



**Psykomotorisk Fysioterapi  
Til Ungdom**

*Å erfare seg selv, det er det viktigste*

Nina Elisabeth Henriksen

Mastergradsoppgave i helsefag,  
Studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi  
11.mai 2016

Institutt for helse- og omsorgsfag,  
Det helsevitenskapelige fakultet  
Universitetet i Tromsø

## FORORD

---

Å skrive masteroppgave har vært en lang, spennende og lærerik prosess. Å få dykke dypere inn i det jeg synes er mest spennende har vært som et lite eventyr. Til tider har det også vært utfordrende og vanskelig. Jeg ønsket å vinne større klinisk kompetanse gjennom å velge et tema som ligger nært opp til egen praksis. Jeg er veldig glad for dette valget og føler meg betydelig rikere.

Jeg vil rette en stor takk til fysioterapeuten og pasienten som lot meg få komme inn i behandlingen å oppleve deres univers. Dette til tross for at jeg da okkuperte noen av deres sårt tiltrengte kvadratmeter. Fysioterapeuten møtte meg med samme omsorg og imøtekommenhet som hun omslutter sine pasienter med, og delte velvillig sine tanker og erfaringer. Jeg har under hele prosessen følt stor takknemmelighet og et stort ansvar for å forvalte dette på en god måte.

Universitetslektor ved UiT Beate Ytreberg har vært veileder og fortjener en stor takk for å ha vist interesse og engasjement gjennom hele prosessen. Det har vært godt å støtte seg til trygg og god veiledning og klare tilbakemeldinger. Hennes evne til å stille gode og kritiske spørsmål har hjulpet meg gjennom mange utfordringer.

Takk til NFF og fond for etter- og videre utdanning for økonomisk støtte til studiet, og til UiT for støtte til reise i forbindelse med masteroppgaven.

Tusen takk til medstudenter på «tørkeloftet» for vennskap og fellesskap i tykt og tynt.

Takk til familie og venner for støtte og oppmuntring. Mine tre flotte og kjæreste ungdommer og min eigode Mats fortjener en stor takk for å fylle min livsverden med det viktigste og beste av alt. Tusen takk til min beste firbente venninne Fresa for befriende lufteturer. Gleder meg til å få bedre tid med dere alle!

Nina Henriksen, 10.05.16

## SAMMENDRAG

---

Denne studien handler om Psykomotorisk fysioterapi (PMF) til ungdom. Hensikten er å bidra til større kunnskap og forståelse for hvordan man i PMF kan imøtekomme ungdommens behov i behandling. Bakgrunnen er at jeg som barne- og ungdomsfysioterapeut opplever en økende tilstrømming av unge pasienter som henvises for muskel- skjelettplager, hodepine, anspenhet og andre stressrelaterte plager. Ungdomshelse er tidligere lite belyst og det er få studier om PMF til ungdom.

Problemstillingen er: *Hvilke behov trer frem og hvilke muligheter skapes i psykomotorisk fysioterapibehandling av en ungdom, og hvordan begrunner fysioterapeuten sin tilnærming?*

Studiens empiri er forankret i observasjon og film av PMF behandling av en ungdom og et intervju med behandlende fysioterapeut. Studien er forankret i et fenomenologisk perspektiv der man vil studere noe slik det trer frem i verden og menneskelig erfaring regnes som gyldig kunnskap. Empiriske funn analyseres og drøftes utfra teori om PMF, fysioterapi, utviklingspsykologi, kommunikasjon- og relasjonsteori.

Ungdomspasienten er særlig sårbar og gjennomgår store endringer som har stor betydning for identitetsdannelsen. Dette stiller spesielle krav til hvordan fysioterapeuten kan etablere trygghet i situasjonen, tone seg inn mot ungdommen og tilpasse sin tilnærming.

Resultatet presenteres med sitater fra fysioterapeuten og tekstnære fortolkninger. Den kroppslige tilnærmingen i PMF sees som spesielt egnet for å komme i relasjon og skape opplevelser som tydeliggjør hvordan følelser oppleves og reguleres i kroppen. Dette gir økt innsikt i hvilke erfaringer og behov ungdommen har. Fysioterapeuten oppfatter ungdommens behov for trygghet, for å erfare seg selv, for å bli sett og for å gjenerobre kroppen. Behandlingen rettes mot å støtte pasienten i sin omstilling til en tryggere væren i egen kropp, å få grep og begrep om seg selv. PMF for ungdom kan i denne studien sees i sammenheng med å fremme selvfølelse, mulighet til selvregulering og omsorg for seg selv, og dermed til identitetsutvikling.

Søkeord: Psykomotorisk fysioterapi, Fysioterapi, Ungdom, Selvregulering, Identitetsutvikling

## ABSTRACT

---

This study relates to Norwegian PsychoMotor Physiotherapy (NPMP) for adolescent patients. The purpose is contributing to enhanced knowledge and understanding on how to meet the needs of the adolescent in NPMP. As a physiotherapist for children and youths I see an increasing referral of adolescents with musculoskeletal problems, headache, tension and other stress-related issues.

My question is: **Which needs become apparent and what possibilities are created in Norwegian PsychoMotor Physiotherapy for an adolescent, and how does the physiotherapist argue for her approach ?**

The study is based on observation and filming of NPMP for an adolescent, and an interview with the treating physiotherapist. I approach this with a phenomenological perspective studying how it appears in real life acknowledging human experience as valid knowledge. Empirical findings are analyzed and discussed in the light of theory on NPMP, physiotherapy, development psychology and theory on relations and communication.

The adolescent patient is particularly vulnerable and subject to substantial changes important to the development of her identity. This challenges the physiotherapist's ability to install confidence, and to adjust her approach to the adolescent. NPMP for adolescents is in this study related to improving self-esteem, the possibility for self-regulation and self-care, and thus development of identity.

The results of the study are presented through quotations from the physiotherapist and interpretations close to the text itself. The corporal approach of NPMP is found to be suitable for establishing relation and creating experiences that clarify how emotions are perceived and regulated in and with the body. This yields access to the adolescents needs and experiences. The physiotherapist senses the adolescents need for confidence, to experience herself, to be seen and to reclaim her body. The treatment is aimed at supporting the patient in her development and transformation, towards a secure inhabitation of her own body, establishing textual and felt conception of herself.

Search terms: Norwegian PsychoMotor Physiotherapy , Physiotherapy, adolescent, Self- regulation, Development of identity

# INNHold

---

Forord.....	II
Sammendrag.....	III
Abstract.....	IV
<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 MIN BAKGRUNN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 VALG OG PRESENTASJON AV TEMA.....</b>	<b>1</b>
1.2.1 Ungdom.....	2
1.2.2 Hensikt og problemstilling.....	3
<b>1.3 TIDLIGERE FORSKNING.....</b>	<b>4</b>
<b>2 TEORI.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI.....</b>	<b>8</b>
2.1.1 Prinsipper og Virkemidler i PMF.....	8
2.1.2 Psykomotorisk fysioterapi og kroppssyn.....	9
2.1.3 Muskelspenning, pust og bevegelse.....	10
2.1.4 Omstillende eller støttende behandling.....	11
<b>2.2 UTVIKLING.....</b>	<b>12</b>
2.2.1 Identitetsutvikling og utviklingsoppgaver i ungdomstiden.....	12
2.2.2 Egosentrisme og ytre blikk.....	14
2.2.3 Emosjoner, følelser og regulering.....	15
<b>2.3 KOMMUNIKASJON OG RELASJON.....</b>	<b>17</b>
2.3.1 Kommunikasjon i fysioterapi.....	17
2.3.2 Inntonning og Intersubjektivitet.....	18
2.3.3 Språk.....	21
2.3.4 Relasjon, grenser og tillit.....	22
<b>3 METODE.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 VITENSKAPSFILOSOFISK PERSPEKTIV.....</b>	<b>24</b>
3.1.1 Forforståelse.....	24
<b>3.2 METODISK TILNÆRMING.....</b>	<b>24</b>
3.2.1 Rekruttering og utvalg.....	25

3.2.2	Forberedelse og gjennomføring av observasjon og filmopptak .....	25
3.2.3	Planlegging og gjennomføring av intervju.....	27
3.3	<b>FREMSTILLING AV ANALYSE OG DATA .....</b>	<b>28</b>
3.3.1	Transkribering .....	28
3.3.2	Videre analyse.....	29
3.4	<b>METODEDISKUSJON .....</b>	<b>30</b>
3.4.1	Refleksjoner rundt gjennomføringen, forskerens rolle og analyse .....	30
3.4.2	Intern og ekstern validitet.....	31
3.4.3	Etiske refleksjoner.....	32
4	<b>RESULTAT OG ANALYSE .....</b>	<b>34</b>
4.1	<b>INTERVJU .....</b>	<b>34</b>
4.2	<b>Å VÆRE UNGDOM.....</b>	<b>34</b>
4.2.1	Hun passer på uttrykket sitt .....	34
4.2.2	Jeg føler at dette her ser rart ut.....	36
4.2.3	Forandringens tid .....	39
4.3	<b>FINNE SEG SELV .....</b>	<b>40</b>
4.3.1	Anerkjennelse .....	40
4.3.2	Selvtillit og selvfølelse.....	42
4.3.3	Ungdom i spenningsfeltet mellom endring, kontroll og kontakt med seg selv .....	44
4.4	<b>DIALOG GJENNOM KROPPEN .....</b>	<b>46</b>
4.4.1	Komme på talefot .....	46
4.4.2	Bli kjent gjennom kroppen .....	47
4.4.3	Etablering av erfaringsnære begrep .....	49
4.5	<b>Å VÆRE DEN VOKSNE .....</b>	<b>50</b>
4.5.1	Være rollemodell .....	50
4.5.2	Asymmetrisk rolle .....	51
4.5.3	Speile .....	51
5.1	<b>BEHOV OG MULIGHETER I BEHANDLINGEN.....</b>	<b>54</b>
5.1.1	Behov for trygghet.....	54

<b>5.1.2 Behov for å erfare seg selv .....</b>	<b>57</b>
<b>5.1.3 Behov for å bli sett.....</b>	<b>60</b>
<b>5.1.4 Behov for å gjenerobre sin kropp.....</b>	<b>62</b>
<b>6 OPPSUMMERING .....</b>	<b>65</b>
Litteraturliste .....	
Vedlegg 1 .....	
Vedlegg 2 .....	
Vedlegg 3 .....	
Vedlegg 4 .....	
Vedlegg 5 .....	
Vedlegg 6 .....	
Vedlegg 7 .....	
Vedlegg 8 .....	
Vedlegg 9 .....	

# 1 INNLEDNING

---

## 1.1 MIN BAKGRUNN

De siste 15 årene har jeg vært fysioterapeut for barn og unge i primærhelsetjenesten. Jeg møter stadig flere ungdommer som strever med forhold til egen kropp og/eller store emosjonelle belastninger. Mange har krenkelseserfaringer. De henvises til fysioterapi for muskel- og skjelettplager, hodepine, anspenhet, eller andre stressrelaterte plager. Møtene har økt min interesse for behandling av ungdom. Jeg ser behov for en helhetlig tilnærming som omfatter forståelse for den enkelte ungdoms situasjon, funksjon og utvikling. Jeg ønsker å vite mer om hvilke behov ungdom har, og hvilke muligheter jeg som psykomotorisk fysioterapeut har til å møte behovene i behandling.

## 1.2 VALG OG PRESENTASJON AV TEMA

Psykomotorisk fysioterapi<sup>1</sup> (PMF) er en tenke- og tilnæringsmåte hvor kroppen sees som meningsbærende og uttrykksfull. Følelser og kropp står i gjensidig påvirkningsforhold, der følelser oppleves og reguleres i og med kroppen (Thornquist, 2012). Thornquist (2016) hevder at denne kompetansen burde brukes i mye større omfang enn bare i psykisk helsevern. Ungdomshelse har fått lite oppmerksomhet tidligere, men har nå økt fokus både globalt

(World Health Organization [WHO], 2014) og nasjonalt (Akershus Universitetssykehus [AHUS], 2015). Jeg mener PMF er viktig og relevant kompetanse å trekke inn når ungdomshelse nå står på dagsorden i ulike nivå av helsetjenesten. I denne oppgaven vil jeg se nærmere på innholdet i PMF til ungdom. Jeg ønsker å løfte frem hvordan PMF kan bidra til å hjelpe ungdom med plager som nevnt ovenfor, men også med utvikling av identitet, selvbilde og selvregulering.

---

<sup>1</sup> Psykomotorisk fysioterapi er en spesialistkompetanse for fysioterapeuter som må godkjennes av Norsk Fysioterapi Forbund (NFF). For videre informasjon se NFF (2016).



### 1.2.1 Ungdom

Ungdomsalderen beskrives som en overgangsfase med elementer fra barn og voksen (Tetzchner, 2012). I denne fasen skal barnets utvikling fullføres slik at man kan utvikle seg til å bli selvstendig og uavhengig. Erikson (1977) mener ungdomstiden kan betraktes som *”kløften mellom barndommens sikkerhet og voksenlivets uavhengighet.”* Gjennom utvikling skal de bevege seg over denne kløften. Underveis må ungdommen kontinuerlig tilpasse seg og forholde seg til nye erfaringer, utfordringer og situasjoner. Ungdomsalderen preges av identitetsdannelsen, av kjønnsmodning og nye former for relasjoner. Tetzchner (2012 s. 679) påpeker at ungdomsalderen har fått mye mindre oppmerksomhet i utviklingspsykologi enn lavere alderstrinn. Derfor vet man også mindre om konsekvensene for hvordan ungdom bør møtes i psykoterapi. Dette er kanskje også en av årsakene til at PMF til ungdom er lite belyst. Svendsen (2012) beskriver at mange klinikere synes det er krevende å forholde seg til tenåringer og at det er vanskelig å få til gode behandlingsprosesser. Dette gjenspeiler at man har for lite kunnskap om hva ungdom trenger.

Det er en økende bekymring for ungdomshelse. Den nasjonale Ungdata-rapporten (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, 2015) viser at mange ungdommer sliter med dårlig selvbilde, stress, hodepine, magevondt, smerter i nakke, skulder, ledd og muskulatur. 25% av jentene fra 15-16 årsalderen sliter med depressive symptomer og rundt 20% med fysiske plager. Hver tredje jente er lite fornøyd med seg selv. Selvbildet hos jentene er ifølge rapporten koblet til å være fornøyd med eget utseende. Omfanget av helseplager er to til tre ganger høyere for jentene enn for guttene. HEMIL rapporten (Universitetet i Bergen, 2016) viser at 39 % av 16-årige jenter slanker seg, og at jenter opplever mer stress i forhold til skole enn guttene. Gutter med psykiske problemer og mistriivsel har større tendens til å droppe ut av videregående skole. Det pågår en økt satsning på skolehelsetjenesten for å møte den rådende bekymringen. Fysioterapeuter er nesten fraværende i tjenesten. Antall fysioterapeuter har blitt redusert på tross av at helsedirektoratet har beskrevet behov for flere (Helsedirektoratet, 2010). Regjeringen kommer i nærmeste fremtid ut med en ny ungdomshelsestrategi (Regjeringen, 2014).

*Ungdomshelse må prioriteres* sier fysioterapiforbundets leder (Hatlebrekke, 2016). Han påpeker at fysioterapeuter har mye å bidra med ovenfor ungdom med helseplager. Spesialist i PMF og leder for faggruppen for PMF, Merete Tønder (2016), skriver i et innlegg i

Aftenposten at ungdom med diagnoser som gir sterke kroppslige uttrykk også har behov for behandling med kroppslig tilnærming. Dette støttes av flere (Ottesen, 2016; Thornquist, 2016). Fysioterapeuter har kropp, bevegelse og funksjon som kunnskapsfelt, og utfra en helhetlig tankegang inkluderer dette alltid psykisk og fysisk helse (Thornquist, 2016). Mange unge, helsesøstre og psykologer opplever at fysioterapeuters innfallsvinkel via kroppen gir innsikt og kunnskap om seg selv på en annen måte enn bare samtale (Ottesen, 2016). Hvordan fysioterapibehandling eller PMF til ungdom utføres er lite kjent.

Ottesen og Øyehaug (2016) er kritiske til tilnærminger hvor fysioterapeuter møter ungdom med løsninger og «sannheter» om riktige sittestillinger, pustemåter, stressmestring, holdning og trening. De antyder at dette kan bidra til «hjemløshet» i egen kropp. En annen tilnærming kan gi større gevinst:

*Som noe annet enn å få løsninger og sannheter kan ungdom selv få kjenne etter hvordan de best mulig lever kroppen på varierte måter, merker seg egne behov og være kroppen sin i tråd med dem. Kontakt med og tillit til egen kropp kan koples til å stole på seg selv og danne grunnlag for å ta egne valg- en side av å ivareta egen helse (Ottesen, 2016 ).*

PMF oppleves som et viktig og nødvendig bidrag i egen kompetanse som barne- og ungdomsfysioterapeut. Kunnskap om hvordan kropp, liv og følelser henger sammen og påvirker utvikling, helse, funksjon og deltagelse er svært nyttig i møte med barn og ungdom. Jeg har ikke erfaring som konsoliderer denne kunnskapen og som gir meg trygghet på at jeg bidrar med adekvat tilnærming og behandling. Av den grunn ønsker jeg å fordype meg i PMF til ungdom. Jeg vil gripe muligheten til å se nærmere på behandlingen og hvilke teoretiske perspektiv som kan bidra til større forståelse for det som foregår i faktisk praksis.

### **1.2.2 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med oppgaven er å er å bidra til større kunnskap og forståelse for hvordan man med PMF kan behandle ungdom. Problemstillingen for denne oppgaven er:

***Hvilke behov trer frem og hvilke muligheter skapes i psykomotorisk fysioterapibehandling av en ungdom, og hvordan begrunner fysioterapeuten sin tilnærming?***

Jeg ønsker å observere og intervju en erfaren psykomotorisk fysioterapeut for å tilegne meg kunnskap om hvordan man kan behandle ungdom. Det er hva fysioterapeuten sier om det hun gjør som er mitt hovedfokus. Tilnærming og fokus i behandling vil utløses av ungdommens situasjon og behov, fysioterapeutens kunnskap og det intersubjektive samspillet i situasjonen. Situasjonen vil i denne sammenheng fortolkes gjennom fysioterapeuten. Gjennom å fokusere på fysioterapeutens relasjon med ungdom i behandling, kan jeg indirekte få vite noe om behov ungdommen eksponerer i behandlingen og hvordan fysioterapeuten møter disse. Behov kan forstås på flere nivå og tolkes forskjellig i ulike kontekster. Jeg er ute etter kunnskap om og forståelse av behov som har en særegen betydning i behandling av ungdom. Det betyr ikke at de nødvendigvis er eksklusive for ungdom.

### **1.3 TIDLIGERE FORSKNING**

Det finnes lite forskning om PMF og fysioterapi til ungdom. Dette bekreftes gjennom søk i ulike databaser<sup>2</sup>. Jeg har ønsket å finne studier som belyser ungdom som pasientgruppe i fysioterapi eller i psykomotorisk fysioterapi. Det jeg finner er diagnostiske tema som hovedsakelig retter seg mot ortopedi eller nevrologi. Det er ikke relevant å begrense seg til diagnosespesifikke tema i denne sammenhengen. Ungdom som har behov for PMF har gjerne sammensatte og vanskelig avgrensbare problemer. Det jeg har funnet som sees relevant for min studie presenteres her.

En tverrsnittstudie av 184 psykomotoriske fysioterapeuter viste at 60% jobbet med tenåringer, og hadde i gjennomsnitt 7 tenåringspasienter i behandling (Opaas, 2012). De vanligste henvisningsårsakene var hodepine, muskel skjelettplager, psykiske lidelser, ansenthet, pusteproblemer og stress. Fysioterapeutene mente de kunne hjelpe tenåringer til å mestre eget liv ved å ha en nær arbeidsallianse over tid. Det innebærer å møte pasienten med anerkjennelse og bekreftelse, kroppslige tilnærminger, gi dem økt forståelse av sine plager, gjøre dem tryggere på egne grenser og gi større kroppslig trygghet. utfordringene

---

<sup>2</sup> Jeg har gjennomført søk i følgende databaser: Bibsys, SweMed, Cinahl, Psycinfo og Google Scholar. Jeg har brukt søkeordene: psychomotor physiotherapy, physiotherapy, adolescence, youth, attitude of health professions, emotions.

ved å jobbe med tenåringer mente de var lite modenhet og refleksjonsevne. I tillegg kommer fravær fra avtaler, alliansebygging og det å *treffe* ungdommen. De betonte varsomhet i den kroppslige tilnærmingen. Fokus bør være på mestring og ikke sykeliggjøring. PMF er også lite kjent blant potensielle samarbeidspartnere. Disse utfordringene bekrefter at det er behov for mer kunnskap på flere områder i forhold til PMF for denne pasientgruppen. Studien viste også at det var de med lengst erfaring som hadde flest ungdomspasienter. Det kan handle om at det er behov for erfaringskunnskap og trygghet på egen kompetanse. Denne tverrsnittsstudien bringer ny kunnskap inn i fagfeltet, og er relevant fordi den viser at ungdom også er en pasientgruppe som søker PMF. Den synliggjør også hva ungdom henvises for, og hva psykomotoriske fysioterapeuter opplever å kunne bidra med. Vi får imidlertid ikke vite hva fysioterapeutene legger vekt på i behandling og hvordan behandlingene foregår. Henvisningsårsakene forteller heller ikke hva ungdommen selv har behov for hjelp med, hvilke utviklingsoppgaver ungdom står i eller hvordan deres livsverden er. Responsraten i studien var kun 46 %. Dette tilsier stor fare for at funnene er usikre på grunn av seleksjonsskjevhet.

Andre studier sier noe om ungdom generelt i helsevesenet:

En oversiktsartikkel fra Hutton og Nikola (2014) gjennomgår 15 artikler fra 4 ulike land som belyser ungdommers forventninger til helsevesenet, hva som forhindrer ungdom i å oppsøke helsetjenester og hvilke faktorer som har negativ effekt for ungdoms generelle erfaringer med helsetjenester. De fant at ungdommer bekymrer seg for fortrolighet, tillit, og å få være uforstyrret i møte med helsevesenet. Studien viser også at ungdommer ofte har negative forventninger til helsevesenet. De konkluderer med at det er stort behov for forskning utfra ungdommers perspektiv og at helsevesenet må finne måter å imøtekomme behovene som ungdom har. Dette understøtter kunnskapsbehovet som også finnes i fysioterapi og PMF.

Sagen, Hummelsund og Binder (2013) intervjuet 14 ungdommer om hva som fremmet deres mulighet for å snakke åpent i psykoterapi. Artikkelen er relevant for PMF med tanke på hvilke kvaliteter ungdom også vil verdsette hos en fysioterapeut for at de skal kjenne seg trygg og ha tillit. Fem hovedkomponenter var mest betydningsfullt for ungdommene i studien: 1) Å motta full og genuin oppmerksomhet fra terapeuten. De ønsker å være hovedpersonen, terapien skal være for og om dem. 2) Ungdom vil slippe å føle ansvar for

terapeutens velbefinnende. Terapeuten må være i stand til å tåle det de sier, kunne romme det uten å dømme det på noe vis. 3) Terapeuten må akseptere og verdsette dem for den de er. De trenger å føle seg verdifull, uavhengig av adferd. 4) Terapeuten må kunne stå sammen med dem gjennom smertefulle emosjonelle øyeblikk. 5) Ungdommen synes det er lettere å åpne seg når terapeuten deler litt fra sitt eget liv. Dette gir litt kontakt med personen bak terapeutrollen.

Smedbråten, Råheim og Heiberg (2003) studerte 120 tekster skrevet av ungdom i ungdomsskolealder. Tekstene ble skrevet med utgangspunkt i et utvalg bilder av unge mennesker i hverdagslige situasjoner. Funnene drøftes utfra et kroppsfenomenologisk perspektiv. Den formbare idealkroppen formidles sterkt gjennom media og skaper forventninger hos unge mennesker og kan føre til at mange får et distansert og fremmedgjort forhold til kropp. Fokuset på fysisk aktivitet som helsefremmende er ifølge Smedbråten tvetydig. På den ene siden er det ønskelig å utvikle og ta vare på en frisk og sterk kropp gjennom bevegelsesutfoldelse og bevegelsesglede, på den andre siden kan dette føre til overdreven disiplinering og modellering av kroppen med negative bivirkninger for den enkelte. Studien retter seg ikke mot PMF, men belyser noe som er sentralt i unges livsverden. Ungdom er opptatt av hvordan de ser ut, for noen blir ønsket om idealkroppen styrende for forhold til egen kropp. Et distansert og fremmedgjort forhold til egen kropp, kan gi bivirkninger som kan gi indikasjon for PMF.

Lagerløv, Holager, Helseth og Rosvold (2009) har undersøkt ungdoms bruk av smertestillende medisiner. Forbruket har økt betydelig i denne aldersgruppen (Lagerlov et al., 2009). De ser en sammenheng med negative livserfaringer, lite venner og sosial støtte og økt frekvens av smerter og ubehag blant ungdom. Ungdom som sliter med følelsesmessige og atferdsmessige problemer rapporterer hyppige og multiple smerter uten entydig lokalisasjon (Larsson & Sund, 2007). Reseptfrie smertestillende sees av ungdommen som en enkel og ufarlig løsning på en rekke plager og ubehag. Skarstein, Lagerløv, Kvarme og Helseth (2016) fant i sin kvalitative studie at erfaringer fra barndommen har innvirkninger på hvordan ungdom forholder seg til smerte og bruk av smertestillende. Bruk av smertestillende kan være en måte å takle vanskelige situasjoner på som kan forsterke og forlenge de underliggende problemene. De foreslår at disse

ungdommene kan trenge støtte fra skolens helsesøstre og allmennpraktikere, men også at det er behov for en ny tilnærming for å identifisere, veilede og støtte ungdommer med smerteproblematikk og høyt forbruk av smertestillende.

Resultater fra disse studiene viser at ungdom er opptatt av hvordan de blir møtt i helsevesenet, og at det er behov for mer kunnskap om hvordan helsevesenet kan imøtekomme dette. Ungdom er opptatt av utseende og mange opplever å utvikle et distansert og fremmedgjort forhold til egen kropp. Mange strever også med smerter. Studiene påpeker at ungdom har behov for andre tilnærminger. PMF kan slik jeg ser det være et bidrag. Samtidig er det tydelig at det er behov for kunnskap om hvordan PMF kan være godt tilbud for denne aldersgruppen.

## 2 TEORI

---

Teoretiske perspektiv har utviklet seg gjennom prosessen med å innhente, analysere og drøfte oppgavens empiri. Jeg gir først en kort innføring i PMF. Det brukes teori om PMF og fysioterapi. Utviklingspsykologi er valgt fordi kunnskap om utviklingsoppgavene som ungdom preges av er sentrale i behandlingen. Det relasjonelle aspektet i psykoterapi finner jeg også relevant for å drøfte det relasjonelle aspektet i PMF. PMF har vært utviklet i nært samarbeid med psykiatri og psykoterapi fra starten av, og jeg velger å presentere teori fra fagfeltet psykoterapi til barn og ungdom. Kommunikasjon og språk viste seg også å være et sentralt tema i oppgavens empiri. Noen fenomenologiske perspektiv trekkes inn for å gi større eller dypere perspektiv. Disse teoriene er ikke skrevet for PMF, og rettes heller ikke spesielt mot ungdom, men gir relevans for de tema som empirien bringer opp.

Opgavens omfang begrenser hvor dypt og bredt jeg har kunnet presentere teori.

