



UiT Norges arktiske universitet

Det Helsevitenskapelige Institutt

Erfaringer fra Norsk Psykomotorisk Fysioterapi ved behandling av Psykogene Ikke-Epileptiske Anfall

Cathrine Bader

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, HEL 3901, Mai 2020

Takk

En spennende, lærerik, givende, men svært krevende skriveprosess går mot slutten. Det er mange som skal takkes for at gjennomføringen har vært mulig.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til informantene som valgte å stille til intervju. Uten deres imøtekommenhet og velvillighet til å dele erfaringer ville ikke denne masteroppgaven blitt noe av. Takk til veileder Cathrine Boge Olsnes for tips og innspill underveis. En ekstra stor takk til Randi Sviland, Førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet for hjelp under utarbeidingen av prosjektplanen, og for motiverende samtaler og din ekstra hjelp gjennom hele skriveprosessen. Dine faglige bidrag, støtte og veiledning har vært uvurderlig.

Takk til Irene Hauge, psykomotorisk fysioterapeut ved Sentralsykehuset for Epilepsi, for gode samtaler og hjelp i rekrutteringsarbeidet. Takk til medstudenter for gode tilbakemeldinger under masterseminarer og for gode diskusjoner underveis i skriveprosessen. For en fantastisk gjeng dere er!

Tusen takk til «Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter» for økonomisk støtte. Takk til kollegaer som gjennom tre år har hjulpet meg med å tilrettelegge jobb under mine regelmessige turer til Tromsø.

Til slutt, tusen takk til min samboer, Hans Kristian for all hjelp med korreksjon og tilbakemeldinger på oppgaven. Takk for at du har holdt ut gjennom alle dagene jeg har sittet fastklistret til PC-skjermen. Jeg gleder meg til å komme ut av boblen.

Bergen, 12. Mai 2020

Cathrine Bader

Sammendrag

Bakgrunn

Psykogene ikke-epileptiske anfall (PNES) er anfall av epilepsiliknende karakter uten samtidig epileptisk aktivitet i hjernen. PNES er vanskelig å behandle grunnet dens heterogenitet og ulik etiologi. Psykoterapi, kognitiv atferdsterapi og medisinerer er de hyppigst brukte behandlingstilnærmingene. Kroppslige behandlingsmetoder er lite studert, og lite dokumentasjon er å finne i litteraturen. Formålet med denne studien er å undersøke erfaringer fra Norsk psykomotorisk fysioterapi i behandlingen av pasienter med psykogene ikke-epileptiske anfall, og belyse hvordan pasient og terapeut sammen kan bidra til å gi utfyllende beskrivelser.

Metode

Masteroppgaven er en kvalitativ studie forankret i en hermeneutisk og sosialkonstruktivistisk forståelsesramme. Datamaterialet i oppgaven er basert på to dyadeintervjuer der pasient med PNES og pasientens psykomotoriske fysioterapeut ble intervjuet sammen. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av tematisk analyse. Studiens rammeverk tar utgangspunkt i teori om PNES, Norsk psykomotorisk fysioterapi og fenomenologi.

Resultater

Materialet viser hvordan fysioterapeutene skaper felles forståelse sammen med pasientene. Dette gjøres både gjennom dialog, refleksjoner og gjennom pasientens kroppslige erfaringer. En god terapeutisk relasjon vektlegges som en viktig forutsetning for at pasientene har hatt utbytte av den psykomotoriske behandlingen. Gjennom begge behandlingsforløp har kroppsbevissthet vært et tydelig fokus. Å bli bevisst og i kontakt med sine fysiske sensasjoner har hjulpet pasientene med å forstå sine følelser og behov. En økt kroppsbevissthet har i tillegg vært viktig for å få en bedre forståelse av og kontroll over de psykogene ikke-epileptiske anfallene.

Nøkkelord

Norsk psykomotorisk fysioterapi, Psykogene ikke-epileptiske anfall, Kroppsbevissthet, Kroppslig erfaring, Refleksjon, Felles forståelse, Endring

Abstract

Background

Psychogenic non-epileptic seizures (PNES) are seizures of an epilepsy-like character without concurrent epileptic activity in the brain. PNES is difficult to treat due to its heterogeneity and different etiology. While psychotherapy, cognitive behavioral therapy and medication are the most frequently used treatment approaches, research and utilization of bodily therapies are limited. The purpose of this study is to look at the experiences of Norwegian psychomotor physiotherapy in the treatment of patients with psychogenic non-epileptic seizures, and to elucidate how the patient and therapist together can provide complementary descriptions.

Methods

This Master's thesis is a qualitative study rooted in a hermeneutic and social constructivist framework of understanding. The data in the thesis is based on two dyadic interviews where the patient with PNES and the patient's psychomotor physiotherapist were interviewed together. The data was analyzed using thematic analysis. The study's framework is based on the theory of PNES, Norwegian psychomotor physiotherapy and phenomenology.

Results

The material shows how the physiotherapists create a joint understanding with the patients. This is done both through dialogue, reflections and through the patient's bodily experiences. A good therapeutic relationship is emphasized as an important prerequisite for patients to have benefited from psychomotor physiotherapy. Throughout both courses of treatment, body awareness has been a clear focus. Becoming aware of and in touch with their physical sensations has helped the patients understand their feelings and needs. In addition, increased body awareness has been important to gain a better understanding and control of the psychogenic non-epileptic seizures.

Keywords

Norwegian psychomotor physiotherapy, Psychogenic non-epileptic seizures, Body awareness, Bodily experience, Reflection, Joint understanding, Change

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Forsknings spørsmål.....	2
1.3	Oppgavens oppbygning.....	2
2	Teoretisk bakgrunn.....	3
2.1	Psykogene ikke-epileptiske anfall.....	3
2.1.1	Utredning.....	4
2.1.2	Behandling.....	5
2.2	Norsk psykomotorisk fysioterapi.....	6
2.2.1	Historikk.....	6
2.2.2	Undersøkelse og behandling.....	7
2.2.3	Psykomotorisk fysioterapi og forskning.....	8
2.3	Fenomenologi.....	9
2.3.1	Kroppsfenomenologi.....	10
3	Metode og metodologi.....	11
3.1	Vitenskapsteoretisk forankring.....	11
3.1.1	Hermeneutikk.....	11
3.1.2	Sosialkonstruktivisme.....	12
3.2	Metodisk tilnærming.....	13
3.2.1	Dyadiske intervju.....	13
3.2.2	Rekruttering og utvalg.....	14
3.3	Etiske betraktninger.....	15
3.4	Datainnsamling.....	15
3.4.1	Forberedelser til intervju.....	15
3.5	Tilvirkning av data.....	16

3.5.1	Intervjuene	16
3.6	Analyse	17
3.6.1	Transkripsjon	17
3.6.2	Tematisk analyse	18
3.7	Metodiske overveielser	20
3.7.1	Forforståelse og forsker i eget felt	20
3.7.2	Valg av metode	21
3.7.3	Utvalg	21
3.7.4	Analyse	22
3.7.5	Studiens reliabilitet, validitet og overføringsverdi	22
4	Resultater	23
4.1	Interaksjonen mellom pasient, terapeut og intervjuer	23
4.2	Ida og Hilde	25
4.2.1	Kroppsbevissthet	26
4.2.2	Økt forståelse og kontroll av anfallene- «Et prestasjonsbehov?»	29
4.2.3	Den terapeutiske relasjonen- «Jeg har følt meg ivaretatt og sett»	30
4.3	Wenche og Kirsti	31
4.3.1	Kroppsbevissthet	32
4.3.2	Økt forståelse og kontroll av anfallene- «Aldri tillat meg å slappe av»	34
4.3.3	Den terapeutiske relasjonen- «Trygghet i behandlingen»	36
4.4	En sammenfatning og sammenlikning av dyadene	36
5	Diskusjon	38
5.1	Kontekstens betydning	38
5.2	PNES- en ikke-diagnose	41
5.3	Diskusjon av Temaer	43
5.3.1	Kroppslege uttrykk som betydningsfulle signal	43

5.3.2	Ida og Wenche knytter positiv kontakt til egen kropp.....	45
5.3.3	Regulering av følelser.....	47
5.3.4	Lytte til kroppen	49
5.3.5	Den terapeutiske relasjonen.....	50
6	Avsluttende kommentarer.....	54
7	Litteraturliste	56

Figurer

Figur 1: Temainndeling med utgangspunkt i forskningsspørsmål	20
--------------------------------------------------------------------	----

Vedlegg

Vedlegg 1: NSD sin vurdering	60
Vedlegg 2: Intervjuguide	62
Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema pasient	64
Vedlegg 4: Informasjonsskriv og samtykkeskjema fysioterapeut.....	67

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tidlig i min psykomotoriske praksis fikk jeg henvist ei jente som hadde opplevd å få plutselige krampeanfall i beina i forbindelse med idrett. Hun hadde vansker med å gå, og kom haltende på krykker til første konsultasjon. Hun viste seg å ha psykogene ikke-epileptiske anfall (PNES), anfall av epilepsiliknende karakter uten påvist epileptisk aktivitet i hjernen. Selv hadde jeg kjennskap til tilstanden, men hadde ingen erfaring fra behandling. Et søk i litteraturliteraturbasene på jakt etter gode behandlingsstrategier ble vanskeligere enn jeg trodde. Minimalt med litteratur på fysioterapi og trening med svake konklusjoner basert på hypoteser og en oppfordring om individuell tilpasning ga lite matnyttig kunnskap for videre behandling.

Min pasients krampeanfall var uforutsigbare over en lengre periode. De flyttet seg fra beina og videre opp til rygg, armer og nakke. På det verste gikk hele kroppen «opp i bro» med bein, rygg og nakke på full strekk. Det var en tøff periode for både pasient og hennes familie. Ved å jobbe etter psykomotoriske prinsipper skjedde gradvise endringer, og det tok ikke lang tid før pasienten kunne kvitte seg med krykkene. Krampene mildnet, men ble etterhvert ledsaget av store aggresjonsutbrudd. I denne perioden startet hun hos psykolog i tillegg til den psykomotoriske behandlingen for å få hjelp til å sortere tankene sine. Hun begynte å forstå aggresjonsutbruddene som frustrasjon som hadde bygget seg opp gjennom flere år. Hun ble mer kjent med hva som trigget krampeanfallene og opplevde gradvis mer kontroll over kroppen. Et halvt år etter oppstart følte hun seg klar for å avslutte behandlingen. Fremdeles hadde hun periodevise anfall, men av håndterbar karakter.

Kun antakelser kan trekkes i forsøk på å forstå anfallenes endring og det som skjedde gjennom behandlingene. Som terapeut var jeg forsiktig med å dele mine tanker i håp om at pasienten selv skulle finne sine forklaringer og gi mening til anfallene. Hva som hadde hatt verdi og gitt mening for henne, og hva hennes tanker om hva det var som hadde ført til de kroppslige endringene ble aldri diskutert. Kunne mine tanker og erfaringer gitt viktige bidrag i hennes meningsdannelse og tilfriskningsprosess?

PNES er en tilstand der anfallene kommer til uttrykk gjennom kroppen. Likevel er det mangel på god litteratur som undersøker erfaringer fra-og effekt av kropporienterte

tilnærminger. Dette kunnskapshullet er utgangspunktet for denne masteroppgaven. Jeg ønsker å undersøke psykomotorisk fysioterapi nærmere, og hvilke erfaringer pasienter med PNES og psykomotoriske fysioterapeuter har fra psykomotorisk behandling.

1.2 Forskningsspørsmål

Målet med oppgaven er å beskrive og drøfte erfaringer fra psykomotorisk fysioterapi for pasienter med psykogene ikke-epileptiske anfall belyst av pasient og psykomotorisk fysioterapeut. Jeg ønsker å undersøke hvordan pasient og terapeut sammen kan bidra til å gi utfyllende beskrivelser av erfaringer fra behandlingsprosessen. Jeg har valgt følgende forskningsspørsmål:

Psykomotorisk fysioterapi i behandling av pasienter med psykogene ikke-epileptiske anfall – hvilke erfaringer kommer til uttrykk i intervjuer med pasient og terapeut i to dyader?

I denne sammenheng vil hver dyade bestå av en pasient med psykogene ikke-epileptiske anfall og pasientens behandlende psykomotoriske fysioterapeut.

1.3 Oppgavens oppbygning

Du har nå lest om bakgrunnen for valg av tema og blitt presentert for forskningsspørsmålet i oppgaven. I oppgavens andre kapittel følger relevant teori om psykogene ikke-epileptiske anfall, Norsk psykomotorisk fysioterapi, og om fenomenologi. Videre i kapittel tre beskrives studiens vitenskapsteoretiske forankring etterfulgt av metodisk tilnærming og tilvirkning av data. I det fjerde kapittelet presenteres oppgavens resultater. Først beskrives den dynamiske interaksjonen mellom pasient, fysioterapeut og intervjuer gjennom intervjuene, før temaene som ble utviklet gjennom analysen presenteres videre. Kapittel fem utgjør diskusjonsdelen av oppgaven og innledes av en diskusjon rundt kontekstens betydning etterfulgt av en diskusjon rundt temaene. Oppgaven avrundes med avsluttende kommentarer i det sjettede kapittelet av oppgaven.

2 Teoretisk bakgrunn

I dette kapitlet vil jeg presentere relevant teori om psykogene ikke-epileptiske anfall da det er en viktig forutsetning for å forstå tilstanden og pasientgruppen denne oppgaven tar utgangspunkt i. For en grundigere forståelse av de erfaringene som blir belyst senere i oppgaven, vil Norsk psykomotorisk fysioterapi også redegjøres for i dette kapitlet. Da fenomenologi og særlig Maurice Merleau Ponty sin kroppsfenomenologi de senere årene har blitt viktig for psykomotorikere i det videre refleksive arbeidet rundt den psykomotoriske tradisjonen, vil også fenomenologien redegjøres for i korte trekk.

2.1 Psykogene ikke-epileptiske anfall

Psykogene ikke-epileptiske anfall (PNES) er anfall av epilepsiliknende karakter uten samtidig epileptisk aktivitet i hjernen. Anfallene kan arte seg som enkle partielle anfall med motoriske eller sensoriske symptomer i våken tilstand, til store dramatiske krampeanfall (Lund et al., 2009). Anfallene er av ulik lengde, og bevissthetsnivå og utforming varierer. Det er en svært heterogen tilstand og etiologien omtales ulikt. PNES forstås som symptomer på en underliggende sykdom eller plage. I litteraturen beskrives PNES som en somatisk manifestasjon av psykologisk stress eller emosjoner. Alt fra dissosiative lidelser til angst, borderline og posttraumatisk stressyndrom (PTSD) presenteres som vanlige årsaksforklaringer (Alsaadi & Marquez, 2005; Kanaan, Duncan, Goldstein, Jankovic & Cavanna, 2017; Labudda et al., 2018; Reuber & Elger, 2003). Hos traumepasienter ses PNES anfallene som en mestringsstrategi. En psykologisk konflikt, som for eksempel uutholdelig stress blir «oversatt» til et anfall og på den måten avspaltes stresset fra den smertefulle bevisstheten rundt traumet (Alsaadi & Marquez, 2005). PNES ble første gang beskrevet som en klinisk tilstand på slutten av 1800-tallet. Tilstanden ble da kalt «hysteroepilepsi» eller «hysteriform epilepsi». PNES utgjør ingen egen diagnose i de internasjonale klassifikasjonssystemene, men plasseres under dissosiative lidelser, somatiseringslidelser ellers uspesifiserte kramper. Selv om PNES ikke er en diagnose, omtales den ofte som det i litteraturen og for enkelthetsskyld vil jeg bruke diagnose synonymt med tilstand gjennom oppgaven.

Det er ingen pålitelig informasjon om forekomsten av PNES i den norske befolkningen. En amerikansk studie anslår størrelsesordenen av PNES til å ligge i området 2-33: 100 000

(Benbadis & Allen Hauser, 2000). På verdensbasis antas utbredelsen å være lik som ved Multippel Sklerose. Av inneliggende pasienter på epilepsisentre antas 20% å ha PNES, av disse estimeres 75-85 % å være kvinner. Anfallene kan forekomme i alle aldre men oppstår oftest i tenårene eller tyveårene (Alsaadi & Marquez, 2005).

2.1.1 Utredning

Klinisk kan PNES likne alle typer epileptiske anfall. Det finnes ikke ett klinisk symptom som med 100% sikkerhet kan skille de to tilstandene fra hverandre, noe som resulterer i hyppig feildiagnostisering- og medisinerings. Tre fjerdedeler av PNES pasienter antas å bli behandlet med anti-epileptika i starten, noe som resulterer i forsinket behandling av PNES tilstanden og fare for legepåførte lidelser (Reuber & Elger, 2003).

Den sikreste måten å utelukke epilepsi på er anfallsregistrering under videoovervåket telemetri. Telemetri tilsvarende en langtidsregistrering med elektroencefalografi (EEG), som er en nevrofysiologisk metode for måling og registrering av hjernens elektriske aktivitet. Ved manglende registrering av epileptiske forstyrrelser i hjernen under EEG skyldes anfallene trolig PNES dersom andre differensialdiagnoser er utelukket (Karterud, 2013). Tiden fra symptomstart til diagnostisering er ofte langvarig, men fra tidligere estimert tid på syv år (Reuber & Elger, 2003) har det nå med mer fokus på tilstanden, og flere kliniske studier blitt estimert en gjennomsnittlig diagnostiseringstid på to år (LaFrance & Ranieri, 2014).

For mange som har blitt behandlet som epilepsipasienter i lang tid kan omstillingen med å få en psykiatrisk diagnose være tøff. Etter utredning i det nevrologiske fagmiljøet, overføres videre oppfølging- og behandlingsansvar til psykiatrien og mange opplever å bli en kasteball mellom de ulike fagmiljøene. For mange er PNES tilstanden vanskelig både å forstå, og akseptere. Forvirring, sinne og benektelser er vanlige reaksjoner fra pasientene og blir rapportert gjennom flere studier (Carton, Thompson & Duncan, 2003; Thompson, Isaac, Rowse, Tooth & Reuber, 2009). For mange oppleves PNES som en trussel mot egen identitet og selvforståelse, og flere forteller om en opplevelse av ansvarsforskyvning fra helsepersonell over på dem selv med tanke på utredning og behandling. Ved epilepsi er det klare retningslinjer og tett medisinsk oppfølging, mens ved PNES opplever pasientene å stå alene. De føler seg i tillegg ekskludert fra utredningen der deres egne meninger blir neglisjert (Karterud, Knizek & Nakken, 2010).

Prognosen for den som aksepterer og innfinner seg med PNES tilstanden har vist seg å være bedre enn for dem som ikke tror på den (Reuber & Elger, 2003). I tillegg er prognosen bedre hos høyt utdannede, ved tidlig diagnostisering, ved mindre anfall og færre tilleggsplager, og hos de med lavere grad av dissosiasjon (Reuber et al., 2003). En kartleggingsstudie gjort av Reuber et al.,(2003) basert på 329 pasienter med PNES viste at 71% av PNES pasientene fremdeles hadde anfall etter gjennomsnittlig 11,9 år etter anfallsdebut og fire år etter mottatt diagnose. 51% var fremdeles avhengig av sosial støtte (Reuber et al., 2003).

2.1.2 Behandling

Det er utbredt enighet om at PNES er vanskelig å behandle grunnet dens heterogenitet og ulik etiologi. Karterud (2006) har undersøkt pasienters erfaringer og opplevelse av PNES tilstanden. Fra en intervjuundersøkelse konkluderer hun med at «informantene opplever PNES som en vanskelig diagnose å forstå. Når årsakene til anfallene ikke forstås, kan det føre til handlingslammelse, refortolket selvforståelse og økt stress» (s. 2). En vellykket behandlingsform må derfor i følge Karterud søke mot en bedre subjektiv forståelse av krampeanfallene.

Det er forsket på psykoterapi, kognitiv atferdsterapi og medikamentell behandling som behandling for pasienter med PNES. I studier med mål om å redusere anfall viser spesielt psykoterapi og kognitiv atferdsterapi god effekt. Medisinering alene har noe lavere effekt, men i kombinasjon med annen terapi reduseres anfallene mest (Goldstein et al., 2010; Lafrance et al., 2014). Det er likevel viktig å merke seg at omkring halvparten av de inkluderte deltakerne i disse studiene ikke har noe effekt av behandlingsmetodene. Litteraturen understreker også her at nøkkelelementet for å redusere plagene er å forstå dem.

Søk i litteraturløst basene på PNES og psykomotorisk fysioterapi gir null treff. Tradisjonell fysioterapi og trening dukker opp i enkeltstudier¹, der PNES er innlemmet i tilstanden «Functional Motor Disorders» med hovedsymptomer som kraftsvikt, paralyse, tremor og

¹ Søkeord som ble benyttet var psychogenic nonepileptic seizures, dissociative disorder, somatoform disorder, functional motor disorder AND physiotherapy AND physical therapy.

dystoni (G. Nielsen et al., 2015; Nielsen, Stone & Edwards, 2013; Glenn Nielsen et al., 2015). Tre studier ble sett som aktuelle å ta med. Til sammenlikning ga søk på Multippel Sklerose og fysioterapi over 1500 treff. Av det tre aktuelle studiene viser en kohortstudie av Nielsen et.al (2015) gode resultater målt på SF36 (spørreskjema om livskvalitet), Bergs Balansetest og 10 meter gangtest hos 47 pasienter etter et gjennomgått fem dagers fysioterapiprogram. Studiens relevans knyttet til PNES tilstanden kan derimot diskuteres da denne typen tester ikke ses relevante for mange av pasientene. De andre to artiklene oppsummer den eksisterende forskningen som svært begrenset og av lav kvalitet, men ser fysioterapi som et viktig ledd i videre behandling og forskning.

