



Intersubjektiv samhandling og Gylne øyeblikk i

Norsk Psykomotorisk Fysioterapi

Hege Karin Zeiner

Mastergradsoppgave i helsefag

Studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

Institutt for helse- og omsorgsfag,

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø

Mai 2013

Sammendrag:

Bakgrunn: Flere studier innen Fysioterapi og Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPmf) indikerer et behov for å forske videre på hva som skjer mellom terapeut og pasient når behandlingen lykkes. Det er forsket lite på betydningen av alliansen og samhandlingen mellom terapeut og pasient i NPmf sammenlignet med innen psykologi og psykoterapi.

Mål: Målet med studien var å observere og analysere hva som karakteriserer det som skjer mellom terapeut og pasient før, under og etter betydningsfulle og endringsskapende øyeblikk i en behandlingstime.

Metode: Studien er hermeneutisk/ fenomenologisk forankret med bruk av video-observasjon som metode i en singel-case studie. De enkelte øvelses-sekvenser i behandlingstimen ble analysert vha en tilpasset systematisk kondensering av filmens audibale og visuelle innhold. Det transkriberte materialet ble ytterligere systematisert og analysert, og drøftet opp mot relevant teori.

Resultat: Det åpenbarte seg dobbelt så mange Gylne øyeblikk som kritiske øyeblikk i materialet. Pasienten har en utvikling fra enkle Gylne øyeblikk (Grad 1 og 2) i starten av behandlingstimen til mer avanserte (Grad 4 og 5) i midten av og på slutten av timen. Gylne øyeblikk preges av høy grad av blikk-kontakt, terapeutens hender som guider pasienten i øvelsen, og adekvat tolkning av verbal og nonverbal kommunikasjon fra begge side. Kritiske øyeblikk preges av monolog mer enn dialog fra terapeutens side, lav grad av blikk-kontakt eller hender på pasienten, og at pasienten ikke uttrykker sin manglende forståelse eller mestring i øvelsen verbalt; hun dobbelt-kommuniserer. Terapeuten fanger noen ganger opp pasientens uttrykk og ”forhindrer” kritiske øyeblikk. Materialet viser en sammenheng mellom kritiske og gylne øyeblikk, der begge deler antagelig er nødvendig for pasientens utvikling og økte bevissthet rundt egen mestring og ressurser.

Nøkkelord: Intersubjektiv samhandling, Gylne øyeblikk, Kritiske øyeblikk, Verbal og nonverbal kommunikasjon, Videoobservasjon, Psykomotorisk fysioterapi.

Abstract

Background: There has been a lot of research about the importance of the alliance and intersubjectivity between the patient and the therapist in psycho-therapy, but not that much in Norwegian Psychomotoric Physical Therapy.

Objective: The aim of this study was to explore therapeutic Golden moments in a treatment-session of Norwegian Psychomotoric Physical Therapy.

Design: A singel-case qualitative study based on hermeneutic/ phenomenological research design. Empiri was collected by videorecording a psychomotoric physical therapist and her patient in a treatment-session. The material was transcribed and analysed, and discussed within relevant theory.

Result: The analyse of the video`s audible and visual part revealed different kinds of Golden moments, graded from 1-5. The critical moments identified was minor, and there were twice as many parts of positive Golden moments for the patient compared to the more negative critical moments. The therapist`s eye-contact with the patient, her hands on the body of the patient, and ability to read the patients non-verbal language in the context adequately, seemed to fascilitate new learning and insights for the patient, transferable to a higher level than the exercise it self. These moments culminated in a highlight of 3 situations (Golden moments Grade 5) in the end of the treatment-session. The patient developed her self-estimate to handle the earlier challenge in dealing with her own experience of not succeeding in the action of a task. She acted with a relaxed body and feeling of beeing comfortable with her new experience of handling something she didn`t use to handle well before. Critical moments are caracterized by lack of eye and ”hands on” between therapist and patient. There were also more often a monolog rather than a dialog between the two of them, and the patient seemed to double-communicate about her understanding an comfort in the tasks of exercises in and before critical moments. There seem to be a necessary connection between critical and golden moments to achive the higher level of insight and new learning for the patient.

Key-words: Golden moments, therapeutic alliance, video-observation, verbal and non-verbal language, critical moments, psychomotoric physical therapy.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	7
1.1	Tema og bakgrunn for studien	7
1.2	Tidligere forskning på området	8
1.3	Hva mangler vi ennå kunnskap om?	11
1.4	Problemstilling	11
2.0	Teoretisk perspektiv	12
2.1	Norsk Psykomotorisk fysioterapi og kroppens fenomenologi	12
2.2	Intersubjektiv samhandling og gylne/kritiske øyeblikk	16
2.3	Gylne og kritiske øyeblikk	18
2.4	Relasjonell Kommunikasjonsteori	20
3.0	Metode	23
3.1	Metodeteori	23
3.2	Studiens informanter	24
3.3	Gjennomføring av studien	25
3.4	Transkripsjon og analyse av data	26
3.4.1	Transkribering av lydopptak	27
3.4.2	Grovtranskribering av videoopptakets visuelle del	29
3.4.3	Analyse	31

3.5	Etikk	33
4.0	Resultater	34
4.1	Arbeidsfase/god samhandling	34
4.2	Gylne øyeblikk	35
4.3	Kritiske øyeblikk	36
4.4	Hovedtrekk fra transkripsjonen generelt	37
4.5	Tekstnær analyse av materialet i sin helhet	38
4.5.1	Del 1 Samtale	38
4.5.2	Del 2 Sittende på krakk	39
4.5.2.1	Del 2 a Bekkentipp sagittalplan	39
4.5.2.2	Del 2 b Bekkentipp frontalplan	39
4.5.2.3	Del 2 c Bekkentipp sagittalplan	41
4.5.2.4	Del 2 d Sirkelbevegelse bekken	44
4.5.2.5	Del 2 e Bekken sagittalplan/samtale	45
4.5.2.6	Del 2 f Abd./add. Hofter	46
4.5.3	Del 3 Slapp-stup-stående	47
4.5.4	Del 4 Stående	48
4.5.4.1	Del 4 a Åpne øyne	48
4.5.4.2	Del 4 b Lukkede øyne	49
4.5.4.3	Del 4 c Løfte tærne	50
4.5.4.4	Del 4 d Samtale	51

4.5.5	Del 5 Stående bredbent	52
4.5.6	Del 6 Stående/krokstående	53
4.5.7	Del 7 og 8 Langssittende/rulle ned til ryggliggende	55
5.0	Drøfting/diskusjon	56
5.1	Øyeblikk og tid	56
5.2	Gylne øyeblikk grad 1 og 2	57
5.3	Gylne øyeblikk grad 3 og 4	58
5.4	Gylne øyeblikk grad 5	60
5.5	Kritiske øyeblikk	62
5.6	Terapeutens innvirkning; hender, blikk, stemme, dialog, spørsmål	65
5.7	Reliabilitet, ekstern og intern validitet	66
5.8	Oppsummering diskusjon	68
6.0	Litteraturliste	69
Vedlegg 1	Infoskriv pasient/samtykkeerklæring	73
Vedlegg 2	Infoskriv fysioterapeut/samtykkeerklæring	75

1. 0 Innledning

1. 1 Tema og bakgrunn for studien:

Flere forfattere hevder at relasjonen, kommunikasjonen og samhandlingen mellom terapeut og pasient er vel så viktig, og mulig mer avgjørende for resultatet enn det terapeuten isolert sett gjør med sine hender, trenings- og behandlingsapparater.

Som student ved Mastergradsprogram i helsefag, psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved UiT, har jeg blitt kjent med teori som ligger til grunn for og understøtter psykomotorisk fysioterapi; teori om kroppens fenomenologi, teori om relasjoner og kommunikasjon mellom terapeut og pasient, og Sterns utviklingspsykologi og teori om intersubjektivitet med fokus på øyeblikkene her -og nå m.m. Ny teoretisk lærdom bekreftet og utdypet erfaringer som fysioterapeut i rehabiliteringsteam og som student i psykomotorisk fysioterapi. Jeg ble inspirert til å skrive denne masteroppgaven for å lære mer om hva som skjer i behandlingsrommet i en psykomotorisk behandlingstime , utover selve grepene, massasjen, øvelsene og ordene.

Hva viser seg av verbal og nonverbal kommunikasjon i samhandlingen mellom to mennesker der den ene forsøker å hjelpe den andre? Hva skjer i forløpet til et endringsskapende og gyllent øyeblikk, og hva skjer når det skjer? Hva er det ved behandlingen som hjelper når det hjelper?

Ved å ta et dypdykk i praksis i psykomotorisk fysioterapi ønsker jeg å studere hva som kjennetegner når det ”klaffer” eller ikke mellom terapeut og pasient, og lære mer om hva som skjer i en eventuell overgang mellom de to ”her og nå”-situasjonene.

Oppgavens hensikt er å lære mer om hva som fremmer god kommunikasjon og samhandling mellom pasient og terapeut i psykomotorisk fysioterapi, gjennom å observere og identifisere hva som skjer før og under gyldne eller kritiske øyeblikk i samhandlingen, verbalt og nonverbalt, og belyse dette opp mot teori og tidligere forskning på tema. Mitt hovedfokus vil være på fremmede faktorer i situasjonen, enten situasjonen er preget av en fastlåst samhandling eller gyldne øyeblikk som legger til rette for læring og endring hos pasienten.

1. 2 Tidligere forskning på området:

Innen psykoterapi og psykologi har flere forskere beskrevet betydningen av relasjonen og alliansen mellom terapeut og pasient. Innen fysioterapi er det forsket noe mindre på området. Søk i Tidsskrift for Norsk Psykologiforening med ordene ”gylne øyeblikk” og ”intersubjektiv samhandling” ga flere treff, bl.a.; Moltu og Veseth (2008) sin artikkel; ” Fra det fastlåste til det forløsende – om å skape rom for endring i terapi.” Moltu og Veseth drøfter Daniel Sterns forståelse av fastlåst samhandling og endringskappende samspill med utgangspunkt i Jessica Benjamins intersubjektive teori.

Denne artikkelen ga meg ytterligere motivasjon til å ville undersøke fenomenet. For å finne forskning innen psykomotorisk fysioterapi søkte jeg i faggruppens samling av hoved- og masteroppgaver, og doktorgradsoppgaver innen fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi.

Flere meta- analyser har funnet samsvar mellom alliansen i tidlig psykoterapi og det endelige utfallet av terapien (Horvath & Bedi, 2002). Ifølge Wampold (2010) er det stor enighet om viktigheten av alliansen mellom terapeut og pasient. Både terapi hos psykolog og hos psykomotorisk fysioterapeut kan gå over lengre tid, noe som gir rom for utvikling av relasjonen mellom pasient (heretter; P) og terapeut (heretter; T). Forskning innen psykoterapi viser at terapitekniske metoder står for en vesentlig mindre del av endringer hos pasienten enn det relasjonen mellom terapeut og pasient gjør (Norcross, 2002). Lien og Kvale (2010) oppsummerer i sin hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi; ” Det er ingen andre variabler som har blitt vurdert tidlig i behandlingen som predikerer det endelige utfallet bedre enn alliansen (mellom terapeut og pasient)”.

Jeg antar derfor at sammenhengen mellom relasjonen og utfallet av terapien også kan gjelde i psykomotorisk behandling.

Med utgangspunkt i Norsk Fysioterapiforbund`s register over norske studier innen psykomotorisk fysioterapi og generell fysioterapi pr 01.05.2012, vil jeg her oppsummere og kommentere tidligere forskning innen fysioterapi og Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPmf), som jeg mener tangerer min masteroppgave:

Øien (2010) definerer i sitt doktorgradsarbeide bl.a. kommunikasjon som en forhandlingsprosess i langvarig behandling hos psykomotorisk fysioterapeut; Hun beskriver

kommunikative mønstre i endringsprosesser i krevende fysioterapi-behandlingssituasjoner (fritt oversatt) i psykomotorisk fysioterapi. Øien konkluderer med; ”We concluded that the physiotherapist`s sensitivity of – and ability to negotiate – tasks, emotions connected to tasks, and the nature of the relationships, seemed to facilitate change”. Øien fremhever altså at relasjonen mellom terapeut og pasient kan fremme endring hos pasienten, dersom visse kvaliteter ved samhandlingen og kommunikasjonen er tilstede.

Syllias (2004) finner i sin hovedfagsoppgave at fysioterapeutene (informantene) tidvis gir inntrykk av at de er opptatt av pasienten som person, men at behandlingsmetodene er det vesentlige for behandlingsresultatet, ikke relasjonen. Hun sier; ”det er flere utsagn i materialet som peker mot at fysioterapifaget ikke formidler kunnskap om relasjoner.” Jeg synes dette er spesielt interessant da studiet ved UiT ikke inneholdt veiledning/kurs i kommunikasjon for blivende terapeuter i NPmf. Samtidig fremhever Syllias at ”Informantene er opptatt av at relasjonen i fysioterapi er komplisert. Syllias nevner ”De hellige stundene; (som) karakteriserer opplevelser i fellesskap med pasienten, som er preget av gjensidighet mellom pasient og terapeut. Informantene er kritiske til at det ikke er plass for slike opplevelser i fysioterapi”. Jeg anser det hun betegner som ”hellige stunder” som noe som kan tilsvare det jeg kaller ”Gylne øyeblikk” i behandlingen. Videre oppsummerer hun med at materialet fra studien er en bekreftelse på at utøvelsen av pasient-terapeut-relasjonen er nødvendig å tematisere i fysioterapi, fordi det er uklarhet omkring relasjonens innhold og betydning. Syllias bekrefter derved at det er et behov for å lære og utforske mer om hva som skjer i relasjonen mellom terapeut og pasient.

Hauksdottir (2004) skriver i sin hovedoppgave om ”Berøring- Bevegelse, Tale og taushet; en studie av kommunikasjon i fysioterapi praksis”. Hauksdottir bruker ordet ”gave” som noe pasienten mottar fra fysioterapeuten, fordi det er noe mer enn bare en behandlingsmetode, og det er uforståelig for pasienten hvorfor det har så stor effekt på pasientens funksjonsnivå. Jeg tolker dette som at noe optimalt har oppstått mellom terapeut og pasient, noe som overskrider selve behandlingstiltaket og ikke kan defineres av pasient eller terapeut. Hauksdottir sier; ”Pasienten er ikke medskaper i gaven. Pasienten tar imot, og blir tatt imot. Det som skjer det skjer, nærmest magisk. Pasienten fungerer bedre etterpå, uten helt å vite hvorfor eller hvordan.” At pasienten ikke er medskaper i denne ”gaven”, stiller jeg meg skeptisk til. Man må nødvendigvis være to for å gi og ta imot en gave. Videre oppsummerer Hauksdottir med å

si ”at den kroppslige kommunikasjonen som skjer i behandlingen formidler anerkjennelse og aksept.” For meg viser oppgaven til Hauksdottir at det er tydelig noe som skjer, men uavklart hva som skjer og med medvirkning fra hvem mellom terapeut og pasient når behandlingen ”klaffer”.

Kirsten Ekerholt har i hovedfagsoppgaven fra 2002 skrevet om ”Psykomotorisk fysioterapi – behandling og samhandling; psykomotoriske behandlingsprosesser belyst med pasienterfaringer”. Informantene betoner betydningen av samtalen, den blir vurdert som noe av det viktigste i hele terapien. Selv oppsummerer Ekerholt det hun har lært av studiet; ”..endte opp med kunnskap som vektlegger betydningen av terapeutens lydhørhet, sensibilitet og evne til å formidle tilbake det en fornemmer og registrerer av pasientens reaksjoner.” En i utgangspunktet asymmetrisk relasjon er helt avhengig av symmetri i engasjement og kroppslig oppmerksomhet, for at endringer skal kunne finne sted.” Ekerholt bekrefter min forhåndskunnskap rundt relasjonen terapeut-pasient. Det vil være relevant å bygge videre på denne kunnskapen og utdype nærmere hva som faktisk skjer i samhandlingen.

Grete Stokkenes har i hovedfagsoppgaven fra 1997 skrevet om ”Erkjennelse og anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi; en studie av verbal- og nonverbal kommunikasjon mellom pasient og fysioterapeut i to behandlingsforløp”. Hun fremhever ”..gjensidig anerkjennelse av hverandre..” som viktig for kvaliteten i behandlingsrelasjonen. Stokkenes konkluderer med at ”Det er ønskelig at fysioterapeuter fokuserer og forsker videre på relasjonens betydning i all fysioterapi, og ikke stoler på at metoden alene, uansett hvor bra den er, kan forklare det endelige behandlingsresultatet”.

Både Syllias, Stokkenes og Ekerholt ønsker mer kunnskap om og forskning på relasjonens betydning i fysioterapi. Øien, Ekerholt og Stokkenes fremhever også at relasjonens og kommunikasjonens kvalitet har betydning for endring hos pasienten.

I psykomotorisk fysioterapi vil gylne øyeblikk kunne oppstå, som et eller flere skritt videre mot en omstilling av kroppslige mønstre mot en mer fri og dynamisk respirasjon, og fri strekk av kroppen med tilhørende endring i kroppens muskulære spenningsmønstre og kroppsholdning. Jeg ønsker å se mer på hva som skjer mellom pasient og terapeut i NPmf, før, under og etter slike betydningsfulle øyeblikk.

1.3 Hva mangler vi ennå kunnskap om?

Detaljert kunnskap om hva som faktisk skjer i behandlingsrommet mellom T og P når de beveger seg mot endringsskapende og gylne øyeblikk, med potensiale for ny innsikt og erfaringer, er noe vi vet for lite om. Som nevnt over har flere forsket på tema intersubjektiv samhandling og gylne/kritiske øyeblikk i psykologi, og noen få innen fysioterapi. Å intervju pasienter og terapeuter for å finne ut hva de selv tror er viktig i forhold til utfallet av psykomotorisk terapi, hadde vært en mulig vei å gå for å belyse problemstillingen. Da blir det igjen kommunikasjon om ”noe”, på et senere tidspunkt enn dette ”noe” faktisk skjer. Vi vet fra tidligere forskning at relasjonen har betydning for utfallet av terapi. Hvordan kan relasjonen være for å positivt påvirke utfallet av psykomotorisk fysioterapi? Å samtale med en pasient er en individuell kunst, dvs hvert enkelt individ har sin stil basert på sitt levde liv og historie. Det er ikke lett å selv vite hva man sier og gjør av type ”automatiserte” handlingsmønstre verbalt og nonverbalt. På videofilm vil mye av det som skjer kunne identifiseres av observatøren. Det vi trenger er kunnskap om hva som hjelper i behandling, og som kan utnyttes i undervisning av studenter i NPmf for å gjøre kommende terapeuter bedre skikket til å ivareta de aspekter i terapi som fremmer god helse hos P. Bruk av videofilm vil forhåpentligvis kunne utdype vår kunnskap om relasjonens og kommunikasjonens betydning i psykomotorisk fysioterapi, i større grad enn å kun diskutere tema i etterkant av selve fenomenet ”en behandlingstime i NPmf”.

1.4 Problemstilling

Hvordan kommer intersubjektiv samhandling og Gylne øyeblikk til syne mellom pasient og fysioterapeut i en behandlingstime med Norsk Psykomotorisk fysioterapi?

- Hvilke faktorer karakteriserer og fremmer den intersubjektive samhandlingen?
- Hva karakteriserer gylne øyeblikk og tiden forut og i etterkant?
- Er det noen forskjell på intersubjektiv samhandling og gylne øyeblikk? Kan gylne øyeblikk forklares som en bestemt form for intersubjektiv samhandling?
- Hva kjennetegner eventuelt kritiske øyeblikk?

- Kan kritiske øyeblikk føre til gylne øyeblikk?
- På hvilken måte kan terapeuten legge til rette for intersubjektiv samhandling og gylne øyeblikk i terapirommet?

2. 0 Teoretisk perspektiv:

Min forforståelse er preget av teori utviklet innen Norsk Psykomotorisk fysioterapi, en helhetlig behandlingsform som kan sies å være inspirert av fenomenologisk teori og spesielt teori om kroppens fenomenologi (Merleau-Ponty, 1994). Teori fra psykoterapi om øyeblikkets her og nå (Stern, 2004) og relasjonell kommunikasjonsteori (Ulleberg, 2004) har vært med på å danne mitt grunnlag for denne studien.

2.1 Norsk Psykomotorisk fysioterapi (NPmf) og kroppens fenomenologi:

Psykomotorisk behandling er utviklet av fysioterapeut Aadel Bulow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy i 1950 -årene. Psykomotorisk fysioterapi er basert på erkjennelsen av at kroppen er en funksjonell og samspillende enhet med psyke og soma som uatskillelige enheter (Thornquist & Bunkan, 1986). I behandlingen søkes å oppnå en omstilling av respirasjonen, de muskulære spenningsmønstrene og kroppsholdningen, til en mer dynamisk og fri bruk av respirasjon og fri strekk i kroppen, med balanse i spenningsforholdet mellom kroppens bak- og forside (Øvreberg og Andersen, 2002)

Undersøkelsen kartlegger spenningsforhold i kroppens bak-og forside, respirasjonens utbredelse og omfang i situasjonen, og hvordan disse to til sammen påvirker kroppsholdningen og medfølgende plager som bl.a. kan forklares ut i fra biomekaniske forhold, situasjonen her og nå, og pasientens levde historiske liv. De kroppslige mønstrene ses på som hensiktsmessige i forhold til mestring av P's liv, til tross for at smerter og plager kan utvikles som følge av mestringsstrategiene (Gretland, 2007). NPmf krever god kunnskap i funksjonell anatomi og biomekanikk, i tillegg til psykologi, sosiologi, filosofi og nevrobiologi, som alle tilfører kunnskap til hvordan mennesket kan utvikle psykosomatiske plager i forhold til sitt liv og livssituasjon.

