles i relasjon (Anstorp et al., 2016; Farstad, 2017; Wyller, 2001). Anstorp et al., (2016, s. 238) skriver at sosial kontakt og aksept er helende og letter skamfølelsen. Farstad (2020, s. 80) løfter frem at behandlerens evne til å fremstå som et subjekt ved å legge til rette for at pasienten kan bruke sin jeg-stemme er avgjørende for å fremme pasientens rom for subjektivitet. Dermed kan pasienten i større grad bli selv-representerende. Det kan ses i lys av informantenes beskrivelse av å tilstrebe en person-til-person-relasjon fremfor en terapeut-til-pasient-relasjon. Informantene fremhever også en utforskende tilnærming for å fremme og gi rom for pasientenes «stemme» i behandling. Farstad (2020, s. 70) fremhever subjektivitet som grunnleggende for å unngå ydmykelser og degradering av pasienten, og for å skape nærhet i relasjonen.

Selvempati, selvaksept, selvverd og stolthet fremheves som «motgiften» mot skam (Farstad, 2017, s. 302). Farstad (2017, s. 302) skriver at forutsetninger for at pasientene skal kunne utvikle disse kvalitetene i møte med oss og i relasjon til seg selv, er at vi som terapeuter praktiserer genuin relasjonell validering. Det innebærer at pasientene får følelse og opplevelse av at de får empati, aksept og blir verdsatt som menneske, noe som er i tråd med funn fra denne studien (Farstad, 2017, s. 302). Beskrivelsene er nærliggende til Thornquist (2009, s. 125) sin forklaring av anerkjennelse. Hun skriver at som vi forstår oss selv i lys av andres reaksjoner og væremåter. Fagutøvere kan bruke sin posisjon på måter som fremmer og understøtter så vel som hemmer og undergraver pasienters selvstendighet, mestringsevne og tro på seg selv (Thornquist, 2009, s. 125). Derfor er det betydningsfullt at vi som terapeuter i møte med pasientene er bevisst våre handle- og væremåter.

5.3.1 En trygg og tillitsfull relasjon som forutsetning for behandling

I følgende kapittel vil studiens beskrivelse av aksept som forutsetning for trygghet og tillit bli diskutert. Tilstedeværelse, tid og tydelighet inngår i informantenes forståelse av aksept.

Informantene beskriver at trygghet og tillit er fundamentalt for behandlingen. Betydningen av

en trygg og tillitsfull relasjon som forutsetning for behandling er dokumentert av flere (Anstorp et al., 2016; Farstad, 2017; Schibbye, 2020; Wyller, 2001). En av informantene løfter frem at det å bygge tillit er noe av det mest utfordrende i møte med pasientene. Hun forklarer at fordi krenkelsene har oppstått i relasjon, vil pasientene også oppleve utrygghet i andre relasjoner. Pasientene kan for eksempel være redde for å bli påført skyld, å ikke være bra nok eller å bli avvist av andre. Det å gi pasientene erfaringer med å bli akseptert og tålt, beskrives derfor som avgjørende for å etablere trygghet og tillit. Utfordringer med å bygge trygghet og tillit kan ses i overensstemmelse med Anstorp et al. (2016, s. 129) som forklarer at relasjonen til terapeuten i utgangspunktet vil være vanskelig på bakgrunn av at mange av pasientene har opplevelser med at den som skal gi omsorg også er den som svikter eller mishandler dem (Anstorp et al., 2016, s. 129). Pasientenes erfaringer tilsier at enhver relasjon innebærer risiko for å bli avvist og å bli påført smerte. Trygghet handler derfor om å skape nye erfaringer hos pasienten som viser at tilknytning og relasjon er mulig (Anstorp et al., 2016, s. 128). Informantenes beskrivelse av tid, tilstedeværelse og tydelighet kan dermed anses som sentrale forutsetninger for å bygge trygghet og tillit.

Farstad (2017, s. 310) understreker at det er først når pasienten erfarer trygghet og respekt at strategiene for å beskytte seg mot skam kan utfordres og arbeides med slik at pasientene kan danne nye handlings- og relasjonsmønstre. Terapeutene må anerkjenne og respektere pasientenes strategier for skam. Det innebærer å ha forståelse for at strategien(e) eller forsvar(ene) har vært nødvendig, og at det kan være tidkrevende og vanskelig å endre det (Farstad, 2017, s. 310). Trygghet og tillit er med andre ord nødvendig for å jobbe med pasientenes strategier for å beskytte seg mot skam, og for å fremme endring.

Aksept: Flere av pasientene opplever erfaringene og følelsene sine som skambelagt. Trygghet og tillit på å bli akseptert beskrives derfor som avgjørende for at pasientene skal åpne opp om egne krenkelseserfaringer. Det kan ses i tråd med Anstorp et al (2016, s. 132) som skriver at opplevelse av trygghet er en forutsetning for at det kan bli plass til gamle, vonde følelser og skremmende erfaringer i behandling (Anstorp et al., 2016, s. 132). Skårderud (2001b, s. 50) poengterer at det å dele skammen handler om å utlevere seg selv, og forutsetter trygghet om at en blir tålt og tatt imot. Mot til å dele av seg selv skapes i samværet med den andre og er et produkt av tillit (Skårderud, 2001b, s. 52). Skårderud (2001b, s. 62) skriver at det dreier seg om å utvikle relasjonen som arena for å skape mer mot hos pasienten til å kunne vise frem mer av seg selv, med ord, gester og bevegelser.

Tilstedeværelse: Fysioterapeutenes beskrivelse av å kunne være tilstede med pasientene dersom det oppstår autonome reaksjoner kan forstås som en måte å gi pasientene opplevelse av å bli tålt og tatt imot. Terapeutens tilstedeværelse signaliserer aksept og kan dermed fremme trygghet og tillit hos pasienten. En av informantene forklarer at dersom terapeuten blir redd når pasienten blir fjern eller får autonome reaksjoner, kan det gjøre det vanskelig for pasienten å akseptere sine egne reaksjoner. Det kan også skape redsel for å ikke bli tålt og akseptert, og virke hemmende for å etablere tillit. Erfaringer med å bli akseptert og terapeutens tilstedeværelse kan altså være avgjørende for at pasientene tør å åpne opp om sine følelser og krenkelseserfaringer.