Det finnes flere retninger innenfor fysioterapi. Psykomotorisk fysioterapi kan være en egnet behandlingsform for pasienter med PNES, fordi den skiller seg fra annen fysioterapi med en grunnforståelse av at kropp og person ikke kan ses løsrevet fra hverandre.

2.2 Norsk psykomotorisk fysioterapi

2.2.1 Historikk

Grunnlaget for Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (NPMF) ble utviklet av fysioterapeut Aadel Bülow Hansen og psykiater Trygve Braatøy i årene 1947-1953. Bülow-Hansen var kliniker med lang erfaring fra ortopedien. Hun interesserte seg for det som på den tiden kaltes «yrkesnevroser» bestående av smertetilstander i skuldre, nakke og armer. Hun mente plagene var sammensatt ved at det handlet om personlighet, evnen til å tåle livets krav og reaksjonsmåter i arbeid- og livssituasjoner (Bunkan, Hansen, Houge, Hødal & Hansson, 1995). Respirasjonen fikk stor plass i Bülow Hansens arbeid. Hun erfarte at pusten måtte være fri og omstillbar, da en låst pust kunne føre til endring eller forverring i symptomer. Bülow Hansen mente at det ikke var nok å behandle lokale forhold, om en omstilling eller bedring skulle vare. Hele kroppens spennings- og holdningsmønster måtte inkluderes i behandlingen. Trygve Braatøy var overlege ved psykiatrisk avdeling på Ullevål sykehus da han møtte Bülow-Hansen første gang under ett av hennes foredrag. Selv var han interessert i sammenhengen mellom tilbakeholdte følelser, holdt pust og muskelspenninger (Braatøy, 1947). Braatøy fattet interesse for Bülow-Hansens behandling og sammen startet de samarbeidet om utviklingen av NPMF. Etter Braatøys død i 1953 fortsatte Bülow-Hansen samarbeidet med psykiater Nils Houge og allmennlege Thoralf Hødal. Tradisjonen har i

senere tid blitt videre utviklet og modifisert av fysioterapeuter og forskere i de nordiske landene.

2.2.2 Undersøkelse og behandling

I NPMF tar vi utgangspunkt i pasientens kroppslige plager med en forståelse av at årsaksforhold ikke alltid er entydige, men sammensatte og komplekse. Lokale plager og symptomer blir sett med utgangspunkt i kroppen som helhet, og kroppens funksjon og dysfunksjon sammen med pasientens liv, opplevelser og nåværende situasjon (Ekerholt & Gretland, 2018). Muskulære spenninger, pust og følelser ses som gjensidig avhengig og noe som påvirker hverandre. Alt vi utsettes for som mennesker, nedfeller seg i kroppen og kommer fysisk til uttrykk. Via kroppsholdning, pust og bevegelser formidler vi hvordan vi har det, det er en gjensidighet mellom kropp og følelser (Thornquist & Bunkan, 1995).

Trygve Braatøy mente at et kroppslig uttrykk har et sosiologisk perspektiv og at holdningsmuskulatur mobiliseres av situasjonsbetingede krav (1948a). Spenningsforhold er ikke bare emosjonell regulering, men også en måte å regulere sitt forhold til minner og livserfaring. Et høyt respirasjonsleie og muskelspenninger må ses i sammenheng med negative følelser. Negative følelser, låst pust og muskelspenninger kan gi utslag i det Braatøy kalte «baklåsfenomenet» (Braatøy, 1947). Dette kjennetegnes av et permanent mønster som har gått i baklås eller blitt ubevisst. Det omfatter alle overganger fra ubetydelige og forlegenhets eller avvergereaksjoner til permanente muskelkramper (Braatøy, 1948a). Låser man fast en affekt med overanspennelse i holdningsmuskulaturen så låses samtidig de affektprovoserende hendelsene. En fiksert holdning vil gjøre at man fortrenger eller blir ubevisst tidligere provoserende situasjoner (Braatøy, 1948b). Pasientenes plager kan ses i sammenheng med vedvarende eller uhensiktsmessig belastning av visse muskelgrupper. Som følge av dette mente Braatøy at man i behandling av pasienter må påvirke to ting: de lokale symptomer og den mer omfattende primitive reaksjon (affekten) (1948a).

Den røde tråden i NPMF er å oppleve kroppen og oppleve via kroppen. Målet er «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). Et viktig prinsipp i NPMF er å bygge opp

kroppen nedenfra. Å etablere en god forankring gjennom å stå godt på egne bein er en forutsetning for fri respirasjon, balanse og bevegelse. Gode spennings-, belastnings- og balanseforhold kan ikke etableres ett sted uavhengig av forhold i kroppen forøvrig, derfor inkluderes hele kroppen i hver behandling (Thornquist & Bunkan, 1995).

En anamnese med bakgrunn i pasientens kroppslige plager danner utgangspunkt for undersøkelsen. Fysioterapeuten observerer og undersøker pasientens kroppsholdning, respirasjon, muskulatur, funksjon og avspenningsevne. Autonome reaksjoner og andre kroppslige reaksjoner, registreres kontinuerlig og vurderes opp mot den aktuelle situasjonen og pasientens totale livssituasjon (Thornquist & Bunkan, 1995). Respirasjonen observeres gjennom hele undersøkelsen. I NPMF er det først og fremst pasientens pustemåte som er veileder i behandlingen og respirasjonen tillegges stor vekt når man vurderer pasientens reaksjoner.

Tradisjonelt kategoriseres psykomotorisk fysioterapi ut fra om målsetting og type tiltak er av støttende (jeg-styrkende) karakter, eller av inngripende (omstillende) karakter (Gretland, 2007). Begrepene støttende og inngripende referer til hvordan behandlingen påvirker pasientens forsvar. Støttende behandling skal hjelpe pasienten å få bedre grep om seg selv og situasjonen han eller hun står i. «Omstillende behandling kjennetegnes blant annet av at pasientens selvregulering utfordres ved at selvbeskyttende, vanemessige bevegelser og væremåter utfordres og kroppslig forsvar svekkes gjennom endringer i muskulære spenninger og pustemønstre» (Gretland, 2007, s. 88). Gjennom respirasjonsfrigjørende bevegelser, berøring og massasje hjelpes pasienten til å legge merke til, og forandre sine habituelle muskulære spenninger involvert i reguleringen og inhiberingen av emosjonelle opplevelser (Ekerholt & Gretland, 2018). Tilstedeværelse, innlevelse og deltakelse står som rettesnor gjennom hele behandlingen. Terapeuten hjelper den enkelte til tilstedeværelse og kontakt med seg selv og egen kropp for å oppdage og gjenvinne seg selv (Thornquist & Bunkan, 1995).

2.2.3 Psykomotorisk fysioterapi og forskning

Psykomotorisk fysioterapi gis vanligvis til pasienter med langvarige muskel/skjelettplager og/eller psykosomatiske plager. Majoriteten av de som oppsøker psykomotorisk fysioterapi har hatt plager i gjennomsnittlig mer enn ni år, og søvnproblemer, angst, lav livskvalitet, depressive symptomer og tretthet er de mest utbredte kliniske plagene (Breitve, Hynninen &

Kvåle, 2008). Forskningen som er gjort innenfor psykomotorisk fysioterapi baseres i all hovedsak på disse pasientgruppene. Tidligere forskning er primært av kvalitativt design som undersøker erfaringer fra undersøkelse og behandling (Dragesund & Råheim, 2008; Ekerholt, 2011; Ekerholt & Bergland, 2004, 2006; Sviland, Martinsen & Råheim, 2014; Thornquist, 2005; Øien, Iversen & Stensland, 2007). Forskningen viser blant annet til opplevelser av å få redusert symptomer, og av å kunne håndtere kroniske smerter på en bedre måte. I tillegg vises det til erfaringer som å bli kjent med kroppen på nye måter gjennom bevegelser, massasje og refleksjoner mellom pasient og terapeut, og gjennom nye kroppsopplevelser. I 2018 ble første randomiserte kontrollerte studie i psykomotorisk fysioterapi publisert (Bergland, Olsen & Ekerholt, 2018). Totalt 105 deltakere ble rekruttert til studien. Av disse mottok 55 deltakere psykomotorisk fysioterapi ukentlig i seks måneder mens de resterende 50 deltakerne i kontrollgruppen ikke mottok behandling. Studien viser til signifikante bedringer i kroppssmerter, generell helse, mental helse, evne til sosial fungering, livsglede og selvfølelse hos de som mottok behandling sammenliknet med kontrollgruppen.

2.3 Fenomenologi

Fenomenologien representerer et brudd med den kartesianske dualismen der mennesket ble splittet i to uavhengige substanser med kroppen som ren natur på den ene siden og bevissthet på den andre siden. Fenomenologien kategoriseres som en bevissthets- eller konstitusjonsfilosofi (Thornquist, 2009). Fenomenologien retter seg mot verden slik det erfarer for subjektet gjennom beskrivelser av opplevelser og situasjoner.

Edmund Husserl var grunnleggeren av fenomenologien og hans hovedinteresse var å studere bevisstheten, ikke å studere empiriske fenomener (Thornquist, 2003b). Han var opptatt av å forstå kunnskap, kunnskapens natur og vilkår. Han avviste at erfaring dreier seg om en ren speiling av en passivt mottakende bevissthet og hans innvending mot dualismen var at «intet viser seg uten å vise seg for noe». Bevissthet har en rettet, en fra-til struktur, bevisstheten er alltid rettet mot noe, og den er alltid om noe. Verden er ikke objektiv og uavhengig av personen som erfarer, men erfarer nettopp ut fra menneskets subjektive posisjon, som er en forutsetning for forståelse (Thornquist, 2003b). Et nøkkelbegrep i fenomenologien er livsverden. Mennesket har en tilhørighet til verden, vi er i verden og vi er en del av verden. Den verden vi lever i til daglig og som vi har en umiddelbar fortrolighet

til og erfaring med er det som i fenomenologien omtales som livsverden (Thornquist, 2009, s. 190). Dagliglivets umiddelbare erfaringsverden anses som menneskets primære erkjennelsesform, og den danner basis for- går forut for- all kunnskap, refleksjon og vitenskap.

2.3.1 Kroppsfenomenologi

Maurice Merleau Ponty ble kjent som «kroppens filosof» fordi han knyttet menneskets subjektstatus til kroppen. Vi er i verden som kroppslige subjekter og kroppen er sentrum for erfaring og erkjennelse. Kroppen har et uttrykk, og er uttrykksfull (Merleau-Ponty, 1994). Merleau Ponty mente at det er en samtidighet mellom kropp og følelser. Som levde kropper med inkorporert erfaring og kunnskap har mennesker en umiddelbar forståelse av situasjoner, en forståelse som uttrykkes kroppslig der og da. Det å være en kropp, og ha en kropp er grunntrekk ved mennesket. Kroppen eksisterer alltid som et subjekt og et objekt, vi både *er* og *har* en kropp og vi erfarer verden gjennom den. Kroppen er sentrum for erfaring og kroppens objekt-status vil alltid være sekundær til dens subjekt- status (Merleau-Ponty, 1994) I fenomenologien er derfor kroppens objekt-status noe kvalitativt forskjellig fra den Kartesianske tradisjonen.

3 Metode og metodologi

Denne masteroppgaven er basert på en kvalitativ studie med dyadiske intervju som metodisk tilnærming. I dette kapittelets første del presenteres studiens vitenskapsteoretiske forankring. Videre vil jeg redegjøre for forskningsprosessen. Jeg vil forklare min metodiske tilnærming og prosessen med rekruttering og utvalg av informanter. Videre følger de etiske betraktningene, før selve datainnsamlingen blir redegjort for i form av tilvirkning av data og analysearbeid. Avslutningsvis belyses de metodekritiske perspektivene i studien.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Gjennomført studie er forankret i en hermeneutisk og sosialkonstruktivistisk forståelsesramme.

3.1.1 Hermeneutikk

Å forstå hvordan vi forstår og hvordan vi gir verden mening er utgangspunktet for hermeneutikken (Thornquist, 2003b). Hermeneutikk baseres i hovedsak på tolkning av tekst. Min metodiske tilnærming tar utgangspunkt i intervjutranskripsjoner der karaktertrekk og kvaliteter ved de fenomenene som studeres skal beskrives, analyseres og fortolkes. Som forsker er jeg deltaker i feltet der jeg henter mitt materiale og derfor vil jeg påvirke mine empiriske data på ulike måter (Malterud, 2017). Hans Georg Gadamer (1900-2002) var filosof og en viktig bidragsyter i hermeneutisk filosofi. Han argumenterte for betydningen av egen forforståelse. Min forståelse vil være preget av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og en teoretisk referanseramme (Malterud, 2017). Dette vil påvirke valgene i forskningsprosessen og vil redegjøres for under metodiske overveielser i kapittel 3.7.1.

Den hermeneutiske sirkel er et sentralt begrep innenfor hermeneutikken. Den fremhever viktigheten av å forstå virkelighetens enkeltdeler. Den hermeneutiske sirkel er en beskrivelse av en dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet i forsøk på å forstå begge deler best mulig. Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirker det vår forståelse av helheten. En ny helhetsforståelse setter delene i nytt lys og kan gi ny forståelse av delene, som igjen kan påvirke helheten osv. (Thornquist, 2003b). Min forforståelse, og videreutvikling av forståelse av deler og helhet har drevet prosessen frem til de endelige resultatene.

3.1.2 Sosialkonstruktivisme

Sosialkonstruktivismen vokste frem på 1900-tallet og ble en forløper til postmodernismen (Lock & Strong, 2010). I sosialkonstruktivismen vektlegges betydningen av kultur, tekst og dialog, med samfunn, fortellinger og symboler som sentrale elementer for forståelse og kunnskap (Malterud, 2017). Sosiale fenomener ses som utformet og skapt gjennom menneskelig samhandling. Det relative og lokale får større tyngde enn det absolutte og universelle. Gjennom tekst og dialog skapes mening, definisjoner og forståelse, og mangfold i subjektiviteter blir mer sentrale enn objektive fakta (Lock & Strong, 2010). Mange filosofer har gitt viktige bidrag innen sosialkonstruktivismen. Jeg velger videre å støtte meg til arbeidet av Peter L. Berger og Thomas Luckmann (2000).

Virkeligheten skapes av samfunnet, og virkeligheten er «en kvalitet som er knyttet til fenomener som vi erkjenner har en eksistens uavhengig av vår egen vilje» (Berger & Luckmann, 2000, s. 24). Hva er virkelighet? Og hvordan kan man vite? Ifølge forfatterne er opplevelser av virkelighet og hva som er viten, avhengig av kontekst. Virkeligheten er noe mennesker konstruerer. I den konstruerte virkeligheten blir mennesker påvirket av, og sosialiseres inn i en dialektisk prosess. Alle mennesker som lever med andre vil påvirkes av de oppfatninger, normer og regler som finnes i den sosiale gruppen.

Berger og Luckmann (2000) argumenterer for at menneskene sammen skaper og opprettholder alle sosiale fenomener gjennom sosial praksis. Vi kan aldri kjenne andre slik vi kjenner oss selv, men gjennom hva forfatterne kaller intersubjektiv forståelse kan vi gjøre antakelser om andres følelser og meninger. Ved at flere mennesker tillegger fenomener den samme mening blir de til objektiv virkelighet. Det er ikke fenomener som eksisterer i seg selv, men noe som konstrueres i den forstand at vi sammen blir enige om at dette er fenomener som er meningsfulle og følgelig eksisterer for oss (Berger & Luckmann, 2000). Språket er nøkkelen til forståelse i den sosialkonstruktivistiske tilnærmingen. Personen selv og den sosiale verden blir konstruert gjennom språket. Språket forteller ikke bare om virkeligheten, det skaper virkeligheten.

Den meningsskapende terapeutiske prosessen, mellom pasient og terapeut videreføres i min oppgave gjennom et forskningsintervju. Intervjuer er en samlet konstruksjon mellom intervjuer og informanter. Spørsmål og svar er formulert i, utviklet gjennom og formet av samtalen mellom intervjuer og respondenter (Mishler, 2009). Et intervju utvikler seg

gjennom gjensidig reformulering og avklaring av spørsmål. Gjennom et sosialkonstruktivistisk perspektiv skal forskeren belyse prosessen som konstruksjon av mening utgjør, og forklare hvordan meninger er nedfelt i språket og i handlingene til de sosiale aktørene. Dette gjøres ved å beskrive, og diskutere konteksten og den dynamiske interaksjonen mellom informantene i henholdsvis kapittel 4.1 og 5.1.

Da jeg ønsker jeg å undersøke hvordan pasient og fysioterapeut sammen kan bidra til å gi utfyllende beskrivelser av erfaring fra psykomotorisk behandling, velges dyadiske intervju som tilnærming i denne oppgaven.

3.2 Metodisk tilnærming

3.2.1 Dyadiske intervju

En dyade betyr to enheter, i denne sammenheng to personer sett under ett, som en helhet. Dyadeintervjuet er en variant av det semistrukturerte intervjuet, men består av en samtale mellom to personer styrt av en moderator (Morgan, Ataie, Carder & Hoffman, 2013). Det er interaksjonen mellom deltakerne som skaper dataene. Det er et interessant gap i litteraturen mellom individuelle, en til en intervjuer og fokusgruppeintervjuer. Sistnevnte bestående av tre eller flere deltakere. Intervju av dyader eller dyadeintervjuer er lite beskrevet i den eksisterende metodelitteraturen. I noen tradisjoner brukes mikro- eller minifokus grupper for å beskrive denne form for intervju, men er villedende da dyadeintervjuer utgjør en samtaleform i motsetning til interaksjonen mellom flere deltakere i et fokusgruppeintervju. Et dyadeintervju har derimot mange av de samme mulighetene som et fokusgruppeintervju. Det skapes et refleksjonsrom og en kontekst som kan føre til et rikt, nyansert og detaljert datamateriale (Bjørnholt & Farstad, 2014). Det vil alltid være en interaksjon mellom de to informantene og det tillater nye tanker og refleksjoner som normalt ikke oppstår i individualintervjuer (Morgan et al., 2013).

Dyadeintervju som metode brukes mye i psykologifaget og gjøres blant annet av ektefeller (Allan, 1980; Eisikovits & Koren, 2010). Jeg har ikke lyktes i å finne dyadeintervju der pasient og helsepersonell intervjues sammen. Det finnes derimot eksempler på «mixed dyads», eller miksede dyader, med blant annet intervjuer basert på asymmetriske forhold. Intervju der omsorgspersoner av pasienter med blant annet kreft og hjerneslag intervjues sammen med den syke, med mål om å undersøke deres felles opplevelse av sykdom, er

eksempler på slike dyader (Manzo, Blonder & Burns, 1995; Morris, 2001). Selv om ikke dette er direkte sammenliknbart med min tilnærming er det likevel eksempler på forskning der to personer med ulik rolle intervjues sammen.

3.2.2 Rekruttering og utvalg

Arbeidet med å rekruttere informanter startet i mars 2019. Mange udiagnostiserte PNES pasienter og en varierende henvisningspraksis av pasienter med PNES til psykomotorisk fysioterapi vanskeliggjorde rekrutteringsarbeidet. Da jeg i tillegg var avhengig av at pasient og pasientens psykomotoriske fysioterapeut ønsket å delta i intervjuet for å få gjennomført studien bød det på ekstra utfordringer. Inklusjonskriteriene for pasientene som deltok var at de hadde fylt 16 år, hadde en bekreftet PNES tilstand uten utelukkende sammenheng med rusproblematikk eller psykosetilstander, og at de hadde gått til psykomotorisk fysioterapi i minimum et halvt år. Av de psykomotoriske fysioterapeutene som skulle rekrutteres var det ønskelig med minimum fem års arbeidserfaring fra psykomotorisk fysioterapi. Det var derimot ikke ett endelig kriterium.

Jeg startet rekrutteringsprosessen med å kontakte Irene Hauge som jobber som psykomotorisk fysioterapeut ved Spesialsykehuset For Epilepsi (SSE) i Bærum. Hun jobber spesifikt med PNES grupper og har henvist flere pasienter til psykomotorisk behandling. Basert på hennes anbefalinger kontaktet jeg utvalgte psykomotoriske fysioterapeuter via mail. Fysioterapeutene ble oppfordret til å ta kontakt om de hadde aktuelle pasienter til studien eller viste om andre som kunne ha relevant erfaring.