### 2.1 PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

Psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow- Hansen møttes i 1947, og startet et samarbeid som senere ble utviklet til en behandlingstilnærming i fysioterapi kalt Norsk psykomotorisk fysioterapi<sup>3</sup>. Etter at Braatøy døde kun 6 år senere, samarbeidet Bülow-Hansen videre med psykiater dr. Nils Houge og allmennpraktiker Thoralf Hødal (Bunkan, 1995; Radøy, Thornquist, Bunkan, & Bülow-Hansen, 1982; Thornquist, 2012).

#### 2.1.1 Prinsipper og Virkemidler i PMF

Behandlingen inkluderer hele kroppen. Gode spennings- og belastningsforhold ett sted i kroppen kan ikke etableres uavhengig av kroppen for øvrig. Å redusere og fjerne inadekvate kontrollmekanismer i respirasjonen er et sentralt moment i PMF. Behandlingen starter ofte med bena fordi det å ha et stabilt fundament- å stå godt på egne ben- regnes som en forutsetning for fri funksjon (Thornquist & Bunkan, 1995). En metafor som ofte brukes om

---

<sup>3</sup> Norsk psykomotorisk fysioterapi (NPMF) brukes for å skille den tilnærmingen som praktiseres i Norge fra metoder som anvendes i andre land. Jeg har valgt å omtale tilnærmingen for PMF i denne oppgaven, men vil presisere at det er NPMF jeg da henviser til.

ungdoms utvikling til å bli frie, selvstendige og uavhengig av voksne, er at de skal *lære å stå på egne ben*. I PMF får metaforen en bokstavelig og kroppslig forankret betydning.

Virkemidlene som brukes i PMF er massasje, øvelser og bevegelser. Steinsvik (2008) beskriver at det viktigste redskapet i PMF er håndgrepet til fysioterapeuten. Grepene skal rette seg mot å påvirke pusten på bestemte måter for å samspille med dens reguleringsmekanisme for pasientens indre liv. Bevegelser og øvelser brukes for å understøtte omstillingsprosesser som er i gang hos pasienten (Thornquist & Bunkan, 1995). I tillegg brukes aktiviteter, ulike kontaktformer og samtale. Følelser står sentralt i kroppslig samhandling og fysioterapeutens evne til innlevelse og tilpasning til pasientens emosjonelle uttrykk er viktig. Emosjonell innlevelse<sup>4</sup> og intensjonell tilpassethet<sup>5</sup> er viktige faktorer i fysioterapi (Gretland, 2007).

### **2.1.2 Psykomotorisk fysioterapi og kroppssyn**

PMF og kroppssyn er nært forbundet. Tilnærmingen representerer et helhetssyn på mennesket. I helhetsbegrepet ligger det en ambisjon om å unngå den teoretiske dualismen som deler kunnskap om mennesket i kropp og psyke (Steinsvik, 2008). Kroppen sees som en integrert og samspillende helhet og bærer av levd liv og historie. Dette fordrer at man som fysioterapeut må være sensitiv for kroppen som uttrykk, for pasienters individuelle måte og forholde seg til verden og andre mennesker på (Thornquist, 2012). De kroppslige plagene som pasienten henvises for er innfallsporten, men behandlingen dreier seg om hele mennesket.

*Den røde tråden i psykomotorisk behandling er å oppleve kroppen og oppleve via kroppen. Det overordnede målet kan skisseres som; å utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter, opplevelse og forståelse av sammenhengen mellom kropp og følelser, og å utvikle en opplevelse av kroppen som MEG.*

(Thornquist & Bunkan, 1995 s. 72).

---

<sup>4</sup> “ Emosjonell innlevelse eller følelsesmessig samstemthet er en umiddelbar fornemmelse av at vi deler noe følelsesmessig, at vi er sammen i det vi gjør ” (Gretland, 2007 s.92).

<sup>5</sup> “ Intensjonell Tilpassethet innebærer at vi engasjerer oss i et felles prosjekt der vi gjør noe sammen på en måte som innebærer at vi koordinerer oss i forhold til hverandre for å få til det vi setter oss fore.” (Gretland, 2007 s.92).



Kroppsfenomenologiske perspektiv, spesielt fra den franske filosofen og psykologiprofessoren Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), brukes ofte i fysioterapi for å belyse kroppen som sentrum for erfaring og erkjennelse. Den verden vi lever i til daglig, som vi tar for gitt og er fortrolige med, kalles i fenomenologien for «*livsverden*». Merleau-Ponty (1994) mente at å være subjekt innebærer å være-i-verden *som* kropp. Kroppen er i fenomenologien situert og uløselig knyttet til verden. Den deltar i menneskelig og meningsskapende liv. Vi kan ikke fjerne oss fra kroppen, den er et inkarnert subjekt. Vi er og har kropp samtidig (Merleau-Ponty, 1994). I kraft av vår kroppslighet kan vi identifisere ting, andre mennesker og omverden. Det er en gjensidighet mellom persepsjon og handling ved at vår kroppslige orientering er fundamentalt bestemmende for vår persepsjon og ikke kan forstås løsrevet fra kroppens muligheter. Hvordan vi opplever omgivelsene avhenger altså av mulighetene til å bevege seg og av praktisk erfaring. Ifølge Merleau-Ponty (1994) sitter kunnskap og hukommelse i kroppen.

Erfaringer det er knyttet følelser til huskes bedre enn de som er følelsesmessig nøytrale. Følelser er viktige både i situasjonen og i forhold til hva man bærer med seg videre. Sammenhengen mellom emosjoner, læring og hukommelse beskrives av Brodal (2006) som kompleks. Det er sannsynlig at negative emosjoner i en terapeutisk situasjon kan blokkere for læring. Pasienten må være trygg og forstå meningen med behandlingen for å lære og erfare. At kroppen oppleves som helhetlig mener Brodal (2006) er en selvfølge så lenge all erfaring henføres til egen kropp.

### **2.1.3 Muskelspenning, pust og bevegelse**

Livet vi lever, opplevelser og erfaringer, påvirker psykisk, kroppslig, og sosial utvikling. I samspill med omgivelsene får man varierte og mangfoldige erfaringer som beriker oss med et vidt spekter av følelser. Enhver følelse har sitt kroppslige uttrykk og innebærer bevegelsesimpulser. Barn er ofte i følelsen med hele seg (Thornquist, 2009). Ifølge Merleau-Ponty (1994) er følelsene *i* ansiktsuttrykket og *i* gestene. Det vi erfarer og gjør blir tanker og minner, men også en del av vår kroppslighet. Andre menneskers kropp og bevegelser er meningsfulle for oss. Erfaringer i kroppen er som en form for beredskap og påvirker videre persepsjon og handling.

Muskelspenninger kan ha emosjonelt innhold og ha som funksjon å regulere følelser, eller å beskytte oss mot vonde minner og erfaringer. Fortrenging av følelser innebærer også

bremsing av pust, bevegelser og bevegelsesuttrykk. Dette innebærer også en samtidighet slik Merleau-Ponty beskriver, mellom kropp og følelser. Den frie respirasjonen er sentral for menneskets totale funksjon. Å gi slipp på spenninger innebærer å gi slipp på kontroll, slippe til og slippe opp for oppdemte og tilbakeholdte følelser (Thornquist & Bunkan, 1995).

I PMF jobber man med omstillingsprosesser som omfatter hele kroppen og hele mennesket. En langvarig ubalanse i kroppen vil gjenspeile seg i større fysiske endringer av mer eller mindre varig karakter (Thornquist & Bunkan, 1995).

En stabil og samtidig fleksibel kroppsholdning gir godt utgangspunkt for bevegelse. I PMF jobber man med å finne frem til et hensiktsmessig samspill mellom stabiliserende og mobiliserende krefter. Fri pust og god kroppskontakt står i sterk sammenheng med kontakt med egne følelser (Thornquist & Bunkan, 1995).

#### **2.1.4 Omstillende eller støttende behandling**

Gretland (2007) beskriver to hovedtilnærminger for fysioterapi i psykiatrisk sammenheng som også omtales i PMF. Tiltakene kan være enten støttende, det vil si at de er jeg-styrkende, eller de kan være inngripende som vil si omstillende. I fysioterapi handler omstilling om å endre et uhensiktsmessig bevegelsesmønster til fordel for et som er mindre belastende. Flexibilitet er sentralt i fysioterapi og handler i denne sammenheng om personens åpenhet og tilpasning til omverdenen. Stabilitet og varighet er like viktig som fleksibilitet og omstillingsevne. I fysioterapi for pasienter som ikke har ressurser til å tåle omstillende behandling fremheves tilnærming som har mer støttende karakter. Med støttende behandling sikter en mot økt selvavgrensning, sikrere identitetsopplevelse og økt autonomi og samhandlingsevne (Gretland, 2007).

Overskridelse handler om et kvalitativt brudd. Vi kan bryte innarbeidede vaner fordi vi har evnen til å tenke gjennom ting og reflektere over oss selv og omverdenen. Overskridelse krever samvær med andre som kan skissere muligheter.

*...på alle nivå av samhandling og samtale kan det oppstå kvalitativt nye opplevelser og erfaringer av overskridende karakter, forutsatt felles oppmerksomhet og meningsfylt (proto)dialog (Gretland, 2007 s. 100)<sup>6</sup>.*

---

<sup>6</sup> Gretland viser her til Hansen 1991b, Stern 2000 og 2004

Fysioterapeuter kan bistå pasienter i overskridende utvikling. Kroppslig forankring, kontakt med følelsene sine, initiativ og deltakelse, trygghet på egne grenser, språkliggjøring og refleksjon er ifølge Gretland (2007) sentrale i utviklingen av selvfølelse. Fysioterapeuten kan bistå i å la disse selvdomenene komme til utfoldelse. Fysioterapeuter kan ha en viktig funksjon i å vise pasienter oppnåelige muligheter ved å utforske bevegelser og stillinger (Gretland 2007). Samtidig kan man utforske ord og begreper. Dette kan bidra til variasjon og endring i pasientens handlinger, følelsesmessige situasjon, språk og tenkemåter. Mål for fysioterapi kan være å bidra til frigjøring fra (selv-)undertrykkelse, bremsing og tilbaketrukkethet. En slik frigjøring er avhengig av at pasienten selv kan erkjenne makten hun er underlagt og reflektere rundt dette (Gretland, 2007).

## **2.2 UTVIKLING**

Transaksjonsmodellen for utvikling gir et overordnet bilde av hvordan biologiske og miljømessige årsaksfaktorer påvirker hverandre kontinuerlig og gjensidig over tid (Sameroff, 2009; Smith, 2010). Individet kan ikke sees løsrevet fra sine omgivelser, fordi individ og miljø forutsetter hverandre og inngår i en kontinuerlig prosess med stadig utveksling med hverandre (Hansen, 2012). For å forstå ungdommens problemer og behov i en behandlingssituasjon er det nødvendig å få innsikt i den enkeltes livsverden. Her presenteres teori om ungdommers utviklingsoppgaver fra utviklingspsykologi og psykoterapi. Teori om PMF trekkes også inn.

### **2.2.1 Identitetsutvikling og utviklingsoppgaver i ungdomstiden**

Den største og mest gjennomgripende utviklingsoppgaven i ungdomsalderen er å utvikle en ny identitet. Forståelsen av seg selv og opplevelse av tilhørighet er sentral (Brautaset og Egebjerg, 2012).

Identitetsdannelsen innebærer at man utforsker og velger sine holdninger og verdier, finner sin plass i samfunnet og hvilke roller man skal ha som voksen og selvstendig.

Erikson (1992) beskriver ungdomsalderen som en fase hvor man definerer seg selv og hvor framtiden blir en del av bevisstheten. Gjennom å delta i nye situasjoner og sammenhenger utvikler ungdommer seg selv. Situasjoner medfører at de må ta valg de ikke alltid kan forstå rekkevidden av. Dette fører til varierende grad av usikkerhet knyttet til personlige og sosiale skifter. Ungdom reflekterer over meningen og innholdet i livet sitt på en annen måte enn

barn, og mellom ulike meningsfulle livsvalg. For å inngå i gjensidige bekræftende relasjoner, må man ha utviklet en identitet som kan oppleve skillet mellom egen og andres indre verdener og bevare egen livskraft og tydelighet (Tetzchner, 2012).

Kegan (1982) mener identitetsdannelsen handler om å skape personlig mening. Dette er en del av en større prosess der personen skaper og omskriver mening og sammenheng i både den fysiske og sosiale omverdenen for å finne sin tilhørighet i samfunnet. Det er ikke det som skjer med individet som avgjør identitetsdannelsen, men hvordan individet selv tolker og reagerer på de hendelsene det opplever. Dette er ikke avgrenset til en periode i livet, men opplevelsene i ungdomsalderen kan legge sterke føringer for tilhørighetene personen får som voksen. Ungdommen opplever og fortolker situasjonen utfra sitt ståsted (Tetzchner, 2012).

I moderne utviklingsteori ser man identitetsutvikling som en livslang prosess. Den er multidimensjonal og inneholder biologiske, kognitive, psykologiske, sosiale og moralske utfordringer (Tetzchner, 2012). Disse faktorene er i stor endring i ungdomstiden. Intersubjektivitet er sentralt for utvikling og vedlikehold av identiteten. Spedbarn evner allerede fra fødselen å delta i synkronisert samspill med sine omsorgspersoner.

Ungdom utvikler selvfølelsen i nære relasjoner som videre gir mulighet til å utforske og ekspandere relasjoner utenfor familien (Brautaset & Egebjerg, 2012). Stabilisering av selvfølelsen er en utviklingsoppgave i ungdomstiden. Pubertetens gradvise inntreden med endringer av kroppen stiller krav til ungdommen om en stadig gjenerobring av sin kropp. Den kroppslige forankringen til selvfølelsen vil for mange være varierende. Det å oppleve og ha bevissthet om egen kropp knyttes til å ha en væren i seg selv (Brautaset & Egebjerg, 2012). Når man opplever å være hjemme i egen kropp, og er på vei mot en indre sikkerhet om at man vil anerkjennes av de som er betydningsfulle for en selv, har man oppnådd identitet (Tetzchner, 2012). I PMF søker man å bidra til at pasienten opplever *tilstedeværelse og får kontakt med seg selv og sin kropp for å oppdage og gjenvinne seg selv* (Thornquist & Bunkan, 1995 s. 92). Dette samsvarer med behov i utvikling av identitet.

Å kunne reflektere over mentale tilstander både hos seg selv og hos andre, er også en sentral utviklingsoppgave for ungdom, og knyttes til hjernens modning. Den største nevrologiske

endringen skjer i puberteten ( Fonagy i Brautaset & Egebjerg, 2012 s. 159). Følelser og reaksjoner kan oppleves forskjellig, og egen opplevelse kan være forskjellig fra andres. I sosial sammenheng er det viktig å ha forståelse for dette. Ungdom skal reorganisere sine relasjoner til foreldre og utvikle evne til abstrakt tenkning og interpersonlig forståelse (Brautaset & Egebjerg, 2012).

### **2.2.2 Egosentrisme og ytre blikk**

Opplevelse av ytre blikk ble et sentralt tema i empirien. Jeg ønsker derfor å se nærmere på dette fenomenet.

Tidligere var kroppen knyttet til produksjon. I dag knyttes den mer og mer til presentasjon, og betraktes som et uttrykk for selvet. Kroppen er noe man har og gjør ting med og den sees både av oss selv og av andre. I dagens samfunn stimuleres man til å granske egen kropp og utseende. Man skal se sunn, slank, velformet og muskuløs ut. Mange opplever et gap mellom hvordan de ønsker å se ut og hva de ser i speilet (Thornquist, 2009 s. 85). Noen får store komplekser, begynner å slanke seg eller strever med forhold til mat og trening. De får et ekstremt fokus på sitt ytre. Dette påvirker også hvordan ungdommen forholder seg til andre (Brautaset & Egebjerg, 2012).

Hormonelle endringer bidrar til at opplevelsen av kropp og seg selv endres. Rask vekst og store individuelle ulikheter gjør at ungdom er sårbar for sin egen fremtreden og selvfølelsen er nært knyttet til kroppsforannelser (Brautaset & Egebjerg, 2012 s. 159). Dette har stor betydning i PMF der man retter mye oppmerksomhet mot det som kan fornemmes og oppleves i kroppen. Bevisstheten om at man er synlig og blir sett av andre kan oppleves ulikt. Avhengig av erfaring og kontekst. Opplevelsen av å ha en væren i seg selv kobles til bevisstheten om egen kropp (Brautaset & Egebjerg, 2012). I PMF ledes pasienten på ulike måter til å forholde seg til væren i egen kropp og dermed i seg selv. I fysioterapi møtes man ikke bare ansikt-til- ansikt, men også kropp-til-kropp. Pasientens kroppssanser involveres gjennom berøring, bevegelser og ulike stillinger. Den kroppslige tilnærmingen kan sammen med samtalen hjelpe pasienten til å sette ord på erfaringer, komme i kontakt med følelser, bearbeide erfaringer og komme ut av uheldige handlingsmønstre. Kroppens fornemmelser og erfaringer er viktig å anerkjenne for å få frem holdepunkter for selvregulering. Hvis ikke

kan pasienten bli hjelpeløs i å fortolke egen kropp, og dermed forbli avhengig av hjelp fra andre (Thornquist, 2001).

I førskolealderen utvikler barn evnen til å se seg selv med andres øyne. Dette skjer til å begynne med i spesielle samhandlingssituasjoner der barnet erfarer seg selv indirekte via andres synspunkter ( Ytterhus, 2002). Mange ungdommer er redde for å ikke bli akseptert av jevnaldrende. Dette fører til stor grad av konformitet til venner og referansegrupper. De overtar ofte holdninger og atferd til andre på grunn av faktisk eller innbilt press fra dem (Tetzchner, 2012). Som mennesker forstår vi oss selv i lys av andres reaksjoner og væremåter.

Ofte kritiseres ungdom for å være selvopptatt, spesielt i forhold til ytre faktorer som utseende og klær. Denne egosentrismen kommer ifølge Elkind (1967) fordi ungdom evner å forestille seg hvordan andre tenker, men samtidig har mangelfull evne til å skille mellom eget og andres interessefokus. Ofte kan de ha et innbilt publikum som medfører at de hele tiden føler seg *iakttatt*, og forestiller seg hva andre mener og tenker om dem (Tetzchner, 2012). Selvet er i den sunne utviklingen kilde til vitalitet og spontanitet gjennom hele livet. Hvis denne utviklingen forstyrres, står man i fare for å utvikle et falskt selv, som ifølge Brautaset og Egebjerg (2012, s. 163) er en jeg-struktur som beskytter seg mot omverdenen. Det vil si at man taper spontanitet, vitalitet og fornemmelse av å være tilstede i seg selv. Dette vil i stor grad også påvirke det viktige samspillet med omverdenen, og øke sårbarheten for å orientere seg mer mot andres forventninger enn mot sitt egentlige selv. Ungdom som opplever dette vil alltid strekke seg etter å være der omgivelsene forventer at de skal være, og dermed bli rastløse og ha liten evne til å være nær seg selv. Å oppnå en mer stabil selvopplevelse gir plass til vitalitet og agens og er en viktig utviklingsoppgave i ungdomstiden (Brautaset & Egebjerg, 2012).

### **2.2.3 Emosjoner, følelser og regulering**

Fysioterapeuten i denne studien viser at regulering av følelser og emosjoner og utvikling av selvfornemmelse er sentrale behov hos ungdommen. I følge Tetzchner (2012 s. 462) eksisterer det ingen allmenn akseptert definisjon av «emosjon».

*En vanlig oppfatning er at emosjoner omfatter følelsesmessige tilstander som er en reaksjon på en hendelse eller resultatet av en vurdering av en situasjon eller*

*hendelse (inkludert sosiale signaler fra andre) Vurderingene omfatter også stimulering eller minner om en hendelse (Tetzchner, 2012 s. 462).*

Ved beskrivelse av emosjoner viser Tetzchner (2012) til 7 hovedaspekter: Uttrykk, forståelse, opplevelse, kroppslig reaksjon, retning, handling og regulering. Uttrykk og forståelse handler om at emosjoner har kommunikative funksjoner. Opplevelsen er følelsen. Kroppslig reaksjon handler om fysiologiske endringer. Emosjonen har et objekt, en retning og våre handlinger styres og aktiveres av emosjoner. *Regulering av emosjoner omfatter evnen til å regulere intensiteten på den emosjonelle opplevelsen og kontrollere handlingsimpulser som følger av den (Tetzchner, 2012 s. 462).*

Begrepet *toleransevindu* refererer til et optimalt spenn for individet hvor aktiveringen ikke er for høy eller for lav (Nordanger & Braarud, 2014). Innenfor toleransevinduet har man de beste forutsetningene for tilstedeværelse og oppmerksomhet i situasjoner og relasjoner. Toleransevinduet fleksibilitet og størrelse er sterkt relatert til erfaringer fra samspillet med primære omsorgsgivere (Siegel, 2012). I utviklingspsykologi koples toleransevinduet til begrepet *regulering*. Den viktigste oppgaven en omsorgsgiver har er *andre-regulering*, dette har avgjørende betydning for barnets utvikling.

*Sensitiv andre-regulering innebærer å være inntonet mot spedbarnets følelsmessige tilstand og atferd, og å gripe inn og gjenetablere velbehag når spedbarnet er frustrert eller gir uttrykk for ubehag (Nordanger & Braarud, 2014).*

Stern (2003) kaller personer som har denne funksjonen for *en selvregulerende annen*. Denne personen kan bidra til at barnet utvikler en indre selvregulerende funksjon. Funksjonen kalles *den fremkalte ledsager*, og fungerer som en indre følgesvenn som kan fremkalles ved behov. Utviklingen skjer fra å søke beskyttelse og hjelp hos voksne (andre-regulering) til å selv kunne regulere seg eller søke hjelp hos jevnaldrende.

Å forstå selvregulering er det mest sentrale målet for å fremme og forstå utvikling ( Posner og Rothbart i Lerner et al., 2011 s. 3). Moilanen<sup>7</sup> (2007) definerer selvregulering som:

*The ability to flexibly activate, monitor, inhibit, persevere and/or adapt one's behavior, attention, emotions and cognitive strategies in response to direction from internal cues, environmental stimuli and feedback from others, in an attempt to attain personally-relevant goals (Moilanen, 2007 ).*

Ungdommer har flere episoder med negative emosjoner enn andre. Disse knyttes i stor grad til bekymring og usikkerhet (Tetzchner, 2012). I situasjoner hvor ungdom blir emosjonelt overveldet, kan de streve med å regulere seg eller reorientere seg og kan ha behov for ytre- (andre) regulering. Den bevisste viljestyrte reguleringen utvikles med alderen, og brukes mange ganger synonymt med mestring av situasjonen (Tetzchner, 2012). I psykoterapi for ungdom må man ha et spesielt blikk for å kunne støtte en autonomiprosess. Det innebærer evne til å være en voksenstøtte hvor bedre selvregulering er målet (Brautaset & Egebjerg, 2012). Dette er like sentralt i PMF som i psykoterapi. Følelser som ikke blir inntonet og delt kan være vanskelig å romme for ungdommen, og dermed vanskelig å håndtere alene (Tetzchner, 2012). Ungdom er i kraft av sin utvikling sårbare.

## **2.3 KOMMUNIKASJON OG RELASJON**

PMF og fysioterapi er relasjonell virksomhet som innebærer kommunikasjon på flere måter. For å forstå de behovene ungdommer har i PMF behandling, og hvilke muligheter fysioterapeuten har til å møte disse, er det sentralt å se på teori om kommunikasjon og relasjon.

### **2.3.1 Kommunikasjon i fysioterapi**

Kommunikasjon handler om utveksling av budskap. Det innebærer alle måter vi henvender oss til hverandre på for å skape gjensidighet i opplevelse og mening. Tilgjengelighet og respekt formidles gjennom kropp og blikk. Oppfatningen av roller og relasjoner,

---

<sup>7</sup> Moilanen viser her til Barkley, 1997; Demetriou, 2000; Finkenauer et al., 2005; Lengua, 2003; Novak and Clayton, 2001; Thomson, 1994



kommuniseres også i stor grad gjennom kroppen. Med kroppen forteller vi hvem vi er for hverandre, mens verbalspråket formidler saksforholdet (Thornquist, 2009).

Samtalen i fysioterapi tar utgangspunkt i kroppen og kroppslige forhold. Gretland (2007 s. 183) påpeker at i noen sammenhenger er det ikke innholdet som er terapeutisk, men det at man snakker sammen. Relasjonen blir tryggere når man har samtaler hvor man møtes likeverdig og viser interesse for hverandre. En trygg relasjon sees som et viktig fundament for en bærekraftig allianse med pasienten. Hvor det nære kroppslige møtet kan finne sted. Dette understøtter resultatet til Sagen et al. (2013). I terapi kan man skille mellom kommunikasjon som har som formål å påvirke den andre og kommunikasjon som har som formål å være sammen med, bekrefte den andre følelsesmessig for å bestyrke den andres selvfølelse og identitet. Med *speiling* gjengir man den andres følelser slik at de blir synlige eller gjenkjent av den andre. Dette viser at man ser hva den andre føler, og setter ord på disse følelsene. Å speile følelser innebærer å bevege seg inn i den andres emosjonelle verden. Den andre vil være sårbar, spesielt for følelser som er vanskelig å vedkjenne seg (Eide & Eide, 2007). Affektiv avstemming er en form for speiling eller bekreftelse av det den andre uttrykker følelsesmessig. Det er noe annet enn imitasjon som avspeiler den ytre atferden. Man formidler nonverbalt at man ser og aksepterer den andres følelser. Dette gir en sterk følelse av å bli sett og bidrar til å skape kontakt og tillit.

Situasjonen, alt som er med å skape mening og danne kontekst, vil alltid ha betydning for hvordan budskap sendes og tolkes. Kommunikasjon og kontekst er gjensidig avhengig av hverandre (Thornquist, 2009).

### **2.3.2 Inntoning og Intersubjektivitet**

Med inntoning kan man gripe den andres indre tilstand og skape en atmosfære der den andre erfarer gjensidighet. Å inntone seg i forhold til en ungdom handler om å danne seg et nyansert bilde av hvordan ungdommen i situasjonen forvalter sine stemninger, emosjonelle signaler og tanker utfra kroppsholdning, stemning i rommet, følelsesuttrykk og kontaktform (Brautaset & Egebjerg, 2012 s. 169).

I PMF retter fysioterapeuten behandlingen blant annet etter hvordan pasientens respirasjon observeres (Øvreberg & Andersen, 1986). Pust og emosjoner er nært knyttet til hverandre og dermed kan respirasjonen avspeile hvordan pasienten har det. Man må også være

oppmerksom på pasienten i videre forstand og følge med på reaksjoner som kan ses, høres og føles (Øvreberg & Andersen, 1986). Tilstedeværelse, innlevelse og deltakelse har stor innvirkning på utformingen av behandlingen.

*Oppmerksom tilstedeværelse, sammen med evnen til å regulere samspillet ut fra hva pasienten er opptatt av, emosjonelle tegn og deltakelse, blir avgjørende for om terapeutens bidrag blir givende (Gretland, 2007 s. 91).*

Intersubjektivitetsbegrepet brukes både i psykologi og i fenomenologi. I følge Hansen (2012) har fenomenologien bidratt til å gi intersubjektivitet en fremtredende plass i forståelsen av hvordan vi kan gå inn i en annen persons opplevelser. Stern (2007) beskriver intersubjektiv kontakt slik:

*Det innebærer at sinnene trenger inn i hverandre på en slik måte at vi kan si: Jeg vet at du vet at jeg vet» eller «Jeg føler at du føler at jeg føler». Det som skjer er at man leser innholdet i den andres sinn. Dette kan være gjensidig. To mennesker ser og føler det samme mentale landskapet, i hvert fall for en stund (Stern et al., 2007 s. 93).*

Stern (2007) skisserer tre ulike intersubjektive nivå:

- *Enveis intersubjektivitet* som omhandler å tone seg inn på den andres opplevelser.
- *Toveis intersubjektivitet* som en gjensidig fornemmelse av delt opplevelse.
- *Tredje nivå*, hvor det verbale nivået kommer med slik at den delte opplevelsen kan bli eksplisitt og gjensidig bekreftet.