Prøvebehandlingen er en forlengelse av den psykomotoriske undersøkelsen, og et metodisk verktøy terapeuten kan bruke til å påvirke respirasjonen, muskelspenninger og kroppsholdningen. Stillinger og øvelser som går igjen er å finne balansen i sittende midt opppå sitteknutene, passiv fleksjon av columna i sittende på krakk, slapp-stup-stående med flekterte og strake ben, rulle opp i stående med fokus på å finne en stødig og avspent stilling i stående, langs-sittende på benk, rulle ned til ryggliggende, og liggende på maven og på ryggen (Bunkan et.al., 1995). Aktivt ledete, aktive og passive øvelser kan utføres i alle stillinger. Kroppsholdningen i stående og ryggliggende sier noe om balansen mellom kroppens frem-og bakside. Massasjegrep og passive øvelser gjøres både i fremliggende og ryggliggende. Dette høres veldig teknisk og biomekanisk ut, og må forstås som et grunnlag for utøvelse av NPmf, en metode som innebærer et langt mer helhetlig og omfattende syn på mennesket og dets belastninger og ressurser enn min praktiske og biomekaniske beskrivelse innebærer. Bulow-Hansen (i Øvreberg og Andersen, 2002, s. 28) sier at ”folk må kunne sette bena under seg og stå støtt før en går i gang med å behandle resten av spenningene...å kunne strekke bena... gir en kolossal stimulans til respirasjonen”. Balanse i sittende og stående, og evne til god strekk i bena, er nødvendig for å kunne balansere spenningsforholdene i kroppens øvre del.

Kommunikasjon inngår som en integrert del av den norske metoden psykomotorisk fysioterapi. De fleste er kjent med en inndeling av kommunikasjon i verbal og non-verbal, der verbal er ordene som sies og non-verbal er det vi kommuniserer med uttrykk og bevegelser i ansikt og kropp. Fysioterapeuten gjør så mye mer, med sine hender og kropp, som Øvreberg (1997) uttrykker det;

” Samtalen under selve behandlingen kan ikke skilles fra øyeblikkets bevegelser, massasjen, instruksjonen, reaksjonen og smerten. I seg selv er terapeutens hånd mot pasientens hud en kontakt, en samtale”.

Kommunikasjonen mellom terapeut og pasient i NPmf skjer på mange plan samtidig i her og nå – øyeblikket, og ikke bare vha ord eller kroppens signaler, men også av situasjonen og terapeutens hender på pasienten.

Gretland (2007) fremhever at kroppslige væremåter og bevegelsesmønstre er å betrakte som hensiktsmessige ut fra pasientens erfaringer og egne ressurser. Å bremse følelser skjer

samtidig og uatskillelig med å bremse bevegelser og pust. Enhver kroppslig vurdering må derfor være basert på en forståelse av gjensidigheten mellom kropp og følelser (Thornquist & Bunkan, 1986). Derfor må omstillingen skje over lengre tid og i takt med pasientens innsikt og evne til endring. Motsatt, om evne til omstilling er redusert pga pågående belastninger med tilhørende nødvendige kroppslige mønstre som kontrollerer emosjoner, vil en støttende behandling være mer hensiktsmessig. Dette vil også være en form for endring.

Psykologen snakker med pasienten, og fysioterapeutens innfallsvinkel er pasientenes kropp, funksjon og bevegelse. I psykomotorisk fysioterapi gjøres synet på mennesket relevant på et helhetlig nivå der psyke og soma ikke kan tolkes og behandles separat. Vi kan ikke snakke oss ut av problemer. Vi kan ikke trene eller massere oss ut av plager. Det kan hjelpe en kort stund, som symptombehandling, men mer varig effekt av behandling med varig endring i menneskets kognitive og kroppslige mønstre (to sider av samme sak), krever en annen og mer helhetlig innfallsvinkel. Den franske filosofen Merleau-Pontys teori om kroppens fenomenologi sier noe om dette; Innfallsvinkelen er kroppen fordi vi lever kroppslig, dvs vi erfarer og sanser gjennom kroppen, vi både er og har en kropp, og kroppen har subjektstatus (Thornquist, 2003). For å bedre forstå bredden og dybden i det jeg anser som kommunikasjon i en relasjon der P og T ønsker å oppnå noe, vil jeg utdype mer om kroppens betydning i ”fenomenet ” mennesket:

Kroppsfenomenologien som den er utformet av Maurice Merleau-Ponty (1994), er ifølge Gretland (2007) et viktig alternativ til en dualistisk kropps- og menneskeforståelse. Merleau-Ponty fremhevet hvordan menneskets subjektstatus er knyttet til kroppen (Østerberg, 1994). I følge Thornquist (2003) er det å være et subjekt i Merleau-Ponty`s filosofi å være i verden som kropp; ”Kroppsfenomenologien gir grunnlag for å oppvurdere kroppslig og praktisk kunnskap, og den gir grunnlag for å fremheve betydningen av førstehåndserfaringer”. Jeg ser gylne øyeblikk med endring for pasienten som mulige førstehåndserfaringer.

I første del av Merleau-Pontys hovedverk ”Perspesjonens fenomenologi”, omtaler han ”Kroppens fenomenologi” (1994). Ifølge Østerbergs innledning til ”Kroppens fenomenologi” (1994, s.8), er kroppen ikke en sammenføyning av vilkårlige deler- men en enhet eller syntese hvor alle dens deler står i indre forhold til hverandre. Kroppens syntese er intensjonal, dvs den er rettet henimot noe, den uttrykker et ”jeg kan”, eller den fremkaster muligheter, prosjekterer kommende handlinger. Og nettopp derfor, sier Østerberg, inngår sansning i slike helhetlige

prosjekter. På samme måte ser Merleau-Ponty også språket vårt som intensjonalt, rettet imot verden, åpner seg henimot verden samtidig som det vil fatte verden; (Østerberg, s.9, 1994);

”Taleevnen kan ikke forstås som en vane som dannes ved at det nedfelles i vår kropp eller sinn, ”spor” av andres tale, eller en ferdighet som blir virksom ved at ytre stimuli utløser en mekanisme”.

Språket er ifølge Merleau-Ponty, hverken ren subjektivt eller et rent objektivt uttrykksforhold, fordi når vi snakker gjentar vi ikke det vi allerede har tenkt, men tanken fullbyrdes gjennom å uttrykkes, bl.a. vha ordene, vår verbale del av kommunikasjonen (min kommentar; om man ønsker å dele opp menneskets kommunikasjon i enkelt –deler). Merleau-Ponty fremhever at språket er et kommunikativt forhold til andre og ikke bare et uttrykksforhold; ”samtale(r) kan berike oss og forandre oss, fordi vi ikke kommuniserer utfra et gitt ”program” (slik datamaskiner gjør, min kommentar; som et dualistisk syn på mennesket og kommunikasjon), men står i en indre, foranderlig relasjon til kommunikasjonspartnere” (Østerberg, s. 10, 1994).

Menneskets livsverden er den verden vi lever i til daglig, og som vi har umiddelbar fortrolighet til og erfaring med (Thornquist, 2003). Begrepet livsverden i fenomenologien henger tett sammen med mennesket som subjekt i en intersubjektiv samhandling da livsverden er en verden vi deler med hverandre i interaksjon med hverandre. Vi har ikke direkte tilgang til andres bevissthet, men intersubjektivitet utvikles hele tiden i et dialektisk samspill mellom individer og deres omgivelser, ikke minst gjennom sosial interaksjon (Thornquist, 2003). Jeg ser på implisitt viten som en del av menneskets livsverden, en del som kan utvikles og endres gjennom betydningsfulle øyeblikk i terapi.

Intensjonalitet er et sentralt begrep i den fenomenologiske tradisjonen; Når kroppen forstås som sentrum for erfaring og erkjennelse, innebærer det at også kroppen er intensjonal; som kroppslige vesener har vi en rettethet mot verden (Thornquist, 2003). Denne sammenhengen mellom subjektet som kropp i verden, i samhandling og samspill med andre, forstår jeg av Thornquist som fundamentet i Merleau-Ponty`s forståelse av intersubjektivitet. Da er det naturlig å se at relasjonen og kommunikasjonen mellom terapeut og pasient vil påvirke begge parter gjensidig, og ha betydning for utfallet av behandlingen. Samtidig vil det som skjer ikke bare være noe som kan gjenskapes og verbaliseres i etterkant uten fare for å miste informasjon, men noe som må observeres, akkurat når det skjer.

Mennesket er relasjonell i form av en kroppslig og persiperende og intensjonal væren i verden, der verbal kommunikasjon er en del av en syntese og derfor egentlig ikke kan tas ut av sin sammenheng og analyseres uten å samtidig ta med i betraktning hele fenomenet som er grunnlag for studien; en prøvebehandling i NPMf; to intensjonale mennesker i en relasjonell aktivitet, mot hvert sitt individuelle mål som smelter sammen i et fellesskap der den ene ønsker hjelp, og den andre ønsker å hjelpe.

2.2 Intersubjektiv samhandling

Bortsett fra teori om psykomotorisk fysioterapi og kroppens fenomenologi, har flere faggrupper med sine teoretiske betraktninger rundt forståelsen av mennesket i relasjon med hverandre inspirert meg til studiens dypdykk i hva som skjer i en behandlingstime med NPMf. Både Bateson (Ulleberg, 2004) og Thornquist (2009) utdyper min kunnskap fra praksis og det jeg hadde lest innen teori om utviklingspsykologi og intersubjektivitet fra psykologer som Stern (2004) og Benjamin (2004). Jeg skal her sammenfatte og forklare hvordan jeg ser på intersubjektiv samhandling og kommunikasjon i forhold til gylne og/eller kritiske øyeblikk i terapi, som et foreløpig perspektiv for analyse av studiens materiale.

Daniel N. Stern er en av de mest betydningsfulle barnepsykiatere og utviklingspsykologer i vår tid, og han har skrevet mange bøker innen utviklingspsykologi, intersubjektivitet og utforskning av her og nå-øyeblikkets betydning for terapi. Flere psykologer har sett på relasjonens betydning innen psykoterapi, med utgangspunkt i utviklingspsykologi og intersubjektivitet;

Relasjonell psykoanalyse representerer et syn på mennesket som innebærer at psykisk liv blir skapt, kommer til uttrykk og endres innenfor rammen av mellommenneskelig kontakt (Mitchell & Aron, 1999). Moltu og Veseth (2008) sier i den sammenheng at dette er i tråd med andre samtidige retninger av psykoanalysen som også søker å ivareta hvordan kvaliteter ved samspillet mellom terapeut og pasient kan gi denne relasjonen endringsskapende kraft og potens. Moltu og Veseth (2008) refererer til Ogden (1994, 2004) når de sier at det mellommenneskelige møtet i terapien innenfor relasjonell psykoanalyse, anses som å skape noe mer enn det deltagerne hver for seg bringer med seg, med andre ord en sammenskap

intersubjektivitet som overskrider de to subjektivitetene den består av. Stern og Benjamin`s teori om relasjoner og intersubjektivitet har ifølge Moltu og Veseth (2008) stor forklaringsstyrke, basert på at utviklingspsykologiske observasjoner av spedbarnets evne til å inngå i gjensidige samspill legges til grunn for teoriutviklingen.

Moltu og Veseth (2008) fremhever Benjamins (1994, 2004) beskrivelse av intersubjektivt samspill; der en gjensidig opplevelse av den andre som subjekt i et intersubjektivt samspill blir til noe mer enn hver enkelt bringer inn; en tredjehet. Her vil pasient og terapeut sammen skape et intersubjektivt rom hvor de kan tenke, føle og snakke om hva som foregår inne i dem og mellom dem.

Konteksten for NPmf er annerledes enn i en behandlingstime med psykolog, og det er forsket lite på hva som faktisk skjer i behandlingsrommet hos en psykomotorisk fysioterapeut, sammenlignet med innen psykoterapi. De grunnleggende teoriene vil likevel forhåpentligvis kunne belyse resultatene fra analysen av materialet i denne studien.

Videre trekker jeg fra Binder et.al (2006); Når begge deltagerne i for eksempel en terapitime, på et grunnleggende plan ser den andre som et subjekt med en atskilt indre verden med egne likeverdige perspektiv og intensjoner, vil relasjonen kunne sies å være av intersubjektiv art. Intersubjektiv samhandling, eller samspill som jeg også vil kalle det, er således en måte å være sammen på der hver deltager kan opprettholde en iboende spenning i opplevelse av den andre – som forskjellig og atskilt, men samtidig tilknyttet, inntonet og lik. Gjensidig anerkjennelse blir med dette en forutsetning for endringsfremmende og forløsende måter å være sammen på (Benjamin, 1995).

Stern (2007) sier et intersubjektivt møte krever implisitt viten, det område av kunnskap og forestillinger som er nonverbal, ubevisst, ikke symbolsk og ufortalt. Intersubjektivitet kan forklares som lesing av hverandres tanker, følelser eller intensjoner, og er å anse som et grunnleggende motivasjonssystem for mennesket, som også tilknytning og kjærlighet er (Stern, 2007). Stern skiller klart mellom de to motivasjonssystemene, og vektlegger betydningen av intersubjektivitet i den kliniske situasjonen. Implisitt viten er ikke bare motoriske prosedyrer men omfatter også ifølge Stern affekter, forventninger, skifter i aktivering og motivasjon og tankestil – og alt dette kan foregå i løpet av de få sekundene et nå-øyeblikk varer.

2. 3 Gylne og kritiske øyeblikk i terapi:

Først vil jeg utdype hva jeg legger i et ”øyeblikk” som kan være betydningsfullt for pasienten; gyllent eller kritisk. I følge Stern (2007) er ”nå-øyeblikket” en subjektiv psykologisk prosessenhet som man er oppmerksom på. Han sier følelsen av nåhet også ser ut til å kreve en fornemmelse av (seg) selv. Merleau-Ponty nevner også nå-øyeblikket; som kommer til oss i form av en plutselig endring, tanke eller persepsjon (Stern 2007).

Husserl snakker om nået i tre deler: – nåets fortid, - nåtid og - fremtid, i ett lengre opplevd nå (Stern, 2007). Forskjellige nå-øyeblikk har ulik viktighet. Det finnes et bredt spekter av nå-øyeblikk, fra de sjeldne og skjebnesvangre som kan forandre et helt livsløp, til de nesten ubetydelige, ifølge Stern (2007). Øyeblikk kan ha forskjellige navn som f.eks ”et kritisk nå-øyeblikk” i terapi (Stern, Sander, Nahum et.al. 1998). Det forekommer også svært dagligdagse nå-øyeblikk som forandrer et livsløp skritt for skritt, i det små, men på sporbare måter. De utgjør hovedmassen, selve byggsteinene, i vår fortsatte opplevelse og – noe som er viktig – de fører til en forandring på det lokale nivået i psykoterapien (Stern, 2007).

Nå-øyeblikket er på vei til et eller annet sted. Kanskje når det frem som i et gyllent øyeblikk, eller kanskje blir det oversett av terapeuten og får aldri løst ut sitt terapeutiske potensial. Stern gir nå-øyeblikket et viktig element av intensjon, en rettethet som jeg sammenligner med Merleau-Ponty`s kroppsfenomenologi der kroppen er intensjonal i og med at den forstås som sentrum for erfaring og erkjennelse (Thornquist, 2003).

Jeg kan ikke finne at noen andre terapeuter innen psykomotorisk fysioterapi snakker om gylne øyeblikk i sine studier, bortsett fra Syllias (2004) som nevner ”de hellige stundene”. Jeg tolker derimot som mye av det jeg har oppsummert fra tidligere studier innen mitt tema, som noe som kan ligne på ”gylne øyeblikk” i en intersubjektiv samhandling mellom terapeut og pasient.

I psykologien derimot, er det flere som har utforsket gylne øyeblikk i behandlingsrommet; Lien & Kvale (2010, s.6) definerer et gyllent øyeblikk;

”Tidsperspektivet forskyves. Øyeblikket blir altopplukende og utløser et behov om å være fullt og helt til stede. I terapi er gjerne et gyllent øyeblikk noe som er forløsende,

sårbart og kraftfullt... når en klient uttrykker sin grense, eller klarer å uttrykke følelser som tidligere ikke har vært integrert. Du oppdager mulighetene som trer frem. Det gyldne øyeblikket blir resultatet av små endringer som gir mening og skaper endring på et dypere plan.”

Det er altså snakk om et fenomen der det som skjer i behandlingsrommet løftes opp til et høyere nivå og erkjennes som noe mer enn bare i seg selv. I psykomotorisk fysioterapi vil dette kunne være pasientens erfaringer i en øvelse eller samtale med terapeuten, som gir plutselig innsikt på et høyere nivå, dvs det har overføringsverdi til flere situasjoner i livet enn akkurat bare her og nå i behandlingsrommet. Det kan være en omstilling av respirasjonen, muskelspenninger og kroppsholdningen, som betegner endring på samme nivå som når habituelle væremåter endres gradvis gjennom tilpasning og utvikling (Gretland, 2007), eller en innsikt om egne kognitive og kroppslige mønstre som gis en mening i forhold til pasientens helsetilstand og liv. En ny-læring som fører til en mer varig endring på et dypere plan. Gretland (2007) omtaler sistnevnte som ”overskridelse” og et kvalitativt brudd med noe som har vært, knyttet til bevissthet og meningsdannelse der P reflekterer over seg selv og sin omverden. Gretland refererer til Bourdieu (1999) og Østerberg (1996) når hun fremhever at individet må være seg bevisst hva det er bærer av i denne sammenheng, før noen overskridelse kan være mulig.

Stern (2007) snakker om kritiske nå-øyeblikk i terapi, som plutselige følelsesladete øyeblikk som reiser spørsmål ved forholdet mellom terapeut og pasient. Slike situasjoner kan skape angst hos både T og P, da reglene for samværet (les; den intersubjektive samhandlingen) kan være endret av den ene eller den andre. Hellesnes, Kvam og Sørensen, (2009), konkluderer med at Stern vektlegger det implisitte og nonverbale som endringsmekanismer, og hvordan terapeuten sine intervensjoner i kritiske nå-øyeblikk må bære preg av terapeuten sine signatur uten å følge konvensjonelle terapiteknikker. Dvs terapeuten må handle autentisk i situasjonen. Et kritisk øyeblikk kan og bør kanskje gå over i et forløsende øyeblikk, om terapien og den gode intersubjektive samhandlingen skal kunne fortsette. Som jeg ser det kan kritiske øyeblikk også være situasjoner med muligheter for endring hos pasienten, om terapeuten griper øyeblikkets terapeutiske potensial. Lien & Kvale (2010) mener forløpet til et gyldent øyeblikk kan være et ”kritisk øyeblikk”. De kan utløse et vendepunkt i terapien, eller en forandring for pasienten. Noen ganger blir de forbigått og glipper, men har da et potensiale i seg og kan

komme til uttrykk ved en senere anledning. Videre fremhever Hellesnes et.al (2009) at de nonverbale aspekter ved her og nå opplevelsen i terapi bør betraktes som endringsskapende på lik linje med endring i det eksplisitte (min merknad; verbaliserte) domenet. Dette er, som nevnt tidligere, også i tråd med psykoterapiforskning som vektlegger kvaliteter ved relasjonen som endringsskapende.

Stern (2007) er mest opptatt av når nå-øyeblikkene trenger inn i vår bevissthet og blir delt av to mennesker. Han mener at nå-øyeblikket varer mellom ett og ti sekunder, og har en gjennomsnittlig varighet på tre til fire sekunder. Jeg stiller meg åpen i forhold til varighet av og innhold i gylne øyeblikk i mitt materiale.

Jeg anser gylne øyeblikk som ”her og nå” øyeblikk, der både terapeut og pasient er oppmerksomt nærværende og ser hverandre som subjekt, i en intersubjektiv samhandling eller samspill, som kommer til syne og legger til rette for endringsskapende ”gylne øyeblikk” i psykomotorisk fysioterapi.

2. 4 Relasjonell kommunikasjonsteori:

Gregory Bateson setter relasjonen i sentrum som en grunnleggende forståelsesramme for sin kommunikasjonsteori (Ulleberg, 2004), og er således i slekt med andre teorier som legger vekt på relasjoner i forståelsen av mennesket (hermeneutisk filosofi, dialektisk relasjonsteori, systemisk kommunikasjonsteori etc. (Ulleberg, 2004). Batesons teori er en tverrfaglig tilnæringsmåte til kommunikasjon og læring; han bruker begreper og inspirasjon fra mange fagfelt.

Ved å anlegge et relasjonsperspektiv i forståelsen av mennesket, blir ikke spørsmålet om egenskaper så interessant, og man kan se og forstå mennesket i lys av relasjoner i stedet for egenskaper. Det kan igjen ha store konsekvenser og åpne for nye muligheter (min kommentar; innen terapi) ifølge Ullebergs (2004) innføring i Batesons kommunikasjonsteori.

Bateson sier verden blir skapt av den som observerer, og kan ikke oppfattes objektivt. Vårt verdensbilde er for en stor del så basalt at det er ordløst og dypt integrert i vår forståelse, dvs han snakker om vår implisitte viten.

Ulleberg (s.17) utdyper videre;

”Kommunikasjonsperspektivet handler altså om hvordan vi forstår virkeligheten, hvordan vi persiperer og tolker enkeltgjenstander, fenomener, situasjoner og samspill. Vi tolker, avgrensner, tillegger mening, legger merke til og reagerer ut fra hvem vi er og hva vi har lært”.

Bateson er altså opptatt av at all erfaring er subjektiv, men samtidig er relasjonen helt grunnleggende, både relasjonen mellom fenomener og relasjonen mellom mennesker. Dette kommer til syne i hans grunnregler for kommunikasjon (Ulleberg, 2004):

- Det er umulig å ikke kommunisere.
- Vi kommuniserer alltid om både innhold og forhold; hvordan vi ser på forholdet vårt og om vi er venner, konkurrenter, hjelper hverandre eller utfordrer hverandre.
- Samspill må forstås sirkulært; en egenskap er ikke i individet, men noe individet viser i en bestemt relasjon. Den ene påvirker den andre som påvirker den første.
- Relasjonen er grunnleggende og basis i kommunikasjonsteorien. Det er forskjellene vi oppfatter, og vi forstår alltid noe i forhold til noe annet og ikke isolert. Relasjoner kan dreie seg om kjærlighet, hat respekt, avhengighet, tilskuerrolle, opptreden, dominans osv (Bateson 1972, s 470)

Nivåer i kommunikasjon:

Bateson deler kommunikasjon inn i nivåer. Eksempler på det nivådelte kan være kontekst og informasjon, kart og terreng, innholds-og forholdsplan, digital og analog kommunikasjon (Ulleberg, 2004). Nivåene kan påvirke og endre hverandre; budskap på ett nivå kan hjelpe oss å forstå budskapet på et annet nivå.

