



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Å bli mer forankret i seg selv

En studie om væremåter og handlingsmuligheter i psykomotorisk fysioterapi

Kristine Stulen

Masteroppgave i psykomotorisk fysioterapi HEL-3962, mai 2022

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for oppgaven	1
1.2	Hensikt og problemstilling	3
1.3	Avgrensning	4
2	Teori	4
2.1	Kroppsforståelse.....	4
2.1.1	Kroppsfenomenologi.....	4
2.1.2	Kroppsskjema og kroppsbilde.....	6
2.2	Vaner, væremåter og sosialt liv.....	7
2.3	Handlingsmuligheter i psykomotorisk fysioterapi	9
2.4	Kommunikasjon	10
3	Vitenskapsteori og metode	12
3.1	Vitenskapsteoretisk forankring	12
3.2	Kvalitet i forskningsprosessen	13
3.3	Forskningsdesign.....	14
3.4	Utvikling av empirisk materiale.....	15
3.4.1	Utvalg og rekruttering	15
3.4.2	Video-observasjon.....	16
3.4.3	Intervju og samobservasjon med fysioterapeuten	17
3.5	Metoderefleksjon.....	19
3.6	Utvelgelse av handlingssekvenser.....	20
3.7	Transkripsjon.....	21
3.8	Analyse.....	22
3.9	Presentasjon av materialet.....	24
4	Etiske betraktninger.....	25
5	Resultat og analyse.....	27

5.1	Behandlingen som helhet	27
5.1.1	Temporal organisering av behandlingstimen	27
5.1.2	Bakgrunn for behandlingstimen	27
5.2	Handlingssekvenser	29
5.2.1	«Men hvis du tror det er godt så tar du helt feil»	29
5.2.2	«Nå har jeg veldig lyst til å strekke ut foten min»	33
5.2.3	Fra å hemme seg selv til å handle ut fra egne behov	34
5.2.4	«Herregud, foten opp og tærne ned»	40
5.2.5	«Men strammer jeg nå da?»	41
5.2.6	En ny måte å stå på	42
5.3	Diskusjon av behandlingstimen	44
5.3.1	Hvordan utforsker de i behandlingstimen	44
5.3.2	Å bryte med habituelle væremåter og kroppslige vanemønster	49
5.3.3	Humor, latter og sarkasme	52
5.3.4	Samhandling	55
6	Avslutning	57
7	Referanseliste	59
	Vedlegg 1	62
	Vedlegg 2	65
	Vedlegg 3	69
	Vedlegg 4	75
	Vedlegg 5	76

Forord

Jeg vil gi en stor takk til mine informanter som har delt av sine erfaringer slik at jeg fikk muligheten til å skrive en masteroppgave om klinisk praksis. Det har vært inspirerende og lærerikt, og jeg har ved flere anledninger tenkt på denne oppgaven i egen praksis dette året.

Jeg vil takke veilederen min, Mari Norrøne for hennes engasjement og tilbakemeldinger som har gitt meg inspirasjon og arbeidslyst.

Takk til kjæreste, familie og venner for støtte.

Studietiden i Tromsø har vært fantastisk, og dette er det beste valget jeg har tatt i karrieren så langt.

Trondheim, mai 2022

Kristine Stulen

Sammendrag

Bakgrunn: Studier innen psykomotorisk fysioterapi belyser at pasienter får økt kroppskontakt og kroppsbevissthet, og hvordan behandling kan fremme endring og nye handlinger. Det er få beskrivelser av hvordan fysioterapeuten og pasienten arbeider i behandling for å fremme nye handlinger.

Hensikt: Målet med studien er å undersøke hvordan fysioterapeuten utforsker pasienten sine vaner og væremåte og hvordan behandlingen kan fremme nye handlingsmuligheter hos pasienten.

Metode: En kvalitativ studie basert på empiri fra video-observasjon av en behandlingstime, etterfulgt av intervju og samobservasjon av video-opptaket med fysioterapeuten. Resultatene baseres på handlingssekvenser som utvikler kunnskap om hvordan de arbeider for å fremme nye handlingsmuligheter hos pasienten.

Resultater: Studien viser hvordan fysioterapeuten bruker massasje og nyanser av bevegelser for å utforske pasientens vaner og væremåte for å fremme nye handlinger. Studien gir et øyeblikksbilde av konkrete eksempler der pasienten handler på nye måter.

Konklusjon: I denne behandlingstimen utvikler pasienten seg fra å begrense seg selv til å handle mer i tråd med egne behov. Pasienten opplever å stå på en ny måte og blir mer forankret i seg selv.

Nøkkelord: Psykomotorisk fysioterapi, vaner, væremåter, handlingsmuligheter og klinisk praksis.

Summary

Background: Studies within Norwegian Psychomotor physiotherapy emphasize how patients can obtain further insight and increase their body awareness, and how therapy can lead to changes and new actions. There are few descriptions on how the physiotherapist and patient works during treatment to promote new actions.

Purpose: The aim of the study is to investigate how the physiotherapist examines the patient's habits and ways of being, and how treatment can promote new opportunities for action for the patient.

Method: A qualitative study based on empirics from video observation of a treatment session, followed by interview and video review with the physiotherapist. The results are based on sequences from the video that develop the knowledge of how they work to promote new actions for the patient.

Results: The study shows how the physiotherapist utilizes massage and subtle differences in movements to explore the patient's habits and ways of being to promote new actions. The study gives a description of certain examples where the patient acts in new ways.

Conclusion: The patient evolves during the treatment session, from limiting herself to act more in accordance with her own needs. The patient experiences a new way of standing upright and becomes more fixed in herself.

Keywords: Norwegian Psychomotor physiotherapy, habits, being, actions and clinical practice

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven ¹

I praksisen som masterkandidat i psykomotorisk fysioterapi ble jeg tidlig nysgjerrig og interessert i hvordan jeg kunne bruke informasjon fra pasienten sine kroppslige reaksjoner på en annen måte enn jeg hadde gjort tidligere. Jeg fikk en større forståelse for at kroppen er bærer av erfaringer som kan sette kroppslige spor og det ga meg nye måter å forstå pasienten sine utfordringer på. Jeg erfarte at fokuset i psykomotorisk fysioterapi ga meg informasjon om pasienten sine vaner og væremåter. Jeg opplevde at de kjente seg igjen i det, og det førte til gode refleksjoner rundt deres levde liv. I behandling har jeg prøvd å finne gode måter som utforsker pasienten sine vaner og væremåter, og om utforskingen kan fremme nye handlingsmuligheter. Dette har inspirert meg til å fordype meg i hvordan psykomotorisk behandling kan bidra til å utforske pasienten sine vaner og væremåter, og om behandling kan fremme nye handlingsmuligheter hos pasienten. Min forståelse av temaet er at pasienten sine vaner og væremåter har innvirkning på hvilke valg og handlinger de utfører i hverdagslivet. I praksis har jeg opplevd at mange pasienter handler på måter som går ut over dem selv uten at de har et bevisst forhold til det. Jeg mener det er relevant å utforske væremåter og handlingsmuligheter slik at pasienten skal få erfare at det er mange ulike måter å handle på i livet, som også kan fremme nye handlingsmuligheter.

I en omfattende kroppsundersøkelse kan fysioterapeuten få fram informasjon om pasienten sitt levde liv gjennom kroppslige uttrykk, og pasienten sine vanemessige spor er noe av det fysioterapeuten søker informasjon om. På denne måten kan fysioterapeuten utvide forståelsen av kroppen ved å knytte kroppslige forhold til observasjon av pasienten sine væremåter (Gretland, 1999)². I behandlingen kan fysioterapeuten hjelpe pasienten til å forstå og utforske egen kropp og handlingsmuligheter (Råheim, 2002). Kombinasjonen av samtale og kroppslig tilnærming kan være en hjelp til å bearbeide erfaringer og komme ut av repeterende handlingsmønstre (Thornquist, 2001). I behandling har fysioterapeuten fokus på å utforske

¹ Denne studien er en videreutvikling av min egen prosjektskisse fra 2021.

² De fleste fysioterapeutene i prosjektet hadde videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, samt at rapporten beskriver undersøkelsesmetoder som brukes i psykomotorisk fysioterapi. Videre bruker jeg rapporten sammen med andre psykomotoriske studier.

hva som gjør at væremåter og bevegelsesmønster er hensiktsmessige for pasientene, og videre utforske om det er mulig å gjøre endringer (Gretland, 2007)³.

Det er flere studier⁴ innen psykomotorisk fysioterapi som trekker fram betydningen av at pasientene får økt innsikt, kroppskontakt og kroppsbewissthet gjennom psykomotorisk behandling (Dragesund & Råheim, 2008; Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt, 2011; Ekerholt & Bergland, 2006, 2008, 2019, 2021; Ekerholt et al., 2014; Gretland, 1999; Sviland et al., 2014, 2018; Sviland et al., 2012; Thornquist, 2005; Thornquist & Gretland, 2003b; Øien et al., 2007; Øien et al., 2009). Å tilnærme seg pasienten sine vaner, bevegelser, reaksjoner og belastninger kan gi innsikt og forståelse i behandling (Thornquist, 2001; Thornquist & Gretland, 2003b). Dragesund og Øien (2021, s. 10) konkluderer med at både kroppslig tilnærming og verbal kommunikasjon har betydning for at pasienter utvikler bewissthet om hva som forårsaker og opprettholder smerter. Denne bewisstheten er avgjørende for at pasienten skal kunne arbeide med endringsprosesser slik at de tar mer ansvar for seg selv. Det er noen studier som beskriver hvordan behandling kan fremme utforskning og hvordan endring bidrar til utvikling av nye handlingsmuligheter hos pasienten (Dragesund & Øien, 2020; Ekerholt, 2011; Gretland, 1999; Sviland et al., 2014, 2018; Sviland et al., 2012; Thornquist, 2005; Øien et al., 2007; Øien et al., 2009). Når pasienten får mulighet til å oppleve og reflektere rundt egne kroppslige vaner og reaksjoner kan gamle mønster brytes (Sviland et al., 2014; Thornquist & Gretland, 2003b). Eksempler på dette kan være å slippe spenninger i kjeven fremfor å undertrykke eget sinne, å gi seg selv mer plass, å øve på å si mer ja til seg selv, å senke tempo, å uttrykke egne meninger og ikke alltid tilby hjelp. Dette er beskrivelser av endringer både på et kroppslig nivå og i mellommenneskelige forhold (Dragesund & Øien, 2020). Kropp og bevegelse har egenverdi, og bevegelse og berøring kan fremme gode utviklingsprosesser (Gretland, 1999). Det å endre bevegelsesmønster handler ikke bare om selve bevegelsen, men det kan også føre til at pasienten opplever endringer i følelser, selvtillit

³ Utgangspunktet for boken et prosjekt med tilhørende prosjektrapport: Gretland, A. (1999). *Kroppens spor - en utfordring i psykiatrien. Rapport fra prosjektet «fysioterapi i psykiatrien»*.

⁴ Søkte i PubMed og Cinahl med kombinasjoner av «NPMP/norwegian psychomotor physiotherapy», «habit», «behavior/being», «body pattern», «action», «interaction» og «change». Siste søk: 25.04.22. Videre søk på masteroppgaver, frisøk i oria, pensumlister og inspirasjon fra referanselister.

og tilværelse (Sviland et al., 2012). Det er flere kvalitative masteroppgaver som belyser tematikken i sine beskrivelser, men med andre problemstillinger (Andersen, 2013; Aspenes, 2016; Gabrielsen, 2013 ; Halvorsen, 2016; Hansen, 2016; Norrøne, 2020; Paulsen, 2016).

Samlet gir studiene presentert over etter min mening en forståelse av at innsikt og bevissthet er et viktig kjerneområde innen psykomotorisk fysioterapi, og at det legger grunnlaget for at pasienten videre kan endre bevegelsesmønstre og fremme nye handlingsmuligheter. Studiene trekker fram at psykomotorisk behandling kan fremme ulike endringer av bevegelser og handlinger, men studiene har få beskrivelser av hvordan fysioterapeuten og pasienten praktisk arbeider med å fremme slike resultater i behandling. Detaljerte beskrivelser av hva som gjøres i behandling fra innsikt til endring er etter min mening ikke beskrevet like detaljert. En gjennomgang av studiene gir meg en forståelse av at handlingsmuligheter er sentralt i psykomotorisk fysioterapi, men at det foreløpig er få detaljerte beskrivelser som går i dybden på å se hvordan dette konkret arbeides med. Jeg ønsker på bakgrunn av dette å utvikle mer kunnskap om temaet. Min studie vil kunne gi utfyllende og detaljerte beskrivelser av hvordan fysioterapeuten og pasienten konkret arbeider med å prøve ut nye bevegelser og handlingsmuligheter. Studien vil kunne gi kunnskap om handlingsmuligheter i konkrete praksisnære situasjoner som kan benyttes av andre psykomotoriske fysioterapeuter i behandling. Det vil bidra til å tette et kunnskapshull mellom innsikt og endring, hvor prosessene som fremmer nye handlingsmuligheter blir beskrevet. Det er etterspurt studier som tematiserer forholdet mellom kroppslig funksjon og handling (Thornquist & Gretland, 2003b). Studier trekker fram at fysioterapeuter tilnærmer seg og samhandler på ulike måter i behandling (Thornquist, 2006; Thornquist & Gretland, 2003a) og det i seg selv er et godt argument for at det trengs flere studier av klinisk praksis. I denne studien vil jeg ta for meg temaet gjennom en kasuistikk der kasuset er definert som en behandlingstime i psykomotorisk fysioterapi.

1.2 Hensikt og problemstilling

Jeg vil studere hvordan fysioterapeuten og pasienten arbeider med temaet væremåter og handlingsmuligheter i en psykomotorisk behandlingstime. Det kan gi kunnskap om hvordan fysioterapeuten konkret arbeider med å utforske pasienten sine væremåter og om utforskningen

kan fremme nye handlingsmuligheter hos pasienten. Jeg vil studere hva de konkret gjør, hvordan fysioterapeuten tilpasser behandlingen, hvordan de samhandler, hvordan timen utvikler seg og om det skjer endringer av handlinger i løpet av behandlingstimen.

Problemstilling: *Hvordan utforskes pasientens vaner og væremåter i en psykomotorisk behandlingstime og hvordan kan behandlingen fremme nye handlingsmuligheter?*

1.3 Avgrensning

Denne studien tar for seg de teorier og begreper som vil være aktuelle for å besvare problemstillingen, og det forutsetter at leseren har kjennskap til psykomotorisk fysioterapi som behandlingstradisjon og kjennetegnene ved behandlingsformen⁵. Teorier og begreper som definerer den teoretiske forståelsen blir presentert under kapittel 2. Teori.

2 Teori

2.1 Kroppsforståelse

2.1.1 Kroppsfenomenologi

For å kunne analysere hva som kan fremme handlingsmuligheter hos pasienten i psykomotorisk behandling bruker jeg utvalgt teori og begreper fra fenomenologien inn i analysen. Maurice Merleau-Ponty er den første innenfor den fenomenologiske bevegelsen som gir kroppen forrang, og han har utviklet kroppens fenomenologi (Merleau-Ponty, 2012). Han betrakter kroppen som persiperende, sansende, handlende, følende og et talende fenomen. Vi er subjekter i verden med våre erfaringer (Merleau-Ponty, 2012). Merleau-Ponty var i likhet med andre fenomenologer opptatt av vår intensjonalitet, og han utviklet forståelsen av kroppens intensjonalitet, hvor vår bevissthet handler om at vi møter verden med «*jeg kan*», og ikke «*jeg tenker*». Den opprinnelige *intensjonalitet* kommer til uttrykk gjennom våre bevegelser og det er slik vi blir kjent med verden. Når vi har lært bevegelsene kan vi bruke kroppen til å bevege oss mot utfordringer og det vi skal gjøre (Merleau-Ponty,

⁵ For lesere som vil sette seg inn i psykomotorisk fysioterapi anbefaler jeg følgende: Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlaget.

2012, s. 139-140). Young trekker dette videre når hun beskriver *inhibert intensjonalitet*⁶ (Young, 2005)⁷. Young (2005, s. 35-39) bruker begrepet hemmet intensjonalitet når kvinner holder tilbake sine kroppsbevegelser og bremser seg selv. Young (2005, s. 37) beskriver videre at når kvinnen går inn i en oppgave med hemmet intensjonalitet så kan hun se for seg muligheten for oppgaven, men hun ser ikke at hun selv har mulighet til å gjennomføre den og dermed hemmer hun egen intensjonalitet. Jeg er inspirert av henne og velger å tolke teorien over i en annen kontekst for å analysere hvordan bevegelsesmuligheter også kan endre seg for mennesker som handler under innlærte sosiale normer. Denne teorien styrer blikket mitt i analysen av tilbakeholdte bevegelser. Hvordan pasienten bruker seg selv i behandling og om bevegelser er rettet mot «jeg kan» eller «jeg kan ikke» vil kunne ha betydning for pasienten sin utvikling i behandlingen.

Det er gjennom kroppen vi handler i verden og våre bevegelser gir oss måter å nå verden på (Merleau-Ponty, 2012). Merleau-Ponty (2012, s. 106-109) skriver om den konkrete bevegelse som handler om at våre bevegelser er rettet mot noe i verden, en situasjon eller en handling. Vi bruker våre bevegelser til å nå ut til verden og de andre menneskene. Vi kommuniserer med andre gjennom våre bevegelser. Merleau-Ponty (2012, s. 109-112) skriver også om abstrakte bevegelser som handler om bevegelser som utføres på kommando. Disse bevegelsene er ikke rettet mot noe ute i verden, og bevegelsen er konstruert. Merleau-Ponty sin beskrivelse av bevegelser gir en forståelse av at det er den konkrete bevegelsen som gjør at vi er rettet mot verden, og de konkrete bevegelsene kan fortsatt utføres av mennesker med patologiske svekkelser. Det er bevegelser som betyr noe for oss og som tjener en hensikt for oss. Bevegelser som utføres på kommando ligger ikke like naturlig for oss og tjener ikke på samme måte en hensikt for oss (Merleau-Ponty, 2012). Merleau-Ponty knytter persepsjon til kroppen. Persepsjon er grunnleggende for all menneskelig forståelse og erfaring (Merleau-Ponty, 2012)⁸. Vi er alltid til stede i vår egen kropp gjennom det vi gjør, og vår persepsjon er

⁶ Young bruker begrepet inhibited intentionality og jeg velger å oversette det til hemmet intensjonalitet videre i oppgaven.

⁷ I Young (2005) bruker jeg kapittel 2: Throwing Like a Girl: A Phenomenology of Feminine Body Comportment, Motility, and Spatiality side 27-45.

⁸ Hentet fra forordet til Taylor Carman

kroppslig gjennom vårt sensoriske og motoriske system. Persepsjon og bevegelse skjer i ett, og det er ikke slik at vi først perseptuerer noe, og deretter beveger kroppen seg. Dette skjer samtidig, i et gjensidighetsforhold (Merleau-Ponty, 2012). Et gjensidighetsforhold vil si at vår persepsjon påvirker våre bevegelser og at endring av bevegelser påvirker vår persepsjon. Våre handlinger og handlingsmuligheter er tett knyttet opp til hvordan vi bruker kroppen for å nå verden. Hvordan pasienten bruker kroppen til å nå verden vil være mulig å analysere i en behandlingstime, og om utforskning kan endre bevegelser eller handlinger.

2.1.2 Kroppsskjema og kroppsbilde

I en psykomotorisk behandlingstime kan fysioterapeuten og pasienten utforske og nyansere bevegelser og vanemønstre. Nyanserte bevegelser og endring av vanemønstre kan gi nye opplevelser og fremme nye handlinger. Jeg vil bruke teori om kroppsskjema og kroppsbilde for å analysere om de konseptene kan utvikles i behandlingstimen. Gallagher (2001, s. 147-154) har med utgangspunkt i Merleau-Ponty sine konsepter utviklet sin forståelse av begrepene kroppsskjema og kroppsbilde, som kan ha en viktig rolle i å forstå selvbevissthet og personlig identitet. Han definerer at *kroppsskjema* er vårt motoriske og sensoriske system som handler om kapasiteter, ferdigheter og vaner. Det er til enhver tid med på å regulere vår kroppsholdning og våre bevegelser, og fungerer uten at vi trenger å sanse eller tolke i situasjonen. Øving på bevisste bevegelser kan trene kroppsskjema og etter hvert kan kroppen utføre bevegelsen uten vår bevissthet om bevegelsen (Gallagher, 2001). Videre skriver han at vi har et mer bevisst forhold til vårt *kroppsbilde*, som består av flere intensjonelle tilstander som persepsjon, holdninger og tro knyttet til vår egen kropp (Gallagher, 2001). Kroppsbilde vårt blir aktivert når vi fokuserer på vår egen kropp. Kroppsbilde kan deles inn i tre: (1) Personens persepsjon av sin egen kropp, (2) Personens konseptuelle forståelse av kroppen og (3) Personens emosjonelle holdning til kroppen. Personens konseptuelle forståelse og emosjonelle holdning involverer ikke nødvendigvis en bevissthet, men opprettholdes av personens tro og holdninger (Cash & Brown, 1987; Gardner & Moncrieff, 1988; Powers, Schulman & Gleghorn, 1987, referert i Gallagher, 2001, s. 150). Kroppsbilde vårt har også stor påvirkning på vår opplevelse av identitet (Gallagher, 2005). Denne teorien kan bidra til å analysere hvordan utprøving av nye bevegelser kan utvide kroppsskjema og kroppsbilde til pasienten.