Merleau-Ponty understreker at det er gjennom kroppens sanser og fornemmelser vi har umiddelbar tilgang til verden. Med denne forståelsen er intersubjektivitet først og fremst interkroppslighet, og er utgangspunktet for andre former for intersubjektivitet (Merleau-Ponty, 1994). Intersubjektive erfaringer har en fundamental rolle i vår oppfatning av oss selv, hverandre og av verden (Hansen, 2012).

Selvforståelse, relasjonsforståelse og forståelse av verden utvikles gjennom intersubjektiv utveksling (Hansen, 2012). Relasjonen til andre er kjernen i den intersubjektive utviklingen.

Som mennesker deler vi et intersubjektivt rom hvor vi gjensidig «skaper» hverandre. Vi er egosentriske og atskilte samtidig som vi er i et fellesskap hvor vi er «vi-sentriske». Utvikling forstås som kontinuerlig «tilblivelse» gjennom hele livsløpet, stabilitet og endring går sammen i en syklus:

*Vi konstituerer oss selv gjennom møtet med andre, ved å være både sett og seende i en stadig åpenhet mot å bli forandret. Gjennom gjensidighet blir vi virkelige for hverandre, og lærer hva den andre kan uttrykke og svare på, samtidig som vi blir virkelige for oss selv (Hansen, 2012 s. 56).*

Intersubjektiv deltagelse er ikke en vedvarende tilstand. Vi er samtidig avgrenset fra hverandre, med egne fornemmelser, følelser og tanker. Fysioterapeutens tanker og faglige refleksjoner over det som foregår er en del av denne avgrensningen. Evnen til å lytte, forstå den andre og til å oppnå kontakt og allianse ses på som viktige og ofte avgjørende faktorer i terapeutisk kommunikasjon. Dette for å oppnå endring og utvikling (Hansen, 2012). Dette samsvarer også med hva Gretland (2007) og Thornquist (2009) skriver om relasjonsaspektet i fysioterapi. Det avgjørende er hva du er i møtet med pasienten. Man må leve seg inn i den andre og møte vedkommende med ubetinget respekt og varme. En må selv tilstrebe å være ekte og kongruent<sup>8</sup> i forholdet for å kunne bidra til forandring (Eide & Eide, 2007). Dette samsvarer også med resultatet til Sagen et.al (2013). Å skape en relasjon til ungdom som vil kunne gjøre at de opplever sine bidrag som meningsfulle, er avgjørende for videre utvikling i de unges opplevelses- og erfaringsverden (Stern & Randers-Pehrson, 2003; Svendsen, 2012).

Terapeuten i psykoterapi skal delta som trygg tilknytningsperson i utforsking med klienten (Schibbye, 2002 s. 245- 250). I dette inngår anerkjennelse som en klinisk holdning med tilsvarende væremåter som er vesentlig i terapiprosessen. Anerkjennelse er sentralt i PMF for ungdom (Opaas, 2012). Begrepet er omfattende og kan brukes ulikt. Det understrekes av Schibbye (2002) at det ikke handler om å bruke en teknikk, om å ha et mål, eller om å være instrumentell. Anerkjennelse beskriver samværsmåter, en levd måte å være sammen med andre på. «Anerkjennelse er ikke noe du har, men noe du er (Schibbye, 2002 s. 247). Trygghet, innebærer ifølge Schibbye (2002), at det er rom for å oppleve vanskelige følelser

---

<sup>8</sup> Kongruent: (av lat. Kongruere ~ stemme overens, falle sammen). Men kongruens menes her at terapeuten fremstår som en helhetlig person, at det er sammenfall mellom indre og ytre, overensstemmelse mellom hvem man er og hvem man gir uttrykk for å være (Eide & Eide, 2007 s. 139).

og at terapeuten aksepterer og respekterer pasientens rett til å føle på sin måte. Anerkjennelse rommer alle aspekter ved trygghetsskapende væremåter hos terapeuten. Begrepet anerkjennelse gjenspeiles i intersubjektivitetsbegrepet. Affektiv innlevelse, speiling, deling og bekreftelse inngår også i anerkjennelse. Videre ser Schibbye (2002) lytting, forståelse, aksept, toleranse og bekreftelse som ingredienser i anerkjennelse.

### 2.3.3 Språk

Språk viser seg å være et sentralt tema i utvikling, i PMF og i behandlingen i denne studien. Språkets to hovedfunksjoner er ifølge Thornquist (2009) et middel til kommunikasjon, og for å ordne, organisere erfaringer, samt styre tanker.

*Når vi lærer språket, lærer vi å sette navn på ting, handlinger og følelser og etter hvert også abstrakte følelser. Det er gjennom språket vi lærer hvordan vi skal oppfatte verden og alt som er i den. Med språket beskriver, kategoriserer, sorterer og klassifiserer vi fenomener på bestemte måter (Thornquist, 2009 s. 49 ).*

Private erfaringer kan med språket gjøres felles, dette er nøkkelen til intersubjektivitet og menneskelig fellesskap (Thornquist, 2009). Hvert innlærte ord er resultat av samvær, samhandling og felles meningsdannelse. Det skjer en parallell bevegelse mot selvstendighet og mot dypere fellesskap gjennom erobringen av det verbale språket (Stern & RandersPehrson, 2003).

Non-verbal kommunikasjon og kroppslig kommunikasjon brukes ofte synonymt. Alt som ikke er verbalt uttrykt omfattes av dette. Kroppslig kommunikasjon forbindes gjerne med følelser og intime situasjoner som kjærtegn og omsorg, men har også stor betydning for reguleringen av sosialt liv og mellommenneskelige relasjoner. Forut det språklige fellesskapet foreligger det en intersubjektiv taushet (Hansen, 2012). Kroppen er uttrykksfull og er utgangspunktet for samhandling og meningsdannelse (Thornquist, 2009).

Språkbruk i situasjonen har betydning for om pasienten får erfaringsnære begrep om seg selv. Den sosiale kroppen knyttes til begreper om selvfølelse, relasjoner, historie, nåtid og forventninger om hva som skal skje (Gretland, 2007). Språket kan bidra til å virkeliggjøre egne fornemmelser og affektive opplevelser og samtidig gi en viss distanse som gjør både selvrefleksjon og overskridelse mulig. «*Det å få begrep om seg selv er å få grep om seg selv*» (Gretland, 2007 s. 186). Intersubjektivitet på verbalt grunnlag er nødvendig for at man skal kunne få tilgang på hverandres bevissthet, tanker og forestillinger. Sviland, Råheim og

Martinsen (2010) viser til Braatøy når de beskriver hvordan bevisst tenkning avhenger av språkutvikling. Med språket kan vi nyansere, presisere erfaringene, og bli dem bevisst. Dette avhenger igjen av hvor nyansert og presist vi kan finne uttrykk som er beskrivende for det vi erfarer. Braatøys perspektiv innebærer ifølge Sviland et al. (2010) at språk og tenkning er kroppslig forankret. Uttrykket kan bremses av holdningsmuskulatur, noe som innebærer en reservert holdning og påvirker personens impulsivitet (Sviland et al, 2010).

Åpenhet, undring og aktiv lytting er viktige stikkord i kommunikasjon med barn og unge. Viktige forutsetninger er at man kan tone seg inn og finne felles oppmerksomhetspunkt. Dette viser empati og respekt og er grunnlaget for å oppnå tillit. Ungdom kan i stor grad følge en voksen verbal dialog og evner å tenke abstrakt og hypotetisk. De evner å sette seg inn i hvordan noe oppleves uten å ha erfart det selv (Eide & Eide, 2007).

#### **2.3.4 Relasjon, grenser og tillit**

En god relasjon er et resultat av samhandling som skaper tillit, trygghet og en opplevelse av troverdighet og tilknytning. En trygg og stabil relasjon tåler mer og gir partene større handlingsrom ovenfor hverandre. I arbeid med ungdom kan det være nødvendig å bruke lang tid på å bygge opp en relasjon. Det handler om å nå inn til de unge, å få mulighet til å påvirke terapeutisk (Røkenes, Hanssen, & Tolstad, 2012). I relasjon med ungdom kan det være at terapeuten må bestå utprøving gjennom avvisning, aggressivitet, og devaluering. Det kan være at terapeuten alene bære og holde oppe prosessen. Dette innebærer å være tydelig, aktiv og igangsettende. Sentralt i terapi med ungdom er at både ungdommen og terapeuten føler at det som foregår gir mening, og at utvekslingen som foregår gir økt samhørighetsfølelse. Brautaset og Egebjerg (2012) tar utgangspunkt i fire følelseskommunikasjoner som de anser har stor betydning i samspill med ungdom:

Vitalitet. Omhandler fornemmelsen av å være i livet og avspeiler aktiveringsnivået i våre opplevelser. Stern (2003) beskrev dette som vitalitetsmelodi. I en intersubjektiv deling må man respondere på hverandres rytme, slik foreldre responderer på barnets vitalitetsmelodi.

Selvagens. Å oppleve at man har påvirkningskraft er essensielt for selvfølelsen. Som terapeuter må man understøtte ungdommens selvagens gjennom markert speiling. Det vil si at man synkroniserer seg med ungdommen, men lar gjensvaret være litt annerledes.

Affektinntoning. Man er ikke er sammen bare i ytre adferd, men i en samhørighetsfølelse

relatert til indre følelsetilstander. I forhold til ungdom mener Brautaset og Egebjerg (2012) at terapeuten selektivt må tone seg inn på det ungdommen ikke har erfart tidligere, som kan tilføre en ny erfaring av å føle seg møtt, sett og forstått. Sosial referering. Små barn bruker omsorgspersonens uttrykk som referanse for å se om det stemmer overens med egne opplevelser og den emosjonelle betydningen av en situasjon. Denne kommunikasjonen er vesentlig for ungdom som opplever mye usikkerhet i forbindelse med nye erfaringer og store endringer. Vanligvis brukes foreldre og jevnaldrende for sosial referering, mens noen mangler dette i sine relasjoner. I terapi kan man validere og støtte ungdommen i deres opplevelser, så de ikke må stå alene i dem (Brautaset & Egebjerg, 2012).

Vernende varsomhet er viktig for å ikke overskride grensen til det urørlige og invadere andres tanker eller følelser (Sviland et al., 2010). Wifstad (2013) viser til Løgstrups urørlighetssone som et grunnleggende menneskelig fenomen:

*Urørlighetssonen er som en hinne rundt oss. Når hinnen brytes, kan det oppstå sår som aldri vil gro- det som en gang er sagt, kan aldri trekkes tilbake. Begrepet om urørlighetssonen fastholder dermed indirekte hvordan sårbarhet og utsatthet er et grunnvilkår for sameksistens (Wifstad, 2013 s. 108).*

Begrepet er godt for å illustrere en sårbarhet man må forvalte i ulike situasjoner, også i PMF. Urørlighetssonen beskytter oss så vi kan holde oss til saken (Sviland et al., 2010). Dette aktualiseres også i behandlingen som denne oppgaven omhandler.

Nortvedt og Grimen (2004) mener det er nødvendig å se tillit og sårbarhet i forhold til makt. Når en pasient viser tillit er hun sårbar for at helsearbeideren skal misbruke sin makt. Det er i utgangspunktet asymmetri i forholdet mellom behandler og pasient. Å stole på noen vil si at man tar en sjanse, man kan ikke vite om den man stoler på vil forvalte tilliten på en forventet måte. Tilliten er ofte uuttalt og kan forvitte i det øyeblikk hjelperen ikke viser seg den verdig (Wifstad, 2013).

## **3 METODE**

---

Her beskrives studiens vitenskapsfilosofiske perspektiv og metodiske tilnærming. Videre beskriver jeg hvordan jeg har rekruttert deltagere, samlet inn data, gjennomført analyseprosess og drøfting. Metodediskusjon og refleksjon kommer til slutt i kapitlet.

### **3.1 VITENSKAPSFILOSOFISK PERSPEKTIV**

Problemstillingen omhandler å forstå PMF til ungdom, en praksis som i liten grad er belyst tidligere. Kvalitativ tilnærming sees som hensiktsmessig for å studere fysioterapeutens opplevelses- og meningsverden. Dette harmonerer med et fenomenologisk perspektiv, hvor man vil studere noe, slik det trer frem i verden. Menneskelig erfaring regnes som gyldig kunnskap (Malterud, 2011). Fysioterapeutens erfaringsbaserte kunnskap og forståelse av PMF til ungdom utforskes (Thagaard, 2013). God kvalitativ forskning omfatter ifølge Thornquist (2003) erfaringsnære beskrivelser der deltakernes konkrete verden presenteres. Her tas det utgangspunkt i faktisk praksis for å få frem konkrete erfaringer fra fysioterapeutens verden. Kvalitativ tilnærming har sine røtter fra den hermeneutiske tradisjonen som vektlegger at fenomener kan tolkes på flere nivåer og at det ikke finnes en egentlig sannhet. Meningen kan bare forstås i lys av konteksten man studerer og er en del av. Delene forstås i lys av helheten (Thagaard, 2013).

#### **3.1.1 Forforståelse**

Ifølge Thagaard (2013, s. 219) baserer fortolkende tilnærminger seg på en antakelse om at virkeligheten ikke kan beskrives uavhengig av forskerens fortolkning av den samme virkeligheten. Min bakgrunn, erfaring og mitt teoretiske perspektiv utgjør forforståelsen som vil påvirke alle trinn i forskningsprosessen. Jeg har innledningsvis presentert min bakgrunn og intensjon med oppgaven. Videre redegjør jeg for hvordan jeg har valgt og gjennomføre metoden, analysert og bearbeidet det empiriske materialet.

### **3.2 METODISK TILNÆRMING**

Målet med studien er å få innsikt i hvilke behov som trer frem hos en ungdom og hvilke muligheter en psykomotorisk fysioterapeut ser for å imøtekomme disse i PMF behandling. Kvalitativ metodetilnærming er valgt fordi den er godt egnet for å få frem særtrekk og egenart der kunnskapsgrunlaget er begrenset (Malterud, 2011). Observasjon og film er

valgt for å få innsikt i hvordan fysioterapeuten behandler ungdom. Deretter vil et intervju gjennomføres for å løfte frem fysioterapeutens forståelse av sentrale tema relatert til de behandlingene som er observert og filmet.

### **3.2.1 Rekruttering og utvalg**

Jeg gjorde et strategisk utvalg av en psykomotorisk fysioterapeut med spesiell interesse for- og erfaring med ungdom, som ville være egnet for å belyse problemstillingen utfra sin kompetanse og sine egenskaper (Thagaard, 2013). For å få en mest mulig nøytral forskerrolle valgte jeg en fysioterapeut som jeg ikke kjente på forhånd (Tjora, 2012). Jeg forhørte meg med sentrale personer i fagmiljøet om hvem som kunne være aktuell for meg å henvende meg til. Jeg fikk anbefalinger og valgte å kontakte en som flere kolleger anbefalte. Jeg var nøye med å formulere meg på en måte som gjorde at hun ikke følte seg presset til å delta. Hun takket ja, og jeg sendte skriftlig informasjon om prosjektet og samtykkeskjema (vedlegg 3). Fysioterapeuten fikk ansvaret for å rekruttere en av sine pasienter, og formidlet samtykkeskjema til pasient og foresatte (vedlegg 5 og 4).

Jeg vil gi begrenset informasjon om deltagerne av hensyn til å bevare anonymitet: Fysioterapeuten har lang yrkeserfaring og flere år som psykomotorisk fysioterapeut for barn og ungdom i førstelinje tjenesten. Videre i studien vil jeg referere til henne som fysioterapeuten. Jeg velger å gi pasienten det fiktive navnet *Tuva*. Tuva går i 10. klasse. Hun plages av hodepine, smerter i skuldre, nakke og rygg. Hun har hatt høyt skolefravær, og har negative psykososiale erfaringer fra barneskolen.

### **3.2.2 Forberedelse og gjennomføring av observasjon og filmopptak**

Som observatør ønsket jeg å leve meg inn i hvilke behov Tuva formidlet i behandlingen, og hvordan fysioterapeuten imøtekom disse. Jeg ønsket også å se hvordan pasient og fysioterapeut forholdt seg til hverandre. Observasjon regnes som en godt egnet metode for å studere relasjonen mellom mennesker (Thagaard, 2013 s. 69) Jeg valgte en åpen, ikke-deltagende tilnærming til observasjon og filming av to PMF behandlinger av en pasient. Jeg la vekt på å være mest mulig åpen for hvordan fysioterapeuten utførte PMF behandling. Aadland beskriver observasjon slik: «*Oppgaven for en observatør likner den fenomenologiske utfordringen: Å la ethvert fenomen fremstå etter sitt eget vesen på sine*



*egne premisser»* (Aadland, 2011 s. 208). Egen forforståelse vil likevel prege hvordan jeg opplevde og erfarte observasjonene.

De praktiske avtalene ble inngått per mail. Først møtte jeg fysioterapeuten og fikk se behandlingsrommet som var 10-12 m<sup>2</sup>. Rommet var innredet både som behandlingsrom og som kontor. Vi prøvde ut hvor det var best å plassere kamera for å fange opp handlingene og forstyrre minst mulig. Kameraet skulle stå stasjonært på stativ og ikke flyttes underveis. Dette fordi behandlingsrommet var så lite. Vi vurderte valg av rom på forhånd og kom frem til at det ville kjennes mest naturlig å gjøre behandlingen der den er til vanlig. Alternativet var en liten gymsal som kanskje ville oppleves fremmed og mindre trygg for de involverte. Jeg utviklet en observasjonsguide (Vedlegg 6) utformet som et skjema hvor jeg enklest mulig kunne fylle inn hva jeg observerte i forhold til kommunikasjon og handlinger.

Av praktiske årsaker ble den første behandlingen filmet uten min tilstedeværelse. Dette mente fysioterapeuten også var en fornuftig tilnærming for å ivareta pasienten. Filmen ble overført til minnepenn og sendt til meg. Ved å se film fikk jeg ikke tilgang til konteksten situasjonen utspant seg i på samme måte som egen tilstedeværelse gir. Jeg opplevde likevel å få godt innblikk i behandlingens innhold. Det var overveldende å se hvor mye som foregår samtidig.

Den neste behandlingen ble gjennomført knapt 3 uker etter den første. På grunn av høstferie ved skolene var det et litt lengre opphold enn vanlig. Jeg møtte Tuva før de startet behandlingen og informerte henne om hensikten med studien. Min plassering var i samme hjørne som kameraet. Størrelsen på rommet gjorde at jeg følte meg noe påtrengende. I noen situasjoner følte jeg det på grensen til ubehagelig å sitte slik. Behandlingen ble gjennomført uten at deltakerne henvendte seg til meg. Jeg hadde ikke lagt noen føringer for hva som skulle foregå. Fysioterapeuten hadde heller ikke informert meg om hva de skulle gjøre. Min erfaringsbakgrunn fra samme fagfelt gjorde det mulig for meg å forstå det jeg observerte.

Etter behandlingen var ferdig snakket vi alle tre om at det var et lite rom, og at det var forskjell på når jeg var tilstede, sammenlignet med når det bare var et kamera i rommet. Kameraet glemte de fort, mens min tilstedeværelse kunne de hele tiden merke. Umiddelbart etter observasjonene noterte jeg hva slags inntrykk jeg satt igjen med. Filmene ble overført til minnepinner. Fysioterapeuten og jeg oppbevarte hver vår kopi.

Et viktig formål med observasjon og film var at vi i intervjuet kunne snakke om det fysioterapeuten hadde gjort og jeg hadde sett. Observasjon og film skulle gi felles erfaring å samtale ut i fra. For å skaffe meg oversikt over innholdet transkriberte jeg handlingene og de verbale utsagnene i filmene så godt som mulig. Deretter lagde jeg en innholdslogg (Vedlegg 7) for hver film, slik at jeg hadde god oversikt over innholdet. I denne loggen noterte jeg hva som kunne være interessant å ta med videre til intervjuet.

### **3.2.3 Planlegging og gjennomføring av intervju**

Et sentralt aspekt ved kvalitativ forskning er at man må ha innlevelse for å kunne oppnå forståelse og innsikt (Thagaard, 2013). Observasjon gir ikke tilgang på nyanser i hvilke oppfatninger, motiver, meninger og tenkemåter fysioterapeuten har. For å få innsikt i fysioterapeutens opplevelser, erfaringer og tanker må hun få komme til ordet, og få ytre sine tanker så korrekt og upåvirket som mulig. I et kvalitativt forskningsintervju produseres kunnskap gjennom interaksjon mellom intervjuer og informant (Kvale, 2009 s. 99). Metoden er egnet for å studere meninger, holdninger og erfaringer, og bygger på et fenomenologisk perspektiv hvor man ønsker å få frem informantens opplevelser og refleksjoner (Tjora, 2012 s. 105). Kvale (2009) understreker at kvaliteten på resultatet avhenger av intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet. Jeg har på forhånd satt meg inn i teori om temaet og har klinisk erfaring fra fagfeltet.

Jeg har valgt en delvis strukturert tilnærming til intervjuet. Det vil si at jeg lagde en intervjuguide (Vedlegg 8). Guiden ble strukturert rundt de ulike filmklippene jeg ønsket å se sammen med fysioterapeuten, med forslag til tema og spørsmål. Spørsmålene omhandlet i stor grad hva, hvordan og hvorfor om det hun gjorde i behandlingen. Jeg ville også være åpen for tema og filmklipp fysioterapeuten ville snakke om (Thagaard, 2013).

Intervjuet ble gjennomført etter arbeidstid på det samme behandlingsrommet/kontoret, 2 uker senere. Jeg ønsket å gjennomføre intervjuet et sted der fysioterapeuten følte seg trygg og «på hjemmebane», noe som anbefales av Tjora (2012). Jeg brukte digital båndopptaker og egen mobiltelefon for å sikre lydopptak av samtalen. I mellomperioden hadde vi begge sett på filmene og plukket ut filmklipp av sekvenser som vakte spesiell interesse. Jeg hadde først noen innledende spørsmål jeg lurte på. Etter disse så vi ett filmklipp om gangen, og snakket om temaer knyttet til det aktuelle klippet. Intervjuguiden ble fulgt på den måten at

filmklipp ble vist som planlagt, men i mindre grad slik spørsmålene står beskrevet i den. Samtalen fulgte naturlig av det som ble vist i klippene. Fysioterapeuten ønsket at vi skulle fokusere på mine utvalgte klipp først. Etter at mine var gjennomgått hadde hun også fått belyst sine egne. Fysioterapeuten trakk også inn generelle erfaringer og tanker som hun assosierte og relaterte til innholdet i filmklippene. Hun var svært engasjert, og hadde mye å si om klippene. Intervjuet varte i 2, 5 time. Etter at intervjuet var gjennomført noterte jeg meg umiddelbare inntrykk og refleksjoner.

### **3.3 FREMSTILLING AV ANALYSE OG DATA**

Analyseprosessen hviler på min fortolkning av teori og materiale. Veileder har lest gjennom transkripsjonene. Hun har fulgt med og bidratt med innspill i hele prosessen med å lage denne oppgaven. Jeg gjorde flere forsøk på å følge oppskrifter fra metode litteratur, men fant ikke noe som passet helt for mitt materiale. Sandelowski (2010) redegjør for at enhver kvalitativ metode har sine begrensninger i forhold til hvordan det beskrives at man skal gå frem. Fremgangsmåten i ulike prosjekt vil være unik, slik datamaterialet og konteksten for dette også er. I prosessen har jeg beveget meg gjennom tre ulike metoder. Observasjonen og filmene er brukt som forberedelse, bakgrunn og virkemiddel i intervjuet. Den dypere analysen som utgjør oppgavens resultat tar utgangspunkt i intervjuet.

#### **3.3.1 Transkribering**

Filmopptakene ble transkribert i forhold til hva som ble sagt og gjort i behandlingene. Det var viktig å få best mulig oversikt over innholdet i behandlingene, og videre finne frem til de sekvenser jeg ønsket å snakke med fysioterapeuten om. Det ble valgt klipp fra begge filmene, fra alle delene av behandlingen og fra alle utgangsstillinger. Sekvenser med innhold som representerte typiske trekk ved fysioterapeutens tilnærming, endringer i uttrykk eller relasjonen mellom dem, og som vakte min nysgjerrighet ble valgt. Jeg gjennomgikk filmene som helhet og sekvensene hver for seg gjentatte ganger. Dette for å sikre at jeg ikke hadde oversett noe vesentlig. Reduksjonen fra observasjon til film er omfattende. Thornquist (2012) beskriver det som at det tredimensjonale blir todimensjonalt ved at sensoriske input forsvinner og konteksten endres. Videre overføring til skrevne ord innebærer at mye filtreres ut. Prosessen min med å transkribere og fortolke innholdet i filmene ble avsluttet før intervjuet ble gjennomført. I den videre prosessen er det intervjumaterialet som analyseres.

Mye av innholdet i intervjuet omhandler det vi så filmklipp fra, på den måten bringes handlingsinnholdet fra observasjon og film som vi fant vesentlig videre.

Jeg valgte å transkribere intervjuet selv, noe som anbefales av flere for å bli kjent med materialet (Thornquist, 2012; Tjora, 2012). Dette var en tidkrevende og møysommelig prosess. Jeg skrev ordrett fysioterapeutens og egne uttalelser på dialekt. For å få frem så mye som mulig av den den muntlige samtalen beskrev jeg lyder som «mm», følelsesuttrykk som latter og sukk, gjentakelser, pauser, bekreftelsesord som «ja» og «nei». Dette ble imidlertid ikke lagt vekt på i den videre analysen. Lydbåndet ble gjennomlyttet flere ganger for å sikre at hele innholdet var skrevet så riktig som mulig. Jeg opplevde at meningsinnholdet ble bevart og at følelsesuttrykk og pauser i samtalen hadde mindre betydning i analysearbeidet i denne sammenhengen.

### **3.3.2 Videre analyse**

Etter å ha lest grundig gjennom transkripsjonen fra intervjuet flere ganger laget jeg et sammendrag av innholdet for å få oversikt og dypere innsikt i hva intervjuet handlet om. Jeg hadde ingen tema klare på forhånd og ønsket å se etter tema som lå mer latent enn åpenbart i materialet. Både virkeligheten og tekster kan fortolkes på ulike måter, og byr på ulike betydninger og meninger. Dette berører troverdigheten i kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004).

Jeg laget en firedelt matrise for å komme dypere inn i innholdet (Utdrag fra matrise se vedlegg 9). Jeg delte innholdet inn etter tema for samtalen slik de forløp kronologisk i tid. I første kolonne plasserte jeg råmaterialet. I andre kolonne laget jeg meningsfortetting av råmaterialet til tekstutsnittet, slik beskrevet av Kvale (2009). I tredje kolonne laget jeg en tekstnær fortolkning, hvor jeg prøvde å se det latente innholdet i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). I fjerde kolonne skrev jeg nøkkelord som best kunne illustrere meningsinnholdet (Kvale, 2009).

Prosessen med tekstnær fortolkning, finne nøkkelord og tema var krevende. Det ble justert og endret flere ganger. I dette arbeidet vekslet jeg hele tiden med å se på deler og helheter av materialet og lese teori som kunne tilføre andre perspektiver på innholdet. Forståelsen av innhold og tema endret seg underveis i prosessen. Beskrivelsen av en *hermeneutisk sirkel* eller *spiral* kan illustrere hvordan vekslingen mellom å forstå helhet og deler vekselvis kan stimulere til en erkjennelsesprosess (Thornquist, 2003 s. 142).