Det digitale nivået er bokstavene og sammensetningen til et språk (norsk, svensk etc). Ifølge Ulleberg (2004) er alt det vi kommuniserer med ordene en del av det analoge nivået i kommunikasjonen; i tillegg til ordvalg og setningsoppbygging om tonefall, kroppsholdning, gester, ansiktsuttrykk, stemmebruk og rytme, altså den nonverbale delene av kommunikasjonen.

Dobbeltkommunikasjon er et kjent uttrykk på folkemunne, og Bateson definerer det ut i fra sin inndeling i analog og digital kommunikasjon; to motstridende meldinger blir gitt samtidig på to ulike nivåer. For eksempel handlingene (analogt; kroppsspråk, ansiktsmimikk, tonefall, ironi/sarkasme) skygger for det som sies digitalt (med ord, mer ”bokstavelig talt”). Eller at ordene og tonefallet sier noe annet enn det kroppslige uttrykket, noe som kan virke forvirrende på den andre parten i relasjonen.

Thornquist (2009) sier at handlinger ikke kan forstås løsrevet fra sin kontekst, og at konteksten kan forstås i to plan; -den umiddelbare situasjonen som inkluderer tid, rom, aktivitet, deltagere og forholdet mellom dem (status/roller, konkret kroppslig plassering og lignende), og den mer overgripende sosiale og kulturelle konteksten (min kommentar; et samfunns normer og verdier). Thornquist refererer til Watzlawick (1967) når hun fremhever at konteksten er kontinuerlig skiftende, legger føringer og begrensninger på den påfølgende interaksjonen, men også blir skapt av den pågående interaksjonen.

Bateson sier noe om læring (Ulleberg, 2004): Kommunikasjon og erkjennelse skjer alltid på flere nivåer samtidig. Relasjonen er grunnleggende; relasjonen til de vi møter, relasjonen vår til tidligere erfaringer og ideer. Forandring eller ny læring skjer, og den kan være liten og umerkelig eller omfattende og dramatisk. Plutselig kan ting falle på plass på en ny måte. Å lære å lære, metalæringen, annengradslæringen, er noe av det viktigste i Batesons læringsteori ifølge Ulleberg.

Pasienten lærer at å erfare i kroppen kan føre til varig endring og erkjennelse på flere nivå, og den økte bevisstheten rundt kroppen som subjekt og sentrum for all erfaring, sansing og emosjoner, vil åpne nye dører som kan lede til bedre helse og færre plager. Eksplisitt kunnskap må bli implisitt, og det må skje en endring i mennesket; Forandring og læring er to sider av samme sak (Ulleberg 2004), og Bateson definerer ordet ”læring” med ”forandring” av et eller annet slag (Bateson 1972, s.283)

Det jeg oppfatter som endring og nylæring i psykomotorisk behandling, blir av Bateson forklart som læring på forskjellige nivåer. Læring på nivå-I er det man pugger (regler, prosedyrer, grammatikk etc). Det kan sammenlignes med selve den tekniske biomekaniske

delen av NPmf; for eksempel øvelsen å passivt flektre i nakke/rygg i sittende. Mye av den læringen som har foregått hos for eksempel en pasient har skjedd tidlig i livet og er på det ubevisste plan, på nivå II-læring, eller metalæring som Bateson kaller det (Ulleberg, 2004). Måten man punktuierer menneskers interaksjon på vil også være lært på læring II-nivået; Rent tankemessig organiserer vi forståelsen av sammenheng ved å punktuere en samspillsekvens dvs vi bestemmer oss for hva som er årsak til en hendelse som om vi tenker i årsaks-virknings-forhold lineært. Dette blir en forenklet og dualistisk måte å se det relasjonelle mennesket på, og Bateson hevder i kontrast at fenomener kan henge sammen, men mer på en sirkulær (eller systemisk) måte, der vi ser på hvordan fenomener eller begivenheter er knyttet sammen mer enn å lete etter årsak-virkning (Ulleberg, 2004). Læring på II-nivå blir altså en tolkningsstil, en vane for hvordan man punktuierer en relasjonell situasjon.

Læring på III-nivå: Angir rammene eller mønstrene for det som er lært på læring II-nivået; hele den strukturen eller det mønster av mønstre som vi orienterer oss ut fra. Altså de overordnede sannheter, de ordløse, intuitive erkjennelser. Ny læring på III-nivå er vanskelig og sjelden for mennesker; en dyp reorganisering av personligheten (skjer sjelden) (Ulleberg, 2004).

Bateson`s læring på III-nivå kan sammenlignes med de grunnleggende ubevisste levereglene og selvfølelsen som jeg ser det. Da er det trist om de ikke kan påvirkes mer enn ”sjelden”. Jeg tror læring på nivå II på sikt kan føre til endringer på nivå III, og at mer eller mindre gyldne øyeblikk er et eller flere skritt på veien.

3. 0 Metode:

3. 1 Metodeteori:

Denne studien er fenomenologisk/hermeneutisk forankret med bruk av kvalitativ metode. Hermeneutikk betyr å forstå og fortolke (Thornquist 2003), og fenomen betyr det som viser seg og kommer til syne (Østerberg, 1994). Hermeneutikk omhandler meningsfylte fenomener, ikke bare tolkning av tekster som i tidligere hermeneutisk teori, men et teoretisk perspektiv på at ”kropp er tekst” , at ”Kroppen er ladet med mening” (Thornquist 2003 s.193) og at vi mennesker er i verden som fortolkende, forstående, historiske og relasjonelle vesener.

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg til beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 1996).

Kvalitative metoder kan åpne for forskning på områder der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er magert. Som jeg har sett er mye skrevet om det som skjer i terapirommet, men lite er forsket på gjennom direkte observasjon av og tolkning av fenomener i øyeblikket i NPmf. Kvalitativ metode kan være fruktbar når problemstillingen er kompleks og sammensatt, og metodene kan utvikle nye beskrivelser, begreper og teoretiske modeller eller få frem mangfold og nyanser (Malterud, 2002).

Jeg ønsker å utdype og videreutvikle min forhåndskunnskap om oppgavens tema ved hjelp av observasjon som metode, i en "singel case-study", som ifølge Silverman (2005) kan være tilstrekkelig i kvalitativ forskning. Selv om jeg formelt sett har to informanter, er fenomenet "P og T i en behandlingstime" å anse som ett case og én informant. I og med at jeg ønsker å studere hva som skjer her og nå i en pasientbehandling, er det naturlig å velge video som metodeverktøy for observasjon. Ifølge Thagaard (2009) gir observasjon et særlig godt grunnlag for å få informasjon om personers handlinger og hvordan de forholder seg til hverandre. Silverman (2006) sier at bruk av video i kombinasjon med lydopptak gir særlig gode data om forholdet mellom helsepersonell og pasienter. Denne tilgangen av kompliserte data fra videoobservasjon som metode kan ofte føre til kompliserte analyser (Silverman, 2005). Silverman`s utsagn understøtter mitt valg om å filme kun én behandlingstime i NPmf.

3. 2 Studiens informanter

Rekruttering av informanter: Så snart prosjektplanen ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (tillatelse til å oppbevare personidentifiserbare data), ble informasjonsskriv sendt til privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter. Jeg lot det være opp til den enkelte fysioterapeut å velge pasient, og å spørre pasient om samtykke til filming. Diagnose var av underordnet interesse da det er relasjonen og samhandlingen mellom terapeut og pasient jeg var og er interessert i å observere og undersøke. Etter flere måneder uten å ha klart å skaffe informanter til prosjektet, måtte utvalgskriteriene endres; Jeg tok et strategisk valg og spurte en for meg kjent psykomotorisk fysioterapeut og pasient om de ville bidra og la seg filme i en behandlingstime. Jeg antok det ville være minst like stor sjans

for å få et interessant og relevant materiale til min studie med et direkte og strategisk utvalg av informanter, om ikke større mulighet for å få fanget på film det jeg ønsket å observere.

Kriteriene var at terapeuten fikk undersøke pasienten en gang først uten å bli observert, og gjennomføre en filmet prøvebehandling noen dager etterpå. Hvordan kan dette valget av informanter sies å være strategisk? Ved første øyekast kan utvalget synes å være tilfeldig, og et resultat av manglende interesse eller frykt for å bli filmet fra terapeutene jeg kontaktet. Jeg følte meg rimelig sikker på at disse to menneskene ville ”finne” hverandre som terapeut og pasient, og at pasienten ville ha god utbytte av behandling fra en erfaren og for meg dyktig terapeut jeg hadde stor tillit til. Rett og slett et strategisk klokt valg av informanter for å øke muligheten for betydningsfulle, gyldne øyeblikk i en psykomotorisk behandlingsseanse. I denne oppgaven omtales både terapeuten og pasienten som av hunkjønn, uten at det har noen relevans for deres egentlige kjønn.

Pasient: Plaget av smerter i muskulatur i hele rygg. Lett fleksjonsmønster i hofter og skuldre/brystrygg. Til dels kontrollert og høycostal respirasjon. Plaget med dårlig nattesøvn/sover for mye, nedstemthet, hodepine, mavesår. 100% sykmeldt i lengre tid. Implisitt viten; P har mange års erfaring med at egne behov og følelser må undertrykkes i frykt for kritikk. God innsikt, sterke stødige ben, motivert til behandling, har omstillingsevne.

3. 3 Gjennomføring av studien

Datamateriale ble innhentet ved å filme en behandlingssituasjon. Filmestyret var utlånt fra et universitet og ble testet ut på forhånd; det viste seg nødvendig med en ekstra mikrofon på videokameraet. Jeg valgte å ikke være tilstede personlig under filmingen, for i minst mulig grad forstyrre interaksjonen mellom terapeut og pasient, til tross for råd av veileder om å være tilstede og filme selv. Denne avgjørelsen ble tatt på bakgrunn av min kjennskap til og i enighet med pasienten og terapeuten. Prøvebehandlingen ble filmet i terapeutens daglige behandlingsrom, noe jeg antok var viktig for terapeutens trygghet i situasjonen. Rommet var relativt langt og smalt, og det var vanskelig å få plassert kamera slik at begge til enhver tid ble med i kamerabildet. Jeg satte opp to videokameraer, det ene med pasienten i fokus så jeg kunne se ansiktet og kroppen hennes, og det andre med terapeutens front i fokus. Sistnevnte virket dessverre ikke på opptaksdagen, og minnebrikken på det kameraet som virket hadde

ikke kapasitet til en hel times film, til tross for at kyndig hjelp hadde forsikret meg om at det var nok lagringskapasitet til 60 minutter film. Det ble nesten 44 minutter med film fra behandlingstimen. Heldigvis hadde jeg tilstrekkelig materiale fra det andre videokameraet der P hele tiden var i sentrum for katedralinsen og T nesten hele tiden, selv om T ofte sto med delvis forsiden, siden eller ryggen til kamera. Jeg var flere måneder forsinket pga vanskeligheter med å skaffe informanter, og T hadde liten tid til disposisjon for å eventuelt filme på nytt. Jeg bestemte meg for å bruke det materialet jeg hadde fått.

3. 4 Transkripsjon og analyse

Malterud (2011, s. 98) sier;

”I første trinn av analysen skal vi bli kjent med materialet for å få et helhetsbilde. På dette trinnet skal vi-i samsvar med det fenomenologiske perspektivet- arbeide aktivt for å sette vår forforståelse og teoretiske referanseramme midlertidig i parentes”.

Videofilmen ble transkribert i to operasjoner. Den audible delen ble transkribert først. Deretter ble det foretatt en grovtranskripsjon av materialets visuelle del. I analysen ble hovedprinsippene fra Malterud`s (2011) modifiserte versjon av Giorgis fenomenologiske analyse brukt i en tilpasset form.

Nivå 1 i analysen var å få et helhetsinntrykk av behandlingstimen. Nivå 2 var å transkribere filmopptakets audible og visuelle del. Transkripsjonen skjedde ikke uten tolkning og en begynnende analyse av materialet, og det var en flytende overgang fra nivå 1 til nivå 2. Nivå 3 var å abstrahere innholdet i materialet, og å sette koder tilhørende kategorier på det som viste seg i materialet. Nivå 4 ble å se nivå 1, 2 og 3 i sammenheng innbyrdes, og å kvalitetssikre mine funn og analyse opp mot helheten (filmen) for å unngå å overtolke og teoretisere data, som ifølge Silverman (2005) kan være en fare ved å bruke videofilm som metode i kvalitativ forskning. Han sier samtidig at transkripsjon og analyse av video er langt mer komplisert enn ved transkripsjon kun av lydopptak, og som forsker bør man virkelig tenke seg om man har behov for å samle inn data med video. Silverman (2005) fremhever at det ikke er noen klar oppskrift på hvordan analysere videofilm.

Filmen inkludert visuell og audibel del ble analysert i flere omganger. I utgangspunktet er det materialet i seg selv som har vist frem sine mulige temaer, kategorier og meningsbærende enheter som sier noe om kategoriene.

3. 4. 1 Transkribering av lydopptak:

Lydopptaket ble transkribert ordrett, inkludert lyder som kremting, hosting og latter, med markering av stemmeleie opp eller ned, svak eller sterk stemme, fordi det var det jeg la merke til som gjennomgående både hos T og P. En oppmerksomhet fra min side som ble forsøkt å ikke være selektiv i utgangspunktet, men som antagelig ble det med en gang jeg oppdaget gjentakelser og mønstre i det som ble sagt og gjort av T og P. Allerede i denne delen måtte det tas et valg om hva som var relevant å skrive ned til tekst. For eksempel var terapeuten forkjølet og hostet og kremtet jevnlig gjennom behandlingstimen. Kremting/hosting kan antagelig derfor ikke vektlegges i den grad som det kunne om hun hadde vært frisk. Jeg valgte likevel å ta det med, i tilfelle det ville få betydning. Det viste seg raskt at for eksempel stemmeleie ”opp” var noe som både terapeut og pasient brukte i sin verbale kommunikasjon; som om de speilet eller tonet seg inn på hverandre. Produksjonen av data begynte allerede her (Silverman, 2005), da det var nødvendig med tolkning fra min side, og en kontinuerlig vurdering av hva som skulle kategoriseres som svak stemme, stemmeleie opp og lignende.

Perioder med prikk-prikk-prikk (.....) betegner kortere eller lengre pauser i samtalen, uten at antall prikker har sammenheng med antall sekunder mer enn at få prikker betegner korte pauser og mange prikker lengre pauser. Arbeidet med transkripsjon tok lang tid, og måtte gjentas flere ganger for å få den nedtegnede teksten så lik lydopptaket som mulig. I første omgang ble teksten skrevet ned fortløpende med lyden i ørepropper koblet til datamaskinen, samtidig som jeg så videoopptaket på skjermen. Jeg lyttet til noen sekunders filmopptak, stanset, skrev ned det jeg hørte, og gikk videre. Det var av og til vanskelig å høre hva de sa. Det viste seg at den største utfordringen ved transkribering var min evne til å fylle inn ord jeg trodde de sa. Prosessen med å transkribere viste meg i hvilken grad jeg kontinuerlig tolket det som ble sagt, og ofte forskjellig fra det som faktisk ble uttrykt i ord! Det hjalp å samtidig se filmen og konteksten for det som ble uttrykt verbalt av P og T. Etter den fjerde gangen med

korrektur/transkribering aksepterte jeg grad av samsvar mellom lydopptak og nedskrevet tekst.

Kategorier transkribert lydopptak/audibel del av videoopptak:

Gul: T bekrefter og anerkjenner indirekte P's utsagn eller utførelse av øvelse ved å gjenta, oppsummere og/eller omformulere P's utsagn/utførelse verbalt.

Lys grå: T anerkjenner P's utsagn/utførelse direkte med positivt ladete ord som flott, fint og lignende.

Lys grønn: P bekrefter selv sin innsikt, kunnskap og/eller utførelse av øvelse, ved å oppsummere, si med andre ord, beskrive adekvat dvs samsvarer med det T ser og hva P opplever i egen kropp (får til/får ikke til).

Turkis: T stiller lukkede spørsmål, ja/nei spørsmål.

Rød: T stiller ledende spørsmål, i en bestemt retning, leder oppmerksomheten et bestemt sted/innenfor et emne innen NPmf.

Rosa: T stiller åpne spørsmål.

Fiolett: P forstår ikke, mestrer ikke øvelsen og uttrykker det verbalt.

Mørk grå: T stopper opp, imøteser P's mangel på forståelse, i stedet for å forklare videre/ytterligere.

Blå: T sjekker status, spør hvordan går det? Gir P anledning til å fortsette eller avbryte en øvelse.

Mørk rød: T og/eller P spøker.

Mørk grønn: Ord og uttrykk, metaforer, emner for behandlingen.

Jeg har ikke lagt vekt på hvilken type spørsmål P stiller til T, da jeg anser det som mindre betydningsfullt for resultatet. Jeg tolker det som av større betydning at P i det hele tatt stiller spørsmål for å oppklare sin usikkerhet; se senere.

3. 4. 2 Grovtranskripsjon av videoopptakets visuelle del:

Jeg vurderte først å blande transkripsjonen av filmens visuelle del inn i transkribert lydopptak, men så raskt at det ville ødelegge for flyten ved lesing av teksten. Et nytt dokument ble lagd med to kolonner, der transkribert lydopptak sto til venstre, og grovtranskripsjon av filmens visuelle del til høyre, komplementær til tekst på samme linje i venstre kolonne.

Transkripsjonen ble en blanding av å beskrive hva de gjorde kroppslig parallelt med min tolkning av ansiktets og kroppens uttrykk, for eksempel et tilfreds ansiktsuttrykk kontra et bekymret ansiktsuttrykk, i forskjellige grader. Jeg la merke til at systematiseringen av forskjellige uttrykk hos P hadde kommet godt i gang allerede under transkripsjonen av lydopptaket, antagelig fordi jeg så filmen samtidig.

Før jeg transkriberte videoopptaket, delte jeg materialet inn tidsmessig etter de enkelte øvelses-sekvensene i behandlingstimen, dvs de forskjellige øvelsene T og P gjorde underveis i utført rekkefølge. Hver sekvens ble beskrevet som rammer for samhandlingen de imellom, med fokus på kroppsstilling hos P, hvor T står i forhold til P, hvilken øvelse T og P gjør, og hvordan de begge står i forhold til videokamera. I slutten av hver sekvens ble min umiddelbare tolkning i grove trekk av det som skjer skrevet ned, ut i fra en foreløpig inndeling i gjenkjennbare tema fra analysens 1 nivå. Denne beskrivelsen ble nedtegnet i tidlig fase av analysens nivå 2, og jeg valgte å la den stå i dokumentet som en påminnelse om min umiddelbare forståelse, i forhold til senere deler av analysen.

Hver øvelses-sekvens er markert med start- og slutt-tid, og hver enkelt sekvens er markert med tid hvert 30 sekund. Denne første inndelingen ble rammene for identifisering av og tidsmessig plassering av de tre foreløpige temaene som viste seg i materialet.

Kategorier i grovtranskribert visuell del av videoopptak:

Kategoriene åpenbarte seg ut i fra det jeg så underveis av enheter med mening i filmen, på bakgrunn av allerede grovtranskribert film. Meningsenhetene i kategoriene ble da en blanding av faktiske bevegelser i ansikt og kropp, og min tolkning av pasientens totale uttrykk i ansikt og kropp. Jeg ønsket deretter å koble sammen kategoriene og de meningsbærende enhetene i transkribert lydopptak og i transkribert visuelt opptak, og se på hvilken måte de kan si noe om de tre temaene jeg identifiserte i filmen sett under ett. Kategoriene i audibel del av data ble kvalitetssikret mot kategoriene i visuell del av data, for å sikre at jeg ikke feiltolket for

eksempel T`s ordvalg i forhold til hva hun uttrykker visuelt/nonverbalt, med mindre det var opplagt at det foregikk dobbeltkommunikasjon.

Røde bokstaver står for pasienten, og blå bokstaver representerer terapeuten. Her har det allerede skjedd en varians av inndeling i betydningsfulle kategorier for studiens 3 hovedtemaer for P og T; For P anså jeg P`s nonverbale uttrykk som mest relevant å kategorisere, og for T anså jeg i tillegg hennes terapeutiske adferd som for eksempel ”hender på” som relevant å kategorisere. For å lettere kunne systematisere det jeg observerte, delte jeg kategoriene inn i ansikt; kategori A-F, og i kropp; G-J.

Følgende kategorier åpenbarte seg etter å ha sett filmen flere ganger:

Ansikt og kropp:

- A. Konsentrasjon; alvorlige øyne, rolig blick, lukket munn, A-minus er mer alvorstynget/bekymret enn A, og A-pluss (adskilte lepper) har mer vennlig uttrykk i ansiktet enn A.
- B. Usikker; flakker med blick, blunker, presser leppene sammen/grimase munn, (bekymret, nervøs) . B-minus er mer negativt enn B og B-pluss er mer positivt tolket med grimaser i en mer bekymringsfri variant.
- C. Trygg; milde øyne (antydning til smil i øynene), halvåpne lepper (avslappede).
- D. Blick; (D): P søker T`s blick, (D); T søker P`s blick. DD : blick-kontakt synlig på filmen. D: blick-kontakt basert på min tolkning av filmen (P ser på T og det synes som T imøtekommer blikket). Grad av blick-kontakt ble vurdert ut i fra P`s øyne, da P alltid har ansiktet vendt mot kamera og T for det meste ikke har ansiktet vendt direkte mot kamera. Det ble derfor ofte en tolkning fra min side om når de begge hadde blick-kontakt.
- E. Smiler m/ lukket eller åpen munn.
- F. Ler lett eller mer tydelig.
- G. Medbevegelser i kroppen; Beveger thorax, skuldre og nakke når snakker, smiler eller ler.
- H. Gestikulerer/ viser med hendene.

- I. Avspent kropp (medbevegelser), mer basal og fri respirasjon.
- J. Anspent kropp (avstivet thorax), mer høycostal og kontrollert respirasjon.