2.2 Vaner, væremåter og sosialt liv

For å kunne se på muligheter for å utvikle nye handlingsmuligheter vil det være nyttig å se på hvordan våre handlinger kan bli påvirket av de omgivelsene vi har vokst opp under og lever i. Ved å bruke Bourdieu sine begreper om habitus og hexis kan jeg analysere hvordan fysioterapeuten utforsker pasienten sine væremåter og handlingsmønster, og hvordan de normene og verdene vi lever etter har påvirkning på våre bevegelser og handlinger. Bourdieu problematiserer et dualistisk syn på kroppen og retter fokuset mot at vi er mennesker med subjektive erfaringer og vår egen historie. Det er gjennom kroppen vi kan nå ut til verden, og vi er disponert for og orientert mot verden (Bourdieu, 1999). Bourdieu (1999, s. 144-148) har utviklet begrepet *habitus*, som handler om kroppens ureflekterte kunnskap. Han skriver at det er gjennom vår habitus at vi kan tilpasse oss verden, og vi gjør det ut fra hvordan vi handler. Vår habitus inneholder den kunnskapen den trenger for å gripe verden. Det er våre habituelle væremåter som gjør det mulig for oss å tilpasse oss konteksten vi er i og de sosiale reglene som gjelder. Dette betyr at det er gjennom kroppen vi lærer hvilke normer og reglene som gjelder (Bourdieu, 1999). Dette kommer til syne gjennom vår holdning og måten vi beveger oss på, som ifølge Bourdieu er kroppslige *hexis* (Bourdieu, 1999, s. 147). Dette eksemplifiserer han gjennom måter vi går på, snakker på, oppfører oss, fører blikket og setter oss på. Han trekker fram eksempler på at det er forskjellige regler for menn og kvinner. Våre eksplisitte handlinger utføres på en slik måte at vi ivaretar de normene og verdiene som gjelder, og det er de varige felles prinsippene som vi må forholde oss til som er de kroppslige *hexis* (Bourdieu, 1999). Bourdieu (1999, s. 150) skriver at vår intensjonalitet er roffestet i vår holdning og måten vi fører kroppen på. Videre trekker han fram at kroppen er i den sosiale verden, og den sosiale verden er i kroppen gjennom vår *hexis* (Bourdieu, 1999, s. 158). Siden vår habitus påvirkes av tidligere erfaringer vil det si at kroppen påvirkes av normer og verdier i en tids- og stedsbestemt sosial erfaring (Bourdieu, 1999, s. 142).

Vi sosialiseres inn i den verden vi er en del av (Bourdieu, 1999). På denne måten forholder vi oss til de normene og verdiene som gjelder og forsetter å handle på måter som opprettholder og ivaretar dem. Vi blir oppdratt til hvordan vi skal handle, og denne kunnskapen huskes av kroppen slik at vi alltid handler på måter som ivaretar de riktige normene og verdiene. Denne kunnskapen tilegner vi oss gjennom gjentatte erfaringer fra samme situasjon slik at vi lærer å handle riktig (Bourdieu, 1999, s. 141-142). Vi tilpasser oss de kravene som gjelder gjennom

hvordan vi bruker kroppen. Når vi handler ut fra de riktige normene og verdiene vil det bli oppfattet som riktig både av oss selv og menneskene vi er sammen med (Bourdieu, 1999). Vi blir formet av det materielle og kulturelle, og at «jeg-et» blir formet av våre sosiale relasjoner (Bourdieu, 1999, s. 139-140)⁹. Siden «jeg-et» blir formet av sosiale relasjoner vil våre relasjoner ha stor betydning for hvem vi er og hvordan vi handler. Det er gjennom vår habitus at vi blir deltagere i den verden vi lever i (Bourdieu, 1999).

Bourdieu skriver at vår habitus er tro mot de normene og verdiene som gjelder. Det gjør at mennesker med like normer og verdier har en implisitt hemmelig avtale om hvordan vi skal være og handle. Dette preger våre væremåter og handlingsmåter, og den implisitte avtalen kan gjøre at handlingsmuligheter blir korrigert hvis de ikke passer inn (Bourdieu, 1999, s. 151). Familien er en stor del av den verden vi vokser opp i. Bourdieu (1999, s. 158) mener at arven i familien kan føres videre uten at vi selv er klar over det slik at vi tilpasser oss de implisitte kravene som gjelder, og det påvirker hvordan vi skal være sammen med andre mennesker (Gretland, 2007). Mennesker kan befinne seg i situasjoner hvor de opplever selvmotsigelser, som kan føre til lidelser (Bourdieu, 1999). Våre habituelle væremåter kan ha vært nødvendig for oss tidligere i livet, men hvis livssituasjonen og sosiale relasjoner har endret seg trenger vi ikke å videreføre mønstre som er tilpasset vår fortid (Gretland, 2007, s. 178). Våre habituelle væremåter kan endres hvis rammene ligger til rette for det (Bourdieu, 1999). Vår identitet er sterkt knyttet til våre vaner og det vil si at våre vaner kan påvirke vår identitet (Gretland, 2007, s. 59). Når vi bryter med egne habituelle væremåter kan vi finne nye måter å være på sammen med andre mennesker, og det kan gi nye handlingsmuligheter (Gretland, 2007). Denne teoretiske forståelsen viser hvordan vaner og væremåter påvirker våre handlinger, og hvordan handlingsmuligheter påvirkes av de sosiale normene og reglene som gjelder. I det neste kapitlet skal jeg skissere hvordan psykomotorisk fysioterapi kan være en behandlingstilnærming som utforsker pasienten sine væremåter og handlingsmuligheter.

⁹ Bourdieu henviser til: som Hegel kaller det, uten kilde.

2.3 Handlingsmuligheter i psykomotorisk fysioterapi

I en psykomotorisk undersøkelse søker fysioterapeuten informasjon om pasienten sine væremåter og opplevelser gjennom en kroppslig tilnærming. Undersøkelsen retter seg mot kroppsholdning, bevegelsesmønster, muskulære spenningsmønster, respirasjon, autonome funksjoner, autonome reaksjoner i situasjonen og pasienten sin egen opplevelse (Gretland, 2007; Thornquist & Bunkan, 1995). Jeg vil hente inspirasjon fra Gretland for å kunne belyse og analysere ulike behandlingsfokus som kan bidra til å fremme nye handlingsmuligheter hos pasienten (Gretland, 2007). I behandling struktureres samhandlingen gjennom bestemte stillinger og bevegelser. Behandling gir mulighet til at pasienten kan nyansere bevegelser, endre spenningsmønster og variere verbale og kroppslige handlingsmuligheter (Gretland, 2007). I behandling kan fysioterapeuten arbeide med at pasienten kan nyansere sine reaksjonsmønster, og det kan gjøre at pasienten blir bedre kjent med seg selv og aksepterer egne behov (Gretland, 2007, s. 131). Det kan også gi pasienten muligheten til å erfare at nye relasjoner kan gi andre muligheter nå enn hva det har gjort tidligere (Gretland, 2007). Videre kan pasienten bli kjent med, respektere og markere egne grenser i behandling (Gretland, 2007, s. 176). Å endre på egne væremåter og bevegelsesmønster kan få sosiale konsekvenser for pasienten, og behandlingen kan være et uforpliktende sted hvor pasienten får muligheten til å bli kjent med nye sider av seg selv (Gretland, 2007, s. 177-178).

I behandling kan fysioterapeuten arbeide med bevegelser på forskjellige måter. Å arbeide med gjentakelser av bevegelser kan bidra til å skape orden og struktur, og bevegelsene blir kjente og trygge for pasienten. Det terapeutiske potensialet ligger i å utfordre pasienten til å gjenta bevegelsene på passelige måter slik at pasienten har muligheten til å prøve seg ut av sine mønster, men samtidig ivareta reaksjonene som kan oppstå (Gretland, 2007, s. 178). Å instruere i ulike bevegelser kan bidra til at pasienten får hjelp til selvoppdagelse og utvidede forløp. For at pasienten skal få hjelp til selvoppdagelse må de instruerte bevegelsene være et utgangspunkt for at pasienten skal finne egne bevegelsesinitiativer med videre oppfølging av dem (Gretland, 2007, s. 179). Gretland (2007, s. 179) skriver at fysioterapi kan være en relasjon for utforskning av bevegelser og stillinger, og viser til flere eksempler som kan inngå i kroppslig samarbeid. Å ta plass eller krympe seg er ett av eksemplene.

I behandling har fysioterapeuten mulighet til å gi støtte i samspillet med andre i en annen kontekst enn hva pasienten har vært vant til tidligere. Ved å arbeide med kroppskontakt gjennom berøring eller massasje kan fysioterapeuten og pasienten utvikle nærhet i samspill (Gretland, 2007). Nærheten gjennom berøring kan åpne opp for betroelser og gi innblikk i pasientens liv (Bunkan, 2008). Massasje kan bidra til at fysioterapeuten møter pasienten på noe som er vondt og vanskelig, samtidig kan det bidra til å gi støtte. På denne måten kan fysioterapeuten være en kilde til gode opplevelser for pasienten, og som kan være nødvendig hvis det har manglet tidligere i livet (Gretland, 2007). Bevegelse og berøring kan fremme gode utviklingsprosesser (Gretland, 1999), og massasje kan være et terapeutisk virkemiddel i behandling for å merke pasienten sine grenser (Ekerholt & Bergland, 2006; Soleng & Sviland, 2022). Pasienten sin pustemåte er en veileder for tilpasning og pusten blir påvirket av hvordan vi har det (Thornquist & Bunkan, 1995). Når pasienter tør å reagere kan de oppleve at spenninger løsner og de puster mer fritt (Ekerholt & Bergland, 2008). Beskrivelsene over gir eksempler på ulike fokusområder som kan fremme utforskning og utvikling i en behandlingstime, og jeg vil analysere hvordan fysioterapeuten og pasienten samhandler med ulike fokusområder som kan inngå i en behandlingstime, og hvordan denne samhandlingen fremmer nye handlingsmuligheter. I neste kapittel vil jeg beskrive hvordan kommunikasjon kan ha betydning for utvikling i behandling.

2.4 Kommunikasjon

Jeg vil bruke kommunikasjonsmodellen til Bråten for å analysere hvordan fysioterapeutens individuelle tilpasninger på ulike kommunikative nivå kan fremme utforskning av væremåter og handlingsmuligheter i behandling. Kommunikasjonsmodellen inneholder flere lag med ferdigheter som utfolder seg når barn er i samspill med andre i sin kommunikative utviklingsprosess. Vår kommunikative utvikling vil være virksom i alle sosiale sammenhenger livet ut. Kommunikasjonsmodellen kan også bidra til å utvikle hvordan vi samspiller med andre (Bråten, 2004). Vi kommuniserer både gjennom vårt kroppslige uttrykk og det vi sier, og det er ikke alltid at vårt kroppslige uttrykk samsvarer med det vi verbaliserer (Bråten, 2004; Thornquist, 2009). Bråtens kommunikasjonsmodell tar for seg flere nivåer av kommunikasjon og samspill med andre. Han beskriver kroppsspråklig kontakt og oppmerksomhetskontakt som grunnlaget i kommunikasjon. Videre beskriver han at språklig

kommunikasjon og mental forestillingsverden er tilegnelsen av ferdigheter på høyere kommunikative nivå (Bråten, 2004).

Bråten (Bråten, 2004, s. 65-68) deler de ulike kommunikasjonsnivåene i fire ulike nivå:

Det første nivået er *K: kroppsspråklig kontakt med ikke-verbale inntrykk og uttrykk for følelser*. Dette trinnet utvikles fra fødselen av og dialogen mellom barnet og den voksne er kroppslig. Dette nivået handler om at barnet og den voksne gjensidig utfyller hverandres gester, toneleie, bevegelser og kroppsstillinger. Dette kan bidra til finstemt oppfølging og etterligning av hverandres uttrykk og bevegelser i affektiv samstemthet.

Det andre nivået er *O: oppmerksomhetskontakt*. Fra 9 måneders alder eller tidligere blir oppmerksomhetskontakten en del av samspillet mellom barnet og den voksne. Dette nivået handler om oppmerksomhet rundt objekter som er gjenstand for felles intersubjektiv oppmerksomhet, noe som innbyr til gjengjeldelse og imitativ læring av objekthåndtering gjennom at de deltar i den andres bevegelse.

Det tredje nivået er *M1: meningsfylt symbolsk samhandling*. Dette nivået utvikler seg fra barnet er ett og et halvt år. Nå begynner barnet å avkode verbale inntrykk og innkode verbale uttrykk som blir meningsfylte i kraft av en gryende felles symbolverden. Barnet oppdager at gester, ord og vendinger har en symbolsk karakter og at de kan brukes som henvisning til noe annet enn seg selv. Dette åpner opp for den symboliserte og verbaliserte verden.

Det siste nivå er *M2: metaforestillinger og mentale modeller av andres sinn*. Dette trinnet handler om at barnet kan forestille seg andres forestillinger, tanker og følelser, og en kan avdekke feiloppfatninger. Dette nivået gjør seg gjeldene fra 4-6 årsalderen hvor barnet kan tilskrive og avdekke feiloppfatninger hos andre mennesker og være med på å konstruere en narrativ meningsverden som blir grunnlag for fortellinger og forståelser i kulturelt formidlet forstand (Bråten, 2004).

Kommunikasjonsmodellen viser hvordan de ulike nivåene bygger på hverandre og de er støttende gjennom hele livet (Bråten, 2004). Bråten (2004, s. 224-225) beskriver eksempler på hvordan kommunikasjonen kan bli svekket. Å gi støtte på de grunnleggende nivåene kan bidra til utvikling på de høyere kommunikative nivåene, som videre kan gi innvirkning på språket (Bråten, 2004). På bakgrunn av dette egner kommunikasjonsmodellen seg til å

analysere hvordan fysioterapeuten og pasienten arbeider med de ulike kommunikative nivåene, og om støtte på de grunnleggende nivåene kan støtte kommunikative ferdigheter. Psykomotorisk fysioterapi har en kroppslig tilnærming. Det å være sammen med andre mennesker er å være kroppslig tilstedeværende, og relasjonsaspektet i kommunikasjon formidles ofte via kroppen vår (Thornquist, 2009). I behandling kan pasienten utforske kommunikative sider ved seg selv for å utvikle hvordan en kan være i relasjon med andre mennesker.

3 Vitenskapsteori og metode

Under kapitlet vitenskapsteori og metode vil jeg beskrive prosessen som har ledet fram til resultatene i denne studien.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

I denne studien ønsket jeg informasjon om pasienten sin væremåte og handlingsrepertoar, og videre hvordan dette utforskes og arbeides med i en behandlingstime. Pasienten sine levde erfaringer vil kunne komme til uttrykk i væremåter og handlingsmuligheter, og en fenomenologisk tilnærming kan belyse hvordan subjektet erfarer og handler i verden (Merleau-Ponty, 2012). Vår kropp er egenkroppen i førstepersonsperspektiv, som betyr at kroppen vår er «jeg-et» i verden. Det er en motsetning av å objektivisere kroppen (Merleau-Ponty, 1945/1994)¹⁰. Vi er ikke et objekt blant de andre menneskene, men vi er et subjekt med erfaringer. Vi er sammen med de andre menneskene i verden, ikke ved siden av dem (Merleau-Ponty, 2012). Vi opplever kroppen ved å samhandle med verden og andre mennesker. Det er gjennom å kommunisere med andre at vi danner sosiale relasjoner (Merleau-Ponty, 1945/1994). På denne måten erfarer vi verden gjennom kroppen, og fenomenologien støtter opp om hvordan en fysioterapeut arbeider med kroppslig tilnærming i behandling (Thornquist & Bunkan, 1995). En fenomenologisk forankring vil kunne gi meg muligheten til å studere hvordan pasienten framtrer som subjekt med sine erfaringer og hvordan erfaringer kan påvirke væremåter og handlingsmuligheter. På bakgrunn av det er studien vitenskapsteoretisk forankret i fenomenologien.

¹⁰ Beskrivelsen er hentet fra innledningen i boken av Dag Østberg.

3.2 Kvalitet i forskningsprosessen

Kvaliteten¹¹ i forskningsprosessen tar utgangspunkt i om studien er utført på en pålitelig måte og om tolkningene av datamaterialet er gyldig (Thagaard, 2013). For å ivareta påliteligheten¹² av studien har jeg gjennom hele prosessen redegjort for hvordan materialet og forskningsprosessen er utviklet ved å beskrive framgangsmåten til studien (Thagaard, 2013, s. 203). Jeg har redegjort for litteratursøk, tidligere forskning, kunnskapshullet, problemstilling, teoretisk ståsted, metode for utvikling av datamaterialet og de ulike stegene i analyseprosessen. Datamaterialet er gjengitt i kursiv, har mindre skriftstørrelse og har ett innrykk i teksten for å tydeliggjøre skille mellom datamaterialet og mine drøftinger (Thagaard, 2013). Konteksten for utvikling av datamaterialet har stor betydning (Thagaard, 2013, s. 203), og jeg hadde ingen relasjon til fysioterapeuten og pasienten før denne behandlingstimen. Behandlingen ble utført på samme sted som de begge er vant med.

Jeg har gjennom hele analyseprosessen støttet meg til teori og forskning for å begrunne mine tolkninger slik at studien ivaretar gyldigheten¹³ (Thagaard, 2013). Forskning innen fagfeltet og de teoretiske perspektivene jeg bruker kan støtte opp under mine funn og tolkninger. For å styrke gyldigheten utover forskning og teori valgte jeg å intervju fysioterapeuten i etterkant. Det ga meg muligheten til å tolke video-materialet på en annerledes måte ved at jeg fikk utfyllende informasjon om fysioterapeuten sine tanker og opplevelser av behandlingstimen. Det ga meg større forståelse for hvilke valg og vurderinger som lå til grunn for det de gjorde under behandlingstimen. Intervjuet med fysioterapeuten kan styrke gyldigheten til studien, men det er viktig å belyse at svarene fysioterapeuten ga kan ha blitt konstruert av mine spørsmål. På bakgrunn av det er konteksten for utvikling og tolkning av datamaterialet viktig å belyse siden jeg som forsker hadde stor innvirkning på hva som ble ansett som viktig å trekke fram i intervjuet (Thagaard, 2013). Min forforståelse har også betydning for utviklingen av denne studien. Min forforståelse er helt klart preget av at jeg synes temaet er viktig, men hvordan forskjellige psykomotoriske fysioterapeuter arbeider med tematikken kjenner jeg ikke like godt til. Det gjør at min forståelse av temaet er påvirket av hva vi har

¹¹ Thornquist (2018, s. 245) trekker fram at transparens, refleksivitet og posisjonering er sentrale begreper.

¹² Reliabilitet blir også brukt som begrep i metodebøker

¹³ Validitet blir også brukt som begrep i metodebøker

lært om temaet på studiet, teori jeg bruker i analysen og hvordan jeg selv har prøvd det ut i egen klinisk praksis. Det kan gjøre at resultatene i denne studien blir farget av min forforståelse, samtidig kan det være en styrke for å synliggjøre og trekke ut viktige aspekter ved tematikken. For å ivareta refleksiviteten har jeg tydeliggjort min rolle, forforståelse og påvirkning på utviklingen av materialet (Thornquist, 2018; Tjora, 2017, s. 250-252). Jeg har brukt veileder og veiledningsseminar for å få konstruktive tilbakemeldinger på egen prosess. Det har bidratt til å tilføre nye perspektiver og forsterke allerede eksisterende perspektiver. Min posisjonering i forskningsfeltet påvirkes av at jeg er masterstudent og har god kjennskap til psykomotorisk behandling. Det kan være en styrke, men samtidig kan min erfaring begrense meg i å se nyanser av det de gjør (Thagaard, 2013, s. 205-206). Videre har jeg redegjort for de teoretiske perspektivene jeg bruker for å synliggjøre min posisjon (Thornquist, 2018). For å overholde transparens har jeg redegjort for hva som er gjort, teoretiske perspektiver, valg, vurderinger, utfordringer og endringer på en systematisk måte i den skriftlige framstillingen (Thornquist, 2018; Tjora, 2017, s. 248-249).

Studien vil kunne ha en overførbarhet til andre psykomotoriske fysioterapeuter hvis de anser tolkningene mine som relevante (Thagaard, 2013, s. 210). Studien inneholder detaljerte beskrivelser for hvordan en kan utforske pasienten sine væremåter og handlingsmuligheter i psykomotorisk fysioterapi, og denne informasjonen kan være til inspirasjon for andre som ønsker å arbeide mer med dette fokuset i behandling. Jeg var veldig opptatt av å ikke innhente mer informasjon enn nødvendig for å ivareta deltagerne, men ser i ettertid at det har gitt meg noe begrensende informasjon om hva som kjennetegner pasienten. Samtidig kan det tenkes at resultatene fra denne studien kan overføres til flere praksissituasjoner på bakgrunn av at jeg kan teoretisere mer siden jeg ikke kan forholde meg til detaljkunnskap om pasienten.

3.3 Forskningsdesign

For å kunne besvare problemstillingen trengte jeg et forskningsdesign som kunne utvikle kunnskap om hvordan pasienten sine erfaringer kommer til uttrykk gjennom vaner, væremåter og handlinger. Jeg valgte å gjennomføre en kvalitativ studie med en kasuistikk av en behandlingssituasjon i psykomotorisk fysioterapi. Kasusstudier benyttes ofte når fenomenet som skal studeres er for komplekst og kontekstavhengig til at de kan studeres på andre måter

(Fangen, 2010, s. 187). For å utvikle et datamateriale som svarte på problemstillingen måtte jeg ut i klinisk praksis og studere hvordan en psykomotorisk fysioterapeut behandler en pasient. Det ga meg muligheten til å utvikle detaljert kunnskap om en enkelt behandlingssituasjon. Dette designet egnet seg for min studie siden jeg ønsket å studere hvordan fysioterapeuten og pasienten samhandler rundt temaet. Jeg var interessert i å studere hva som skjer i behandlingstimen, og for å finne svar på det måtte jeg ut og observere en behandlingstime. Det ga meg et sammensatt bilde av fysioterapeuten og pasienten, og jeg fikk muligheten til å studere det komplekse samspillet under ett (Fangen, 2010, s. 188). Et kasusstudie krever en mer holistisk tilnærming og det kan være en fordel å kombinere flere metoder for å få utfyllende informasjon (Fangen, 2010, s. 187-188; Thagaard, 2013, s. 214). For å svare på problemstillingen valgte jeg å bruke en fler-metodisk tilnærming med video-observasjon av behandling og intervju med fysioterapeuten i etterkant¹⁴. Video-observasjonen er hovedmaterialet i oppgaven, og intervjuet er tenkt for å få mer informasjon om handlingene på video-opptaket slik at det gir meg rikere data.

3.4 Utvikling av empirisk materiale

3.4.1 Utvalg og rekruttering

Fysioterapeuten i denne studien er strategisk utvalgt (Fangen, 2010; Thagaard, 2013). Bakgrunnen for det er at jeg antar at fysioterapeuter som har engasjert seg i fagutvikling vil ha et reflektert forhold til egen praksis, som kan gi grunnlag for et rikt datamateriale i både observasjon og intervju. Slik støtter jeg meg til Fangen som skriver at det er viktig å velge personer som sitter inne med informasjon om det temaet du er ute etter å utforske (Fangen, 2010, s. 57). Fysioterapeuten kjenner sine pasienter best og kan selv velge hvilken pasient som egner seg til studien. Inklusjonskriteriene er at pasienten er samtykkekompetent og at fysioterapeuten vurderer at deltagelse ikke er til skade for pasienten eller deres behandlingsrelasjon. Rekrutteringen startet med anbefaling fra kollegaer om aktuelle informanter. Først sendte jeg en generell forespørsel om studien kunne være aktuell for

¹⁴ Denne studien er inspirert av Norrøne (2020) sin sammensetning av en fler-metodisk tilnærming og strukturen i transkripsjon/presentasjon av materialet.

vedkommende og videre mer utfyllende informasjon og informasjonsskriv når deltagelse var aktuelt.