Jeg valgte å konsentrere meg om tema som i mine øyne fremsto som spesielt sentrale i PMF for ungdom, og valgte bort tema som omhandlet de generelle virkemidlene som også ellers preger PMF. Jeg endret problemstillingen fra å fokusere på fysioterapeutens virkemidler til å omhandle behov, muligheter og begrunnelse for tilnærming. Det ble tydeligere at utviklingspsykologi var det perspektivet som var mest sentralt for å forstå behov hos ungdommen. For å forstå muligheter for fysioterapeuten til å imøtekomme ungdommens behov valgte jeg teori om PMF, fysioterapi, kommunikasjon og relasjon. Jeg valgte etter dette ut sitater fra råmaterialet som best representerte de temaene som jeg ville drøfte videre.

### **3.4 METODEDISKUSJON**

Her drøftes fordeler og begrensninger ved metodene jeg valgte.

#### **3.4.1 Refleksjoner rundt gjennomføringen, forskerens rolle og analyse**

Jeg gjennomførte ikke prøveobservasjon eller intervju. Dette kunne vært nyttig for å få erfaring i å kombinere disse metodene, og spesielt for å kunne justere intervjuguiden. Det kunne gjort meg mere bevisst på å stille flere utdypende spørsmål konsentrert innenfor færre tema.

Behandlingene ble påvirket av kamera og min tilstedeværelse. Dette endret konteksten behandlingen ellers preges av. Deltagerne uttrykte at kameraet glemte de fort, men de kunne ikke glemme min tilstedeværelse. De to behandlingene har noe ulikt hovedfokus. I behandlingen uten min tilstedeværelse utvikles en nærhet mellom pasient og fysioterapeut, som ikke blir like tydelig når jeg er tilstede. Det kan være at min tilstedeværelse forsterket opplevelsen av ytre blikk for pasienten. Samtidig kan det også ha hatt positiv innvirkning ved at de fikk løftet dette frem og jobbet med det. Fysioterapeuten kan ha følt seg vurdert og dermed hemmet i hvordan hun tilnærmet seg pasienten. Det kan også ha medført en mer omfattende rolle i å ivareta pasienten fordi hun ble mer utrygg enn hun ellers ville vært. Det kan hende det hadde vært mer bekvemt for alle parter at også denne behandlingen bare ble filmet, eller at vi brukte et større rom. Dersom jeg hadde hatt mulighet til å observere flere behandlinger kunne det også dempet effekten av min tilstedeværelse. Fysioterapeutens mulighet til å forklare og fortelle om behandlingene i intervjuet bidro også til at hun kunne justere eller redegjøre for det som eventuelt ble avvikende i forhold til hva hun ellers erfarer.

Film dekontekstualiserer situasjonene. Utvelgelsen av filmklipp medfører at innsikten i konteksten reduseres ytterligere. Samtidig hadde vi begge sett filmene på forhånd og visste hvordan de ulike situasjonene var relatert til hverandre. Den behandlingen jeg hadde vært tilstede ved var lettere å huske, dermed var det ikke nødvendig å se denne filmen like mange ganger som den jeg bare hadde sett film fra.

Intervjusituasjonen ble preget av at informanten snakket fort og mye. Jeg ønsket i liten grad å avbryte. Under transkriberingen og senere i analyseprosessen så jeg at jeg burde spurt mere utdypende i forhold til noen tema. Under drøftingen så jeg også nye tema det hadde vært relevant å stille spørsmål om.

I analysearbeidet er det mine perspektiv som strukturerer analysen og tolkningen av dataene. Mine perspektiv vil trolig være noe annerledes enn fysioterapeutens. Presentasjonen av resultat og analyse representerer altså min fortolkning av fysioterapeutens forståelse. Dette innebærer at resultatene er fortolkningen av en allerede fortolket virkelighet.

Gjennom hele prosessen har jeg flere ganger gått tilbake til transkripsjonene for å se at jeg ikke har misforstått, mistet eller oversett noe meningsfylt. Jeg har i liten grad gått tilbake til filmene eller observasjonstranskripsjonene etter intervjuet ble gjennomført.

### **3.4.2 Intern og ekstern validitet**

I følge Thagaard (2013 s. 204-205) kan man vurdere en studies validitet ut fra spørsmålet om resultatet representerer den virkeligheten man har studert. Dersom alle prosessene i studien er gjennomført og redegjort for på en slik måte at resultatene er overbevisende sanne, er spørsmål om validitet overflødige (Kvale, 2009 s. 264). Validiteten handler også om hvordan jeg som forsker viser moralsk integritet og praktisk klokskap gjennom prosessen (Kvale, 2009 s. 253). Den interne validiteten omhandler i hvilken grad de ulike årsakssammenhengene støttes innenfor en studie, om studien i seg selv er troverdig (Thagaard, 2013). Spørsmålet blir da om observasjon, film og intervju er egnede metoder for å svare på hvilke behov som trer frem og hvilke muligheter som skapes for fysioterapeuten til å møte disse i PMF behandling av ungdom. Det samme gjelder om informasjonen jeg bruker viser sammenheng med denne problemstillingen. For å styrke oppgavens validitet har jeg forsøkt å gi høy grad av «gjennomsiktighet» ved å være tydelig i hvordan jeg har gått frem, og hvordan jeg har fortolket fysioterapeuten (Thagaard, 2013).

Jeg har valgt å gjengi lange sitater fra fysioterapeuten slik at leseren selv kan vurdere om mine fortolkninger gir mening og virker troverdig. Jeg har studert en kultur jeg selv er en del av. Dette innebærer risiko for å overse det som er annerledes enn min egen erfaring. Samtidig gir min forkunnskap om fysioterapi og PMF til ungdom et godt grunnlag for å forstå både hva som skjer i behandlingene og for å gjennomføre intervjuet. Det gir meg og et grunnlag for å oppdage nyanser under behandlingen som ville vært mindre synlig uten min bakgrunn (Thagaard, 2013). Jeg har redegjort for eget ståsted og teori som preger min forforståelse, slik at leseren skal ha mulighet til å vurdere hvordan dette kan ha påvirket tolkningen av resultatene (Thagaard, 2013).

Ekstern validitet handler om forståelsen som utvikles i denne studien kan være gyldig i andre sammenhenger. Thagaard (2013) kaller dette for overførbarhet. En vanlig innvending mot intervjuforskning er at det er for få intervjupersoner (Kvale, 2009). I denne studien er det bare en. Målet har ikke vært å generalisere kunnskap, men å gå i dybden for å forstå mer av et lite belyst tema. Spørsmålet blir da om forståelsen fra denne studien kan overføres til andre relevante situasjoner. Det er selve fortolkningen av resultatene som gir grunnlaget for overførbarheten. Om min fortolkning i denne studien er relevant i andre sammenhenger, vil gjenspeile seg i drøftingen og i åpenhet om hva og hvordan jeg har fortolket, slik at leseren får tilstrekkelig innsikt til å vurdere dette. Gjenkjennelse kan også knyttes til overførbarhet. Hvis andre med kjennskap til PMF til ungdom, kan kjenne seg igjen i det som presenteres har det betydning for studiens overførbarhet. Gjenkjennelsen innebærer ifølge Thagaard (2013) at teksten gir dypere mening til tidligere kunnskaper og erfaringer, og overskrider leserens tidligere forståelse.

### **3.4.3 Etiske refleksjoner**

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres (vedlegg 1). Det er ikke meldepliktig til Regional Etisk Komite (vedlegg 2).

Deltagerne samt pasientens foresatte har undertegnet informert samtykke (vedlegg 3, 4 og 5). Pasientens og foresattes samtykke oppbevares i pasientens journal ved behandlingsstedet. Jeg har fulgt etiske retningslinjer i forhold til lyd- og filmopptak og informert deltagerne muntlig og skriftlig om dette. De har også vært informert muntlig og skriftlig om at de på et hvilket som helst tidspunkt kan trekke seg fra å delta i studien frem til data har inngått i analysen (Kvale, 2009). Lyd- og filmopptak vil slettes etter at oppgaven er levert og senest

310616. Jeg har etter beste evne forsøkt å følge prinsippene i Helsinki deklarasjonen (The Helsinki Declaration of the World Medical Association, 2014).

Ungdom som søker PMF er sårbare. Selv er jeg uerfaren i å gjennomføre studier som dette, og da bør man ikke utsette sårbare pasienter for unødig belastning. Jeg har derfor valgt å ikke intervju ungdommen, selv om det ville vært interessant å få innsikt i hennes erfaringer og opplevelser med PMF behandling. Dette var noe jeg tok hensyn til da jeg planla prosjektet og utformet problemstillingen (Thagaard, 2013).

I analysearbeidet, fortolkning og presentasjon av resultatene har jeg søkt å ivareta deltagerens integritet på best mulig måte. Fysioterapeuten vil kjenne seg selv igjen i studien, da hun er den eneste informanten. Det er en risiko for at hun opplever at mitt perspektiv avviker fra hennes egen forståelse. Dette kan i ytterste konsekvens medføre at min autoritet over tolkningen oppleves som et tillitsbrudd i forhold til samarbeidet som ble etablert under innsamling av data. Informert samtykke omfatter ikke mine tolkninger, fordi det er umulig å gjøre rede for disse før analysen er ferdigstilt. En mulig løsning for å motvirke dette ville vært å samarbeide om tolkningene, men dette har jeg ikke hatt mulighet for innenfor tidsrammen jeg har til rådighet (Thagaard, 2013).

Jeg er takknemlig for den tilliten fysioterapeuten og pasienten har vist meg ved å samtykke til deltakelse i denne studien. Jeg har etter beste evne søkt å ivareta denne tilliten gjennom hele forskningsprosessen.



## 4 RESULTAT OG ANALYSE

---

Presentasjonen av resultatet har en temasentrert tilnærming jamfør Thagaard (2013 s. 221). I tilknytning til sitatene beskrives min tekstnære fortolkning og videre analyse. Sitatene er omformulert til bokmål for å ivareta anonymisering og leservennlighet. Fysioterapeutens uttalelser presenteres i kursiv, ord som ble spesielt lagt vekt på er understreket. Mine bidrag presenteres der det er naturlig og markeres med kursiv og fet skrift.

### 4.1 INTERVJU

Intensjonen med intervjuet var å få frem hva fysioterapeuten gjør i behandlingen, hvordan og hvorfor hun gjør det. I intervjuet trakk fysioterapeuten også inn generelle erfaringer om PMF til ungdom, og hvordan hun oppfatter ungdommers livsverden. Tema for resultatet var ikke bestemt på forhånd, men har vokst frem gjennom transkribering, lesning og bearbeiding av teksten. Jeg stilte meg spørsmål om hva teksten omhandlet for å se hvilke temaer som vokste frem. Jeg valgte å avgrense tema til de som i størst grad reflekterte at pasienten var en ungdom, fordi det er intensjonen med studien. Det vil si at tema som er relatert til PMF behandling generelt i liten grad belyses i denne sammenhengen, selv om intervjuet også omhandlet dette.

### 4.2 Å VÆRE UNGDOM

Her presenteres sitater og analyse som omhandler pasientens behov for trygghet, hva som fører til utrygghet, hvordan fysioterapeuten oppfatter behovene og retter behandlingen mot å imøtekomme dem.

#### 4.2.1 Hun passer på uttrykket sitt

Tuva holder fysioterapeuten litt på avstand, og er ikke klar for å slippe henne inn bak det ytre skallet. Fysioterapeuten vektlegger at trygghet må komme før åpenhet. Utvikling av Tuvas trygghet i situasjonen må ta den tiden det tar. Det har ikke utviklet seg en nær fysioterapeut-pasient relasjon mellom dem, og Tuva er fortsatt ordknapp og reservert. Fysioterapeuten har fanget opp endringer i Tuvas blick og kropp som kan tyde på at tryggheten er på vei og at fasaden Tuva møter det ukjente med begynner å slå sprekker:

*Jeg føler ikke at jeg har en nær relasjon med henne, for hun er ikke så lett å komme inn på ... **Ja, du får ikke noe gratis?** Du må lirke litt. Det er ikke så mye mer. Du får ikke noe gratis av henne (...) Samtidig virker hun mer og mer åpen og direkte i blikket. Hun er mer og mer trygg når hun kommer inn her, det er hun. Så det har jo tatt litt tid på en måte, å føle at hun har en helt trygg relasjon, at hun føler hun kan stole på meg. Det er akkurat som hun har litt sånn fasade (...) Hun kanskje passer seg litt, hun passer på uttrykket sitt.*

Fasade<sup>9</sup> er en metafor i denne sammenhengen. Den sier noe om at det ansiktet Tuva viser ikke er slik hun egentlig er, men et ytre hun holder foran seg. Dette tyder på at hun er usikker i situasjonen og viser lite spontanitet. Hun holder tilbake uttrykk og reaksjoner. Det er en måte å sette grenser for andre på, men som samtidig begrenser dette også henne selv. Fasaden kan virke avvisende, og gjør det vanskelig for fysioterapeuten å bli kjent med Tuva. Samtidig er dette en måte Tuva beskytter seg selv og setter grenser for hvor nært innpå seg hun vil slippe fysioterapeuten. Fysioterapeuten prøver å tone seg inn for å få kontakt og forstår at dette må få tid.

Tuva behandles med klærne på. Fysioterapeuten er opptatt av at pasienten skal være trygg nok til å erfare seg selv. Noen må ha klær på for å føle seg bekvem.

*Jeg bruker å la det være åpent og spørre hva føler de seg mest bekvem med, for jeg vil se deg i en situasjon hvor du føler deg trygg. Hvis personen klarer å erfare seg selv, så er det det viktigste.*

Å få beholde klærne på virker i denne situasjonen nødvendig for at de skal kunne jobbe med kroppen. Klærne er også en del av uttrykket og *fasaden*. I noen tilfeller er det nødvendig å få beholde denne for å gi åpning for- og tørre å møte noe nytt.

---

<sup>9</sup> **Fasade** har flere betydninger. Ordet er av samme [latinske](#) rot som det [engelske](#) *face* og brukes om «ansikt utad» også i [arkitekturen](#). I overført betydning brukes ordet ofte som spesiell betegnelse for den mest representative side (Wikipedia, 2016).

#### 4.2.2 Jeg føler at dette her ser rart ut

Jeg velger å beskrive denne sekvensen fra behandlingen for å gi en tydelig bakgrunn for den tilhørende intervjusekvensen:

Tuva ligger på rygg på behandlingsbenken. Fysioterapeuten fører Tuvas ben opp i bøy og beveger det med små utslag i bøy og strekk i rolige rytmiske bevegelser. Fører benet i full bøy i hoft og kne og spør Tuva: «*Strekker det noen ting bak i ryggen nå?*». «*Ja, litt*», svarer hun. Fysioterapeuten slipper litt opp i hoften og ser på Tuva og spør videre «*den plassen det er litt stramt og litt ekkelt?*» «*Ja, litt*», svarer Tuva. Fysioterapeuten spør: «*strekker det på en måte som er god eller litt uææh?*» «*Litt ekkelt*», svarer Tuva. Fysioterapeuten senker rolig ned benet, mens hun sier: «*Hva hvis vi tar begge to samtidig?*». Hun hjelper Tuva opp med begge bena, sier samtidig: «*er det sånn her du har prøvd å strekke ut ryggen hjemme, når du skulle ha tak i den nederste delen av ryggen?*» «*Nei*» svarer Tuva. «*Ta begge hoftene mot magen, så holder du rundt med hendene dine*», sier fysioterapeuten og fører bena opp i litt over 90 grader bøy. Tuva griper rundt bena sine. «*Får du tak i noe baki der da?*», spør fysioterapeuten. «*Ja*» svarer hun. De ser på hverandre og fysioterapeuten smiler, rynker øyenbrynene sine og nikker til henne og sier «*det strekker litt?*» «*Ja*», svarer hun. «*Kjenn litt at du kan regulere litt nå, kjenn litt hvor nært du går*» sier fysioterapeuten og beveger bena rolig i litt mindre bøy, mens hun fortsatt ser på Tuva, og fører bena rolig opp i bøy igjen. «*Det her kan du bruke når du kommer hjem fra skolen og har sittet hele dagen, ikke sant? Så kjenner du det tar litt der?*» sier fysioterapeuten. Tuva ser på fysioterapeuten og sier stille «*mm*». Fysioterapeuten sier «*ha god avstand mellom hoftene dine*» og skyver bena litt fra hverandre, «*så kan du ligge her å smårugge litt*». Tuva svelger. «*Kjennes det godt ut?*» spør fysioterapeuten med vennlig stemme og ser på Tuva. «*Litt ubehagelig, og litt rart*» sier Tuva. «*Litt rart!*» sier fysioterapeuten overrasket. Hun slipper taket på Tuva, smiler, lener seg litt mot henne og sier «*forklar meg hvordan, hva som er rart*». Tuva setter føttene ned i underlaget og tar seg mot ryggen «*altså det er ikke ofte jeg får tak i de musklene, så ...*». Fysioterapeuten svarer: «*så når du får tak i dem så føler du litt sånn ...*» hun rynker pannen sin som om hun vil uttrykke at noe er ekkelt, og sier videre «*heisan, er det der dere er!*» også ler de sammen. Fysioterapeuten setter seg med ryggen skrått mot Tuva mens hun sier «*jeg tenker, husker du når du sitter litt sånn fremoverlent?*» Hun legger en hånd i korsryggen sin og svaier korsryggen sin. Tuva ser på hva fysioterapeuten viser henne. «*Da får det her aldri hvile*», sier fysioterapeuten, reiser seg og vender seg mot Tuva «*og det du*

*gjør nå er å lage deg til en C, og da får du ryggen ordentlig bøyd bak på her». Samtidig løfter hun et bein opp mot magen sin, og runder ryggen, mens hun holder en hand mot ryggen sin for å poengtere bevegelsen. Legger så en hand på Tuvas kne igjen, sier «prøv litt igjen» og leder henne til å bøye bena opp mot magen og holde rundt de. Skyver forsiktig bena til Tuva fra side til side, ser på henne, smiler og sier «du kan ligge å ruge deg litt, fra side til side og massere litt, hvis du ligger på hardt underlag iallfall». Tuva ligger med lukket munn og lett ekstensjon i nakken. «Hvordan var det?», spør fysioterapeuten. «Det er fortsatt litt rart, jeg føler at det her ser veldig rart ut, men ...» sier Tuva. «Du ser rar ut?» sier fysioterapeuten overrasket. Tuva sier: «Jeg føler at dette her ser rart ut, og det er kanskje derfor det er litt rart, men». De stopper bevegelsen litt og fysioterapeuten sier «ja, det er kanskje ikke så vanlig at man ligger med bena i været sånn?». «Nei» svarer Tuva. «Nei, men det er veldig vanlig å gjøre det når man er sliten i ryggen. Det her er en av hvilestillingene for ryggen, for da får ryggen strekt seg ut», sier fysioterapeuten. Det kommer videre fram at Tuva synes det kjennes helt ok for ryggen å ligge slik.*

Videre utdypes hva fysioterapeuten sier om denne sekvensen.

Fysioterapeuten bruker denne stillingen for å utfordre Tuva til å bevege seg på en måte hun vet hun ikke er komfortabel med, men som vil være bra for å regulere spenningen i ryggen hennes. Hun vil gjerne endre Tuvas fokus fra hvordan det *ser ut* til hvordan *det kjennes*. Tuva vil gjerne være minst mulig synlig. Hun ser seg selv utenfra slik hun tror andre vil se henne, og frykter at de skal se henne som annerledes eller rar. Denne følelsen av *ytre blikk* hemmer hennes frihet til å bevege seg. Fysioterapeuten kobler det ytre blikket til at pasienten får en stiv tilværelse, hvor hun ikke kan bevege seg slik hun vil og egentlig har behov for. Tuvas opplevelse anerkjennes, men fysioterapeuten vil utvide pasientens erfaring i situasjonen til å omfatte hvordan det kjennes i ryggen. Erfaringene i situasjonen skal gi grobunn for at pasienten i større grad kan kjenne hva hun har behov for og ikke for hvordan hun sees av andre:

*Jeg prøver å gi henne en stilling hvor hun kan få tak i den stramme ryggen sin, som hun kan bruke. Jeg tenker at hun ikke liker å bli sett på, så snakker vi litt om det. Det er ikke vanlig å se, det er ikke vanlig å gjøre, men det er vanlig å gjøre når man har vondt i ryggen (...) Hun er ganske bevisst om hvordan hun ser ut. Altså, hun har et ytre blikk på seg selv til og med når hun ligger og skal strekke ryggen sin. Det prøver jeg å bekrefte henne litt på, men samtidig si at det er faktisk vanlig å gjøre sånne ting*

når man har vondt i ryggen. Og den kan man ikke bare la henne bli styrt av, for da blir det jo ikke mye bevegelser hun kan gjøre. **Men der utfordrer du henne videre?**

Ja, jeg tenker man kan ikke gi etter for det der, for da blir det lite man kan gjøre i verden, da blir det en ganske stiv tilværelse. Men jeg prøver jo å anerkjenne det, jeg skjønner det føles rart, men ... **skal ikke gjøre det i klassen sier du.** Ja, jeg prøver å si er at når du er alene, så kan du gjøre hva du vil, og det er lov å gjøre hva man vil (...) Jeg prøver å gi henne litt mer rom for seg selv. For jeg føler at hun har snevret veldig mye inn på hva som er lov fordi at hun har det ytre blikket hele tiden, til og med når hun er alene, eller når vi er på rommet her, bare jeg og henne.

Det ytre blikket har stor makt over Tuva og er kanskje årsaken til at hun har dette beskyttende uttrykket, fasaden. Dette fungerer også som en slags tilstivning av det kroppslige uttrykket. Hun ser seg selv *med andres blikk* på en negativ måte og har behov for å være minst mulig synlig. Å ligge på rygg med bena bøyd opp mot magen er ikke innenfor et uttrykk hun føler seg komfortabel med så lenge fokus er på hvordan dette ser ut for andre. Når fokus flyttes til hvordan det kjennes for ryggen gir det en annen opplevelse.

Ungdom gjennomgår store forandringer på kort tid. Samtidig trenger de også tid for å bli fortrolig med endringene og kroppsfokuset som de utsettes for. Kroppsfokuset bidrar til at mange er utrygge på egen kropp og skjerner seg for andres blikk. Ungdom i dag får mindre mot-impulser mot et uhensiktsmessig kroppsideal, fordi de i mindre grad tør å vise seg nakne for hverandre:

*De er i tenårene og deres kropp har forandra seg noe sinnsykt! På et år så er jo kroppen totalt forandra på noen av jentene spesielt. De skal ha tid til å venne seg til det her, i tillegg til det kroppsfokuset som er. De kler jo ikke av seg i gymmen lengre, de er kjemperedde og får jo aldri sett en normal kropp lenger. Det gjør det jo bare enda verre for de ser bare kropper på film, de ser ingen normale å justere det med. ... Men mange har den perioden der, og da føler de seg rett og slett ubekvem altså.*

Det er forståelig at ungdom ikke er fortrolig med kroppen sin. Ungdomsverden og kultur preger i stor grad hvordan de opplever seg selv og sin kropp. Tuva føler seg hemmet av et ytre blikk som gjør at hun begrenser seg selv i uttrykk og bevegelser. Samlet gir dette et inntrykk av at Tuva er utrygg i situasjonen og hun har ikke umiddelbar tillit til fysioterapeuten. Å skape en relasjon og en terapeutisk allianse med Tuva ser ut til å være en

oppgave som krever at fysioterapeuten evner å tone seg inn på følelser og behov som ligger bak det umiddelbare uttrykket.

### 4.2.3 Forandringens tid

Ungdom responderer raskere på behandling enn voksne, dette skaper entusiasme og motivasjon for å jobbe med ungdom. De som har trygge livssituasjoner har ofte god omstillingsevne og effekt av behandlingen:

*Det er artig å jobbe med ungdom. Du ser så fort forandring hos dem i forhold til voksne (...) Det er ingen grunn til å pushe på, det er bare la det skje. Det skjer mye fortere med ungdom så lenge tingene rundt de er bra. Så lenge hverdagen er bra, at de ikke står i noe tøft, så skjer ting mye fortere.*

Ungdom som har hatt trygg og god oppvekst har gode ressurser tilgjengelig. De kan huske og gjenskape evnen til fri bevegelse og pust fra barndommen. Problemer som ikke har vart over lang tid er lettere å få bukt med:

*For det er ikke så lenge siden de var en fri unge som spratt rundt og pusta fritt. Det er ikke mange år tilbake! Kroppen husker det så lett, så det skal så lite til før du henter det inn igjen, når det bare har vært noe som har vært ugreit ei stund. (...) og dermed har de erfaringene om å bevege seg og puste fritt lett tilgjengelig i kroppen.*

Ungdom har en egen evne til raske endringer. Problemer som ikke har fått feste seg gjennom lang tid er også lettere å hjelpe de med. Dette indikerer at det kan være viktig at ungdom får hjelp tidlig og kanskje trenger mindre ressurser enn hva som vil være behovet hvis problemer får feste seg og får flere negative ringvirkninger.

Fysioterapeuten anerkjenner pasientens evne til å endre seg raskt, og mener dette motiverer til raskere endringer og til å ta tak i ting:

*Da bekrefter jeg jo selvfølgelig når jeg ser at hun endrer på ting. WOW så bra! Så fort du tar ting, så fort du endrer på ting. Da forandrer hun enda fortere til neste gang og har mer iver etter å ta tak.*

Dette kan også tolkes som at pasienten kan endre seg utfra ytre motivasjon, fremfor en indre styrt endring. «Bra» er et evaluerende utsagn, og hvis pasienten har et ønske om å behage fysioterapeuten eller andre kan dette medføre at de endrer seg på grunnlag av det de oppfatter som forventet eller ønsket av omgivelsene, fremfor å følge det egentlige behovet.

I behandlingen er det en sekvens der Tuva reagerer spontant med et høyt «AU» når det gjør vondt. Denne spontane reaksjonen er en endring fra Tuvas ellers kontrollerte uttrykk. Det å kunne si fra når noe ikke kjennes godt, handler om å tørre å være tydelig, sette grenser og ivareta egne behov. I denne situasjonen gjør Tuva seg selv synlig, hun tar plass, noe som krever mot og trygghet. I behandling er det mulig å få frem et mer levende, spontant og ekte uttrykk hos Tuva. Hun kan stå frem og være tydelig og sette grenser for hva hun vil være med på. Fysioterapeuten er entusiastisk over Tuvas økende trygghet til å være tydelig:

*Ja, det var en veldig tydelig reaksjon og litt artig at hun kunne lage så høy lyd. Høy lyd ja, i forhold til hvordan du ser henne ellers. Det forteller om hennes styrke, at hun kan det. Hun er ganske tydelig, hun kan virke tilbake, men hun har mye kraft bak. Det er mye futt i henne, men det er ikke det hun viser i første omgang. Når du møter henne, da viser hun en veldig kontroll, men i dag var det mer av det igjen.  
Veldig artig å se!*

Ungdom gjennomgår og opplever endringer på flere livsområder samtidig og er i kontinuerlig omstilling. Dette er naturlig og forventet. Ungdom har sannsynligvis en større fleksibilitet tilgjengelig i kroppen som de kan dra nytte av i sine bevegelsesuttrykk og vaner. Når Tuva her tør å reagere er det også et tegn på at hun er tryggere i situasjonen. Når noe bare har vært ugreit en stund har det ikke festet seg og kan lettere endres. I hvilken grad denne endringen bare var et uttrykk for økt trygghet eller om det representerer en endring utover denne konteksten vet vi ikke noe om. Reaksjonen forteller også at hun har kontakt med kroppen i situasjonen. Hvis noe gjør veldig vondt skal det også mye til å ignorere eller skjule det.