De fleste kategoriene omtaler P oftere enn T, som en konsekvens av tilgjengelig materiale. Der det er synlig hva T uttrykker blir det registrert i passende kategori. Hovedfokuset er på P og P's reaksjoner på utviklingen i behandlingstimen og samspillet de imellom.

3.4.3 Analyse:

Hovedtema identifisert i materialet ble som følger:

- **Tema 1:** Relativt god intersubjektiv samhandling for P og T; arbeidsfase. Merket med; "OK" og " :)" i transkripsjon av visuell del av materialet.
- **Tema 2:** Kritiske øyeblikk, dvs varierende og til dels negativ grad av intersubjektiv samhandling; P forstår ikke, får ikke til, nervøs, mis-match i kommunikasjonen mellom T og P. Merket med; " : (" i transkripsjonen.
- **Tema 3:** Betydningsfulle og endringsskapende øyeblikk, med nylæring og innsikt hos P. God intersubjektiv samhandling; T og P forstår hverandre og har felles prosjekt. Markert med tegnet; " : D " i transkripsjonen.

Situasjoner klassifisert under tema 1, 2 og 3 vil også kunne ha markeringer med tegnet; " :)" ved positive hendelser, uten at det klassifiseres som å være en situasjon innunder et annet tema. Det er til tider glidende overganger mellom temaene.

Jeg forsøkte å frigjøre meg fra min teoretiske forforståelse for å kunne se det som faktisk utfoldet seg mellom P og T i fenomenet "prøvebehandling i NPmf". Det var utfordrende å definere kategorier og meningsbærende enheter som kunne si noe om mine foreløpige tre temaer i materialet. Jeg vekslet mellom å se "tusen ting" i et kaos av nivåer og kategorier, og å se ingenting. Jeg så ikke skogen for bare trær. Det løsnet ikke før jeg leste meg opp på kommunikasjonsteori, for å lettere kunne sette ord på og systematisere det jeg så.

Denne prosessen med smalt og vidt blikk om hverandre var nødvendig for å kunne se og tolke mest mulig ut av videofilmen. Jeg så filmen i hurtig tempo for å lettere se mønstre i

kroppsbevegelser og ansiktsuttrykk. Det viste seg lettere å se respirasjonsbevegelser, hovedtrekkene i ansiktsuttrykkene og kroppens stilling og bevegelser i hurtig film. Hurtigfilm ble som en karikatur av virkeligheten. Det var perioder med arbeid og konsentrasjon, der samspillet mellom T og P var relativt nøytralt men godt. Jeg så perioder med ubehag hos P, og at enten T eller P på en eller annen måte ”reddet” situasjonen og forløste stemningen. Og filmen viste perioder med latter og gode ansiktsuttrykk, med innsikt og nylæring hos P. Fra å analysere data med utgangspunkt i mitt teoretiske perspektiv, til i frustrasjon å forsøke å analysere mer åpent og ikke forutinntatt, til å lese mer teori om kommunikasjon, til å lande på at jeg så det jeg så og det var godt nok og ville faktisk kunne belyse problemstillingen. En slitsom runddans mellom problemstilling, empiri og teoretisk perspektiv!

Pga utfordring med å definere kategorier og meningsbærende enheter som kunne si noe om hovedtemaene i materialet måtte jeg modifisere Malterud's tekstanalyse. I denne studien er ”teksten” et lydopptak av en samtale som er tett knyttet til kontekst med aktivitet i øvelser, og videofilm av ansikt og kropp sett i sammenheng med kontekst til dels beskrevet som rammer for hver øvelses-sekvens. Jeg frigjorde meg fra mine tre hovedtema i arbeidet med å identifisere enheter i transkribert lydopptak og i grovtranskripsjonen av visuell del. Målet var å kunne identifisere noe som var mulig å systematisere, for eksempel type spørsmål T stilte i teksten. Jeg antok at det kunne påvirke utviklingen i behandlingstimen. En annen kategori kunne være type ansiktsuttrykk, som kunne si noe om P's respons på samhandlingen mellom T og P.

Målet med en fenomenologisk – hermenutisk metodisk tilnærming er å oppnå en gyldig forståelse av meningen i teksten og filmen. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivå. Hermeneutikk bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av (Thornquist,2003). Grønmo (2004) sier at metodeopplegget i kvalitative studier er preget av fleksibilitet, ved at opplegget kan endres i løpet av undersøkelsesprosessen og derved tilpasses erfaringer og nye utfordringer underveis. Jeg var åpen for at valg av metode og analyseverktøy til en viss grad kunne tilpasses underveis, dersom ny kunnskap og forståelse ville oppstå og kreve endring i planen for studiet.

Konteksten for behandlingstimen er at det samtales om og gjøres øvelser med spesifikke og identifiserbare psykomotoriske emner som bakgrunn. Emnene for samtale og øvelser kan

identifiseres i teksten som valg av ord (for eksempel bruk av metaforer). I filmen kan emnene bl.a. gjenkjennes som type øvelser og det som gjøres av kropp sammen med ord for å oppnå det T ønsker for P. T løfter flere ganger emnene opp et nivå, til å gjelde generelt i livet i overført betydning, og ikke bare kroppslig her og nå i behandlingssituasjonen i øvelsen P gjør. Identifisering av kategorier med tilhørende enheter med mening, som kan si noe om mine foreløpige 3 temaer, vil derfor være en kombinasjon av det P og T uttrykker verbalt, det de uttrykker visuelt/nonverbalt, og konteksten for behandlingen. I denne sammenheng kan det være en fordel at jeg selv er psykomotorisk fysioterapeut og kjent med kontekst og tema for behandlingstimen, og at jeg til dels kjenner både P og T.

Det første jeg gjorde var å liste opp de kategoriene som åpenbarte seg, og derved markere enhetene i transkribert tekst som ga mening til hver kategori, med hver sin farvekode tilsvarende en bestemt kategori. Noen kategorier ble raskt slått sammen og noen nye ble opprettet underveis i arbeidet.

3. 5 Etikk

I løpet av analysen dukket det opp noen etiske dilemmaer angående ivaretagelse av terapeutens integritet og pasientens behov for anonymitet. Det hadde vært lettere å vise for leseren hvilken betydning pasientens verbale og non-verbale uttrykk ga om oppgaven i større grad kunne belyse pasientens belastninger, ressurser og historie med sine plager. For å ivareta behovet for anonymitet ble P informert om at undersøkelsen og behandlingstimen ikke medførte krav om å fortelle sin historie til T. Fokuset for videofilmen og oppgaven var relasjonen og kommunikasjonen mellom T og P, og ikke hva de egentlig gjorde i behandlingstimen. Pasientens historie og problemer ville til dels vise seg i kroppslige funn i undersøkelsen utført i forkant av videofilmingen av prøvebehandlingen, og samtaleemnene for behandlingstimen var rundt øvelsene og pasientens erfaringer i øvelsene, og ikke med fokus på hva som har vært årsak til plagene. Likevel så jeg det nødvendig å informere leseren om et minimum av bakgrunnskunnskap om pasientens tidligere erfaring, for lettere å forstå hennes kritiske og gylne øyeblikk. Jeg mener kravet om full anonymitet er ivarettatt.

Terapeutens rolle i studien var i utgangspunktet ikke så viktig som pasientens rolle. Det var pasientens utvikling og pasientens gylne øyeblikk jeg ønsket å studere og analysere. Jeg la i

informasjonsskrivet til P og T vekt på at hovedfokuset for studien ville være det som skjedde av positive hendelser mer enn negative. Jeg hadde en intensjon om å observere hva som skjer når det klaffer i terapi, for å lære mer om hva som kan føre til endring og nylæring i gylne øyeblikk for pasienten. Det oppsto en del kvaler da jeg halvveis i prosessen oppdaget at det var noen episoder med lavere grad av intersubjektivitet initiert av terapeuten som jeg så det. Det viste seg vanskelig å ignorere de situasjonene der det var mis-match i kommunikasjonen mellom P og T. Mot slutten av analysen åpenbarte det seg et mønster av at det aldri var mer enn 2-3 gylne øyeblikk før det oppsto et kritisk, og aldri mer enn 1-2 kritiske øyeblikk før det oppsto et gyllent. De kritiske øyeblikkene viste seg som nyttige hendelser som indirekte hjalp pasienten på vei til en større grad av selvsikkerhet og tillit til egne sanseerfaringer i kropp og opplevelsenes overføringsverdi. Da behandlingstimen sett under ett var preget av en overvekt av positive samspillsekvenser mellom T og P, tillot jeg meg å ta med de få episodene som ble tolket som mer eller mindre kritiske øyeblikk for samhandlingen. Ifølge Thagaard (2010) kan det være en utfordring for forskeren å fremstille resultatene på en måte som er akseptabel for informantene og formidler et faglig relevant perspektiv. I denne studien har fokuset konsekvent vært på å se sammenhenger og mønstre i noe som kan belyse hva som skjer i et behandlingsrom mellom terapeut og pasient, for om mulig å lære noe som kan brukes i verktøykassen til psykomotoriske terapeuter.

4. 0 Resultater

Det viser seg i hovedtrekk tre forskjellige kvaliteter på samhandlingen og relasjonen mellom T og P. Mesteparten av behandlingstimen består av god intersubjektiv samhandling, med noen mer eller mindre kritiske øyeblikk, og dobbelt så mange mer eller mindre gylne øyeblikk sammenlignet med kritiske.

4. 1 God intersubjektiv samhandling/arbeidsfase:

Den delen det er mest av er det jeg velger å kalle for arbeidsfase med relativt god intersubjektiv samhandling. Begge har oppmerksomhet på hverandre og på felles tema (hva de samtaler om og gjør av øvelser). De fleste gangene er det T som snakker mest, og noen av gangene er det P som snakker mest. P mestrer i større eller mindre grad øvelsen, og kjenner i kroppen hva som skjer eller ikke skjer, hvilket hun uttrykker verbalt og nonverbalt. De forstår

hverandre og klarer å oppklare eventuelle misforståelser. Det er hyppig blick-kontakt mellom T og P, og T har ofte hender på P om det er naturlig i forhold til øvelsen.

4.2 Gylne øyeblikk:

Flere ganger i løpet av behandlingen oppstår det jeg vil anse som betydningsfulle øyeblikk der P erkjenner og lærer noe nytt, på samme nivå eller løftet opp ett nivå til å ha overføringsverdi til livet. P's innsikt kan komme direkte via en konkret kroppslig øvelse som forløses i mestring og glede over å ha forstått og fått til. Betydningsfulle øyeblikk for P kommer til syne med positive skåringer i transkripsjonen av filmens visuelle del; P ser relativt avslappet ut i kroppen med medbevegelser og gestikulering når hun snakker, respirasjonen er mer basal med noe senket sternum, ansiktet er preget av avslappede lepper og til dels åpen munn, antydning til smil i øyne, tydelige smil og latter. Det er høy grad av blick-kontakt mellom P og T i forkant av og i de øyeblikkene jeg har tolket som betydningsfulle for P.

Avhengig av innhold er de ”gylne øyeblikkene” delt inn i 4 Grader, der Grad 1 er den enkleste og Grad 5 den mest avanserte;

- Grad 1: Mestring og verbalisert adekvat kroppsbevissthet lokalt i kroppen, i øvelsen som utføres.
- Grad 2; Som i grad 1, og i tillegg en verbalisering av og opplevelse av hvordan det er i hele kroppen samtidig.
- Grad 3; Som i grad 1 og 2 men i tillegg blir erfaringen løftet opp ett nivå til å ha overføringsverdi til livet generelt.
- Grad 4: Som i grad 1-4, og i tillegg en overføringsverdi som sees i lys av historien; nåtid sammenlignes med fortid (dypere innsikt), og P verbaliserer denne innsikten.
- Grad 5: Opplevelsen er lokalt i kroppen og i hele kroppen, P erfarer og verbaliserer at hun ikke mestrer øvelsen, OG står i det med trygghet og tilfredshet.

Med adekvat kroppsbevissthet menes her evnen til å gjenkjenne hva som skjer i kroppen; for eksempel om muskulatur er spent eller avspent, hvilken stilling bekkenet har i forhold til midtlinjen (bakpå eller frempå), om et ledd er bøyd eller strukket, og at en kroppsdel er naturlig integrert i helheten av et opplevd jeg.

4.3 Kritiske øyeblikk:

Den andre delen som viser seg er perioder med svakere intersubjektiv samhandling, der P og T går glipp av hverandres signaler, P ikke forstår hva T mener, eller P ikke får til øvelsen. Det er situasjoner med misforhold mellom P`s verbale kommunikasjon og kroppslige uttrykk. Det samme kan gjelde for T; at hun kommuniserer verbalt noe annet enn det hun faktisk gjør. Her er det glidende overganger og det kan være god intersubjektiv samhandling selv om P ikke får til øvelsen eller ikke forstår hva T kommuniserer.

Noen ganger i behandlingstimen oppstår det situasjoner som kan tyde på mer mis-match i kommunikasjonen mellom T og P og noe som kan ligne på at kritiske øyeblikk oppstår. Det kan synes som om T eller P av og til ”redder” situasjonen med forløsende ord og latter. T avverger antagelig flere slike potensielle episoder ved å sjekke status og spørre P hvordan det går/om det går bra etc.

Kritiske øyeblikk kommer til syne i transkripsjonen i form av en variert skåring med hovedvekt på A, A-minus og B-minus hos P, dvs ansiktsuttrykket er alvorlig, bekymret og til dels nervøs. Det kan også være skåringer med A-pluss, B og B-pluss inkl. smil og latter med skåring E og F. Det er totalsituasjonen som er lagt til grunn for å tolke situasjoner som kritiske, og ikke enkelt-skåringer. Respirasjonen er mer høycostal og kontrollert. Det er lite blick-kontakt mellom P og T. Det kommer frem av transkripsjonen av audibel og visuell del av filmen at P ikke forstår hva T mener, eller at P ikke får til i øvelsen det T ønsker, eller at P ikke kjenner i sin kropp det T ønsker for henne. Situasjoner der P viser ansenthet og kanskje prestasjonsangst i overganger til en ny øvelse, skåres relativt likt som de kritiske øyeblikkene. Jeg anser dog ikke disse situasjonene som kritiske, da de er gjennomgående i behandlingstimen, er forståelig ut i fra P`s historie og livsverden, og T ikke vektlegger hennes reaksjon i behandlingen.

4. 4 Hovedtrekk fra transkripsjonen generelt:

P har et relativt rolig kroppsspråk, dvs hun sitter eller står rolig lenge i de stillingene som tilhører de forskjellige øvelsene. Av og til gestikulerer hun med hendene, når hun snakker og for å vise hvilken kroppsdel hun snakker om. Respirasjonen er ofte ikke så synlig, dvs antagelig noe kontrollert in- og ekspirasjon. Det synes dog på respirasjonen når hun blir skåret med bokstaver som betegner negative følelser (usikker, nervøs, mestrer ikke); da inspirerer hun høycostalt og slipper luften gradvis ut. Av og til litt lenger ut i behandlingstimen skjer det at respirasjonen går mer basalt og sternum senkes noe. Da ser hele kroppen mer avspent ut, noe som samsvarer med ansiktsuttrykket. Ansikt og kropp er skåret hver for seg for lettere å få oversikt og eventuelt avsløre en dobbeltkommunikasjon (for eksempel smile som om alt er bra mens kroppen sier noe annet). P`s ansikt har varierte uttrykk gjennom hele timen.

T veksler mellom lukkede, ledende og åpne spørsmål til P. P`s svar følges opp med direkte ros dvs anerkjennelse av P`s utsagn og innsikt, og indirekte anerkjennelse og bekreftelse gjennom å hyppig gjenta og omformulere P`s utsagn og innsikt angående egne erfaringer i øvelsene hun gjør. Det foregår altså en betydelig andel verbal kommunikasjon fra T`s side som støtter, bekrefter og oppmuntrer P`s evne til å holde oppmerksomheten i kroppen, ha tillit til det hun selv kjenner, og å uttrykke det hun kjenner og tenker verbalt. P er mer usikker i starten av behandlingssekvensen, men blir mer og mer trygg i at hun kan ha tillit til seg selv og sine opplevelser etter hvert i timen.

En beskrivelse av hva som tenderer å gå igjen i materialet:

Blikkontakt: P har hyppig blikket på T, både for å se hva T ønsker å vise henne (T demonstrerer øvelsen), og antagelig for å få en bekreftelse på sin utførelse eller støtte i forhold til sin usikkerhet. Av og til unngår P T`s blikk og ser ned eller en annen vei, og av og til søker de hverandres blikk uten å lykkes. Noen ganger har de langvarig blikk-kontakt.

Mmm og ja,ja: I hele behandlingstimen er det gjennomgående at både P og T hyppig bekrefter den som snakker ved å skyte inn med mmm og ja. De er tonet inn på hverandre, bekrefter hverandres verbale utsagn hyppig, og snakker stort sett med samme taletempo. Det som varierer og kanskje kan si noe om stemningen de imellom og P`s grad av forståelse og mestring er stemmeleie, om stemmen er svak og sakte eller mer rask og tydelig.

Toneleie: Begge legger trykk på ord som har betydning for øvelsen som utføres, P's innsikt, T's anerkjennelse av P's utførelse av en øvelse, eller lignende. P og T er relativt samkjørte fra starten av i å heve toneleiet opp til et lysere nivå på slutten av en setning når de er i dialog. Det kan virke som de speiler hverandre.

Hver gang T initierer et skifte, hvilket hun konsekvent gjør ved bruk av å legge stemmeleiet opp et hakk og si "mmmm", dvs en overgang til en ny øvelse der P skal gjøre noe, ser det ut som P forbereder seg; Leppene knipes sammen, respirasjonen går høycostalt og slippes gradvis ut, thorax ser stivere ut (mindre medbevegelser) og ansiktsuttrykket er mer eller mindre bekymret og anstrengt (rynker bryn, alvorlige øyne, flakker med blikket). Jeg har valgt å ikke legge vekt på disse øyeblikkene, da det for meg ser ut som om de er knyttet til P's prestasjonsangst i forkant av en ny øvelse der noe skal presteres. T gjør heller ikke noe vesen ut av det. P's uttrykk i disse overgangene er relativt diskrete.

Emne for samtale mellom T og P:

Øvelsene løftes av og til opp ett nivå, til å gjelde utover øyeblikket der og da, til å gjelde i livet generelt, til å ha overføringsverdi for P. De forskjellige emner som tas opp i den sammenheng er; Oppmerksomhet i kroppen, Sterk i lårene-sterk i beina, tyngden av kroppen ned i beina, slippe seg til-slippe, kontrollere seg selv, den lille dansen; fleksibel og dynamisk kropp i stående. Emne belyses av T med øvelser her og nå, og forklaringer blant annet ved hjelp av metaforer. Noen ganger er P med på dette, andre ganger ikke. I en situasjon løfter P sin erfaring opp ett nivå på eget initiativ og har noe som kan være et Gyllent øyeblikk for P.

4. 5 Tekstnær analyse av materialet:

4. 5. 1 Del 1: (00.00-06.00) Samtale:

I behandlingens første del som består av samtale, snakker og gestikulerer P mest av de to. T innleder med åpne spørsmål og lar P fritt snakke. Etter et par minutter leder T samtalen videre med lukkede og ledende spørsmål (i nevnt rekkefølge) som balanserer samtalen i forhold til hvem som har ordet. Det kan synes som om T's bevegelser i kropp og med hender (stryker seg i håret) initierer et skifte i hvem som har ordet. P svarer, og T gjentar og omformulerer

P`s svar, noe som går over i at P bekrefter seg selv og sin kunnskap og erkjennelser hele 5 ganger. T gjentar P`s innsikt 6 ganger. Innimellom anerkjenner T P`s svar med positivt ladete ord (3 ganger). Hovedsakelig er gangen i samtalen preget av engasjement og oppmerksomt nærvær, med hyppig blikk-kontakt, kroppsbevegelser og gestikulering mest hos P men også hos T. P smiler og ler lett et par ganger på slutten av del 1. Det eneste jeg la merke til av kroppsspråk som sa noe annet enn ordene og smilet her var ved tid ca 02.50; P uttrykker verbalt en erkjennelse om hva hun forstår nå som hun ikke forstod tidligere, og synker noe sammen i ryggen og plasserer hendene under det ene låret som ligger i kryss over det andre; dvs hun ”lukker” seg noe kroppslig.

Mange H, G, D. Noen E og F. Noen G og H.

4. 5. 2 Del 2 Sittende på krakk:

4. 5. 2. 1 Del 2 a: (06.00-07.42) ; Bekkenøvelse i sagittalplan :

Del 2 a varer drøye halvannet minutt og er preget av arbeidsfase med god intersubjektiv samhandling der P er konsentrert og alvorlig, og mestrer øvelsen. T har hendene sine på P`s bekkene nesten hele tiden. P sier ja og mmm på en tydelig og sikker måte. P har et øyeblikk jeg tolker som betydningsfullt:

- Øyeblikk nr 1. Gyllent, Grad 1: ”Kjenner sitteknutene godt ”(06.30-07.00):

P; ”ja kjenner de (sitteknutene) godt”: P kjenner det T ønsker hun skal kjenne. P mestrer øvelsen. P uttrykker tydelig verbalt at hun mestrer og kjenner sitteknutene mot krakken. Mestring lokalt i kroppen.

Noen B, G og D. Mange A. Hender på lenge.