Av de som hørte fra seg, hadde få erfaring med PNES pasienter. En fysioterapeut meldte interesse, men det viste seg at pasienten ikke hadde kapasitet til å delta. Gjennom «finn en fysioterapeut» på Norsk Fysioterapeutforbund sin hjemmeside sendte jeg ut nye mailer til psykomotoriske fysioterapeuter bosatt på Øst- og Vestlandet. Responsen jeg fikk var igjen preget av lite eller ingen kjennskap til pasientgruppen i tillegg til anbefalinger om å kontakte Distrikts Psykiatriske Sentre (DPS) eller fysioterapeuter tilknyttet psykiatritjenesten. Etterhvert fikk jeg derimot kontakt med to fysioterapeuter der både pasient og fysioterapeut passet inklusjonskriteriene. Pasientene var 16 og 58 år gamle og hadde anfall av ulik karakter.

Jeg avsluttet rekrutteringsprosessen i juni, tre måneder etter jeg hadde startet. Jeg hadde i utgangspunktet sett for meg tre intervjuer, men for å bruke tiden fornuftig valgte jeg å ta utgangspunkt i de to jeg hadde fått. Jeg bestemte meg for å ta en ny vurdering etter gjennomførte intervjuer om det var behov for flere intervju. Utfallet ble et tilgjengelighetsutvalg, men pasientenes forskjell i alder og type anfall tenkte jeg likevel kunne gi en viss nyanse i datamaterialet.

3.3 Etiske betraktninger

Før prosjektets oppstart ble søknad om gjennomføring av studiet, prosjektplan og informasjonsskriv godkjent av Norsk Senter For forskningsdata (NSD) (se vedlegg 1). Deltakerne mottok informasjon om studien i et brev. Brevet informerte om studiens formål, metodisk tilnærming, frivillig deltakelse og at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten at det ville ha konsekvenser for dem. De fikk informasjon om at det ville gjøres lydopptak. På grunn av problemer med nyetablerte datatekniske løsninger ble tidligere regler fra Universitetet i Tromsø fulgt; opptakene ble lagret på kryptert minnepenn og transkribert på privat datamaskin (uten nettilgang). Alt datamateriale ble anonymisert og oppbevart på PC og kryptert minnepinne låst med passord. Gjennom hele forskningsprosessen har jeg forholdt meg til Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

3.4 Datainnsamling

3.4.1 Forberedelser til intervju

Sammen med fysioterapeutene ble dato og tidspunkt for intervju avtalt. Det ble satt av to timer til hvert intervju. Jeg utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 2) bestående av syv spørsmål. Disse var alle enkelt formulert og åpne for å stimulere til mest mulig fri prat uten for mange avbrytelser. Under hvert spørsmål skrev jeg ned temaer jeg ønsket å belyse. Spørsmålene ble ikke bundet til noe bestemt rekkefølge, da nye spørsmål kunne dukke opp i samtalene avhengig av hvilket svar informantene gav. Et prøveintervju ville gi meg mulighet til teste ut intervjuguiden og bli kjent med egne formuleringer og eventuelle uvaner. Det var dessverre noe som ikke lot seg gjennomføre. Jeg tok derimot med meg tips fra «med samtalen som utgangspunkt- det kvalitative forskningsinterview» av Jette Fog (2004). Jeg lærte intervjuguiden utenat slik at jeg fikk større fleksibilitet til å følge opp temaer som avvike fra oppsatt intervjuguide.

3.5 Tilvirkning av data

3.5.1 Intervjuene

Jeg fulgte anbefalinger fra kvalitativ metodelitteratur da jeg skulle strukturere, planlegge og gjennomføre intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017; Tjora, 2017). En viktig forutsetning for at intervjuet skal lykkes er at man greier å skape en avslappet stemning hvor informanten føler det er greit å snakke åpent, hvor det er lov å tenke høyt og hvor digresjoner er tillatt (Tjora, 2017). Intervjuene ble gjennomført på fysioterapeutenes kontor. Dette var et rom der pasienten og fysioterapeuten hadde møttes ukentlig over lengre tid, og som forhåpentligvis var ett sted der pasienten følte seg trygg og hadde gode erfaringer fra. Det ga i tillegg mulighet til å vise praksisnære eksempler fra behandlingen om dette skulle bli aktuelt. Kontorene var skjermet for støy og unødvendige forstyrrelser. Da jeg hadde to informanter samtidig valgte jeg å benytte to lydopptakere for å sikre best mulig lyd kvalitet og gi en trygghet med tanke på eventuell teknisk svikt.

Jeg startet intervjuene med å informere om bakgrunnen for valg av studie og om beslutningen om å intervju pasient og terapeut sammen. Jeg understrekte at jeg ikke hadde intensjon om å avdekke noe sannhet, men at jeg var åpen for ulike erfaringer og refleksjoner. Jeg oppfordret dem til å bruke hverandre så mye de ønsket underveis, og til å gi beskjed dersom det oppstod uklarheter. I første intervjuet startet jeg med å notere underveis, men jeg la fort fra meg pennen da det ble vanskelig å konsentrere seg om det som ble sagt. Det var viktig for meg å la pasientene være hovedpersonene i intervjuene. Innledningsvis ble spørsmålene rettet mot pasient, og fysioterapeuten ble sittende som en observatør. Jeg ba pasienten først om å fortelle litt om seg selv. Å ha tid til å snakke litt vidt i begynnelsen kan føre til en mer avslappet situasjon og til at informanten får synliggjøre hva vedkommende tenker at forskeren er ute etter (Tjora, 2017). Pasientene fikk selv tolke spørsmålet slik de ville og fortelle det de mente var av interesse. Videre ønsket jeg å vite mer om bakgrunnen for at de begynte hos psykomotorisk fysioterapeut. Jeg ønsket primært innsikt i anfall, anfallsutforming, møte med helsepersonell og egen forståelse av anfallene. Dette var viktig bakgrunnsinformasjon for den videre delen av intervjuet. Hoveddelen av intervjuet belyste hva pasient og fysioterapeut hadde erfart gjennom tiden med behandlingen. Temaer som innhold i behandlingen, målsetting, eventuelle kroppslige endringer underveis, hva disse endringene eventuelt besto av hvordan disse ble forstått ble

etterspurt. Spørsmålene i hoveddelen av intervjuet ble ikke rettet spesifikt mot noen av informantene, men pasienten fikk alltid svare først om ingen umiddelbart tok ordet.

Underveis i intervjuet la jeg vekt på å klargjøre om jeg hadde forstått utsagn riktig gjennom speiling eller avklarende spørsmål. Avslutningsvis spurte jeg informantene om de hadde noe mer de ønsket å fortelle om eller om det var noe annet de ønsket å trekke frem. Det første intervjuet varte i 1 time og 30 minutter mens det andre intervjuet varte i 1 time og 20 minutter. Et feltnotat ble skrevet i kort tid etter hvert intervju. Umiddelbare tanker og refleksjoner rundt hvordan det hadde gått, om dynamikken mellom pasient og terapeut og om det var noe jeg følte jeg hadde glemt etc. ble notert ned. Jeg forsøkte å skrive ned eventuelle gestikulasjoner, kroppsbruk, holdninger etc. som ikke kom frem gjennom lydopptaket. Disse notatene bidro med informasjon som gjenskapte og tydeliggjorde betydningen av det informantene hadde formidlet. Begge intervjuer ble gjennomført i oktober 2019. Det gikk tre uker mellom intervjuene, noe som ga mulighet til å gjøre endringer i intervjuguiden. Jeg endret et par spørsmålsformuleringer, men valgte å beholde alle spørsmålene.

3.6 Analyse

3.6.1 Transkripsjon

Transkriberingen av intervjuene ble gjennomført dagene etter gjennomførte intervju. Lydfilene ble overført til kryptert minnepenn og alle var av god kvalitet. Jeg gjorde transkriberingen selv da jeg hadde de beste forutsetningene for å tolke lydopptaket. Det ga en nærhet til materialet som ble viktig i videre arbeid. Innholdet ble anonymisert i tillegg til at det ble transkribert ordrett til bokmål for å redusere mulig personidentifiserende karakteristika ytterligere. Dette gjorde også teksten mer leservennlig. Et Word-dokument med nummererte linjer ble benyttet i transkripsjonen for å gjøre det lettere å finne tilbake til riktig avsnitt i forbindelse med veiledning og analysearbeid. For hver ny person som tok ordet ble det startet på ny linje i dokumentet med trippel linjeavstand slik at dokumentet ble oversiktlig. Hvem som sa hva ble markert med Pas (pasient), Fys (fysioterapeut) eller Int (intervjuer). Da transkripsjonen ble gjort kort tid etter intervjuet var det lett å huske tilbake til intervjusituasjonen. Eventuelle viktige budskap og kommentarer ble inkludert i egne klammer bak teksten, der det kunne bidra med viktig tilleggsinformasjon. Alle ufullstendige setninger og småord ble inkludert. Etter ferdigstilt transkripsjon hørte jeg gjennom

lydopptaket på nytt for å sikre at tekst og ordlyd stemte med lydopptaket. Kortere pauser ble markert med tre punktum, lengre pauser ble satt i egen klamme, trykk på ord ble markert med fet skrift og endret toneleie med fet og kursiv skrift. Eget tegn ble brukt for å markere avbrytelser underveis.

3.6.2 Tematisk analyse

Tematisk analyse er en enkel og grundig oppskrift for analyse. Det er en svært fleksibel, teoriuavhengig tilnærming da den lar seg kombinere med andre teorier, perspektiver og interesseområder. Mangelfull teori og dokumentasjon for hvordan en slik analyse bør brukes og evalueres var utgangspunkt for artikkelen «Using thematic analysis in psychology» gjort av psykologene Virginia Braun og Victoria Clarke (2006). De gir en innføring i en mindre avansert og lettere form for tematisk analyse, og skaper et utgangspunkt jeg ønsket å benytte meg av. I tillegg benyttet jeg meg av tips og innspill fra boken «hvordan bruke teori?» av Johannesen, Rafoss og Rasmussen (2018).

Tematisk analyse er som navnet tilsier, en metode for å identifisere, analysere og rapportere temaer i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Hvert tema representerer en kategori, der data med viktige fellestrekk blir gruppert. Kategorier skaper orden i datamaterialet og gir mulighet for å se nye sammenhenger. Temaene blir utviklet med intensjon om å finne svar på forskningsspørsmålet. Tematisk analyse inneholder en stegvis oppskrift for hvordan analysen skal gjennomføres uten føringer for hva du skal se etter. Braun og Clarke (2006) presenterer en seks-trinns analyseprosess. En modifisert fire-trinns prosess er utviklet av Johannesen, Rafoss og Rasmussen (2018) tilpasset uerfarne studenter, som meg selv. Jeg støtter meg videre til deres fire-trinns analysemetode. Den er som følger:

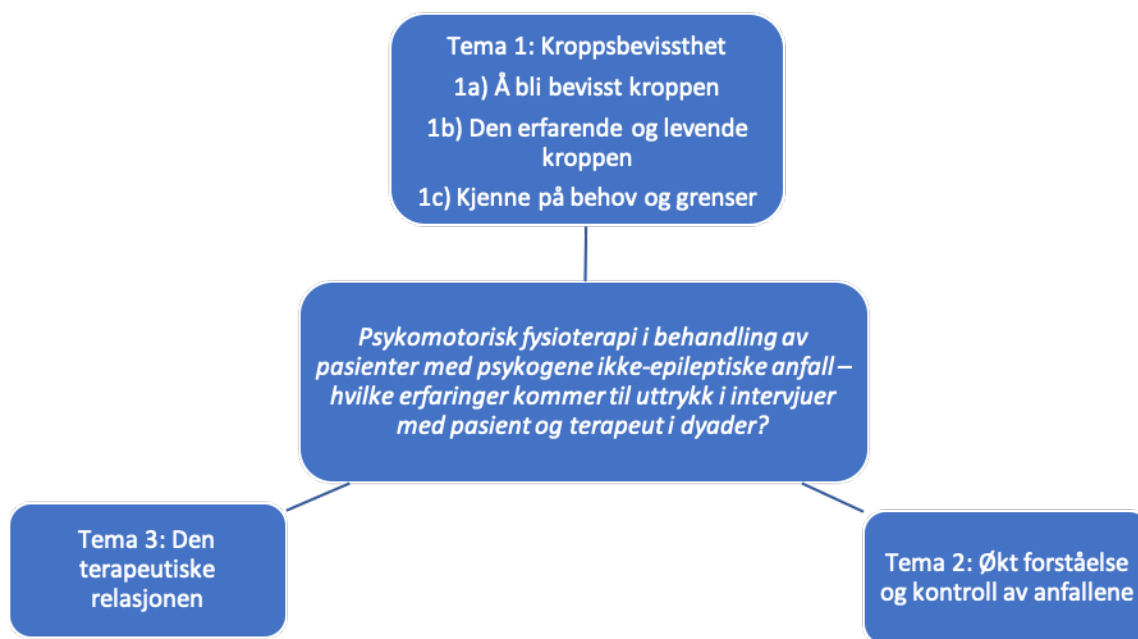
1. Forberedelse (der du skaffer til veie og får oversikt over data)
 2. Koding (der du fremhever og setter ord på viktige poenger i data)
 3. Kategorisering (der du kategoriserer de kodede dataene dine i mer generelle temaer)
 4. Rapportering (der du rapporterer temaene og deres innhold)
- (Johannesen et al., 2018, s. 282)

Gjennom hele prosessen er det viktig å bevege seg mellom trinnene uten å bli fastlåst i rekkefølgen. I det første steget gjelder det å bli kjent med, og få oversikt over

datamaterialet. Jeg leste transkripsjonene mange nok ganger til at jeg ble rikelig kjent med materialet. Jeg skrev inn stikkord og enkle setninger i marginen som sa noe om innholdet i det enkelte avsnitt for å gi oversikt.

I kodeprosessen skal viktige poeng som sier noe om forskningsspørsmålet fremheves. Dette gjør at vi får oversikt, innsikt og kan tilrettelegge dataene våre i den videre kategoriseringsfasen (Johannessen et al., 2018). Jeg kodet alt materialet uavhengig om det direkte kunne knyttes til forskningsspørsmålet. Intensjonen var å finne ut hva nøyaktig materialet handlet om. Om jeg skulle forandre forskningsspørsmålet underveis ville jeg unngå at viktige koder ble utelatt. Jeg gjorde kodingen for hånd med markeringstusj. Jeg valgte etter tips fra Johannesen et al., (2018) en datanær koding med begreper som allerede ligger i datamaterialet, inspirert av Aksel Tjora sin stegvise induktive deduktive metode (2017). Jeg markerte utsagn, metaforer, fraser og liknende. Tjora skriver at slike koder er gode «knagger» for forskerens hukommelse, slik at koblingen mellom kode og empirisk materiale ivaretas nærmest som en refleks (Tjora, 2017). Ved å lese koden husker man tilbake til intervjusituasjonen, informantens ansikt og stemningsøyeblikket. Jeg ønsket ikke overse noe av innholdet i materialet mitt og etter endt kodeprosess studerte jeg kodene etter latent innhold. Om kodene kunne tolkes til å handle om noe annet enn hva som kom frem gjennom den åpne koden, ble det laget en egen latent kode. Både de åpne- og de latente kodene ble utgangspunkt for videre analyse. Fire ulike farger ble brukt for å skille mellom koder fra de fire ulike informantene. Dette ga oversikt over de ulike informantenes bidrag som videre kunne brukes når intervjuene skulle sammenliknes og interaksjonen mellom pasient og fysioterapeut skulle diskuteres.

Kodene ble sortert til ulike kategorier basert på innhold og sammenliknet fra hvert intervju. Kategoriene fikk så ulike navn som utgjør temaene i den videre presentasjonen. Hele prosessen med koding og kategorisering foregikk over tre måneder. Ved å bruke lang tid, og gjentatte ganger gå tilbake til empirien sikret jeg at temaene ga en god representasjon av det empiriske innholdet. Jeg var i tillegg oppmerksom på at temaene skulle kunne besvare forskningsspørsmålet mitt best mulig og var derfor nøye i kategoriseringsfasen. Figur 1 viser hvilke temaer og undertemaer som ble utviklet med utgangspunkt i forskningsspørsmålet.



Figur 1: Temainndeling med utgangspunkt i forskningsspørsmål

Rapportering som siste steg i den tematiske analysen utgjør resultatdelen i denne oppgaven i kapittel 4.

3.7 Metodiske overveielser

I en vitenskapelig studie vil kunnskapsutviklingen alltid være påvirket av de ulike valg man som forsker tar gjennom prosessen. Forskerens steg og valg i forskningsprosessen skal gjøres rede for slik at man som leser skal kunne følge og forstå forskerens valg (Malterud, 2017). I det følgende vil jeg redegjøre for egen forforståelse og rolle som forsker i eget felt, om valg av metode, utvalg, analyse og til slutt om studiens reliabilitet, validitet og overføringsverdi.

3.7.1 Forforståelse og forsker i eget felt

Min forforståelse er preget av hvordan jeg oppfatter Norsk psykomotorisk fysioterapi. Som student er jeg formet av undervisning, litteratur og forskning, som praktiker av egne opplevelser, erfaringer og refleksjoner. Min forståelse av PNES er basert på litteratur og erfaring fra behandling av en pasient. Egen erfaring med pasient ga derimot flere spørsmål enn svar og har ikke vært formende for hvordan jeg har gått frem i intervjuene. Som psykomotorisk fysioterapeut er jeg av den oppfatning av at faget har mye å tilby, trolig også til pasienter med PNES. Jeg er derimot usikker på hvilken måte og det var det jeg ønsket å

finne ut mer om. Det ses nødvendig å ha kjennskap til det undersøkte temaet for å kunne stille relevante spørsmål i et intervju (Kvale & Brinkmann, 2015). Å være knyttet til det miljøet jeg selv har forsket i kan i den forstand være en styrke da det gir et godt grunnlag for forståelse av det jeg studerer. Samtidig kan det være en begrensning da jeg kan overse nyanser som ikke er i samsvar med egne erfaringer og i verste fall kan det overdøve budskapet fra det empiriske materiale.

3.7.2 Valg av metode

Jeg har ikke funnet studier som utforsker NPMF gjennom dyadiske intervju. Slik bringer dette noe nytt inn i feltet. Et dyadisk intervju kan potensielt gi et rikere meningsinnhold om et tema. I tillegg gir det muligheten til å observere den sosiale interaksjonen mellom informantene. Dette ble midlertidig utfordrende å få med seg, og et videoopptak som støtte kunne bidratt med viktig informasjon. Vi organiserer våre opplevelser og vårt minne gjennom å fortelle. Selv om fortellinger handler om virkeligheten, vil fortellingen aldri gjenspeile livet. Livet har en kronologisk rekkefølge, men vi vet ikke hvordan det slutter. En fortelling er derimot formet av slutten som fortelleren allerede kjenner (Mattingly, 2000). Fortellinger er avhengige av ens hukommelse og evne til å huske tilbake til en gitt situasjon. Ved å etterspørre to personers erfaring fra samme situasjon er sjansen for en mer presis gjenfortelling større da den baserer seg på informasjon fra to ulike perspektiv (Allan, 1980).

Dyadiske intervju får i likhet med fokusgruppeintervju i mindre grad frem dybden og detaljene i den enkeltes erfaring. Kritikken mot dyadiske intervjuer fremhever at individuelle intervjuer kommer nærmere den ubesværede stemmen til informanten. Det innvendes at informantene i dyadiske intervju påvirkes av noe eller noen (Bjørnholt & Farstad, 2014). Det er blant annet mindre sannsynlig at negative erfaringer fra behandling vil deles i like stor grad som det kunne ha blitt i individuelle intervjuer. Dette vil diskuteres nærmere i kapittel 5.1 av oppgaven.

3.7.3 Utvalg

For å få belyst forskningsspørsmålet best mulig ville et strategisk utvalg av informanter som kan gi et tilstrekkelig rikt og variert materiale om erfaringer knyttet til psykomotorisk fysioterapi vært å foretrekke. Å inkludere pasienter med uspesifikke kramper eller ulike dissosiasjonstilstander ville gitt muligheten for et større utvalg å ta utgangspunkt i under rekrutteringen. Det ville derimot blitt vanskeligere å sammenlikne informanter og gi en

vurdering av psykomotorisk fysioterapi som behandling. Etter gjennomførte intervju-og analyse vurderte jeg informasjonsstyrken fra tilgjengelighetsutvalget som god nok. Jeg vurderte materialet til å være nyansert og rikt nok basert på ulikhetene mellom informantene. Med bakgrunn i dette ble det ikke planlagt eller gjennomført flere intervju.

3.7.4 Analyse

Jeg valgte tematisk analyse da dette er en av metodene foreslått for dyadiske intervju (Morgan, 2016). Med kun to intervjuer oppfylles ikke anbefalingene om at tematisk analyse bør baseres på et minimumsantall av seks intervjuer (Braun, Clarke & Weate, 2016), men da det heller ikke er et krav, valgte jeg denne analysemetoden. Analysearbeidet innebærer mye tolkning og det er mine oppfattelser av hva som er interessant som former arbeidet og de ferdige resultatene. Jeg har gjennom hele prosessen vært bevisst på hva min forståelse er, og hva informantene formidler. Mine analyser har gjennom hele prosessen blitt sammenliknet med empirien for å sikre en mest mulig korrekt fremstilling av resultatene.