### **4.3 FINNE SEG SELV**

Her presenteres tre kategorier som omhandler behov og tilnærming relatert til å få kontakt med og grep om seg selv.

#### **4.3.1 Anerkjennelse**

Anerkjennelse nevnes i flere sammenhenger av fysioterapeuten som noe hun er opptatt av å gi og være. I dette ligger en implisitt forståelse av at dette er noe pasienten har behov for.

Fysioterapeuten ønsker å vise og bevisstgjøre Tuva på endringer hun har fått til. Hun ønsker at pasienter skal få glede seg over egen mestring og oppleve stolthet. Fysioterapeuten vil oppnå dette ved å forsterke det hun oppfatter som positivt. Ungdom har behov for bekreftelse på det de mestrer, spesielt de som er utfordrende å få til en god relasjon med:

*Nå ble det kanskje ikke så tydelig, men jeg prøver å få de litt stolt over det, så de faktisk kjenner dette her er noe du har gjort. Bekrefte det jeg ser som de har gjort endring på, eller det jeg ser de klarer nå, bittesmå ting. Jo mer dårlig selvtillit og vrang og vanskelig å ha med å gjøre dess bedre treffer det dem altså! Jeg leter etter enhver anledning hvor jeg ser at nå var det noe bra her som kan forsterkes.*

Tuva tenderer til å holde tungen oppe i ganen og fysioterapeuten kommer inn på dette flere ganger i behandlingen. I behandling er det relevant å fokusere på tungen fordi den er konkret å forholde seg til, samtidig som erfaringene om spenningstilstanden i tungen kan gi innsikt både til fysioterapeuten og pasienten om behovet for beredskap. Hvis tungen er i ganen, kan det være et uttrykk for at noe er vanskelig og at denne spenningen er en måte å beskytte seg eller tåle belastningene på. Pasienten kan nøye seg med å erfare at det er slik uten å måtte endre på det. Pasienten skal bli kjent med seg selv, sine kroppslige reaksjoner og følelser og akseptere dette. Det er ikke nødvendig å endre på alt, spenningene kan være hjelpende i noen situasjoner:

***Det med tungen, det trekker du inn allerede i begynnelsen av behandlingen, så kommer du tilbake med kontrollspørsmål om hvor den er. Det er veldig konkret for dem å kjenne, veldig konkret å spørre etter. Du har en fin måte å erfare at nå er den der og det er greit. For man skal ikke bare forandre på ting, men bli kjent men hvordan det er i dag. Slik er det når man har det litt tøft når man står i noe ... Sånn beskytter kroppen vår oss. Så bra at vi kan det! Men det skal ikke få sette seg fast så det blir smerter av det. Da får man inn romsligheten med seg selv, gjennom det.***

Fysioterapeuten ønsker at pasientene skal få kontakt med- og en større bevissthet om egne følelser og reaksjoner. Hvis pasienten handler utfra indre behov får hun mulighet til å bekrefte reelle erfaringer og behov:

*Noe av det jeg virkelig ønsker å oppnå, er at de faktisk kan merke hva de kjenner og reagere ut i fra det. Handle ut i fra hva de faktisk føler, og bli bekreftet på det.*



Fysioterapeuten understreker her at det er den indre stemmen hun ønsker at pasientene skal lytte til, og at det er den hun ønsker å bekrefte og få kontakt med. Det som ligger bak fasaden, som kanskje heller ikke Tuva kjenner til. Spenningene i tunge, eller kjeveområdet, er kanskje noe hun ikke har vært bevisst. Hvordan hun jobber med å fokusere på tungen er et eksempel på hvordan hun kan ta utgangspunkt i noe kroppslig og konkret for å få kontakt med pasientens følelsestilstand. Dette skaper også en innsikt for pasienten, som kan erkjenne at hun spenner seg og kjenne etter hva som er betydningen av dette.

Når det er vanskelig å slippe en spenning, eller at spenningen flytter på seg, er det et signal i forhold til dosering. Fysioterapeuten tar det som et tegn på at hun ikke skal utfordre pasienten videre men anerkjenne spenningen som en nødvendig forsvarsreaksjon. Hun er tilfreds med at de sammen kan erfare at Tuva har behov for å beskytte seg og at de ikke går videre:

*Det ser jeg på som dosering. For da er vi enige om at vi rommer, vi pusher ikke på. «Fint, bare hold den så lenge du trenger den», det er å gå sakte fram tenker jeg (...)  
Når du kjenner at den flytter seg rundt, og vi er enige om det, så lar vi den få lov å være, så har vi ikke pusha i forhold til å slippe for mye, men er enig om at vi kjenner at det skjer ... også kan vi sette ord på at det er fint, og normalt og sunt og en del av ditt forsvar.*

Ungdom har stort behov for sosial referering. Ved å speile hvordan de har det, kan de få den anerkjennelsen de har behov for. Handlingen i tråd med følelser er indre styrt og står i kontrast til ytre blikk og fasade. Dette handler også om regulering og egenomsorg. Ved å kjenne hva man egentlig føler, hvordan man har det, kan man bedre regulere seg og ta vare på seg selv. Jeg forstår *en større romslighet* som at de får en større forståelse og anerkjennelse av seg selv.

#### **4.3.2 Selvtillit og selvfølelse**

Fysioterapeuten har kjent at pasienten har stort behov for kontroll fordi hun ikke lar seg bevege. I behandlingen kan fysioterapeuten skape ulike opplevelser for Tuva hvor hun kan erfare kontrastene mellom å spenne seg og holde og spenne av og la seg bevege. Det er viktig å kunne kjenne hvordan man spenner seg i ulike situasjoner:

*Jeg har kjent at hun i utgangspunktet hadde vanskelig for å la seg bevege, at hun har veldig stort behov for kontroll på mange måter. Så da utforsker vi det, lar henne kjenne på hvordan det er å ta stålkontroll, jeg bruker hold- slipp rett og slett, ikke la deg bevege (...) Så leker vi med vekslinga mellom å kjenne på tyngden, kjenne på slipp. Og det i seg selv er jo ikke uvesentlig i livet, og gå rundt å vite at du kan holde eller slippe.*

Hun kan få større innsikt i hvordan hun selv regulerer seg med spenning i kroppen. Gjennom bedret kontakt med kroppen sin har Tuva fått bedre selvtillit på hva hun kan:

*Hun har faktisk fått selvtillit på at hun kan merke sin kropp. Hun kan kroppen sin, hun klarer å gjøre ting og hun klarer å ta tak i ting.*

I behandlingen blir kroppen tydeligere for Tuva. Hun får hjelp til å kjenne hva hun gjør, hvordan hun gjør det, og blir satt på sporet av refleksjoner om hvorfor. Fysioterapeuten kan gjennom det hun erfarer fra Tuvas kropp bedre tone seg inn på hvordan det er å være henne.

Ungdommer opplever i stor grad å føle seg utilstrekkelig og har mange ulike problemer. I behandling er det viktig å gi de mestringsopplevelser, bevisstgjøre egne ressurser som øker selvtillit og tro på egen kompetanse. Mestringsopplevelser er også med på å styrke selvfølelsen slik at de etter hvert er rustet for å jobbe med ting som er vanskelige:

*Veldig mange som kommer har for mye erfaringer med å ikke strekke til, og da skal du ikke øke dem. Du skal heller øke det du ser er mulig å få til. Når de begynner å få selvtillit på at jeg kan, jeg får til, jeg klarer, kroppen min er bra, så kommer ofte det andre litt mer med. Da kan du jo kanskje begynne å jobbe litt mer med det som er vanskelig, men du går ikke på å jobber med det vanskelige. For veldig mange av ungdommene jeg får, har jo problemer. Da er det ikke noe vits å øke den siden av lasset. Da leter jeg etter det de mestrer. Det de får til, det som styrker og er med å bygge ... **Ja, bygge?** Selvfølelsen, ikke selvtilliten, men selyfølelsen.*

Dette representerer et alternativ til et speilende kroppsbilde. Å styrke selvfølelsen gjennom også å være kropp. Dette handler ikke om hvordan man ser ut, men hva man erfarer og hva man kan gjøre, hvilke handlinger man er i stand til. Videre kan kanskje dette hjelpe pasienter til å utvikle sin egenomsorg. Finne frem til gode strategier for å hjelpe seg selv.

### 4.3.3 Ungdom i spenningsfeltet mellom endring, kontroll og kontakt med seg selv

Fysioterapeuten kommer flere ganger i intervjuet inn på at ungdom har lite tid til å være nær seg selv. For å få bedre kontakt med seg selv og egne følelser må de lære hvordan de kan gjøre det og videre prøve å etablere en vane om å ta seg tid og orke å bare være tilstede i seg selv uten forstyrrelser eller andre fokus. Slippe til følelsene og kjenne etter hvordan de er. Denne kontakten gir bedre mulighet for selvinnsett og selvregulering:

*Du skal ikke gjøre noen ting, ikke tenke på noen ting, ikke være på telefonen, bare litt tilstedeværelse. Veldig mange av ungdommene har jo så lite av det! Å venne dem til at når du legger deg i sengen, kjenn at du lander litt, puster litt og gi deg selv litt tid for deg selv til å kjenne hvor er jeg? Være litt tilstede i deg selv, så kan det være en måte å gi følelsene litt plass, la de følelsene som trenger å flagre gjennom få lov å flagre gjennom ... det blir litt lettere å sovne og du har litt mer kontakt med deg selv, og du blir litt mer vant til å ha kontakt med deg selv. Det blir ikke så skummelt, for da blir det ikke så mye du ikke har kjent på to måneder.*

På slutten av behandlingen i begge observasjonene gjennomfører fysioterapeuten avspenning hvor hun sitter ved siden av benken og pasienten hviler på rygg. Ungdommer trenger å få kjenne på egne følelser, og fysioterapeuten bruker hvilen<sup>10</sup> til å øve på det. Å kjenne etter og erfare hvordan det er å være nær seg selv er nødvendig for å regulere seg. I behandling kan de få hjelp med reguleringen om det kjennes for krevende:

*Det er en måte få den hvilen og at ting skal feste seg litt, sette seg litt, få lov å være litt i det. Man vet at mange ungdommer har for lite tid til å vær nær seg selv, så følelsene faktisk får lov til å være der litt, få plass. Da kan de lære det her litt. Øve litt på det å være nær seg selv, så det ikke blir så usortert i løpet av dagen. Tørre det, og være det. Også er det en voksen person til stede som faktisk kan sitte der og hjelpe deg med å kjenne på det, hvis det blir for mye, og regulere det ned.*

---

<sup>10</sup> I tradisjonell PMF er det vanlig å legge inn en hvile for pasienten mot slutten av behandlingen.

Hvis ungdom har lite tid til å kjenne etter hvordan de har det, vil det påvirke selvinnsikt og mulighet for å regulere seg. Man kan ikke regulere noe man ikke kjenner. På den måten er det svært forståelig at fysioterapeuten i behandling legger stor vekt på at ungdommer skal få erfaring med å kjenne etter hvordan de har det, være tilstede i seg selv med nærhet til de følelsene som er der.

Mange ungdommer liker ikke å være alene. Evnen til å romme egne følelser er under utvikling og de har fremdeles behov for ytre regulering. Dette er også grunnen til at fysioterapeuten ikke vil forlate dem for å hvile alene:

*Mange liker ikke å være alene faktisk, kanskje fordi de er unge. Når det er vanskelig for dem så er de vant til at det skal være noen foreldre eller de forventer at noen skal være der og hjelpe dem med det. De er ikke voksne ennå, ikke sant! De er jo i den fasen hvor de skal begynne å kunne ta vare på følelsene sine selv. De er jo i den overgangen til å lære det, de er jo fortsatt der at de trenger noen som er der å stabiliserer deg, noen som er der og roer, og fanger og forklarer, tar imot. Jeg synes i alle fall det føles veldig kunstig å skulle gå ut da.*

Pasienter skal oppleve ro på slutten av timen. Følelse av ro og trygghet skal få vokse og etablere seg i kroppen, som *et sted* man kan gå til i seg selv for å kunne regulere seg til ro. Ro og trygghet gir styrke til å stå imot det utrygge:

*Hvis det har vært mye uro den timen, veldig mye vanskelig, at de har vært redd eller kjent på vanskelige ting, så leter du i alle fall på slutten etter om det er noen plass det er rolig i kroppen. Fordi det er jo der styrken ligger, og det er jo den du ønsker skal spre seg, det er jo den du vil skal komme over hele kroppen til slutt, at du kjenner en ro og en trygghet i hele deg. Så prøver du å finne- hvor er den nå og etablere den der, la den få bli så stor at den får lov å feste seg, som en plass du kan gå til hvis du kjenner uro.*

Ungdom skal lære seg å regulere seg selv og bli kjent med hvordan de kan finne ro når de har kjent på vanskelige følelser eller uro. I behandlingen vektlegger fysioterapeuten både at ungdommen skal få tid til å erfare hvilke følelser de har, hvordan disse følelsene er, videre vil hun at de også skal erfare hva de har behov for og hvordan de kan regulere seg til trygghet og ro. Behovet for ytre regulering er fremdeles tilstede, men vil trolig variere sterkt i forhold til hvor mye erfaring ungdommen har med å kjenne på- og regulere følelser og hvordan

omsorgspersonene har bidratt i forhold til dette. Behandlingen kan gi innsikt i hvilke behov den enkelte pasient har, slik at fokus og dosering kan justeres i forhold til dette.

#### **4.4 DIALOG GJENNOM KROPPEN**

Sentrale tema ved PMF til ungdom viste seg å omhandle hvordan fysioterapeuten og pasienten kommer i kontakt, utvikler en relasjon, blir kjent og kan utvikle språk gjennom kroppen.

##### **4.4.1 Komme på talefot**

Fysioterapeuten vil lytte til det Tuva sier og gi henne opplevelsen av å bli hørt. Tuvas plager skaper et naturlig felles fokus i denne sammenhengen. Tuva er den som har- og opplever smertene. Fysioterapeuten kan gjennom sin kunnskap se og forstå sammenhenger om hvorfor hun får vondt. Sammen kan de undre seg over hvilke belastninger i Tuvas liv som ligger til grunn for plagene. Dette kan gi innsikt i ulike belastninger som Tuva lever med som handler om mye mer enn smertene. Det er via disse konkrete kroppslige plagene at relasjonen etableres, og de kan komme i dialog om sammenhenger og betydninger i Tuvas liv:

*Hun sier noe om plagene sine. Hvordan forholder du deg til at hun har litt ondt?  
Det jeg tenkte der er at jeg bare noterer meg det, sånn at hun hører at jeg har hørt det, at jeg har tatt imot det hun faktisk sier. ... jeg lytter og ikke bare avfeier det før vi har sett på det. Det er et fint utgangspunkt for å lete litt. Når de sier det er litt vondt der så kan man lete litt og se, og det blir jo det man tar utgangspunkt i. For det er jo det som er den trygge relasjonen, det vi har felles, det at pasienten kommer inn, har et problem med kroppen sin, noe man lurert på med kroppen, og jeg har kunnskap om det også sammen kan vi lete. Da har vi jo den muligheten, kan vi trekke inn hele livet. Hva handler det her om, hvorfor er den delen av kroppen din så sliten?  
Så det er jo det som de kommer med man må fokusere på.*

Det er pasientens plager som er grunnlaget for at pasient og fysioterapeut møtes, og for hva behandlingen skal fokusere på. Målet er at pasienten skal bli kvitt eller få redusert plagene sine. Dette felles utgangspunktet gir muligheter til videre utforskning og innsikt.

Det kan være vanskelig å føre samtale med ungdom uten å være i aktivitet. Tuva oppfattes, slik mange andre ungdommer også er, som ordknapp. Sittende samtale vurderes som lite hensiktsmessig. Gjennom aktivitet og kroppslige erfaringer åpner det seg muligheter for å

prate sammen. PMF skaper opplevelser som pasienten kan kjenne igjen og relatere til eget liv:

*Veldig mange ungdommer er jo litt sånn som henne i forhold til at de ofte ikke har så mye ord på hva det er. Så det renner ikke ut av dem med en analyse om hva det handler om, og da er det veldig vanskelig å sitte ned å bare prate. Hvis jeg skulle ha sittet å bare pratet med henne, så har det blitt superstivt. Jeg ser at når hun kommer inn og hilser, sier «hvordan går det», så er det veldig kortfattet. Når vi står og jobber, når det er noe som skjer i kroppen, så kan jeg mye mer spørre (...) Jeg synes at denne behandlingen er så genial. Fordi den nettopp kan skape opplevelsen, og da er du i det. Da kan du kanskje huske på å fortelle eller finne ord for det.*

Ungdom kan være ukomfortable med å prate om livet sitt. Den fysioterapeutiske tilnærmingen med undersøkelse av kroppslige funn, bevegelsesmønster og vaner skaper kontakt slik at samtalen kommer i gang og de kan utvikle relasjonen. De kan snakke om det som skjer i kroppen der og da, og dette byr igjen på assosiasjoner og forbindelser til livet ellers. Å gjøre noe sammen etablerer et fellesskap som åpner for bedre kontakt videre. Da får de noe å *prate om*, som pasienten opplever der og da, som er relevant og konkret for pasienten:

*Det merker jeg mer med ungdom, at de er litt ukomfortabel med det å sitte og prate om livet sitt. Det er så mye lettere når du bare får dem i bevegelse og du knytter det til «hva kjenner du nå, hva assosierer du rundt den bevegelsen her». Man bruker: «Er det vanlig å være litt på helene, være forknytt, være ...?» Spesielt har jeg merket meg at for å få relasjon til dem, så må jeg i gang med det der fysioterapimessige, undersøke og kjenne, utforske hva skjer når du gjør sånn, og «kjenner du igjen det mønsteret».*

PMF undersøkelse oppleves som relevant også for å få en relasjon med pasienten. Det å gjøre noe sammen og undre seg over det som aktualiseres gjennom pasientens kropp skaper kontakt som ungdom kan være mer fortrolig med enn å sitte passiv. Sittende samtale er en kontekst som ungdom kan kjenne seg ukomfortabel med.

#### **4.4.2 Bli kjent gjennom kroppen**

Med hold-slipp skaper fysioterapeuten opplevelser som Tuva kan gjenkjenne og relatere til eget liv. I opplevelsen av å være i beredskap, kan fysioterapeuten bevisstgjøre Tuva på

muskulaturens konkrete funksjon. Begrepet *beredskap* avklares gjennom opplevelsen og fysioterapeutens bekreftelse på at det er dette hun mener med beredskap. Målet er å gi pasienten mulighet til å reflektere videre på om dette er noe hun kan gjenkjenne som et mønster i seg selv:

*Det er jo naturlig å gjøre når du faktisk ligger og kjenner på beredskap, det er en fin anledning til å gjøre det. Da ligger hun perfekt til for å stramme skuldra si for å kjenne på at musklene faktisk lager den beredskapen. Det er ikke noe som skjer inni deg det er musklene som gjør det (...) Så bekrefter hun jo det da, at hun kjenner det der og den kontrollen kjente hun igjen, (...) Så jeg tenker hold-slipp i seg selv er jo ikke et mål. Det som er målet er å bli kjent med om det her er et mønster som går igjen i meg, er det noe jeg kjenner igjen og hva handler det om i hverdagen min? Det er det jeg tenker de hold-slippene, og kjenne på det er så veldig god til.*

Erkjennelsen av hvordan kroppen reagerer i beredskap kan være en mulighet for pasienten til å dele noe fra sitt liv som er vanskelig. Fysioterapeuten kjente ikke Tuva godt og hun visste ikke hva beredskapen var et uttrykk for. Situasjonen er en gylden anledning til å komme nærmere inn på årsakssammenhenger i Tuvas liv som kan gi en større forståelse både for henne og fysioterapeuten:

*For hvis de kjenner at de er i beredskap hele tida så kan du få en liten diskusjon om det her. Er det noe du gjenkjenner og er det noe ... det blir en åpning tenker jeg, jeg vet jo ikke det her, jeg kjente henne jo ikke godt. Er det noe hun lever i som er vanskelig? (...) For jeg tenker at det er en gylden anledning til at de kan sette ord på noe hvis det er noe de faktisk ligger og holder på, eller som de ikke vet om selv heller.*

Reaksjoner og funksjoner i Tuvas kropp er utgangspunktet for å forstå hvordan Tuva har det, hvilke vaner og reaksjonsmønstre hun har. I behandlingen legger fysioterapeuten vekt på å skape opplevelser som bidrar til større kroppsbevissthet og selvinnsikt. Følelser oppleves og reguleres i og med kroppen. Ved å utforske pasientens plager, kroppslige funn og reaksjoner, sammenhenger med erfaringer og levd liv, bekrefter og anerkjenner fysioterapeuten pasientens opplevelser. Dette handler også om sosial referering som er et vesentlig behov for ungdom. Fysioterapeuten lytter og bekrefter pasientens opplevelse av å

ha vondt og viser at hun vil hjelpe henne med å skape mening i denne opplevelsen. Støtten kan validere og bekrefte opplevelser som hun ellers kunne følt seg ensom med.

#### **4.4.3 Etablering av erfaringsnære begrep**

Fysioterapeuten gjentar i flere sammenhenger at ungdommer generelt kan streve med å finne ord og uttrykke seg verbalt. Hun beskriver hvordan hun på ulike måter møter dette.

Åpne spørsmål kan være vanskelig å besvare. Ungdom kan være ordfattige i forhold til å beskrive fornemmelser og følelser. Fysioterapeuten bruker sine erfaringer og sin forforståelse for å foreslå alternative formuleringer. Vanskelighetsgraden i å uttrykke seg verbalt reduseres ved å gi alternativer å velge mellom, det kan også være tryggere å velge et ord som allerede er sagt:

*Du spør mye om hva de kjenner og da gir du valg. «Kjennes det sånn, tøyser det følt eller tøyser det godt?» «Vil muskelen at du skal være borti meg eller, ikke?»  
Du gir alternativer? Det er fordi, hvis du stiller for åpne spørsmål får du «vet ikke». Og fordi veldig mange «vet ikke», så gir jeg en del valgalternativer for å hjelpe dem å finne et språk. Da kan jeg si, «nei den vil ikke» eller «den muskelen sier det er godtondt», «gont» eller diverse begreper. Jeg prøver å lete meg fram til hva jeg av erfaring vet at det kanskje kan kjennes ut som. «Kan det være noe sånt?» Så får de velge mellom alternativene. For noen er jo heilt blank i forhold til å kunne uttrykke noe som helst om hva de føler. Men noen ganger så er det jo fordi de ikke tør, for de vet ikke hva som er lov. Ved å gi alternativer så kan du vise litt hva som kan være mulig og lov.*

Ved å gi alternativer risikerer fysioterapeuten at pasientens egentlige opplevelse ikke kommer frem. Det er likevel nødvendig å komme med forslag når pasienter selv ikke har ord. Pasienten må selv ta ansvar for å forkaste det som ikke stemmer overens med egen opplevelse:

*Men det er jo en fare for at jeg lukker så klart. At det var noe helt annet det egentlig var ... så noen ganger så blir jeg jo redd for at jeg gjør det for mye. Men noen ganger tenker jeg at det er nødvendig å gi dem noen ord, så får de tygge på dem, så kan de spytte dem ut hvis de ikke liker dem. Som en mulighet til å begynne å få litt språk, når det er veldig språkløst, eller de bare «vet ikke, vet ikke».*



Fysioterapeuten legger vekt på å hjelpe pasienter med å finne et språk for å kunne uttrykke opplevelse og erfaring. Å utvikle språket sitt og mulighetene for å formidle språklig hvordan man har det, har stor betydning for å fungere sammen med andre. Det å kunne uttrykke hva man føler og har behov forbedrer forutsetningene for å bli forstått av andre. Det er et velkjent problem at ungdom strever med å bli forstått, også i nære relasjoner. Det handler slik jeg forstår det ikke bare om ordforråd og kontakt med egne følelser og behov, men også om å være trygg nok til å ta plass og uttrykke seg. For å kunne uttrykke til andre hva du føler må du samtidig akseptere at det er slik, og være klar for å motta reaksjoner fra den andre.

#### **4.5 Å VÆRE DEN VOKSNE**

Fysioterapeuten er tydelig på at i behandling av ungdom har hun en spesiell rolle. Her presenteres hvordan hun ønsker å ivareta rollen sin og hvilke muligheter den gir for å imøtekomme ungdommens behov i behandling.

##### **4.5.1 Være rollemodell**

Fysioterapeuten ser seg selv som en rollemodell for pasienter i forhold til hvordan man kan bevege seg og ta plass med kroppen. Hun formidler med bevegelser og bruk av rommet at det er en mulighet å bevege seg fritt uten krav til ferdigheter eller prestasjon. Tuva inviteres til å bevege seg sammen med henne, og sammen beveger de seg, ler og lager lyd:

*Jeg må jo gjøre det sammen med dem, hvis ikke så kan ikke jeg tro at de skal gjøre det. Det er jo helt nødvendig, at jeg tør å tulle med min kropp, eller vise at det ikke er så farlig å henge og slenge, det blir jo en veldig viktig del av det (...) Og det gjør vi her inne, her inne lager vi lyd og her inne rister vi og slenger uten at det er noe farlig. Det er en måte å få formidle at det er lov.*

I filmklipp ser vi at fysioterapeuten tuller med kroppen, lager grimaser og gjør litt artige og rare bevegelser som pasienten imiterer. Dette bidrar til at de får le litt. Fysioterapeuten viser at det er ufarlig å ta plass på denne måten. Man kan bevege seg for at det er godt eller gøy, og de kan leke seg med bevegelser som ikke har mål om prestasjon eller ferdighet. *Kroppene våre snakker sammen hele tiden* sier fysioterapeuten, denne samhandlingen krever ingen instruksjon eller beskrivelse. Her er også humor et underliggende tema.

#### 4.5.2 Asymmetrisk rolle

Fysioterapeuten ser sin rolle som *voksen* i relasjonen med ungdom. Det er naturlig at hun gir tilbakemelding og bekrefter. Dette ser hun som forskjellig fra en relasjon med en voksen pasient, der relasjonen er mer sidestilt. Hun opplever relasjonen med ungdom som mer asymmetrisk:

*Jeg tror med ungdom, at jeg er på en måte en voksen person, nesten sånn voksen ungdom. Det er mer naturlig og mer lovlig i de rollene å faktisk gi tilbakemelding på ting. Å bekrefte, skjønner du hva jeg mener? Det ligger der mer lovlig. Til en voksen er du mye mer sidestilt, selv om du er en behandler og en pasient så er du mer forsiktig med å kommentere.*

Relasjonen mellom behandler og pasient er i utgangspunktet asymmetrisk. Behandleren har en form for makt over pasienten. I forhold til ungdom kommer også aldersforskjellen inn som en større faktor. Dette krever en annen tilnærming og en annen form for væremåte av fysioterapeuten. Hun mener her at hun må være mer støttende og være tydeligere i tilbakemeldingene sine. Ungdom vil ha andre forventninger om å få tilbakemeldinger enn voksne pasienter.

Jeg tenker at ungdom kanskje har lite erfaring med å være pasient. De kan trenge hjelp til å forstå meningsinnholdet i behandlingen og trygges på sin rolle som pasient gjennom at fysioterapeuten er en trygg voksen. Fysioterapeuten må ivareta sin rolle som voksen i situasjonen og gi utfordring og støtte utfra pasientens behov.