4. 5. 2. 2 Del 2 b (07.40-09.17); Bekkenøvelse i frontalplan:

Del 2 b varer også drøye halvannet minutt og starter lik en arbeidsfase som del 2 a. Sekvensen utvikler seg dog til noe som kan minne om et kritisk øyeblikk for relasjonen mellom T og P. P søker i starten T`s blikk men får det ikke da T er opptatt med å vise og forklare øvelsen. Her

er det nesten bare T som snakker mens P utfører øvelsen. Spørsmålene T stiller er lukkede og ledende relatert til øvelsen. P's ansiktsuttrykk er stort sett alvorlig og konsentrert med en negativ ladet variasjon ca tid 08.30 der P viser tegn til usikkerhet og lavere grad av mestring eller forståelse; rynker bryn, strammer leppene og flakker med blikket. Her har jeg skåret henne med **A-pluss og B**, og det viser at alvorlighetsgraden ikke er så stor som leseren kanskje tror av min tekstnære beskrivelse. T fortsetter å forklare mens hun viser øvelsen; T forsøker å løfte poenget med øvelsen opp ett nivå, og P synes å bekrefte T med "mmm" og "ja", av og til i kombinasjon med et svakt smil, og en lett latter innimellom T's forklaring. P søker stort sett hele tiden T's blikk/ansikt, og det synes som det er mer sporadisk blikk-kontakt fra terapeutens side, hvilket er naturlig i og med at de ikke sitter ansikt til ansikt. Her er det ikke helt samsvar mellom T's valg av ord og valg av øvelse; bevegelsene som gjøres med bekkenet sideveis er store, og gjøres mest med overkropp også hos T, selv om T oppfordrer P til å gjøre bevegelsen ikke så stor med overkroppen og heller mer nede i bekkenet. Situasjonen kan minne om et kritisk øyeblikk for P, der hun mister forståelsen og sammenhengen mellom det som kommuniseres verbalt og det som utføres kroppslig i øvelsen tippe bekkenet fra side til side. Det virker heller ikke som P forstår T's sammenligning på nivå "i livet". Her identifiseres et mulig kritisk øyeblikk eller oppløper til et kritisk øyeblikk;

- Øyeblikk nr 2. Kritisk øyeblikk (08.30-09.20): "Tippe bekken fra side til side":

Her synes det å være mis-match mellom det T forsøker å formidle og det P forstår og opplever i øvelsen. Mis-matchen starter noe før tidsrommet for der P's ubehag kan avleses i transkripsjonen av filmens visuelle del; hun er usikker på utførelsen av øvelsen: (08.00) T; "så prøver du å...legge merke til nå..om du syns bevegelsen skjer..nedi *bekkenet*...at du får med bekkenet *ditt*"; her skårer P flere A-minus og er tydelig ikke med på øvelsen, og hun spør; "at det skal følges opp? (ja) ja". T fortsetter å forklare øvelsen, og hun gir øvelsen mening til å gjelde i livet generelt; hun snakker om tema "å slippe seg nedpå" og å gjøre bevegelsene små og ikke alltid så store; (08.30) T; "du vet det der å slippe seg..slippe seg nedpå...slippe seg til....det er jo noe med det å kunne spenne aav (mmm) så å kjenne på det at du på en måte får sluppet deg nedpå (ja..skjønner)..det er disse ordene /T og P ler litt/.....er det jo ofte at vi gjør...bevegelsene så *store* (mmm).....vanskeligere å gjøre de små..(ja) vi overdriver så fælt (ja) /P smiler noe../braker så mye kraft..(ja)/P smiler svakt". T merker kanskje at noe ikke

stemmer midtveis i sin monolog, og forklarer videre; 08.30; ” det er disse ordene../T og P ler litt/, ja som gir deg en mening i..slik at du forstår..”.

- P forstår ikke øvelsen: mis-match mellom T`s forklaring og P erfaring i øvelsen.
- P forstår ikke T`s forsøk på å løfte øvelsen opp ett nivå til å ha overføringsverdi.
- P bekrefter T i kommunikasjonen (som om hun forstår).
- 1 lukket og 1 ledende spørsmål, ingen åpne spørsmål.
- Usikkerheten blir ikke fanget opp av T (ikke før i Del 2 c).
- T anerkjenner P x 2 på slutten, men det hjelper ikke på P`s stemning.
- Flere **A-minus** og **(D)** i starten
- Flere **DD-minus**, **B**, **E**, **F-minus** men samtidig tegnet : ((dobbelkommunikasjon?)

4. 5. 2. 3 Del 2 c (09.20-13.25) Bekkenøvelse i sagittalplan:

Del 2 c varer hele 4 minutter og har mer variasjon i uttrykket enn Del 2 a og b. Øvelsen starter med at T fanger opp P`s diskomfort fra forrige sekvens (begynnende kritisk øyeblikk), og sjekker status/viser omsorg (09.30: T; ”..er det vondt for halebenet ditt?...var det noe med det å slippe tilbake du...” Deretter reiser T seg og flytter seg nærmere P; hender på. P uttrykker verbalt sin manglende mestring. De gjør øvelsen sammen (T`s hender på bekken/rygg) og P mestrer med tydelig anerkjennelse fra T. Resten av Del 2 c er preget av at P og T har en jevnbyrdig dialog rundt øvelsen med mange lukkede og ledende spørsmål fra T`s side direkte relatert til øvelsen, og mange verbale anerkjennelser av P`s utførelse. For hver gang P uttrykker det hun får til og erfarer, gjentar T det med andre ord. T bekrefter altså P etter hver utførelse som er riktig, P uttrykker mestringen verbalt, og T bekrefter P`s utsagn og erfaring, samtidig som T`s hender er på. P smiler ofte og ler lett av og til. Ansiktsuttrykket er gjennomgående mer avslappet og harmonisk i denne delen enn i tidligere deler. P uttrykker sin erfaring med ord og kropp; hun gestikulerer mens hun snakker.

På slutten imøtekommer ikke P T`s ønske om blick-kontakt, og P har mer alvorlig ansiktsuttrykk. P setter ord på det hun kjenner og på en måte tviholder på sin versjon av hvor

midten av sitteknutene er; (12.00) P; ”ja, ja jeg kjenner det, men jeg føler også at det er så uvant at..jeg føler at det er som om jeg er litt for langt bak (ja) fordi det er uvant (ja) f..for meg /noe svak stemme/” Og T svarer; ”ja, det skjønner jeg, det er jo ikke en sittestilling du har vært mye iii..(nei)”. Deretter fortsetter T med sin forklaring som gjentar T`s oppfattelse av hva som er midt på sitteknutene; ”men hvis du kan tenke deg, ee..at sitteknutene er utgangspunktet (mmm) og at du eee..tenker bevegelsen i forhold til hvor du har tyngden i forhold til sitteknutene (mmm)...så har du i hvert fall en en sånn pekestokk på hvordan du skal gjøre bevegelsen (mmm) og så følger eeh ryggen..muskulaturen i rygg etter det du gjør (mmm) med bekkenet ditt..og for at du skal slippe deg bakpå så må du slippe..du kan ikke sitte i hold svai hold svai der nå..for da blir det på en måte at du ikke kan gi så godt slipp her (nei)/T kremter/ (P; ”skjønner”) igjen opp der /T`s hender leder P i å vippe bekkenet frem en gang til/”. Her forklarer T videre om øvelsen ut i fra sin egen oppfattelse om hva som er midt på sitteknutene.

Det kan likevel tyde på at det er noe P ikke forstår eller får til. P bekrefter T med ord (12.30: ...(skjønner)...), selv om ansiktsuttrykket er preget av usikkerhet (skår; A-minus); flakker med blikk/blunker hyppig, grimase med munn, leppene sammenpresset.

P klarer derimot å endre situasjonen; hun uttrykker med hele seg at hun er forvirret over hva som er midt på sitteknutene eller ikke; (12.28;(midt på?!)......). Dette løser tydeligvis opp stemningen for P og seansen går over til mer mestring der T 2 ganger anerkjenner P`s utførelse/opplevelse. Ved tid 13.00 bekrefter P nølende sin erfaring med et spørsmål til T; ”nå tror jeg jeg er inne på noe..er det riktig?” T svarer; ” stool på det du kjenner (jah)/P ler litt/ det er heelt riktig (ja) jah..stol på det du kjenner, for det eere..stort sett alltid riktig..kan jeg trykke litt på hoftekammen så du kjenner kanskje ekstra godt at du sitter på sitteknutene (ja)..der (jah)..fint...”. Her anerkjennes P 2 ganger av T. Samtidig er det noe nøling fra T`s side når hun sier at P skal stole på det hun kjenner, noe som kan komme av forrige sekvens med mismatch i det P kjente og det T ønsket hun skulle kjenne. T forsøker antagelig å løse situasjonen med å forsterke P`s opplevelse av hvor sitteknutene er, og presser bekkenet ned mot krakken.

I Del 2 c identifiserer jeg 3 betydningsfulle øyeblikk:

- Øyeblikk nr 3. Gyllent øyeblikk Grad 1;

”Den kjente jeg” (09.50-10.15): T; ”slipper bekkenet tilbake..deer ja”: P kjenner det T ønsker hun skal kjenne. P mestrer øvelsen og uttrykker det verbalt på en tydelig måte; ”den kjente jeg/P smiler/”.

Forløp til øyeblikket; P mestrer ikke, uttrykker det kroppslig (09.25; alvorlig ansikt, leppene sammen, møter kort blikket til T) og verbalt (09.35; ”jeg synes det er vanskelig å finne den..”), T fanger det opp og sjekker status; hender på og nytt forsøk; P mestrer øvelsen, T anerkjenner med hender og ord.

- Øyeblikk nr 4. Gyllent øyeblikk Grad 2;

”Helheten er god” (10.30-11.00):

P; ”helheten..er god..jeg føler det er riktig”: P utvider sin erfaring fra å mestre lokalt i bekkenet til å kjenne hvordan det oppleves i hele kroppen. P uttrykker sin mestring verbalt.

- Øyeblikk nr 5. Kritisk øyeblikk avverget av P:

” Midt på?” (12.30-13.00):

T forklarer øvelsen og hva som skjer i ryggen når bekkenet tippes frem eller tilbake. Til tross for hender på hele tiden skårer P flere A-minus i forkant av et øyeblikk der hun bekrefter T i kommunikasjonen; 12.30; T:” du kan ikke sitte i hold svai hold svai der nå..for da blir det på en måte at du ikke kan gi så godt slipp her (nei)../T kremter/ (skjønner)..igjen opp der..ok / P vipper bekkenet raskt frem med en gang T sier ”igjen opp der..” /”. Skåringene i transkribert visuell del viser flere A-minus og B-minus, noe som ikke samsvarer med hennes uttalelse om at hun ”skjønner” hva T snakker om. Og T sier videre, 12.50; ”...slipper du deg nedpå slik at du føler du har tyngden midt på sitteknutene..(midt på! ?) der hvor du..hvor vi startet, ikke sant?”.

P mestrer ikke øvelsen

P forstår ikke det T forsøker å forklare

P later som hun forstår/ivaretar relasjonen, både verbalt og kroppslig (bekken frem).

P uttrykker verbalt sin frustrasjon og mangel på samsvar i det hun erfarer i kroppen og det hun tror T ønsker at hun skal erfare.

T oppklarer hva som er midt på (13.00;”..hvor vi startet, ikke sant?”)

P tar det til seg og avverger det kritiske øyeblikket; hun tror hun kjenner det T ønsker for henne, og søker bekræftelse på om det er riktig (P, 13.15; ”nå tror jeg jeg er inne på noe..er det riktig?”

T bekrefter at det er riktig, og oppfordrer henne til å stole på det hun selv kjenner.

Generelt i Del 2 c;

Flere **A i starten**, deretter flere **E, H og A-pluss** (P mestrer).

Til slutt flere **A-minus, B-minus**. Hender på nesten hele tiden.

4. 5. 2. 4 Del 2 d (13.25-14.54) Bekkenøvelse i begge plan/sirkulær bevegelse:

Del 2 d varer ca halvannet minutt og kan sees på som et mulig kritisk øyeblikk der det er mindre grad av intersubjektivitet; Her er det ingen dialog mellom P og T som vi har sett tidligere, med spørsmål og svar, gjentakelser og bekræftelser fra T's side og egenbekræftelse fra P's side. Det er heller ingen hender som viser vei for P. T anerkjenner kort P på slutten av sekvensen. Samtidig er øvelsen i seg selv og den korte varigheten av sekvensen noe som taler imot mulig grad av god intersubjektiv samhandling.

P og T gjør øvelsen samtidig. P søker T's blikk et par ganger uten respons (13.30), og motsatt. Blikket møtes en gang midt i del 2. I starten er P alvorlig og virker usikker både i bevegelsene, i kroppen og i ansiktsuttrykket (skår; **A-minus og B-minus**). Deretter smiler P lett pga T's feilvalg av ord (byttet høyre med venstre), men fortsetter å være alvorlig og usikker i ansiktet. På slutten gjør P en grimase med munnen. Jeg anser som positivt at P uttrykker sin usikkerhet verbalt samtidig med gjensidig blikk-kontakt, selv om ansiktet er skåret til **A-minus** (13.59).

- Øyeblikk nr 6; Kritisk øyeblikk;

”Hakkete bevegelse-grimase”: (13.30-14.54):

P er usikker på hvordan øvelsen skal gjøres og ”starter nølende en litt hakkete sirkelbevegelse” (13.30, fra transkripsjonen) med overkropp og bekken.

Ikke samsvar mellom det T sier og det T gjør; T: ” og så tenker du at du lar bevegelsen bli litt mindre i overkroppen diin..og så lar du bevegelsen skje mye her nede i bekkenet..(P;lavt;

okei)”. Transkripsjon visuell del; ” Både P og T gjør store bevegelser med overkropp, og P gjør grimase med munn : (”.

P ivaretar relasjonen, sier ”okei”, smiler lett og ler innimellom, selv om hun uttrykker usikkerhet og diskomfort i kropp og ansikt. 2 c og 2 d er ganske like, mer som oppfølgere til kritiske øyeblikk pga mis-match (inadekvat) kommunikasjon mellom T og P, og lav grad av bekreftelse med blick og hender fra T`s side.

4. 5. 2. 5 Del 2 e (14.54-17.25) Bekkenøvelse i saggitalplan/samtale:

Da er vi over i Del 2 e som varer ca to og et halvt minutt:

T flytter seg ved siden av P for å observere, og øvelsen går over fra sirkelbevegelse med bekkenet til å tippe bekkenet frem/tilbake. P uttrykker spontant sin forvirring om hva som er oppå sitteknutene; 15.00; ”...(oppå?da...)...”. T bekrefter og setter ord på årsaken til P`s frustrasjon; T; ”...det ble litt forvirrende det med bakpå og oppå?” Med disse ordene løses stemningen opp og begge bryter ut i latter. P blir umiddelbart mer avspent i kroppen og mildere i ansiktsuttrykket (skårer; **B-pluss og C**).

Utviklingen videre viser en mer aktiv P som selv stiller spørsmål for å oppklare sin usikkerhet. T leder P inn i å komme frem til svaret selv, med å stille et åpent spørsmål som oppfølging til et ledende spørsmål; ca 15.15 ; T: ”...og så spør jeg deg om du kan slippe deg litt mer deer...hvordan er det”. P svarer med et nytt spørsmål og T tangerer med å kaste ballen tilbake til P med et nytt åpent spørsmål; T; ”Hva kjenner du?”. Denne rekken i valg av type spørsmål kuliminerer i at P anerkjenner seg selv og viser en innsikt utover selve øvelsen i behandlingsrommet her og nå; ca 15.27; P:” jeg er liksom sånn...jeg føler liksom at jeg er litt bakpå da...uitifra vanen min”. P legger vekt på ordet ”vanen”, og lar stemmen gå opp i et lyst toneleie når hun sier ”min”, noe som er gjennomgående for både P og T; de avslutter ofte setninger med å la stemmen gå opp på det siste ordet. Samtidig er P`s ansikt vennlig og avslappet og hun har medbevegelser i kroppen når hun snakker (**C og B-pluss**).

Her er det dynamikk mellom T og P i samtalen, selv om det er T som snakker mest; det er likevel en hyppig veksling mellom hvem som snakker.

Mot tid 15.30 og utover oppdager P kroppslig hva T forsøker å formidle, og hun verbaliserer det og bekrefter seg selv. P viser sin innsikt med en lett spøk (ca 16.05), T følger opp med en spøkefull kommentar på det P har opplevd i øvelsen, og de avrunder øvelsen med en verbalisert forsoning om at T mener P kan slippe seg lenger bak med bekkenet for å sitte midt på sitteknutene, og at P har erfart dette men samtidig føler at lenger frem er mer midt på; 17.00; P; ”og mest sannsynlig så vil jeg kunne det (ja)...fordi (det er jo min påstand) jah /P og T ler”. Her uttrykker T at det er hennes påstand hva som er midt på og at P kan slippe seg enda lenger bak.

- Øyeblikk nr 7. Gyllent øyeblikk Grad 4:

”Ut i fra vanen min” (15.15-15.45):

P; ” jeg føler at jeg er litt bakpå da...utifra vanen min ”: P mestrer lokalt, uttrykker det verbalt, og ser erfaringen i lys av historien; hun sammenligner nåtid med fortid. Her skårer P **B-pluss**, **C** og **G**, dvs medbevegelser i kropp, et positivt og aktivt ansiktsuttrykk med antydning til smil, ispedd overraskelse over sin erkjennelse. I forkant av dette gylne øyeblikket skjedde det en stadfestelse av likeverdet i intersubjektiviteten mellom T og P; T grep muligheten som lå i øyeblikket og lot P kjenne etter og avgjøre hvor tyngden var over sitteknutene.

4. 5. 2. 6 Del 2 f (17.25-18.05) Abd/add. Hofter:

Del 2 f varer veldig kort, bare 40 sekunder. Sekvensen viser hvor raskt en stemning kan skifte, fra dynamisk og livlig med stor grad av mestring for P i forrige del, til taushet, usikkerhet og mindre grad av kontakt (intersubjektivitet) mellom T og P i neste øvelse. Øvelsen starter med at T flytter seg foran P og demonstrerer øvelsen og gjør den samtidig med P. T forklarer sammenhengen mellom avspente hofter og et bekken som er plassert midt oppå sitteknutene. T forsøker å løfte poenget med øvelsen opp ett nivå, til et tema som gjentar seg i behandlingstimen; ca 17.40; T; ”..det er også en måte å kontrollere seg selv på..at du kan (P ser ned; ”okei”)..gi slipp (P sier med lav stemme; ”ja”)”. P er alvorlig i ansiktet med leppene sammen (**A-minus**). Det virker ikke som P forstår det T forsøker å formidle; at sammenhengen mellom øvelsen, P's egen erfaring i øvelsen og det T sier ikke samsvarer for

P. T søker P's øyne et uten å få kontakt. Etter hvert oppnår de blick-kontakt, T fanger opp P's diskomfort og sjekker status; 18.00; "...Ja?...går det bra?".

- Øyeblikk nr 8. Kritisk øyeblikk (17.30-18.00):

"Kontrollere seg selv":

T avverger det kritiske øyeblikket med å sjekke status ca tid 18.00; T ; Ja?..går det bra? (ja)/P smiler og ser på T".

Flere **A-minus**-skåringer i transkripsjonen.

P gjør øvelsen abd/add av hoftene noe mekanisk med alvorlig ansikt.

Det virker ikke som de biomekaniske sammenhengene som ligger til grunn for øvelsen er mulig å forstå for P.

T søker Ps blick, P møter ikke blikket. P søker T's blick og T møter ikke blikket.

T forklarer hva P skal kjenne i øvelsen; P mestrer antageligvis ikke å kjenne det T ønsker for henne.

Det kan synes som om P reagerer på ordet "kontrollere seg selv"; Hun har lang erfaring i å holde igjen og kontrollere egne behov og følelser og ordvalget vekker kanskje negative assosiasjoner? T's intensjon er, som jeg ser det, ikke at hun skal kontrollere seg selv, men finne midten av seg selv i en oppmerksomt nærværende og relativt avspent tilstand i egen kropp.

4. 5. 3 Del 3 (18.05-20.50) Slapp-stup-stående:

Del 3 er fra sittende til slapp-stup-stående til opp i stående, og varer ca to og et halvt minutt.

I transkripsjonen av filmens visuelle del har jeg notert flere store smiletegn og bokstaven "I ; hele veien" for P's avspente kropp. Pga øvelsens art er det ikke blick-kontakt eller ansiktmmimikk som kan vurderes på P eller T her. Sekvensen starter med en bekreftelse av P's forhold til øvelsen (positiv). Det er blick-kontakt før de starter, smil og lett latter. Deretter viser P tegn til nervøsitet (**A-pluss**), som hun gjør i forkant av alle øvelser. Dette eskalerer til høycostal respirasjon og **B-minus** i film-transkripsjon, dvs at hun presser leppene sammen og er alvorlig i blikket, noe stiv thorax (tid; 18.30). Likevel; P kjenner og verbaliserer sin erfaring med at hun ikke klarer helt å slippe i nakken når T forsøker å rotere hodet i sittende

fremoverbøyd. Det er altså samsvar mellom det som gjøres av T, erfares av P og verbaliseres av både P og T, da T som vanlig gjentar P's utsagn; T; "...føler du at du klarer å gi slipp der? /T rigger P's hode/". P; "ikke helt....ikke i det hele tatt *egentlig*/P ler litt". T; "ikke i det hele tatt egentlig...".

Gjennomgående for sekvensen er at T mer eller mindre hele tiden har sine hender på P og guider henne i øvelsen, bortsett fra når P står i slapp-stup-stående med bøyde ben, da står T ved siden av og de snakker sammen fra "der nede". Her identifiserer jeg ingen spesielle øyeblikk, og anser hele øvelsessekvensen for en situasjon med god intersubjektiv samhandling takket være tett kontakt med terapeutens hender på pasienten; de kommuniserer likeverdig og forståelig for begge vha ord, hender, kropp og P's forforståelse og tidligere positive erfaring med øvelsen.

T anerkjenner P hyppig (6). T sjekker status 2 ganger.

4. 5. 4 Del 4 Stående:

4. 5. 4. 1 Del 4 a (20.50-22.38) Stående med åpne øyne; "Hvor er tyngden?":

Del 4 a som er i stående med fokus på tyngden ned i føttene, varer ca to minutter. Her snakker de ca like mye og jevnt fordelt utover i øvelsen. Ansiktet til P er åpent med leppene lett adskilt, milde øyne og antydning til smil (**A-pluss og C**) og smil/lett latter flere ganger. De ler sammen og har begge medbevegelser i kroppene sine når de snakker, T også med gestikulering. P søker T's blick og får det. Det er en lengre periode med blick-kontakt i forkant av et øyeblikk der P mestrer og er helt sikker på hva hun mestrer; ca 22.15; T; "klarer du syns du selv å kjenne om du står med avspente eller om du strammer lårene dine eller?" De har blick-kontakt og P svarer; "e det..jeg står avspent med de nå /sier fast og kontant/". T anerkjenner og gjentar P's beskrivelse med en gang og P smiler og ler, fortsatt med blick-kontakt; T; "det var tydelig beskjed..*flott* (jah)/P ler/..der var du *ikke i tvil* /P ler/". T løfter toneleiet på stemmen opp til et lysere nivå når hun sier "flott" og "ikke i tvil", noe som forsterker anerkjennelsen og bekreftelsen av P's erfaring og uttalelse, da toneleiet gjennomgående i hele behandlingstimen er noe de har felles som jeg tolker som en indirekte positiv bekreftelse og anerkjennelse av hverandre. Dette er for P et viktig øyeblikk, med mestring, adekvat opplevelse av mestring og beskrivelse verbalt av egen mestring, blick-

kontakt T og P, og spontan og tydelig bekreftelse og anerkjennelse fra T verbalt og med blick/kropp;

- Øyeblikk nr. 9 ”Jeg står avspent med de nå”(22.00-22.30):

Gyllent øyeblikk Grad 1:

P; ” jeg står avspent med de nå”. P mestrer det T ønsker hun skal få til. P verbaliserer det tydelig, og det vises tydelig kroppslig at hun mestrer.