3.7.5 Studiens reliabilitet, validitet og overføringsverdi

Validitet og reliabilitet er to kriterier som brukes for å beskrive et prosjekts kvalitet og troverdighet. Reliabilitet kan knyttes til om forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Thagaard, 2018). Det er umulig å gjenskape et likt intervju da dynamikken i intervju er ulik basert på hvem som leder dem (Thagaard, 2018).

Repliserbarhet av kvalitativ metode og intervju er derfor umulig. For å styrke studiens pålitelighet er det lagt stor vekt på å redegjøre for alle valgene som er gjort og hvordan data har blitt utviklet. Validitet er knyttet til tolkning av data og handler om gyldighet av de fortolkninger forsker kommer frem til. Validiteten er styrket ved grundig redegjørelse av hvordan analysen gir grunnlag for de konklusjonene som blir gjort.

Slik Braun, Clarke og Weate (2016) påpeker, vil en analyse aldri kunne fange opp den komplette historien i dataene. Den sosialkonstruktivistiske erkjennelse er at det finnes mange ulike versjoner av virkeligheten som samtidig kan være gyldige (Berger & Luckmann, 2000). Grunnet studiens begrensede omfang vil overføringsverdien av resultatene være begrenset. Jeg mener likevel resultatene kan gi viktige bidrag til behandlere av pasienter som lider av PNES. Videre er oppgaven et godt utgangspunkt for videre forskning.

4 Resultater

Hensikten med intervjuene var å undersøke erfaringer fra psykomotorisk fysioterapi som behandling for pasienter med psykogene ikke-epileptiske anfall. For å belyse dette ønsker jeg innledningsvis å beskrive den dynamiske interaksjonen mellom pasient, fysioterapeut og undertegnede i intervjuene. Dette gir innsikt i hvordan samtalene har utspilt seg, og gitt grunnlag for hvilke erfaringer som har blitt delt. Videre vil presentasjonen av resultatene basere seg på de tre temaene utviklet gjennom den tematiske analysen:

Tema 1: Kroppsbevissthet

- Å bli bevisst kroppen
- Den erfarende og levende kroppen
- Kjenne på behov og grenser

Tema 2: Økt forståelse og kontroll av anfallene

Tema 3: Den terapeutiske relasjonen

For å ivareta materialet og det unike ved hver dyade velger jeg å presentere resultatene fra dyadene separat i delkapitlene «Ida og Hilde» og «Wenche og Kirsti». Innledningsvis for hver dyade følger en presentasjon av pasienten basert på første del av intervjuet. Videre følger en kort presentasjon av den psykomotoriske fysioterapeuten. Temaene vil deretter belyses gjennom tekst og relevante utdrag fra intervjutranskripsjonen. Dette gjøres likt for begge dyader. Avslutningsvis gjøres en sammenlikning av de to dyadene der de viktigste likhetene og forskjellene trekkes frem.

4.1 Interaksjonen mellom pasient, terapeut og intervjuer

En kontekst der pasient, en psykomotorisk fysioterapeut og undertegnede er til stede i samme rom, former og påvirker datamaterialet som utgjør resultatene i dette kapittelet. Et utgangspunkt som var likt for begge intervjuer resulterte likevel i et ulikt innhold og forskjellig opplevelse. I det første intervjuet møter vi Ida som pasient og Hilde som fysioterapeut, og i det andre intervjuet, Wenche som pasient og Kirsti som fysioterapeut. Fysioterapeuter og pasienter beskriver relasjonen seg imellom som god og uttalelser fra pasientene som «det har vært så trygt og godt her», «jeg har følt meg sett» og «hun har alltid

vært tilstede for meg» støtter opp under dette. Når intervjuene finner sted har Ida gått til behandling i to år, mens Wenche har gått i ett år.

Intervjuet mellom Ida og Hilde bygger i stor grad på samtaler dem imellom. Deres fortellinger flyter inn i hverandre og utgjør til sammen en felles fortelling. Ida er gjennom store deler av intervjuet en tydelig hovedperson og tar som regel første initiativ til å besvare spørsmål. Hennes svar er ofte lange og utdypende. Hilde bidrar hovedsakelig med bekreftelser, innspill og kommentarer som løfter Idas fortellinger ytterligere. Intervjuet mellom Wenche og Kirsti inneholder i større grad dialoger mellom pasient og undertegnede og mellom fysioterapeut og undertegnede. Wenche sine svar er til tider korte og til en viss grad preget av gjentakelser. I deler av intervjuet har Wenche vanskeligheter med å redegjøre for enkelte hendelser eller temaer. Hun sier selv hun ikke husker så godt, og henvender seg ofte til Kirsti i disse sammenhengene. Fysioterapeutens stemme tar derfor noe større plass i intervjuet mellom Wenche og Kirsti. I dette intervjuet er det også et klarere skille mellom pasientens- og fysioterapeutens stemme.

I deler av intervjuene ble det en tydelig rollefordeling mellom forteller og lytter. Den som ikke hadde ordet bidro likevel med sin aktive lytting i form av bekreftende nikk, uttalelser som «mhm», eller gjennom stadig blikkontakt med fortelleren. Begge intervjuer har deler der fysioterapeutens stemme dominerer mer enn pasientens. Gjennomgående er dette ved mer fagspesifikke spørsmål med et klarere «rett» eller «galt» svar. For eksempel gjelder dette der det er snakk om målsetting for behandling eller der det spørres direkte om hva som er gjort i undersøkelse eller behandling. Det finnes også eksempler der fysioterapeuten tar opp nye temaer som ikke har blitt tatt opp av pasient tidligere. Et eksempel på dette er hvordan Hilde trekker frem en mulig årsaksforklaring til Ida sine PNES anfall, noe som vil bli belyst senere.

Som intervjuer er jeg mer aktiv i intervjuet mellom Wenche og Kirsti, både for å stimulere til utdypende svar, oppmuntre til samtale eller for å presentere nye temaer. I intervjuet mellom Ida og Hilde fikk jeg en større lytterrolle og ble mer en observatør. Som intervjuer har jeg lagt grunnlaget for hva som har blitt fulgt opp, blitt sett som relevant og hva som har blitt verdsatt gjennom intervjuene. Resultatene som redegjøres for videre er basert på min analyse og mine tolkninger av det som har blitt fortalt.

4.2 Ida og Hilde

Ida er 16 år og går i første klasse på videregående. Hun fikk sitt første PNES anfall i forbindelse med en fotballkamp i starten av 8.klasse. Fra legevakten ble hun sendt til videre utredning på sykehus der hun fikk diagnosen epilepsi. Etter et halvt år på epilepsimedisiner, uten effekt, ble hun henvist til Spesialsykehuset for Epilepsi (SSE) og fikk etter flere utredningsopphold her, diagnosen PNES. Selv hadde hun aldri trodd hun kunne ha PNES, men forteller at «vi ble glade når de sa det var PNES» der hun refererer til sine foreldre og seg selv. Fra reaksjonen til foreldrene tolket hun det til at PNES var bedre enn den antatte epilepsidiagnosen. Ida ble fortalt av legene på SSE at anfallene var forårsaket av stress, og dette ble også den forståelsen Ida fikk av anfallene

Ida sine PNES anfall besto hovedsakelig av kramper og rykninger i hele kroppen. Krampene kunne være langvarige og på det verste kunne hun slutte å puste. Hun forteller om gjentatte episoder der det ble gjennomført hjertekompresjoner. Anfallene kunne oppstå i forbindelse med fotball, skole eller i perioder hun var stresset. I tillegg til krampene opplevde Ida tidvis å befinne seg i transelignende tilstander og kunne ubevisst forlate huset og legge ut på vandring. Ida viste aldri når anfallene kom og var utenfor bevissthet mens krampene pågikk. Hun husket aldri hva som hadde skjedd og hvordan anfallene hadde startet. Hun følte seg som regel forvirret, irritert og sliten etterpå. Som følge av anfallene sluttet Ida på fotball. I perioder med hyppige anfall ble hun fulgt til skolen av foreldrene. Hun forteller også at hun ikke fikk sykle på trafikkerte veier.

På grunn av Ida sine store krampeanfall ble hun rådet av ansatte på SSE til å kontakte psykolog og avvente med psykomotorisk fysioterapi. Grunnet lang ventetid hos psykologen startet hun likevel med psykomotorisk behandling hos Hilde ett år etter at anfallene hadde startet. Ida hadde klare forventninger om at hun skulle få konkrete øvelser som skulle hjelpe mot anfallene, samt hjelp til avspenning. Når intervjuet finner sted går hun fremdeles i behandling og har hatt oppfølging i litt over to år.

Hilde har en videreutdanning i Norsk psykomotorisk fysioterapi og en master i psykisk helsearbeid. Hun har jobbet som psykomotorisk fysioterapeut i over 10 år og har arbeidserfaring fra akuttpsykiatri, psykisk helse og privat praksis. Hilde jobber mye med ungdom og unge voksne, men har ingen erfaring med PNES pasienter fra tidligere. Hun har

derimot erfaring fra å jobbe med pasienter med sammensatte lidelser og har hatt liknende pasienter som Ida.

4.2.1 Kroppsbevissthet

Ida opplever at det var mye spørsmål da hun startet i behandling og hun forteller at hun en periode ikke ønsket å fortsette. Hun forteller at dette endret seg da de startet å jobbe kroppslig orientert. Ida var ikke vant med å være bevisst seg selv og egen kropp.

4.2.1.1 Å bli bevisst kroppen- «En spent kropp»

Gjennom den psykomotoriske behandlingen skulle Ida begynne å legge merke til hvordan hun sto på gulvet med føttene og hvordan sitteknutene føltes når hun satt. Ida var ikke vant til å reflektere, og sette ord på hvordan kroppen føltes. I andre sammenhenger hadde hun blitt fortalt hva hun kjente uten at hun selv trengte å ta noe standpunkt til egen kropp og egne erfaringer. Ida forteller fra behandlingen at Hilde aldri ga noe hint om hvordan Ida skulle føle det, noe hun i starten opplevde som irriterende. «Jeg tenkte sånn, hva føler jeg? Jeg står jo på føttene, jeg gjør det hver dag». Gradvis ble hun mer oppmerksom og bevisst egen kropp og da jeg spurte henne hva hun ble oppmerksom på, svarte hun:

Ida: Jeg var vel ganske spent. De første timene jeg var her, var jeg veldig stiv i ryggen og så var jeg ganske urolig. Jeg klarte ikke å sitte så mye stille, jeg måtte endre stilling hele tiden, alltid sitte å fikle med et eller annet, det gjør jeg litt fortsatt da (ler litt) (lang pause)

Intervjuer: Ble det ett tema eller?

Ida: Ja, vi snakket litt om det, fordi jeg var hos han første fysioterapeuten jeg var hos med ryggen, så hadde han konkludert med at jeg rett og slett ikke klarer å sitte stille så lenge, at jeg har litt mark i kroppen da, at jeg ikke finner en helt behagelig stilling når jeg sitter. Så det snakket vi jo litt om, husker jeg hvert fall.

Hilde: Absolutt, det husker jeg også.

Ida: jeg var ganske sånn stiv i kroppen, mmm... sånn med at jeg stod veldig sånn (viser hvordan hun rettet seg opp i rygg og skuldre. Brystet skytes frem). Ganske stiv i skuldrene og sånn hele kroppen min var vel litt spent...

Ida beskriver en spent kropp med vane for å rette seg opp. Moren hadde oppfordret henne til å rette seg opp i ryggen, og Ida hadde fått beskjed om at hun skulle tenke at hun hadde et fint smykke på brystet hun ønsket å vise frem. Under kroppsundersøkelsen opplevde Hilde at Ida nærmest sto i en sersjantstilling. Da hun skulle bevege på skuldrene hennes, uten at

Ida skulle hjelpe til, opplevde Hilde at alt var stivt, fastlåst og bremset. Hun fikk ikke beveget skuldrene til Ida. Hun beskriver også en usynlig pust og hvordan Ida ofte satt ytterst på stolen, parat til å kunne reise seg opp når som helst. Erfaringen fra denne undersøkelsen gjorde Ida mer oppmerksom på at hun kanskje ikke hadde en så ideell holdning, mener Hilde. Ida bekrefter dette.

Ulike tilnærminger har blitt brukt gjennom perioden med behandling. Blant annet har Ida og Hilde jobbet med øvelser. Fokuset har hele veien vært dette med å kjenne etter i kroppen. Som eksempel trekker Ida frem at hun har rullet med føttene over en ball for å kjenne om noe endret seg. Hun kunne da legge merke til at noe ble annerledes og at hun fikk bedre kontakt med underlaget. Ida fikk erfare andre måter å oppleve kroppen på. Hun følte seg etterhvert mindre stiv og erfarte at det etterhvert ble lettere å slappe av. Hilde nevner også at Ida ble roligere.

4.2.1.2 Den erfarende og levende kroppen- «Røsket opp røttene»

Anfallene ligger i hodet med psyken, men vises gjennom kroppen forteller Ida. Hun mener det vil være feil om behandlingen kun skulle fokusere på det psykiske. Hilde responderer på dette utsagnet med «du er jo i utgangspunktet kroppen, du sanser verden gjennom kroppen og erfarer verden gjennom kroppen». Ida nikker og bekrefter anerkjennende Hilde sin uttalelse. Fra starten av har det vært viktig for Hilde og formidle hvordan kropp, følelser og stress er noe som gjensidig påvirker hverandre. Dette var også noe hun presiserte for Ida og hennes foresatte da hun skulle beskrive hva behandlingen besto i og hadde fokus på under den første konsultasjonen. Ida sier at hun har opplevd behandlingen som meningsfull fordi Hilde har gått mer i dybden av ting og sett «hele bildet». Hun har «røsket opp røttene istedenfor å kutte av på toppen» som hun så fint ordlegger seg. Behandlingen har tatt hensyn til hennes hverdag, hva hun har opplevd og følelsene hun har kommet til timen med, i tillegg til å jobbe spesifikt med kropp. Når vi snakker om målsetting for behandling forteller Ida og Hilde at de ikke har hatt noe overordnet mål for behandlingen, men at de har «tatt det litt deretter». Hensyn har blitt tatt med tanke på hva Ida har hatt behov for der og da.

Ida: Ja det har jo vært noen ganger jeg har kommet hit og vært ganske irritert over noe, og da har jo det blitt samtaleemnet den timen.

Hilde: ja, målet har vel vært som du sier altså sånn implisitt det å få mer kontakt med kroppen. Og dette med og ta innover seg dette med stress og kropp, hvordan du

reagerer på stress. Det var vel noe med å få både erfaringer men også erkjennelser da.

Ida: Mhm.

Hilde: litt sånn detektivarbeid har vi holdt på med.

Ida starter med å fortelle hvordan irritasjon har blitt et samtaleemne for timen om det har vært behov for det. Hilde omformulerer og utdyper det Ida sier til at det handler om å få mer kontakt med kroppen og hvordan hun reagerer for eksempel på stress. De snakker dermed på to nivåer om samme tema. Hilde nevner at å få erfaringer er viktig, noe Ida gjør når de jobber med massasje i behandlingen. Ida forteller at hun opplevde å bli roligere og at hun fint kunne ligge en halvtime på benken uten å måtte røre på seg. Dette er en erfaring hvor Ida får kjenne på hvordan det å jobbe med muskulatur og spenninger kan gi en følelsesendring i kroppen.

4.2.1.3 Kjenne på behov og grenser- «Stress og toleransevindu»

Å bli mer bevisst på kroppen, på kroppslige reaksjoner og hvordan kroppen reagerer i stressede situasjoner er gode utgangspunkt for å bli kjent med egen toleranse. For Ida er det fremdeles vanskelig å kjenne på egne behov og grenser. For at Ida skulle forstå dette med stresshåndtering bedre introduserte Hilde begrepet toleransevindu². Hilde beskriver Ida som veldig teoretisk sterk og tenkte at Ida kunne ha nytte av å lære teorien og fysiologien på hvorfor kroppen reagerer som den gjør når vi blir utsatt for stress og press. Toleransevindu skulle hjelpe Ida til å forstå hvordan et økt stressnivå over eget toleransevindu kunne føre til

² Toleransevindu har sine røtter fra tilknytningspsykologien. Toleransevindu viser til den aktiveringssonen som er optimalt for et menneske. I denne sonen er vi oppmerksomt til stede, kan konsentrere oss og lære. Når vi er over sonen har vi en for høy aktivering med høy hjerterefrekvens, respirasjon og muskeltonus. Under sonen har vi en lav aktivering med tilsvarende lav hjerterefrekvens, respirasjon og muskeltonus. Den polyvagale teorien beskriver hvordan det autonome nervesystemet påvirkes av vår omgang med andre mennesker og hvordan det ubevisst regulerer våre grunnleggende overlevelsesreaksjoner i møte med potensielle trusler i omgivelsene. Befinner vi oss over aktiveringssonen aktiveres det sympatiske nervesystemet og vi går inn i ett kamp/flukt/frys modus. Under sonen aktiveres det parasympatiske nervesystemet og vi går inn i en immobilisering der man blir nummen, slapp og ute av stand til å bevege seg (Eide-Midtsand & Nordanger, 2017)

en slags overaktivering og dermed kobles til når anfallene oppstod ved at det ble en kroppslig reaksjon på forhøyet stress. Ida kunne kjenne seg igjen i dette med toleransevindu og relatere det til episoder der hun kjente det ble for stor belastning.

4.2.2 Økt forståelse og kontroll av anfallene- «Et prestasjonsbehov?»

Ida har alltid forstått anfallene som en reaksjon på stress. Hilde introduserer en ny måte å forstå anfallene på:

Hilde: Det har jo vært mye snakk om hvordan du har det og hvordan du opplever ting og... hvordan ja denne treneren var, hvordan du gruet deg til disse taklingene...at du ble, sånn som jeg forsto det, overveldet, eller at du hadde sånne tanker om at nei du kunne ikke gjøre noe på den fotballbanen fordi du var redd for og, **ikke prestere.**

Ida: ja.

Hilde: husker jeg at du sa, ikke sant?

Ida: ja, det stemmer.

Hilde: Og så har vi jo snakket mye om dette her med å være veldig flink på skolen, altså dette med å prestere veldig høyt og det har jo også en del sånne priser med (uklar lyd) stress da... grue seg til prøver...og så videre. Det var nok ikke en tilfeldighet at du var fri for disse krampetilstandene i ferier og du kunne slappe mer av.

Hilde knytter frykten for ikke å prestere til Ida sine anfall. Ut fra samtalen virker det som om dette har vært tema i behandlingen tidligere og at Ida kjenner seg igjen og kan bekrefte det Hilde forteller. Da Ida spilte fotball var det på et satsningslag med en trener som stilte høye krav og ble opplevd som veldig streng. Ida hadde høye prestasjonskrav til seg selv på idrettsbanen. Hun beskrives i tillegg av Hilde som en sekserelev og en del av generasjon prestasjon og dermed en med høye krav til seg selv også på skolebenken. Jeg spurte Ida om dette med prestasjon var noe hun kunne kjenne seg igjen i og om det noen gang hadde blitt et tema gjennom noe som skjedde i behandlingssituasjonen. Hun forteller:

Ida: Jeg husker hvert fall sånn da du skulle massere meg (retter seg mot Hilde) og du skulle, det var ett eller annet du skulle løfte på, og så hjalp jeg deg og løfte men du sa nå må du slappe av, nå skal **jeg** løfte på en måte, du skal være helt slapp i armen. Eh, så jeg prøvde å gjøre det jeg trodde var riktig tror jeg.

Hilde: mhm (bekreftende nikk)

En kroppslig erfaring, der hun gjorde det hun trodde var riktig kan også knyttes opp mot et prestasjonsbehov. Ida forstår fremdeles PNES anfallene som stress, men tilføyer at hennes definisjon av stress har blitt «friere». Selv mener hun at legene «hauset» diagnosen litt opp, og at hun selv har blitt mer avslappet til diagnosen.

Ida sine anfall har endret seg i løpet av behandlingen hos Hilde. Fra store krampeanfall har hun nå perioder der hun besvimer. Besvimelsen starter ofte med at det svartner foran øynene hennes. Tidligere viste hun aldri når krampeanfallene kom og var heller ikke bevisst hva som skjedde i kroppen. Nå legger hun derimot godt merke til hva som skjer. Hun opplever anfallene som en «ut av kroppen opplevelse» men opplever bedre kontroll over anfallene. Hun føler seg fjernere, får tunnelsyn og trykk i hodet, kommer i ubalanse og begynner å lete etter ord. Hun klarer som regel å støtte seg til noe før hun besvimer. Hun har etter oppfordring fra Hilde funnet ut at hun har lavt blodtrykk, og det er usikkert hva som skyldes blodtrykket og hva som skyldes PNES anfallene. Fra å besvime tre ganger om dagen opplever hun nå å besvime gjennomsnittlig en gang i uken. Ida hadde fått informasjon på SSE om at PNES anfall kan endre seg. Verken Ida eller Hilde har noe forklaring på hvordan denne endringen kan forstås. I dag kommer anfallene hovedsakelig mens hun slapper av eller leser lekser. Ida forteller at det nå er aktiviteten i kroppen som bestemmer når anfallene kommer.