#### 4.5.3 Speile

Pasientens uttrykk og reaksjoner tydes av fysioterapeuten. Det er viktig å stille seg undrende til hva pasienten opplever, og være sensitiv i forhold til hva man eksponerer av observasjoner og fortolkninger. Pasienten er den eneste som kan kjenne og vite hvordan hun har det. Det kan være fristende for fysioterapeuter å briljere med egne fortolkninger. Det å bli *gjennomskuet*, *sett* eller *speilet* for mye kan virke truende og ha negative konsekvenser for pasienten. Fysioterapeuten må være varsom med hva hun eksponerer av sin fortolkning:

*«... det er du som vet hvordan det egentlig er inni. Jeg kan gjette, men det betyr ikke at jeg har gjennomskuet deg, jeg har ikke noe røntgenblikk, men jeg tror at nå ... stemmer det?» ... ja at man får lyst til liksom sånn ... **ja, jeg ser deg!** Og det tenker jeg at det blir egentlig veldig feil. For det første, så er det ikke sikkert at du har rett, du kan bomme fullstendig, for det andre så virker du da allmektig og det kan nesten virke litt skummelt at du ser meg så godt. Og det er mye bedre og heller bruke den informasjonen til meg, og så sjekke ut.*

Der fysioterapeuten merker spenning stopper hun opp for å utforske dette videre. Tuvas erfaringer og opplevelser som kan relateres til denne motstanden etterspørres:

*Overalt i kroppen hvor du kjenner at det er en motstand. Så prøver vi å finne ut, hva gjør denne muskelen da, eller der det er smerte. Hva tror du den er så sliten av? Det må vi finne ut. Hva er dens vanlige funksjon, når kjenner du igjen det her?*

Kroppslige signaler tas på alvor og settes fokus på. Fysioterapeuten forstår motstand i Tuvas kropp som uttrykk for tidligere erfaring og levd liv. Det er opp til Tuva hva hun vil utdype og dele av hva det handler om. Fysioterapeuten må være sensitiv for Tuvas urørlighetssone. Gjennom behandlingen kan fysioterapeuten få forståelse for hvordan pasienten har det, dette er fortolkninger av kroppslige funn som sees i sammenheng med kunnskap man har om pasienten og situasjonen. I hvilken grad man skal eksponere sine fortolkninger må vurderes i forhold til hva som er hensikten med det. Vil det være til det beste for pasienten å speiles eller konfronteres med fysioterapeutens oppfatninger, eller er det mer hensiktsmessig at pasienten får uttrykke sin egen versjon? Fysioterapeuten er tydelig på at det er viktig å være varsom med hvordan man bruker egne fortolkninger.

Noen ganger er hun også mer direkte i speilingen av pasienten. De kroppslige signalene kan fortelle at pasienten kjenner på vanskelige følelser. Hun vil da vise pasienten forståelse og omsorg for at hun har det vanskelig og åpne opp for om dette er noe hun vil si noe om. Samtidig vil hun bekrefte at pasientens plager er reelle og gir mening:

*«Jeg ser det er mye for deg nå.» Da bare slår du fast sånn er det! (...) «Kjenner du at du ikke kan puste ut helt, kjenner du at du holder tilbake?» «Ja det gjør jeg.» Da tenker jeg, hvis de ikke har fortalt noe selv, at det er mye de holder på. «Jeg veit ikke hva det er, men jeg tror du holder på mye, jeg tror det er tøft for deg?» **Ja at du kan konfrontere det?** Ja, jeg slår fast jeg tenker det da. Og da får du ofte et nikk ...» vil*

*du snakke om det?» «Mm» (rister på hodet) «Nei, vi kan ta det senere ... Men jeg tenker at det er mye å bære på, jeg skjønner godt at du får vondt i hodet ditt. Jeg skjønner kjempegodt». Da har du fått bekreftet og rammet inn.*

Pasienten må få styre hvor mye hun vil dele med fysioterapeuten uten å bli presset til å si mer enn hun er komfortabel med. Det ligger ofte mye informasjon i det pasientene faktisk sier noe om:

*Du skal ta det de kommer med, men du skal ikke prøve å grave fram det de ikke har lyst til å komme med, som du lurert på kanskje ligger bak og under. Hvor han (Tom Andersen) sier det så fint. «Ikke begynn å mase om det som ligger under, hør på det folk faktisk sier!»*

Fysioterapeuten legger vekt på å vise pasienten at hun kan se og forstå hvis noe er vanskelig eller at det er noe de kjenner på. Pasienten må få rom for å uttrykke det som hun er komfortabel med å si og ikke bli presset til å si mer enn hun er klar for å gi slipp på.

Hvis man presser på med egne fortolkninger eller presser pasienten til å si mer enn de selv er komfortabel med å dele, vil det være negativt for videre prosess.

## 5 DRØFTING

---

### 5.1 BEHOV OG MULIGHETER I BEHANDLINGEN

Via min studie og møtet med fysioterapeuten som behandler, trer fire sentrale behov frem hos ungdommen. Fysioterapeuten kan tilrettelegge behandling som muliggjør å imøtekomme disse behov.

#### 5.1.1 Behov for trygghet

Fysioterapeuten er gjennomgående opptatt av å skape en trygg situasjon og en trygg relasjon for at pasienten skal bli tryggere på og i seg selv. Behovet for trygghet virker grunnleggende viktig å imøtekomme. Fysioterapeuten må være sensitiv for pasientens ømfintlighet og sårbarhet for å tilpasse og skape en situasjon der pasienten er trygg (Sviland et al., 2010). Det innebærer også at fysioterapeuten må gi pasienten den tiden hun trenger for å bli trygg.

Genuin interesse og oppmerksomhet er svært viktig for å oppnå en trygg relasjon. Dette fremheves av Sagen et al. (2013) som den viktigste kvaliteten hos terapeuten, med tanke på psykoterapi for ungdom. I PMF ønsker man å oppnå en tilsvarende relasjon selv om samtalen ikke er det primære. En trygg relasjon tåler mer og gir partene større handlingsrom (Gretland, 2007). Et viktig mål for fysioterapeuten er at pasienten skal *være trygg nok til å erfare seg selv* i behandlingen. Pasienten må slippe å bruke energi på å kontrollere og beskytte seg *mot* fysioterapeuten, men oppleve henne som en fortrolig hjelper som vil henne vel og kan forstå henne. Sagen et al. (2013) fant at ungdom verdsetter at terapeuten har tro på dem, aksepterer og respekterer de som de er. De må få tillit før de kan gi tillit tilbake. Det er naturlig å bruke tid på å vurdere situasjonen og få tillit til en fysioterapeut, slik denne pasienten ser ut til å gjøre. Å vise tillit innebærer å gi fra seg kontroll og makt og dermed bli mer sårbar. På den måten kan man forstå pasientens innledende adferd som adekvat, hun kaster seg ikke ukritisk inn i relasjonen og utleverer seg. Pasienten må på sin måte tone seg inn på fysioterapeuten og situasjonen. Pasienters tillit er som regel knyttet opp til at hjelperen lever opp til forventningene (Wifstad, 2013). Hva som er forventningene hos pasienten er dermed viktig for fysioterapeuten å få vite noe om. Et bidrag til å regulere forventningene er at fysioterapeuten forteller hva hun kan bidra med som psykomotorisk fysioterapeut. Hun sier:

*«Jeg kan alltid starte med å si jeg er fysioterapeut og kan mye om kroppen, og jeg kan faktisk si at jeg kan mye om hvordan livet virker inn på kroppen, som gjør at i den måten jeg kan presentere meg selv på, så kan jeg si noen ting om at i det rommet her er det lov å snakke om både følelser og hvordan man har det ...»*

Fysioterapeuten bidrar med dette til å definere situasjonen. Pasientens tillit hviler også på situasjonsdefinisjonen<sup>11</sup>, og fysioterapeuten må balansere den epistemiske asymmetrien på en måte som gjør situasjonen trygg og behandlingen attraktiv for pasienten (Nortvedt & Grimen, 2004).

Ved å kontinuerlig tone seg inn på kroppslige uttrykk, bevegelser og stemning i rommet, søker fysioterapeuten å fornemme pasientens følelsestilstand. Det kontrollerte uttrykket til pasienten avslører en utrygghet. Det fenomenologiske perspektivet om at følelser er *i* uttrykket og bevegelsene gir mening her. Uttrykket som sier «hold avstand» kan implisitt tolkes som en invitasjon<sup>12</sup> til fysioterapeuten om at hun må bevise at hun virkelig bryr seg. Den genuine oppmerksomhet må oppleves reell. Samtidig må den ikke være for påtrengende.

Fysioterapeuten velger aktivitet som arena for samtale og refleksjon, og tilpasser på denne måten situasjonen slik at pasienten ser ut til å få en mer komfortabel rolle. I aktivitet, med kroppen som felles fokus, utvikles kontakt og relasjon. En toveis intersubjektivitet med gjensidighet og delte opplevelser gror frem. I PMF gir kroppslig samhandling andre innfallsvinkler og muligheter til kontakt enn samtale alene, samtidig er samtalen også en viktig del av den kroppslige tilnærmingen. De utforsker pasientens kroppslige tilstivning. Når pasienten kan slippe litt opp på kontrollen, kommer også ordene: «*Når det er noe som skjer i kroppen, kan jeg mye mere spørre*», sier fysioterapeuten. Implisitt sier dette at pasienten blir tryggere. Fysioterapeuten sier: «*så virker hun åpen, mer og mer åpen og direkte i blikket. Så hun er mer og mer trygg når hun kommer inn her, det er hun*».

---

<sup>11</sup> Nortvedt og Grimen (2004 s. 100) beskriver en viktig sammenheng mellom tillit og makt. Den som gir tillit baserer alltid denne på en *situasjonsdefinisjon*, som er hvordan tillitsmottageren oppfattes. Hvis man stoler på noen er det fordi man eksplisitt eller implisitt oppfatter personen på en bestemt måte, som pålitelig. På samme måte er også mistillit basert på en implisitt eller eksplisitt situasjonsdefinisjon, der personen oppfattes som upålitelig.

<sup>12</sup> *Invitasjoner handler om det som White (2000) kaller det fraværende, men implisitte- det som dukker opp og blir eksplisitt når man er på utkikk etter det* (Hertz & Glomnes, 2011 s. 34).

Pasientens økende trygghet åpner for flere muligheter i behandlingen. Fysioterapeuten sier ofte til pasienten: «*Kan vi leke litt med det?*» For at pasienten skal våge å bevege seg ut av det kontrollerte uttrykket, inviterer fysioterapeuten til at de kan leke med andre bevegelsesuttrykk. Negative opplevelser og følelser kan avreageres, fremfor å bite det i seg og bidra til at hun stivner mere til:

*«For hun er jo veldig kontrollert i uttrykket sitt, men hvordan kan hun få bort det litt kontrollerte, begynne å leke seg litt. Det er lov å «aaah!!» brøle ut skoledagen, og det snakket vi om sist, og det sa hun at det hadde hun prøvd litt på. Jeg gjør det jo med kroppen min, og prøver å ikke gjøre det så profesjonelt, eller at det ser så rett ut, men bare tulle og hun hermer jo.»*

Hansen (2012 s.153) beskriver hvordan lek gjenspeiler relasjonelle og følelsesmessige erfaringer og brukes i psykoterapi. Barns lek er en kilde til deres opplevelsesverden og meningsbærende historier. Lek brukes også i fysioterapi, spesielt med barn. Med ungdom kan lek være kilde til innsikt i deres liv og erfaringer. Lek med bevegelser kan vekke initiativ, spontanitet og vitalitet og være kilde til innsikt i deres opplevelsesverden.

Når pasienten utfordres utenfor sitt toleransevindu, øker utryggheten.

*Det går en fin balanse mellom å holde fast og ikke miste ungdommen; ungdomsterapeuten må være sensitiv nok til å kjenne dette og også ha metoder for å gi slipp når det kommer signaler på at noe blir for tungt å stå i ... (Brautaset & Egebjerg, 2012 s. 186).*

Fysioterapeuten søker å tilpasse tilnærmingen utfra hva pasienten kommuniserer av behov i situasjonen. Humor kan gi mulighet for å styrke relasjonen på en annerledes måte, og virke som en vitalitetsutløser (Brautaset & Egebjerg, 2012). Fysioterapeuten er bevisst at hun må gå foran som et eksempel med hvordan hun som voksen kan leke og tulle, bevege seg fritt, ta plass og samtidig være trygg og komfortabel. Hun bruker humor flere ganger i behandlingen, eksempelvis i situasjonen hvor pasienten føler hun ser rar ut. Fysioterapeuten bryter den litt ubehagelige stemningen og alvorret med en kommentar som de kan le av sammen. Det er kanskje nettopp dette som gjør at pasienten mestrer situasjonen, og deretter tør å gi uttrykk for det hun føler. Pasienten utfordres her i ytterkant av hva hun vil være med på, og relasjonen med fysioterapeuten kan virke mere skjør enn ellers. Når de får le sammen

endrer stemningen seg og de finner tilbake til hverandre gjennom det. Om det å bruke latter og stemme sier fysioterapeuten:

*«... På en måte så gjør jeg jo det og litt bevisst for at det ikke skal bli for seriøst. Men samtidig bryte når jeg kjenner at jeg har lyst å bryte noe. Sånn, vi bruke jo stemmen vår om vi vil komme ut av noe, kjenner at nå blir det for tungt eller nå blir det for mye her, så går vi opp i stemmeleie og på en måte blir kjappere ikke sant for at det ikke skal bli for vanskelig.»*

Fysioterapeuten må hele tiden være sensitiv for pasientens behov for regulering. Med humor bidrar hun til at pasienten får regulert seg innenfor sitt toleransevindu. Det er også tydelig at fysioterapeuten må tåle jobbe under et relasjonelt press. Hun må skape alliansen, opprettholde motivasjonen hos pasienten og ta ansvaret for det som skjer i samværet.

### **5.1.2 Behov for å erfare seg selv**

Følelsen av å være sett på en evaluende måte, og erfaringer med dømmende blikk, bidrar til en kroppslig tilstivning der pasienten har trange rammer for å bevege seg. Pasienten plages av smerter i kroppen som kan sees i sammenheng med et dette. En kroppslig bremsing og holdthet over tid, vil ifølge Thornquist (2005) resultere i forkortet muskulatur, redusert sirkulasjon og elastisitet i vev, uheldig belastning av ledd og redusert bevegelighet.

*Når det blir en vane å underkjenne følelser og bremse seg selv, kan en miste kontakten både med den subjektive opplevelsen og den kroppslige siden av opplevelsen (Thornquist, 2005 s. 34).*

Det kan forstås som at pasienten har utviklet en beskyttende jeg-struktur. Den kan hemme kontakten med den sansende og funksjonelle kroppen og dermed også hemme vitalitet og spontanitet som forløses av selvet.

Det er normalt for ungdom, å føle seg sett, observert og vurdert av et usynlig publikum. Ungdom er ofte svært opptatt av hvordan de ser ut. I dette ligger også et behov for å bli sett og få anerkjennelse spesielt fra jevnaldrende. Fysioterapeuten påpeker at ungdom i dag ikke dusjer nakne sammen i forbindelse med gym og trening. Bjørnebekk (2015) har skrevet en bok om fenomenet: «Påkledd i dusjen». Boken omhandler blant annet hvordan ungdommer selv opplever hverandres blikk, hvordan kroppene gjøres til objekter som skal vises frem.



Det sansbare og empiriske er det som får størst oppmerksomhet. Kroppen er i denne sammenheng en overflate hvor det visuelle er det primære. Dette kaller Frank (2010) en speilende kropp. En speilende kropp vendes ofte mot seg selv. Kroppsfokuset som bidrar til at mange vil strekke kroppen mot et ideal kan også bidra til denne splittelsen. Ungdom stiller ofte store krav til seg selv og kan lett føle seg utilstrekkelig (Eide & Eide, 2007). Fysioterapeuten mener at følelser av å ikke strekke til, eller ikke mestre også kan fremkalle følelsen av ytre blikk.

Fysioterapeutens forståelse av pasientens behov er at når pasienten er trygg nok trenger hun hjelp til å få kontakt med kroppen og erfare seg selv. Dette sees som essensielt i utviklingspsykologi med tanke på å utvikle en stabil selvfølelse. Fysioterapeuten bruker ulike muligheter til å skape opplevelser som gjør kroppen tydelig for pasienten. Hun bruker spenn-slipp der pasienten strever med å kjenne om hun er anspent eller ikke, for å hjelpe henne med få kontakt med egen kropp. Gjennom å utforske bevegelser, evne til å gi slipp og la seg bevege kommer de i kontakt med pasientens kontrollbehov. Braatøy (1947 s. 623) beskriver hvordan han bruker spenn- slipp<sup>13</sup> for å gjøre pasienten oppmerksom på en spenning som ellers ville forblitt ubemerket.

Fysioterapeuten mener det ytre blikkets makt over pasienten må utfordres for å skape kontakt med behov som trer frem når denne makten slipper taket. Å få grep om seg selv og sin kropp fremheves som essensielt i identitetsutvikling og legges stor vekt på i denne PMF behandlingen. Pasienten får hjelp til å fjerne seg fra det ytre blikket ved at fysioterapeuten leder fokus mot å være tilstede i kroppen *her og nå*, til å *være* kropp, og vende blikket mot å erfare seg selv. Gretland (2007) beskriver at frigjøring fra (selv)undertrykkelse krever erkjennelse av og refleksjon rundt makten man er underlagt. For at pasienten skal kunne fri seg fra det ytre blikkets makt, må hun først erkjenne denne makten og reflektere rundt hva den gjør med henne.

Fysioterapeuten legger stor vekt på å hjelpe pasienten til å få tid og mulighet til å være tilstede i seg selv. Slik kan hun erfare kroppen i øyeblikket og merke følelsene sine. «*Jeg bruker tid på det for at de skal både begynne å kjenne kroppen sin og være tilstede i seg selv, merke seg selv, og kunne uttrykke det de faktisk kjenner.*» For å kunne regulere seg selv

---

<sup>13</sup> Braatøy ber pasienten om å **spenne** muskulatur, synkronisert med innpust, og **slippe** spenningen synkronisert med utpust (Braatøy, 1947 s. 623).

og ha omsorg for seg selv må man først erfare og erkjenne hvordan man har det. «*Hvordan er det for den her ungdommen å være til i verden*», sier fysioterapeuten. Sammen kan de utforske og prøve å forstå pasientens behov.

Selvregulering er et sentralt mål i PMF og en utviklingsoppgave i ungdomsalderen. Kroppen bidrar ikke bare med å uttrykke følelser, den er også sentral i å regulere følelser (Thornquist, 2005). Fysioterapeuten retter også mye av oppmerksomheten mot dette i behandlingen ved å tilrettelegge for at pasienten får tid og hjelp til å *være nær seg selv*. Hun er oppmerksom på at de er i en fase hvor de skal lære å regulere seg selv, og fremdeles har behov for ytre regulering. Fysioterapeuten er i denne sammenhengen bevisst sin rolle som en selvregulerende annen. Opplevelsen av trygghet eller ro i kroppen, kan fungere som en indre ledsager som pasienten kan hente frem ved behov.

Fysioterapeuten jobber på ulike måter med å gi opplevelser og erfaringer som kan øke pasientens begrepsforståelse og ordforråd, og dermed utvide muligheter til å fremstille seg verbalt. I et filmklipp sier fysioterapeuten:

*«Det å være litt på vakt, da blir musklene ganske sliten da, ikke sant, for du kjenner det, vær litt på vakt» ... («Kjenner du? Det der er det musklene som gjør, konstant hold, de får aldri slappe helt av.»*

Dette illustrer hvordan de gjennom kroppen kan utvide og avklare begrepsforståelse, og samtidig få innsikt i pasientens kroppslige væremåte og betydningen av dette for hennes plager. Fysioterapeuten bruker hendene og pusten sin sammen med stemmen for å formidle sitt budskap og forsterke eller vise hva hun mener med begrepene hun bruker. Samtidig kjenner, ser og hører hun hvordan pasienten responderer, og kommuniserer dette tilbake til pasienten. Denne behandlingen stimulerer til at pasienten får kontakt med kroppen sin parallelt med å utvikle erfaringsnære begreper. Det er essensielt å tilegne seg erfaringsnære begreper, både for å få grep om seg selv og for kunne dele opplevelser med andre. Samlet kan dette bedre sosial fungering og videre mulighet for selvregulering og identitetsutvikling. Pasienter kan også mangle erfaring med å dele følelser og opplevelser med andre (Thornquist, 2005). Fysioterapeuten gir pasienten mulighet til å øve seg på å uttrykke hva hun føler.

Språk har en grunnleggende betydning for å gi mening til affektive opplevelser. Gjennom språklig formidling lærer man å gjenkjenne og identifisere følelser, differensiere variasjoner i følelsetilstander og å utvikle evnen til å beskrive følelser. Følelsesbeskrivende ord hjelper med å gripe årsaken til og intensjonen med følelser. Kognitive, emosjonelle og relasjonelle erfaringer knyttes sammen og bidrar til meningsfulle historier (Hansen, 2012). Erfaringer kan aldri fullt ut beskrives med ord, men ord bidrar til å fullbyrde en erfaring ettersom den finner en språklig form som gjør det mulig å dele personlige erfaringer med andre og å reflektere ( Merleau-Ponty i Gretland, 2007 s.184).

### 5.1.3 Behov for å bli sett

Pasienter bør ikke settes i en situasjon hvor de må overbevise fysioterapeuten om sine plager, men få anerkjennelse for sin erfaringsverden. Ved å utforske smertene sammen med pasienten, bidrar fysioterapeuter til dette (Thornquist, 2005). I PMF kan anerkjennelse av smerter og plager hjelpe ungdom til å ta egne smerter, og egne behov på alvor. Dette er også en viktig forutsetning for videre egenomsorg. Pasienten har ved å komme til PMF, behov for å bli sett og møtt i forhold til sine plager. Likevel er det utfordrende for den unge jenta å vise seg og ta imot oppmerksomheten fra fysioterapeuten. Det er opp til fysioterapeuten å finne muligheter for å få innblikk i pasientens livsverden. Barn og voksne er ifølge Hansen (2012 s.170) motiverte for å bli sett og forstått og for å oppnå intersubjektiv kontakt, jeg forutsetter at dette implisitt også gjelder for ungdom. Det er en utfordring for fysioterapeuten å finne «*inngangsdøren*» eller «*mulighetsvinduet*» til ungdommen. Inngangsdøren i PMF er slik fysioterapeuten beskriver det, gjennom de kroppslige plagene, og *det som skjer i kroppen*. Det som *skjer i kroppen* gir muligheter for utforskning og utdyping av pasientens plager, men også av mulighetene som ligger i kroppen til å av reagere følelser, til å kjenne på mestring og glede. Opplevelsene kan hjelpe pasienten i å fortelle eller finne ord for hva hun kjenner, slik fysioterapeuten beskriver:

*«Så begynte hun å snakke. Jo, det kom det med blikkene, det med å stå å bli sett på, være synlig, så kunne hun fortelle om det. Hun tror det kom fra 4. klasse, mistet venner og ... men det har jo jeg aldri fått henne til å fortelle når hun sitter på den stolen.»*

Det som skjer i kroppen vekker assosiasjoner og minner som ses i sammenheng med pasientens plager og livsverden. Den fenomenologiske forståelsen av kroppen som lager for levd liv og erfaring får en virkelig betydning her. Det tredje nivået av intersubjektivitet oppnås når det verbale nivået kommer med. Nye muligheter åpner seg for behandlingen når pasienten kan dele mer fra sine erfaringer. Fysioterapeuten må evne å romme det pasienten forteller. Ungdommene i studien til Sagen et al. (2013) var opptatt av at terapeuten må tåle og romme det de sier på en slik måte at de ikke føler noe ansvar for terapeuten velbefinnende. Dette blir et viktig aspekt ved det å være en selvregulerende annen og gi den anerkjennelsen ungdommen har behov for i PMF.

Fysioterapeuten påpeker at det er viktig å ikke grave eller presse pasienten til å dele mer enn hun er klar for.

*«Det er forskjell på å åpne opp og å mase ( ... )Da vil du miste tilliten hvis du graver! Du skal åpne opp for, men du skal ikke grave. Nei, det er den balansegangen der, ikke sant? Ja, og det må du føle deg fram i ...»* Dette understøttes også av Bunkan (1995) om PMF:

*I psykomotorisk behandling legges det vekt på mellom-menneskelig nærhet mellom terapeut og pasient. Ut over «vanlig» sykehistorie drives ikke utspørring av problematikk eller psykologiske påkjenninger. Når situasjonen er trygg, og pasienten er moden for det, kommer som regel problemene spontant frem (Bunkan, 1995 s. 93).*

Dette handler også om å trø varsomt ved pasientens urørlighetssone. Fysioterapeuten er opptatt av å vise innlevelse og anerkjennelse for det som kommer frem, og la pasienten bevare sin autonomi. Ungdommene i studien til Sagen et al. (2013) var også opptatt av dette. Terapeuten må også respektere og være sensitiv for deres grenser, ikke mase, men la de få bestemme hvor mye de vil dele (Sagen et al., 2013).

Relasjonen mellom pasient og fysioterapeut har stor betydning for at behovene hos pasienten skal tre frem og for muligheter som skapes i behandlingen. I profesjonelle omsorgssituasjoner må man respektere andres forskjellighet fra seg selv og den andres autonomi og integritet. Hvis man tror at man forstår den andre, kan dette føre til krenkelse og undertrykkelse. (Eide & Eide, 2007 s. 105). Røkenes og Hanssen (2012) viser til Kirkegaard som snakker om «å forstå det den andre forstår» før man kommer med sin egen «merforståen». Fysioterapeuten er bevisst graden av speiling, og at det kan bli for krevende

for pasienten om hun *ser* henne for godt. Det kan hende hun tar feil og det kan også virke skremmende. Det er derfor mer hensiktsmessig å være undrende og gi rom for at pasienten får dele det hun er komfortabel med i situasjonen.

Fysioterapeuten sier flere ganger at det er viktig, men også vanskelig å gi pasienten rom: *«Jeg ser at hver gang når du klarer å gi pauser, så kommer det ting som du aldri har fått uten. Å tørre det, å puste ut, være der, vent litt, hold på med ting lenge nok til at de både får kjent og samlet seg. Gi tid til å finne ord før du gir deg.»*

Dette forstår jeg synonymt med å gi tid/pause ved å være stille og avventende. Aktiv bruk av stillhet i samtale skaper spenning og forventning. I PMF kan stillheten kombineres med berøring, massasje, bevegelser eller hvile. Fysioterapeuten vil være aktivt lyttende når pasienten formidler noe. Stillheten gir begge parter tid til å kjenne etter, reflektere og bearbeide det som er sagt og kjenne etter det som er. Eide og Eide (2007) mener at det i aktiv bruk av stillhet også ligger en respekt for pasientens integritet og selvbestemmelse, og en tillit til at pasienten selv har vilje og styrke til å bringe fram det hun har behov for å få snakket om. (Eide & Eide, 2007). Fysioterapeuten bruker pauser for å gi pasienten tid og mulighet til å være i seg selv og erfare seg selv. Dette er noe hun mener ungdom har stort behov for. De må samtidig få hjelp til regulering når det er behov for det. Brautaset og Egeberg (2012 s. 163) beskriver at evnen til å hvile i seg selv forutsetter en indre tilstedeværelse av en annen. Denne annen er ungdommens tidligere omsorgspersoner som har en avgjørende betydning for den psykososiale utviklingen.