Tid: Funn fra studien beskriver tid som en forutsetning for at pasientene kan få erfaring med at relasjonen til terapeuten er trygg nok til at de kan åpne opp om sine følelser og opplevelser. Tid til å opparbeide mot til å vise mer av seg selv og for å synliggjøre skammen fremheves også av Skårderud (2001a) og Wyller (2001). Fysioterapeutene fremhever at de må akseptere at pasientene trenger tid til å erfare at relasjonen blir trygg. Farstad (2017, s. 316) løfter på en annen side også fram betydningen av at å hjelpe pasientene til å akseptere at det kan ta lang tid å etablere tillit til terapeuten. I studien til Sviland, Martinsen og Råheim (2012, s. 812) beskrives en pasient sin skam over hvor lang tid behandlingsprosessen tar. De fremhever derfor at terapeuten eksplisitt tydeliggjør aksept for pasientenes behov for tid i behandling (Sviland et al., 2012).

Isdahl og Thornquist (1983) fremhever at tid er betydningsfullt for at pasientene skal få kjenne at behandlingstidene er til for dem. Det er en forutsetning for at de kan la kroppen og følelsene slippe til, og kan forklare en av informantenes utsagn om at pasientene må få tid til å erkjenne at kroppen husker. Tidsaspektet er også sentralt med begrunnelse i at psykomotorisk fysioterapi innebærer en langsom omstilling. Pasientene må få mulighet til å gradvis integrere nye væremåter (Thornquist & Bunkan, 1995).

Tydighet: Fysioterapeutene løfter frem at tydelighet skaper forutsigbarhet og beskrives som sentralt for å bygge trygghet og tillit. Erfaringskompetanse fra traumebehandling viser at åpenhet og direkte kommunikasjon fra terapeutens side fremmer opplevelse av forutsigbarhet og økt grad av trygghet (Anstorp et al., 2016, s. 127). Anstorp et al. (2016, s. 127) beskriver at tydelighet kan innebære at terapeuten forteller om sin oppfatning av pasientens situasjon,

signaler og symptomer. I denne studien beskrives imidlertid tydelighet som forutsigbarhet i terapeutens væremåte og i oppbygning av behandlingstimene. Det dreier seg om at terapeuten er gjenkjennbar fra gang til gang. En av fysioterapeutene forteller også at det kan innebære å være åpen om egne tilstander slik at pasientene ikke behøver å være på vakt ovenfor hennes følelser og reaksjoner. Det handler om at pasientene er sensitive overfor andres følelser. Anstorp et al. (2016, s. 134) forklarer at de traumatiserte generelt er sårbare for raske skiftninger hos andre på bakgrunn av erfaringer som tilsier at skiftninger i blikk, holdning og tonefall kan være et signal om at noe vondt skal skje. De fremhever derfor at terapeuten må være bevisst på at pasientene kan være var for endringer (Anstorp et al., 2016). Det kan understøtte informantenes beskrivelse av at de for eksempel kan forberede pasientene på hva som skal skje i timen. Tydelighet kan altså betraktes som sentralt for at pasientene skal oppleve terapeuten som trygg.

5.3.2 Likeverdighet gir anerkjennelse

En person-til-person-relasjon fremheves som betydningsfullt for å gi pasientene følelse av likeverd. Det dreier seg om at terapeuten er medmenneskelig gjennom å unnlate å innta en autoritær holdning, og ved å dele egne følelser og erfaringer. Funnene har paralleller til Schibbye (2020, s. 254) sin dialektiske relasjonsteori som henviser til at «vi blir et selv når den andre fremstår som et subjekt». Teorien bygger på tankegangen om gjensidig anerkjennelse som innebærer likeverd. Gjennom en likeverdige relasjon gis pasientene lik rett til sin opplevelse, og rett og respekt til å oppleve verden på sin måte (Schibbye, 2020). Anerkjennelse fungerer dermed intervensjoner ved at den både skaper mulighet for tilknytning og fellesskap med andre, og fremmer evne til selvavgrensning og selvrefleksjon som ble redegjort for i kapittel 2.5.1.

En subjekt-subjekt-holdning inngår i, og er en forutsetning for anerkjennelse, og kan ses i overensstemmelse med informantenes beskrivelse av en person-til-person-relasjon (Schibbye, 2020). En person-til-person-relasjon innebærer i mitt materiale å kunne lytte til pasientenes opplevelser og følelser uten å «korrigere» hva vedkommende burde gjøre eller føle. Schibbye (1996, s. 532) skriver at dersom terapeuten vet hva som er naturlig for den andre får pasienten en objekt-posisjon. Et subjekt-objekt-forhold kan medføre en åpen eller skjult dominans fra terapeutens side, og beskrives å være uforenlig med terapeutisk fremgang. Hvis terapeuten derimot tydeliggjør sine egne tanker og opplevelser som *sine*, vil det fremme pasientens

mulighet for autonomi gjennom selvavgrensning/selvrefleksjon (Schibbye, 1996). En person-til-person-relasjon kan dermed forstås som forutsetning for at pasienten opplever å bli anerkjent, og for å fremme deres evne til selvavgrensning/selvrefleksivitet.

Mange av pasientene har følelser og erfaringer som de opplever som skambelagte. Schibbye (1996) poengterer at de fleste pasientene har behov for anerkjennelse av sin erfaring. De har et behov for at terapeuten anerkjenner, forstår og godtar at den måten de ser, opplever og har sett og erfart verden på er gyldig (Schibbye, 2020). Gjennom at fysioterapeutene viser aksept ved sider hos pasientene som de selv anser som negative, og møter dem med toleranse og respekt, åpner det opp for at pasienten kan se seg selv med terapeutens øyne (Schibbye, 2020). I likhet med hvordan barn internaliserer omsorgsgivers respons, kan pasientene internalisere terapeutens respons. Schibbye (2020, s. 275) skriver at ved å overta terapeutens holdning til seg selv, endres pasienten. En anerkjennende holdning og aksept fra fysioterapeuten kan følgelig bidra til at pasientene i større grad kan tåle og akseptere egne opplevelser, følelser og reaksjoner.