4.2.3 Den terapeutiske relasjonen- «Jeg har følt meg ivaretatt og sett»

Ida forventet at endringene skulle skje raskt og var derfor utålmodig i starten da resultatene lot vente på seg. Hilde påpeker at slike endringer ikke skjer over natten og det har vært viktig å bruke tid i behandling. Hun understreker betydningen av god tid for å bli kjent og for å utvikle en relasjon til hverandre. For Ida har det vært viktig at Hilde har skjønnet hvordan hennes hverdag er. Hun har dårlig erfaring fra andre behandlinger der terapeutene har manglet viktig innsikt for å forstå hennes situasjon. Når vi snakker om hva som har vært bra med den psykomotoriske behandlingen nevner blant annet Ida at hun har følt at hun har hatt kontroll på hva som har skjedd i timene. Hilde har spurt om det «er greit at jeg masserer deg her?» noe som har gjort Ida mer komfortabel og gitt mulighet og trygghet i at hun kan si nei om noe ikke kjennes greit ut. Hilde forteller hvordan en psykolog oppfordret henne til å utløse et anfall hos Ida, noe hun valgte og ikke gjøre. For Hilde var det viktig at Ida fikk oppleve noe annet hos henne, at hun var trygg. Ida har forsøkt både psykolog og kognitiv

terapi. Hun forteller at hun ikke har følt seg sett av andre behandlere som har sittet med nesa ned i boken gjennom hele behandlingstiden og skrevet notater. Hun kommenterer hvordan hun følte det som om hun var i et intervju når hun var hos psykologen og at det kun stiltes spørsmål. Med Hilde har hun hatt blikkontakt og de har ført en vanlig samtale. Hun roser Hilde for å huske detaljer slik at hun ikke har måttet fortelle de samme historiene flere ganger. Det har gjort at hun har følt seg ivaretatt og sett.

4.3 Wenche og Kirsti

Wenche er 58 år gammel. Hun forteller om en oppvekst preget av omsorgssvikt, vold, misbruk og mobbing. Hun ble tidlig syk med astma og mangel på medisin resulterte i flere sykehusinnleggelse i løpet av barndommen. Flere av hennes nærmeste familiemedlemmer har også vært plaget med psykisk eller fysisk sykdom. Wenche mener selv hun fikk sitt første PNES anfall da hun var 17 år gammel under et førstehjelpskurs der hun skulle demonstrere hjerte-lungeredning. Hun trodde hun skulle dø og beskriver hvordan hun opplevde det som om hjertet og hjernen gikk inn i en slags sjokktilstand. Hos Wenche arter PNES anfallene seg som krampeliknende, vedvarende spenninger i venstre side av hodet, nakke og skulder. Spenningene i muskulaturen kommer plutselig, uten at hun har kontroll over det. I forbindelse med anfallene kjenner hun at angst og hjertebank øker parallelt med muskelspenningene. Hun har hatt langvarige søvnproblemer. Wenche har tatt angstdempende medisiner over lengre tid og nevner også et usunt forhold til alkohol uten at hun går grundigere inn i dette. Hun forteller at anfallene har begrenset henne i å være aktiv og i å delta i aktiviteter i frykt for at det kan trigge et anfall. Hun beskriver en følelse av å «ikke klare noe». Wenche har søkt hjelp i helsevesenet i over 40 år. Hun har hatt kontakt med utallige terapeuter og helsepersonell, men aldri opplevd å få den hjelpen hun trenger. Wenche ble henvist til SSE for to år siden da hun tilfeldigvis møtte en lege som mente hun kunne ha PNES. Da SSE bekreftet PNES diagnosen var det til stor lettelse for Wenche som endelig fikk et svar på hva det var som feilte henne. På den andre siden ble hun fratatt bilsertifikatet, noe som ble veldig sårt for henne. Helsepersonellet på SSE rådet henne til å starte med psykomotorisk fysioterapi, og kort tid etter oppholdet på SSE startet hun i behandling hos Kirsti. Wenche har forsøkt psykomotorisk fysioterapi en gang tidligere for mange år siden, men fikk da beskjed om at denne tilnærmingen ikke passet henne. Hun valgte å gi det en ny sjanse nå som hun hadde fått vite at hun hadde PNES. Hun viste at behandlingen var en blanding av samtale og behandling, men hadde ellers ingen

forventninger til hva behandlingen gikk ut på. Når intervjuet finner sted går hun fremdeles i behandling og har hatt oppfølging i ett år.

Kirsti er spesialist i psykomotorisk fysioterapi og har jobbet med psykomotorisk behandling i over 15 år. Hun har erfaring fra å jobbe både på sykehus, distriktpspsykiatrisk senter og i privat praksis. Hun har flere kurs innen traume og traumeintervensjon og har jobbet med alt fra psykose til smerteproblematikk.

4.3.1 Kroppsbevissthet

For Wenche var kroppen forbundet med sterke smerter. Venstre siden opplevdes som forsteinet og ødelagt og hun forteller at hun på et tidspunkt ville «skjære av hodet» for å få bort det som var vondt. Smertene ble hovedfokus i opplevelsen av egen kropp og kun en liten del av den totale kroppen ble viet oppmerksomhet.

4.3.1.1 Å bli bevisst kroppen- «Et dårlig forhold til hele venstre side»

Wenche og Kirsti forteller at det har vært viktig å vekke Wenche sin nysgjerrighet ovenfor kroppen. Gjennom å jobbe med bevisstgjøring og kontakt gjennom ulike kroppslige tilnærminger ble Wenche bevisst noe hun tidligere ikke viste. Hun forteller:

Wenche: jeg har et ett eksempel med Kirsti som gjorde meg veldig bevisst på noe som jeg **ikke** visste. Og det er jo det at jeg hadde et dårlig forhold til venstre siden av **hele kroppen**. Og det er jo sånn der, bevisstgjøring. Så det viste seg at jeg egentlig var så ille i den venstre siden at hvis noen satt på siden av meg så kunne det faktisk utløse **anfall**... Og det er jo en ting som jeg ikke har vært bevisst i det hele tatt. Så da fikk jeg jo på en måte en gave da, hvor jeg kunne begynne å utforske: **hva** er dette? Jeg kunne gå hjem og sette meg ved siden av datteren min og så kunne jeg kjenne faktisk at jeg kjente litt **da og**.

Wenche visste ikke at hennes dårlige forhold til venstre side gjaldt hele den venstre siden, inkludert beinet. Det gjaldt ikke bare hodet, nakke og skulder som hun hadde trodd, men hele siden. Hun klarer ikke huske tilbake til den eksakte situasjonen eller delen av behandlingen som ga henne denne erfaringen, men er mer opptatt av å fortelle om de mulighetene denne erfaringen ga henne. Hun kunne begynne å utforske hva dette var for noe og ble bevisst at kontakt med venstre side kunne trigge et anfall. Hun beskriver det som om aktiviteten i hele venstre side bygget seg opp og energien trykket i hele venstre side som forvarsel på et anfall. Wenche begynte også å legge merke til skuldrene som alltid var trukket opp til ørene og hvordan hun følte seg stram og forknytt i hele kroppen. Kirsti

beskriver at Wenche ikke hadde «så dårlige kroppskvaliteter» men at hun var litt spent her og der. Basert på Wenche sitt dårlige forhold til venstre side, ble hovedmålet i behandlingen ifølge Kirsti, å integrere den venstre siden inn i totalen slik at ikke Wenche opplevde seg selv som delt i to halvdel.

4.3.1.2 Den erfarende og levende kroppen- «jeg har lært meg å gå inn»

Da Wenche startet i behandlingen hos Kirsti opplevde hun å være usikker i tillegg til å ha det hun beskriver som en barnslig oppførsel. Kirsti forteller hvordan Wenche har hatt en opplevelse av å vugge seg selv om liten og at hun har måttet omfavne seg selv i mange faser av livet. Hun fikk aldri lov til å være et barn. I behandlingen har de derfor jobbet som små babyer, barn og ungdom der ulike personligheter og følelser har fått komme til uttrykk gjennom bruk av blant annet leker. Små plastdyr har blitt brukt for å illustrere en alder, personlighet eller følelse og fått lov til å uttrykke seg selv. For eksempel kunne en ku representere den voksne, en kylling den som ville ha kontakt med alle sammen, og geita den som var sint. Gjennom lek ble dyrene brukt for å gi uttrykk for Wenche sine følelser, tanker og refleksjoner. Dette fungerte som en slags speiling av det som har rørt seg hos Wenche og det har vært veldig verdifullt for henne. Kirsti beskriver det som viktige erfaringer for at Wenche skulle få kjenne på at hun er voksen og at hun nå kan ta vare på alle disse delene i seg selv. Wenche forteller at hun hjemme hos seg selv har hatt et lite tre som har representert hjernen hennes. I treet har hun fysisk hengt opp leker eller figurer som har representert følelser hun har kjent på. Lys og lysstyrke har blitt brukt for å representere aktiviteten i hjernen. Wenche forteller at hun fra ung alder har båret på alle følelsene sine alene og forsøkt å gjemme seg vekk. Nå når glede, sinne, tårer og aggresjon har oppstått underveis i behandlingen har de fått plass. Det har vært viktig å lokalisere følelsene til noe konstruktivt, gjennom handling forteller Kirsti. Wenche poengterer flere ganger gjennom intervjuet viktigheten av å lære seg «å gå inn», å kjenne etter. Å få innsikt i hvordan tanker, følelser og hennes bakgrunn og oppvekst har vært med på å påvirke og forme den hun er i dag, og ikke minst hvordan disse opplevelsene har hatt innvirkning på kroppen har vært viktig for Wenche.

4.3.1.3 Kjenne på behov og grenser- «Trekk deg litt unna»

Wenche opplevde å være fraværende gjennom de første timene med Kirsti. Hun hadde en innstilling om at hun skulle tåle en times behandling. Når hun fikk spørsmål om noe gjorde

vondt svarte hun at det gikk fint. Etterhvert ble hun bevisst på at det ikke trengte å være slik. Hun kunne si ifra og være nysgjerrig på kroppens signaler. Wenche har vansker med å huske tilbake til, og med å gjengi eksempler fra behandling for å illustrere hvordan de hadde jobbet med å kjenne på behov og grenser. Kirsti kunne derimot bidra med noen eksempler:

Kirsti: (Sitter vendt mot Wenche og med blikkontakt mens hun prater)

Det å være nysgjerrig, det har vi jobbet mye med, bli nysgjerrig på hva er det dette forteller meg, hvor er jeg hen nå og hvor går jeg hen nå. Jeg har håndtert foten og kjent at beinet ikke vil slippe helt, nei vel, kan ikke tvinge det til å slippe, men bare være nysgjerrig på at jeg kanskje har behov for å holde. Så vi har gjort en del sanne prosesser, og det har vært veldig nyttig for Wenche. Finne midtlinjen, finne at hun er stabil i seg selv... Jeg tåler livet mitt og kroppen min tåler livet mitt.

Wenche: Mhm

Kirsti: Ball og piggball og baller har vi brukt og jobbet...hands on. Lært det her med avstand-nærhet, hvor tett på kan jeg være i dag? «nei, venstre siden sier, ikke bli så tett på», «trekk deg litt unna» kan du si, og så kan vi regulere oss utfra det.

I utdraget veksler Kirsti mellom å snakke som seg selv, men i samtidig interaksjon med Wenche snakker hun også på vegne av Wenche. Slik kommer begge sin stemme frem gjennom det Kirsti forteller. Utdraget illustrerer at Wenche og Kirsti har jobbet mye med at Wenche skulle kjenne på behov og grenser og at hun skulle være nysgjerrig på det hun kjente under behandlingen. Ved å kjenne etter i kroppen har hun kunnet regulere sine behov. Har hun kjent at hun har hatt vansker med å slippe foten kunne hun bli nysgjerrig på hvorfor hun hadde behovet for å holde. Kirsti forklarer videre at behandlingen alltid har foregått i sittende eller stående, aldri i liggende. Kirsti har som regel sittet på gulvet slik at Wenche alltid har vært høyere enn henne, slik at Wenche skulle oppleve å ha kontroll. Kirsti forteller hvordan Wenche kunne trekke seg unna om behandlingen opplevdes for nærgående. Selv om ikke det er Wenche sine direkte uttalelser viser hun hvordan hun har nyttiggjort seg av disse erfaringene i hverdagen. Hun forteller at hvis hun for eksempel skal på Kino så passer hun seg for hvem som sitter på hennes venstre side. Ikke fordi hun tror det er farlig, men for at hun skal ha det greit selv.

4.3.2 Økt forståelse og kontroll av anfallene- «Aldri tillat meg å slippe av»

Kirsti så fort hvordan Wenche sine anfall kunne ha sammenheng med hennes traumatiske bakgrunn. Wenche visste derimot lite om anfallenes årsak. Etter at hun nå har gått en stund

til psykomotorisk behandling og fått erfare kroppen og sett hvordan følelser og opplevelser kommer til uttrykk gjennom kroppen har hun nå begynt å skjønne anfallenes art. Wenche forteller:

Wenche: Ut ifra hva jeg skjønner nå så tror jeg nok det at jeg aldri i gåseøyne har fått lov til å slappe av. Eller altså, jeg har vel aldri tillat meg å slappe av kanskje. Jeg vet ikke, men jeg har vel ikke følt at jeg har kunnet slappe av for det har liksom vært traumer, farer, belastninger, sykdom, det har vært slik hele livet. Ikke bare meg selv men bror, mor, mormor, pappa, liksom, alle har vært syke. Hvis ikke en har ressurser i familien da som kommer og sier ifra eller gjør noe sånn, så blir man veldig alene også. Jo mer syk en er jo verre er det...Så...jeg tror jeg har vært redd og engstelig og forknytt bestandig.

Wenche har nå begynt å se anfallene i sammenheng med sin livshistorie. Hun har vært redd, engstelig og forknytt og aldri tillatt seg å slappe av. Hun ser nå at anfallene kan trigges av episoder som minner henne om et opplevd traume. Bare tankene tidligere på at hun kunne få et anfall ga henne en følelse av at hun «ikke klarte noe». En bevisstgjøring rundt hva som kan trigge et anfall har nå gitt henne mer kontroll og gjort at hun til en viss grad kan unngå slike situasjoner. At hennes anfall kun har rammet venstre side virker ikke Wenche å ha noe spesifikk forklaring eller forståelse av, men svarer at det bare alltid har vært sånn.

Da Wenche fant ut at hun selv satt på nøkkelen for å bli bedre har det skjedd store endringer. Medisiner og alkohol som tidligere var en stor del av Wenches liv har blitt kuttet ut og Kirsti beskriver at ting har mildnet i hele systemet og at Wenche har blitt mye roligere. Å bli bevisst kroppen og være nysgjerrig på kroppen gjorde at Wenche begynte å «jakte etter gull» (på forklaringer og svar). Hun har erfart at et begynnende anfall kan avverges gjennom å endre fokus. Hun har for eksempel begynt å spille gitar og har opplevd hvordan spenningene endres momentant. Hun beskriver det som om hun lurert hjernen og at hjernen skjønner at det ikke er fare på ferde når hun tar gitaren fatt. For første gang beskriver hun en trygghet og stabilitet i seg selv som gjør at hun føler seg sterk. Hun har begynt å kjenne på hvordan det er «å være bra». Hun innser at hun enda ikke er helt fri, men at hun er på god vei.

I tillegg til den psykomotoriske behandlingen har Kirsti fått Wenche inn i en turgruppe, en bassenggruppe og i en mindfulnessgruppe. Her har hun tatt med seg mye av det hun har lært i behandling med bevisstgjøring og tilstedeværelse. Det har vært viktige steg for at hun

ikke skal være redd for å være i aktivitet og for at hun skal kjenne at hun har kontroll over seg selv.

4.3.3 Den terapeutiske relasjonen- «Trygghet i behandlingen»

Wenche har søkt i helsevesenet i 40 år uten å få hjelp eller svar. For henne har helsevesenet blitt et skjellsord og hun omtaler mange i hjelpeapparatet som fagterrorister. Hun formidler hvordan hun i tidligere møter med helsepersonell har måttet «grave i møkka» og hele tiden begrave seg i alt som har vært vondt, for så å få avslag om hjelp eller beskjed om at hun aldri kommer til å bli bra. Også på SSE der de lovet å hjelpe henne, ble hun på et tidspunkt overlatt til seg selv. Løfter om hjelp og trygghet ble stadig brutt. Trygghet belyses av Wenche som en svært viktig forutsetning for å tillate endringer i behandlingen. Trygghet har blitt etablert gjennom Kirstis tilstedeværelse for Wenche. Wenche har følt seg sett, og hørt, og hun understreker viktigheten av at hun har kunnet komme som hun er og at behandlingen har vært et sted uten forventninger eller krav. Kirsti understreker at hun har hatt fokus på å tilnærme seg Wenche på flere plan, gjennom blikkontakt, tilstedeværelse og gjennom kropp. Hun sier at samtalerapi kan være bra men at det også handler om å kunne lese kropp og å forstå hva som skjer hos den andre. Da er det viktig å ha tid, men også å kunne gripe de øyeblikkene som oppstår i behandling.

4.4 En sammenfatning og sammenlikning av dyadene

Ida og Wenche kommer fra ulik bakgrunn og har ulikt utgangspunkt når de starter i den psykomotoriske behandlingen. Til tross for dette er grunnen til at de oppsøker hjelp den samme. De ønsker hjelp til å forstå og få kontroll over anfallene. Tilnærmingene i behandlingene har på mange måter vært like, men Ida og Wenche har erfart det forskjellig og opplevelsene har hatt ulik verdi. Bevisstgjøring av kroppen har hatt verdi for Ida som aldri har vært vant med å legge merke til egen kropp tidligere. Å bli bevisst egen holdning og spenninger har hjulpet henne i å utfordre egne vaner og slippe disse spenningene. For Wenche har bevisstgjøring av kroppen først og fremst hatt verdi ved at hun har blitt bevisst hele venstre sides spenningsmønster og erfart at for mye stimuli på denne siden kan utløse et anfall. Å bli bevisst hvordan følelser og erfaringer påvirker kroppen har hatt stor betydning for Wenche som endelig har begynt å forstå anfallene sine som et resultat av en vanskelig oppvekst. Hun har fått kjenne på hvordan undertrykte følelser har satt seg i kroppen og hatt god erfaring med å bruke følelsene konstruktivt i behandling. For Ida har

denne kunnskapen hatt mindre betydning, men det har vært viktig å forstå hvordan stress påvirker kroppen. I behandlingen har Ida og Hilde snakket mye rundt dagshumøret og hvordan det kan kobles til kropp. Ida og Wenche sin økte nysgjerrighet rundt kropp og kroppens signaler, har gitt dem gode utgangspunkt for å kjenne på egne behov og grenser. Wenche legger merke til hvordan spenningen i kroppen bygger seg opp i forkant av et anfall og har kunnet kontrollere disse spenningene ved å trekke seg unna, si ifra eller gjøre et fokusskifte. Ida har ikke fått de samme kroppslige erfaringene og kan ikke kontrollere anfallene i like stor grad som Wenche. Hun kjenner derimot tydeligere når et anfall kommer og hva som skjer i kroppen og teorien om toleransevindu har hjulpet henne i å forstå mekanismene og fysiologien rundt stress og anfall.

Både Ida og Wenche har fått en ny forståelse av anfallene sine etter å ha gått i behandling. Ida forstår anfallene som en reaksjon på stress, men har utvidet forståelsen av stressbegrepet. Wenche har skjont at anfallene har sammenheng med hennes traumatiske bakgrunn og at situasjoner som har minnet henne om et traume kunne trigge et anfall. Fremdeles er det noe usikkerhet rundt anfallene hos begge to. Hvorfor er anfallene til Wenche lokalisert til hennes venstre side? Og kommer besvimelses-anfallene hos Ida av PNES eller lavt blodtrykk?

Verken Ida eller Wenche har hatt effekt av annen behandling. De har en felles oppfattelse om at det i tidligere behandling har blitt for mye prat og for lite handling. Deres behandlere har hatt nesa ned i en notatblokk og de har ikke følt seg sett. Begge legger stor vekt på betydningen av å føle seg trygg, bli møtt med respekt og tillit. Det at terapeutene har vært tilstede for dem har hatt alt å si for at de har hatt utbytte av behandlingen. De har begge gode erfaringer med sine psykomotoriske fysioterapeuter nettopp fordi de har følt at det er et sted hvor de kan komme som de er og bli sett.

5 Diskusjon

Diskusjonskapittelet er delt i tre deler. Først diskuteres kontekstens betydning og i hvilken grad dette har påvirket erfaringene som deles i intervjuene. Etter dette følger en drøfting av tidligere presentert teori om PNES opp mot Ida og Wenche sine PNES tilstander. I diskusjonens siste del vil temainnholdet fra resultatdelen diskuteres og belyses gjennom relevant teori.