#### **5.1.4 Behov for å gjenerobre sin kropp**

Endringene som skjer i løpet av puberteten og ungdomstid er naturlige og vil for de fleste oppleves som positivt og spennende. Samtidig som det kan være overveldende og skremmende. Fysioterapeuten beskriver at ungdom trenger tid til å bli kjent og fortrolig med disse endringene. Brautaset og Egeberg (2012) beskriver dette som at ungdom skal finne en væren i en *ny* kropp. Endringsprosessene tar tid å bli fortrolige med og anerkjennelse og aksept fra betydningsfulle andre er spesielt viktig i denne fasen. Gjennom hele livet utvikler vi oss i relasjon med andre. Foreldre har en sentral rolle i å åpne spebarnets nærmeste utviklingszone gjennom godartede projeksjoner ( Binder i Gretland, 2007). I ungdomsårene har ofte jevnaldrende større betydning, men samtidig har de fremdeles behov for

anerkjennelse og sosial referering fra voksne. PMF vil være en unik tilnærming i forhold ungdom som strever med å finne en vøren i kroppen.

Fysioterapeuten mener ungdomspasienter har lett for å endre seg, og erfarer at de responderer godt på PMF behandling. En av årsakene er ifølge henne at de nylig var barn, og har barnets ressurser lett tilgjengelig i kroppen. De er kanskje spesielt fleksible fordi de allerede gjennomgår så store endringer, og er i kraft av sin alder og utvikling i en kontinuerlig omstilling. Dette gjør begrepet omstilling i behandling av ungdom problematisk. Det kan tenkes at det i PMF for ungdom handler like mye om å støtte ungdommen i sin omstillingsprosess. Dette er nok årsaken til at jeg- støttende tiltak virker å dominere i denne behandlingen. Pasientens evne til å reagere og være tydelig i behandlingen kan sees som en overskridelse, et kvalitativt brudd i hennes kontrollerte uttrykk. Hun kan tilnærme seg å bli noe mer eller annet enn hun allerede er fordi hun er trygg nok til å bevege seg ut av det vante. I forbindelse med dette er fysioterapeuten bevisst sin anerkjennende rolle, og uttrykker stor tro og optimisme på pasientens vegne. Dette viste seg å ha stor betydning for ungdommene i studien til Sagen et al. (2013).

Ungdom må kontinuerlig gjenerobre sin kropp, på grunn av store kroppslige endringer. Samtidig er de spesielt sensitive og påvirkelige for at kroppen i mange sammenhenger objektiveres. Grensene mellom god helse, sunn livsstil og fokus på utseende kan virke vage og vanskelig å finne seg til rette i. Fysioterapeuten ser at pasienten har behov for å styrke sin selvfølelse og tro på at hun selv kan ta tak i vanskeligheter i eget liv. Hun ønsker derfor å skape mestringsopplevelser, som gir pasienten kontakt med egne ressurser. Når pasienten ikke klarer å gi slipp, anerkjenner fysioterapeuten dette som en ressurs. Hun forklarer pasienten at kroppen beskytter henne og at det også er en god og viktig funksjon. Enhver spenning skal ikke fjernes, fordi de kan ha en viktig funksjon i å regulere pasientens behov i den situasjonen hun står i (Thornquist, 2005).

Følelsen av mestring er viktig for alle, uavhengig av alder. Ungdom kan også trenge hjelp til å se det de faktisk får til i perioder hvor mye er vanskelig. Opplevelse av stolthet hvor de kan erkjenne ressurser hos seg selv vil være utviklingsfremmende og styrke selvfølelsen. Ett viktig aspekt ved dette er at det må være meningsfylt for pasienten. Naturlige og spontane bevegelser er målrettede, og måloppnåelse driver det motoriske systemet. Innholdet i behandlingen må oppleves meningsfull for pasienten (Brodal, 2013). Når pasienten utfordres

ved å ligge på rygg med bena opp i bøy, oppleves det kanskje meningsløst for henne inntil hun erfarer at det faktisk er godt å strekke ut og gi hvile til slitne og ømme ryggmuskler. Opplevelse av kroppslig forankring og mestring kan gi nødvendig trygghet for å utforske nyanser i hvordan pasienten liker og har behov for å bevege seg. Slik kan hun lære seg selv, sine reaksjonsmønstre og bevegelsesvaner å kjenne (Thornquist, 2005). Fysioterapeuten ser muligheten til at pasienten kan knytte gode og positive erfaringer til kroppen, som pasienten kan gjenskape og bruke for å komme ut av vaner som bidrar til plagene. Slik kan PMF bidra til den erkjennelsen som må til for å overskride det tilstivnede uttrykket og bli uavhengig av en beskyttende jeg-struktur som gir henne smerter. Ved å gjenerobre sin kropp, kjenne seg hjemme i den og være den i tråd med egne behov, slik Ottesen og Øyehaug (2016) beskriver, kan pasienten oppleve å stole på seg selv og stå på egne ben uten smerter. Denne prosessen tar den tiden det tar og må følge pasientens takt.

## 6 OPPSUMMERING

---

Jeg ønsket å få vite mer om hvilke behov ungdom har og hvilke muligheter som kan skapes i psykomotorisk fysioterapibehandling for å imøtekomme disse. Studien har gitt meg vesentlig utvidet forståelse for PMF for ungdom.

PMF er, slik denne fysioterapeuten har vist, en helhetlig tilnærming som omfavner sentrale behov hos ungdommen. Behovene ses i sammenheng med ungdommens livsverden og de utviklingsoppgaver som preger ungdomsfasen. Behandlingen kan støtte, bidra til å sette i gang eller komme tilbake til et godt utviklingsspor.

Behovet for trygghet er grunnleggende og konstant, og graden av trygghet påvirker til enhver tid mulighetene i behandlingen. Fysioterapeuten må kontinuerlig være sensitiv for ungdommens toleransegrenser og tone seg inn på følelsetilstanden. Å vinne ungdommens tillit tar tid, prosessen lar seg i liten grad forsere. Fysioterapeuten må bære ansvaret for å skape og opprettholde alliansen og hva som skjer i samværet. Ungdommen må imøtekommes og anerkjennes med genuin oppmerksomhet for å utvikle en trygg behandlingsrelasjon. Forholdet mellom behandler og pasient er av stor betydning for mulighetene i behandlingen og er i utgangspunktet asymmetrisk. For ungdomspasienten forsterkes dette av aldersforskjell og pasientens ofte uferdige begrepsapparat. Fysioterapeuten får derfor en annen oppgave som *selvregulerende annen* enn i forholdet til voksenpasienten. Det kan være særlig viktig å hjelpe ungdomspasienten med å utvikle erfaringsnære begreper.

Opplevelsen av evaluerende ytre blikk og kroppsfokus er en sterk påkjenning for den ungdomsgenerasjonen som vokser opp nå. Det ytre blikkets makt kan gi store bivirkninger. For pasienten i denne studien skapte dette et behov for å beskytte seg selv og sitt uttrykk. Fysioterapeuten skaper muligheter i behandlingen til å utforske samtidigheten i kropp, følelser og uttrykk. Ved å tone seg inn på kroppslige fornemmelser som pasienten ikke har erfart, skaper fysioterapeuten muligheter for å overskride behovet for å beskytte seg selv. Respekt for ungdommens autonomi og urørlighetssoner er sentral i behandlingen. Ungdom har behov for å bli *sett* og anerkjent, men ikke føle seg gjennomskuet eller invadert.

Ungdom skal utvikle evnen til å regulere seg selv. I PMF i denne studien får ungdommen hjelp og rom til å være nær seg selv som et skritt på veien til å erfare og erkjenne seg selv



og sine behov. Med hjelp fra fysioterapeuten, som en selvregulerende annen, kan evnen til å ivareta og regulere seg selv få støtte og vekst. I dette ligger også støtte og anerkjennelse for ungdommens ressurser.

Helsetap oppstår i kroppen og selvet som et hele; på bakgrunn av biologiske og sosiale påkjenninger. Med PMF behandles hele mennesket gjennom kroppen. Ungdomspasienten kan ha særlig nytte av PMF. Dette fordi den abstraherte selvforståelsen hos ungdommen ennå er under utvikling. Tilnærming med og gjennom kroppslige opplevelser kan ufarliggjøre og øke tilgangen til deres problemkomplekser. En trygg kroppslig forankring, kontakt med egne følelser, frihet til spontanitet, initiativ og deltagelse og trygghet på egne grenser er sentralt i dannelsen av selvbildet. Fysioterapeuten er opptatt av å bidra til at pasienten opplever mestring og kan oppdage, anerkjenne og bruke ressursene i seg selv. Andre tilnærminger, som f. eks psykoterapi, søker å avhjelpe ungdom med psykiske og psykososiale vansker primært gjennom samtale.

I datamaterialet ligger det resultater jeg ikke har grepet fatt i, fordi det ble nødvendig med omfattende avgrensninger. Dette gjelder tilrettelegging for og gjennomføringen av behandling, samarbeid med foresatte og andre aktuelle samarbeidspartnere, vaner og kunnskapsbehov hos ungdom og overføringsverdi av behandlingen.

Dennes studien har gitt et innblikk i en del av en behandlingsprosess utfra en fysioterapeuts perspektiv. Studien belyser fysioterapeutens forståelse av hva som er ungdommens behov og hvilke muligheter hun har til å imøtekomme disse i PMF. Hvordan tilnærmingen sees og oppleves fra ungdommers perspektiv vil kunne bekrefte eller avkrefte denne forståelsen. For å utvikle PMF for ungdom, og for å løfte det frem som et godt behandlingsalternativ er det behov for flere studier om hva som skjer praksis.

Ungdom er verken barn eller voksne. I helsetjenester har ikke dette vært tilstrekkelig erkjent. Det er nå et klart og nødvendig økt fokus på ungdomshelse. Dette gjelder særlig psykisk helse og konsekvenser av inaktivitet. Mange ungdommer sliter med smerter og sammensatte

plager. Ungdom er naturlig i utvikling, dette åpner for at fysioterapeuter med forståelse for denne og innsikt i deres livsverden kan støtte dem i etableringen av godt utviklingsspor og et sunt selv. Psykomotorisk fysioterapi har mye å tilby ungdomspasienten.

*«For det er ikke så lenge siden de var en fri unge som spratt rundt og pusta fritt (...) Kroppen husker det så lett, så det skal så lite til før du henter det inn igjen.»*

## LITTERATURLISTE

---

- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg-" : vitenskapsteori i helse- og sosialfag* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Akershus Universitetssykehus, AHUS (2015). Ungdomshelse på Helsekonferansen 2015. Hentet 010516 fra <http://www.ungdomsmedisin.no/ungdomshelse-pa-helsekonferansen-2015/>
- Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA (2015). *UNGDATA. Nasjonale resultater 2014*. Oslo. Hentet 010516 fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2015/Ungdata.-Nasjonale-resultater-2014>
- Universitetet I Bergen, UiB (2016). *Helse og trivsel blant barn og unge. HEMIL rapport 2016*. Bergen. Hentet 10516 fra [https://issuu.com/universitetet\\_i\\_bergen/docs/hemil-rapport2016](https://issuu.com/universitetet_i_bergen/docs/hemil-rapport2016)
- Birgit Svendsen, Johns, U. T., Brautaset, H. o., & Egebjerg, I. H. r. (2012). *Utviklingsrettet, intersubjektiv psykoterapi med ungdom*.
- Bjørnebekk, W. (2015). *Påkledd i dusjen : om ungdom og kroppspress*. Oslo: Spartacus.
- Braatøy, T. (1947). *De nervøse sinn : medisinsk psykologi og psykoterapi*. Oslo: Cappelen.
- Brautaset, H., & Egebjerg, I. H. r. (2012). Utviklingsrettet, intersubjektiv psykoterapi med ungdom *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (pp. 278 s.). Bergen: Fagbokforl.
- Brodal, P. (2006). Om grunnlaget i hjernen for læring, balanse og kroppsbilde. In B. Fadnes & K. Leira (Eds.), *Balansekoden : om samspillet mellom kroppslig og mental balanse* (pp. 195 s.). Oslo: Universitetsforl.
- Brodal, P. (2013). Fugleperspektiv på hjernens arbeidsmåte og oppgaver. In B. Fadnes, P. Brodal, & K. Leira (Eds.), *Læringsorientert fysioterapi : teori og praksis* Oslo: Universitetsforl.
- Bunkan, B. H. (1995). *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Oslo: Pensumtjeneste.

- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Dev*, 38(4), 1025-1034.
- Erikson, E. H. (1977). *Ungdomens identitetskriser*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Erikson, E. H. (1992). *Identitet : ungdom og kriser* ([2. udg.] ed.). København: Reitzel.
- Frank, A. W. (2010). *The wounded storyteller body, illness and ethics*. Chicago, Ill.: University of Chicago Press.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Hansen, B. R. (2012). *I dialog med barnet : intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hatlebrekke, F. (2016). *Ungdomshelse må prioriteres*. *Fysioterapeuten*, 83/2016 (4) s.5.
- Helsedirektoratet. (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. Hentet 010516 fra: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Hertz, S., & Glomnes, J. J. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri : nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hutton, A. J., Nicola. (2014). *The voice of the adolescent: perceptions of general practice and accessing other health care services*. *Nonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, Jul;17 (2).
- Kegan, R. (1982). *The evolving self problem and process in human development*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Kvale, S., Brinkmann, Svend. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lagerlov, P., Holager, T., Helseth, S., & Rosvold, E. O. (2009). *Self-medication with over-the-counter analgesics among 15-16 year-old teenagers*. *Tidsskr Norsk Legeforening*, 129(15), s.1447-1450. doi:10.4045/tidsskr.09.32759

- Larsson, B., & Sund, A. M. (2007). *Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: influences of pain characteristics*. *Eur J Pain*, *11*(1), 57-65. doi:10.1016/j.ejpain.2005.12.014
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Bowers, E. P., Lewin-Bizan, S., Gestsdottir, S., & Urban, J. B. (2011). *Self-Regulation Processes and Thriving in Childhood and Adolescence: A View of the Issues*. *New Directions for Child and Adolescent Development*(133), 1-9. doi:10.1002/cd.300
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax.
- Moilanen, K. L. (2007). *The Adolescent Self-Regulatory Inventory: The Development and Validation of a Questionnaire of Short-Term and Long-Term Self-Regulation*. *Journal of Youth and Adolescence*,*36*(6), 835-848. doi:10.1007/s10964-006-9107-9
- Norske Fysioterapeuters Forbund. (2016). *Takst A9, Psykomotorisk Fysioterapi*. Hentet 010516 fra <https://fysio.no/Forbundsforbunden/Kompetanseutvikling/Takstkompetanse/Takst-A9-psykomotorisk-fysioterapi>
- Nordanger, D. Ø., & Braarud, H. C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. ) 51/2014 s.531-536
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon : filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Opaas, B. E. (2012). *Psykomotorisk fysioterapi til tenåringer: - en kartleggingsstudie med fokus på mestring og utfordringer*. Elverum. (Masteroppgave) Høgskolen i Hedmark. Institutt for psykisk helse oppvekst og samfunn. Hentet 090516 fra [http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_27860](http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_27860)
- Ottesen, A. Ø., Gro Askland. (2016). *Fysioterapi i skolehelsetjenesten for ungdomsperspektiver og praksis*. *Fysioterapeuten*, *83/2016*(4) s.48-52.
- Radøy, L., Thornquist, E., Bunkan, B. H., & Bülow-Hansen, A. (1982). *Psykomotorisk behandling : festskrift til Aadel Bulow-Hansen*. [Oslo]: Universitetsforlaget.
- Regjeringen. (2014). *Helse- og omsorgsdepartementet vil utarbeide en egen ungdomshelsestrategi*. Hentet 010516 fra

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/helse-og-omsorgsdepartementet-vil-utarbeide-en-egen-ungdomshelsestrategi/id763300/>

- Røkenes, O. H., Hanssen, P.-H., & Tolstad, O. (2012). *Bære eller bryte : kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Sagen, S. H., Hummelsund, D., & Binder, P.-E. (2013). *Feeling accepted: A phenomenological exploration of adolescent patients' experiences of the relational qualities that enable them to express themselves freely*. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 15(1), 53-75. doi:10.1080/13642537.2013.763467
- Sameroff, A. J. (2009). *The transactional model of development : how children and contexts shape each other* (1st ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sandelowski, M. (2010). *What's in a name? Qualitative description revisited*. *Research in Nursing & Health*, 33(1), 77-84. doi:10.1002/nur.20362
- Schibbye, A.-L. L. (2002). *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*. Oslo: Universitetsforl.
- Siegel, D. J. (2012). *Developing Mind, Second Edition*
- Skarstein, S., Lagerlov, P., Kvarme, L. G., & Helseth, S. (2016). *High use of over-the-counter analgesic; possible warnings of reduced quality of life in adolescents - a qualitative study*. *BMC Nurs*, 15, 16. doi:10.1186/s12912-016-0135-9
- Smedbråten, B. K., Råheim, Målfrid, Heiberg, eli. (2003). " *Alle musklene og tankene roet seg...*" - *Et kroppsfenomenologisk perspektiv somkilde til innsikt i unges livsverden*. *Fysioterapeuten*, 2003(6) s. 25-30.
- Smith, L. (2010). *Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi*.
- Steinsvik, K. (2008). *Kunnskap om kroppen mellom grep og begrep*. (Doktorgradsavhandling, Kungliga Tekniska Högskolan. Institutionen for Industriell ekonomi och organisation, Stockholm): Dialoger.
- Stern, D. N., & Randers-Pehrson, Ø. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Stern, D. N., Roster, M. T., & Bielenberg, T.-J. (2007). *Her og nå : øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forl.
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2010). *Språk – uttrykk for inntrykk*. *Matrix*, 2010(2) s.132-156

- Tetzchner, S. v. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- The Helsinki Declaration of the World Medical Association (WMA) (2014). *Ethical principles of medical research involving human subjects*. Pol Merkur Lekarski, 36(215), 298-301.
- Thornquist, E. (2001). *Kroppssyn og faglige utfordringer i dag*. Fysioterapeuten, 14/2001(9).
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2005). *Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling – En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2/2005(01), s. 30-44.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2012). *Movement and interaction : the Sherbourne approach and documentation*. Oslo: Universitetsforl.
- Thornquist, E. (2016). *Psykisk helse, utfordringer og fysioterapi*. Fysioterapeuten, 83/2016 (4), s. 8-11.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tønder, M. (2016). *Kroppen må kobles på igjen ved psykiske lidelser*, Innlegg under Kort sagt *Aftenposten*. 27.04.16
- Wifstad, Å. (2013). *Helsefagenes etikk : en innføring*. Oslo: Universitetsforl.
- Wikipedia. (2016). Hentet 010516 fra <https://no.wikipedia.org/wiki/Fasade>
- World Health Organization (2014). *Health for the World`s Adolescents. A second chance in the second decade*. Hentet 010516 fra [http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612\\_MNCAH\\_HWA\\_Executive\\_Summary.pdf](http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf)
- Ytterhus, B. (2002). *Sosialt samvær mellom barn : inklusjon og eksklusjon i barnehagen*. Oslo: Abstrakt forl.

Øvreberg, G., & Andersen, T. (1986). *Aadel Bülow-Hansen's fysioterapi : en metode til omstilling og frigjøring av respirasjon*. Harstad: Øvreberg.





Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

## VEDLEGG 1

---

### Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES

Beate Yttreberg

Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 23.06.2015

Vår ref: 43558 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

#### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.05.2015. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 19.06.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43558

*Psykomotorisk fysioterapi til ungdom*

*Behandlingsansvarlig*

*UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig*

*Beate Yttreberg*

*Student*

*Nina Elisabeth Henriksen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices:*

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no*

*TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no*

*TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no*

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne Høgetveit Myhren

## VEDLEGG 2

---



---

<b>Region:</b> REK nord	<b>Saksbehandler:</b> Veronica Sørensen	<b>Telefon:</b> 77620758	<b>Vår dato:</b> 08.06.2015	<b>Vår referanse:</b> 2015/1119/REK nord
			<b>Deres dato:</b> 05.06.2015	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Nina Elisabeth Henriksen  
Det helsevitenskapelige institutt

### 2015/1119 Psykomotorisk fysioterapi til ungdom

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 05.06.2015. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i møtet 13.08.2015.

**Prosjektleder:** Nina Elisabeth Henriksen

**Bakgrunn og formål (original):**

Jeg vil utforske hva som er viktige elementer i Psykomotorisk fysioterapi til ungdom.

**Problemstilling:** Hvilke virkemidler velger en psykomotorisk fysioterapeut i behandling av en ungdom og hvordan begrunner hun de? (Fysioterapeuten kan være hun eller han). Med virkemidler mener jeg hva fysioterapeuten gjør, hvordan hun posisjonerer seg i forhold til pasienten, kommuniserer med, berører, bruker bevegelser eller aktiviteter i behandlingen. Hvorfor velger fysioterapeuten disse virkemidlene, hva er intensjonen med de? Virkemidlene vil utløses av pasientens behov, fysioterapeutens kunnskap og det intersubjektive spillet i situasjonen. Psykomotorisk fysioterapi behandling er relasjonell virksomhet, men vil i denne sammenhengen kun fortolkes gjennom fysioterapeuten.

**Utvalg:** En psykomotorisk fysioterapeut som jobber med ungdom. En ungdomspasient som mottar behandling. Pasienten skal være mellom 16 og 19 år.

**Rekruttering:** Jeg vil gjøre strategisk utvalg gjennom kontakt med faggruppen i Norske fysioterapeuters forbund eller gjennom eget nettverk i fagmiljøet. Fysioterapeuten rekrutterer selv en av sine pasienter.

**Metode:** Jeg vil observere og filme 3 behandlinger, og gjennomføre et kvalitativt semistrukturert intervju med fysioterapeuten i etterkant med utgangspunkt i utvalgte filmklipp. Det vil gjøres lydopptak av intervjuet.

### Framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om "medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, human biologisk materiale eller helseopplysninger", jf. helseforskningsloven (h) § 2. "Medisinsk og helsefaglig forskning" er i h § 4 a) definert som "virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom". Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

---

I dette prosjektet er formålet å se på hvilke virkemidler psykomotorisk fysioterapeut velger i behandling av en ungdom og hvordan dette begrunnes. Med virkemidler menes hva fysioterapeuten gjør, posisjonerer seg i forhold til pasienten, kommuniserer med, berører, bruker bevegelser eller aktiviteter i behandlingen. Hvorfor velger fysioterapeuten disse virkemidlene, hva er intensjonen med de? Virkemidlene vil utløses av pasientens behov, fysioterapeutens kunnskap og det intersubjektive samspillet i situasjonen. Psykomotorisk fysioterapi behandling er relasjonell virksomhet, men vil i denne sammenhengen kun fortolkes gjennom fysioterapeuten.

REK anser at formålet ikke vil være ny kunnskap om helse og sykdom, men kunnskap om valg av metoder/virkemidler som fysioterapeuten benytter i sin behandling. Prosjektet skal således ikke vurderes etter helseforskningloven.

## Godkjenning fra andre instanser

Det påhviler prosjektleder å undersøke hvilke eventuelle godkjenninger som er nødvendige fra eksempelvis personvernombudet ved den aktuelle institusjon eller Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

## Vedtak

*Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningloven. Prosjektet er ikke fremleggingspliktig, jf. hfl §§ 2 og 9, samt forskningsetikkloven § 4.*

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK nord. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: [post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no).

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll sekretariatsleder

Veronica Sørensen  
Seniorrådgiver

Tromsø 240515

**Forespørsel til psykomotorisk fysioterapeut om deltakelse i mastergradsprosjektet:**

*Psykomotorisk fysioterapi til ungdom*

**Jeg retter med dette brevet forespørsel til deg om du vil delta i mastergradsprosjektet:**

**Psykomotorisk fysioterapi til ungdom.**

Undertegnede er student ved Universitetet i Tromsø, masterprogram i helsefag, studieretning Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Jeg starter nå med masteroppgaven som skal leveres i mai 2016.

Mange ungdommer strever med forhold til egen kropp og/eller store emosjonelle og følelsesmessige belastninger som gir utslag i muskel- og skjelettplager, hodepine, anspenthet, eller andre stressrelaterte plager. I grunn- og etterutdanning i fysioterapi, og nå ved masterstudiet i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, har jeg opplevd at det er lite fokus på ungdom som pasientgruppe. Flere fysioterapeuter har praktisk erfaring og kunnskap om psykomotorisk fysioterapi (PMF) til ungdom. Videre kunnskap om hva som gjøres i PMF, hvorfor det gjøres og hvordan det fungerer for ungdomspasientene er i mine øyne viktig å få frem. Målet med studien er å få kunnskap om hvilke virkemidler en psykomotorisk fysioterapeut velger i behandling av en ungdom, og hvordan de begrunnes.

For å få innsikt i dette vil jeg observere og filme 3 av dine behandlinger av en ungdomspasient. Pasienten velges ut av deg. Dersom det er ønskelig er jeg åpen for at det filmes uten min tilstedeværelse. Jeg vil se på hvilke virkemidler du bruker i behandlingen. I etterkant av behandlingene vil jeg gjennomføre ett kvalitativt forskningsintervju med deg. Samtalen vil ta utgangspunkt i filmklipp fra behandlingene, og fokusere på noen av virkemidlene du brukte i behandlingene. Intervjuet vil tas opp på lydbånd. Varigheten av intervjuet anslås å være maksimalt 2 timer. Jeg vil bare ha en informant.

Pasienten du velger ut, bør være mellom 16 og 19 år. Fokuset vil være på deg som fysioterapeut og innholdet i behandlingen. Informert samtykke fra pasienten, og foresatte dersom pasienten er under 18 år, oppbevares i pasientens journal ved behandlingsstedet. Vedlagt finner du også samtykkeskjema for pasienten og for foresatte. I tilfelle opplysninger om pasientens alder eller diagnose kommer frem i intervjuet vil jeg innhente samtykke til at du som fysioterapeut kan uttale deg om dette.

**Hva skjer med informasjonen om deg?**

Som forsker har jeg taushetsplikt og alle innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Ingen opplysninger vil bli utlevert til noen andre. Film og lydopptak vil oppbevares nedlåst. Ved prosjektets slutt juni 2016, vil opptak og transkripsjoner slettes. Navn og opplysninger om alder, arbeidssted og lignende vil anonymiseres slik at det ikke skal være mulig å bli gjenkjent i eventuelle publikasjoner.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dersom du ønsker å delta i dette studiet fyller du ut vedlagte samtykkeerklæring og sender det til meg i den ferdig utfylte konvolutten. Så tar jeg kontakt med deg for nærmere avtale.

Dersom du ønsker ytterligere informasjon kan du kontakte:

**Masterstudent: Nina Henriksen** fysioterapeut og mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø, masterprogram i helsefag, studieretning Psykiatrisk og Psykosomatisk fysioterapi. Adresse. Kapteinvn 50, 9014 Tromsø tlf : 90564613, Mail: [ninafysio@gmail.com](mailto:ninafysio@gmail.com)

**Veileder: Beate Ytreberg**, Psykomotorisk fysioterapeut og Universitetslektor  
Adresse: Det helsevitenskapelige fakultet, Fysioterapeututdanningen, Universitetet i Tromsø Hansine Hansensvei 18. 9037 Tromsø. Tlf: 776 60689 Mail: [beate.ytreberg@uit.no](mailto:beate.ytreberg@uit.no)

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

Du har mottatt to eksemplarer av samtykkeerklæringen, den ene beholder du selv sammen med denne forespørselen. Den andre sender du tilbake til meg innen tre dager.

Med vennlig hilsen

Nina Henriksen

### **Samtykke til deltakelse i studien til Nina Henriksen**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Telefon : \_\_\_\_\_

- Jeg samtykker til å delta i intervju og at det tas lydopptak*  
 *Jeg samtykker til det tas opp film av behandlinger av pasient*

210615

### **Forespørsel til foresatte til pasient om deltakelse i mastergradsprosjektet:**

*Psykomotorisk fysioterapi til ungdom*

**Jeg retter med dette brevet forespørsel til deg om du vil tillate at din ungdom deltar i mastergradsprosjektet:**

#### **Psykomotorisk fysioterapi til ungdom.**

Undertegnede er student ved Universitetet i Tromsø, masterprogram i helsefag, studieretning Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Jeg starter nå med masteroppgaven som skal leveres i mai 2016.