Funn fra studien beskriver at terapeutens evne til å være personlig bidrar til å skape en likeverdig relasjon. Fysioterapeutene beskriver at det å dele egne følelser og erfaringer fra eget liv kan underbygge pasientenes syn på terapeuten som et medmenneske, samt å alminneliggjøre og ufarliggjøre følelser. Schibbye (2020, s. 255) understreker at det å være der som et subjekt ikke handler om å være der som en venn eller lignende. Det å være der som et subjekt betyr at terapeuten er en annen person med senter for selvopplevelse og opplevelse av pasienten (Schibbye, 2020). En av terapeutene beskriver at hun i møte med pasientene kan si at hun har opplevd noe liknende en gang eller at hun ble lei seg for noe. Schibbye (2020, s. 255) mener imidlertid at det kan være skadelig for pasienten dersom terapeuten legger ut om private opplevelser eller gir uttrykk for sin private opplevelsesverden. Trøst, råd og referanser til terapeutens liv anses som distraherende og villedende (Schibbye, 2020). Hun mener at pasienten skal få plass til å fordype seg i sitt eget liv uten å ta hensyn til hvordan terapeuten har det i sitt liv. En av fysioterapeutene i studien min erfarer imidlertid at pasientene blir mer avslappet og reagerer med mer kontakt dersom hun deler sine følelser og opplevelser.

5.3.3 Tilpasse behandlingen etter pasientenes grenser

I dette kapittelet vil informantenes beskrivelse av å tilpasse behandlingen etter pasientenes grenser bli drøftet. Det vil bli diskutert ved undertemaene: «pasientenes tilstedeværelse som forutsetning for behandling», «terapeutenes tilnærming til autonome reaksjoner» og «grenseoverskridelse i god forstand».

Informantene fremhever det å tilpasse behandlingen innenfor pasientenes grenser for å gi dem opplevelse av å bli respektert. Gretland (2007, s. 207) skriver at for personer som aldri har erfart en trygg og fortrolig verden med andre kan noe av det viktigste være å erfare at en annen prøver å forstå, ta hensyn og tilpasse seg. Opplevelser med at andre respekterer ens grenser kan følgelig bidra til at pasientene i sin tur også respekterer sine egne grenser (Farstad, 2017).

Arbeid med kropp og følelser kan medføre at tilbakeholdte følelser slippes til og kan oppleves som overveldende for pasientene. Funn fra studien beskriver at det derfor er avgjørende at terapeuten tilpasser behandlingen etter pasientenes tåleevne. Thornquist (2009, s. 277) skriver at personer som har vært utsatt for traumer er spesielt sårbare og sensitive for kroppslig kontakt og nærhet. Anstorp et al. (2016, s. 239) forklarer at når behandlingen rettes mot følelser og kropp kan nye traumeminner komme frem (Anstorp et al., 2016, s. 239).

Sensoriske elementer fra traumene lagres i bruddstykker og kan bli gjenaktivert av nye sanseintrykk (Anstorp et al., 2016, s. 43). Kristensen (2013) beskriver i sin studie at det er nødvendig at terapeuten tilpasser seg etter pasienten, både for å oppnå bedring, og for å unngå at behandlingen medfører at pasientene blir dårligere av behandlingen. Derfor kan det være avgjørende med en gradvis tilnærming slik at pasientene er i stand til å håndtere følelser og reaksjoner som kan oppstå (Thornquist, 2009).

5.3.3.1 Pasientenes tilstedeværelse som forutsetning for behandling

Det å kunne tåle egne følelser og reaksjoner beskrives i studien min som forutsetninger for at pasientene kan få nytte og glede av behandlingen. Informantene forteller at det innebærer at pasientene er tilstede i det som skjer i behandlingen, uten å forsvinne eller å bli overveldet.

Det kan ses i overensstemmelse med litteratur fra NPMF som beskriver at følelsesmessige reaksjoner er gode dersom pasienten kan romme sin egen reaksjon (Gretland, 2007, s. 178).

Gretland (2007, s. 208) skriver at behandling bare fungerer støttende dersom pasienten ikke

reagerer med selvspjettelse eller utagering, men er i stand til å forholde seg til alt som skjer, og alt terapien kan vekke av vanskelige følelser og livserfaringer (Gretland, 2007). Det forutsetter at pasienten er *med*, med hele seg som person gjennom hele terapien, og kan integrere assosiasjoner og minner, følelser og tanker (Gretland, 2007, s. 208). Anstorp et al. (2016, s. 243) fremhever betydningen av at pasientene får øvelse i å tåle egne følelser når man er sammen med andre. Mange av pasientene har tidligere ikke kunnet forsvare seg på andre måter enn gjennom å bli borte eller å overgi seg. Det å våge å være til stede dreier seg om å kunne beholde kontakt med sitt bevisste *jeg* som en ny og bedre måte å beskytte seg på (Anstorp et al., 2016, s. 243).

5.3.3.2 Terapeutens tilnærming til autonome reaksjoner

Informantene beskriver at dersom det blir for mye kroppslig eller følelsesmessig aktivitet, kan pasientene bli overveldet og havne i en tilstand der de for eksempel blir fjerne. Berg (2012, s. 364) poengterer at fjernhet kan være et tegn på skam og at det skaper mulighet for å bevisstgjøre pasientene på skammen. Det å tilpasse behandlingen kan dermed forstås som å virke mot sin hensikt ved at pasientenes følelser og reaksjoner knyttet til skam unngås. Andre tegn på skam i behandling kan vise seg som tilbaketrekking i form av unnvikelse av vanskelige temaer, selvnedvurdering eller angrep ved kritikk av terapeuten (Berg, 2012, s. 364). Det belyses av en av fysioterapeutene som forteller hvordan pasientene kan unngå å tematisere krenkelseserfaringene, og å innta en aggressiv holdning overfor henne. Disse situasjonene kan i lys av Berg (2012) forstås som muligheter for å tematisere skam.