5.1 Kontekstens betydning

Ved å intervjuer pasient og fysioterapeut sammen, intervjuer jeg to personer med en asymmetrisk relasjon basert på deres ulikhet i situasjon og kompetanse. Den ene trenger hjelp og den andre har en etterspurt kompetanse (Thornquist, 2009). En umiddelbar tanke er at fysioterapeuten sin rolle, som fagekspert vil kunne overskygge og neglisjere pasienten og i verste fall dominere hele samtalen. Når erfaringer skal deles er likevel pasienten en like stor meningsberettiget deltaker i samtalen som ekspert på seg selv, og som intervjuer var jeg like interessert i begges bidrag. Slik intervjuene var lagt opp med pasienten i hovedfokus, er informantenes forskjell i makt/status av lite betydning for resultatet. Til tross for dette, vil svarene som deles være preget av den andres tilstedeværelse i rommet. Inntrykkshåndtering er et begrep introdusert av sosiologen Erving Goffman (1959). Det handler om hvordan vi oppfører oss forskjellig etter hvilken kontekst vi befinner oss i. Hvordan vi oppfører oss og hva vi forteller avhenger av det inntrykket vi ønsker å skape av oss selv til andre. Ida og Wenche deler for eksempel flere positive erfaringer som har vært av betydning fra behandling. De fremstiller sine fysioterapeuter som dyktige i lys av det de forteller, blant annet gjennom hvordan de har følt seg trygge og ivaretatt. Dette kan selvfølgelig være deres faktiske mening, men med utgangspunkt i inntrykkshåndtering kan svarene gjenspeile det de tror fysioterapeuten ønsker at de skal svare eller være påvirket av en frykt for å såre eller svikte terapeuten. I tillegg kan det være påvirket av hva de tror jeg som intervjuer ønsker å høre. Det er lite negative erfaringer som deles fra behandlingen. Ida formidler at hun i starten syntes det var mye prat og at hun var usikker på om hun ønsket å fortsette. Kanskje ville ikke hun hatt noe problem med å dele ytterligere negative erfaringer om hun hadde noen?

Intervjuet mellom Wenche og Kirsti er i større grad preget av dialoger. Ut ifra situasjonen tolker jeg det til at dette handler om nysgjerrighet og respekt for hverandres fortellinger. Det at den andre sitter og lytter aktivt viser til en interesse for hva den andre har å si og at de derfor ikke ønsker å avbryte hverandre. Til tross for ulikhetene i hvordan dialogene og samtalene utspilte seg i intervjuene opplever jeg at pasientens erfaringer og fysioterapeutens perspektiv i begge intervjuer veves sammen i utviklingen av å forstå hva pasienten har erfart. Mishler (2009) kaller dette for en ko-konstruksjon av mening. Gjennom sosial konstruksjon skapes mening, definisjoner og forståelse. Fysioterapeutene trer inn i pasientens verden og ser plagene fra deres ståsted og tillater pasientene å fortelle sine historier uten å avbryte. De kommer med bekreftelser, innspill og kommentarer som bidrar til å styrke pasientens fortellinger eller gi mening til dem.

Pasientene lytter aktivt der fysioterapeutenes stemme dominerer i intervjuene. Kanskje mener de fysioterapeutene i disse tilfellene har et bedre grunnlag, og et bedre fagspesifikt språk for å besvare spørsmålene? Kirsti fungerer til tider som et bidrag til Wenche sin hukommelse. Pasienter som har vært utsatt for traumer har vist seg å skåre jevnt dårligere på nevropsykologiske tester av oppmerksomhet, innlæring og hukommelse sammenliknet med kontrollgrupper (Horner & Hamner, 2002). Wenche henvender seg flere ganger til Kirsti der hun ikke husker tilbake til spesielle hendelser, og Kirsti blir dermed et viktig ledd for å bidra til fortellingens helhetlige kontekst. I eksemplet fra å kjenne på behov og grenser snakker Kirsti om hvordan Wenche kan trekke seg unna om det blir for mye. Måten hun formulerer seg på, der hun snakker «som Wenche» kan ses som en måte å inkludere Wenche i det som blir sagt og forsikre seg om at hun har forstått henne riktig. Videre stimulerer det til deltakelse og oppfølging fra Wenche. Der Hilde tar opp prestasjon som mulig årsaksforklaring til Ida sine anfall er et annet eksempel hvor fysioterapeuten dominerer samtalen. Ida har flere ganger fortalt at hun forstår anfallene som en reaksjon på stress, men hun tar aldri opp prestasjon som eget tema. Kanskje mente Hilde det var viktig informasjon å dele da dette var noe de hadde snakket om i behandling tidligere. Ut fra situasjonen virker Ida å kjenne seg igjen i temaet og sier seg enig i det som blir sagt. Om Ida hadde glemt det, eller ikke anså det som relevant å dele i intervjuet er ikke godt å vite, men i denne situasjonen blir også Hilde et slags bidrag i Idas hukommelse. Eksemplene gitt ovenfor syntes jeg belyser dyadeintervjuenes muligheter på en god måte. Fortellinger som i utgangspunktet handler om pasientene kommer til uttrykk gjennom terapeutenes stemme av

ulike årsaker. Temaene er verken av sensitiv art eller utleverende på noe spesiell måte, men bidrar til mer utfyllende svar eller gir nye perspektiv til de allerede fortalte historiene.

Dyadeintervju som dette gir på mange måter innblikk i hvordan den reelle behandlingssituasjonen utspiller seg og hvordan mening oppstår gjennom sosial interaksjon. Kommunikasjon mellom pasient og fysioterapeut pågår kontinuerlig gjennom behandling. Det partene gjør og ikke gjør, sier eller ikke sier, er handlinger som bidrar til konteksten (Thornquist, 2009). Språket vårt har to hovedfunksjoner. Det er et middel til kommunikasjon der vi uttrykker erfaringer og tanker, følelser og ideer, spørsmål og kritikk. Det er i tillegg et middel til å ordne og organisere erfaringer og styre tanker (Thornquist, 2009). Den russiske filosofen og litteraturkritikeren Bakhtin viser til språkets mangetydighet, heteroglossis og polyphony. Generaliserte andre uttrykkes gjennom språket via ulike koder fra mange samfunnsarenaer/grupper i det han forstår som heteroglossis. En persons stemme vil i tillegg ha gjenklang av betydningsfulle andre og av forventet respons i det Bakhtin kaller Polyphony (Frank, 2016). Ett eksempel på dette er Ida sin forståelse av PNES anfallene som en reaksjon på stress, basert på informasjonen hun fikk av legene på SSE. Den kunnskapen fysioterapeuten velger å dele med sin pasient blir en del av pasientens kunnskap. Erfaringene pasientene deler i intervjuet er formet av hvordan de husker tilbake til behandlingen. En erfaring trolig farget av fysioterapeutenes kunnskap og bidrag for å gi forståelse og mening til den spesifikke erfaring. På den måten er allerede fysioterapeutene en del av pasientenes stemme.

Hvordan jeg har stilt mine spørsmål har vært avgjørende for hva slags kunnskap som har blitt delt i intervjuene. Det skjer en kontinuerlig tolkning av det som fortelles. Informantene lærer hva som forventes av deres svar basert på min respons, mine omformuleringer, hvordan svarene aksepteres og i hvilke sammenhenger jeg går videre (Mishler, 2009). Jeg har i stor grad påvirket det som kommer frem i materialet. I intervjuet mellom Ida og Hilde var jeg tryggere i min rolle som intervjuer. God flyt i samtalen og utfyllende svar ga mindre behov for innvendinger og rettleiding underveis. I intervjuet mellom Wenche og Kirsti ble min rolle derimot mer aktiv for å bidra til mer flyt og detaljrike svar. Jeg burde tillatt stillheten en større plass da det har vist seg at stillhet ofte bidrar til at spørsmål besvares med ytterligere innhold (Mishler, 2009). Min stadige innblanding kan ha vært med på å skape en viss usikkerhet hos Wenche og Kirsti.

5.2 PNES- en ikke-diagnose

PNES anfallene kan arte seg forskjellig og bevissthetsnivå kan variere. Dette er Ida og Wenche eksempler på. Mens Ida ikke husker noe fra sine anfall er Wenche ved full bevissthet under sine. Ida og Wenche sine beskrivelser støtter ikke opp om litteraturens forståelse av PNES som et symptom på en underliggende sykdom eller plage. Wenche sine beskrivelser tyder også i liten grad på at hun opplever anfallene som mestring slik litteraturen beskriver anfallene for traumepasienter. Karterud (2013) skriver at det har vært vanlig å forstå PNES som en kroppslig reaksjon på stress, på tross av at man ikke finner tegn på psykososiale eller emosjonelle vansker hos pasienter som får PNES. Stress forstås ofte som mulig årsak til PNES, og Ida sine anfall faller inn under denne forklaringen. Generelt spriker litteraturen i forsøk på å forklare anfallene og det har enda ikke lyktes i en fullverdig forklaring. I Ida og Wenche sine tilfeller fremstår PNES anfallene som svært forskjellige og det kan tenkes at en generell forklaring aldri vil bli mulig.

I følge Good (2001) er en diagnose viktig i den meningsskapende prosessen ved langvarige symptomer. Pasienten kan gi sykdommen en plass i livshistorien, det fører til mindre angst, et mer reflektert forhold til kroppen, og åpner opp muligheten for å oppleve seg selv som rettfærdiggjort og tatt på alvor. Psykogene ikke-epileptiske anfall er derimot en ikke-diagnose og kan fort omskrives til psykogene anfall. Ordet psykogen beskriver noe som ligger i sinnet, eller sjelen og som har sin opprinnelse i det psykiske. Kroppens rolle forkastes til tross for at anfallene kommer til uttrykk via kroppen. Hvor mye mening gir egentlig en diagnose der årsaksforklaringene florerer og kroppens rolle neglisjeres? PNES er en tilstand med medisinske uforklarte symptomer. Når ingen vet hva plagene dine kommer av er det heller ingen som vet hvordan de kan hjelpe deg. Det sies at PNES pasienter ofte blir en kasteball mellom nevrologien og psykiatrien. For Ida har ikke dette vært tilfelle, men Wenche har vært en kasteball mellom flere ulike behandlingsmiljøer i mange år. Wenche får i tillegg avvisning om videre hjelp fra SSE etter ferdig utredning, noe som bekrefter litteraturens påstand om at pasienter ofte opplever å bli stående alene.

Ida er et eksempel på at pasienter som har PNES ofte feildiagnostiseres og settes på epilepsimedisiner. Til tross for dette blir hun innen kort tid utredet og får diagnosen innenfor estimert diagnostiseringstid på to år i motsetning til Wenche som har gjennomgått en lang og krevende prosess. Verken Ida eller Wenche syntes det var vanskelig å få PNES

diagnosen, slik litteraturen antyder. Ida trodde ikke selv hun hadde PNES, men utsagnet «vi ble glade når de sa det var PNES» viser hvordan hun støtter seg på foreldrenes reaksjon og slik stoler på at de vet hva som er best for henne. Hennes subjektive mening og reaksjon er noe uklar, mens Wenche derimot viser en lettelse over å endelig få svar. Jeg stiller spørsmål ved om vår innstilling til og forståelse av PNES tilstanden som helsepersonell kan være formende for hvordan diagnosen mottas av pasientene. Ida nevner i intervjuet at hun opplevde at legene «hausset opp» diagnosen. Kanskje kan fokus på å ufarliggjøre tilstanden virke beroligende og gi en trygghet i pasientene om at dette er noe de kan mestre?

Usikkerheten rundt hvilken behandling som er best for PNES pasienter fører til at Ida forsøker både psykolog og kognitiv terapi. Til tross for at forskningen viser til god behandlingseffekt av PNES pasienter, representerer Ida en av dem som ikke har ønsket effekt av slike tilnærminger. Jeg syntes det er interessant at SSE rådet Ida til å kontakte psykolog fremfor psykomotorisk fysioterapeut basert på at hennes krampeanfallet var for store. Hvorfor er psykologen førsteprioritet når målet er å endre kroppslige symptomer? Psykologer har kunnskap og kompetanse om menneskers handlinger, tanker og følelser og kanskje kan de for noen PNES pasienter ha en viktig funksjon som behandler. Jeg mener likevel at en behandlingsform der det også fokuseres på kropp er viktig for PNES pasienter nettopp fordi det ikke er noe klart skille mellom kropp og person. Kroppen er ikke uttrykksløs- uten erfaring, subjektivitet og mening slik Merleau Pontys kroppsfenomenologi uttrykker. Ved å avfeie kroppens rolle mistes verdifull informasjon som er viktig for å oppnå en bedre subjektiv forståelse av PNES, som jo litteraturen hevder er en forutsetning for en vellykket behandling.

Skal vi stole på litteraturens prognoseforespeiling er Ida den med best forutsetninger for å bli bedre. Hennes tilstand har mildnet og hun har ingen andre tilleggsplager og symptomer. Hun har et solid nettverk rundt seg og er ei jente med mange ressurser, noe som ses som en viktig forutsetning for bedring. Basert på det vi vet om Wenche sitt utbytte av den psykomotoriske behandling tyder dette på at også hun har gode muligheter for å bli bedre over tid.

5.3 Diskusjon av Temaer

I dette delkapittelet diskuteres kroppsbevissthet som tema helhetlig uten tydelig skille mellom dets undertemaer. Økt kroppsbevissthet har vært viktig for at Ida og Wenche har kunnet forstå og delvis kontrollere sine anfall. Av den grunn diskuteres temaet om forståelse og kontroll av anfallene under kroppsbevissthet. Avslutningsvis diskuteres betydningen av den terapeutiske relasjonen.

I psykomotorisk fysioterapi står sammenhengen mellom respirasjonen og følelser i sentrum, gjennom at følelser uttrykkes i pusten (Thornquist & Bunkan, 1995). Respirasjonen skal være mest mulig spontan og overlatt til seg selv. Som terapeuter skal fokuset være å observere pust og i mindre grad rette pasientens oppmerksomhet til sin egen pust (Bunkan, 2008). Denne oppfatningen og forståelse av pust i psykomotorisk fysioterapi kan være grunnen til at pasientene ikke nevner pusten eksplisitt i intervjuene. Kanskje har det aldri vært et direkte tema? Grunnet pustens sentrale plass i den psykomotoriske fysioterapien ønsker jeg å diskutere pust i de delene av materialet der jeg har grunnlag for å kunne si noe om det.

5.3.1 Kroppslige uttrykk som betydningsfulle signal

Wenche hadde i lang tid ingen forståelse av symptomene sine, noe som også er utgangspunkt for flere som starter i psykomotorisk fysioterapi (Dragesund & Råheim, 2008). Også andre, uavhengig av diagnose eller plager opplever manglende kontroll over kroppen med at den har sin egen vilje og at den ikke reagerer slik de ønsker. Andre har opplevd at det å se kroppen og symptomene i en større kontekst, blant annet med kunnskap om egne reaksjonsmønstre har vært viktig for å forstå sine symptomer. Disse erfaringene har mange likhetstrekk med det som kommer frem i mitt materiale.

Kroppen er en sentral kilde til innsikt og kunnskap, både for pasient og fysioterapeut. Først blir man bevisst og i kontakt med sine fysiske sensasjoner. Slike sensasjoner er viktige for videre å forstå ens følelser og behov (Gyllensten, Skär, Miller & Gard, 2010). Kroppen er vanligvis ikke gjenstand for vår oppmerksomhet i vårt daglige liv. Den velfungerende kroppen er fraværende, vi tar kroppen for gitt og vi handler uten å tenke over den (Leder, 1990). Livet i kroppen fungerer i sin egen rytme. Det å merke seg selv er noe kroppen gjør hele tiden, men når en utsettes for smerte eller sykdom bringes derimot oppmerksomheten

mot kroppen. For Ida bringes oppmerksomheten til hele kroppen under anfallene, mens hos Wenche er den konsentrert til venstre side av hodet, nakke og skulder. Slik Leder (1990) hevder blir kroppen gjenstand for oppmerksomhet når den yter motstand, når den blir dysfunksjonell. Ved sykdom og smerter objektiveres kroppen og hindrer oss i å gjøre det vi vanligvis gjør. Ida slutter på fotball, slutter å sykle og må følges til skolen. Wenches frykt for anfall, og smerter hindrer henne i daglige aktiviteter som kan trigge anfall.

For Wenche som har levd med smertene sine i over 40 år og med begrensningene det har gitt, er det som hun har vært fengslet i og av smertene sine. Hos alle pasienter med bevegelsesangst finnes et mer eller mindre fastlåst armbrystsegment som skaper ømme punkter i skuldermuskulatur og ikke sjelden uregelmessig hjerterytme (Braatøy, 1952). Wenches opplevelse av økt hjertebank parallelt med anfallene og hennes muskulære spenninger støtter opp under denne teorien. Braatøy (1952) skriver vider at hjertesymptomer gjør pasientene mer engstelige og at de strammer seg mer slik at plagene tydeliggjøres ytterligere. Dette kan blant annet ses gjennom Wenches beskrivelser av en oppstrammet, knytt holdning. Holdningen kan ses som en blanding av et fleksjonsmønster og et ekstensjonsmønster. Holdningen er preget av høye, fremovertrukne skuldre (fleksjon) og et generelt oppstrammet holdningsmønster (ekstensjon). Hennes holdning kan tolkes som ett beredskapsmønster av samtidig emosjonell og kroppslig art og kan ses som en reaksjon på hennes opplevelse av å aldri kunne slappe av. Kroppens holdning og spenninger ses da som en reaksjon og konsekvens av frykt og usikkerhet. Kroppens tilpasninger antas å ha blitt en nødvendig og hensiktsmessig beskyttelse og tilpasning til en vanskelig oppvekst.

Baklåsfenomenet til Braatøy kan brukes for å forstå Wenche sitt holdningsmønster og hvordan det er et resultat av en tilpasning. Er dette taket i holdningsmuskulaturen et resultat av en årelang tilpasning til angstsituasjoner som har blitt stående i år eller tiår, blir spenningen innfiltrert i alle ens tilpasningsreaksjoner. En holdning vil alltid prege ens bevegelser skriver Braatøy (1948a).

Ida har i likhet med Wenche et oppstrammet holdningsmønster, men basert på Hilde sin uttalelse om en typisk sersjantstilling tolkes det til et mer entydig ekstensjonsmønster og en «ta seg sammen» holdning. Holdningen domineres av høye spenninger i muskulaturen som arbeider mot tyngdekraften (Thornquist, 2003a). Ved dette mønsteret vil personen være

relativt stiv. I Ida sitt tilfelle kommer dette frem ved at Hilde ikke klarer å trekke skuldrene hennes tilbake. Ida sin «ta seg sammen» holdning er samtidig kjennetegnet av en «ta seg sammen» pust, noe Hilde også bemerker med å si at pusten var lite synlig. Holdningen kjennetegnes av konstant muskulær aktivitet der den spontane pusten bremses av muskelkontroll og styring (Thornquist & Bunkan, 1995). «Magen inn» og «brystet frem» innebærer aktivitet i bukmuskulaturen og hemmer den basale, dype respirasjonen. Holdningen kan forstås som noe Ida føler hun må mestre, et behov for å være flink for å tilfredsstille morens ønske om å rette seg opp. Holdningen har blitt nødvendig og hensiktsmessig for Ida å opprettholde da en ved å utfordre dette mønsteret bryter med hennes oppfatninger og tanker om hva som er riktig holdning.

5.3.2 Ida og Wenche knytter positiv kontakt til egen kropp

Utvikling av kroppsbevissthet er en viktig del av den psykomotoriske behandlingen og har fått stor plass i behandlingen av Ida og Wenche. Roxendal (1985) har definert kroppsbevissthet som oppfatningen av kroppslige sensasjoner, impulser, følelser og reaksjoner som har sitt utspring i kroppen. I fysioterapeutisk behandling handler det om å hjelpe pasient med å etablere kontakt med egen kropp og kroppslige sensasjoner, for så å øke kroppsbevissthet og eierskap til kroppen, eller å bli «embodied» (Kolnes, 2012). Embodied handler i denne sammenhengen om kroppen som et levende subjekt, og om å være i kontakt med kroppen og kroppslige sensasjoner. I Merleau Pontys fenomenologi referer det til kroppen som en levende, dynamisk enhet som kontinuerlig informerer og former vår tilstedeværelse og opplevelse. Kroppene våre er ikke bare i verden, men gir oss verden (Merleau-Ponty, 2002). Alt vi utsettes for som mennesker setter seg i kroppen og kommer fysisk til uttrykk. I psykomotorisk fysioterapi opererer vi ikke med sterke skiller mellom følelsesmessige, psykologiske og kroppslige reaksjoner. Via kroppsholdning, pust og bevegelser formidler vi hvordan vi har det. Følelser gjenspeiles i kroppen og via kroppen reguleres vårt følelsesliv (Thornquist & Bunkan, 1995).

Når Hilde og Kirsti utfordrer Ida og Wenche i å avvike fra deres vanemessige mønster kan det påvirke de følelsene som ligger integrert i kroppen. Ida blir irritert og Wenche blir veldig usikker. Usikkerheten til Wenche har ført til flere tiltak for å gjøre behandlingen så trygg som mulig. Kirsti har sittet på gulvet og de har ikke jobbet liggende for å unngå en sårbar stilling. Gradvis har hun utfordret Wenche på å kjenne etter. Det virker som om

denne måten å jobbe har vært nødvendig for at Wenche skal kjenne seg trygg under behandlingen. Trygghet gir rom for at oppmerksomheten vekkes mot å utforske nye kroppslige muligheter.