Mange ungdommer strever med forhold til egen kropp og/eller store emosjonelle og følelsesmessige belastninger som og gir utslag i muskel- og skjelettplager, hodepine, anspenhet, eller andre stressrelaterte plager. Flere fysioterapeuter har praktisk erfaring og kunnskap om psykomotorisk fysioterapi (PMF) til ungdom. Målet med studien er å få kunnskap om hvilke virkemidler en psykomotorisk fysioterapeut velger i behandling av en ungdom, og hvordan de begrunnes.

For å få innsikt i dette vil jeg observere og filme 3 psykomotoriske fysioterapi behandlinger. Fysioterapeuten til din ungdom har takket ja til å delta i mitt mastergradsprosjekt. Denne forespørselen retter seg til deg som foresatt til som pasient om å delta ved at jeg får observere og filme 3 av din ungdoms behandlinger.

Dersom det er ønskelig er jeg åpen for at det filmes uten min tilstedeværelse. Jeg vil se på hvilke virkemidler fysioterapeuten din bruker i behandlingen. I etterkant av behandlingene vil jeg gjennomføre ett kvalitativt forskningsintervju med fysioterapeuten for å få innsikt i hensikt og begrunnelse for de virkemidlene som ble brukt. Fokuset i studien er på fysioterapeuten og innholdet i behandlingen. Det kan være at fysioterapeuten vill nevne din ungdoms alder eller diagnose i sine begrunnelser for valg av virkemidler i behandlingen. Jeg vil derfor be om ditt samtykke til at opplysninger om din ungdom innhentes fra fysioterapeuten.

Fokuset i studien er på fysioterapeuten og innholdet i behandlingen

#### **Hva skjer med informasjonen om din ungdom?**

Som forsker har jeg taushetsplikt og alle innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Ingen opplysninger vil bli utlevert til noen andre. Film og lydopptak vil oppbevares nedlåst. Ved prosjektets slutt juni 2016, vil opptak og transkripsjoner slettes. Navn og opplysninger om alder, arbeidssted og lignende vil anonymiseres slik at det ikke skal være mulig å bli gjenkjent i eventuelle publikasjoner.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og ungdommen kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom din ungdom trekker seg, vil alle opplysninger om han/henne bli slettet. Dersom du ønsker at din ungdom deltar i dette studiet fyller du ut vedlagte samtykkeerklæring. Dette vil oppbevares i din ungdoms journal hos fysioterapeuten.

Dersom du ønsker ytterligere informasjon kan du kontakte fysioterapeuten eller:

**Masterstudent: Nina Henriksen** fysioterapeut og mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø, masterprogram i helsefag, studieretning Psykiatrisk og Psykosomatisk fysioterapi. Adresse. Kapteinvn 50, 9014 Tromsø tlf : 90564613, Mail: [ninafysio@gmail.com](mailto:ninafysio@gmail.com)

**Veileder: Beate Ytreberg**, Psykomotorisk fysioterapeut og Universitetslektor  
Adresse: Det helsevitenskapelige fakultet, Fysioterapeututdanningen, Universitetet i Tromsø Hansine Hansensvei 18. 9037 Tromsø. Tlf: 776 60689 Mail: [beate.ytreberg@uit.no](mailto:beate.ytreberg@uit.no)

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

Du har mottatt to eksemplarer av samtykkeerklæringen, den ene beholder du selv sammen med denne forespørselen. Den andre sender du til fysioterapeuten til din ungdom.

Med vennlig hilsen

Nina Henriksen

### **Samtykke til deltakelse i studien til Nina Henriksen**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Telefon : \_\_\_\_\_

***Jeg samtykker til det tas opp film av behandlinger av meg som pasient***

***Jeg samtykker til at opplysninger om min ungdom kan innhentes av fysioterapeuten***



**Forespørsel til pasient om deltakelse i mastergradsprosjektet:**

*Psykomotorisk fysioterapi til ungdom*

**Jeg retter med dette brevet forespørsel til deg om du vil delta i mastergradsprosjektet:  
Psykomotorisk fysioterapi til ungdom.**

Undertegnede er student ved Universitetet i Tromsø, masterprogram i helsefag, studieretning Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Jeg starter nå med masteroppgaven som skal leveres i mai 2016.

Mange ungdommer strever med forhold til egen kropp og/eller store emosjonelle og følelsesmessige belastninger som gir utslag i muskel- og skjelettplager, hodepine, anspenhet, eller andre stressrelaterte plager. Flere fysioterapeuter har praktisk erfaring og kunnskap om psykomotorisk fysioterapi (PMF) til ungdom. Målet med studien er å få kunnskap om hvilke virkemidler en psykomotorisk fysioterapeut velger i behandling av en ungdom, og hvordan de begrunnes.

For å få innsikt i dette vil jeg observere og filme 3 psykomotoriske fysioterapi behandlinger. Din fysioterapeut har takket ja til å delta i mitt mastergradsprosjekt. Denne forespørselen retter seg til deg som pasient om du vil delta ved at jeg får observere og filme 3 av dine behandlinger.

Dersom det er ønskelig er jeg åpen for at det filmes uten min tilstedeværelse. Jeg vil se på hvilke virkemidler fysioterapeuten din bruker i behandlingen. I etterkant av behandlingene vil jeg gjennomføre ett kvalitativt forskningsintervju med fysioterapeuten, for å få innsikt i hensikt og begrunnelse for de virkemidlene som ble brukt. Fokuset i studien er på fysioterapeuten og innholdet i behandlingen. Det kan være at fysioterapeuten vil nevne din alder eller diagnose i sine begrunnelser for valg av virkemidler i behandlingen. Jeg vil derfor be om ditt samtykke til at opplysninger om deg innhentes fra fysioterapeuten.

**Hva skjer med informasjonen om deg?**

Som forsker har jeg taushetsplikt og alle innsamlede opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Ingen opplysninger vil bli utlevert til noen andre. Film og lydopptak vil oppbevares nedlåst. Ved prosjektets slutt Juni 2016, vil opptak og transkripsjoner slettes. Navn og opplysninger om alder, arbeidssted og lignende vil anonymiseres slik at det ikke skal være mulig å bli gjenkjent i eventuelle publikasjoner.

**Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dersom du ønsker å delta i dette studiet fyller du ut vedlagte samtykkeerklæring. Dette vil oppbevares i din journal hos din behandler.

Du vil få informasjon fra din behandler om når observasjonene og filmingen skal foregå.

Dersom du ønsker ytterligere informasjon kan du kontakte din behandler eller:

**Masterstudent: Nina Henriksen** fysioterapeut og mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø, masterprogram i helsefag, studieretning Psykiatrisk og Psykosomatisk fysioterapi. Adresse. Kapteinvn 50, 9014 Tromsø tlf : 90564613, Mail: [ninafysio@gmail.com](mailto:ninafysio@gmail.com)

**Veileder: Beate Ytreberg**, Psykomotorisk fysioterapeut og Universitetslektor  
Adresse: Det helsevitenskapelige fakultet, Fysioterapeututdanningen, Universitetet i Tromsø Hansine Hansensvei 18. 9037 Tromsø. Tlf: 776 60689 Mail: [beate.ytreberg@uit.no](mailto:beate.ytreberg@uit.no)

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

Du har mottatt to eksemplarer av samtykkeerklæringen, den ene beholder du selv sammen med denne forespørselen. Den andre sender du til din fysioterapeut.

Med vennlig hilsen

Nina Henriksen

### **Samtykke til deltakelse i studien til Nina Henriksen**

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Telefon : \_\_\_\_\_

***Jeg samtykker til det tas opp film av behandlinger av meg som pasient***

***Jeg samtykker til at opplysninger om meg kan innhentes av fysioterapeuten***



## VEDLEGG 7

# Innholds logg film 1 (a og b)

1a

Tidspunkt i filmen	Aktivitet	Hva er interessant
Første 4 minutter	Innledende samtale  <i>«Husk at det er ikke sånn at jo hardere jo bedre»</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Spør om erfaringer fra sist, ber pas om å utdype det som var bra</li><li>• Har pas fulgt opp med egen innsats</li></ul>
3.54	Plan for dagen  <i>«La kroppen få lov til å snakke»</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hva som skal skje,</li><li>• Viktig at pas : Lar kroppen få lov til å snakke</li></ul>
4.40-6.20	Dans og tungen i ganen	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pas har prøvd dans, hva vil hun oppnå med oppfordringen om å fortsette og utvide dette?</li><li>• Øvelser med tungen. Hvorfor gjør hun dette?</li></ul>
6.20	Stå, gyng med C form, bevege bena, erfare tungen  <i>«Slippe tungen åpner for å puste»</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hva vil hun med denne øvelsen og hvordan virker det?</li></ul>
8.00-9.39	Sitte godt, vugge hoftene, ruge seg nedpå og slippe hodet frem	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ser endring. Hva betyr det? Hva gjør du for å at pas skal sitte godt? Hvordan gjør du det?</li></ul>

	<b>«BRAA at du reagerer»</b>	
<b>10.40-12.10</b>	<p>Bøye seg fram, slapp-stup-stående, og motsatt</p> <p><b>«Tøyer det fælt, eller tøyer det godt?»</b></p> <p><b>«Prøv å lek deg med det, se om det kan være en god ting»</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva oppnår du med denne øvelsen?</li> <li>• Hva gjør du, hvordan?</li> </ul>
<b>13.20</b>	<p>Finne god stilling i mageleie. Hvordan gi uttrykk om noe er ekkkelt?</p> <p><b>«Husker du hva du skal gjøre hvis jeg tar for hardt?»</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er fysio opptatt av her? Pas må velge pølle/ikke pute på magen /ikke. Rette ryggen.</li> <li>• Hvordan gjør du hva?</li> <li>• Hvorfor så klar på at pas må si fra/reagere? Hvordan gjør du det?</li> </ul>
<b>14.30</b>	<p>Massasje spenn-slipp setet, korsrygg, venstre side rygg, tunge/kjeve</p> <p><b>«Kjenner at du slipper helt ut så den her muskelen får lov tel å hvile seg»</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva vil hun oppnå med massasje og spenn-slipp her, hva gjør hun og hvordan?</li> <li>• Hvorfor trekkes tunga og kjeven igjen?</li> </ul>
<b>17.00</b>	<p>Massasje venstre skulder, hold-slipp. Finner sammenheng spenning- øm muskulatur- beredskap- kontroll..være på vakt. Når e det trygt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruker lang tid på skulder? Hva er hun opptatt av her, og hvordan gjennomføres det?</li> <li>• Kommer inn på behov for kontroll og beredskap og sammenheng med</li> </ul>

21.00	<p><i>«Hvis du er litt sånn kontroll, så kan du beskytte deg raskere? Men hvis du slapper av så blir du litt usikker om du klarer å beskytte deg?»</i></p> <p><i>«Kjenner du det der er det musklene som gjør»</i></p>	<p>stram/ømt muskulatur. Hva er hun opptatt av her? Hva oppnår hun ved å massere/tøye, spenn/slipp...</p>
26.03	<p>Quadratus Lumborum, stramslipp, puste bort handa. Får en smertereaksjon</p> <p><i>«GODT reagert! ...og land igjen</i></p> <p><i>... og at du stoler på at jeg slipper igjen»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva legger du vekt på her? Hvordan gjør du det?</li> </ul>
	<p><b>Film 1b</b></p>	
00.30	<p>Massasje rygg, autonome reaksjoner , rumling og luft. Behov for å forsvare oss og slappe av.</p> <p><i>«...så bare la det skje ikke sant? Ikkje hold igjen på det.»</i></p> <p><i>«Så vi trenger å være i begge delene»</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommer inn på autonome reaksjoner. Hva er hun opptatt av? Hvordan?</li> </ul>

<p>2.05</p>	<p>Høyre skulder massasje, hold/slipp. Igjen innom tunge, kontroll, være på vakt</p> <p><b>«Det sitter ganske hardt det her med å være på vakt ja...»</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva legger hun vekt på her? Hvordan gjør hun det?</li> </ul>
<p>5.45</p>	<p>Skyver på bekken, strekke ryggen, puste dypere, merke pusten, fokus på pausen etter utpust.</p> <p><b>«Pusten skal få lov til å bestemme sjøl»</b></p> <p><b>«En bølge som løfter deg og slipper deg...så kan du synke ned i pausene»</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva vektlegges her? Hvordan vet du at det er mer å gå på, hvor lenge du skal dvele ved det? Hva er hun opptatt av med pusten? Pausen? Hvordan gjøre det? Hva mener hun om forholdet mellom det</li> <li>• * si noe om bruk av metaforer, hun gjør og det hun sier med ord/samtale?</li> </ul>
<p>10.45</p>	<p>Langsittende- rulle ned på rygg, ligge på rygg, Sjekker tunga igjen.</p> <p><b>«Vi prøver å lage ryggen din så brei som mulig»</b></p>	<p>Bruker igjen tid på å ligge godt. Hva opptatt av her? Hvordan gjør du det?</p>
<p>13.50</p>	<p>Legg, føtter, hvile bena. Avklare hvordan reagere på ekkelt/smerte. Erfare forskjell</p> <p><b>Kjenn om pusten og skuldra stoler på at foten ordner opp</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva er du opptatt av her, hvordan gjør du det?</li> <li>• Bruker egen kropp mye, hvordan gjør hun det, hvorfor?</li> </ul>

	<i>for seg sjøl så dem slepp å være i beredskap</i>	
18.50	<p>Bryst muskulatur, urolig flekk</p> <p><i>hva den trenger for å bli tryggere den lille flekken her?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hva gjør hun, hvordan gjør hun dette?</li> </ul>
21.02	<p>Nakke/skulder kjeve. Hvile hodet, Avspenning/ Avslutning på benk</p> <p><i>Kontrollerer mye følelser, da skjer det mye rart inni kroppen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hva er hun opptatt av her, hva gjør hun, hvordan og hvorfor?</li> </ul>
29.00	Filmen stopper uten at F er klar over det. Får ikke se de siste minuttene av behandlingen	

## Innholds logg film 2

Tidspunkt i filmen	Aktivitet	Hva er interessant
Første 5 min	Innledende samtale	<ul style="list-style-type: none"> <li>P sitter i kontorstol, f på benk</li> <li>Erfaringer fra sist (p har mer vondt i rygg og hodepine er kommet tilbake). Sover og puster bedre, ser dårligere</li> <li>F tar opp erfaring om beredskap være på vakt fra sist, P ikke merket noe til det.</li> <li>Plan for dagen: stoppe opp v beredskap, gi plass til det som dukker opp</li> </ul>



10.09	Stående, gyng i C, rulle ned	<p>* Kjenne hvor vi er hen, stå godt</p> <p>* Gyng i C</p> <p>* rulle ned, strekke og bøye knær. F får frem opplevelsen at det strekker ekkelt i ryggen, prøver få frem hvordan P merker det til vanlig</p>
12.40	Sittende på benk, sitte godt. Hvilke muskler brukes for å bevege bekkenet?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• F spør om konsentrasjon når hun bev passivt, og om magen? Hvorfor?</li> <li>• Bev bekken og korsrygg, ruller ned</li> <li>• Plan for dagen å jobbe med den vonde muskulaturen i ulike utgst. og at P må si fra</li> </ul>
16.00	Mageleie. Massasje sete, korsrygg, Quadratus lumborum, rygg, interscapulært	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sier hun regner m p vil ha klær, genser på</li> <li>• Sete-, quadratus massasje, hold slipp. Hvorfor og hvordan?</li> </ul>
21.40	Skulder spenn- slipp, hold-slipp «Hvis man slipper noe-der det føles litt skummelt- prøver man å ta kontroll en annen plass» «Hvordan har magen det?» «hvor er vaksomheten hen?»	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spenn- slipp bevege passivt, masserer, rigger, ta kontroll, slippe... spør om tunga og kjeven. Hva er hun ute etter og hvorfor og hvordan?</li> <li>• Vaksomhet i ryggen. Hva vil hun få frem?</li> </ul>
26.40	Andre side sete, rygg og skulder  P tar er ktr i skulder når hun snakker	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nytt fokus på å lande. Hvorfor så opptatt av dette?</li> <li>• Spenn- slipp, hold- slipp sete, midje, og skulder</li> <li>• Hvordan merker hun at P tar mer ktr i skulder når hun snakker?</li> </ul>
33.58	Strekke ut korsrygg, merke pusten	F skyver på korsrygg, hva er hun ute etter? Ber P om å merke pusten hvor den er og hva som stopper.

		Hva vil hun oppnå, hvordan? Senker stemmen, bevisst?
34.25	Langsittende, strekke frem, rulle ned, få flatere rygg	F holder gensen nede, hvorfor? Bruker tid på å få rygg ned, hvorfor det? Hvordan
36.30	Ryggleie, strekke på rygg via bena <i>«Jeg føler det her ser veldig rart ut»</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Får frem erfaring om at det er ekkelt å ligge med bena mot magen, ser rart ut, forklarer om ryggens hvilestilling og ryggen til p synes egentlig det er ok. Hva ute etter, hvorfor. Hva tenker du om at det ser rart ut?</li> <li>• Magedans og bev etter klokka. Hva , hvorfor , hvordan?</li> <li>• Kjeve trekkes inn, hvorfor? (ser hun det?)</li> </ul>
42.02	Beveger hofter passivt, masserer legger <i>«om du ikke får det til er det ikke så farlig, det viktigste er at du kjenner det»</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avklarer hva P kan gjøre hvis ekkelt</li> <li>• Stoler kjeven på det? Hva er du ute etter her? Hvorfor?</li> <li>• Hvordan merker hun at p spenner kjeven?</li> <li>• Bruker her og sin kropp til å bev P ben, hvordan gjør hun det, hvorfor?</li> </ul>
45.50	Massasje nakke, hodet, ansikt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilrettelegger for? Pute på magen, snakker om øyne åpne/lukket</li> <li>• Bev kjeve, masserer og berører veldig varsomt. Hva ute etter, hvordan hvorfor?</li> <li>• Strekke nakke, strikk, puste ut. Det ble for mye for P. dveler ved den opplevelsen.</li> <li>• Hode som kule som kan trille</li> <li>• Hva ute etter her, hvordan gjør og hvorfor</li> </ul>
	Avspenning, avslutning <i>«Gi den rolige ryggen oppmerksomhet»</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva kjennes i kroppen, let speselt etter ro. Hvorfor ro? Hva vil hun oppnå?</li> </ul>

## VEDLEGG 8

### Intervjuguide 191015

Takke for deltagelse

- Minne om frivillighet og mulighet for å trekke seg
- Si fra om behov for pause og om du vil at jeg skrur av lydopptak
- Kommer også til å spørre om ting som kanskje virker innlysende for oss som kollegaer/student. Min forforståelse vil prege hele studien. Ønsker å få frem din kunnskap, refleksjon om det du gjør. Spør derfor mye *hva, hvorfor og hvordan*.
- Ønsker ikke å virke støtende eller at du kjenner dette ubehagelig på noen måte.

Klipp	Spørsmål
	Hva er problemene/plagene til denne pasienten?
Uten film	Kan du si noe om relasjonen med pasienten? Hvordan preges den av at det er en ungdom på 15 år? Hvordan er din rolle som PMF? Hva tenker du er de viktigste virkemidlene dine i behandlingen?
0-2.27 1a	Hvordan <b>starter</b> du behandlingen? <ul style="list-style-type: none"><li>- Hvor/hvordan møter du pasienten?</li><li>- Hva legger du vekt på? Hvorfor? - Hvordan gjør du det?</li><li>- Hvorfor sitter dere slik?</li></ul>
2.27 tur 1a 04.50 dans	Oppfølging av <b>hjemme aktiviteter</b> : tur og dans. Hva gjør du her? Hvorfor?
*	<b>Klær på.</b> Du sier i 2. observasjon til pasient at du vil vel ha klærne på? Ha genseren på? Si litt om det. Hva tenker du om det.
34.35 2	<ul style="list-style-type: none"><li>- Du holder igjen genseren når pasienten skal strekke seg frem i langsittende. Hvorfor det?</li></ul>
06.30 1a	Stå å <b>gynge i knærne</b> som en C. Fortell hva du gjør, hvorfor du gjør dette.
*	<b>Tungen.</b> Du trekker inn tungen flere ganger i behandlingene.
05.10- 7.45 1a	Hvorfor fokuserer du på tungen. Hva gjør du? Hvordan gjør du dette gjennom behandlingen?
9.18 sittende	<b>Rulle ned sittende og stående.</b> Hva gjør du her? Hvorfor gjør du dette. Hvordan gjør du det?

10.40 stående 1a	
*14.00 1a	Du ber pasienten <b>reagere på</b> noe som er ekkelt eller ubehagelig. Hvorfor, hva gjør du, hvordan? Hvordan bruker du hendene dine?
27.35 1a	Når pasienten reagerer <b>roser</b> du det. Si noe om det. Hvorfor?
*13.29 1a	Bruker tid på å <b>finne god stilling</b> i de ulike posisjoner (for eksempel mageleie i sted). Hva er grunnen til at du bruker så mye tid på dette? Hva gjør du? Hvordan gjør du det?
14.45- 15.15 1a	<b>Hva gjør du her, hvorfor og hvordan? Hvordan bruker du hendene dine?(Massasje, hold-slipp sete muskulatur)</b>
*19-26 1a	Hva er du opptatt av her? Hva gjør du, hvordan og hvorfor? ( <b>Skulder</b> , kommer inn på behov for <b>kontroll og beskyttelse</b> ) -hold kontroll-slipp kontroll, masserer hva gjør du med hendene dine? Hva kjenner du? Hvordan relaterer du det til kontroll og på vakt?
*	Du spør ofte hva pasienten <b>kjenner eller merker</b> ? Hva er du ute etter? Hva gjør du? Hvordan gjør du det? - Kombinerer du det du gjør og sier? Du <b>gir ofte alternativer</b> : <i>tøyer det fælt eller tøyer det godt? som i forrige klipp borti meg litt eller næææi?</i>
*03.00- 05.00 1b	<b>Skulderblad danse</b> på kroppen. Hva gjør du her? Hvorfor og hvordan? (Bruker kontraster hold-slipp, bev passiv)
Evt 00.30 1b	<b>Autonome reaksjoner</b> . Hvordan forholder du deg til det? Hva gjør du? Hvordan er det for en ungdom? (Snakker om rumling, luft. Senere om snørr ...)
*5.45- 10.15	<b>Respirasjon</b> . Hva gjør du her. Hvordan og hvorfor? (skyver mot bekken, og ber pasient om å registrere hvor pusten beveger seg). Hvordan bruker du hendene dine? Hva styrer hvor lenge du dveler ved det?

13.50 1b	Hva er det du gjør her, hvordan og hvorfor? (bruker egen kropp inntil P for å hvile benet. Få pust, skulder og kjeve til å <b>stole på at foten passer på seg</b> selv...) NB! Samme tema som klipp 21.40 2) ?
*19.50 1b	<b>Bryst.</b> Si noe om hva du gjør her? Hvorfor og hvordan? (pasient har en <b>uroelig flekk</b> ved solar plexus). Hvordan bruker du hendene, stemmen?
*25.08 1b	<b>Hals/bryst.</b> Si hva du gjør her, hvorfor og hvordan? Hvordan bruker du hendene her? Hva styrer varigheten?
21.40 2	<b>Å slippe en plass-tar kontroll en annen plass.</b> Hva gjør du her, hvordan og hvorfor?
*36.30 2	<b>Tøye ryggen.</b> Ligge med bena bøyd opp mot magen i ryggleie, pasienten føler det <b>ser rart ut</b> . Hva er det som skjer her? Hva gjør du, hvordan og hvorfor? Kan du kjenne det, ser du det eller vet du det at hun strammer kjeven? Hvordan bruker du hendene og kroppen din?
40.00 2	Hva gjør du her, hvorfor og hvordan? ( <b>Magedans</b> og bevege bekken etter en imaginær klokke på magen)
46.45 2	<b>Nakke, hode og kjeve.</b> Hva gjør du? Hvordan og hvorfor? Hvordan bruker du hendene dine? Stemmen? Tempo?
54.20 2	<b>Avspenning.</b> Hva gjør du, hvorfor og hvordan
	<b>Avslutning.</b> Hvordan avslutter du? Hvorfor og hvordan?
	Kan du si noe om: - hvordan du bruker <b>stemmen</b> din? Måten du prater på? - Pauser, <b>stillhet</b> ? - Hvordan er <b>øyenkontakt</b> ? - Avstanden, posisjoneringen i forhold til pasienten? - Instruksjon? Gjøre sammen eller se på? - Forklarer ofte sammenhenger for pasienten. Hvorfor?
	<b>Oppbyggingen</b> av timen? <b>Varighet og hyppighet</b> ?
	Oppgaver, øvelser og aktiviteter mellom behandlingene?

	Kan du <b>oppsummere</b> hva du legger vekt på i behandling av en ungdom? Hva er viktigst for deg?
	Er det noe du gjerne vil si mere om?
	Hvordan har dette vært for deg? Og Tusen Takk!!

## VEDLEGG 9

### Matrise utdrag Intervju

Rådata	Meningsfortetning	Tekstnær analyse	Kategori/tema
<p>Jeg føler ikke at jeg har en nær relasjon med henne, hun er ikke så lett å komme inn på.</p> <p>Hun er litt sånn hvis hun har det greit. Ja hun har det greit! I dag sa hun at hun har det faktisk VELDIG fint for tiden. Men det er liksom ikke så mye mer! Noen er litt sånn som ungene prate i vei, men hun er veldig sånn... så stopper det der liksom. Så må du lirke litt. Det er ikke så mye mer. Du får ikke noe gratis av henne.</p> <p>Samtidig så virker hun åpen, mer og mer åpen og direkte i blikket. Så hun er mer og mer trygg når hun kommer inn her. Det har jo tatt litt sånn tid på en måte å føle at hun har en sånn helt trygg relasjon, at hun føler hun kan stole på meg. Det akkurat som hun har litt sånn fasade.</p>	<p>Jeg føler ikke at jeg har en nær relasjon med jenta. Hun er ikke lett å komme inn på. Hun sier ikke så mye, og gir ikke noe gratis. Det har tatt tid å føle at hun har en trygg relasjon og at hun føler at hun kan stole på meg. Det er akkurat som hun har litt sånn fasade. Samtidig er hun 15 år og jeg forventer ikke at hun skal ha ord på alt. Når du spør om ting er det ikke sikkert hun har reflektert over det. Hun passer på uttrykket sitt. Det har tatt litt tid før jeg har følt at hun er helt trygg</p>	<p>Tidkrevende å få en trygg relasjon hvor jenta har tillit til henne og er trygg nok til å uttrykke seg. Pasienten kommer ikke i møte, beskytter seg med en fasade som det er krevende å komme gjennom. Forventer ikke at hun kan uttrykke seg eller har reflektert over alt som hun setter fokus på.</p>	<p>Enveis Intersubjektivitet, inntoning</p> <p>Regulering, Tilstivnelse</p> <p>Refleksjonsnivå og språk</p>

<p>Vet at hun er jo 15 i den forstand at du forventer heller ikke at hun skal ha ord på alt på en måte. Så du må når du spør om ting så er det ikke sikkert at hun engang har reflektert over det</p> <p>Men hun virker mer at hun kanskje passer seg litt, hun passer på uttrykket sitt</p> <p>Derfor så har jeg vært usikker på, tatt litt tid før du har følt at hun er helt trygg på å kunne si det hun har lyst til å si</p>	<p>på å kunne si det hun har lyst til å si</p>		
---	--	--	--