Generelt høye skår for P; **C, E, F, B, A-pluss**

Lengre perioder med blick-kontakt.

Et betydningsfullt øyeblikk for P; denne gangen vet hun helt sikkert hva hun kjenner i egen kropp (kontra ”uenighet” om hva som er midt på sitteknutene i sekvens 2 c. Øyeblikket sammenlignes med tidligere kritiske og gygne øyeblikk, og anses som mer betydningsfullt for P enn tidligere øyeblikk av Grad 1.

4. 5. 4. 2 Del 4 b (22.38-25.35) Stående med lukkede øyne:

Del 4 b varer også i to og et halvt minutt; Denne sekvensen er å regne som en god og positiv arbeidsfase for P. Hun har forrige øvelse ferskt i minne (mestring), T og P har blick-kontakt før P lukker øynene. P`s ansiktsuttrykk er hyppig markert med **C** og **E** i transkripsjonen, dvs åpent tilfreds ansikt med smil av og til. T har ofte medbevegelser i kroppen når hun forklarer. T snakker mest gjennom øvelsen, og det høres ut som om P har oppmerksomheten i kroppen. Samtalen er adekvat, P forstår umiddelbart hva T snakker om, og hun utdyper hvor og hva hun kjenner; ca 23.20, T; ” kan du kjenne..at det er en sånn liten bevegelse i kroppen din?”, P;” jaaa, når ..jeg begynner å prate..og ikke tenker like mye på bena...så kjenner jeg den lille...det er ikke mye da..meen jeg..skjønner hva du mener...men hvis jeg står stille og bare tenker på bena...så er det ikke like tydelig”. P gestikulerer litt mens hun snakker med lukkede øyne, og hun virker sikker og tilfreds, med **C** markert i transkripsjonen. Deretter bruker T metaforer og løfter P`s erfaringer opp ett nivå til å gjelde i livet generelt. Tidligere har bruk av metaforer og tema som løfter øvelsene opp ett nivå ikke hatt så god effekt på P, da hun har vist usikkerhet og diskomfort. Denne gangen reagerer P ikke P negativt på bruk av ”Tema”. Uttrykket i ansiktet er mer vennlig og avslappet, og P bekrefter stadig T`s utsagn med ”ja”, ”mmm” og ”skjønner”. Ved tid 25.17 forklarer T den tredje metaforen på kort tid, og spør P

om det gir henne mening. Samtidig stryker T seg i håret med begge hendene og P lukker leppene. Dette kan bety at metaforene ikke ga P helt klar mening, og at T la merke til sitt ordvalg og at det kanskje var for vanskelig for P. (oppkjøring til et lite kritisk øyeblikk?). Til slutt (25.32) sier T; ”kjempebra”, og P forstår av uttrykket at hun skal åpne øynene igjen. Deretter sier T; ”så kan du åpne øynene igjen” og P ser underfundig bort på T.

- Øyeblikk nr 10. ”Den lille dansen” (23.45-24.10): Gyllent øyeblikk Grad 2:

P; ” eehh (eller) jaaa når jeg..begynner å prate /P ler/..og ikke tenker like mye på bena (ja)..så kjenner jeg den lille..(ja)..det er ikke mye da..men..jeg skjønner hva du mener (ja)..men hvis jeg står stille og bare tenker på bena...så er det ikke like tydelig (nei, okei) ” (merknad; ”den lille dansen”). P forstår hva T snakker om, selv om de ikke har åpne øyne. P mestrer å kjenne det T snakker om. P mestrer å veksle fokus fra lokalt i føttene til i hele kroppen samtidig.

4. 5. 4. 3 Del 4 c (25.35-26.10) Stående med åpne øyne, løfte tær:

Del 4 c er kort (35 sekunder) og en videreføring av Del 4 b. P åpner øynene når hun tror øvelsen er over, T ser antagelig ikke dette og ber henne åpne øynene et par sekunder etterpå. P snur hodet og ser vennlig og undrende på T. P trekker pusten og slipper den spontant ut. En ny øvelse starter (å løfte tærne) og P har et mer alvorlig ansiktsuttrykk (A). Et ledende spørsmål som legger føringer for hva P bør kjenne når hun løfter tærne, gjør at P rynker brynene og viser skepsis og forvirring i ansiktet. Det ledende spørsmålet følges umiddelbart opp med en metafor basert på at P kjenner det T tror P kjenner (som P her tydeligvis ikke kjenner/opplever). De har blick-kontakt og P har et alvorlig uttrykk i ansiktet (A-minus). P stiller et spørsmål som avslører mis-matchen i kommunikasjonen, og T stryker seg i håret mens hun verbalt bekrefter P med ”mmm” og ”ja...mmm...” (26.00). Her er det altså ikke en adekvat kommunikasjon mellom T og P, og begge uttrykker det kroppslig, og ingen tar tak i det verbalt, til tross for stor grad av blick-kontakt. Begge dobbelt-kommuniserer.

- Øyeblikk nr. 11 ” River seg i håret” (25.35-26.10) :

Kritisk øyeblikk:

T sier hva P skal kjenne i øvelsen ”å løfte opp tærne”; ”..kjenner du at du står som en støtte nå uten at du faller noe tilbake? (P;ja) ja og det kan også være en måte at du kan kjenne at du står

i balanse på (P; lav stemme; okei). Transkripsjonen fra visuell del av materialet sier samtidig at "P beveger tyngden noe tilbake", "P rynker brynene" og skåres til **A-minus** dvs alvorlig og noe tynget i ansiktet. Her skjer følgende;

P's utførelse samsvarer ikke med T's beskrivelse av ønsket erfaring for P.

T løfter øvelsen opp ett nivå til å bety å stå i balanse generelt, noe som antagelig bekymrer P da hun ikke opplever å stå "i balanse"; hun må skyve tyngden baktil for å løfte tærne.

P avslører sin manglende forståelse med et spørsmål; "kan man stramme opp bak da? (T; mmm) ja...mmm.../T stryker seg i håret". Mis-match i forståelse av hva som henger sammen med hva; at man strammer opp bak når man lener seg fremover og ikke når man lener seg bakover; P viser med ord og lyder at hun forstår, men utførelsen, ansiktsuttrykkene og hennes valg av ord avslører en manglende forståelse, noe T oppfatter og "river seg i håret" over mis-match i det hun har forsøkt å hjelpe P å erfare.

4. 5. 4. 4 Del 4 d (26.10-28.34) Stående med åpne øyne; samtale:

Del 4 d varer lengre, hele to minutter og 20 sekunder, og er samtale og refleksjon rundt tidligere øvelser i stående. Her snakker de, jevnt fordelt, om det P opplevde i foregående øvelser. I starten skårer pasienten **A** og **B-minus**, noe som antagelig henger igjen fra forrige "mislykkede" sekvens med å løfte tærne, noe som kan sees ved at respirasjonen er noe kontrollert og høycostal forut og ved ca tid 27.00. Det virker som T fanger dette opp ved tid 26.30 og utdyper sine forklaringer for P. P skårer litt bedre ved tid 27.00; **A-pluss**.

T har ofte medbevegelser i sin kropp inkludert gestikulering med hender. P søker T's blick og de har både langvarig og hyppig blick-kontakt; P går over til et mer åpent ansiktsuttrykk (**A-pluss**) og videre til vennlig med adskilte lepper og smil/latter etter hvert som hennes nye innsikt synker inn.

- Øyeblikk nr. 12 "Jeg har litt sånn sterke ben" (27.15-28.00):

Gyllent øyeblikk Grad 4:

P smiler forundret og med hele seg i tilfredshet over sin nye innsikt løftet opp et nivå, til å gjelde utover selve øvelsene hun har gjort i denne behandlingstimen; P; "...jeg har litt sånn sterke ben...det er jo.. i dette her...det har jeg ikke hatt før" (27.30). Deretter svinger ansiktet

innom **A-minus** før det går over i **C** og medbevegelser i kropp med smil og latter (skår **G, E og F**). Deretter får P et mer alvorlig ansikt (**A-minus**); det ser ut som hun er tankefull og noe beveget, kanskje en tristhet over at det ikke har vært slik tidligere. Dette langvarige ”øyeblikket” (ca 45 sek) der P og T dveler rundt hennes nye innsikt, innebærer også at P midtveis slipper pusten til, ser ned og knyter høyre hånd/rører på fingre uten at det kan kobles opp mot noe negativt som jeg ser det. Jeg identifiserer 2 kortere ”øyeblikk” i det lange, med konkret spontan forløsning av affekt i glede over sin nye innsikt og mestring i det første, og det andre en videreføring av det første; P (27.45);” ..egentlig litt sånn..jeg er litt sånn overrasket /P ler/ over at det er så (ja)..sammenheng jeg da (ja)eeth..det er litt sånn gått opp et lys..(ja) for meg...”

Ved tid 28.00 utbryter T; ”det er jo *fantastisk*” og hun legger trykk på ordet samtidig som hun lar stemmen gå opp, hvilket er en del av kommunikasjonsformen de imellom og gjennomgående for situasjoner der stemningen er bra og intersubjektiviteten på plass med spontan og autentisk anerkjennelse fra T.

P bekrefter seg selv 4 ganger.

T gjentar og bekrefter P 4 ganger.

T anerkjenner P 5 ganger.

Langvarig og hyppig blikkontakt.

De snakker ca like mye (T noe lengre hver gang enn P), like hyppig, dialog og ikke monolog.

I transkripsjonen av filmens visuelle del har jeg skåret alle kategoriene hyppig, og om hverandre, så det er en bred variasjon av ansikts og kroppsuttrykk i denne sekvensen, med mye blikk-kontakt og en aktiv terapeut (kroppslig).

4. 5. 5 Del 5 a, b og c, (28.31-31.20) Stående bredbent:

Del 5 varer i 3 minutter. P spør oppklarende spørsmål 3 ganger og er aktivt med på det som skjer. Del 5 inneholder en del søken etter blikk-kontakt fra P`s side, noe som antagelig gjengjeldes av T (ser ikke på filmen). Ellers har P et åpent og tilfreds ansiktsuttrykk (**C**) variert med konsentrert uttrykk (**A**) og ansiktsmimikk når hun ikke helt forstår. P smiler og ler. Jeg har skåret flest **A** i starten av sekvensen, deretter en periode med flere **C** og flere **E** og

F mot slutten. Øvelsen avsluttes med en tydelig anerkjennelse av P's mestring. T har hender på i perioder. Her tør P delta mer, og tør stå i sin usikkerhet og å søke hjelp fra T. T har medbevegelser i kroppen.

4. 5. 6 Del 6 (31.20-37.50): Stående med hoftebreddes avstand:

Del 6 varer i seks og et halvt minutt.

Her er det mye bra arbeid og flere situasjoner som kan ses som gylne øyeblikk for P. P er aktiv i dialogen og anerkjenner og bekrefter seg selv flere ganger. T anerkjenner P hyppig.

- Øyeblikk nr. 13: "Det er der det skulle ha vært hele tiden" (31.30-32.00):

Gyllent øyeblikk Grad 4:

Det starter med at P opplever noe godt i ryggen som; 31.30; P; "... det er liksom godt...akkurat som...det er der det skulle ha vært hele *tiden*". Her løfter P sin erfaring opp ett nivå til å gjelde utover selve øvelsen i øyeblikket, og hun smiler og ler lett. T's hender er på og T anerkjenner og gjentar P's innsikt, som også er en anerkjennelse av P's egenopplevelse; T; "kjempebra...mmm..der skulle du vært helst hele tiden..(P; jahh) /P ler litt".

P mestrer øvelsen og erfarer det T ønsker for henne. P sammenligner med historien og erkjenner at slik skulle det ha vært hele tiden for å kunne ha det bedre.

- Øyeblikk nr 14: "Det tror jeg er rett" (34.00-35.00)

Gyllent øyeblikk som glapp, Grad 5:

Deretter blir øvelsen vanskeligere og P får det ikke til. Hennes uttrykk blir mer alvorlig (A og B), og hun verbaliserer sin opplevelse av ikke-mestring med åpent ansikt (C). De prøver øvelsen igjen og P blir mer alvorlig (A-minus). P klarer ikke å slippe halen/bekkenet ned uten å stramme andre muskler, og hun ser antagelig det ironiske i at hun tidligere ikke har vært sikker på hva hun har kjent i kroppen; 34.00; T; "...føler du deg at du er tilbake ii...nå?". P; "nå føler jeg at jeg er...at det ikke er den gode eee..greia her (nei)...det tror jeg er rett (ja); P viser med hendene og har aktiv ansiktsmimikk (B-pluss), P vipper hodet bakover og ler.

Nå fortsetter derimot T å prøve å hjelpe P til å mestre øvelsen, vha sine hender. Ansiktet til P blir mer alvorlig (A-pluss) og hun får det fortsatt ikke til. P står likevel med avspent kropp (I).

Begge blir stille og ettertenksomme. Her går T glipp av et potensielt gyllent øyeblikk fordi hun er mer opptatt av selve øvelsen enn P`s faktiske nye mestring i å kjenne hva som skjer/ikke skjer, uttrykke det verbalt OG stå i sin mislykkethet med trygghet og avspent kropp og pust!

- Øyeblikk nr. 15: ”Nå sa du det egentlig veldig fint” (35.30-36.30):

T griper det terapeutiske øyeblikket, Gyllent øyeblikk Grad 4,:

T stiller seg foran P og fortsetter å forklare hvorfor det ble som det ble for P og avrunder med at; 35.00, T; ”..men det (P; ja) det..mmm..ja..er vel noe du kan jobbe mer med...(P; det er en utfordring)..det er en utfordring”. P tåler å stå i en situasjon av å ikke mestre, fordi hun nettopp har erfart at det kan hun tåle (se over), og P løser situasjonen med å ta T`s utfordring med et smil og latter. P setter deretter ord på hvorfor hun ikke får det til. T anerkjenner og gjentar (lys grå og gul koding i transkribert lydopptak), og løfter hennes utsagn opp ett nivå (som P egentlig gjorde selv uten å vite det); 35.30; P; ”der føler jeg at det..men nå må jeg bevisst..eee...jobbe for *det* (ja) for nå finner jeg ikkeee...at det er der naturlig av en eller annen grunn”. T fanger opp det terapeutiske øyeblikket og muligheten, og anerkjenner P`s utsagn, gjentar og omformulerer og utdyper P`s innsikt, og anerkjenner igjen (36.00); T; ”... for nå sa du det egentlig veldig fint..det er unaturlig av en eller annen grunn...og det er fordi du ikke er vant til det...det har ikke vært din vanestilling”...”så det er helt riktig..”.

Langvarig blikk-kontakt fra P`s side i forkant av dette øyeblikket; hun følger nøye med og tar til seg innsikten T bekrefter henne på.

- Øyeblikk nr. 16. ”Jeg klarer ikke å slappe av i knær og lår eller noe akkurat nå” (36.00-37.00) :

Mulig terapeutisk gyllent øyeblikk Grad 5 som glipper:

De snakker noe mer om erfaringen med øvelsen, og ved 36.35 kjenner T på patella og P ser underfundig ned på T, hun ler og smiler, snakker tydelig og er trygg i sin utilstrekkelighet i forhold til øvelsen hun ikke mestrer. Her tolker jeg et lite brudd i intersubjektiviteten. T sjekker ut om patellae er løse etter at P har sagt at hun ikke ”klarer..å slappe av i knær og lår eller noe akkurat nå” /E, F og H i transkripsjonen dvs smil, latter og medbevegelser i kropp/”, noe som er relevant å sjekke for en psykomotorisk fysioterapeut for å finne ut i hvilken grad P står med avspente ben eller ikke. For P fortøner det seg kanskje underlig at noen midt i en

samtale med gripende innsikt plutselig bøyer seg ned og kjenner på kneskjellene, og P tillater seg å vise det med et vennlig og for et øyeblikk undrende blick og ansiktsuttrykk. Samtidig skal ikke denne lille seansen overtolkes, da P har gått i behandling tidligere og er kjent med gangen i øvelsene og en terapeuts palpasjonsgrep.

- Øyeblikk nr. 17 ”Det er ikke så verst da” (36.30-37.05):

Mulig gyllent øyeblikk Grad 5 som glipper:

P skal deretter til å utdype sin innsikt verbalt men blir avbrutt av T (36.50); P; ”det er ikke så verst da men jeg kjenner i forhold til (*mmm*)” ; T avbryter med et tydelig ”mmm”. P blir umiddelbart alvorlig i ansiktet (**A-minus**) og knyter høyre hånds fingre. T redder det hele ved å avrunde med nok en anerkjennelse av P og oppsummering av det hun faktisk mestret tidligere i øvelsen; 37.00, T; ”du fikk det til (ja) ja”, og P gjentar anerkjennelsen; P; ”jeg har vært innom/P ler litt” (37.15).

- Øyeblikk nr. 18 ”slippe i hendene dine” (37.30-37.50):

Kritisk øyeblikk?

Helt til slutt reagerer P negativt på T`s oppfordring om å slippe i hendene når T oppdager at P står med høyre hånd knyttet sammen; 37.30; T; ” det å stå og få til disse endringene (*mmm*) er jo vanskeligere enn når du sitter eller ligger (*mmm*) nå står nå må du ta med hele apparatet (*mmm*) i stående stilling (*mmm*)...*mmm*...slippe i hendene dine...*mmm*..jah..fiint (*mmm*)”. Her skårer P **A-minus** samtidig som hun trekker pusten kort og holder den inne. Her ble antagelig P ukomfortabel med T`s forsøk på å forklare sammenhenger, og viste det med et kroppslig uttrykk, og hun følte seg kanskje kritisert som om hun hadde gjort noe galt da hun plutselig ble ”avslørt” i å knyte høyre hånd. Dette lille kritiske øyeblikket fikk ingen konsekvens for neste sekvens som jeg kan se. Det kan ha noe med å gjøre en total endring i øvelse; fra stående på gulv til over på benk, noe som blir som en ny start med nye muligheter for P til å mestre.

4. 5. 7 Del 7 (37.50-41.33; Langssittende/rulle ned) og

Del 8 (41.34-43.57; Ryggliggende):

Del 7 og 8 er arbeidsfase og har ingen store verken negative eller positive øyeblikk. På filmen kommer det frem at P er særdeles innstilt på og oppmerksom på T, når T lurte på hvilken stilling P skal ha på benken. Da filming av del 8 ble avbrutt midt i øvelsen, og jeg ikke ser noen episoder av betydning for problemstillingen, velger jeg å ikke legge vekt på del 7 eller 8.

5.0 Diskusjon:

Problemstilling; Hvordan kommer intersubjektiv samhandling og Gylne øyeblikk til syne mellom pasient og fysioterapeut i en behandlingstid med Norsk Psykomotorisk fysioterapi?

- Hvilke faktorer karakteriserer og fremmer den intersubjektive samhandlingen?
- Hva karakteriserer gylne øyeblikk og tiden forut og i etterkant?
- Er det noen forskjell på intersubjektiv samhandling og gylne øyeblikk? Kan gylne øyeblikk forklares som en bestemt form for intersubjektiv samhandling?
- Hva kjennetegner eventuelt kritiske øyeblikk?
- Kan kritiske øyeblikk føre til gylne øyeblikk?
- På hvilken måte kan terapeuten legge til rette for intersubjektiv samhandling og gylne øyeblikk i terapirommet?

5.1 Øyeblikk og tid:

Fenomenet ”øyeblikk” i denne studien har vist seg å vare langt lengre i tid enn tiden det tar å blunke med ett øye. Stern (2007) beskriver et ”her og nå-øyeblikk” som noe som varer fra 1-10 sekunder og i gjennomsnitt tre til fire sekunder. Definerte ”øyeblikk” i denne studien har vist seg å vare fra 20 – 84 sekunder, med de fleste øyeblikkene definert til å vare i ca 30 sekunder. Kriteriene for et øyeblikk`s start og slutt er dog ikke fastsatt annet enn at den tidsmessige definisjon er basert på skjønn i forhold til transkribert materiale sett i sammenheng med videofilmen. Oppdelingen av transkripsjonen i deler à 30 sekunder kan ha vært med på å forme øyeblikkene til å stort sett vare i ca 30 sekunder.

Det ville ha vært u hensiktsmessig å kun analysere mikro-øyeblikker i denne studien. Det er ikke øyeblikket i seg selv som har betydning, det er øyeblikket/-ene i en situasjon av

betydning for P og hva som kjennetegner og fører til slike ”øyeblikk” som er relevant å studere. Stern (2007) refererer til Husserl når han omtaler et nå-øyeblikk som et lengre opplevd nå i tre deler; nåets fortid, -nåtid og –fremtid. Øyeblikket for P her og nå preges av hennes fortid inkludert hennes implisitte viten, og selve øyeblikkets nærliggende fortid. Den nære og/eller fjerne fortiden viser seg i øyeblikket i relasjon med T i form av hvordan P står i det som skjer og punktuierer situasjonen (Ulleberg, 2004). I fremtiden ligger et håp om noe annet, noe nytt og mer helsefremmende for P, initiert av terapien, relasjonen og kommunikasjonen mellom T og P og konteksten med øvelsene. Det ene lille gylne øyeblikket kan påvirke det som skjer i neste omgang. Et gyllent øyeblikk grad 2 kan bli den historiske delen av nå-øyeblikket i neste gylne øyeblikk grad 4, og grad 4- øyeblikket en potensiell fremtid for nå-øyeblikket i grad 2.