Ida blir irritert når hun oppfordres til å sette ord på hvordan hun står og sitter uten hint fra Hilde om hva som er rett eller gal fornemmelse. At hun ikke blir fortalt hva hun skal kjenne bryter med det hun tidligere har erfaring med. Fysioterapeuten sa hun hadde mark i kroppen og legene fortalte henne hva hun kjente og hva PNES tilstanden skyldtes. Ingen har tidligere spurt hva Ida selv erfarer, kjenner eller tenker. I samhandling med fysioterapeutene løftes nye kroppsupplevelser frem gjennom verbale refleksjoner i den psykomotoriske fysioterapien.

I klinisk kommunikasjon er hensikten at pasientens meningssammenhenger skal fremtre, for å bearbeides og forstås på nye måter. En forutsetning for å realisere dette er å tenke om kroppen som ett erfarende levende subjekt. For spesielt Wenche var PNES en tilstand som var vanskelig å forstå og språket kan oppleves som mangelfullt når sykdomsopplevelsen skal beskrives. En anerkjennende holdning hos klinikerer er grunnleggende for pasientens mestring av tilstanden, samtidig som det kan danne grunnlaget for nye erkjennelser. Verbale refleksjoner bidrar til at både Ida og Wenche blir mer kjent med egen kropp og dermed kan føle den på en mer differensiert måte. Gjennom å kjenne og reflektere blir de bevisst egen holdning, spenninger og hvordan kroppen brukes i det daglige. Å bli bevisst egen kropp er nødvendig for å kunne endre uvaner og uhensiktsmessige bevegelses- og reaksjonsmønstre. Som Hilde beskriver blir Ida mer oppmerksom på egen stående holdning og får en erfaring av at det kanskje ikke var en så ideell måte å stå på. Målet er å forene hva som oppleves godt og behagelig med det som fysisk og mekanisk sett representerer heldig belastning (Thornquist & Bunkan, 1995). Ida opplever at foten står bedre mot underlaget etter å ha rullet over en ball. Å bli mer bevisst kroppen og få erfaring med hva som oppleves godt, kan for eksempel hjelpe henne i å finne en mer behagelig sittestilling. Å knytte positive følelsesmessige erfaringer til bruk av kroppen kan ha bidratt til at for eksempel Ida nå har lettere for å slippe andre uhensiktsmessige spenninger i kroppen. Fysioterapeutene bidrar til nye kroppslige oppdagelser og erfaringer som kan være hjelp til å oppleve og forstå. De hjelper Ida og Wenche til tilstedeværelse og kontakt med seg selv og sin kropp, mye gjennom å vie oppmerksomhet til det som skjer i kroppen. Dette har bidratt til at både Ida

og Wenche tydeligere kjenner hva som skjer i kroppen under et anfall og har blitt kjent med hva som kan trigge det. Det ser ut som om økt kontakt med kroppen har gjort at de kan håndtere sin egen kropp, symptomer og tegn mer hensiktsmessig. Å handle i samsvar med kroppsbevisstheten og å ta ansvar for egne behov blir sett på som et positivt utgangspunkt for å handle i samfunnet (Gyllensten et al., 2010). En økt kroppslig bevisstgjøring kan ha bidratt til å øke deltakelse og aktivitet. Wenche har fått tilbake sertifikatet, hun trenger ikke være redd for å bevege seg og kan delta i ulike treningsgrupper. Ida trenger ikke bli fulgt til skolen og er mer selvstendig.

5.3.2.1 Massasje som middel for å knytte kontakt med kroppen

Ida og Hilde har jobbet direkte med massasje i behandling. Wenche og Kirsti har jobbet «hands on» blant annet med baller og piggballer som har den samme hensikten som massasje i psykomotorisk behandling, å fremme frigjøring av spenning. Dette gir mulighet til å øke ens bevissthet og forståelse av kroppens reaksjoner, som igjen er viktig for å kunne oppnå en ny forståelse av seg selv (Ekerholt & Bergland, 2006). Ida beskriver kroppen som avslappet og rolig mens hun fikk massasje, hun fikk en positiv opplevelse av kroppen. Ida sine erfaringer er lik hvordan andre pasienter, uavhengig av diagnose eller tilstand, opplever massasje i psykomotorisk fysioterapi. De beskriver en økt følelse av kontakt med kroppslige signaler, økt evne til å registrere og verbalisere disse, og økt bevissthet rundt egne emosjoner og følelser (Ekerholt & Bergland, 2006). Bruk av massasje og påvirkning av muskulaturens spenningstilstand gir også en forandring i respirasjon (Thornquist, 2003a). Ida sin opplevelse av å kunne slappe godt av under massasje kan derfor tyde på en samtidig frigjøring av respirasjonen.

5.3.3 Regulering av følelser

Alt vi utsettes for som mennesker, som kropper, påvirker vårt følelsesliv og vår personlighetsutvikling. Alle påvirkninger og erfaringer påvirker ikke bare vår psykiske utvikling og sosiale funksjon, men også kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995). Gjennom de delte erfaringene tydeliggjøres det hvordan følelser tilknyttet opplevelsene og erfaringene har fått like stor oppmerksomhet som de kroppslige fornemmelsene. Økt kroppsbevissthet har gjort det mulig for Wenche å forstå forholdet mellom kroppslige symptomer og livserfaringer. I den levende og erfarende kroppen er alle bevegelser uttrykksformer der fysiologiske og psykologiske aspekter flettes sammen. Å ha kontakt med egne følelser i

form av sinne, tristhet og glede er en forutsetning for fri kroppslig utfoldelse og et variert og nyansert bevegelsesrepertoar (Thornquist & Bunkan, 1995). Følelser i tillegg til å uttrykke følelser har fått stor plass i behandlingen av Wenche. Wenche har vært vant med å sitte med følelsene sine alene og aldri latt de få komme til uttrykk. At hun opplevde å føle seg usikker i tillegg til å ha en barnslig oppførsel i starten av behandlingen, kan tyde på at hun heller ikke som barn fikk utløp for sine følelser. Treet som representerer hjernen tolkes som et viktig redskap for at Wenche skulle få speilet og dermed forstå følelsenes innvirkning på kroppen. Når de har jobbet som små barn, ungdom og tenåringer har hun også fått satt ord på alt hun kjenner eller har kjent på i alle år. Kirsti la vekt på at følelsene skulle brukes til noe konstruktivt, at Wenche skulle handle ut fra følelsene sine. Denne måten å jobbe på virker inspirert av psykoterapien. Killingmo referert i Hartmann (2008, s. 187) skriver at «psykoanalytisk teori antar at fortrenge infantile behov og reaksjonsmønstre bare kan gis avkall på ved at de gjennom overføring under innflytelse av regresjon aktiveres og emosjonelt gjenoppleves i den terapeutiske situasjonen». I psykologi og psykiatri betegner regresjon at en person funksjonsmessig vender tilbake til et tidligere gjennomgått utviklingsstadium (Malt, 2020). I psykoanalytisk orientert teori må pasienten i terapien oppføre seg som et lite barn med en atferd som er karakteristisk for vedkommendes forstyrrede infantile objektforhold-før endring kan finne sted (Hartmann, 2008).

For Ida virker ikke koblingen mellom kropp og følelser å være like etablert som hos Wenche, ei har det samme verdi. I måten Ida snakker på virker hun ikke helt å forstå den erfarende og levende kroppen på samme nivå Hilde prater om det på. Fra utdragene som er gjengitt i resultatdelen virker Ida fremdeles å ha et slags dualistisk syn på seg selv, at anfallene enten er psykisk i hodet eller fysisk i kroppen. Hun anerkjenner det Hilde sier om at «du er jo kroppen», noe som kan tolkes til at hun har hørt dette før. Kanskje blir likevel dette bare ord for henne om hun ikke kan har erfart det kroppslig? Ida har ikke kjent det på egen kropp slik Wenche har. Dette kommer også frem når de snakker om målsetting for behandlingen. Mens Ida forteller at de har kunnet snakke om irritasjon dersom hun har kommet til timen og vært irritert, snakker Hilde om at det har vært viktig for Ida og ta innover seg dette med stress og kropp og hvordan hun reagerer på stress. De virker å snakke litt forbi hverandre om akkurat dette temaet. Det virker som om Hilde er opptatt av at Ida skal forstå dette, men igjen skinner det litt gjennom at Ida ikke har den fulle forståelsen av det helt enda.

5.3.4 Lytte til kroppen

Evnen til å gjenkjenne kroppens informasjon eller signaler løftes frem som viktig lærdom i psykomotorisk forskning (Dragesund & Råheim, 2008; Ekerholt & Bergland, 2004). Å lære seg å tolke og respektere signaler, og bli oppmerksom på egne grenser uten å tøyse dem ses som nyttig erfaring. Å bli nysgjerrig på kroppen og kroppens signaler har vært viktige ledetråder også i behandlingen av Ida og Wenche, da det gir muligheten til å utfordre og teste ut alternative måter å bruke kroppen på. Når Wenche blir bevisst at hun ikke klarer å slippe foten ved passive bevegelser kan hun bli nysgjerrig på hvorfor. Enhver spenning skal ikke fjernes ettersom spenninger har en funksjon i psykologisk og sosial forstand. Vi har alle behov for å lukke oss for verden en gang iblant. Det er ikke et mål å være avspent til enhver tid. Det er viktig å kunne veksle avhengig av situasjonen og sammenheng (Thornquist, 2005). Å være avslappet og anspent er like mye en følelsesladet som en fysisk tilstand. Det handler om å vite hvilke situasjoner det er greit å åpne opp for følelser og i hvilke situasjoner en bør eller skal holde tilbake. Kirsti sin formidling om at Wenche kan si at hun må trekke seg unna om det blir for mye tyder på en bevisstgjøring rundt både kropp og følelser og en evne til å sette grenser. I psykomotorisk forskning fremgår viktigheten av å føle seg trygget nok til å utforske det som virker skremmende og samtidig være i et terapeutisk forhold der man lærer å mestre vanskeligheter mer konstruktivt (Ekerholt & Bergland, 2004). For Wenche har dette vært viktige erfaringer. Hun kan utforske bevegelser uten frykt og har lært seg å ta hensyn til kroppslige og følelsesmessige signaler for at hun skal ha det best mulig. Blant annet ved å passe på hvem som satt på hennes venstre side.

Wenche har vært vant med å bagatellisere sine kroppslige fornemmelser. Hun hadde en innstilling om at den psykomotoriske fysioterapien var noe hun måtte tåle. Det varte jo kun én time. Når hun derimot ble oppfordret til å utfordre seg på å kjenne etter, i tillegg til å si ifra, fikk hun erfare en bedre måte å håndtere de kroppslige fornemmelsene på. Hennes innstilling til å «måtte tåle», endret seg. Å uttrykke reaksjoner og følelser og å lære seg å si ifra, kan i denne sammenhengen også ses som en måte å påvirke respirasjonen. I psykomotorisk fysioterapi påvirkes pusten via muskulatur, holdning og bevegelser. Vår kontroll og beherskelsesmekanismer integreres i respirasjonen og vår måte å puste på er nærmest identisk med vår måte å føle på. Å holde tilbake vil si å holde tilbake pust. Når følelser neglisjeres og holdes tilbake slik Wenche har gjort fører det til konstant muskulær aktivitet og styring under hele respirasjonssyklusen. Alle impulser, følelser og reaksjoner

som det ikke er akseptert å gi uttrykk for, bremses og undertrykkes med pusten (Thornquist, 2003a). Wenche har forstått årsaken til anfallene, mye med utgangspunkt i følelsenes plass i behandling og ved å gi uttrykk for disse. Hun har derimot ingen forståelse av anfallenes lokalisasjon til venstre side. Om det er tilfeldig eller et resultat av at hennes venstre side har blitt utsatt eller eksponert for noe som har ført til en reaksjon er derfor umulig å si noe om.

Ida har blitt flink til å sette ord på kroppslige fornemmelser, men hun har vanskelig for å regulere seg etter egne behov og grenser. Hun fremstår som en jente med store ambisjoner, som vil mye. PNES anfallene hindrer henne i dette, og det blir som om hodet vil mer enn hva kroppen tillater. Ida har fremdeles behov for å lære seg å tolke- samt ta hensyn til kroppens signaler. Å få flere kroppslige erfaringer fra behandling og forståelse for hvordan kropp, spenninger og følelser kontinuerlig påvirker hverandre kan gi Ida en bedre forståelse av kroppens signaler. Ida sine krampeanfall har endret seg gjennom behandling i tillegg til at hyppigheten av anfallene har gått ned. Det kan tenkes at Ida sin opplevelse av å ha blitt roligere i tillegg til en annen tilstedeværelse i kroppen kan ha hatt innvirkning på anfallene. Fra at anfallene oppsto under aktivitet skjer det i dag mens hun er i ro. Det virker likevel å være knyttet til stress og prestasjon da det ofte skjer i situasjoner der hun konsentrerer seg, jobber med skolearbeid etc. Perfeksjonskrav, stress og press har blitt hverdagskost i den oppvoksende generasjonen. Å senke kravene til seg selv er vanskelig i et samfunn som med så høyt fokus på å skulle være «perfekt». Prestasjonspress og stress ses som forklaringer på tilstanden. Stress, krav til å prestere og til å gjøre ting på riktig måte, sammen med et høyt spenningsnivå og ansent holdning kan alt sammen være medvirkende til å utløse anfall hos Ida. Hilde introduserer Ida for begrepet toleransevindu, noe som kan ses som et forsøk på å forklare hvorfor det er viktig å lytte til kroppen og at det er en sammenheng mellom stress og anfall. Hilde opplever Ida som teoretisk sterk og benytter seg av hennes ressurser til å gi en viktig innføring som hun senere kan ha nytte av. Veien fra erfaring til forståelse kan derimot ses som kortere enn fra instruksjon til forståelse, og slik vil kroppslige erfaringer gi et bedre grunnlag for å forstå egen behovs- og grenseterskel.

5.3.5 Den terapeutiske relasjonen

Ida og Wenche har begge dårlige erfaringer og opplevelser i møte med helsepersonell. Spesielt Wenche, som assosierer helsepersonell med noe negativt. Med kommunikasjon kommuniserer vi hvem vi skal være for hverandre. Kommunikasjonen har et

relasjonsaspekt. Relasjonsaspektet sier noe om hvordan den enkelte ser seg selv i relasjon til den andre (Thornquist, 2009). For å skape gode relasjoner er det viktig å tenke på hvordan man bruker sin status som helsepersonell. Tilgang på kunnskap om sykdom og helse har økt enormt de siste årene noe som er med på å viske ut forskjellen mellom fagpersonen som ekspert, og bruker. Det er skille mellom kunnskap som har objektiv eller vitenskapelig karakter og den kunnskapen som er normativ. I de normative spørsmålene er ikke fagfolk mer eksperter enn pasienten.

For «den gode hjelperen» er pasienten et menneske du skal nærme deg med ydmykhet, respekt og likeverdighet. Den gode hjelper erfarer at det finnes kun en ekspert på pasientens sykdomsopplevelse, på pasientens frykt, håp, kroppslige fornemmelser og sosiale påvirkninger: pasienten selv. Klok behandling krever at de to ekspertene, den faglige ekspert og pasienten på meg og mitt, møtes, utveksler kunnskap og deler makt (Fugelli, 2013, s. 89).

Å bli trodd, forstått og bekreftet er viktige forutsetninger for behandling. En dialog basert på empati, respekt, engasjement, sensitivitet og evne til å lytte er viktig verktøy for å få fatt i pasientens egne ressurser og muligheter for å ta ansvar for egen helse (Ekerholt & Bergland, 2004). At relasjonen kan være avgjørende for behandlingsresultatet fremgår av nyere teoretiske og kliniske studier. Relasjon mellom behandler og pasient er like viktig som metoden i seg selv (Borg & Topor, 2014). Så vel som i andre behandlingstradisjoner, løftes også viktigheten av en god terapeutisk relasjon frem i psykomotorisk forskning (Ekerholt & Bergland, 2004; Sviland et al., 2014). Å være i fokus i møtet med fysioterapeuten, bli møtt med respekt, føle seg anerkjent og forstått er alle viktige momenter som trekkes frem som en terapeutisk forutsetning.

Å kunne komme akkurat slik man er til behandling og allikevel føle seg sett og hørt i tillegg til en følelse av å være trygg er noe Ida og Wenche trekker frem som viktig fra behandlingen. At terapeutene tar utgangspunkt i Ida og Wenche i det som gjøres, har innsikt i deres situasjon, at de snakker sammen som i en vanlig samtale med blikkontakt og ikke minst at de har tid, er også kvaliteter som vektlegges for at behandlingen har blitt opplevd som positiv. Tidsaspektet trekkes frem som et viktig element også i artikkelen til Sviland et al., (2014) da det kan oppleves som en lettelse for mange å få en langvarig oppfølging.

Når fysioterapeutene ber Ida og Wenche om å legge merke til, kjenne etter forskjeller etc. gjøres de til medspillere i behandlingen. De anerkjenner pasientene som subjekter og deltakere, noe som er med på å skape tillit til fysioterapeutene. Per Fugelli (2013) omtaler tillit som helsetjenestens gudestoff. Tillit er menneskets følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på. Tillit gjør at pasientene kan overføre ansvar til terapeutene og gi dem «makt» til å handle på deres vegne, til deres beste.

Espen Bjerke (2016) forteller om hvordan mennesker helt fra fødselen av har en «drift» mot andre mennesker. For å bygge opp et bilde av hvem vi er, for å skape oss selv, for vår egen selvrespekt og selvaktelse er vi avhengig av de reaksjonene vi får fra andre mennesker. De relasjoner barn trekkes inn i og deltar i fra fødselen er formende for utvikling av individets potensialer. «Opplevelsene nedfelles som forventninger om repetisjoner av henholdsvis positive og negative nye erfaringer, ledsaget av følelsesmessige tilstander. Følelsesmessige uttrykk danner derved viktige bindeledd mellom tidligere erfaringer og individets organisering av opplevelse senere i livet» (Hartmann, 2008, s. 178). For Wenche som har hatt en oppvekst preget av utrygge rammer og svikt i nære relasjoner vil dette ha betydning for utviklingen av relasjon mellom hun og terapeuten. Trygghet, selvbekreftelse og behovet for felleskap er relasjonsbehov mennesker er avhengig av gjennom livet (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke & Maizels, 2018). Endring kan bare finne sted hvis pasienten opplever terapeuten og terapirommet som en trygg base og slik overvinner sin redsel for å knytte seg følelsesmessig til terapeuten (Hartmann, 2008). Kirsti har hatt stort fokus på å skape en trygg base for Wenche. Ikke bare belyses det gjennom hva Wenche nevner eksplisitt, men også av hva som tidligere har kommet frem fra materialet. Hensyn som å ikke jobbe liggende på benk, Kirsti som ofte har sittet på gulvet, jobbe med behov og grenser, og fokus på at Wenche skal være stabil i seg selv er alle eksempler som belyser hvordan trygghet har fått fokus i behandlingen. Behovet for felleskap har også blitt ivaretatt gjennom å inkludere Wenche i ulike treningsgrupper.

Behandling med fokus på individualisering- tilpasning til den enkelte bør være et overordnet ideal i klinisk virksomhet. Wenche sin behandling var primært av støttende og stabiliserende art for ikke å svekke hennes forsvar ytterligere. Ida og Hilde har etter mine tolkninger jobbet mer omstillende ved å utfordre vanemønstre og dermed kroppslig forsvar.

En slik individualisering viser tegn til vurdering fra fysioterapeutenes side om hvordan de på best mulig måte kan få resultater samtidig som de ivaretar pasientens behov.

6 Avsluttende kommentarer

Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse erfaringer fra Norsk psykomotorisk fysioterapi ved behandling av pasienter med psykogene ikke-epileptiske anfall. Dette ble gjort gjennom dyadeintervjuer. Materialet mitt viser hvordan fysioterapeutene skaper felles forståelse sammen med pasientene. Dette gjøres både gjennom dialog, refleksjoner og gjennom pasientens kroppslige erfaringer. Resultatene viser til mye av det samme som annen psykomotorisk forskning, til tross for en annen metodisk tilnærming. Dette er med på støtte opp hvordan sosial konstruksjon er noe som pågår kontinuerlig og at mening kan utvikles selv i dyadiske intervju.

En god terapeutisk relasjon vektlegges som en viktig forutsetning for at Ida og Wenche har hatt utbytte av den psykomotoriske behandlingen. Gjennom begge behandlingsforløp har kroppsbevissthet vært et tydelig fokus. Å bli bevisst og i kontakt med sine fysiske sensasjoner har hjulpet Ida og Wenche i ulik grad med å forstå sine følelser og behov. En økt kroppsbevissthet har i tillegg vært viktig for å få en bedre forståelse av og kontroll over de psykogene ikke-epileptiske anfallene. Resultatene viser tydelige likhetstrekk med annen psykomotorisk forskning både gjennom fokus i behandling, og gjennom delte erfaringer. Å arbeide med kroppsbevissthet er ikke bare viktig, men en nødvendig forutsetning for at pasienten skal kunne bruke seg selv som «behandler». Fokus på å øke pasientens kroppsbevissthet er derfor sentralt i den psykomotoriske behandlingen. I NPMF er utgangspunktet funksjon, ikke diagnose. Tilnærmingens fokus på det individuelle istedenfor det generelle gjør behandlingen aktuell for mange, uavhengig av diagnose eller plager.