3.4.2 Video-observasjon

Datamaterialet er utviklet basert på et video-opptak av en behandlingstime for å få informasjon om hva som konkret gjøres i behandlingstimen. Det ga meg informasjon om ulike sider ved praksis slik det faktisk utspiller seg i behandlingstimen, og hva som gjøres når og hvordan det gjøres (Thornquist, 2018, s. 255). Video-observasjon gir rike data med mange detaljer (Jordan & Henderson, 1995, s. 52). Det ga meg mulighet til å studere hvordan væremåter og handlingsmuligheter utforskes i en psykomotorisk behandlingstime. Det ville gi informasjon om hva de gjør, hva de sier, hvordan de reagerer og hvordan de samhandler rundt temaet. Jeg kunne se opptaket gjentatte ganger for å øke dybdeforståelsen av materialet (Jordan & Henderson, 1995). Jeg var observatør under opptaket, men tok ikke del i samhandlingen (Fangen, 2010). Jeg valgte å intervju fysioterapeuten i etterkant for at jeg skulle forstå samhandlingen mellom fysioterapeuten og pasienten ytterligere (Fangen, 2010, s. 77). Bakgrunnen for det var å utvikle informasjon som ikke var tilgjengelig gjennom video-observasjon og som kunne bidra til at datamaterialet mitt ble rikere inn i en analyse. Det ville også gi meg muligheten til å få mer informasjon om handlinger som er mindre synlig på video-opptak som pustesvar, små bevegelser, autonome reaksjoner og pasientens blikk.

Før datainnsamlingen gjennomførte jeg flere piloter for å sikre at alle innstillinger og feil var oppdaget før opptaket skulle gjennomføres. Behandlingen ble filmet på fysioterapeuten sitt kontor med en varighet på 44 minutter. For at video-opptaket skulle bli mest mulig vellykket brukte jeg de praktiske rådene til Jordan og Henderson (Jordan & Henderson, 1995, s. 88-91). Jeg hadde på forhånd laget en liten observasjonsguide som kunne hjelpe meg å holde fokus på utforsking og endring av handlinger (vedlegg 4). Det gjorde jeg for å få hjelp til å trekke ut aktuelle handlingssekvenser¹⁵ som jeg ønsket utfyllende informasjon om i intervjuet. Jeg

¹⁵ Jordan og Henderson (1995) bruker «viktige hendelser», og Norrøne (2020) bruker «viktige handlingssekvenser» siden begrepet sier mer om hva de gjør enn noe som oppstår. Handlingssekvens blir brukt som beskrivelse på et utdrag av en handling fra video-materialet i denne studien.

hadde med en notatbok for å skrive feltnotater. Feltnotatarket var inndelt i to kolonner med tidspunkt for handlinger og hva som foregikk i behandlingen. Jeg markerte de handlingssekvensene som jeg opplevde som interessante slik at det ble enkelt å plukke de fram i intervjuet som skulle gjennomføres rett etter videoopptaket. Feltnotatene var mest tenkt som en hjelp for meg selv til å strukturere og plukke ut de handlingssekvensene jeg ville se sammen med fysioterapeuten i intervjuet etter behandlingen.

3.4.2.1 Observatør under video-opptaket

Under video-opptaket var jeg til stede som observatør. Jeg valgte å ikke delta i samhandlingen for å unngå å påvirke behandlingstimen mest mulig. Jeg er under utdanning i psykomotorisk fysioterapi, og på bakgrunn av det er mye av det som skjer i en behandlingstime kjent for meg. Det gjør at jeg kjenner til faget godt nok til å vite hva som er relevant for min oppmerksomhet, og på bakgrunn av dette egnet denne observasjonsformen seg for min studie (Thagaard, 2013, s. 79-80). Som observatør kunne jeg gjøre mine egne refleksjoner over stemningen i rommet. I denne oppgaven har jeg beskrevet min opplevelse av stemningen slik at leseren får en utvidet forståelse ut over hva transkripsjonen gir. Dette er fordi jeg opplever at transkripsjonen ikke får fram dette så tydelig, og noen av beskrivelsene kan derfor virke harde når konteksten ikke er beskrevet ytterligere. Siden jeg ikke deltok i samhandlingen ble det vanskelig for meg å få tak i meningene bak handlingene, og i neste avsnitt vil jeg beskrive hvordan jeg gjennomførte intervjuet

3.4.3 Intervju og samobservasjon med fysioterapeuten

Intervjuet i samobservasjonen baseres på det kvalitative forskningsintervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015), og hovedfokuset var å få mer informasjon rundt video-opptaket ved at fysioterapeuten fortalte om sine valg, vurderinger, opplevelser, handlinger og beskrivelser av situasjonen. I tillegg stilte jeg noen åpne spørsmål om hvordan fysioterapeuten opplevde behandlingen i sin helhet for å få mer informasjon om helhetsinntrykket hennes (vedlegg 5). Intervjuet med fysioterapeuten ga meg innsikt i hennes forståelse og opplevelse av behandlingen. Intervju av fysioterapeuten egnet seg for min studie ved at jeg fikk informasjon om hennes valg og tilpasninger. Å stille åpne spørsmål kan bidra til at kunnskap utvikles i et samspill mellom meg og fysioterapeuten i situasjonen (Kvale & Brinkmann,

2015). Bakgrunnen for at jeg valgte samobservasjon var for å få mer informasjon om det som ikke er synlig på et video-opptak, og på denne måten kunne jeg finne ut om fysioterapeutens opplevelse var i overensstemmelse med mine egne tanker rundt handlingssekvensene. Fokuset mitt var å få informasjon om valg, vurderinger og opplevelser, hva som var vesentlig og hvorfor. Jeg har ikke gjennomført intervju med pasienten og har dermed ikke mulighet til å finne ut av om mine tanker er i overensstemmelse med pasienten.

I utgangspunktet hadde jeg planlagt å intervjuer fysioterapeuten en dag etter opptaket, men av praktiske og tidsmessige årsaker ble intervjuet gjennomført rett etter behandlingen. Det ble gjennomført på fysioterapeuten sitt kontor og ble tatt opp med lydopptaker. Jeg brukte inspirasjon fra interaksjonslysen om samobservasjon (Jordan & Henderson, 1995), men den ble noe modifisert da vi ikke hadde tid til å se gjennom hele video-opptaket å stoppe ved handlingssekvenser underveis. På bakgrunn av dette avtalte jeg og fysioterapeuten i forkant av behandlingen at jeg markerte handlingssekvenser fortløpende under behandlingen som jeg ønsket å trekke fram i intervjuet og at fysioterapeuten hadde mulighet til å trekke fram handlingssekvenser som hun ønsket å utdype. Denne måten å gjennomføre en samobservasjonen på gjorde at jeg måtte ordne en oversikt over innholdet i behandlingstimen underveis for å ha muligheten til å finne tilbake til de situasjonene som skulle trekkes fram i intervjuet. Det gjorde jeg ved å notere tidspunktet med hjelp av en stoppeklokke som fulgte tiden til behandlingstimen og handlingene som utspilte seg noterte jeg ved siden av. Jeg valgte å bruke feltnotatene til å få en oversikt over behandlingstimen og det gjorde at det ble enklere å finne tilbake til handlingssekvenser i video-opptaket etterpå.

Intervjuet varte i 59 minutter. Jeg hadde notert ned elleve handlingssekvenser som jeg opplevde som interessante. Jeg trakk fram fire av de elleve handlingssekvensene i intervjuet og fysioterapeuten trakk fram to handlingssekvenser, som jeg så i mine egne notater var to av de elleve jeg hadde markert meg. Det vil si at av de elleve handlingssekvensene som jeg hadde markert ble seks av dem grunnlag for samtale i intervjuet. Grunnen til at ikke alle elleve ble valgt ut til intervjuet var på grunn av den tidsmessige rammen vi hadde å forholde oss til. Det gjorde at jeg måtte prioritere hvilke handlingssekvenser jeg ønsket mer informasjon om, samtidig ønsket jeg å høre hvilke situasjoner fysioterapeuten bemerket seg.

Det ønsket jeg på bakgrunn av at ikke jeg som forsker og min forforståelse skulle styre hele utvelgelsen av handlingssekvenser. Ved å spørre fysioterapeuten kunne det åpne opp for nye forståelser av det som skjedde i behandlingstimen. Jeg prøvde hele tiden å etterstrebe rådet om at samtalen rundt handlingene ikke skulle vare lenger enn 5 minutter for å sikre at diskusjonen holder seg til tema og observasjonen, slik at det som ble drøftet var empirinært (Jordan & Henderson, 1995). I noen få tilfeller ble det noe lenger.

3.5 Metoderefleksjon

Kvaliteten på studien er beskrevet tidligere, og i dette kapitlet vil jeg gjøre noen refleksjoner rundt utvikling av datamaterialet. Siden jeg filmet behandlingstimen, kan det ha påvirket fysioterapeuten og pasienten. Erfaringer viser at deltagere ofte venner seg til kameraet hvis kameraet står på en plass uten at noen filmer (Jordan & Henderson, 1995, s. 55). Kameraet sto rolig i behandlingsrommet uten min involvering, men det at jeg var til stede som observatør og tok notater underveis kan ha minnet deltagerne på at de ble observert. Hvordan deltagerne oppfører seg kan bli påvirket når de blir filmet (Jordan & Henderson, 1995, s. 55), og det er bakgrunnen for at jeg har valgt å beskrive stemningen i rommet i denne oppgaven. Jeg drøfter hvordan humor, latter og sarkasme kan ha en kommunikativ betydning, og det er mulig å tenke at dette kan ha blitt forsterket av min tilstedeværelse ved at pasienten prøvde å tøffe seg litt. Eller så kan det være hennes væremåte som kommer til uttrykk i samhandling med andre.

I utgangspunktet hadde jeg planlagt å gjennomføre intervjuet en dag etter video-opptaket for å kunne se gjennom video-opptaket og trekke ut de handlingssekvensene jeg ønsket mer informasjon om. Bakgrunnen for at intervjuet ble gjennomført rett etter behandlingstimen var fordi fysioterapeuten hadde satt av tid til meg, og hun hadde muligheten til et 60 minutters intervju rett etter opptaket før hun hadde en ny avtale på sin arbeidsplass. I ettertid ser jeg at jeg kunne vært tydeligere på at intervjuet skulle gjennomføres en annen dag enn selve behandlingsdagen i informasjonsskrivet, og at samobservasjonen med intervju ville vare over en lengre tidsperiode siden video-materialet i seg selv kan vare på 45-60 minutter. Ulempen med disse endringene var at hverken jeg eller fysioterapeuten hadde tid til å reflektere eller ta innover oss det som skjedde i behandlingstimen. Samtidig gjorde det at jeg som forsker måtte være åpen til det som skjedde i behandlingstimen og følge med på alle detaljer. Hadde jeg forberedt meg på forhånd kan det tenkes at jeg hadde lett mer konkret i materialet etter svar

på problemstillingen uten å løfte blikket. En annen ulempe var at vi bare hadde 60 minutter i intervjuet. Hvis vi skulle sett filmen fra starten og stoppet opp ved situasjoner hvor vi ønsket mer utfyllende informasjon hadde vi ikke kommet gjennom hele. For å løse denne utfordringen på best mulig vis skrev jeg gode feltnotater som var til stor hjelp under samobservasjonen. Siden jeg hadde skrevet klokkeslettet var det enkelt å finne det fram igjen i opptaket. De ble muligens lettere for meg å velge ut handlingssekvenser som hadde disse notatene, sammenlignet med fysioterapeuten som måtte huske uten noen form for notater. For å redusere denne forskjellen stilte jeg fysioterapeuten noen åpne spørsmål hvor jeg fikk tak i hva hun vektla i behandlingstimen, og på bakgrunn av hva hun trakk fram kunne jeg finne fram til situasjonen hun begynte å snakke om. De gjorde at vi begge var delaktige i hva som ble trukket fram som relevant i denne behandlingssituasjonen. En fordel med å gjøre intervjuet rett etterpå var at jeg opplevde at fysioterapeuten hadde mange rike beskrivelser av det som skjedde i behandlingstimen, og sine valg og vurderinger undervis. På bakgrunn av disse endringene ble det ikke like naturlig for studiens oppbygging å gjennomføre samobservasjon med veileder, så det ble ikke gjennomført. I stedet så veileder gjennom videoen før en veiledningstime og hun støttet de valgene jeg hadde tatt under utvelgelse av handlingssekvenser. Dette kan ifølge Fangen (Fangen, 2010, s. 237) bidra til å støtte den kommunikative validiteten. På bakgrunn av utfordringene og endringene som er beskrevet kunne datamaterialet fra intervjuet vært annerledes enn det er i dag, men hva som kunne gitt meg det rikeste datamaterialet får jeg ikke svar på. Selv om det ble noen endringer så opplever jeg selv at datamaterialet mitt er interessant og jeg har hatt mer enn nok materiale til å bygge opp denne oppgaven.

3.6 Utvelgelse av handlingssekvenser

Jeg brukte tid på å se gjennom videoen flere ganger, samtidig som jeg prøvde å legge fra meg problemstillingen. Jeg brukte lang tid på å studere hva som faktisk skjedde og hva materialet fortalte meg. Jeg var åpen i møte med materialet mitt, og så underveis at det var mange av de samme handlingssekvensene som vi snakket om i intervjuet som fikk oppmerksomhet i denne prosessen. Det som styrte blikket mitt i utvelgelse av handlingssekvenser var utvalgte fokusområder fra interaksjonsanalysen som hendelser, segmentering, turtaking, deltagerstruktur og problem og reparasjon (Jordan & Henderson, 1995), i tillegg til problemstillingen min. Fokusområdene fra interaksjonsanalysen blir beskrevet mer detaljert i analysen. Jeg så etter handlingssekvenser som kunne fortelle meg noe om hvordan pasienten

sine vaner og væremåter blir utforsket, hvor skjer det endringer av betydning for pasienten og hvordan endres pasienten sine handlinger underveis i behandlingstimen. Det er disse fokusområdene som er relevant for min problemstilling og som har vært avgjørende for hva jeg har tatt med i analysen. Av de seks sekvensene som jeg og fysioterapeuten snakket om i intervjuet ble fire av dem valgt med i analysen fordi de svarte på problemstillingen. Bakgrunnen for at ikke alle seks ble tatt med var fordi en av dem var for gjentakende uten å tilføye noe ekstra, og den andre svarte ikke på problemstillingen. Fysioterapeuten og min veileder har støttet flere av de handlingssekvensene som er valgt ut for analyse. De utvalgte handlingssekvensene ble detaljert transkribert.

3.7 Transkripsjon

De utvalgte handlingssekvensene ble detaljert transkribert, og verbale utsagn og kroppslige handlinger og bevegelser ble flettet sammen i en tekst. I psykomotorisk fysioterapi kommuniserer fysioterapeuten og pasienten på ulike kommunikative nivå av betydning, og på bakgrunn av det valgte jeg å framstille transkripsjonen slik at leseren enkelt kunne følge både det som sies og det som gjøres. Fenomenologien vektlegger at det ikke er et skille mellom det kroppslige og verbale (Merleau-Ponty, 2012; Thornquist, 2018), og på bakgrunn av det valgte jeg å transkribere alt i en tekst. Pasienten kan verbalisere noe som har sammenheng med en kroppslig handling, og kroppens uttrykk kan fortelle noe uten at det blir verbalisert. Disse sammenhengene kommer tydeligere fram når de beskrives sammen, og i en behandlingstid har både det verbale og kroppslige uttrykket stor betydning.

Det finnes ingen standard for hvordan transkripsjonen skal utføres, men den må være tilstrekkelig for formålet med analysen (Jordan & Henderson, 1995, s. 47-49). Jeg har forsøkt å gjøre valg som får fram meningen i mitt materiale på best mulig måte. For å synliggjøre hva som er transkripsjon blir teksten presentert i *kursiv* med ett innrykk. I video-opptaket blir kroppslige handlinger og bevegelser transkribert ved bruk av hakeparenteser [*strekker seg*]. Utsagn som kommer mens den andre prater transkribes med parentes (hmm.). Det brukes dobbel skråstrek // når deltagerne avbryter hverandre og stjerne * der utsagnene kommer rett etter hverandre uten pause. Viktige utsagn markeres med understrek dette var godt.

Fysioterapeutens utsagn markeres med F og pasientens med L. Pasientens fiktive navn er «Liv». For lesere som ikke kjenner konteksten og stemningen i rommet kan det være utfordrende å fange opp ironi (Kvale & Brinkmann, 2015), og på bakgrunn av det har jeg beskrevet min opplevelse av stemningen og drøftet betydningen av den. Intervjuet er transkribert slik at materialet ivaretar det fysioterapeuten forteller, og fyllord som ikke har en vesentlig betydning blir fjernet slik at det blir lettere å lese. Intervjuer blir markert med I og fysioterapeuten med F. Avbrytelser markeres med dobbel skråstrek // og pauser i samtalen med tre prikker ... Når fysioterapeuten gjenforteller noe L har fortalt brukes anførelsestegn «jeg er bare sånn». Informasjon som ikke er relevant for handlingen blir klippet bort og er markert med [...]. Noen plasser i resultatdelen henviser jeg til særtrekk og informasjon av betydning for å forstå konteksten uten at det presenteres i transkripsjonsform. Å transkribere er en fortolkningsprosess (Kvale & Brinkmann, 2015), og det gjør at jeg som forsker har betydning for hvordan materialet blir beskrevet ut fra min tolkning av situasjonen.

3.8 Analyse

Problemstillingen er rettet mot å studere hvordan en psykomotorisk fysioterapeut arbeider praktisk med pasienten sine væremåter og handlingsmuligheter, og jeg vil studere hvordan de forholder seg til og griper an den informasjonen de får gjennom en kroppslig tilnærming. Jeg vil se på kroppsholdning, bevegelser, pasienten sine reaksjoner og hva som sies. Analysen består av en hermeneutisk fortolkende ramme med en forståelse av at datamaterialet ikke kan betraktes forutsetningsløst. Mine fortolkninger vil være påvirket av min forforståelse og teorien jeg velger å bruke i analysen (Thagaard, 2013; Thornquist, 2018). Det vil si at forståelsen av materialet ikke bare relateres til materialet alene, men også min forståelse og mine tolkninger av materialet. Tolkningen av datamaterialet har en abduktiv tilnærming hvor teorien utvikles på grunnlag av analysen og teoretiseringen har basis i dataene (Thagaard, 2013, s. 198).

Interaksjonsanalysen har styrt blikket mitt gjennom hele prosessen, både ved observasjon og ved gjennomgang av video-materialet. Det er samhandlingen mellom fysioterapeuten og pasienten som utvikler kunnskapen om hvordan væremåter utforskes og handlingsmuligheter fremmes i behandling. Interaksjonsanalyse egner seg godt når det er den menneskelige

aktiviteten som ligger til grunn for å besvare problemstillingen (Jordan & Henderson, 1995). Interaksjonsanalysen var med på å bidra til at jeg forsto materialet mitt på en ny måte etter gjentatte observasjoner av videoen-opptaket.

Fra interaksjonsanalysen har jeg valgt å fokusere på temporal organisering, innholdslogg, hendelser og segmentering, turtaking, deltagerstruktur og problem og reparasjon (Jordan & Henderson, 1995). Den temporale organiseringen av behandlingstimen blir beskrevet under resultater for å gi en framstilling av den tidsmessige organiseringen av hva de gjør, og videre gir den informasjon om formen og strukturen i behandlingstimen (Jordan & Henderson, 1995). Jeg lagde en innholdslogg av video-opptaket til eget bruk for å få en oversikt, og som en hjelp til å kunne velge ut handlingssekvenser. Innholdsloggen inneholdt overskrifter av handlinger og en beskrivelse av utgangsstilling på pasienten (Jordan & Henderson, 1995). Presentasjonen av materialet er formet av at jeg så på strukturen av handlingssekvensene, som hadde en begynnelse, avslutning og segmentering. Det er beskrevet at det er begynnelsen og avslutningen på hendelser som ofte inneholder omorganiseringer hvor det kan oppstå viktige interaksjoner mellom deltagerne (Jordan & Henderson, 1995), og det gjenspeiler seg i mitt materiale. Hendelser i en behandlingstime kan ofte bygge på hverandre, og det er av betydning å studere hvordan en hendelse bygget videre på neste. Overgangene fra en hendelse til en annen trenger ikke å være problemfrie (Jordan & Henderson, 1995).

Turtaking, deltagerstruktur og problem og reparasjon er deler av interaksjonsanalysen som har vært med på å styre blikket mitt i utvelgelse av handlingssekvenser, og har hatt betydning for tema som blir tatt opp i drøfting uten at begrepene i seg selv blir med videre over i resultat og drøfting. Turtaking har gitt meg informasjon om hvem sin tur det er i den verbale og kroppslige samhandlingen, og hvordan det verbale svarer til det kroppslige og motsatt. Deltagerstrukturen har gitt meg informasjon om de deler en felles oppgaveorientering og oppmerksomhetsforståelse, og hvordan de koordinerer seg og samarbeider i behandlingstimen. Det har gitt meg innblikk i om fysioterapeuten og pasienten er aktiv i samhandlingen. Problem og reparasjon brukte jeg for å se etter spenninger i interaksjonen, hvordan problemer oppstod og hvordan de reparerte brudd i interaksjonen underveis (Jordan

& Henderson, 1995). De utvalgte delene av interaksjonsanalysen sammen med utvalgt teori har vært med på å utvikle resultatene og drøftingen.

3.9 Presentasjon av materialet

I kapittel 5. resultat og analyse blir datamaterialet presentert på følgende måte:

I kapittel 5.1 «Behandlingen som helhet» vil jeg beskrive den temporale organiseringen av behandlingstimen og gi en gjengivelse av kjennetegnene og utviklingstrekkene i timen med mine egne ord. I kapittel 5.2 «Handlingssekvenser» presenterer jeg de utvalgte handlingssekvensene ut fra de tre analytiske nivåene til Fangen (Fangen, 2010). Dette er tre fortolkningsnivåer som handler om ulike abstraksjonsnivå til fortolkning av video-materialet. Førstegradsfortolkninger handler om transkribering av det jeg ser og hører. Dette nivået skal gi en gjengivelse av materialet, men når muntlig tale og bevegelser skal gjøres om til skriftlig tekst vil det alltid være en grad av forandring. Jeg velger å bruke erfaringsnære begreper på dette nivået. Andregradfortolkninger handler om at jeg bruker egne tolkninger til det jeg ser og hører, og handlingene fortolkes ut fra en kontekst. Beskrivelsene vil bli løftet opp til et nivå fra det deltagerne selv beskriver. Tredjegradsfortolkning handler om at jeg vil forstå situasjonen på nye måter ved bruk av teori (Fangen, 2010).