I likhet med funn fra studien min beskriver fysioterapeutene i studien til Løken (2018, s. 34) at pasienter kan oppleve skam ved autonome reaksjoner som svetting, prikking eller nummenhet. Informantene i studien hennes fremhever å hjelpe pasientene til å forstå symptomene slik at de kan lære seg å regulere reaksjonene og dermed redusere skammen (Løken, 2018). I studien til Giskeødegård (2019) beskrives betydningen av å tilpasse behandlingen for å dempe faren for autonome reaksjoner slik at pasientene ikke blir overveldet. Brandal (2018) fant imidlertid i sin studie at å avsløre skam gjennom kroppslige reaksjoner kan være en omsorgsfull måte å gjøre det på. En av informantene i studien min fremhever å benytte de autonome reaksjonene til å snakke med pasienten om hva det kan være et uttrykk for, og om det kan ha sammenheng med noen av deres erfaringer. Det kan signalisere aksept og ufarliggjøre reaksjonene. Følgelig kan det bidra til at pasientene kan tåle

og akseptere sine reaksjoner.

Funn fra studien beskriver også at kroppen kan være en innfallsport for å gå ut av vanskelige følelser og å tilpasse behandling. Det er i tråd med Thornquist (2009, s. 269) som belyser at kroppslig nærhet og berøring, kroppsstillinger og bevegelser kan være med på å etablere og regulere kontakt og relasjon. Når pasientene opplever å miste taket på seg selv, kan det å gjøre noe konkret og håndgripelig bidra til en realitetsorientering (Thornquist, 2009, s. 269).

5.3.3.3 Grenseoverskridelse i god forstand

Behandlingen handler også om å fremme pasientenes evne til å tåle egne følelser og reaksjoner. Det kan ses i tråd med NPMF med som skriver at behandlingen handler om å hjelpe pasienten til grenseoverskridelse i god forstand hvor pasienten er med som person, i motsetning til grensekrenkelse hvor personen fratras subjektstatus (Gretland, 2007, s. 180). Informantene i studien beskriver hvordan de kan tilpasse behandlingen ved å gi pasientene opplevelse av kontroll. Sviland et al. (2012, s. 813) skriver at opplevelse av kontroll kan være en forutsetning for trygghet. Terapeutene i studien forteller at de kan jobbe med at pasienten skal gå ut og inn av det kroppslige spenningsmønsteret sitt. Det å gå ut av det vante mønsteret kan være utfordrende og oppleves utrygt fordi tilbakeholdte følelser kan slippe til. Farstad (2017, s. 138) skriver at det å gi slipp på kontroll kan handle om frykt for at å gå i oppløsning eller ikke å bli tålt, og/eller frykt for å bli avvist og frykt for retraumatisering. Det å gi pasientene mulighet til å både gå ut og inn av sitt vante spenningsmønster, kan gi dem en opplevelse av kontroll, og kan derfor forstås som en måte å hjelpe pasientene med grenseoverskridelse i god forstand. I henhold til NPMF er målet å kunne gå inn og ut av forsvarsmønsteret (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 112). Det innebærer å kunne tilpasse seg kroppslig og psykisk til situasjonens krav, og å ikke forbli fastlåst i sine kontroll-mønstre (Thornquist & Bunkan, 1995).

Arbeid med grenser gjennom en kroppslig tilnærming beskrives i studien som en skånsom måte å arbeide med grensesetting. Gretland (2007, s. 177) fremholder at fysioterapi kan være en uforpliktende øvingsarena for å utforske nye væremåter gjennom at bevegelser kan prøves ut, uten at det gir umiddelbare konsekvenser i pasientens personlige liv. Farstad (2017, s. 139) beskriver i likhet med informantene at det å jobbe med grensesetting kan innebære at pasientene skal markerer egne grenser gjennom å skyve eller dytte unna terapeuten. Hun

beskriver imidlertid også at å jobbe rent kroppslig kan skape sterke følelser fordi skamfølelsen knyttet til grenser og motstand blir så tydelig og kroppslig erfart (Farstad, 2017, s. 307). Det å sette grenser handler også om å kunne avgrense gjennom å skille seg selv fra andre og vil bli nærmere utdypet i kapittel 5.3.5.

5.3.4 Skam som blir satt i tale og delt, kan bli mindre

Fysioterapeutene vektlegger det å gjøre pasientene bevisst på skammen gjennom å snakke om skammen, og å hjelpe pasientene til å få forståelse for hva krenkelsene har gjort med dem. Bevisstgjøring kan gi pasientene økt selvmedfølelse, noe som åpner opp for at pasientene kan være vennlige og gode med seg selv.

En av informantene i studien understreker at noe av det viktigste er å bevisstgjøre pasientene på skammen ved å snakke om den. Det understrekes fra flere hold at skam må tematiseres i behandling (DeYoung, 2015; Farstad, 2017; Skårderud, 2001a). Skårderud (2001a, s. 1617) skriver at en skam som blir satt i tale og blir delt, kan bli mindre. Han understreker imidlertid at destruktiv skam ikke er noe en enkelt kan snakke seg ut av. I tillegg til et godt språk forutsettes også respons og aksept fra betydningsfulle andre som beskrevet i foregående kapitler (Skårderud, 2001b, s. 50).