Det er langt flere definerte gylne øyeblikk enn kritiske øyeblikk å finne i materialet, med 12 positivt ladete situasjoner (nr. 1, 3, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16 og 17) inkludert 3 som ser ut som de glipper for T (nr. 14, 16 og 17). Til sammenligning er det 6 mer eller mindre kritiske øyeblikk (nr. 2, 5, 6, 8, 11 og 18).

5. 2 Gylne øyeblikk Grad 1 og 2:

3 av de gylne øyeblikkene er i grad 1 (nr. 1, 3 og 9), og 2 i grad 2 (nr. 4 og 10). Begge gradene handler om P's mestring i en øvelse og tilhørende erfaring lokalt og/eller i hele kroppen, som spontant uttrykkes verbalt. Grad 1 og 2 er ikke å anse som store eller svært betydningsfulle øyeblikk i seg selv for denne pasienten, da hun har relativt god kroppsbevissthet og evne til isolerte bevegelser. Øyeblikkene ble kategorisert som en lavere grad av et definert betydningsfullt og gyllent øyeblikk for pasienten med tanke på at de kunne være viktige skritt frem mot større og mer betydningsfulle øyeblikk. Min gradering av øyeblikkene understøttes av Stern (2007) som mener at forskjellige nå-øyeblikk har ulik viktighet. Stern vektlegger de små øyeblikkene som skritt for skritt kan føre til en forandring på det lokale nivået i psykoterapien. Jeg antar det samme kan gjelde innen NPMf.

Øyeblikk nr 1, 3, 4 og 9, 10 omhandler mestring i kropp lokalt og helhetlig. Vi ser at grad 1 (nr. 1, 3 og 9) kommer rett før grad 2 (nr. 4 og 10), noe som kan tyde på at bevissthet rundt

hva som skjer lokalt i en kroppsdel inkludert verbalisering og beskrivelse av opplevelsen av mestring, er et nødvendig grunnlag for å kunne utvide oppmerksomheten til å gjelde i hele kroppen samtidig. I øyeblikk nr 10 forenes grad 1 og 2 i en spontan veksling mellom oppmerksomhet lokalt (tyngden ned i føttene) og helhetlig ("den lille dansen"). Disse små byggesteinene i terapien kan sees på som like viktige som de store gylne øyeblikkene, som et potensielt grunnlag for at noe mer overskridende og omstillende i forhold til innsikt og ny-læring kan skje. Stern (2007) mener at følelsen av nåhet (min kommentar; å være oppmerksomt tilstedeværende i det som skjer her og nå) er en subjektiv prosess som krever en fornemmelse av selv. På denne måten kan både små og store øyeblikk være av betydning for pasientens utvikling av selvfølelse.

5. 3 Gylne øyeblikk Grad 3 og 4:

Øyeblikk nr. 7, 12, 13 og 15 ble skåret til Grad 4. Ingen øyeblikk ble plassert i Grad 3, noe som henger sammen med at å løfte en kroppslig erfaring opp ett nivå til å ha overføringsverdi til livet generelt, og derigjennom lære og erkjenne noe nytt, ifølge Bateson (1972) kun kan skje via forskjellene vi oppfatter. Vi forstår alltid noe i forhold til noe annet og ikke isolert (Ulleberg, 2004). Grad 3 forutsetter derfor at opplevelsen sammenlignes med historien for at opplevelsen i øyeblikket skal kunne utvikle seg til ny lærdom og erkjennelse på et høyere nivå, som i gylne øyeblikk av grad 4. Pasientens historie, implisitte kunnskap og levde liv frem til selve øyeblikket for ny lærdom, er det eneste hun har å sammenligne med. I nuet og i fremtiden ligger mulighetene for nye erfaringer og erkjennelser.

De 4 øyeblikkene med grad 4 er plassert ca midt i behandlingstimen (ca 15-35 minutter), og bygger på P`s tidligere øyeblikk av grad 1 og 2.

Øyeblikk nr 7 skiller seg noe ut ved at situasjonen ikke bare inneholder P`s nye erfaring og innsikt, men også inneholder et aspekt av å stadfeste likeverdet i relasjonen mellom T og P. I forkant av det gylne øyeblikket forenes T og P i latter over P`s usikkerhet om hva som er oppå, bakpå eller frempå sitteknutene, på P`s initiativ (hun ler av seg selv). T fanger opp muligheten i øyeblikket og starter en pedagogisk og likeverdig dialog med P angående hva hun kjenner, med lukket, ledende og åpent spørsmål, i nevnte rekkefølge. Dialogen kuliminerer i ny innsikt for P i forhold til hva som er hennes vanestilling i forhold til hva som

er midt oppå sitteknutene. Denne likeverdige stadfestelsen bekreftes igjen av T og P ved tid 1700, noe som viser at P tar ansvaret for egen sansing og oppfattelse i kroppen; de anerkjenner hverandres påstand og mening likeverdig, se Del 2 e i analysen. Her kommer det tydelig frem viktigheten av at deltagerne i en terapitime, på et grunnleggende plan må se den andre som et subjekt med en atskilt indre verden med egne likeverdige perspektiv og intensjoner for at relasjonen skal kunne sies å være av intersubjektiv art (Binder et.al., 2006).

Benjamins (1994, 2004) beskriver samspill kjennetegnet ved en gjensidig opplevelse av den andre som subjekt som intersubjektivt samspill, med rom for å tenke, føle og snakke om hva som foregår mellom dem. Denne gjensidige anerkjennelsen er en forutsetning for endringsfremmende og forløsende måter å være sammen på, noe som skjedde i øyeblikk nr 7 for P. Bateson (Ulleberg, 2004) sier vi alltid kommuniserer, og vi kommuniserer alltid om både innhold og forhold dvs relasjonen og hvor vi står i forhold til hverandre. Forholdsaspektet mellom T og P kan derfor sees som en medvirkende faktor som legger til rette for gyldne øyeblikk for P av grad 4 med nye erfaringer og innsikt i sammenhenger som har overføringsverdi til andre nivåer.

Den nye kunnskapen har ikke bare betydning for fremtiden, selv om det er der det terapeutiske potensialet ligger, men vil også ha betydning for fortiden da betydningsfulle øyeblikk ifølge Stern (2007) er tre-delt, med nåets fortid, - nåtid og fremtid. Det gyldne øyeblikk er skapt av et stykke arbeid i nåtiden, farvet av fortiden og intensjonalt rettet mot fremtiden mot noe nytt og annerledes enn det som var gjeldende i fortiden. Denne prosessen viser seg gjennom verbaliseringen av det som sanses, som Merleau-Ponty ser det; at tanken fullbyrdes gjennom å uttrykkes vha språket vårt, som igjen er et kommunikativt forhold til den andre og ikke bare et uttrykksforhold (Østerberg, 1994).

Analysen av studiens materiale kan tyde på at erfaringen i nå-øyeblikket har potensiale i seg til å reise i tid; å reise frem i tid for å påvirke fremtiden slik pasienten ønsker den skal bli, å reise tilbake i tid med nåets erfaringer ferskt i minne som sammenligningsgrunnlag for å kunne forklare, forstå, nyansere og om mulig punktuere sin historie annerledes, på en mer logisk og aksepterende måte. Å oppleve at historien kan verbaliseres sett i lys av nåets

erfaring, blir en endring og nylæring som kan gi rom for å sørge over fortiden, bearbeide den og holde fokus i nåtiden, intensjonalt rette mot fremtiden.

Jeg tolker pasientens verbale og kroppslige uttalelse i Øyeblikk nr 12 ("Jeg har litt sånn sterke ben...det har jeg ikke hatt før"; Gyllent Grad 4) som et svært viktig øyeblikk der hennes fortid og fremtid begrepsfestes og integreres i nå-tiden. Hun viser varierende ansiktsuttrykk fra alvorlig og beveget til glad og lettet, samtidig som kroppen er avspent, pusten slippes til og hånden knyter seg noe. Det kan tyde på at det foregår et stykke arbeid i hennes indre på det ubevisste og bevisste plan, der kilden til prosessen er hennes verbaliserte erfaring i øyeblikket. Jeg tolker øyeblikket som læring på II-nivå (Ulleberg, 2004), der det skjer en vesentlig endring på et høyere nivå enn selve erfaringen. Pasientens tolkningsstil og hvordan man punktuerer en samspillsekvens vil være på nivå-II, ifølge Bateson (Ulleberg, 2004). Pasienten lærer hvordan hun kan lære; gjennom egen kropp og verbalisering av det hun sanser, sett i lys av sin historie, noe som kan gi håp for fremtidige muligheter.

5. 4 Gylne Øyeblikk Grad 5:

Gylne øyeblikk av grad 4 med løfting av erfaringen opp ett nivå til å gjelde generelt i livet var inntil øyeblikk nr 14 dukket opp, den mest gylne og lærerike opplevelsen P kunne ha i denne behandlingstimen som det viste seg i analysen av materialet. Å øke skalaen med én ekstra grad tvang seg fram da 3 situasjoner tett etter hverandre på slutten av behandlingstimen åpenbarte seg som noe annet og mer betydningsfullt for P enn det hun erfarte i situasjoner med grad 4. Grad 5 er på en måte motsatt av og mer kompleks og omfattende enn grad 4. Grad 5 innbefatter at P har adekvat kroppsbevissthet lokalt og helhetlig i øvelsen hun forsøker å få til i samarbeid med T. Hun kjenner i kroppen at hun ikke mestrer øvelsen som T ønsker for henne, hun uttrykker sin erfaring av å ikke mestre, hun kjenner hvor i kroppen hun må spenne musklene for å finne den ønskede stillingen med bekkenet og hun kjenner at bekkenstillingen gjør godt for ryggen og resten av kroppen. Hun står i situasjonen med avspent kropp og respirasjon, med smil og latter antageligvis i fryd over å mestre det å ikke mestre. I kontrast til tidligere gylne øyeblikk grad 1 og 2 hvor hun i tidlig fase av behandlingstimen var avhengig av T's anerkjennelse og bekreftelse for å stole på sin kroppslige erfaring, til litt senere å selv kunne sette ord på det hun erfarte og eventuelt etterspørre bekreftelse om hun følte seg usikker, til å stå støtt i en situasjon av å ikke mestre, fryde seg over å oppdage hvor fint det går å ikke mestre, observere at T kanskje ikke ser

denne delen av hennes gylne øyeblikk og erfarer derigjennom at hun ikke er avhengig av andre (T) for å stole på sin oppfattelse og sansing fra egen kropp.

Dette er et helt og holdent gyllent øyeblikk for P, og uttrykt via kroppen, ansiktet, blick og lyder (latter). Verken T eller P verbaliserer fenomenet. Øyeblikket blir derved ene og alene hennes, noe som antagelig forsterker opplevelsen av selvstendighet og tillit til egen sansing og erfaring.

Det neste skritt i terapien kunne ha vært å sette ord på det som skjer i Øyeblikk 14, 16 og 17. Samtalen ville da ha blitt nå-øyeblikkets fremtid, med verbalisering av kroppens sansing og erfaring sett i lys av konteksten. Paradoksalt nok er disse øyeblikkene avhengig av terapeutens manglende fokus på hennes evne til å tåle sin egen ikke-mestring, som en kontrast til og sammenligningsgrunnlag som direkte gjør det mulig for pasienten å kjenne hva som faktisk skjer. Vi forstår alltid noe i forhold til noe annet da det er forskjellene vi oppfatter (Bateson, 1972).

Hva var det som gjorde det mulig for P å komme frem til en slik erfaring av å kunne avslappet stå i det å ikke mestre?

Øyeblikk av grad 5 oppsto for første gang i øyeblikk nr 14, ca 35 minutter ut i timen. Det har i forkant vært en gradvis utvikling med Gylne øyeblikk av grad 1, 2 og 4, og noen mindre kritiske øyeblikk. De tre terapeutiske gylne øyeblikkene glapp, og gjennom denne glippen ble det mulig for P å erfare noe nytt på et dypere plan med implisitt kunnskap som følge, kanskje på Batesons nivå III (Ulleberg, 2004), sett i lys av P's historie og mestringsstrategi med å fortrenge egne behov og opplevelser. Som Ulleberg fremhever (2004); Bateson's nivåer i hans teori om kommunikasjon kan påvirke og endre hverandre; budskap på ett nivå kan hjelpe oss å forstå budskapet på et annet nivå. Erfaringen i Gylne øyeblikk grad 1 og 2 har antagelig lagt til rette for erfaringene i Gylne øyeblikk Grad 4 og 5.

P har gjennomgående hatt behov for verbale anerkjennelser og bekræftelser av sine mer eller mindre tydelig verbaliserte opplevelser av mestring, for å kunne utnytte sine erfaringer til å nå ny innsikt i form av grad 4 og 5. Erfaringene av grad 5 var dog uten støtte eller verbalisering verken fra T eller fra P selv, og hun viser med hele kroppen og ansiktet at opplevelsen er frydefull, og hun morer seg over at dette er noe hun har klart å oppnå selv, uten bistand der og da fra terapeuten.

Opplevelsen må kunne sies å være bevisst da den viser seg så tydelig i hennes kroppslige uttrykk. Situasjonen kan for P sees på som en førstehåndserfaring, som Thornquist (2003) fremhever fra Merleau-Pontys kroppsfenomenologi, med kroppen som sentrum for erfaringen.

5. 5 Kritiske øyeblikk

Mer eller mindre kritiske øyeblikk i materialet oppstår flere ganger og jevnt fordelt utover i behandlingstimen. Bateson fremhever, som nevnt tidligere, at vi alltid forstår noe i forhold til noe annet og ikke isolert (Ulleberg, 2004). P's muligheter til å sammenligne sine erfaringer på kan forklares i tre nivåer; For det første hennes levde liv og historie dvs hennes kognitive og kroppslige mønstre med implisitt og eksplisitt kunnskap der fortiden blir referanse og sammenligningsgrunnlaget for det som skjer i nå-øyeblikket, med tilhørende potensiale i seg til å endre fremtiden i forhold til hva fortiden hadde å by på. Bateson (1972) definerer ordet læring med forandring i en eller annen form.

For det andre; gjentakelsen av kritiske øyeblikk avløst av et dominerende antall gygne øyeblikk vil i behandlingstimen sett under ett kunne bidra som en historiske referanse og fortid for øyeblikket som igjen skaper forandring og nye erfaringer og innsikt; det er dobbelt så mange gygne som kritiske øyeblikk i behandlingstimen, og flertallet av de gygne øyeblikkene (grad 4 og 5) har overføringsverdi og er av stor betydning for P's utvikling mot bedre helse.

For det tredje kan hvert enkelt kritisk eller gyllent øyeblikk mikroanalyseres og ha sin lille og tidsnære fortid, nåtid og fremtid, som Stern (2007) benevner det i sin bok "Her og Nå: Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv", der hvert betydningsfulle øyeblikk varer fra 1-10 sekunder. Omfanget av denne studien har ikke gitt rom for en slik detaljert mikroanalyse av de kritiske og gygne øyeblikkene identifisert i materialet.

De kritiske øyeblikkene som er markert i analysen har noen felles trekk; Det er liten grad av blick-kontakt, og /eller de mister hverandre i et eller flere forsøk på å oppnå øyekontakt. Situasjonene er generelt preget av at P ikke mestrer øvelsen og ikke uttrykker det verbalt, eller at T ikke verbaliserer det hun kanskje ser av manglende forståelse eller komfort i situasjonen

hos P. P dobbeltkommuniserer i slike øyeblikk, som jeg tolker det; hun sier med bekreftende ord og lyder til T at hun er med på T's tankegang og forklaring rundt en øvelse, mens hun med ansikt og grimaser eventuelt stivhet i kropp viser noe annet. Bateson er opptatt av kommunikasjon i nivåer, og ville ha kalt P's analoge kommunikasjon som avvikende fra ordene hun bruker, når hennes verbale uttrykk sier noe annet enn det hun uttrykker med kroppen.

Dobbeltkommunikasjon kan sees på som et symptom på eller årsak til lavere grad av intersubjektiv samhandling. Det samme vil jeg si om manglende blick-kontakt og monolog mer enn dialog i kommunikasjonen mellom T og P. Det kommer frem av materialet at P's diskomfort i sammenheng med kritiske øyeblikk, ofte oppstår når T demonstrerer en øvelse parallelt med monolog mer enn dialog, og lav grad av blick-kontakt mellom T og P. Sistnevnte vil være naturlig og nødvendig ut i fra noen øvelses art, som når T viser sirkelbevegelse med bekkenet med sin side vendt mot P i Øyeblikk nr 6 (kritisk). Dette er dog ikke tilstrekkelig til å skape en mis-match i intersubjektiviteten mellom T og P. Som nevnt i analysen er det mulig å ha god arbeidsfase og god intersubjektiv samhandling uten hverken hender på eller blick-kontakt.

I øyeblikk nr 6 (kritisk) viser det seg et ekstra forstyrrende moment i kommunikasjonen; at også T, som det antagelig synes for P, til dels dobbelt-kommuniserer. Hun viser med sin kropp noe annet enn det hun sier hun gjør og oppfordrer P til å gjøre, sett utenifra ved analyse av filmen. Tanken bak valg av ord fra T's side er forståelig ut i fra en fysioterapeuts synspunkt. Øvelsen er et ledd i å finne balansen over bekkenets midtstilling. T drar deretter inn en beskrivelse for å gi øvelsen overføringsverdi til andre ting i livet, noe som ser ut til å forvirre P ytterligere. Det kan være i bakgrunn med at for å ta til seg nye erfaringer fra sanseapparatet og ny innsikt og lærdom, må P være fullt og helt oppmerksomt tilstedeværende i det prosjektet hun og T er i sammen, dvs intersubjektivitet må være tilstede i en form som psykologen Benjamins (Moltu og Veseth, 2008) kaller for "tredjehet"; et intersubjektiv rom som skapes sammen av T og P, hvor de kan tenke, føle og snakke om hva som foregår inne i dem og mellom dem. Jeg kan ikke se at disse forutsetningene er oppfylt i de øyeblikkene jeg har identifisert som kritiske. Delvis pga P's valg om å holde tilbake sine erfaringer og frustrasjoner, delvis fordi T av og til ikke ser hva P uttrykker nonverbalt pga

manglende blikk-kontakt eller at det faktisk er vanskelig å få tak i P's subtile signaler fra kropp og ansikt når ordene sier noe annet.

T fanger dog flere ganger opp signalene fra P, og potensielt kritiske øyeblikk forløses i befriende latter og deretter i en eller flere gylne øyeblikk. Øyeblikkene definert som kritiske i denne studien, er ikke kritiske som definert av Stern (2007); Stern snakker om kritiske følelsesladete nå-øyeblikk som reiser spørsmål ved forholdet mellom terapeut og pasient. Behandlingstimen viser ingen situasjoner der relasjonen mellom T og P står på spill, da det stort sett er god intersubjektiv samhandling mellom T og P, og de er begge fokusert på felles oppgave og mål. Det som vises i store trekk fra behandlingstimens start til slutt, er en utvikling hos P fra å undergrave sine egne erfaringer i kroppen og være avhengig av T's "fasit", til å gradvis ta over ansvaret for egne opplevelser og erfaringer i kroppen med fortsatt behov for bekreftelser og anerkjennelser, noe T gir i store mengder, til å frigjøre seg fra T som den som vet best, og trygt kunne stå i sine egne erfaringer uten anerkjennelse fra T og samtidig se at hun selv opplever noe stort som T faktisk ikke er med på. Sistnevnte, fra øyeblikk 14, 16 og 17, er å anse som pasientens mest Gylne øyeblikk i behandlingstimen, med erfaringer som antagelig har størst potensiale i seg til å bedre hennes helse i fremtiden.

T har systematisk og gjentakende bidratt til P's prosess gjennom å konstant anerkjenne og verbalisere med gjentakelser og omformuleringer P's kroppslige erfaringer. T har flere ganger forsøkt å løfte erfaringene opp ett nivå for P, noe som viste seg utfordrende i starten av behandlingstimen, men som lyktes godt i midten og slutten av timen, i øyeblikk nr 7, 12, 13 og 15 som er Gylne øyeblikk grad 4. T's måte å kommunisere med P på er å anse som Aktiv lytting; - lytting, - gjentakelse, - bekreftelse, -reformulering av pasientens budskap. Den gode samtalen med bekreftelser og gjentakelser kjennetegnes ved aktiv lytting, der man ser på hverandre som likeverdige subjekt (Thornquist, 2009).

Studien har vist hvor viktig god intersubjektiv samhandling og verbalisering av det som faktisk skjer i behandlingstimen faktisk er for å legge til rette for endring og nylæring hos pasienten. Samtidig synes studien å fritta terapeuten for krav om å alltid være tilstede for P, da dette nærmest er umulig, og samtidig et viktig element i pasientens prosess mot selvstendigjøring og tillit til egne erfaringer og opplevelser uavhengig av om terapeuten anerkjenner og bekrefter pasienten eller ikke. Studiens Gylne øyeblikk ses i lys av andre

varianter av samhandling, med mer nøytrale arbeidsfaser som et godt grunnlag for terapitimen, og mer eller mindre kritiske øyeblikk som en direkte kontrast til de overtallige Gylne øyeblikkene for pasienten i behandlingstimen.

5. 6 Terapeutens innvirkning; hender, blikk, stemme, dialog, spørsmål:

T's adferd i gylne øyeblikk av grad 1 og 2, og til dels 4 har noen klare fellestrekk. T har hyppig og i lengre perioder sine hender på P's kropp, og palperer og guider henne inn i ønsket bevegelse. Det er større grad av blikk-kontakt mellom T og P i forkant av og under gylne øyeblikk grad 1-4 enn ved mer kritiske øyeblikk. Å se hverandre inn i øynene er ikke avgjørende for et godt intersubjektivt samspill mellom T og P, noe som viser seg i Del 3; "Slapp-stup-stående", i transkripsjonen av filmens visuelle del, som har et gjennomgående godt samspill og kommunikasjon mellom P og T, der P virker trygg og avslappet. T har ofte hender på, noe som viser hvor viktig dialogen med terapeutens hender kan være for samspillet og P's opplevelse. Øvreberg (1997) fremhever at samtalen ikke kan skilles fra øyeblikkets bevegelse og T's hender i kontakt med pasientens hud, noe øyeblikk nr 3 og 4 (Gylne grad 1 og 2) kan tyde på.