Det er valgt ut fire handlingssekvenser fra materialet. Handlingssekvensene som bygger på hverandre presenteres samlet med førstegradsfortolkning og andregradfortolkning, og til slutt får de en felles tredjegradsfortolkning. Første beskrivelse består av handlingssekvens 5.2.1 «Men hvis du tror det er godt så tar du helt feil» og 5.2.2 «Nå har jeg veldig lyst til å strekke ut foten min», med en felles tredjegradsfortolkning 5.2.3 «Fra å hemme seg til å handle ut fra egne behov». Den andre beskrivelsen består av handlingssekvens 5.2.4 «Herregud, foten opp og tærne ned» og 5.2.5 «Men strammer jeg nå?», med en felles tredjegradsfortolkning 5.2.6 «En ny måte å stå på». Bakgrunnen for at jeg presenterer handlingssekvenser samlet med en felles tredjegradsfortolkning er at de etter min mening har en tydelig begynnelse, avslutning og segmentering (Jordan & Henderson, 1995). Handlingssekvensene som er presentert sammen har fellestrekk, og tematikken de arbeider med blir med videre og blir løftet til et nytt nivå i neste handlingssekvensen. Den første beskrivelsen av handlingssekvensene 5.2.1 og

5.2.2 har en tydelig segmentering fra handlingssekvens til handlingssekvens, mens den andre beskrivelsen av handlingssekvensene 5.2.4 og 5.2.5 ikke skjer fortløpende etter hverandre, men har tydelige fellestrekk. Handlingssekvensene viser at det er betydningsfulle interaksjoner i fellesskap ved begynnelser og avslutninger (Jordan & Henderson, 1995). Handlingssekvenser som bygger på hverandre med fellestrekk og utvidelse av tematikk gir etter min mening bedre grunnlag for drøfting med teori om de presenteres samlet i motsetning til hver for seg. Til slutt presenteres 5.3 «diskusjon av behandlingstimen» der fremtredende temaer i behandlingstimen blir drøftet i sin helhet. De relevante utdragene fra intervjuet som gir mer informasjon om handlingssekvensene og behandlingstimen blir brukt under resultat, diskusjon og avslutning.

4 Ethiske betraktninger

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) før rekruttering av informanter og innhenting av datamaterialet (vedlegg 1). Fysioterapeuten og pasienten fikk utdelt et informasjonsskriv om studien og kontaktinformasjon med beskrivelser for hvordan de kunne trekke seg fra studien (vedlegg 2 og 3). Frivillig samtykke ble innhentet i tråd med NSD sine retningslinjer for å ivareta deltagerens autonomi (NSD, u.å)¹⁶. For å ivareta personvernet er datamaterialet behandlet etter lovverk (Personopplysningsloven, 2018) og lagret i Tjenester for sensitive data (Universitetet i Oslo, 2021). I informasjonsskrivet fikk fysioterapeuten og pasienten informasjon om hvordan dataene ble lagret og hvem som hadde tilgang. Datamaterialet blir oppbevart til prosjektets slutt og det sikrer etterprøvbarheten. Etter at prosjektet er godkjent vil datamaterialet slettes. Jeg har gjennom hele prosessen hatt fokus på å aidentifisere fysioterapeuten og pasienten i det skriftlige materialet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Jeg har transkribert på bokmål for å fjerne eventuelle ord på dialekt, og gitt pasienten et fiktivt navn.

Jeg har hatt stort fokus på å forholde meg til de etiske prinsippene for forskning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Jeg tok de etiske hensyn på alvor og innhentet kun den

¹⁶ Jeg tok utgangspunkt i word-malen for informasjonsskriv som NSD har utarbeidet til bruk

nødvendige informasjonen for å gjennomføre denne studien. I ettertid kunne jeg tenkt meg noe mer bakgrunnsinformasjon om pasienten sine livsbelastninger, men samtidig forteller datamaterialet mitt noe om det ut fra hva de sier, arbeider med og hvilket fokus de har i behandlingen. For å ivareta pasienten i intervjuet med fysioterapeuten innhentet jeg et utvidet samtykke for å ivareta taushetsplikten. Det gikk ut på at pasienten hadde mulighet til å snakke med fysioterapeuten etter behandlingstimen hvis det var opplysninger som pasienten ikke ønsket at fysioterapeuten skulle snakke om. I tillegg fikk pasienten tilsendt et foreløpig utkast av intervjuguiden for å få et innblikk i hva intervjuet ville innebære av opplysninger.

Fysioterapeuten og pasienten gjennomførte en vanlig behandlingstime slik de hadde avtalt seg imellom uavhengig av min tilstedeværelse, og på denne måten grep jeg ikke inn i behandlingen og påvirket den. Jeg som forsker deltok ikke i samhandlingen under behandlingstimen, men min tilstedeværelse kan likevel ha påvirket fysioterapeuten og pasienten. Som jeg har skrevet tidligere i oppgaven så kan det tenkes at deres væremåte ble forsterket av at jeg var observatør og filmet behandlingstimen. Ved å bli observert kan dette forsterkes i situasjonen (Fangen, 2010). Hvis fysioterapeuten bemerker seg dette, og videre reflekterer over det sammen med pasienten i ettertid kan det tenkes at studien kan ha en nytteverdi for pasienten. Det kan skape gode refleksjoner som kan bidra til videre utforskning i behandling. Utover dette vil nok ikke studien ha en videre nytteverdi for denne pasienten, men den vil kunne ha en nytteverdi innen fagfeltet ved å bidra til økt kunnskap om tema med detaljerte beskrivelser og konkrete eksempler som kan være til inspirasjon for andre fysioterapeuter. Hvis fysioterapeuter får inspirasjon og økt innsikt i temaet kan det være til nytte for fremtidige pasienter i behandling. Kostnadene med å delta i studien er at det kan hemme selve behandlingstimen, oppleves belastende å delta og de kan føle seg misforstått i framstilling av resultatene og drøftingen (Thagaard, 2013). Jeg mener at skadene ved å delta i denne studien ikke overstiger nytten for å utvikle mer kunnskap for å fremme fagutvikling (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021).

5 Resultat og analyse

5.1 Behandlingen som helhet

5.1.1 Temporal organisering av behandlingstimen

I tabellen under er behandlingstimen strukturert gjennom temporal organisering av aktiviteten (Jordan & Henderson, 1995). Tabellen gir informasjon om hvilke hovedhandlinger som kjennetegner timen og hvor lang tid de bruker på hver av dem.

Tid	Handling
00.00 – 03.47	Innledende samtale
03.47 – 05.36	Bevegelse av ankel i sittende
05.36 – 06.54	Stående
06.54 – 40.38	Ryggliggende
40.38 – 44.11	Stående

I neste avsnitt vil jeg presentere pasienten og gi en beskrivelse av kjennetegnene og utviklingstrekkene i behandlingstimen. Pasienten blir presentert ut fra fysioterapeuten sin oppfatning, og jeg beskriver videre med mine ord hvordan jeg forstår det fysioterapeuten sier.

5.1.2 Bakgrunn for behandlingstimen

Pasienten sitt fiktive navn er «Liv». Liv er ei middelaldrende dame. Dette er Liv sin andre time til individuell psykomotorisk behandling. Hun går parallelt i en behandlingsgruppe som ledes av samme fysioterapeut. I intervjuet beskriver fysioterapeuten hvordan hun oppfatter Liv:

F: i forrige time snakket vi litt om at det var veldig mye uro i beina. Særlig når hun begynte å snakke om ting som det var knyttet mye følelser til [...] Hun har vært såpass tullete, pratsom, litt sånn avvisende «neinei, jeg vet ikke jeg, skjedde det noe i kroppen da?» [...] Til å begynne med var hun litt avvisende til det. «nesj, uff, ja, nei». Og litt sånn «nei, men jeg er bare sånn». Hun ga mye forklaringer

på det som «nei, jeg holder jo alltid på med noe med hendene» for eksempel. Ja, hun hadde i utgangspunktet ikke lyst til å knytte det til det som skjedde der og da i samtalen.

Slik jeg forstår det er fysioterapeuten sin tolkning av Liv at hun holder avstand til egne kroppslige reaksjoner og kroppslig uro. Liv gir uttrykk for at hun ikke vil forholde seg til det som skjer. I den innledende samtalen i denne behandlingstimen snakker Liv og fysioterapeuten om forrige time, og de gjentar i denne behandlingstimen at Liv fikk flere kroppslige reaksjoner når de snakket om hennes far. De går ikke dypere inn i familieforholdet, men jeg tolker det slik at hun kan ha opplevd noen utfordringer i nære relasjoner.

Fysioterapeuten forteller videre om hvordan hun oppfatter Liv sin kroppsholdning og hvilke mønster hun har:

F: Så har hun et veldig oppstrammet mønster i overkroppen, litt mer militærholdning med litt løfta brystkasse. Men det ser jeg mer som en kompensasjon for at hun prøver selv med mye krefter å komme ut av fleksjonsmønsteret i overkroppen [...] Hun snakket om at når hun satt var det vanskelig å strekke ut hoftene. Når hun sto så klarer hun ikke å stå på beina. Enten så må hun stå med bøyde knær eller hvis hun skal klare å strekke ut knærne så må hun gjør det med aktivitet i quadriceps [...] Mønsteret hennes er jo typisk å holde ut, bite tennene sammen og hun er veldig pratsom. Hun prater veldig mye og gjør veldig mye og lander mindre i seg selv.

Fysioterapeuten trekker fram at Liv holder ut, biter tennene sammen, snakker mye og gjør mye. På bakgrunn av det kan det tenkes at fysioterapeuten vurderer at hun lander mindre i seg selv. Jeg mener at en slik beskrivelse av Liv kan si noe om at hun holder avstand til seg selv. Slik jeg ser det kommer dette også til uttrykk i behandlingstimen ved at hun spenner seg i kroppen, bremser pusten, bremser egne bevegelser og har en humoristisk/sarkastisk tone når de utforsker hennes væremåte med å tåle. Fysioterapeuten beskriver at Liv har et oppstrammet mønster i overkroppen og at hun ikke står godt på beina. Liv forteller selv i den innledende samtalen i denne behandlingstimen at hun har fått hørt av andre at hun løfter tærne opp fra gulvet når hun står. Dette er ikke noe hun har lagt merke til selv, men hun kan se at tærne har laget avtrykk i tuppen på skoen.

Behandlingstimen har noen tydelige kjennetegn og utviklingstrekk. Informasjonen om tærne er vesentlig å ha med som bakgrunnsinformasjon for denne timen. De har mye fokus på beina og tærne til Liv. Dette temaet rammer inn behandlingstimen ved at det er et fokus i den innledende samtalen, de utforsker og arbeider med det i behandlingen, og det er en del av

avslutningen på timen. De bruker mye tid på det, og Liv sitt engasjement øker gradvis gjennom behandlingstimen. De holder hele tiden en rød tråd ved å vende tilbake til beina. Fysioterapeuten beskriver at Liv gjør mye og i denne timen kan jeg se en gradvis utvikling både i tematikken og hvordan Liv endrer seg. Det kan tenkes at fysioterapeuten legger opp en behandlingstid hvor de kan bruke lang tid på hver del slik at Liv kan holde fokus. I starten er Liv mer urolig og holder avstand til seg selv ved å le, bruke humor og sarkasme når hun kommuniserer med fysioterapeuten. Fysioterapeuten trekker fram i intervjuet at dette kan være måter Liv regulerer seg selv på i situasjonen og det blir videre drøftet under diskusjon av behandlingstimen. Jeg vil poengtere at jeg som observatør aldri opplevde tonen dem imellom som voldsom eller hemmende for dere relasjon, men ved gjentatte observasjoner av videomaterialet og gjennomgang av intervjuet ble det tydeligere for meg hvordan Liv kommuniserer i starten av behandlingstimen. Utover i behandlingstimen blir hun roligere og mer nysgjerrig på det de gjør, som kan være et resultat av måten fysioterapeuten legger opp behandlingen på. Det er en langsom utvikling og utvidelse av Liv sitt handlingsrepertoar i denne behandlingstimen og det er synlig ved at handlingssekvensene bygger på hverandre.

5.2 Handlingssekvenser

Under handlingssekvenser vil jeg presentere de utvalgte handlingssekvensene fra videomaterialet, og deler av intervjuet blir presentert under tredjegradsfortolkning når det trengs mer utfyllende informasjon. Første beskrivelse består av handlingssekvens «Men hvis du tror det er godt så tar du helt feil» og «Nå har jeg veldig lyst til å strekke ut foten min», med en felles tredjegradsfortolkning: «Fra å hemme seg selv til å handle ut fra egne behov». Den andre beskrivelsen består av handlingssekvens «Herregud, foten opp og tærne ned» og «Men strammer jeg nå?», med en felles tredjegradsfortolkning: «En ny måte å stå på».

5.2.1 «Men hvis du tror det er godt så tar du helt feil»

Første fortolkningsnivå

L ligger i ryggliggende på behandlingsbenken mens fysioterapeuten masserer hennes venstre lår.

L: Men hvis du tror det der er godt så tar du helt feil [L smiler]

F: [F møter blikket til L samtidig som hun fjerner hånden fra låret] Ja, hun kan si fra hun der [F smiler og svarer muntert]

L: *[L ler] Ja, det [L beveger lett på fingrene, tærne og hodet. L og F ser på hverandre og ler sammen]

F: [F legger hånda tilbake på L sitt lår og tar ett massasjegrup før hun tar bort hånda igjen og ser på L] Åh, betyr det at jeg skal vær litt mer forsiktig eller? [F smiler]

L: *Nei, nei, jeg er opplært med at vondt skal vondt fordrive jeg, så du må bare holde på [L smiler]. Men jeg kjenner at du holder på for å si det sånn [L beveger lett på fingrene og tærne mens hun snakker]

F: Ja, du begynte jo litt sist å prøve å merke hvordan kroppen din reagerer på forskjellige ting. Da var det mest prating egentlig. Men nå kan jeg jo massere deg slik som du sa, du er jo vant til å tåle litt [F legger hånden på L sitt venstre lår og masserer låret]. Bare sjekke hvordan kroppen din reagerer når jeg gjør sånn.

L: *Ehh, ja. [L beveger hode til siden og beveger på fingrene og tærne når hun snakker] Hvordan reagerer den. Den vil ikke ha det, vil den ikke.

F: Du vil ikke ha det nei

L: *Nei [L ler og F smiler og ler videre sammen med L] Det er ikke noe deilig, Det er veldig ømt nedi der.

F: [F snakker mens hun ler] Så kanskje vi skal prøve en annen teknikk da, enn vondt skal vondt fordrive? [L smiler mens F snakker. F ser på L etter at hun har stilt spørsmålet].

L: ja [L trekker pusten dypt] det hadde vært deilig det [L ler og beveger lett på fingrene og tærne. F ler sammen med L]

F: *det hadde vært deilig det [F stryker hånden nedover L sitt lår]. ja, og her kommer den uroen din igjen [F stryker på L sin legg og peker mot ankelen og tærne som bøyes og strekkes i små raske bevegelser]

L: Ja, ikke sant

F: *ja. Akkurat som den, jeg vet ikke jeg. Hva den uroen sier [F ser på L]

L: at en skal løse opp sikkert [L beveger på venstre ankel]

F: ja, kanskje det.

L: Jeg vet ikke jeg

F: Nei, nei. [F legger hånden på L sitt venstre lår og ser på L] Vi har litt // L: jeg skal jo ikke ligge her å // F: vi har litt igjen å bli kjent med, med den her kroppen [L smiler og F ler. F masserer videre på venstre lår].

F: Og nå da? Er det // L: nå går det bra

*F: *nå går det bra [F masserer låret til L videre uten at de sier noe. F veksler mellom å se på L og låret hun masserer]*

L: Du klemmer ikke like hardt som du gjorde i sted?

F: nei, jeg gjør ikke det.

L: du gjør ikke det nei.

F: nei, jeg hører jo på deg vet du [F smiler]

*L: *nei, men [L ler] // F: det hjelper å si noe*

*L: *Men for meg så hadde det kunne vært like hard likevel, bare at jeg tåler det mer [L vifter med høyre hånd mens hun snakker]*

F: Jaaa, ja. [F ser ut i rommet en stund før hun ser ned på låret til L igjen. F masserer videre en stund uten at de sier noe]

L: Vil du at jeg skal si fra når det er ubehagelig eller? [F fjerner hånda fra låret og møter blikket til L. F og L ler] eller skal jeg holde munn?

F: altså, [L ler mens F snakker og holder høyre albue foran ansiktet mens hun ler] vi har jo ikke noe mål om at du skal bli stram i kjeven og oppi ryggen og sånt, mens jeg holder på da. Så jeg vet ikke helt hvordan du reagerer oppi der jeg [F smiler samtidig som hun hever skulderbuen og slipper den ned igjen. F ser på L]

L: nei, det går bra [L beveger lett på tærne]

F: hva betyr går bra?

L: nei, at jeg // F: [F løfter opp skuldrene] føler du liksom at du har landa i benken med overkroppen eller?

L: njaaa, men jeg kjenner [L beveger ryggen og skuldrene på benken. F ler] at det trykker nedi der ja [L peker ned mot korsrygg og hofte på venstre side]

F: ja, ja, ja. [F legger hendene under L sin rygg på venstre side og trekker mot seg selv] Ja, men hvis vi prøver å se på hvordan du reagerer. Får du en sånn åååh ja eller får du en iiiiuh klarer ikke holde ut? [F beveger seg over til høyre side av benken]

L: begge deler faktisk.

F: begge deler. [F legger hendene under ryggen til L og trekker mot seg selv]. Der, så nå drar jeg deg litt ut. [F holder draget mot seg selv en stund mens hun snakker]. Du kan si det at, hvis du tenker deg en snegle i sneglehuset, ikke sant. Den prøver og, når den går litt ut av sneglehuset for å sjekke og skal ut og snuse etter noen godsaker og, men hvis det kommer ett eller annet som truer den, så åh, trekker den seg sammen. [F viser med egen kropp hvor hun trekker seg sammen og hever skuldrene mens hun snakker] Så det er en sånn grunnleggende reaksjon som vi har felles da som snegler, pinnsvin, skilpadder og alt.

L: jaja, nå er det en større rygg. Nå ble den større ryggen [L løfter hendene over magen og beveger de ut til hver sin side]

F: ja, du kjente det ja. Var det behagelig eller?

P: mm

F: ja, mm [F smiler og L begynner å le]

F: Jaa. Så jeg vil egentlig at den ryggen skal få lov til å være der. Så mer om du tenker at du tåler at det gjør vondt, så kan du kanskje prøve å kjenne kan ryggen min få lov å være der når jeg begynner å ta på låret. [F beveger seg over til andre siden av benken igjen og masserer L sitt venstre lår]. Så hvis den begynner å trekke seg sammen, da kan du si stopp. [T masserer L sitt venstre lår og veksler mellom å se på L og låret hun masserer]

Andre fortolkningsnivå

Liv sier fra om at massasjen fysioterapeuten gir henne ikke er god. Fysioterapeuten ser på Liv, avslutter massasjen og bekrefter med en munter tone at hun hører Liv. Liv rører urolig på fingre og tær, og de ler sammen. Fysioterapeuten følger opp reaksjonen til Liv og spør om hun skal være mer forsiktig. Liv svarer raskt at hun er vant til at «vondt skal vondt fordrive», og at fysioterapeuten kan fortsette. Samtidig legger Liv til et «men» og beveger urolig på fingre og tær når hun forteller hva hun kjenner. Fysioterapeuten bygger videre på noe hun og Liv begynte å tematisere i forrige behandlingstime og oppfordrer Liv til å legge merke til hvordan kroppen reagerer når fysioterapeuten masserer hardere. Liv svarer raskt at den ikke vil ha det, samtidig som hun beveger urolig på fingre og tær. Fysioterapeuten gjentar at Liv ikke vil ha den harde massasjen. De ler sammen og fysioterapeuten foreslår muntert at Liv

kan prøve en annen måte å reagere på når noe blir ubehagelig. Liv svarer bekreftende og trekker pusten dypt. Fysioterapeuten påpeker at hun ser uroen til Liv igjen og peker på de urolige bevegelsene. De undrer seg sammen over hva uroen kan bety og Liv tror det kan handle om at fysioterapeuten skal løse opp litt. Fysioterapeuten poengterer at de har litt igjen å arbeide med for at Liv skal bli kjent med seg selv, samtidig avbryter Liv henne.

Fysioterapeuten justerer massasjegrepet og Liv synes det er bedre. Fysioterapeuten viser at hun hører hva Liv sier, og poengterer at det nytter å si fra. Liv er usikker på om det er hun selv som har tilpasset seg. Fysioterapeuten undrer seg over det Liv sier og ser ut i rommet. De er stille en stund mens fysioterapeuten masserer videre. Liv spør om fysioterapeuten vil at hun skal si fra når noe er ubehagelig. Fysioterapeuten stopper opp og ser på Liv. Hun påpeker at det ikke er noe mål at Liv skal stramme seg, og Liv ler og skjuler ansiktet sitt med albuen mens fysioterapeuten snakker. Fysioterapeuten smiler og spør om Liv kjenner noen reaksjoner når det blir ubehagelig. Liv gjør ikke det, og fysioterapeuten avbryter Liv videre og veileder henne i retning av å kjenne etter hvordan det er i overkroppen. Liv tenker seg om og sier at hun kjenner at det trykker i ryggen. Fysioterapeuten legger begge hendene under ryggen til Liv og trekker henne mot seg selv for å gjøre ryggen større mot benken.

Fysioterapeuten vil at Liv skal reflektere over hvordan hun reagerer. Fysioterapeuten bruker en snegle som metafor for å forklare hvordan vi reagerer og trekker oss sammen når vi opplever noe truende eller utrygt. Liv kjenner at ryggen har blitt større etter at fysioterapeuten har dratt den ut til siden. Liv synes det er behagelig, og fysioterapeuten oppfordrer henne til å si fra hvis hun trekker seg sammen igjen.