Med bakgrunn i at skammen ofte er taus hos pasientene løfter Skårderud (2001b, s. 50) frem at det ofte er terapeutens oppgave å gi dem et språk om den. Farstad (2017, s. 303) mener imidlertid at terapeutens ansvar å hjelpe pasientene til å finne et språk for det stillheten uttrykker, slik at det ordløse «jeget» kan bli synlig og hørbart. Det dreier seg om å gjøre den implisitte skammen eksplisitt (Farstad, 2017). Thornquist (2009, s. 127) fremhever betydningen av språket både som hjelp til selvforståelse, og som nøkkel til menneskelig fellesskap. Det å uttrykke seg kan ha en viktig funksjon i å bidra til avklaring og tenkning (Thornquist, 2009). Språket gir oss mulighet og evne til å ha et bevisst forhold til verden og oss selv, og å reflektere over oss selv. Videre knytter det oss sammen til andre mennesker ved at private erfaringer gjøres felles, slik at vi kan ta del i hverandres opplevelses- og meningsverden (Thornquist, 2009, s. 51). Farstad (2017, s. 307) skriver at å jobbe med sammenhengene mellom skam og språk kan hjelpe pasientene til et språk som formidler deres subjektivitet, subjektive erfaringer, følelser og behov. Det innebærer å hjelpe pasienten til å få et språk som i størst mulig grad representerer det eksistensielle selvet (Farstad, 2017).

Informantene erfarer at når pasientene får forståelse for hvordan krenkelsene har påvirket dem, og hvordan de kan være knyttet til skam, kan egne kroppslige uttrykk, og handle- og væremåter gi mening for pasientene. Forståelse for skammen og hvordan den har påvirket vedkommende gir ifølge Farstad (2017, s. 308) pasientene kunnskap å møte skammen med. Innsikt i skammen gir dem mulighet til å reflektere over sammenheng mellom tidligere erfaringer og opplevelse av skam. Forståelse kan være med på å endre skammen fra å være overveldende, livshemmende og bestemmende for relasjoner, til at individet i større grad kan tåle og håndtere skammen (Farstad, 2017, s. 308). Følgelig kan forståelse for hvordan skammen har påvirket vedkommende bidra til å relatere til seg selv som verdifull (Farstad, 2017). Skårderud (2001b, s. 52) skriver at forståelse for sammenhengene og forståelse for andres bidrag eller mangler i oppvekst, kan bidra til sjenerøsitet overfor en selv. Det er i tråd med informantenes erfaring om at når pasientene får forståelse for hvordan krenkelsene har påvirket dem, kan det gi økt selvmedfølelse.

Funn fra studien beskriver at selvmedfølelse kan utforskes ved å tematisere hvordan pasientene kan være gode mot seg selv gjennom å spørre dem hvordan de kan trøste seg selv, og ha empati for seg selv. Betydningen av det å *gjøre* noe godt løftes frem av Anstorp et al. (2016). De understreker at positive følelser kommer via atferd, og at det å gjøre noe godt med seg selv utfordrer tanken om å fortjene noe godt (Anstorp et al., 2016). Det kan underbygge en av informantenes beskrivelse av å utforske hva pasientene kan *gjøre* for å fremme trygghet. Informanten uttrykker at det handler om å gi pasientene en fysiologisk fornemmelse, altså en erfaring av hvordan trygghet kjennes ut. Ved at pasientene finner ut hva de kan gjøre for seg selv for å føle seg trygge, kan det hjelpe dem til å finne måter å fremme trygghet i seg selv i andre situasjoner. Anstorp et al. (2016, s. 238) poengterer at som terapeuter kan vi invitere pasientene til å være vennlige med seg selv, men at mange av pasientene ikke vet hvordan de gjør det. Mange av pasientene har ikke erfaring i hvordan å trøste seg selv, fordi de aldri har hatt omsorgsgivere å lære trøstearbeidet av (Anstorp et al., 2016). Det understøtter viktigheten av å ikke bare tematisere selvmedfølelse, men også å støtte og veilede pasientene i hvordan en kan være god med seg selv.

Gjennom å støtte pasientene i å rette oppmerksomheten mot seg selv fremmes pasientenes evne til refleksjon rundt egne følelser og behov, og handle- og væremåter. Farstad (2017, s. 311) skriver at «skammens avtrykk» kan ubevisst bringes inn i nye relasjoner gjennom

gjentakelse. Derfor er det viktig å gjøre pasientene bevisst på strategiene de benytter for å beskytte seg mot skammen. Ifølge Farstad (2017, s. 311) må terapeuten konsentrere seg om underliggende problemer knyttet til skammen og sårbarheten. Mulighetene ligger i å hjelpe pasientene i å utforske hva erfaringene har forårsaket av kompensatoriske strukturer og atferd som blir gjentatt i nye relasjoner (Farstad, 2017, s. 311). Det innebærer at pasienten får forståelse for defensive strukturer som ligger bak måten vedkommende snakker om seg selv og andre på, og å arbeide med destruktive internaliserte selvoppfatninger.

5.3.5 En utforskende tilnærming fremmer evne til selvavgrensning/selvrefleksivitet

Funn fra studien fremhever betydningen av at pasientene skal få forståelse for seg selv, og komme i kontakt med egne følelser og behov gjennom en utforskende tilnærming. Det vil bli drøftet i lys av de dialektiske begrepene selvavgrensning/selvrefleksivitet som ble forklart i kapittel 2.5.1. En utforskende tilnærming vil også bli diskutert i henhold til Schibbye (2020) sin forståelse av undring. På bakgrunn av at mange av de krenkede har opplevd forstyrrelser i tilknytningsforhold, kan de dermed ha svekket evne til selvavgrensning/refleksivitet (Schibbye, 2020). Mange av pasientene kan derfor ha manglende forutsetninger for å forstå mekanismene bak strategiene for å beskytte seg mot skammen.

Det å gjøre pasientene bevisst på hva krenkelseserfaringene har gjort med dem kan forstås som en måte å fremme pasientenes evne til selvavgrensning /selvrefleksivitet. Som nevnt tidligere er det slik at jo mer en kan skille egne opplevelser fra andres, desto nærmere er en prosesser i eget selv (Schibbye, 2020. s, 89). Selvavgrensning/refleksivitet gjør det mulig for individet å «lese» den andres samværs måte, og hva det samtidig «gjør med» oss (Schibbye, 2020). En av informantene beskriver hvordan hun kan jobbe med at en pasient skal kjenne etter egne følelser. Når pasienten sier at hun opplever det som vanskelig, responderer terapeuten med at det er forståelig på bakgrunn av hennes erfaringer med å ikke bli hørt og sett i oppveksten. Terapeutens svar kan forstås som en måte å fremme pasientens mulighet til å se seg selv utenfra. Selvavgrensning/selvrefleksivitet kan gjøre det mulig for pasientene å få forståelse for at opplevelser med å bli oversett, og avvist av andre kan forårsake følelse av å ikke være bra nok. Med andre ord kan det gi pasientene innsikt i at opplevelse av skam er en følge av krenkelsen(e) de har blitt utsatt for.