Hvordan psykomotorisk fysioterapi praktiseres avhenger av fysioterapeutens bakgrunn. Kirsti benytter seg av sensomotorisk psykoterapi i behandlingen av Wenche. Å tre tilbake til tidligere utviklingsstadier er et eksempel på hvordan teori som ikke har noe direkte utspring i den psykomotoriske teorien tas i bruk i psykomotorisk behandling. Det virker som om denne tilnærmingen har hatt stor betydning for Wenche, og det belyser at vi i mange situasjoner, kanskje særlig innenfor traumeproblematikk må ty til kreative behandlingstilnærminger. Det er likevel viktig å påpeke at det som skiller psykomotorisk fysioterapi fra psykoterapi til en viss grad nedtones, og at slike tilnærminger reiser spørsmål om fagets avgrensning.

Slutninger om psykomotorisk behandling er en velegnet behandlingsform for pasienter med PNES, kan ikke trekkes på bakgrunn av mitt begrensede materiale. Erfaringene som deles gir likevel et godt bilde av at en slik tilnærming kan gi viktig innsikt og erfaringer på veien mot å forstå PNES diagnosen og krampeanfallene bedre. For å kunne trekke videre konklusjoner er det derimot nødvendig med ytterligere forskning på psykomotorisk fysioterapi og mer kunnskap om pasienter med psykogene ikke-epileptiske anfall.

7 Litteraturliste

- Allan, G. (1980). A note on interviewing spouses together. *Journal of Marriage and the Family*, 42(1), 205-210.
- Alsaadi, T. M. & Marquez, A. V. (2005). Psychogenic nonepileptic seizures. *American family physician*, 72(5), 849-856.
- Benbadis, S. R. & Allen Hauser, W. (2000). An estimate of the prevalence of psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 9(4), 280-281.
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2000). *Den samfunnsskapte virkelighet* (The Social construction of reality). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bergland, A., Olsen, C. F. & Ekerholt, K. (2018). The effect of psychomotor physical therapy on health - related quality of life, pain, coping, self - esteem, and social support. *Physiotherapy Research International*, 23(4).
- Bjerke, E. (2016). Relasjonens betydning i psykoterapi. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(22), 1908-1910.
- Bjørnholt, M. & Farstad, G. R. (2014). 'Am I rambling?' on the advantages of interviewing couples together. *Qualitative Research*, 14(1), 3-19.
- Borg, M. & Topor, A. (2014). *Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., Clarke, V. & Weate, P. (2016). Using thematic analysis in sport and exercise research. I B. Smith & A. C. Sparkes (Red.), *Routledge handbook of qualitative research in sport and exercise* (s. 213-227): Routledge.
- Breitve, M. H., Hynninen, M. & Kvåle, A. (2008). Emosjonelle symptomer og helseplager hos pasienter som oppsøker psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*, 75(12), 19-26.
- Braatøy, T. (1947). *De nervøse sinn : medisinsk psykologi og psykoterapi*. Oslo: Cappelen.
- Braatøy, T. (1948a). Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevrose o.l. Del 1 Bevegelse, affekt og holdning. *Nordisk medisin*, 38, 923-930.
- Braatøy, T. (1948b). Psykologi contra anatomi ved sykegymnastisk behandling av armnevrose o.l. Del 2 Respirasjon, affekt og ord. *Nordisk medisin*, 38, 971-976.
- Braatøy, T. (1952). *Pasienten og lægen. Med fragmenter av en polemisk selvbiografi* (bd. p:249). Oslo: J.W. Cappelens forlag.
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bunkan, B. H., Hansen, A. B., Houge, N. H., Hødal, T. & Hansson, H. (1995). *Psykomotorisk behandling : ad modum Braatøy/Bülow-Hansen : kompendium til bruk i forbindelse med kurs*. Oslo: Pensumtjeneste.
- Carton, S., Thompson, P. J. & Duncan, J. S. (2003). Non-epileptic seizures: patients' understanding and reaction to the diagnosis and impact on outcome. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 12(5), 287-294.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010). Helsinkideklarasjonen (engelsk fulltekst). Hentet 01.03.20 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
- Dragesund, T. & Råheim, M. (2008). Norwegian psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24(4), 243-254.

- Eide-Midsand, N. & Nordanger, D. Ø. (2017). Betydningen av å være trygg. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(10), 927-935.
- Eisikovits, Z. & Koren, C. (2010). Approaches to and Outcomes of Dyadic Interview Analysis. *Qual. Health Res.*, 20(12), 1642-1655.
- Ekerholt, K. (2011). Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patients' experiences in psychomotor physiotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6(2), 103-115.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients' experiences, a basis for knowledge. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(6), 403-410.
- Ekerholt, K. & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in Physiotherapy*, 8(3), 137-144.
- Ekerholt, K. & Gretland, A. (2018). Norwegian Psychomotor Physiotherapy, A Brief Introduction. I M. Probst & L. H. Skjærven (Red.), *Physiotherapy in mental health and psychiatry : a scientific and clinical based approach* (s. 51-58). Amsterdam: Elsevier.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview* (2. utg.). København: Akademisk Forlag.
- Frank, A. W. (2016). Practicing dialogical narrative analysis. I J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Red.), *Varieties of narrative analysis* (s. 33-52). Los Angeles: SAGE.
- Fugelli, P. (2013). Helsetjenestens gudestoff: tillit. I H. O. Engvold & K. Johnsen (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 86-91). Oslo: Universitetsforlaget.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life* (Doubleday Anchor books). Garden City, N.Y: Doubleday.
- Goldstein, L. H., Chalder, T., Chigwedere, C., Khondoker, M. R., Moriarty, J., Toone, B. K. & Mellers, J. D. C. (2010). Cognitive-behavioral therapy for psychogenic nonepileptic seizures: A pilot RCT. *Neurology*, 74(24), 1986-1994.
- Good, B. J. (2001). The body, illness experience, and the lifeworld: A phenomenological account of chronic pain. I B. J. Good (Red.), *Medicine, rationality, and experience : an anthropological perspective* (s. 116-134). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gyllensten, A. L., Skär, L., Miller, M. & Gard, G. (2010). Embodied identity-A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26(7), 439-446.
- Hartmann, E. (2008). Pasienten som veileder i det terapeutiske terrenget. I E. Hartmann & E. D. Axelsen (Red.), *Veier til forandring : virksomme faktorer i psykoterapi* (2. utg., s. 175-200). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Horner, M. & Hamner, M. (2002). Neurocognitive Functioning in Posttraumatic Stress Disorder. *Neuropsychology Review*, 12(1), 15-30.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kanaan, R. A. A., Duncan, R., Goldstein, L. H., Jankovic, J. & Cavanna, A. E. (2017). Are psychogenic non-epileptic seizures just another symptom of conversion disorder? *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 425-429.

- Karterud, H. N. (2006). *Diagnose til besvær? en studie av pasienters sykdomsforståelse og erfaringer med diagnosen psykogene ikke- epileptiske anfall*. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Karterud, H. N. (2013). Men noe galt er det...klinisk kommunikasjon ved medisinsk uforklarte symptomer. I H. O. Engvold & K. Johnsen (Red.), *Klinisk kommunikasjon i praksis* (s. 130-139). Oslo: Universitetsforlaget.
- Karterud, H. N., Knizek, B. L. & Nakken, K. O. (2010). Changing the diagnosis from epilepsy to PNES: Patients' experiences and understanding of their new diagnosis. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 19(1), 40-46.
- Kolnes, L. J. (2012). Embodying the body in anorexia nervosa – a physiotherapeutic approach. *Journal of Bodywork & Movement Therapies*, 16(3), 281-288.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Labudda, K., Frauenheim, M., Illies, D., Miller, I., Schrecke, M., Vietmeier, N., . . . Bien, C. G. (2018). Psychiatric disorders and trauma history in patients with pure PNES and patients with PNES and coexisting epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 88, 41-48.
- LaFrance, W. C., Baird, G. L., Barry, J. J., Blum, A. S., Frank Webb, A., Keitner, G. I., . . . Szaflarski, J. P. (2014). Multicenter Pilot Treatment Trial for Psychogenic Nonepileptic Seizures: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71(9), 997-1005.
- LaFrance, W. C. & Ranieri, R. (2014). Comments on Reuber et al. Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy & behavior* 2003;4:205-216. 13-15.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lock, A. & Strong, T. (2010). *Social constructionism : sources and stirrings in theory and practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lund, C., Haraldsen, I., Lossius, M. I., Bjørnæs, H., Lossius, R. & Nakken, K. O. (2009). Psykogene ikke-epileptiske anfall. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(22), 2348-2351.
- Malt, U. (2020, 07 Januar). Regresjon. Hentet 02.04.2020 fra <https://snl.no/regresjon>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Manzo, J., Blonder, L. & Burns, A. (1995). The social-interactive organisation of narrative and narrating among stroke patients and their spouses. *Sociology of Health and Illness*, 17(3), 307-327.
- Mattingly, C. (2000). Emergent narratives. I L. C. Garro & C. Mattingly (Red.), *Narrative and the cultural construction of illness and healing* (s. 181-212). Berkeley, Calif: University of California Press.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi* (Phénoménologie de la perception). Oslo: Pax.
- Merleau-Ponty, M. (2002). *Phenomenology of perception* (Phénoménologie de la perception). London: Routledge.
- Mishler, E. G. (2009). The joint construction of meaning. I *Research interviewing* (s. 52-65): United States: Harvard University Press.
- Morgan, D. L. (2016). *Essentials of dyadic interviewing*. London: Routledge.
- Morgan, D. L., Ataie, J., Carder, P. & Hoffman, K. (2013). Introducing Dyadic Interviews as a Method for Collecting Qualitative Data. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1276-1284.

- Morris, S. M. (2001). Joint and Individual Interviewing in the Context of Cancer. *Qualitative Health Research, 11*(4), 553-567.
- Nielsen, G., Ricciardi, L., Demartini, B., Hunter, R., Joyce, E. & Edwards, M. (2015). Outcomes of a 5-day physiotherapy programme for functional (psychogenic) motor disorders. *Official Journal of the European Neurological Society, 262*(3), 674-681.
- Nielsen, G., Stone, J. & Edwards, M. J. (2013). Physiotherapy for functional (psychogenic) motor symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 75*(2), 93-102.
- Nielsen, G., Stone, J., Matthews, A., Brown, M., Sparkes, C., Farmer, R., . . . Edwards, M. (2015). Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation. 1113-1119.
- Reuber, M. & Elger, C. E. (2003). Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. 205-216.
- Reuber, M., Pukrop, R., Bauer, J., Helmstaedter, C., Tessendorf, N. & Elger, C. E. (2003). Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. 305-311.
- Roxendal, G. (1985). *Body Awareness therapy and body awareness scale*. University of Göteborg.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke, E. & Maizels, D. (2018). *Psykiatriboken : sinn - kropp - samfunn* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2014). To be held and to hold one's own: narratives of embodied transformation in the treatment of long lasting musculoskeletal problems. *A European Journal, 17*(4), 609-624.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thompson, R., Isaac, C. L., Rowse, G., Tooth, C. L. & Reuber, M. (2009). What is it like to receive a diagnosis of nonepileptic seizures? *Epilepsy and Behavior, 14*(3), 508-515.
- Thornquist, E. (2003a). *Lungefysioterapi : funksjonsvurderinger og klinisk arbeid* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2003b). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling – En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, (01)*, 30-44.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Øien, A. M., Iversen, S. & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences - Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy, 9*(1), 31-39.

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Erfaringer fra norsk psykomotorisk fysioterapi ved behandling av psykogene-ikke epileptiske anfall

Referansenummer

355187

Registrert

15.08.2019 av Cathrine Bader - cba038@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Cathrine Boge- Olsnes, cathrine.boge-olsnes@uit.no, tlf: 45443440

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Cathrine Bader, cathrine_bader@hotmail.com, tlf: 48182274

Prosjektperiode

01.10.2019 - 30.06.2020

Status

22.04.2020 - Vurdert

Vurdering (3)

22.04.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 16.04.2020.

Ny dato for prosjektslutt er satt til 30.06.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 22.04.2020. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

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

09.09.2019 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 07.09.2019.

TSD er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den

gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 09.09.2019. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

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

26.08.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 26.08.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

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

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse (utvalg 1) og alminnelige personopplysninger frem til 15.05.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

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

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold

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

Intervjuguide

”Erferinger fra Norsk psykomotorisk fysioterapi ved behandling av pasienter med psykogene ikke- epileptiske anfall”

Spørsmålene er delt opp i spørsmål til pasient, terapeut eller som spørsmål som stilles til begge informanter.

Spørsmål til begge informanter:

- 1) Kan du fortelle litt deg selv? (fokus pasient: alder, jobb/studie, familie/venner, fritid) (fokus fysioterapeut: utdanning, jobberfaring, erfaring med liknende plager?)

Spørsmål til pasient

- 2) Kan du fortelle litt om bakgrunnen for at du oppsøkte psykomotorisk fysioterapi?
 - Anfallsutforming og utvikling
 - Forståelse av anfallene
 - Hvordan var det å være deg?
 - Møte med helsepersonell og deres forståelse/anbefalinger
 - Hvordan var det å få PNES diagnosen?
 - Andre behandlingserfaringer?
 - Hvordan ble psykomotorisk fysioterapi aktuelt?
 - Hvor lenge/hyppig har behandling vært gjennomført?
- 3) Hva viste du om psykomotorisk fysioterapi før du begynte i behandling?

Spørsmål til begge informanter:

- 4) Hvordan erfarte dere de første timene med psykomotorisk fysioterapi?
 - Hva bestod timene av/hva gjorde dere?
 - Hva ble tematisert?
 - Hvilke funn
 - Tema for samtale
 - Mål for behandling

- 5) Hvordan har dere opplevd den videre behandlingen?
- Hva har dere gjort sammen?
 - Noe spesielt dere ønsker å trekke frem?
 - Noen reaksjoner underveis i forløpet? Kroppslig/følelsesmessig
 - Hvordan har anfallene utviklet seg?
 - Har dere sett/erfart noen endringer underveis? (kroppslig, følelsesmessig)
Hvordan har evt. disse endringene blitt forstått?
 - Endring av hvordan PNES forstås nå kontra tidligere
 - Hvordan har det vært å jobbe sammen?
- 6) Hva betyr/innebærer det å ha disse erfaringene?
- 7) Hvordan vil dere vurdere psykomotorisk fysioterapi som behandling?
- Hva var bra/ ikke bra?
 - Vil dere anbefale denne behandlingsformen? Hvorfor?/hvorfor ikke?

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Erfaringer fra norsk psykomotorisk fysioterapi ved behandling av pasienter med psykogene ikke-epileptiske anfall”?

Formål

Mitt navn er Cathrine Bader. Jeg er utdannet fysioterapeut og er for tiden masterstudent i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Dette prosjektet inngår i min avsluttende masteroppgave som skal leveres våren 2020. Formålet med studien er å få dypere innsikt i hvilke muligheter psykomotorisk fysioterapi kan ha for pasienter med psykogene ikke-epileptiske anfall. Dette skal belyses i samtale mellom pasient og psykomotorisk fysioterapeut. Intervjuet gjøres sammen med fysioterapeuten for å skape et tryggere miljø for deg i tillegg til at det gir mulighet til å utfylle hverandre eller gi opphav i nye tanker og refleksjoner rundt plagene dine.

Gjennom et intervju ønsker jeg å få innsikt i dine symptomer fra de startet og hvordan de har utviklet seg gjennom den psykomotoriske behandlingen. Jeg ønsker i tillegg innsikt i dine erfaringer, tanker og holdninger til denne type behandling.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ved å kontakte psykomotoriske fysioterapeuter og etterspørre deres erfaring med behandling av psykogene ikke-epileptiske anfall, kom jeg i kontakt med din fysioterapeut. Hun videreformidlet informasjon til deg med forespørsel om deltakelse, og har gitt meg din kontaktinformasjon.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at jeg får gjøre et intervju av deg og din psykomotoriske fysioterapeut. Intervjuet regnes å ha en varighet mellom en til to timer og vil gjennomføres i løpet av høsten 2019. Jeg ønsker å ta notater og bruke lydbandopptak i intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil behandles konfidensielt og i henhold til personregelverket. All informasjon vil anonymiseres og vil behandles uten navn eller andre gjenkjennende opplysninger. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner. Navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på en egen liste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil krypteres og lagres midlertidig hos tjenester for sensitive data (TSD). Alt datamateriell vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk og personvern. Det vil kun være masterstudenten og veileder som har tilgang til materialet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Du har mulighet til å trekke deg fra studien helt til materialet har gått inn i analyser. Om du trekker deg etter dette vil materialet beholdes, men alle personopplysninger

om deg vil bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes etter innlevering av masteroppgaven ca. 15. Mai 2020. Ved prosjektets slutt vil alt datamateriell slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

- Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å delta, ta kontakt med Cathrine Bader på telefon 481 82 274 eller e-post cathrine_bader@hotmail.com. Min veileder for prosjektet er Cathrine Boge-Olsnes, stipendiat på master i psykomotorisk fysioterapi - Institutt for Helse og omsorgsfag (IHO) ved UiT – Norges arktiske universitet. Ved spørsmål kan hun kontaktes på cathrine.boge-olsnes@uit.no.
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold ved UiT – Norges arktiske universitet, personvernombud@uit.no.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitet - Institutt for Helse og omsorgsfag har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du ønsker å delta i studien undertegner du og returnerer samtykkeskjemaet nedenfor.

Med vennlig hilsen

Cathrine Bader

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”Erfaringer fra norsk psykomotorisk fysioterapi ved behandling av pasienter med psykogene-ikke epileptiske anfall”. Jeg samtykker til å delta i intervju og til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15. mai 2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Erfaringer fra norsk psykomotorisk fysioterapi ved behandling av psykogene ikke- epileptiske anfall”?

Formål

Mitt navn er Cathrine Bader. Jeg er utdannet fysioterapeut og er for tiden masterstudent i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Dette prosjektet inngår i min avsluttende masteroppgave som skal leveres våren 2020. Formålet med studien er å få dypere innsikt i hvilke muligheter psykomotorisk fysioterapi kan ha for pasienter med psykogene ikke-epileptiske anfall. Dette skal belyses i samtale mellom pasient og psykomotorisk fysioterapeut. Intervjuet gjøres sammen med pasienten for å skape et tryggere miljø for pasient i tillegg til at det kan gi opphav i nye tanker og refleksjoner rundt plagene. Jeg ønsker å få tak i din kunnskap, erfaring, holdning og tanker rundt hvordan du har opplevd behandlingen av din pasient.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Gjennom etterlysning av psykomotoriske fysioterapeuter som har erfaring med behandling av pasienter med psykogene ikke-epileptiske anfall fikk jeg tips om å kontakte deg. Du er valgt fordi du har erfaring med behandling av pasient(er) med psykogene ikke-epileptiske anfall.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at jeg får gjøre et intervju med deg og din pasient. Intervjuet regnes å ha en varighet mellom en til to timer og vil gjennomføres i løpet av høsten 2019. Jeg ønsker å ta notater og bruke lydbandopptak i intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil behandles konfidensielt og i henhold til personregelverket. All informasjon vil anonymiseres og vil behandles uten navn eller andre gjenkjennende opplysninger. Du vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner. Navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på en egen liste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil krypteres og lagres midlertidig hos tjenester for sensitive data (TSD). Alt datamateriell vil bli oppbevart etter gjeldende retningslinjer for forskningsetikk og personvern. Det vil kun være masterstudenten og hennes veileder som har tilgang til materialet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Du har mulighet til å trekke deg fra studien helt til materialet har gått inn i analyser. Om du trekker deg etter dette vil materialet beholdes, men alle personopplysninger om deg vil bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes etter innlevering av masteroppgaven ca. 15. Mai 2020. Ved prosjektets slutt vil alt datamateriell slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

- Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å delta, ta kontakt med Cathrine Bader på telefon 481 82 274 eller e-post cathrine_bader@hotmail.com. Min veileder for prosjektet er Cathrine Boge-Olsnes, stipendiat på master i psykomotorisk fysioterapi - Institutt for Helse og omsorgsfag (IHO) ved UiT – Norges arktiske universitet. Ved spørsmål kan hun kontaktes på cathrine.boge-olsnes@uit.no.
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold ved UiT – Norges arktiske universitet, personvernombud@uit.no.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

På oppdrag fra UiT – Norges arktiske universitet - Institutt for Helse og omsorgsfag har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvis du ønsker å delta i studien undertegner du og returnerer samtykkeskjemaet nedenfor.

Med vennlig hilsen

Cathrine Bader

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”Erfaringer fra norsk psykomotorisk fysioterapi ved behandling av pasienter med psykogene-ikke epileptiske anfall”. Jeg samtykker til å delta i intervju og til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 15. mai 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)