5.2.2 «Nå har jeg veldig lyst til å strekke ut foten min»

Første fortolkningsnivå

Fysioterapeuten sitter på kanten av benken. Liv ligger på ryggen med bøyde knær og fotsålene ned i benken. Fysioterapeuten masserer Liv sin venstre legg med venstre hånd og støtter kneet med høyre hånd.

F: Det var i det området her du sa det var ordentlig vondt?

L: Du kan jo ta i så jeg kjenner det litt

F: [F er stille en stund før hun svarer] Men altså, målet her nå (L: mm) er ikke liksom at jeg skal få trykket mest mulig på deg. Det er vel så viktig at du kjenner at hele deg er litt med på det og at du ikke trekker deg inn

L: der

F: får du til å puste når jeg tar der da?

L: mm

F: Okay [F massere L sin venstre legg mens de er stille]

L: Nå har jeg veldig lyst til å strekke ut foten min.

F: ja, vær så god [F slipper taket i leggen og beveger seg opp i stående. L strekker ut venstre bein så det ligger strakt på benken, strekker ut i kneet og bøyer opp i ankelen. Når L slipper strekken i beinet trekker hun pusten dypt inn og sukker når hun puster ut]

Andre fortolkningsnivå

I denne handlingssekvensen utforsker fysioterapeuten på nytt et område i Liv sin legg, der hvor det var vondt tidligere i behandlingen. Liv vil at fysioterapeuten skal være hardere i grepet slik at hun kjenner det. Fysioterapeuten er stille en stund, som for å gi utsagnet mer betydning. Hun poengterer igjen at målet ikke er at hun skal tåle, men legge merke til hvordan hun reagerer. Fysioterapeuten treffer punktet i leggen og spør om Liv får til å puste mens hun masserer. Liv bekrefter det, og fysioterapeuten fortsetter å massere leggen en stund mens de er stille. Liv vil ut av massasjegrepet ved å strekk ut beinet. Fysioterapeuten beveger seg bort fra benken slik at Liv får plass til å strekke ut beinet. Liv legger beinet strakt ned på benken, strekker ut i kneet og bøyer opp i ankelen. Hun trekker pusten dypt og sukker samtidig som hun slipper strekken i beinet.

5.2.3 Fra å hemme seg selv til å handle ut fra egne behov

Tredje fortolkningsnivå

Handlingssekvensene som er presentert har en rød tråd i tematikken, og de bygger på hverandre ved at det skjer en gradvis utvikling gjennom massasjen. Det er en rød tråd gjennom handlingssekvensene hvor fysioterapeuten og Liv sammen utforsker det å tåle, og

videre arbeider de med å finne nyanserte måter å håndtere ubehag på. Liv forteller at hun er opplært til at «vondt skal vondt fordrive», som kan tolkes som en måte å innrette seg etter de normene som har vært gjeldende i hennes oppvekst. Denne tolkningen kan hente støtte fra teori om hvordan vi lærer å innrette oss og handle på måter som er akseptert (Bourdieu, 1999). Det er nærliggende å tro at denne måten å forholde seg til ubehag på er et uttrykk for hennes væremåte som har blitt formet gjennom oppveksten. Det er gjennom vår habitus at vi kan tilpasse egne handlinger (Bourdieu, 1999), og når Liv sin habituelle væremåte er å tåle så tilpasser hun seg situasjonen på måter som kan gå på bekostning av hvordan hun selv har det. Etter min mening er denne behandlingstimen et eksempel på at hennes habituelle væremåte med å tåle kommer i konflikt med opplevelsen av ubehag i situasjonen. Liv sier at massasjen fysioterapeuten gir ikke er god, men hun benytter ikke muligheten til å komme seg ut av den. Etter mitt syn sier Liv fra på en passiv måte uten at det handler om hva hun opplever selv i situasjonen. Samtidig sier hun at fysioterapeuten skal fortsette mens hun ler og beveger urolig på kroppen. Etter min mening er det ikke samsvar mellom hva Liv sier og det hun uttrykker kroppslig. Vi kan være ubevisste hva vi forteller med vårt kroppslige uttrykk (Bråten, 2004), og min tolkning er at Liv ikke er bevisst sitt eget kroppslige uttrykk når hun handler ut fra å tåle. Det gjør at hun ikke kan bruke sine kroppslige reaksjoner til å handle mer i samsvar med egne behov. Våre habituelle væremåter er kroppens ureflekterte kunnskap (Bourdieu, 1999), og min tolkning av det er at Liv ikke er bevisst på hvordan hennes habituelle væremåte påvirker hvordan hun har det. Etter min mening er dette et eksempel på hvordan fysioterapeuten i samhandling med Liv utforsker hennes habituelle væremåte i behandlingstimen. Liv får muligheten til å nyansere egen habituell væremåte gjennom samhandling med fysioterapeuten. Gretland (2007, s. 177-178) skriver at behandling kan være et sted hvor man kan bli kjent med nye sider av seg selv, og jeg mener at dette er et eksempel på dette.

Fysioterapeuten tar Liv på ordet når hun sier at hun skal fortsette med det samme grepet. Fysioterapeuten utfordrer Liv på det hun sier og masserer låret med kraft slik Liv oppfordrer til. På denne måten tar hun en sjanse ved å utforske om det er samsvar mellom hva Liv sier og hva hun egentlig vil. Det er nærliggende å tro at fysioterapeuten gjør dette på bakgrunn av at hun har observert at det ikke er samsvar mellom verbale og kroppslige uttrykk, og denne tolkningen kan hente støtte fra Bråten slik han skriver om det (Bråten, 2004). På denne måten viser hun Liv at det hun sier ser ut til å være det motsatte av hva hun viser kroppslig, at det er

ubehagelig for henne. Fysioterapeuten gir Liv en grenseerfaring og videre en hjelp til å legge merke til hvordan hun reagerer på det. Fysioterapeuten sier at Liv skal sjekke hvordan kroppen hennes reagerer, og Liv svarer at kroppen ikke liker det. Måten fysioterapeuten stiller spørsmålet på kan ha ført Liv i retning av å henvende seg til kroppen i stedet for seg selv. Slik jeg ser det merker fysioterapeuten at de snakker om kroppen, og legger til at det er «du» som ikke liker det. På denne måten holder hun Liv i subjektposisjon, slik som fenomenologien vektlegger (Merleau-Ponty, 2012). Å være i kontakt med sin opprinnelige intensjonalitet og subjektivitet gjør at mennesker kan gripe verden (Merleau-Ponty, 2012), og etter min mening er dette en måte å hjelpe Liv nærmere seg selv i motsetning til å holde avstand til seg selv. Å vende seg til kroppen i stedet for seg selv og latteren som utspiller seg kan være gester som gjør at en modifierer seg eller gjemmer seg bak budskapet (Adelswärd, 1989; Goffman, 1956). Min tolkning er at det er en måte å holde avstand til seg selv på. Når fysioterapeuten prøver å holde Liv i subjektposisjon utfordrer hun Liv sin habituelle væremåte med å tåle og holde avstand, og det gjør at hun inviteres til å være et aktivt og deltagende subjekt (Merleau-Ponty, 2012). Det er tydelig at det de har holdt på med i behandlingstimen så langt har åpnet opp for at Liv ønsker å finne nye måter å handle på når hun opplever ubehag. Min tolkning er at fysioterapeuten arbeider med at Liv skal bli kjent med og respektere egne grenser, og videre gir hun Liv muligheten til å handle ut fra egne reaksjoner, slik Gretland skriver (Gretland, 2007). Denne utforskningen kan gjøre at Liv blir mer tydelig overfor seg selv og egne reaksjoner.

Når Liv har en oppfatning av at det er viktig å tåle uttrykkes det gjennom at hun bremser seg selv. Slik jeg ser det bremser hun egne bevegelser ved å krympe seg og hemme egen utfoldelse i situasjonen (Young, 2005). Liv sine urolige bevegelser har vært synlig gjennom store deler av behandlingstimen når de har utforsket det å tåle. Jeg tolker det slik at hun mister fotfeste i det kroppslige ved at den kroppslige uroen ikke samsvarer med det hun sier, slik Bråten skriver (Bråten, 2004). Vårt kroppslige uttrykk kan fortelle om motstridende følelser (Bråten, 2004) og min tolkning av situasjonen er at Liv sine urolige bevegelser er et signal på dette. Fysioterapeuten bemerker den kroppslige uroen og utforsker videre hva Liv egentlig har lyst til. På denne måten hjelper hun Liv til å legge merke til det og videre kunne finne nye handlingsmuligheter i situasjonen. Jeg tolker at arbeidet fysioterapeuten og Liv gjør er et forsøk på at Liv kan komme nærmere sin opprinnelige intensjonalitet, slik Merleau-Ponty skriver (Merleau-Ponty, 2012). Fysioterapeuten bruker massasjegrepet for å hjelpe Liv til å se

seg selv og egne reaksjoner. Det resulterer i at Liv prøver ut en ny handlingsmulighet ved å handle i samsvar med egne behov, i motsetning til å begrense seg selv. Fysioterapeuten ønsker en aktiv deltagelse der Liv bruker kroppslige reaksjoner som kilde til innsikt slik at hun kan handle ut fra hva hun trenger. Hvis Liv kan nyansere egne reaksjoner kan hun bli bedre kjent med seg selv og akseptere egne behov, slik Gretland skriver (Gretland, 2007). I intervjuet forteller fysioterapeuten at Liv pustet jevnere når hun justerte ned kraften på massasjegrepet, og min tolkning er at dette kan være en måte å frigjøre innlærte reaksjonsmåter på (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 28). Etter min mening er dette utprøving av nye handlinger framfor å hemmes av innlærte sosiale normer.

Liv skjuler ansiktet sitt etter å ha spurt fysioterapeuten om å si fra. Å endre på habituelle væremåter er krevende (Bourdieu, 1999), og min tolkning er at det ikke ligger naturlig for Liv å si fra enda selv om hun blir oppfordret til det. Når fysioterapeuten retter oppmerksomheten mot Liv sin rygg kan det tolkes som et arbeid med sikte på å vise Liv hva hun uttrykker kroppslig. Det kan gjøre at Liv blir mer bevisst på hva hun egentlig vil slik at hun kan handle mer i tråd med egne behov. Fysioterapeuten forteller i intervjuet om hvordan hun arbeider for at Liv skal kunne bruke stramminger i ryggen som informasjon på at noe ikke er greit:

F: Når hun spør «skal jeg si fra eller» så prøver jeg jo å gå videre på å forklare at det er bedre å si fra enn at hun skal drive og stramme seg til. Så går jeg videre på å trekke ut skuldrene for en liten hjelp til å kunne kjenne når hun trekker scapulae sammen. Jeg hjelper dem til å finne ut hvor i kroppen dem kan kjenne litt etter for å kjenne at ting ikke er greit. [...] Men hun har jo et mønster der hun strammer seg veldig opp, trekker skulderbladene sammen og bakover. Så jeg tenkte at kanskje det var et sted hun kunne kjenne litt mer.

Fysioterapeuten bruker en snegle som metafor for å forklare Liv hva hun gjør med overkroppen, og denne måten å trekke seg sammen og krympe seg på kan være en del av Liv sitt kroppslige mønster, som ifølge Bourdieu er vår hexis (1999, s. 147). Når vi trekker oss sammen og ikke bruker bevegelsene våre er det en måte å hemme seg selv på (Young, 2005). Etter min mening er dette et eksempel på aktiv utprøving for å finne nye måter å handle på slik at Liv ikke trenger å stramme seg opp. Når Liv handler i samsvar med egne behov gir det henne nye muligheter. De arbeider med utforsking fra å hemme seg selv til å bruke informasjonen kroppen gir for å handle på nye måter. Min tolkning er at de arbeider fra at Liv krymper seg til at hun skal ta mer plass, og Gretland (2007, s. 179) beskriver at det kan være

et tema i behandling som kan inngå i kroppslig samarbeid. Denne endringen kan gi rom for å bevege seg fra hemmet intensjonalitet til sin opprinnelige intensjonalitet (Merleau-Ponty, 2012; Young, 2005). De arbeider med at Liv skal bruke egen innsikt til å reagere på egne kroppslige reaksjoner og handle i tråd med dem. Lignende funn blir beskrevet der pasienter begynner å bruke kroppslige reaksjoner som kilde til kunnskap. Denne kunnskapen bruker de til å finne nye måter å håndtere dagliglivet på og ta bedre vare på seg selv (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt & Bergland, 2006). Etter min mening vil fokuset i behandlingen kunne være med på å fremme nye handlingsmuligheter for Liv ved at hun kan bli mer tydelig overfor seg selv i situasjoner hvor hun tidligere har strammet seg opp for å tåle. Det å fremme andre reaksjonsmønstre kan også føre til at Liv kan erfare at nye relasjoner gir andre muligheter, slik Gretland skriver (Gretland, 2007).

Liv og fysioterapeuten har utforsket det å tåle, og videre hvordan den kroppslige informasjonen Liv får kan hjelpe henne til å handle på måter som er i samsvar med hennes behov. Når fysioterapeuten leter etter et ømt punkt i leggen, så svarer Liv tydelig verbalt på det fysioterapeuten gjør, samtidig som hun strekker ut beinet og kommer seg ut fra massasjegrepet. Denne handlingen er etter min mening et eksempel på at Liv handler på nye måter og hun bryter med det å skulle tåle. Ut fra Merleau-Ponty sin teori tolker jeg det slik at Liv handler mer i tråd med egen opprinnelig intensjonalitet, samtidig som at hennes subjektposisjon i situasjonen er tydeligere (Merleau-Ponty, 2012). Det er den kroppslige opplevelsen som er kilde til det språklige uttrykket (Bråten, 2004), i motsetning til at det å tåle skal styre hennes handlinger. Dette viser hvordan Liv har utviklet seg i denne behandlingstimen, fra å tåle til å prøve ut nye handlinger ut fra egne behov. Denne gangen spør hun ikke fysioterapeuten om lov, men sier det hun vil og strekker ut beinet. Det er ikke lenger et spørsmål til fysioterapeuten om hun skal handle, og hun bruker «jeg» når hun verbaliserer egen ytring. Nå som Liv handler mer i tråd med hva hun egentlig ønsker er ikke uroen og latteren til stede lenger, og det er samsvar mellom hva hun sier og det hun uttrykker kroppslig. Samsvar i kommunikative lag viser en utvidelse av handlingsrepertoar som kan ha relasjonelle og sosiale konsekvenser (Bråten, 2004). Det er nærliggende å tro at disse endringene kommer på bakgrunn av at hun handler mer i tråd med egne behov. I denne behandlingstimen har Liv sin væremåte sammen med fysioterapeuten kommet til uttrykk ved å tåle, og nå prøver hun seg på nye handlingsmuligheter under samhandling med fysioterapeuten. Når Liv ikke holder avstand til seg selv kan det gi henne andre

handlingsmuligheter sammen med andre. Det å sette grenser for seg selv er en ny måte å handle på for Liv. Nå tar hun plass på benken ved å gjøre en full strekk av beinet, som en motsetning til det å begrense egne bevegelsesmuligheter (Young, 2005).

I intervjuet trekker fysioterapeuten fram at det var Liv selv som tok initiativ til strekkbevegelsen:

F: ...det er en ting som jeg synes var veldig artig. Det var etter at jeg holdt på med venstrebeinet, så begynte hun selv «nei, nå må jeg strekke det». Da tenkte jeg at hun har ikke hatt behandling med at vi skal drive og strekke på beinet før. Det synes jeg var litt artig at hun bare kjente det selv. Og det vet jeg ikke om hun kjente, men det var ganske mange spontane godpust.

Fysioterapeuten nevner i intervjuet at hun synes det var artig at Liv selv kjente på et behov for å strekke ut beinet, uten at de tidligere har hatt fokus på at fri strekk er en del av psykomotorisk fysioterapi (Thornquist & Bunkan, 1995). I psykomotorisk behandling er pasienten sin pustemåte en veileder for tilpasninger i behandling, og pusten blir påvirket av hvordan vi har det. Er vi utrygge kan den ofte være overfladisk og rask, men når vi har det godt så slipper vi pusten friere til. Alle reaksjoner som vi ikke aksepterer er med på å bremse pusten (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 25), og pusten kan være en hjelp for pasienten til å gjenkjenne hyggelige og ubehagelige opplevelser i hverdagen. (Ekerholt & Bergland, 2008). Når Liv tar et aktivt handlingsvalg på vegne av seg selv bidrar det til en friere respirasjon og strekk av kroppen. I intervjuet poengterer fysioterapeuten at dette var noe som oppstod naturlig ut fra hva Liv trengte i situasjonen, og det kan tenkes at det å bevege seg ut av massasjegrepet betyr noe for Liv, som ifølge Merleau-Ponty (2012, s. 106-109) er den konkrete bevegelse. Dette er et eksempel på hvordan det å ta egne reaksjoner på alvor er med på å bidra til at Liv kan lande mer i seg selv og slippe pusten til. Etter mitt syn tar Liv et aktivt handlingsvalg ved å bevege kroppen ut av massasjegrepet, og ifølge fenomenologisk teori bruker hun kroppen til å bevege seg bort fra noe som er ubehagelig (Merleau-Ponty, 2012). Hun erfarer at hun kan bruke seg selv til å handle på nye måter, i motsetning til å tilpasse seg og tåle. Det kan bidra til at hun kan endre hvordan hun forholder seg til det å tåle og finne andre måter å håndtere ubehag på. I følge Gretland (2007, s. 178) trenger vi ikke å videreføre mønstre fra fortiden hvis de sosiale relasjonene har endret seg. Liv har fortsatt med denne måten å forholde seg til det på i voksenalder, og i denne behandlingstimen får hun rom til å prøve ut nye måter å handle på ved ubehag. Hun får erfare hvordan det er å ta egne reaksjoner på alvor. Det er nærliggende å tro at denne utforskingen i behandling kan gi Liv en annen opplevelse som hun kan ta med seg videre. Jeg mener at hennes kroppslige endring med dyp

pust og sukk gir informasjon om at det å sette grenser for seg selv er nødvendig for å kunne lande mer i seg selv.

5.2.4 «Herregud, foten opp og tærne ned»

Første fortolkningsnivå

I denne handlingssekvensen ligger Liv på ryggen på benken. Liv og fysioterapeuten holder på med bøyebevegelser av ankel og tær.

F: [F står ved enden av benken og holder venstre hånd under L sin ankel og høyre hånd på L sine tær] Hvis du tar og strekker på foten en gang til, men den gangen her så vil jeg at du skal, i stedet for å dra tærne oppover [F drar L sine tær oppover], som er litt vanen din da. [L beveger tærne oppover] Ja, men hvis du tar foten opp, men tærne ned. [F stryker på fotryggen til L når ankelen skal bøyes opp og videre på tærne som skal bøyes ned] Ja, det er avansert det her // L: Herregud, foten opp og tærne ned

F: ja, prøv å krølle tærne nå [L bøyer opp i ankelen og krøller tærne. F har sin høyre hånd rundt L sine tær og venstre hånd under hælen] og slipp [L slipper aktiveringen]

L: det strammer jo langt baki leggen.

F: ikke sant, akkurat det. Vent litt, nå hjelper jeg deg litt med tærne. For jeg ser at de har litt problemer med å [F beveger L sine tær gjennom bevegelsen i bøy og stryker på oversiden av tærne] ja, der ja. Og slipp.

L: jeg knyter jo på andre tåa og [L peker på høyre fot, samtidig som hun løfter opp i ankelen og tærne på høyre fot], på den foten der [L klapper seg på høyre hofte]

F: ja [F ler]

L: ja, det der var rart

F: det er litt sånn, jo vanskeligere ting er, jo mer tar vi med resten av kroppen [L ligger og vifter med tærne]

Andre fortolkningsnivå

I denne handlingssekvensen arbeider de med nyanserte bevegelser i ankel og tær.

Fysioterapeuten har sett at Liv sin vane er å trekke tærne opp. Nå instruerer hun Liv til å gjøre den motsatte bevegelsen av det hun vanligvis gjør. Fysioterapeuten bruker hendene sine aktivt for å hjelpe Liv med å bøye opp i ankelen og krølle tærne. Fysioterapeuten ser at Liv strever

og bekrefter at det er en avansert bevegelse. Liv uttrykker frustrasjon ved å si «herregud» når ankelen skal bøyes opp og tærne ned. Fysioterapeuten prøver å fasilitere enda tettere på bevegelsen for å hjelpe Liv. Liv kjenner stramming i dypet i leggen og fysioterapeuten bekrefter at hun hører hva Liv sier. Fysioterapeuten ser at Liv strever med krøllingen av tærne og guider henne gjennom bevegelsen samtidig som hun stryker på oversiden av tærne. Fysioterapeuten bekrefter at Liv får tak på bevegelsen i tærne og får henne til å slippe opp i bevegelsen. Når Liv slipper bevegelsen kjenner hun at hun spenner seg i tåa på den andre foten også. Liv synes det var rart, og fysioterapeuten forteller at det ofte kan skje når vi gjør vanskelige ting.

5.2.5 «Men strammer jeg nå da?»

Første fortolkningsnivå

Liv kommer opp i stående etter en lengre behandling i ryggliggende på benken. Hun bøyer og strekker i knærne og forteller at det er stor forskjell på beina ved at venstre er større enn høyre.

L: [L viser ei stor håndflate og spriker ut med fingrene] Hele flaten står mye mer nedpå enn den her og. [L klapper seg på høyre lår og løfter opp i tærne på venstre fot]

F: ja

L: det kjennes ut som jeg har en sånn stor sånn [L viser igjen en stor håndflate og spriker ut med fingrene] Ikke en sånn fot [L viser en smalere håndflate og trekker fingrene inn mot hverandre], men en sånn fot [L viser igjen en stor håndflate og spriker ut med fingrene. L smiler mens hun snakker]

F: en sånn fot ja

L: [L står en liten stund uten å si noe og smiler] Men strammer jeg nå da? Jeg føler at jeg strammer når jeg står nå. [L bøyer og strekker lett i knærne og smiler]

F: okay, hvis du ser rett fram nå. Så står du bare rett opp og ned. Også kan jeg jo kjenne litt [F beveger seg bort til L som står oppreist i stående. F beveger på L sitt venstre kneskjell ved å rugge litt på det fra side til side] Nei, jeg får til å røre på kneskjellet [F beveger videre på L sitt høyre kneskjell ved å rugge på det fra side til side] her og.