I Del 4 b, Gyllent øyeblikk nr 10; "Den lille dansen", er det verken blikk-kontakt eller kontakt mellom P og T's hender. P står med lukkede øyne, som antagelig også T periodevis gjør (det vises ikke alltid på filmen hva T gjør). Den intersubjektive samhandlingen mellom T og P tolkes som særdeles god, spesielt i Gyllent øyeblikk nr 10 der P umiddelbart forstår hva T snakker om. Øyeblikket er gradert til Grad 2 da P veksler sitt fokus fra lokalt i føttene til i hele kroppen og tilbake igjen. Gyllent øyeblikk nr 10 blir stående i en særstilling, som en avansert form for Grad 1 og 2, der P står i opplevelsen og samspillet med T, uten øyekontakt og uten hjelp fra T's hender. Sett i lys av at alle øyeblikk kan sies å ha en historisk del i seg (Stern, 2007), kan studiens materiale og analyse tyde på at Del 3 (slapp-stup-stående) med mestring for P og god intersubjektiv samhandling mellom T og P la til rette for en ny opplevelse og innsikt hos P i Del 4 b. Situasjonen må ha vært et vellykket terapeutisk og gyllent øyeblikk for T, der hennes kunnskap og intensjon for øvelsen manifesterte seg i P's opplevelse. Etter Gyllent øyeblikk nr. 10 skjer det et sprang i P's utvikling; det oppstår flere situasjoner som er gradert til Gylne øyeblikk Grad 4 og 5.

Type spørsmål viser seg å være av mindre betydning i denne behandlingstimen. Det er antydning til flere åpne spørsmål enn lukkede og ledende i forbindelse med og i forkant av gyldne øyeblikk. Det kan virke som både lukkede og ledende spørsmål stilt til riktig tid i forhold til T's intensjon for P's utvikling er vel så viktig. Det T gjør kan gjenkjennes som "Aktiv lytting" (Thornquist, 2009), som innebærer – lytting, - gjentakelse, - bekreftelse, og - reformulering av pasientens budskap. Det er registrert flere runder med ingrediensene i Aktiv lytting i tilknytning til øvelsesdeler med Gyldne øyeblikk, sammenlignet med situasjoner mer lik kritiske øyeblikk.

T og P snakker med samme hastighet og bruker samme teknikk med å legge trykk på viktige ord i verbaliseringen av erfaringer, og løfte tonen på stemmen ett hakk lysere mot slutten av en setning, noe som kan virke vennlig og inkluderende på hverandre; de speiler hverandre.

5. 7 Reliabilitet, intern og ekstern validitet:

Beskrivelse av teoretisk forforståelse som studien bygger på, og beskrivelser av metoder for analyse av materialet, er forsøkt å være så detaljert og oversiktlig som mulig, for å ivareta studiens reliabilitet. Reliabilitet innebærer bl.a. at forskeren reflekterer over konteksten for innsamling av data, og hvordan relasjonen til informantene kan influere på den informasjonen forskeren får (Thagaard, 2010). Reliabilitet sier noe om i hvilken grad en annen forsker ville ha kommet frem til samme resultat. I kvalitativ forskning er dog repliserbarhet opp imot en nøytral "sannhet" selvmotsigende med teoretisk forforståelse til grunn for studien som vektlegger at mennesket alltid kommuniserer i en relasjon, og at hvordan vi persiperer og tolker fenomener, situasjoner og samspill er subjektivt (Ulleberg, 2004). Studien og tolkning av data vil derfor også være preget av forskerens livsverden og forhåndskunnskap til konteksten for behandlingstimen og til informantene. Det kan slå positivt ut for analysens reliabilitet med tanke på forskerens kjennskap til P og T's uttrykk og væremåte, men også hindre forskeren i å se det som potensielt kunne ha vist seg fra informantene.

Studiens validitet sier ifølge Silverman (2006) noe om resultatene av undersøkelsen representerer den virkeligheten vi har studert. Om forskerens tolkninger av fenomenet som studeres er gyldige i forhold til virkeligheten og overførbar til andre lignende fenomener, sier Thagaard (2010) at studien er av tilfredsstillende ekstern validitet. I denne studien vil overføringsverdien kunne diskuteres da hver enkelt pasient har sin forskjellige historie med

sine forskjellige måter å samhandle på i en relasjon. Det som for en pasient kan være positivt med for eksempel blikk-kontakt, hender på, forklaringer, å få mange spørsmål, kan i varierende grad være av betydning for en annen. I dette tilfellet er P stadig søkende etter blikk-kontakt, og responderer positivt på T's hender som viser vei i øvelser. Hun responderer også positivt på ledende og åpne spørsmål i forhold til hva hun selv føler og opplever, når T sjekker status og viser omsorg, og når T anerkjenner henne direkte og indirekte med positivt ladete ord og gjentar P's egne verbale beskrivelser av sine erfaringer. Studien kan ha overføringsverdi om det som observeres og tolkes er tilpasset P's behov i en behandlingstime, for å oppnå intersubjektiv samhandling av god kvalitet, og legge til rette for nye erfaringer og endring med tilhørende nylæring i gylne øyeblikk for P.

Ifølge Malterud (2011) er et godt teoretisk forarbeid og trinnvis analyse viktige virkemidler for å styrke den interne validiteten av en kvalitativ studie. Gylne øyeblikk av grad 4 og 5 dukket opp i analysens siste del og var ikke noe som kunne defineres før analysen startet. Å gradere øyeblikkene var noe som viste seg nødvendig etter hvert som materialet ble systematisert og analysert. Denne trinnvise og tilpassede analysen har ført til mer detaljert kunnskap om betydningsfulle og Gylne øyeblikk i NPmf; hva øyeblikkene består av, hvilken betydning de kan ha for pasienten, og på hvilken måte terapeuten kan legge til rette for slike øyeblikk. Verden blir skapt av den som observerer og kan ikke oppfattes objektivt, ifølge Bateson's relasjonelle kommunikasjonsteori (Ulleberg, 2004). I den sammenheng kunne det ha vært interessant å intervju og kvalitetssikre det verbale og kroppslige uttrykket hos både pasient og terapeut ved f.eks et intervju rett etter filmopptaket. Dette ville også ha kunnet få frem den enkeltes opplevelse av hva som var av betydning i behandlingstimen. I denne studien var det dessverre ikke rom for en innsamling av en slik stor mengde data. Til studiens forsvar kan man si at en slik tilnærming til materialet med tett påvirkning fra informantene ville ha kunnet forhindre forskerens relativt frie og uforutinntatte tolkning av den intersubjektive samhandlingen og kommunikasjonen mellom terapeut og pasient.

Med kunnskap fra informantene er det ikke sikkert analysen ville ha ført frem til de interessante øyeblikkene på slutten av behandlingstimen; Gylne øyeblikk grad 4 og 5. Å intervju pasienter og/eller psykomotoriske fysioterapeuter ville ha kunnet belyse temaet fra et meta-perspektiv, noe som likevel ikke vil kunne avdekke hva som skjer i praksis i en

behandlingstid mellom terapeut og pasient. Den ubevisste måten å være på, å samhandle på, å kommunisere på, er noe som kan vise seg på film og i en analyse av film. Det som er vesentlig å forske på er pasientens oppfattelse av hva som skjer, og pasientens reaksjon på situasjonen i behandlingsrommet. Det er pasientens Gylne øyeblikk som er relevante, ikke terapeutens. Slik sett var ikke den tidvis manglende filmingen av terapeutens ansikt et savn, da pasienten i lys av konteksten ga mer enn nok informasjon til å utdype studiens problemstilling.

5. 8 Oppsummering diskusjon:

Studien viser tydelig hva som kjennetegner og fremmer god intersubjektiv samhandling og Gylne øyeblikk hos akkurat denne pasienten; hyppig blikk-kontakt, terapeutens hender på, hyppig anerkjennelse og bekreftelse av pasientens erfaringer og verbaliserte innsikt, dialog mer enn monolog, og terapeutens evne til å sjekke status om pasienten viser ubehag m/u dobbelt-kommunikasjon. Kritiske øyeblikk preges av fravær av overnevnte karakteristika. Studien viser en relativt systematisk og jevn utvikling i pasientens erfaringer og innsikt, i form av Gylne øyeblikk i en gradvis mer avansert form etter hvert som tiden løper i behandlingstiden. Den mest avanserte formen, Grad 5, blir i motsetning til Gylne øyeblikk Grad 1-4, ikke verbalisert av verken terapeut eller pasient. Det synes som pasienten bevisst erkjenner sin nye mestring og uttrykker det kroppslig dvs nonverbalt. Studiens resultater sett i lys av relasjonell kommunikasjonsteori kan tyde på at de Gylne øyeblikkene av Grad 5 til dels ble oppnåelige for pasienten takket være ikke bare de Gylne øyeblikkene grad 1-4, men også pga de mer eller mindre kritiske øyeblikkene som et ledd i å frigjøre seg fra behovet for terapeutens anerkjennelse og bekreftelse for å stole på egne opplevelser i kropp og sinn.

6. 0 Litteraturliste

Bateson, G. (1972): Steps to an Ecology of Mind. Ballantine, New York.

Benjamin, J. (2004). Beyond Doer and Done to: An intersubjective View of Thirdness. *Psychoanal Quarterly*, 73:5-46. (2004).

Benjamin, J. (1995). Like objects, love subjects. *Essays on recognition and sexual difference*. New Haven, CT: Yale University Press.

Benjamin, J., (1994). Recognition and destruction: an outline of intersubjectivity. I: S.A. Mitchell, & L. Aron (eds.), *Relational psychoanalysis. The emergence of a tradition*, (ss. 181-209). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Binder, P.E., Nielsen, G.H., Vøllestad, J., Holgersen, H & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 899-908.

Binder, P –E.(2002); Individet og Den meningsbærende andre; En teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald Winnicotts teori. Oslo: Akademika AS.

Binder, P-E.,(2000): Den meningsbærende andre i psykoterapi. Om å bygge en verden der det er mulig å føle og tenke. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, s.327-333.

Bunkan, B., Bulow-Hansen, A., et.al. (1995): *Psykomotorisk behandling*. Pensumtjeneste. Allkopi, Oslo.

Ekerholt, K. (2002): *Psykomotorisk fysioterapi – behandling og samhandling: psykomotoriske behandlingsprosesser belyst med pasienterfaringer*. Hovedfagsoppgave .

Fogel, A. (2001): *Infancy: Infant, family and society* (4 utg.). Belmont, CA: Wadsworth.

Fogel, A. (2003): *Remembering infancy: Accessing our earliest experiences*. I G. Bremner & A. Slater (red.), *Theories of infant development*. Cambridge, U.K.: Blackwell.

Goffman, Erving (2005): Interaction ritual. Essays in face-to-face behavior. Transaction Publishers, New Brunswick, New Jersey. Copyright 1967 by Erving Goffman.

Gretland, A., (2007): Den relasjonelle kroppen; Fysioterapi i psykisk helsearbeid. Bergen; Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Hauksdottir, N. (2004): Berøring – bevegelse tale og taushet: en studie av kommunikasjon i fysioterapipraksis. Hovedoppgave.

Hartmann, E. (2000): Fra drift til selv: Konsekvenser for dynamisk psykoterapi. I: Holte, A. m.fl. (red.) *Psykoterapi og psykoterapiveiledning*, Oslo: Gyldendal Akademisk, s.17-44.

Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002). The alliance. In J.C Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp 37-69) New York: Oxford.

Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning, forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskrift for Norsk Legeforening. Nr.25, 2002.

Malterud, K., (1996): Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Tano Aschehoug.

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

Moltu, C. & Veseth, M.; Fra det fastlåste til det forløsende – om å skape rom for endring i terapi. Tidsskrift for Norsk Psykologiforening, Vol.45, nr.8, 2008, s.932-938.

Norcross, J.C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University press.

Ogden, T. (2004): The analytic third: Implications for psychoanalytic theory and technique. *The Psychoanalytic Quarterly*, 73, 167-196.

Schibbye, A-L. L. (2002): En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie. Universitetsforlaget.

Schibbye, A.-L. L. (2009). Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi. Oslo: Universitetsforlaget..

Siegel, D.J. (1995): Memory, trauma and psychopathology: A cognitive science view. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 93-122.

Siegel, D.J. (1996): Cognition, memories and dissociation. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 5, 509-536.

Silverman, D. (2000). Analyzing Talk and text. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research Second Edition* (pp.821-834). Thousand Oaks: Sage.

Silverman, D.(2005). *Doing qualitative research*. Second edition. Sage Publications Ltd, London.

Stern, Daniel N. (2004, 2007): *Her og nå - Øyeblikkets betydning i psykoterapi og i hverdagsliv*: Oslo: Abstrakt forlag.

Stokkenes, G. (1997): Erkjennelse og anerkjennelse i psykomotorisk fysioterapi: en studie av verbal- og nonverbal kommunikasjon mellom pasient og fysioterapeut i to behandlingsforløp. Hovedoppgave.

Sylliaas, H. (2004): Hva med relasjonen mellom pasienten og fysioterapeuten i behandlingssituasjonen?: En kvalitativ studie med fokus på hvordan en gruppe fysioterapeuter omtaler og vektlegger relasjonen i behandlingssituasjonen. Hovedfagsoppgave.

Thagaard, T. (1998): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 3 utg. Fagbokforlaget, Bergen.

Thornquist, E., (2003): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

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

Ulleberg, I. (2004): *Kommunikasjon og veiledning; En innføring i Gregory Batesons kommunikasjonsteori-med historier fra veiledningspraksis*. Universitetsforlaget, Oslo.

Wampold, B.E. (2010). *The basics of psychotherapy*. Washington: American psychological Association.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D. (1967): Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. New York: W.W.Norton.

Øien, A.M.,(2010): Change and Communication; Long-Term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain. Doktorgradsoppgave.

Øien, A.M. (2012): Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring. Fagartikkel, Fysioterapeuten 3.13 Årgang 80.

Østerberg, D., (1994): Innledning i; Kroppens fenomenologi, Merleau-Ponty, M., (1994). Oslo : Pax Forlag AS.

Øvreberg, G., (1997): Om psykomotorisk fysioterapi: Metode, samarbeid, kommunikasjon. Fysioterapeuten nr 6/1997, s.11-13.

Øvreberg, A., Andersen, T. (2002): Aadel Bulow-Hansens fysioterapi. Compendius forlag AS.

Vedlegg 1; Informasjons-skriv til pasient, og samtykkeerklæring.

Til deg som går i psykomotorisk behandling:

Vil du delta i et forskningsprosjekt om intersubjektiv samhandling og gylne øyeblikk i psykomotorisk fysioterapi?

Jeg er student ved Universitetet i Tromsø; Mastergradsprogram i helsefag, psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Jeg er nå ferdig med 2 av 3 år, og skal bruke studieåret 2012/13 til bl.a. masteroppgaven.

I den anledning søker jeg en pasient som går i behandling hos psykomotorisk fysioterapeut for innsamling av data til min masteroppgave. Jeg ønsker å observere og analysere hva som skjer mellom terapeut og pasient under såkalte "gylne øyeblikk" i behandlingen, der det oppstår felles forståelse og nylæring, i en samhandling som i litteraturen omtales som intersubjektiv. Hva skjer like før og under, event etter et slikt øyeblikk?

Nå er det ikke bare å tvinge frem slike gylne øyeblikk; de kommer når de kommer, og ikke nødvendigvis i hver behandling. Øyeblikkene kan være "store" eller "små", og det er du som pasient sammen med din terapeut som skaper øyeblikket.

Metode for å samle inn data vil være observasjon vha video inkl lydopptak i en behandling. Jeg kan filme vha et stativ, der du og din terapeut er alene i behandlingsrommet, eller jeg kan selv være tilstede for å observere dere samtidig som jeg filmer fra stativ. Vi finner ut av sammen hva som passer best for deg og din terapeut. Det viktigste er at forholdene legges til rette for en avslappet og god stemning for deg og din terapeut.

Jeg ser for meg at det vil være hensiktsmessig å filme en enkelt-behandling et lite stykke ut i behandlingsserien, slik at du og terapeuten er nogenlunde godt kjent. Om jeg filmer en behandling, og det ikke oppstår situasjoner som kan minne om eller være et gyllent øyeblikk, kan jeg filme en gang til. Det finner vi ut av sammen. Om det oppstår fastlåst samhandling mellom terapeut og pasient, kan materialet brukes for å se på hva som skjer når situasjonen endrer seg fra fastlåst til forløsende intersubjektiv samhandling, dvs når vanskelige situasjoner løser seg til beste for deg som pasient. Mitt hovedfokus vil dog være på hva som fremmer samhandling mellom terapeut og pasient. Jeg er ikke ute etter å arrestere noen eller lete etter feil! Hva skjer når det klaffer; det har jeg lyst til å lære mer om, og drøfte det jeg finner opp mot teori og tidligere forskning på tema :)

Blir du med?

Tidsplan:

1. Rekruttere psykomotorisk fysioterapeut med pasient; innen 31 okt – 12.

2. Filme behandling av pasient; og intervju fysioterapeut og pasient sammen i etterkant; nov/des- 2012.
3. Analyse av data; des/jan – 12
4. Drøfte mot teori og konkludere; innen 01 mai 2013.

Alle opplysninger behandles konfidensielt. Jeg vil ikke lagre personalia eller annen personidentifiserende informasjon om deg eller din terapeut. Innsamlet data vil kun sees av meg, og vil bli slettet etter at masteroppgaven er godkjent. Du og din terapeut kan når som helst trekke dere fra prosjektet uten noen konsekvenser.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Min veileder:

Nina Emaus
Professor Helse og omsorgsfag UiT
Medisin og helsefag MH L 11.206
9037 Tromsø
Tlf; 77660762
e-post; nina.emaus@uit.no

Se prosjektbeskrivelse for mer informasjon om selve masteroppgaven. Ta kontakt med meg pr mail eller mobil om du ønsker mer informasjon om prosjektet før du eventuelt bestemmer deg for å delta eller ikke. Det beste er å bestemme om du skal delta eller ikke i samråd med din fysioterapeut. Om du velger å delta, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Mvh
Hege Karin Zeiner
Rehabiliteringsteam, psykomotorisk fysioterapi
Avd forebygging/rehab
Idunnsvei 3 u-etg
1386 Asker.
e-mail; hege.karin.zeiner@asker.kommune.no
mobil; 47758295

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur_____

Tlf;_____

E-mail;_____

Vedlegg 2; Informasjons-skriv til fysioterapeut, og samtykkeerklæring.

Til psykomotorisk fysioterapeut:

Vil du delta i et forskningprosjekt om intersubjektiv samhandling og gylne øyeblikk i pmf?

Jeg er student ved Universitetet i Tromsø; Mastergradsprogram i helsefag, psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Jeg er nå ferdig med 2 av 3 år, og skal bruke studieåret 2012/13 til bl.a. masteroppgaven.

I den anledning søker jeg en psykomotorisk fysioterapeut med en egnet pasient for innsamling av data til min masteroppgave. Jeg ønsker å observere og analysere hva som skjer mellom terapeut og pasient under såkalte "gylne øyeblikk" i behandlingen, der det oppstår felles forståelse og nylæring, i en samhandling som i litteraturen omtales som intersubjektiv. Hva skjer like før og under, event etter et slikt øyeblikk?

Nå er det ikke bare å tvinge frem slike gylne øyeblikk; de kommer når de kommer, og ikke nødvendigvis i hver behandling. Jeg er avhengig av å rekruttere en fysioterapeut som vet hva jeg snakker om og ønsker å bidra til min lille studie. Du som terapeut vil selv kunne velge en pasient du tror vil kunne gi meg den informasjonen jeg trenger.

Metode for å samle inn data vil være observasjon vha video inkl lydopptak i en behandling.

Jeg ser for meg at det vil være hensiktsmessig å filme en enkelt-behandling et lite stykke ut i behandlingsserien, slik at du og pasienten er nogenlunde godt kjent. Om jeg filmer en behandling, og det ikke oppstår situasjoner som kan minne om eller være et gyllent øyeblikk, kan jeg filme en gang til. Det finner vi ut av sammen. Om det oppstår fastlåst samhandling mellom terapeut og pasient, kan materialet brukes for å se på hva som skjer når situasjonen endrer seg fra fastlåst til forløsende intersubjektiv samhandling. Mitt hovedfokus vil dog være på hva som fremmer samhandling mellom terapeut og pasient. Jeg er ikke ute etter å arrestere noen eller lete etter feil! Hva skjer når det klaffer; det har jeg lyst til å lære mer om, og drøfte det jeg finner opp mot teori og tidligere forskning på tema :)

Blir du med?

Tidsplan:

1. Rekruttere psykomotorisk fysioterapeut med pasient; innen 31 okt – 12.
2. Filme behandling av pasient; og intervjuer fysioterapeut og pasient sammen i etterkant; nov/des- 2012.
3. Analyse av data; des/jan – 12
4. Drøfte mot teori og konkludere; innen 01 mai 2013.

Alle opplysninger behandles konfidensielt. Jeg vil ikke lagre personalia eller annen personidentifiserende informasjon om deg eller din pasient. Innsamlet data vil kun sees av meg, og vil bli slettet etter at masteroppgaven er godkjent. Du og din pasient kan når som helst trekke dere fra prosjektet uten noen konsekvenser.

Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Min veileder:

Nina Emaus
Professor Helse og omsorgsfag UiT
Medisin og helsefag MH L 11.206
9037 Tromsø
Tlf; 77660762
e-post; nina.emaus@uit.no

Se prosjektbeskrivelse for mer informasjon om selve masteroppgaven. Ta kontakt med meg pr mail eller mobil om du ønsker mer informasjon om prosjektet før du eventuelt bestemmer deg for å delta eller ikke. Om du velger å delta, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Mvh
Hege Karin Zeiner
Rehabiliteringsteam, psykomotorisk fysioterapi
Avd forebygging/rehab
Idunnsvei 3 u-etg
1386 Asker.
e-mail; hege.karin.zeiner@asker.kommune.no
mobil; 47758295

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur_____

Tlf;_____

E-mail;_____