Terapeutene vektlegger å rette pasientenes oppmerksomhet mot sine egne følelser, behov og væremåter for å fremme pasientenes evne til å lytte til seg selv. Det kan forstås som en måte å fremme deres evne til selvrefleksivitet, å se seg selv utenfra, altså «observere» eller betrakte seg selv (Schibbye, 2020). En av fysioterapeutene beskriver at hun kan tilnærme seg ved å spørre om pasienten har tendens til å gjøre som andre sier, hva som er grunnen til det og hva som kommer i veien for å lytte til seg selv. På den måten fremmer fysioterapeuten pasientens evne til å skille mellom egne og andres opplevelser, tanker, følelser og behov (Schibbye, 2020, s. 89). Som nevnt i kapittel 2.5.1 er oversikt over egne og andres selvprosesser sentralt for å fungere i relasjoner (Schibbye, 2020, s. 89). Når pasienten kan skille egne følelser fra andres, og ha oversikt over hvilke følelser som tilhører en selv, åpner det mulighet til å forutsi og innstille seg på den andres utspill. Det er betydningsfullt for å kunne handle på egne vegne og hevde seg på en positiv måte (Schibbye, 2020). Følgelig kan det støtte pasientene i å lytte til egne følelser og behov, og endre handle- og væremåter som i større grad innebærer å behandle seg selv med verdi.

Studiens beskrivelse av en utforskende tilnærming har paralleller til Schibbye (2020, s. 304) sin forståelse av undring. Hun beskriver at undring handler om å stille oss undrende til hvordan vi som terapeuter kan gi pasientene mulighet til å finne ut hva de vil, og hvem de er. Det er en åpen språkform som unngår direkte spørsmål, og krever dermed aldri et konkret svar. Med andre ord er undring ikke målrettet mot å konkludere eller finne en «sannhet», og skaper således muligheter for endring (Schibbye, 2020, s. 400).

En av informantene beskriver at en utforskende tilnærming hjelper pasientene til å finne styrke i seg selv til å oppdage hva de opplever som bra. Det er forenlig med Schibbye (2020, s. 304) sin beskrivelse av at en undrende tilnærming gir pasientene erfaring med hvilke ressurser de har, og fremmer dermed deres autonomi. Fysioterapeuten beskriver at hun kan utforske ved å holde seg selv tilbake, og spørre pasienten om det er noen øvelser vedkommende syns har vært gode, fremfor at hun kommer med forslag. Det kan imidlertid forstås som et spørsmål som krever et konkret svar. Den samme terapeuten beskriver også hvordan hun kan utforske trygghet med pasientene. Da kan hun foreslå at pasientene skal forestille seg et trygt sted, eller spørre «hvordan er pusten i dag, hvordan er det i skuldrene, hva skjer med vaktsonheten, forandrer den seg?». Den måten å stille spørsmål på kan i større grad forstås som undrende ved at det gir pasientene anledning til å kjenne etter hva de selv føler. På den måten får pasientene erfaring med å oppdage egne følelser og behov. En

undrende tilnærming kan forstås som fremmede for pasientenes «stemme» og deltakelse i behandling.

Betydningen av en undrende tilnærming kan også løftes frem i tilnærming til å sette ord på skammen. Gjennom undring er vi henvist til hverdagspråket, noe som skaper mulighet for å oppleve det vi ikke har ord for (Schibbye, 2020, s. 104). I lys av at taushet ofte går hånd i hånd med både skam og tabuiserte opplevelser kan det anses som relevant. En undrende tilnærming kan dermed bidra til å fremme pasientenes evne til å sette ord på skammen.

6 Oppsummering

Formålet med studien var å belyse hvordan psykomotoriske fysioterapeuter forstår og tilnærmer seg i behandlingen av personer som opplever skam etter krenkelseserfaringer. Informantene forstår krenkelse som en subjektiv opplevelse av grenseoverskridelse som omsorgssvikt, vold, overgrep og/eller utenforskap. Studien belyser hvordan skam kan oppstå som følge av krenkelser, og hvordan pasientenes strategier for å beskytte seg mot skam kan komme til uttrykk ved beredskap, tilpasning eller tilbaketrekning. Strategiene handler om å ivareta seg selv, og er knyttet til frykt for avsløring, avvisning og tap av tilhørighet.

Informantenes beskrivelse av tilnærming omfavnes gjennom de tre hovedtemaene: å møte pasientene med verdighet, respektere pasientenes grenser og å gjøre pasientene oppmerksomme på hva krenkelsene har gjort med dem. Det å møte pasientene med verdighet innebærer å gi pasientene opplevelse av å bli akseptert, og kan være avgjørende for at pasientene tør å åpne opp om sine følelser og erfaringer. Informantene beskriver at en person-til-person relasjon kan fremme pasientenes opplevelse av likeverd. For at pasientene skal få nytte av behandlingen vil det være avgjørende å tilpasse behandlingen etter deres grenser. Det innebærer at pasienten er tilstede, altså at de tåler egne kroppslige og følelsesmessige reaksjoner. Informantene vektlegger å gjøre pasientene bevisst på skammen, og å hjelpe pasientene til å få forståelse for hva krenkelsene har gjort med dem slik at kroppslige uttrykk og væremåter kan gi mening for pasientene. Følgelig kan det bidra til aksept av egne erfaringer og følelser, og økt selvmedfølelse.