L: så da strammer jeg ikke? [L møter blikket til F]

*F: du gjør ikke det [L kjenner på setet og låret med begge hendene og de ser overrasket på hverandre.
F ler]*

Andre fortolkningsnivå

Etter en lengre behandling på benken kommer Liv opp i stående stilling. Hun opplever en tydelig forskjell på hvordan fotsålen er i kontakt med gulvet. Liv er engasjert og virker overrasket over endringen hun opplever. Liv viser flere ganger for fysioterapeuten hvordan hun opplever den kroppslige endringen ved å sprike med fingrene for å tydeliggjøre at venstre fotsåle er større enn høyre. Hun bruker mye tid på dette og det er tydelig at det fasinerer henne. Fysioterapeuten gir Liv tid og gjentar det Liv sier med korte bekreftelser for å anerkjenne at hun hører. Liv står rolig en stund uten å si noe. Hun er usikker på om hun fortsatt strammer i lårene når hun står. Hun bøyer og strekker i knærne for å kjenne etter om hun strammer. Fysioterapeuten undersøker om Liv strammer i lårene ved å bevege på kneskjellene. Fysioterapeuten kan bevege passivt på kneskjellene, noe som er en indikator på at Liv har endret aktiviteten i lårmusklene i stående. De ser overrasket på hverandre og det kan virke som at ingen av dem hadde forventet denne endringen.

5.2.6 En ny måte å stå på

Tredje fortolkningsnivå

Liv og fysioterapeuten arbeider sammen med å utforske Liv sine bevegelsesmuligheter. De gjentar bevegelsene flere ganger, og det kan være med på å gjøre bevegelsen kjent og trygg (Gretland, 2007). Våre vaner er en del av vårt kroppsskjema, og gjennom øving på bevisste bevegelser kan vi utvikle kroppsskjema (Gallagher, 2001). Min tolkning er at dette er et eksempel på hvordan gjentagelser av bevegelser kan gi Liv muligheten til å nyansere sitt kroppslige vanemønster, og som videre gir henne nye opplevelser når hun kommer opp i stående. Hun opplever en ny måte å stå på, hvor venstre fotsåle er i bedre kontakt med gulvet enn høyre. Liv bruker mye tid på å vise fysioterapeuten med egne hender hvordan hun opplever denne kroppslige endringen, og hun spriker med fingrene for å tydeliggjøre hva hun mener. Hun er tydelig opptatt av og overrasket over denne endringen, og ut fra fenomenologien kan det tenkes at hennes persepsjon kan ha blitt endret på bakgrunn av at hun opplever det å stå på en ny måte (Merleau-Ponty, 2012). Denne nye opplevelsen av å stå kan også finne støtte i teori om utvikling av kroppsbilde (Gallagher, 2001). Hvis opplevelsen og

den kroppslige endringen av å stå har utviklet Liv sitt kroppsbilde kan det endre hennes holdning og tro til seg selv. I denne behandlingstimen kommer det tydelig fram at hun har en annen holdning til hvordan hun samhandler med fysioterapeuten om sin egen opplevelse. Nå står hun stødigere og tar mer plass i rommet ved at hun forteller om seg selv og sin opplevelse, som gir henne en ny måte å være sammen med andre på (Merleau-Ponty, 2012). Det kan gi henne et utvidet handlingsrepertoar og påvirke hennes sosiale liv.

Det er gjennom kroppen vi tilpasser oss de normene og verdiene som gjelder (Bourdieu, 1999), og jeg tolker det slik at Liv sin sosiale erfaring har bidratt til måten hun bruker kroppen på. Ved å arbeide med nyanserte bevegelser har hun muligheten til å tilegne seg et bredere handlingsrepertoar og bryte med innlærte vanemønstre som ikke er nødvendig for henne lenger. Det er nærliggende å tro at nyansering av Liv sine kroppslige vaner kan gi henne nye måter å handle på som er i samsvar med hennes kroppslige uttrykk. Hvis Liv får muligheten til å nyansere egne kroppslige vanemønstre kan hun bevege seg annerledes og gripe an verden på nye måter, slik fenomenologien beskriver (Merleau-Ponty, 2012). Kroppen vår tilpasser seg verden slik at vi reagerer på passende måter (Bourdieu, 1999). Denne utforskningen gjør at Liv kan bruke seg selv til å bestemme hvordan hun vil handle i situasjonen, i motsetning til at situasjonen skal bestemme hvordan hun skal handle. Dette kan gi henne nye handlingsmuligheter.

I psykomotorisk behandling er fysioterapeuten opptatt av at pasienten skal ha en kroppsfunksjon som fremmer fri strekk. For å kunne få fri strekk i resten av kroppen er pasienten avhengig av at lårene kan arbeide uavhengig av bekken og hofter, og at kneskjellene kan beveges passivt (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 84-85). Liv står nå uten å stramme i lårene og hun benytter seg av hele fotsålen i stående. I løpet av behandlingstimen har Liv endret hvordan hun står, og det kan gi henne bedre balanse og mulighet til å redusere kroppslige spenninger (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 46-47). I intervjuet forteller fysioterapeuten om sine tanker rundt Liv sine endringer i stående:

F: jeg synes det er litt artig å se. Både at hun blir litt fasinert av beina sine, hun må bøye og strekke på dem mange ganger og kjenne på dem. Så både fasinerende å se på at hun får så lyst til å utforske kroppen sin, men også en sekvens der hun står ganske rolig en stund. Hun ser så stødig ut der hun står, så jeg ble litt sånn wow.

Fysioterapeuten er fasinert over hvordan Liv utforsker egen opplevelse av å stå på slutten av behandlingstimen. Fysioterapeuten beskriver hvordan Liv har endret seg og står stødig i seg selv. Å være godt forankret i egen kropp er en forutsetning for en god kroppsfunksjon, og det kan også være til hjelp i andre livssituasjoner (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 86). Når Liv står stødigere i seg selv har hun muligheten til å gripe an verden på nye måter, slik fenomenologisk teori beskriver (Merleau-Ponty, 2012). Hun tar mer plass i rommet og formidler både med sitt kroppslige uttrykk og ord hva hun opplever, noe som viser hvordan den kroppslige opplevelsen er kilden til det språklige uttrykket (Bråten, 2004). Denne behandlingstimen er et eksempel på hvordan nyanserte bevegelser og nye opplevelser kan fremme nye måter å være sammen med andre på, som i dette tilfelle fysioterapeuten. Vår habitus tilpasser seg den sosiale verden (Bourdieu, 1999), og endring av vanemønster og væremåte kan gi henne muligheten til å tilnærme seg den sosiale verden på nye måter. Det gjør at hun kan bruke seg selv annerledes i møte med andre mennesker, og samtidig stå i situasjoner som tidligere har vært utfordrende. Hun viser at hun tar mindre avstand til seg selv ved å være til stede og utforsker det hun opplever. Det er beskrevet lignende funn der pasienten går fra et bundet mønster i stående til å kunne kjenne at det er beina som bærer (Sviland et al., 2012; Thornquist, 2005), og at det å arbeide med forankring gjennom beina er viktig for hvem man er og at det kan støtte nye handlinger (Sviland et al., 2014). Det er nærliggende å tro at Liv sine endringer kan gi henne muligheter til å bruke seg selv på nye måter med andre forutsetninger enn tidligere.

5.3 Diskusjon av behandlingstimen

5.3.1 Hvordan utforsker de i behandlingstimen

Denne behandlingstimen er lagt opp på en slik måte at fysioterapeuten og Liv har mulighet til å bruke god tid på å utforske og utprøve bevegelser og handlinger. Fysioterapeuten forteller i intervjuet at hun synes behandlingen blir mindre tydelig hvis den inneholder for mange fokusområder. Min tolkning av det fysioterapeuten sier i intervjuet er at hun har valgt ut noen få fokusområder i behandlingen for at Liv skal få tid til å være i utforskingen slik at det de gjør blir mer tydelig for henne. Fysioterapeuten strukturerer timen slik at Liv kan kjenne hva som skjer, oppdage hva hun selv opplever, kunne reflektere over det som skjer og finne nye måter å handle på. Fysioterapeuten har tidligere nevnt at Liv prater mye, gjør mye og lander mindre i seg selv. Etter mitt syn kan det være et bevisst valg fra fysioterapeuten å legge opp

en behandling som skal være tydelig for Liv siden det ikke er samsvar i måten hun er på. Ved å legge opp en behandlingstime med dette fokuset blir Liv utfordret på å være i det de gjør og dveler ved det som skjer. Det er nærliggende å tro at tiden Liv bruker på å utforske seg selv i behandling er med på å fremme utviklingen i behandlingstimen.

I denne behandlingstimen arbeider de mye med utforsking av beina. Det er i hovedsak beina som har hovedfokus gjennom timen, men fysioterapeuten trekker flere ganger inn overkroppen og ryggen for å oppdage kroppslige reaksjoner og spenninger. I tillegg behandler hun ryggen med drag slik at Liv lander bedre ned mot benken. Min vurdering av denne behandlingstimen er at de utforsker mye gjennom fysioterapeuten sitt håndgrep, som blir beskrevet som det psykomotoriske grepet (Thornquist & Bunkan, 1995). Jeg vil se nærmere på hvordan det psykomotoriske grepet kan brukes som et terapeutisk virkemiddel for utforsking i behandling, og hvordan det kan fremme nye handlingsmuligheter for Liv.

Det er beskrevet at det psykomotoriske grepet kan brukes for å normalisere muskulaturen (Bunkan & Schultz, 2009; Thornquist & Bunkan, 1995), men det kan også brukes i et kommunikativt perspektiv ved å møte pasienten på noe som er vondt og videre skape en situasjon hvor pasienten føler seg verdsatt og respektert (Gretland, 2007). Kombinasjonen av samtale og kroppslige tilnærminger kan være en hjelp til å bearbeide erfaringer og komme seg ut av uheldige, sykdomsskapende og repeterende handlingsmønstre (Thornquist, 2001). Min tolkning er at fysioterapeuten bruker massasjen i denne behandlingstimen både for å påvirke muskelkvaliteten og som en måte å kommunisere med Liv på. Berøring kan gi innblikk i pasientens liv (Bunkan, 2008), og etter mitt syn bruker fysioterapeuten den informasjonen hun får til å arbeide med å fremme innsikt, utvikling og nye handlinger i denne behandlingstimen. Gjennom massasjegrepet kan Liv utforske egen væremåte, få tak på kroppslige reaksjonsmønstre og handle ut fra egne behov i motsetning til å tåle. Massasjen kan bidra til støtte av samspill med andre i en annen kontekst enn tidligere samspill (Gretland, 2007), og på denne måten får Liv støtte til å gjøre noe annet enn å bare tåle i samhandlingen med fysioterapeuten. Jeg vil beskrive hvordan de konkret arbeider med utprøving av massasje i behandling gjennom kommunikasjonsmodellen til Bråten (Bråten, 2004).

Fysioterapeuten og Liv kommuniserer kroppslig gjennom massasjen. Fysioterapeuten kommuniserer med Liv ved å bruke massasjegrepet som et spørrende og utforskende grep for å se hvordan Liv reagerer, som etter min mening er kroppsspråklig kontakt (Bråten, 2004). Denne måten å arbeide på gjør at de begge kjenner hva den andre gjør. Fysioterapeuten kan kjenne med hendene hvordan Liv reagerer på grepet både ved å kjenne på muskelkvaliteten og ved å oppdage kroppslige reaksjoner. Liv kan kjenne hva fysioterapeuten gjør og hvordan hun selv opplever massasjegrepet. Deres felles oppmerksomhet kommer til uttrykk ved at de begge har oppmerksomheten rettet mot det som skjer, og de svarer på hverandre sine bidrag. Det gjør at Liv svarer på det fysioterapeuten gjør og hvordan hun opplever det, og fysioterapeuten justerer grepet sitt ut fra hva Liv sier og hvordan hun reagerer. Dette er etter min mening felles oppmerksomhetskontakt (Bråten, 2004). Når Liv kjenner at hun ikke ønsker den harde massasjen og vil finne andre måter å handle på framfor å tåle, er det et eksempel på en meningsfylt symbolsk samhandling (Bråten, 2004). Videre gjør hun et aktivt handlingsvalg for å komme seg ut av massasjegrepet og strekker ut benet sitt. Denne handlingen springer ut fra en kroppslig opplevelse som støtter en symbolsk samhandling med fysioterapeuten (Bråten, 2004). Alle eksemplene ovenfor viser hvordan massasjen kan gi støtte på ulike kommunikative nivå og utvikle Liv sitt handlingsrepertoar fra å tåle til å handle. Gjennom massasjegrepet utforsker hun egen væremåte og det fremmer nye handlinger i behandlingstimen. Det kan tenkes at denne nye måten å samhandle med andre mennesker på kan gi henne andre muligheter enn hva hun har hvis hun bare tåler i møte med andre.

I intervjuet spurte jeg fysioterapeuten om justeringen av massasjegrepet:

F: det er for at hun skal kjenne forskjell på hvordan kroppen reagerer med de to forskjellige grepene og styrken.. Det kjente hun ganske stor forskjell på og alt var mer rolig, og pusten gikk jevnere når jeg brukte mindre styrke.

I: Hva legger du vekt på i dine valg og vurderinger?

F: Det ene er at pasienten selv skal merke når tar jeg imot, når har jeg det godt, når kan jeg gi meg mere over og når går det egentlig litt over grensene mine. Når trekker jeg meg sammen. Så det er det ene, at pasienten selv skal bli mer kjent med det. Det er jo ofte en liten utfordring og få dem med på det. Fordi pasienten er kanskje mer vant til å bare legge fra seg kroppen og at vi skal gjøre noe med dem. Så det å skjønne betydningen av å kjenne hva er godt, hva er ikke godt og hvor er grensene mine... som nyttig å få med seg videre inn i livet. Og det andre er at det er et poeng for meg å legge merke til reaksjoner og at min egen behandling blir passelig utfordrende. Med hun så justerer jeg både hvor

hardt jeg tar og tempo. Hun er jo egentlig en person med mye tempo og mye prat. Men jeg opplevde henne ganske rolig i dag. Ivertfall på utsiden.

Fysioterapeuten forteller at det er et bevisst valg fra hennes side å justere massasjegrepet og at hun bruker det som et verktøy for at Liv skal kunne kjenne egne reaksjoner og grenser. I studier om massasje i psykomotorisk fysioterapi vektlegger pasienten viktigheten av kombinasjon av massasje og verbal kommunikasjon med fokus på egne opplevelser. Massasje kan være et terapeutisk virkemiddel for å finne pasienten sine grenser og arbeide med det i behandlingen (Ekerholt & Bergland, 2006; Soleng & Sviland, 2022). Jeg tolker det slik at fysioterapeuten arbeider på samme måte som beskrevet i studiene for å samhandle med Liv. Hun bruker massasjen som et terapeutisk verktøy for at Liv skal kjenne egne reaksjoner og grenser, og videre handle i samsvar med egen opplevelse. Det gjør at Liv kan finne nye handlingsmuligheter fremfor å tåle. Hun oppfordres til å si fra når hun opplever ubehag, som også var en oppfordring til informantene i en av studiene (Soleng & Sviland, 2022). Denne oppfordringen fører til at Liv setter grenser ved å komme seg ut av massasjegrepet når fysioterapeuten masserer et ømt punkt i leggen hennes. I de nevnte studiene kommer det fram mange viktige utviklingsområder som massasjen kan fremme. Massasje kan brukes til å gjenkjenne egne kroppslige reaksjoner i ulike sosiale sammenhenger, den kan bidra til å forstå og tolke reaksjoner, samt at pasienten kan få nye måter å forstå seg selv på (Ekerholt & Bergland, 2006). Berøring kan bidra til opplevelse av kroppslig forankret eksistens (Soleng & Sviland, 2022). I behandlingstimen har Liv utforsket egen væremåte og arbeidet med å bruke den kroppslige informasjonen hun får gjennom massasjegrepet til å handle ut fra det hun opplever. De har arbeidet med at hun skal forstå og tolke egne kroppslige reaksjoner og handle ut fra dem. Ekerholt og Bergland (2006, s. 143) konkluderer i retning av at pasientene forstår seg selv på nye måter, og denne studien viser hvordan massasjen kan brukes slik at pasienten handler på nye måter i behandlingstimen. Det handler ikke bare om forståelse av seg selv, men også om å gjøre aktive handlingsvalg på vegne av seg selv. Behandlingstimen har en gradvis utvikling gjennom massasjen hvor det handler om å bli kjent med egne reaksjoner og grenser, respektere dem og markere egne grenser ved å handle ut fra egne reaksjoner, slik Gretland skriver (Gretland, 2007). Dette viser hvordan massasjen åpner opp for utforsking og utprøving av nye handlingsmuligheter i en behandlingstime.

Denne behandlingstimen inneholder mye fokus på massasje, men de arbeider også med nyanserte bevegelser. Gretland (2007, s. 179) skriver at instruerte bevegelser kan være hjelp til selvoppdagelse, og for at Liv skal kunne bruke bevegelsene til selvoppdagelse trenger hun etter min mening å være delaktig i utforskningen. Gjennom arbeid med små nyanserte bevegelser holder Liv oppmerksomheten på hva hun gjør og opplever i situasjonen. Det gjør at hun er aktiv i utforskningen i motsetning til å holde avstand til seg selv og det som skjer i behandling. Fysioterapeuten prøver hele tiden å tilpasse det hun sier og hvordan hun fasiliterer ut fra hva Liv gjør og sier. Det gjør at Liv etter hvert får tak på bevegelsen. En studie innen psykomotorisk fysioterapi trekker fram betydningen av å arbeide med bevegelser som motstand i bevegelse, i tillegg til rytmisk stabilisering for å fremme utvikling (Sviland et al., 2012). Disse resultatene viser hvordan arbeid med bevegelser kan fremme nye handlingsmuligheter i psykomotorisk behandling. På bakgrunn av funnene i studien er det nærliggende å tro at det å arbeide med nyanser av bevegelser slik Liv gjør også kan bidra til å fremme nye handlingsmuligheter for henne. På slutten av denne behandlingstimen beskriver Liv tydelig hvilke endringer hun opplever i stående. Det er nærliggende å tro at arbeid med nyanser av eget vanemønster kan ha vært med å påvirke hvordan hun opplever det å stå på slutten av behandlingstimen.

Fysioterapeuten bruker mye fasilitering for at Liv skal kunne nyansere egne bevegelser. Samhandlingen for å utforske de nyanserte bevegelsene tar utgangspunkt i Liv sin kroppslige bevegelse, som etter min mening er kommunikasjon på et kroppsspråklig nivå (Bråten, 2004). I den pågående utprøvingen av nye bevegelser er fysioterapeuten tett på med egne hender når Liv utfører bevegelsene, og de kommuniserer gjennom Liv sin bevegelse og fysioterapeuten sine hender. Liv utfører bevegelsen og justerer seg underveis gjennom grundig fasilitering fra fysioterapeuten. Begge har oppmerksomheten sin på selve bevegelsen som utføres. Liv svarer på det fysioterapeuten sier og hvordan hun fasiliterer med hendene ved å endre på egne bevegelser, og fysioterapeuten svarer tilbake på Liv sin bevegelse ved å endre fasiliteringen eller verbalisere det hun ser. Min tolkning er at de har felles oppmerksomhetskontakt (Bråten, 2004). Når Liv kommer opp i stående forteller hun engasjert om alle de kroppslige endringene hun opplever. Dette er eksempler på kommunikasjon på et høyere nivå, meningsfylt symbolsk samhandling (Bråten, 2004). Det kan tenkes at støtten i de ulike kommunikative lagene kan føre til en utvidelse av handlingsrepertoar som kan bidra til de kroppslige endringene Liv

opplever. Det kan også tenkes at når hun er i samsvar i de ulike kommunikative lagene så kan det gi henne muligheter til å forholde seg til seg selv og andre mennesker på nye måter.

5.3.2 Å bryte med habituelle væremåter og kroppslige vanemønster

I denne behandlingstimen kommer Liv sin habituelle væremåte til uttrykk flere ganger gjennom den kroppslige tilnærmingen. Liv sin væremåte om å tåle gjør at hun innretter seg og handler på måter som ivaretar normer og verdier, og denne tolkningen kan hente støtte fra teorien til Bourdieu (Bourdieu, 1999). I denne behandlingstimen er det tydelig at Liv sin habitus med å tåle har innleiret seg i hennes handlinger, slik Bourdieu skriver (Bourdieu, 1999). Vår habitus bidrar til spontane handlemåter som er tilpasset de normene og verdiene som er gjeldende (Bourdieu, 1999), og når Liv er oppvokst med en holdning om å tåle så vet hun hva hun må gjøre for å innfri de forventingene som ligger i det. Min tolkning er at Liv handler på måter som gjør at hun blir akseptert, og det er nærliggende å tro at dette har preget hennes handlinger gjennom oppveksten. Samtidig kommer det til uttrykk i denne behandlingstimen at det fortsatt er noe hun innretter seg etter og som påvirker hennes handlinger i voksen alder. Denne tolkningen kan hente støtte fra teori om at våre handlemåter blir påvirket av hva som er sosialt akseptert og hva som oppfattes riktig av andre (Bourdieu, 1999). Denne måten å forholde seg til situasjoner på kan føre til at Liv ofte presser seg selv og skyver på egne grenser for å leve opp til de forventingene som ligger i «vondt skal vondt fordrive».

Bourdieu (1999, s. 158) skriver om hvordan arven fra familien kan føres videre. I tråd med denne beskrivelsen tolker jeg det slik at oppveksten har stor betydning for hvilken væremåte Liv tar med seg videre i livet som vil påvirke hennes handlinger. Det er nærliggende å tro at Liv sin væremåte med å tåle er noe hun har lært som barn og som hun fortsatt opprettholder. Vi tilpasser oss de implisitte kravene uten at vi er klar over det (Bourdieu, 1999; Gretland, 2007), og det kan tenkes at Liv ikke er klar over at hun har lært denne handlemåten gjennom oppveksten. På bakgrunn av det har hun ikke et bevisst forhold til hvordan det påvirker henne. Våre erfaringer kan gjøre at vi viderefører måter å være på sammen med andre (Gretland, 2007), og Liv viser at hun fortsatt viderefører væremåten om å tåle i møte med andre mennesker. Samtidig er det ikke samsvar mellom hennes kroppslige uttrykk og hva hun sier

når det handler om å tåle og si fra. Min tolkning er at dette kan komme av at hun opplever selvmotsigelser til det å tåle, og det å skulle begynne å si fra, slik Bourdieu skriver (Bourdieu, 1999). Skal hun bruke sine tidligere erfaringer eller skal hun handle ut fra hva hun opplever her og nå i situasjonen? Gretland (2007, s.67) skriver at tidligere væremåter trenger ikke å være hensiktsmessige i nye relasjoner, og det er nærliggende å tro at Liv sin habitus om å tåle har vært hensiktsmessig for henne i oppveksten da hennes kultur, normer og verdier ga forventninger om slike handlinger. Men nå som Liv er voksen kan hun bestemme selv hvilke normer og verdier hun vil ha. Å videreføre væremåter som begrenser oss kan føre til at vi ikke får nye erfaringer, knytte nye sosiale bånd og etablere bedre relasjoner til andre (Gretland, 2007, s.67). Dette sier noe om hvor stor påvirkning væremåten til Liv kan ha på hvilke muligheter hun har. Videre er vår identitet knyttet til våre vaner (Gretland, 2007), som igjen forteller noe om hvor stor påvirkning hennes vaner kan ha for hvem hun er. Spørsmålet blir hvordan Liv egentlig ønsker å være i møte med andre mennesker.