Studien kan bidra til økt bevissthet og forståelse rundt hvordan skam kan oppstå som følge av krenkelser, og hvordan psykomotorisk fysioterapi kan være en relevant tilnærming for å forstå

skammens uttrykk. Med utgangspunkt i at krenkelser og skam kan være knyttet til taushet, kan kroppen være en innfallsport til å oppdage og forstå det pasientene mangler ord for eller opplever som vanskelig å snakke om. Terapeutens rolle fremheves også som betydningsfull for å gi pasientene opplevelse av å bli behandlet med verdighet og respekt.

Referanseliste

Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (Red.). (2016). *Dissosiasjon og relasjonstraumer*. Oslo: Universitetsforlaget

Anstorp, T. & Benum, K. (Red.). (2015). *Traumebehandling. Komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget

Bae, B. & Waastad, J.E. (1999) *Erkjennelse og anerkjennelse: perspektiv på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlag.

Berg, G. (2012). Skammens kompass: Fire retninger i en skamproduserende tid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 49(4), 360-364

Blindheim (2015). Bedre beskyttelse av barns utvikling— Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet. NOU 2012: 5
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Vol 1: Attachment. London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.

Bowlby, J. (1988). *En sikker base. Tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Danmark: Det lille forlag.

Brandal, K. (2018) *Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med pasienter som har nedsatt kontakt med kroppen*. [Masteroppgave, OsloMet]. ODA. <https://hdl.handle.net/10642/7041>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Farstad, M. (2017). *Skam: eksistens, relasjon, profesjon*. Oslo: Cappelen Damm AS

Farstad, M. (2020). Skam og eksistens. I R., L. & A., A. (Red.), *Eksistensielle begreper i*

helse- og sosialfaglig praksis. (s. 59-79). Scandinavian University Press

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Giskeødegård, H. (2019). *Psykomotoriske fysioterapeuters erfaringer med og kunnskaper om behandling av mennesker med traumelidelser*. [Masteroppgave – Universitetet i Bergen]. Bergen Open Research Archive (BORA). <https://hdl.handle.net/1956/19976>

Goffman, E. (1975). *Stigma*. Danmark: Gyldendal samfunnsbibliotek

Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen. Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Gulbrandsen, P., Fugelli, P., Stang, G., H. & Willmar, B. (Red.) (2006). *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Isdahl, P.J. og Thornquist, E. (1983) Kroppen mellom hendene. Intervju med Aadel Bülow-Hansen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* 20, 273-275. Referert i: Gretland (2007) *Den relasjonelle kroppen – Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget

Johannesen, L., E., F., Rafoss, T., W. & Rasmussen, E., B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget

Kirkengen, A., L. (2001). *Inscribed Bodies. Health impact of children sexual abuse*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2019). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Kristensen, G., E. (2013). *Psykomotorisk fysioterapi i forhold til pasienter som strever med*

ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner. [Masteroppgave, UIT - Norges arktiske universitet]. UiT Munin. <https://hdl.handle.net/10037/5380>

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet (British Edition)*, 360(9339), 1083-1088.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11133-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0)

Kvale & Brinkmann (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvello, Ø. (red.). (2012). *Oppvekstmiljø og sosialisering*. Gyldendal Akademisk

Lien, L., A. (2016). *Hva er det mennesker som har vært utsatt for traumer opplever har gitt mening i behandlingen hos psykomotorisk fysioterapeut når det gjelder å leve videre med traumene?* [Masteroppgave, UIT - Norges arktiske universitet]. UiT Munin.
<https://hdl.handle.net/10037/9608>

Livingston, R., & Farber, B. (1996). Beginning therapists' responses to client shame. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 33(4), 601-610.

Løken, H., S. (2018). *Når smertebildet er sammensatt: Psykomotorisk fysioterapi til mennesker med traumeerfaring - En kvalitativ intervjustudie*. [Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet - NTNU].

Malterud, K. (2017). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

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

Nathansson, D., L. (1992). *Shame and pride: affect, sex and the birth of the self*. New York: Norton.

Schibbye, A-L. L. (1996). Anerkjennelse – en terapeutisk intervensjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33(7), 530 – 537.

Schibbye, A-L., L. & Løvlie, E. (2017). *Du og barnet: om å skape gode relasjoner med barn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schibbye, A-L. L., (2020). *Relasjoner: et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Seltzer, W., J. (2013). *Familiehemmeligheter: tause fortellinger fra terapirommet*. Oslo: Gyldendal.

Skårderud, F. (2001a). Skammens stemmer – om taushet, veltalenhet og raseri i behandlingsrommet. *Tidsskriftet Norske Legeforening* 13(121), 1613-1617.

Skårderud, F. (2001b). Tapte ansikter I Wyller, T. (Red.), *Skam: Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2016). *Psykatrieboken: sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Sivland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2018). Towards living within my body and accepting the past: a case study of embodied narrative identity. *Medicine, Health Care and Philosophy* 21(3), 364-374. DOI: 10.1007/s11019-017-9809-7

Thornquist, E. & Bunkan, B., E. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforlag.

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.) Gyldendal Akademisk.

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Thornquist, E. & Kirkengen, A., L. (2020). *Sammensatte lidelser: et samfunnsspeil* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Utne, A., L., J. (2019). *Relasjonelle traumer og redusert kroppsbevissthet - pasienters erfaringer med å utforske kontakt med egen kropp i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi*. [Masteroppgave – OsloMet]. ODA.

Wyller, T. (Red). (2001). *Skam. Perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Etisk protokoll

Etisk protokoll

Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som skal fremme respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter (Malterud, 2017). Richards og Scwartz (i Malterud, 2017, s. 211) lister opp fire typer risiko eller belastninger som deltakere i en kvalitativ studie kan utsettes for; psykisk uro, misbruk, fordreining eller gjenkjennelse.