Denne behandlingstimen handler i store trekk om å utforske og nyansere Liv sin habituelle væremåte og kroppslige vanemønster. Fysioterapeuten arbeider på en slik måte at Liv sin væremåte i samhandling med fysioterapeuten kommer til uttrykk, og det gir dem muligheten til å utforske hvordan hun egentlig vil være. Hvis Liv bryter med egen habituelle væremåte, kan hun finne andre måter å være på sammen med andre mennesker og utvikle sin identitet, slik Gretland skriver (Gretland, 2007). Hvis Liv ønsker å være annerledes og finne andre handlingsmuligheter trenger hun å nyansere hvordan hun forholder seg til det å tåle. Habitus kan endres hvis forholdene ligger til rette (Bourdieu, 1999), og Liv trenger å arbeide med dette hvis det skal bli naturlig for henne å endre seg. Det er nærliggende å tro at hun trenger å øve gjentatte ganger i behandling og i hverdagslivet for øvrig. Dette er et eksempel på hvordan Liv kan bruke behandlingstimen som et uforpliktende sted for å utforske nye handlinger uten at det får sosiale konsekvenser, slik Gretland (2007, s. 177-178) beskriver mulighetene i behandlingsrommet.

I behandlingstimen blir Liv kjent med egne kroppslige reaksjoner, hun arbeider med å respektere dem og handle slik at hun ivaretar egne behov. De arbeider med nyanser av vanemønster og hun får en ny opplevelse av å stå på slutten av timen. Gretland (2007, s. 178)

skriver at det terapeutiske potensialet ligger i å utfordre pasienten til å gjenta på passelige måter, og i denne behandlingstimen prøver Liv seg ut av egen habituell væremåte ved å sette grenser gjennom et aktivt handlingsvalg. Liv endrer seg mye gjennom denne behandlingstimen. Hun bruker seg selv mer aktivt og når hun kommer opp i stående tar hun mer av plassen på gulvet med hele fotsålen. Hun står stødig og opplever en tydelig endring. Disse endringene kommer av en behandlingstime med grundig utforskning og nyansering av Liv sin habituelle væremåte og kroppslige vanemønstre. Nå har Liv muligheten til å gjenkjenne ubehagelige reaksjoner og kan bruke dem som kilde til innsikt for å handle på nye måter. På denne måten kan hun snu om på hvordan hun har handlet tidligere ved å sette grenser for seg selv, ta sin plass og stå stødig i seg selv. Det gjør at hun kan handle på måter som ikke gir henne ubehag.

Å endre vaner kan påvirke vårt kroppsskjema og kroppsbilde (Gallagher, 2001), og Liv har gjennom denne behandlingstimen nyansert egne vanemønstre og væremåte. I den innledende samtalen av denne behandlingstimen forteller Liv at hun kan se avtrykk i skoene fra at hun presser tærne opp i dem når hun står. Denne behandlingstimen er et eksempel på hvordan det å arbeide med små bevegelser kan gi en ny opplevelse av å stå med tærne i kontakt med gulvet. Når Liv opplever endring i stående og kan kjenne at hun er i bedre kontakt med gulvet, er det endring i kroppsbilde (Gallagher, 2001). Små bevegelser kan ha stor betydning, og ved å endre vanemønstret i beinet kan det påvirke hvordan Liv kan stå i ting og være stødig i seg selv. Liv har en annen fortelling om seg selv nå enn hva hun hadde i starten av behandlingstimen. Det kan tenkes at måten hun forteller om seg selv på er en utvidet narrativ oppfatning av seg selv. Lignende beskrivelser blir trukket fram i studier av hvordan behandling kan bidra til utvikling av narrativ om seg selv (Sviland et al., 2014, 2018; Sviland et al., 2012; Øien et al., 2007). Utvikling av kroppsskjema og kroppsbilde kan også påvirke personlig identitet (Gallagher, 2005). Dette kan bidra til at Liv kan finne ut hvem hun vil være, noe som vil påvirke hennes handlingsmuligheter både for seg selv og sammen med andre mennesker.

5.3.3 Humor, latter og sarkasme

I denne behandlingstimen har fysioterapeuten og Liv en humoristisk tone seg imellom. Jeg var til stede under behandlingen og merket meg at det var mye latter. Som observatør syntes jeg stemningen i behandlingsrommet var god, og den inneholdte humoristiske innslag underveis. I etterkant har jeg sett video-opptaket flere ganger, noe som har åpnet opp en ny forståelse av kommunikasjonen som utspilte seg i behandlingstimen. Det har gjort meg bevisst på at latteren ikke nødvendigvis bare handler om at noe er morsomt (Mik-Meyer, 2007). Av og til kan de svare hverandre med et snev av sarkasme i stemmen. Jeg vil poengtere at sarkasmen ikke opplevdes som fiendtlig eller nedlatende mot den andre, men kanskje mer som en måte å holde avstand til seg selv på i situasjonen. Liv ler ofte i situasjoner som handler om utforsking av væremåte, reaksjonsmønster og handlingsevne. Mik-Meyer studerer latter i sosialt arbeid (Mik-Meyer, 2007), Adelswärd studerer den sosiale betydningen av latteren (Adelswärd, 1989), Haakana studerer latteren hos pasienter (Haakana, 2001) og Goffman studerer forlegenhet og sosial organisering (Goffman, 1956). Jeg vil bruke deres studier for å analysere hvordan latteren og sarkasmen utvikler seg gjennom timen for å kunne forstå budskapet i den type kommunikasjon.

Latteren kommer ofte til uttrykk når Liv handler på tvers av hva hun egentlig vil, som kan vurderes til å handle om at situasjonen inneholder motsetninger (Mik-Meyer, 2007). Jeg tolker det slik at motsetningen Liv kjenner på i denne behandlingstimen er om hun fortsatt skal tåle eller si fra. Det kan både være den med mest makt og den med minst makt som ler mest (Haakana, 2001; Mik-Meyer, 2007). I denne behandlingstimen opplever jeg at det ofte er Liv som tar initiativ til å le og at fysioterapeuten speiler henne, men det er flere situasjoner hvor det er fysioterapeuten som ler først også. Denne studien viser et mer balansert forhold mellom hvem som ler enn hva studiene referert til over viser.

I intervjuet spurte jeg fysioterapeuten om latter i behandlingsrommet:

F: Jeg føler at vi er litt i samkjørt i forhold til latter. Hun er i utgangspunktet veldig mye prat og latter, så ønsker jo jeg å være med på det, men ikke så mye at hun ikke klarer å kjenne og stoppe litt opp [...] Men samtidig så skal hun ikke få en avvisning på hvem hun er heller. Så jeg må jo møte henne på det med latteren og. Det er også en måte å gjøre ting, ikke så voldsomt. Det er en slags reguleringsmekanisme og da. Både at ting ikke blir så alvorlig, men også at det er et møtepunkt med den latteren.

Fysioterapeuten har gjort seg opp noen klare tanker om hvordan hun tolker latterens funksjon i behandlingstimen. Hun trekker fram at det både kan være et møtepunkt som kan fremme noe og at det kan være en begrensning ved å regulere seg bort fra alvoret i situasjonen. Thornquist (2009, s. 233) deler den samme todelte oppfatningen om at latter og smil er et uttrykk for vennlighet, men at det også kan være påtatt eller unnskyldende. Én tolkning av latteren kan være at de begge ler av det samme som et uttrykk for at de deler samme opplevelse i situasjonen. Denne tolkningen kan hente støtte fra litteratur om at humor og latter kan skape et møtepunkt og en felles oppmerksomhet i situasjonen (Bråten, 2004). Fysioterapeuten sier at hun er med på latteren for å ikke avvise Liv, men at hun er bevisst på at den ikke må styre hele behandlingstimen. For at vi skal forstå latteren og smilene er vi avhengig av å forstå konteksten (Thornquist, 2009) og i denne behandlingen handler det mye om å utforske Liv sin væremåte og hennes handlinger. I intervjuet trekker fysioterapeuten fram at latteren kan fungere som en reguleringsmekanisme.

Det er ganske tydelig at det er i starten av behandlingstimen det er mest latter og sarkasme. Ifølge Thornquist (2009, s. 233) er konteksten viktig for å forstå latterens funksjon, og i starten av behandlingstimen handler det mye om å utforske seg selv og egen væremåte. Det å utforske seg selv i behandling kan være krevende fordi at væremåter blir utforsket. Liv sier «men hvis du tror det der er godt så tar du helt feil». Denne måten å kommunisere på har en sarkastisk framtoning og hun henvender seg til det fysioterapeuten gjør i motsetning til hva hun selv opplever i situasjonen. Fysioterapeuten velger å svare Liv i samme stil, og det fører til at Liv begynner å le. Det kan tolkes slik at Liv prøver å modifisere eget utsagn og regulere egen framtoning ved å le, slik Adelswärd skriver (Adelswärd, 1989). Dette er noe som gjenspeiler seg ved flere anledninger i starten av denne behandlingstimen.

Fysioterapeuten og Liv arbeider med å utforske Liv sin væremåte, og Liv spør fysioterapeuten om hun skal si fra eller holde munn når noe blir ubehagelig. I etterkant av dette spørsmålet ler hun samtidig som hun skjuler ansiktet sitt for fysioterapeuten. Etter min mening kan det å skjule ansiktet for fysioterapeuten være en måte å skjule egen forlegenhet på, slik Goffman skriver (Goffman, 1956). Hun har blitt oppmuntret av fysioterapeuten til å si fra når noe blir ubehagelig, men hun spør fortsatt på en slik måte at det er fysioterapeuten som skal ta

avgjørelsen. Hennes handling er ikke i samsvar med det hun har blitt oppfordret til å gjøre av fysioterapeuten, og en tolkning av latteren kan støttes av studien hvor pasienten ofte ler når de ikke følger legens råd eller blir framstilt ugunstig (Haakana, 2001). Når Liv ikke følger opp fysioterapeutens oppfordring og fysioterapeuten svarer med «altså» hvor det i etterkant blir en stillhet, kan det tenkes at Liv blir forlegen og derfor skjuler hun hele seg. Måten Liv kommunisere på gjør at hun blir utydelig ovenfor seg selv og andre, og det blir vanskelig å vite hva hun egentlig vil.

Konteksten Liv er i handler om å tåle, reagere og si fra. Jeg tolker latteren til å i hovedsak være en måte å holde avstand til seg selv på og for å moderere det som skjer og sies. Jeg tolker latteren som et uttrykk for at hun er usikker på hvordan hun skal forholde seg til det å tåle og si fra, og at hun prøver å skjule usikkerheten med å le. Det er en måte å redusere en potensiell ansiktstrussel (Adelswärd, 1989) og en måte å ramme inn budskapet på (Goffman, 1956). Liv har vokst opp med en holdning om at hun skal tåle og når hun får mulighet til å bryte med egne habituelle væremåte så er det nærliggende å tro at det fremmer noen reaksjoner og følelser i henne. Hun utforsker det motsatte av hva som har vært sosialt akseptert i hennes oppvekst og det kan føre til at hun opplever en mulig ansiktstrussel. Det kan oppleves skummelt og tidligere erfaringer kan vekke gamle minner eller opplevelser. Etter hvert som de arbeider og utforsker i behandlingstimen så blir det mindre latter og sarkasme. Det er nærliggende å tro at fokuset i behandlingstimen har åpnet opp for at Liv føler seg tryggere på å utforske seg selv. Kanskje trengte hun litt tid på å finne ut av hvordan hun skulle forholde seg til det å ikke tåle lenger. Utover i behandlingstimen begynner hun å ta aktive handlingsvalg ved å gjøre noe annet enn å tåle. Når hun kommer opp i stående på slutten av behandlingstimen smiler Liv ofte når hun snakker om de endringen hun kjenner. Hun står en stund uten å si noe og tar innover seg den nye opplevelsen av å stå, samtidig har hun et smil om munnen. Dette smilet tolker jeg mer som at hun opplever noe godt.

I denne behandlingstimen er det tydelig hvordan kommunikasjonen mellom dem endrer seg underveis. Fra å bære preg av mye latter, urolige bevegelser og sarkasme, til å bli roligere, med et smil om munnen og en nysgjerrighet. Min tolkning av denne behandlingstimen er at økt bevissthet om latterens funksjon i behandling er viktig for å oppdage hva Liv uttrykker

når hun ler. Er det et felles møtepunkt eller holder hun avstand til seg selv? For at Liv skal kunne utvikle seg i behandlingstimen trenger hun å komme i kontakt med seg selv og egne behov framfor å holde avstand til seg selv.

5.3.4 Samhandling

I denne behandlingstimen samhandler fysioterapeuten og Liv om hvordan hun kan finne andre måter å forholde seg til ubehag på enn å tåle. Sosialiseringen vi er en del av påvirker språket vårt og hvordan vi samhandler med andre mennesker (Bråten, 2004), og det er nærliggende å tro at måten hun samhandler med andre preges av dette. I denne behandlingstimen arbeider de på flere kommunikative nivå (Bråten, 2004), og når Liv får støtte på de ulike kommunikative nivåene gir det henne muligheter til å endre hvordan hun samhandler med fysioterapeuten underveis i timen. Fysioterapeuten og Liv arbeider mye på de grunnleggende nivåene av modellen, kroppsspråklig kontakt og oppmerksomhetskontakt (Bråten, 2004). Det er gjennom den kroppslige tilnærmingen at Liv oppdager hvordan hun reagerer kroppslig når noe blir ubehagelig for henne. Det er tydelig at de har felles oppmerksomhet i timen ved at de hele tiden følger en rød tråd og at handlingssekvensene bygger på hverandre i en gradvis utvikling. Å arbeide med de grunnleggende lagene er avgjørende for å fremme utvikling i de høyere kommunikative lagene (Bråten, 2004), og Liv setter flere ganger ord på hennes kroppslige opplevelse. Gjennom de kroppslige opplevelsene setter hun mer ord på hva hun har behov for. På bakgrunn av det blir hun mer forankret i seg selv og hva hun egentlig vil, og etter hvert kan hun sette ord på det og gjøre handlingsvalg som samsvarer med det. Lignende funn er beskrevet hvor den terapeutiske interaksjonen gjorde at pasienten utviklet språket og kunne begynne å dele erfaringer med andre mennesker (Ekerholt, 2011; Sviland et al., 2018).

I starten av behandlingstimen er det flere eksempler på at Liv sitt kroppslige uttrykk ikke samsvarer med det hun sier. Hun har en kroppslig uro og den vedvarer i starten når fysioterapeuten utfordrer Liv til å handle på andre måter enn å tåle. Det kan virke som Liv ikke er klar over at hun motsier seg selv gjennom sitt kroppslige uttrykk, og denne tolkningen kan hente støtte fra litteratur som skriver om at vårt kroppslige uttrykk kan være mer ubevisst enn det vi uttrykker med ord (Bråten, 2004; Thornquist, 2009). Når Liv ikke har kontakt med eget kroppslig uttrykk, er hun ikke klar over hvordan andre mennesker opplever

samhandlingen med henne. Det er gjennom samhandling med andre mennesker at vi utvikler egne kommunikative ferdigheter (Bråten, 2004), og gjennom denne behandlingstimen kommer Liv i bedre kontakt med egne kroppslige reaksjoner og hva hun selv vil. Vårt kroppslige uttrykk forteller om vår sinnsstemning og opplevd identitet (Bråten, 2004), og det er nærliggende å tro at Liv har kommet nærmere egen ønsket identitet når hun etterhvert i behandlingstimen har et kroppslig uttrykk som samsvarer med hva hun sier. Det er en tydelig utvikling i denne behandlingstimen som gjør at hun kommer nærmere seg selv ved at hun handler på måter som gjør at hun ivaretar egne behov. På slutten av behandlingstimen står hun annerledes, og tar mer plass i rommet med sin fortelling og store bevegelser som støtter opp om det hun sier. Dette gjør at hun viser andre handlingsmuligheter enn hva hun hadde før timen. Hun har en helt annen forankring til seg selv og hvem hun er ved at hun kan handle på måter som springer ut av hva hun trenger. Det er gjennom samhandling med andre mennesker at vi utvikler sosiale relasjoner (Bourdieu, 1999; Bråten, 2004; Merleau-Ponty, 1945/1994), og denne behandlingstimen viser hvordan hun har utviklet måter å samhandle med fysioterapeuten på. Liv sine nye handlingsmuligheter har utviklet seg gjennom samhandling hvor de hele tiden har utforsket hva som er viktig for henne. Fysioterapeuten viser i denne behandlingstimen at hun er interessert i Liv og hvem hun er, og ikke bare hva hun sier. Min tolkning er at dette er en måte å arbeide med det relasjonelle aspektet ved kommunikasjon, slik Thornquist skriver (Thornquist, 2009). Det å være sammen handler om kroppslig tilstedeværelse (Thornquist, 2009), og i denne behandlingstimen har de denne tilstedeværelsen, noe som er synlig gjennom gradvis utvikling av samsvar mellom kroppslige og verbale uttrykk.

I denne behandlingstimen arbeider fysioterapeuten hele tiden med å få Liv aktivt med på det de gjør. Hun oppfordrer Liv til å si fra og bruker mye tid på at hun skal være aktivt deltagende i behandlingstimen. Den som har mest makt i situasjonen har størst ansvar for hva som skapes (Thornquist, 2009), og i denne situasjoner er det fysioterapeuten. Etter min mening så legger fysioterapeuten opp behandlingstimen slik at maktforskjellen reduseres og de blir likeverdige deltagere i samhandlingen. Ifølge Bråten (2004, s. 160) er vi opptatt av mening og forståelse når vi samhandler gjennom kommunikasjon. Denne behandlingstimen viser hvordan fysioterapeuten og Liv samhandler på ulike kommunikative nivå, hvor de sammen utvikler en felles forståelse og mening rundt hvordan Liv ønsker å ha det. Denne behandlingstimen viser hvordan det å samhandle og utforske seg selv i behandling sammen med et annet menneske

kan bidra til utvikling. På slutten av behandlingstimen er Liv bedre kroppslig forankret i seg selv vet at hun står stødigere, men hun er også mer forankret i seg selv ved at det er samsvar mellom hva hun uttrykker kroppslig og verbalt. Dette kommer til uttrykk ved at hun kan handle på andre måter sammen med fysioterapeuten, som gir henne nye handlingsmuligheter. Gjennom samhandlingen i denne behandlingstimen viser Liv nå en annen måte å være på sammen med andre mennesker. Fra å begrense seg selv til å begynne å utfolde seg selv og egen opplevelse. Hun har begynt å bevege seg fra hemmet intensjonalitet mot sin opprinnelige intensjonalitet (Merleau-Ponty, 2012; Young, 2005).

6 Avslutning

Denne behandlingstimen viser hvordan Liv gradvis utforsker egen væremåte om å tåle, hun får innsikt i hvilke kroppslige reaksjoner hun får når hun tåler og videre får hun muligheten til å finne nye handlingsmuligheter. Denne utforskingen skjer gjennom massasje og nyanser av bevegelser. I intervjuet beskriver fysioterapeuten hvordan hun opplevde Liv sine endringer:

F: Det var det at hun kunne kjenne at noe var ubehagelig. Mønsteret hennes er å holde ut, bite tennene sammen og hun er veldig pratsom. Så det å være til stede, det var hun egentlig veldig mye mer enn det jeg har sett av henne før. Det at hun justerer seg, sier i fra, ber om ting. Det var endring i muskulaturen, den ga mer etter. Det var endring i forhold til at hun landet mer på benken. Også var det endring i fra begynnelse til slutt i forhold til hvordan hun sto på beina. Både hva jeg kunne kjenne, at hun ikke sto med superstramme quadriceps, men også at hun kjente at særlig det venstre beinet var blitt bredere, det var en større understøttelsesflate på. Så det var egentlig veldig mye endring vil jeg si [...] Vi har bare hatt en time før. Så kanskje hun ble satt litt på sporet av en liten nysgjerrighet i kroppen allerede i forrige time, så tok med seg inn i den timen her da. For det var en veldig endring fra forrige time [...] Nå opplevde jeg at hun var veldig med på det som skjedde, kjente, sa i fra og var litt nysgjerrig.

Fysioterapeuten beskriver at Liv har endret seg på mange måter i løpet av denne behandlingstimen. Liv har utviklet seg til å handle på måter som gir henne kroppslig ro og hun står stødigere. Hun er bedre forankret i seg selv, både ved at hun står bedre på beina og at hun handler ut fra hva hun selv vil. Den roen Liv viser nå kan gi henne nye måter å gripe an verden på. Det gir henne muligheter til å handle i samsvar med egne behov. Hvis Liv nyanserer egen væremåte med å tåle har hun mulighet til å handle på nye måter. Fysioterapeuten poengterer hvordan Liv framstår annerledes nå enn tidligere, som er en annen måte å representere seg selv på i rommet og i møte med andre.

Denne studien viser konkrete eksempler på hvordan Liv kan fremme nye handlingsmuligheter i en psykomotorisk behandlingstime. Studien er et øyeblikksbilde av en enkelt behandlingstime og den kan ikke si noe videre om Liv fortsetter å handle på nye måter i eget hverdagsliv. Som nevnt i innledningen viser flere studier hvordan psykomotorisk behandling fremmer nye handlinger, og på bakgrunn av det er det nærliggende å tro at fokuset i denne behandlingstimen også kan ha overføringsverdi for Liv sine kommende handlinger. Studien har imidlertid ikke mulighet til å konkludere med slike resultater.