Datainnsamlingen vil innebære innsikt i informantenes kunnskap og erfaringer angående fortrolige forhold. Som forsker vil jeg sørge for at deltakeren kan kjenne seg trygg på at personvern og anonymitet blir tilfredsstillende ivaretatt, uten risiko for gjenkjennelse. Malterud (2017, s. 215) skriver at vi kan styrke personvernet ved å forandre på noen informasjonen i presentasjonen med betingelse at det kan gjøres uten å forstyrre grunnleggende forutsetninger for forståelsen av det som prosjektet skulle utforske. Dette vil bli vurdert dersom det oppstår hendelser som berører den aktuelle problemstillingen. Jeg vil også være ekstra oppmerksom på å utvise aktsomhet når jeg tar opp sensitive tema til prosjektet mitt. Malterud (2017, s. 212) skriver at deltakeren skal kjenne seg trygg uten å føle seg presset eller invadert. For å ivareta det vil jeg som forsker investere tid og krefter for å etablere optimal nærhet. For at deltakeren skal kunne stole på tilliten mellom oss og unngå misbruk, vil jeg som forsker ta ansvar for å håndtere det som blir sagt, på en måte som best mulig samsvarer med hvordan det var ment. Jeg vil også sørge for at deltakeren vet hvordan opplysningene vil bli brukt. Informantene vil bli informert om hvordan opplysningene vil bli brukt i rekrutteringsprosessen, i samtykkeskjema og før intervjuet.

Å be folk om å dele sin kunnskap, ligger i et gjensidighetsforhold om at formålet er å finne ut noe nytt (Malterud, 2017). Jeg har gjennomført et litteratursøk og funnet ut at forskningsspørsmålet mitt er lite belyst. Som forsker forsyner jeg meg av andres tid og tillit. I det ligger en forskningsetisk forpliktelse i å gjennomføre et forskningsprosjekt på en måte som fører frem til vitenskapelig kunnskap (Malterud, 2017). Forskningsprosessen innebærer flere situasjoner der filer eller utskrifter fra sensitive samtaler kan komme på avveier (Malterud, 2017). Jeg vil etablere et fysisk skille mellom tekst for analyse og persondata om deltakerne. Deltakerne vil tildeles pseudonymer i transkripsjonsfasen.

Vedlegg 2: Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

 Skriv ut

Prosjektittel

Hvordan forstå og tilnærmer psykomotoriske fysioterapeuter kroppen i behandling av personer med krenkelseserfaring?

Referansenummer

477900

Registrert

23.09.2021 av Celine Wen Kristiansen - ckr050@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Helle Rønn-Smidt, hrs@via.dk, tlf: +4587552365

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Celine Kristiansen, celinekristiansen@gmail.com, tlf: 46483668

Prosjektperiode

20.09.2021 - 30.06.2022

Status

28.09.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

28.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 28.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2022. Informasjonsskrivet må oppdateres med riktig sluttdato.

TAUSHETSPLIKT

De som intervjues har taushetsplikt. Vi anbefaler at du minner om dette i forkant av intervjuet.

LOVLIG GRUNNLAG

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

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyller-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informanter

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt i forbindelse med min masteroppgave:

«Hvordan forstår og tilnærmer psykomotoriske fysioterapeuter kroppen i behandling av personer med krenkelseserfaring?».

Dette skrivet informerer om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å utforske hvordan psykomotriske fysioterapeuter forstår og tilnærmer kroppen i behandling av personer med krenkelseserfaring. Prosjektet er en mastergradsstudie ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT - Norges Arktiske Universitet. Forespørselen sendes til psykomotoriske fysioterapeuter som kan tenke seg å delta i dette forskningsprosjektet. Deltakelse forutsetter at informant har minst 5 års erfaring som psykomotorisk fysioterapeut og har takstkompetanse A9.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Celine Kristiansen er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien vil innebære at du stiller til intervju i ca. 1 time. Du kan velge sted, for eksempel der du jobber. Det vil bli gjort lydopptak av hele intervjuet og ev. notater. Intervjuet vil innebære spørsmål om din forståelse og tilnærming til kroppen i behandling av personer med krenkelseserfaring.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysninger om deg vil bli behandlet basert på ditt samtykke. Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene omtalt i dette skrivet. Opptaket vil oppbevares og lagres i et prosjekt i Tjenester for sensitive data (TSD) og vil kun være tilgjengelig for meg/student. All informasjon om deltakere vil bli aidentifisert slik at de ikke skal kunne gjenkjennes i publikasjoner. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Vi er ferdig med forskningsprosjektet 30.06.22. All informasjon, lydopptak og eventuelle notater vil da slettes og makuleres.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene.
- å få rettet personopplysninger om deg og å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Ved spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med NSD på personverntjenester@nsd.no eller tlf.: 55 58 21 17.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi grunn, uten at det har noen negative konsekvenser for deg. Alle personopplysninger vil da bli slettet. Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål knyttet til studien kan du ta kontakt med Celine Kristiansen på tlf. 46 48 36 68. Veileder i prosjektet er førsteamanuensis Helle Rønn-Smidt, Det helsevitenskapelige fakultetet ved UiT Norges arktiske universitet: hrrs@via.dk.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har forstått og mottatt informasjon om studien «Hvordan forstår og tilnærmer psykomotoriske fysioterapeuter kroppen i behandling av personer med krenkelseserfaring?», og samtykker til å delta i intervju.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Intervjuguide

Intervjuguide

1. Kan du fortelle litt om deg selv og din bakgrunn som psykomotorisk fysioterapeut?
2. I dette intervjuet er jeg opptatt av hvordan det er å jobbe psykomotorisk med pasienter som har vært utsatt for krenkelseserfaring. Hva tenker du på da?
3. Hva er dine erfaringer/tanker rundt psykomotorisk fysioterapi til pasienter med krenkelseserfaring?
4. Kan du fortelle om en pasient med krenkelseserfaring som har gått i behandling hos deg?
5. Når du møter/opplever pasienter med krenkelseserfaring, hva legger du merke til?
6. Kan du huske et møte eller behandlingssituasjon som du opplevde som utfordrende?
7. Hva er dine tanker rundt egen rolle som psykomotorisk fysioterapeut i møte med pasienter med krenkelseserfaring i forhold til andre pasienter?

Avslutning

- Oppsummering
- Er det noe du ønsker å utdype eller tilføye?
- Er det noen spørsmål du tenker jeg burde stilt eller fulgt opp mer?

Slå av lydopptak. Takke for bidrag og at de stilte opp.