Studien belyser hvordan fysioterapeuter konkret kan arbeide med temaet i en behandlingstime og være til inspirasjon for andre fysioterapeuter. Den kan bidra til økt fokus på tematikken i klinisk praksis med sine detaljerte beskrivelser. Dette er et tema som etter mitt syn er spennende og gir mange muligheter i psykomotorisk behandling. Jeg mener at det trengs flere studier som detaljert beskriver klinisk praksis innenfor dette temaet. Beskrivelser av hva som konkret gjøres for å fremme nye handlingsmuligheter er nyttig lesing for å reflektere og utvikle egen praksis. Videre ønsker jeg meg en samlet oversiktsartikkel med hovedpoengene fra de kvalitative studiene og masteroppgavene som skriver om klinisk praksis med videoanalyser. Hva er hovedpoengene som trekkes fram i de ulike studiene og hvordan har det betydning for utvikling av klinisk praksis? Det er etter min mening mange gode studier av klinisk praksis med ulike problemstillinger og tematikk, og en studie som hadde samlet alle hovedpoengene kunne vært et godt bidrag til utvikling av egen praksis.

7 Referanseliste

- Adelswärd, V. (1989). Laughter and Dialogue: The Social Significance of Laughter in Institutional Discourse. *Nordic Journal of Linguistics*, 12(2), 107-136.
<https://doi.org/10.1017/S0332586500002018>
- Andersen, T. H. (2013). *Kropslig dialog - dialog om kroppen - Fysioterapeutisk samhandling* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin.
<https://hdl.handle.net/10037/7673>
- Aspenes, M. T. (2016). *Overvektens kompleksitet. Psykomotorisk fysioterapi som behandling ved overvekt* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin.
<https://hdl.handle.net/10037/9603>
- Bourdieu, P. (1999). *Meditasjoner* (A. Prieur & E. Ringen, Overs.). Pax Forlag
- Bråten, S. (2004). *Kommunikasjon og samspill - fra fødsel til alderdom* (2. utg.). Universitetsforlaget
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: teori og helsefremmende behandling* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Bunkan, B. H., & Schultz, C. M. (2009). *Medisinsk massasje* (3. utg.). Gyldendal akademisk
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- 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. <https://doi.org/10.1080/09593980701738400>
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2020). Transferring patients's experiences of change from the context of physiotherapy to daily life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), Artikkel 1735767.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1735767>
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2021). Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: patients' experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy. *Physiotherapy Theory and Practice*. <https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1875524>
- 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. <https://doi.org/10.1080/17432979.2011.568762>
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2006). Massage as an interaction and a source of information. *Advances in Physiotherapy*, 8(3), 137-144.
<https://doi.org/10.1080/14038190600836809>
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2008). Breathing: A Sign of Life and a unique Area for Reflection and Action. *Physical Therapy*, 88(7), 832-840.
<https://doi.org/10.2522/ptj.20070316>
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(1), 57-69. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1433256>
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2021). Embodied Knowledge - the Phenomenon of Subjective Health Complaints reflected upon by Norwegian Psychomotor Physiotherapy specialists. *Physiotherapy Theory and Practice*.
<https://doi.org/10.1080/09593985.2021.1920073>
- Ekerholt, K., Schau, G., Mathismoen, K. M., & Bergland, A. (2014). Body awareness - a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies.

- Physiotherapy Theory and Practice*, 30(5), 312-318.
<https://doi.org/10.3109/09593985.2013.876562>
- Fangen, K. (2010). *Deltagende observasjon* (2. utg.). Fagbokforlaget
- Gabrielsen, J. (2013). *Kontakt med egen kropp i psykomotorisk fysioterapi - kroppslig opplevelser, meningsdannelse og mestring* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://hdl.handle.net/10037/5375>
- Gallagher, S. (2001). Dimensions of Embodiment: Body Image and Body Schema in Medical Contexts. I S. K. Toombs (Red.), *Handbook of phenomenology and medicine* (s. 147-175). Kluwer Academic.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Clarendon press.
- Goffman, E. (1956). Embarrassment and Social Organization. *American Journal of Sociology*, 62(3), 264-271. <https://www.jstor.org/stable/2772920>
- Gretland, A. (1999). *Kroppens spor - en utfordring i psykiatrien. Rapport fra prosjektet «fysioterapi i psykiatrien»*. Regionsykehuset i Tromsø
<https://hdl.handle.net/10037/6938>
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Fagbokforlaget
- Halvorsen, M. J. L. (2016). *Terapeutiske potensialer i kroppslig og verbal samhandling* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin.
<https://hdl.handle.net/10037/9591>
- Hansen, I. E. (2016). *Slitenhetssyndrom i lys av en psykomotorisk undersøkelse* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin.
<https://hdl.handle.net/10037/9610>
- Haakana, M. (2001). Laughter as a patients resource: Dealing with delicate aspects of medical interaction. *Text & Talk*, 21(1/2), 187-219. <https://doi.org/10.1515/text.1.21.1-2.187>
- Jordan, B., & Henderson, A. (1995). Interaction Analysis: Foundations and Practice. *Journal of the Learning Sciences*, 4(1), 39-103. <https://www.jstor.org/stable/1466849>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi* (B. Nake, Overs.). Pax Forlag A/S. (Opprinnelig utgitt 1945)
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception*. Routledge
- Mik-Meyer, N. (2007). Interpersonal Relations or Jokes of Social Structure? Laughter in Social Work. *Qualitative Social Work*, 6(1), 9-26.
<https://doi.org/DOI:10.1177/1473325007074163>
- Norrøne, M. (2020). *Å gi seg selv mer tyngde* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://hdl.handle.net/10037/19613>
- NSD. (u.å). *Informasjon til deltakerne*. <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/sjekkliste-for-informasjon-til-deltakerne/>
- Paulsen, S. K. (2016). *Fra kvalme til grensesetting* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. Munin. <https://hdl.handle.net/10037/9593>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 122(25), 2477-2480.
<https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/kroppsfenomenologi-innsikt-relevant-klinisk-praksis>
- Soleng, E., & Sviland, R. (2022). Berøring som terapeutisk «dans» - En kvalitativ studie av pasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi. *Fysioterapeuten*
<https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-psykomotorisk-fysioterapi/beroring->

[som-terapeutisk-dans-en-kvalitativ-studie-av-pasienters-erfaring-med-psykomotorisk-fysioterapi/140006](#)

- 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. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(4), 609-624. <https://doi.org/10.1007/s11019-014-9562-0>
- Sviland, R., Martinsen, K., & Råheim, M. (2018). Towards living within my body and accepting the past: a case study of embodied narrative identity. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 21(3), 363-374. <https://doi.org/10.1007/s11019-017-9809-7>
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation – moved by respiration. Embodied narrative identity - a treatment process. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26, 811-819. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01024.x>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Fagbokforlaget
- Thornquist, E. (2001). Kroppssyn og faglige utfordringer i dag. *Fysioterapeuten* (14). <https://fysioterapeuten.no/kroppssyn-og-faglige-utfordringer-i-dag/124992>
- Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling - En kasustikk fra psykomotorisk fysioterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2(1), 30-44. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2005-01-04>
- Thornquist, E. (2006). Face-to-Face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Medical Anthropology*, 25(1), 65-97. <https://doi.org/10.1080/01459740500514489>
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Universitetsforlaget.
- Thornquist, E., & Gretland, A. (2003a). Kropp, samtale og deltakelse. Del 1. To praksissituasjoner - en sammenligning. *Fysioterapeuten*, (7), 18-24. https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/435/4896/version/3/file/0703_Fagartikkel1.pdf
- Thornquist, E., & Gretland, A. (2003b). Kropp, samtale og deltakelse. Del 2: En nærstudie. *Fysioterapeuten*, (9), 15-20. https://fysioterapeuten.no/files/archive/437/4904/version/3/file/0903_Fagartikkel.pdf
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal Akademisk
- Universitetet i Oslo. (2021, 29.mars 2022). *Om Tjenester for sensitive data* <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/mer-om/>
- Young, I. M. (2005). *On Female Body Experience : Throwing Like a Girl and Other Essays*. Oxford University Press USA - OSO.
- 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. <https://doi.org/10.1080/14038190601152115>
- Øien, A. M., Råheim, M., Iversen, S., & Steinhaug, S. (2009). Self-perception as embodied knowledge - changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, 11(3), 121-129. <https://doi.org/10.1080/14038190802315073>

Vedlegg 1

Vurdering fra NSD:

Referansenummer

463513

Prosjekttittel

En studie om utforskning av væremåter og nye handlingsmuligheter i Psykomotorisk fysioterapi

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Mari Norrøne, mari.norrone@gmail.com, tlf: 98131006

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kristine Stulen , kristinestulen@hotmail.com, tlf: 90672123

Prosjektperiode

09.08.2021 - 31.12.2022

Vurdering (2)

21.02.2022 - Vurdert

Personverntjenester har vurdert endringen registrert 21.02.2022.

Vi har nå registrert 31.12.2022 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger.

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

Kontaktperson: Gry Henriksen

Lykke til videre med prosjektet!

20.09.2021 - 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 20.09.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger, særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 04.05.2021.

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 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen 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

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

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

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).

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Gry Henriksen

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2

Informasjonsskriv til fysioterapeuten

Vil du delta i forskningsprosjektet

«En video-analyse av pasientens vaner, væremåter og handlingsmuligheter i psykomotorisk fysioterapi»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å studere hvordan en psykomotorisk fysioterapeut utforsker pasientens vaner og væremåter i behandling og om behandlingen kan fremme nye handlingsmuligheter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien er en masteroppgave og har som formål å innhente informasjon om hvordan vaner, væremåter og handlingsmuligheter utforskes i psykomotorisk behandling. Det vil bli vektlagt hva som skjer konkret i behandlingen, samhandlingen mellom deltagerne og hvordan temaet følges opp av terapeuten. Omfanget av studien er et video-opptak av behandling på ca. 60 minutter etterfulgt av et intervju med deg samtidig som vi ser på video-opptaket. Video-opptak er valgt for å innhente informasjon om hva som skjer i behandlingssituasjonen, observasjon av den sosiale situasjonen, hvordan vaner og væremåter utforskes og hvordan dere koordinerer dere i forhold til hverandre og hvordan dette kan fremme nye handlingsmuligheter. Dette gir meg mulighet til å kunne forstå hva som skjer i dybden og vil danne grunnlag for å besvare problemstillingen under. Intervju i etterkant er valgt for å få tak i dine tanker, opplevelser, valg og vurderinger i behandlingssituasjonen. Til slutt vil jeg gjennomføre samobservasjon med veileder for å fremme videre refleksjon rundt video-opptaket.

Problemstilling: Hvordan utforskes pasienten sine væremåter i en psykomotorisk behandlingssituasjon og hvordan kan behandlingen fremme nye handlingsmuligheter?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Bakgrunnen for at du får spørsmål om å delta i denne studien er etter at min kollega har tatt kontakt med deg og hørt om du er interessert i å delta i denne studien. Tilbakemelding fra min kollega viser at du er interessert og derfor inviterer jeg deg til å delta. Studien baseres på en terapeut og en pasient i en behandlingssituasjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Å delta i prosjektet innebærer at du rekrutterer pasient og gjennomfører en psykomotorisk behandling på ca. 60 minutter som blir tatt opp på video. I rekrutteringen er det opp til deg å vurdere hvilken pasient som kan tåle deltagelse fint. Behandlingen som gis skal være den samme som du ville gitt pasienten uten min involvering, både med tanke på innhold, dag og tidspunkt. Video-opptaket vil bli filmet på min Mac hvor opptaket blir direkte kryptert på en minnepinne og lagret direkte til et sikkert område, Tjenester for sensitive data (TSD). Video-opptaket vil inneholde alt som foregår i denne behandlingssituasjonen. Jeg vil være observatør under selve opptaket og kan skrive notater underveis hvis jeg ser noe jeg trenger å huske. I etterkant av opptaket vil jeg be om et intervju med deg hvor vi ser på video-opptaket sammen. Intervjuet gjennomføres for å få større innsikt i dine tanker, opplevelser, valg og vurderinger i behandlingen. Jeg tar lydopptak av intervjuet.

Jeg ønsker å diskutere ivaretagelse av taushetsplikten med deg før intervjuet starter siden det er du som kjenner best til rammene for taushetsplikten og hva som kreves for å samtykke til oppheving av taushetsplikten. Jeg har bedt om pasienten sitt samtykke til at vi kan gjennomføre intervju basert på video-opptaket.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Ønsker du å trekke ditt samtykke kan du kontakte meg direkte eller prosjektansvarlig veileder. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er

student og veileder som vil ha tilgang til materialet som produseres. Datamaterialet vil bli ført direkte over til et sikkert område for lagring (TSD) i henhold til retningslinjene til Universitet i Tromsø slik at det kun er tilgjengelig for de som skal ha tilgang. I masteroppgaven vil du ikke bli gjenkjent og opplysninger anonymiseres i materialet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 4.mai 2022. Etter bestått masteroppgave vil video-opptaket og lyd-opptaket slettes.

Dine rettigheter

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

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

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Tromsø ved Mari Norrøne, epost mari.norrone@gmail.com og telefon 981 31 006 eller masterstudent Kristine Stulen, epost kristinestulen@hotmail.com og telefon 906 72 123
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, epost personvernombud@uit.no og telefon 776 46 322 og 976 91 578.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kristine Stulen

Vedlegg 3

Informasjonsskriv til pasienten

Vil du delta i forskningsprosjektet

«En video-analyse av pasientens vaner, væremåter og handlingsmuligheter i psykomotorisk fysioterapi»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å studere hvordan en psykomotorisk fysioterapeut utforsker pasientens vaner og væremåter i behandling og om behandlingen kan fremme nye handlingsmuligheter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien er en masteroppgave og har som formål å innhente informasjon om hvordan vaner, væremåter og handlingsmuligheter utforskes i psykomotorisk behandling. Det vil bli vektlagt hva som skjer konkret i behandlingen, samhandlingen mellom deltagerne og hvordan temaet følges opp av terapeuten. Omfanget av studien er et video-opptak av behandling på ca. 60 minutter. Video-opptak er valgt for å innhente informasjon om hva som skjer i behandlingssituasjonen, observasjon av den sosiale situasjonen, hvordan vaner og væremåter utforskes og hvordan dere koordinerer dere i forhold til hverandre og hvordan dette kan fremme nye handlingsmuligheter. Dette gir meg mulighet til å kunne forstå hva som skjer i dybden og vil danne grunnlag for å besvare problemstillingen under. Etter at video-opptaket er spilt inn ønsker jeg å intervju terapeuten for å høre om tanker, opplevelser, valg og vurderinger underveis i behandlingssituasjonen. Til slutt ønsker jeg å se video-opptaket sammen med veileder for å fremme videre refleksjoner rundt video-opptaket.

Problemstilling: Hvordan utforskes pasienten sine væremåter i en psykomotorisk behandlingssituasjon og hvordan kan behandlingen fremme nye handlingsmuligheter?

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Bakgrunnen for at du får spørsmål om å delta i denne studien er etter at terapeuten som skal delta i prosjektet har valgt ut deg og spurt om du er villig til å delta i denne studien.

Tilbakemelding fra terapeuten viser at du er interessert og derfor inviterer jeg deg til å delta. Studien baseres på en terapeut og en pasient i en behandlingssituasjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Å delta i prosjektet innebærer at din psykomotoriske behandlingstid blir tatt opp på video-opptak. Video-opptaket vil bli filmet på min Mac hvor opptaket blir direkte kryptert på en minnepinne og lagret direkte til et sikkert område, Tjenester for sensitive data (TSD). Video-opptaket vil inneholde alt som foregår i denne behandlingssituasjonen. Jeg vil være observatør under selve opptaket og kan skrive notater underveis hvis jeg ser noe jeg trenger å huske. I etterkant av video-opptaket ønsker jeg å intervju terapeuten om behandlingssituasjonen og se video-opptaket sammen med veileder.

For å kunne gjennomføre intervju med terapeut trenger jeg ditt samtykke for å kunne innhente relevante opplysninger om deg til dette prosjektet. Opplysningene vil bli delt mellom terapeut, meg og min veileder. Det vil kun bli innhentet nødvendig informasjon for prosjektet. For at du skal få et innblikk i hva intervjuet handler om har jeg lagt ved et foreløpig utkast til intervjuguide (vedlegg 1). Bakgrunnen for at jeg trenger ditt samtykke til å gjennomføre intervju med terapeuten er for å kunne få best mulig kunnskap om behandlingssituasjonen for å kunne besvare min problemstilling. Det innebærer at jeg trenger å få tak i terapeuten sine tanker, opplevelser, valg og vurderinger i behandlingssituasjonen. Du kan gi beskjed til terapeuten før intervjuet hvis det er opplysninger som ikke skal deles og som går under taushetsplikten. Konsekvensene ved å samtykke til dette kan være at du føler deg mistolket eller misforstått om det terapeuten forteller. Du har muligheten til innsyn i materialet og det er muligheter for å gjøre endringer hvis dette inntreffer.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Ønsker du å trekke ditt samtykke kan du kontakte meg direkte eller prosjektansvarlig veileder. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er student og veileder som vil ha tilgang til materialet som produseres. Datamaterialet vil bli ført direkte over til et sikkert område for lagring (TSD) i henhold til retningslinjene til Universitet i Tromsø slik at det kun er tilgjengelig for de som skal ha tilgang. I masteroppgaven vil du ikke bli gjenkjent og opplysninger anonymiseres i materialet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 4.mai 2022. Etter bestått masteroppgave vil video-opptaket og lyd-opptaket slettes.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til 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. Samtykke til studien innebærer et video-opptak av behandlingen, intervju med terapeuten hvor vi ser videoen sammen og observasjon av materialet sammen med veileder.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Tromsø ved Mari Norrøne, epost mari.norrone@gmail.com og telefon 981 31 006 eller masterstudent Kristine Stulen, epost kristinestulen@hotmail.com og telefon 906 72 123
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, epost personvernombud@uit.no og telefon 776 46 322 og 976 915 78

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kristine Stulen

Vedlegg 1

Utkast av foreløpig intervjuguide

Overordnet vil terapeuten få beskjed om å stoppe video-opptaket ved meningsfulle situasjoner der hen mener det er verdt å merke seg det som skjer. Jeg kommer til å stoppe video-opptaket der jeg mener det er meningsfulle situasjoner som jeg ønsker å få utdypende informasjon om.

Innledede spørsmål:

- Hvordan opplevde du behandlingen i sin helhet i dag? Hva opplevde du som bra og hva var utfordrende?

Spørsmål ved stopp av opptak:

- Hva gjorde at du stoppet akkurat ved denne situasjonen?
- Hvordan opplevde du det som skjedde?
- Hvordan opplevde du samhandlingen i situasjonen?
- Hva la du vekt på i denne situasjonen?
- Hvorfor velger du å gjøre det på denne måten?

- Hva ligger bak dette valget? Er det et bevisst valg eller er det ubevisst?

Forslag til spørsmål innenfor tema/problemstilling som kan bli aktuelt å snakke om

Væremåter/mønster:

- Hvordan opplever du pasienten sin væremåte?
- Hvilke mønstre legger du merke til?
- Hvordan forstår du den informasjonen du får fra behandlingen?
- Hvordan arbeider du med å få tak i væremåten/mønstrene?

Koordinering:

- Hvordan opplevde du koordineringen dere imellom?
- Hvem styrte?
- Hvordan var dine tilpasninger?
- Hva gjorde pasienten?
- Hvordan tilrettela du for at pasienten skulle få utforske seg selv i behandling?
- Hvordan opplever du samarbeidet mellom deg og pasienten?

Felles oppgaveorientering og oppmerksomhetsforståelse:

- Hvordan opplever du det dere gjør sammen?
- Har dere felles oppmerksomhet i situasjonen?
- Har dere felles forståelse av det som skjer?
- Hva gjør du hvis du opplever at dere har forskjellig oppmerksomhet og forståelse?

Problem og reparasjon:

- Hvordan håndterer du brudd i situasjonen her?
- Hvordan arbeider du for å reparere bruddet i behandlingen?
- Hvordan opplever du at reparasjonsarbeidet går?

Romlig organisering:

- Hvordan opplever du pasienten sitt personlige rom?
- Hvordan opplever du maktforskjellen i rommet? Hva gjør du for å redusere maktforskjellen?

- Hvordan opplever du pasienten sin kroppsavstand? Endret den seg underveis?
- Hvordan opplever du pasienten sin kroppsholdning? Endret den seg underveis?
- Hvordan opplever du pasienten sine kroppsbevegelser? Endret den seg underveis?

Handlingsmuligheter:

- Hvordan går du videre i behandling når du har identifisert væremåter/mønster?
- Hvilke handlingsmuligheter opplevde du at pasienten hadde i behandlingen?
- Hva legger du vekt på når du arbeider med handlingsmuligheter?

Fikk dere tak på nye handlingsmuligheter? Hvordan kom dere dit og hva gjorde dere videre?

Vedlegg 4

Observasjonsguide

Under video-observasjonen hadde jeg med meg noen få punkter som kunne hjelpe meg å styre blikket i observasjonen.

Overordnet:

- Hva skjer?
- Hva gjør pasienten?
- Hva gjør terapeuten?
- Utforsker de?
- Tilpasser seg?
- Hvilke endringer skjer? Nye handlingsmuligheter?

Tema:

- Kroppsspråklig kontakt
- Oppmerksomhetskontakt
- Felles symbolverden (knytter pasienten språk til kroppslige opplevelser?)
- Metaforestillinger
- Reaksjoner (både verbale og autonome)
- Flyt, koordinering
- Brudd
- Refleksjoner

Vedlegg 5

Intervjuguide (denne ble brukt under intervjuet)

Innledende:

- Hvordan opplevde du behandlingen i sin helhet?

Spørsmål til handlingssekvensene som jeg har valgt ut:

- Hvordan opplever du det som skjer her?
- Hva la du vekt på?
- Hvorfor la du vekt på dette?
- Hvordan opplevde du samhandlingen? Har dere felles oppmerksomhet?
- Opplevde du pustesvar, autonome reaksjoner eller andre reaksjoner?

Spørsmål til fysioterapeuten om hun har noen handlingssekvenser:

- Hvilke situasjoner var betydningsfulle for deg?

Tema som kan bli aktuell å spørre om:

- Hvilke væremåter/mønster ser du går igjen hos pasienten?
- Hvordan tilpasser du deg pasienten sine reaksjoner?
- Hvilke endringer/handlingsmuligheter opplevde du i behandling?
- Hvordan håndterer du brudd i situasjonen?
- Har du fokus på reparasjon av brudd?
- Hvordan er flyten dere imellom?

Avslutning

- Hvordan er din opplevelse av denne dagen?
- Er det noe du vil tilføye?
- Er det noe vi har snakket om som du vil trekke tilbake?

