



UiT Norges arktiske universitet

Det Helsevitenskapelige fakultet  
Institutt for helse – og omsorgsfag

## **Egenbehandling i norsk psykomotorisk fysioterapi**

Studenters erfaringer med egenbehandling og utvikling av relasjonell kompetanse

Thea Dahl Hjelkrem

Masteroppgave i psykomotorisk fysioterapi, HEL – 3962, mai 2022



## Forord

Da er tiden kommet for at jeg skal tre ut av «masterbobla», reise meg fra skrivepulten og kutte ned på konsumering av kaffe. Masterstudiet har gitt meg nye nøkler på knippet og jeg gleder meg til åpne døren.

Arbeidet med denne oppgaven har krevd mye av meg, men det har også vært en spennende og lærerik prosess. I arbeidet med denne oppgaven er det mange mennesker som har bidratt på ulike måter og derfor ønsker jeg å si tusen takk.

Først ønsker jeg å takke intervjupersonene som deltok i denne studien. Uten dere hadde ikke dette prosjektet vært mulig.

Jeg ønsker å takke alle som har bidratt med en klapp på skulderen, motiverende ord og heiarop gjennom disse tre årene. Takk til alle mine venner som har gjort det mulig for meg å gå inn i «masterbobla» og som nå venter på at jeg skal ta del i det sosiale liv. Jeg vil også takke Unni, Stein og Tonje som har hørt på mine fortvilelser, begeistring og som har gitt omsorg gjennom mange telefonsamtaler. Takk til Kristine og Unni som har lest korrektur og hjulpet meg når jeg selv ikke har sett skogen for bare trær.

Til min veileder, Mari Norrøne: Tusen takk for all hjelp og veiledning. Dine tilbakemeldinger har vært viktig for at jeg kunne strekke meg litt lengre og holde fokus.

Jeg vil takke «Fond til etter – og videreutdanning av fysioterapeuter» for økonomisk støtte.

Helt til slutt vil jeg takke Audun som har sittet ved min side fra jeg startet mitt masterforløp. Din støtte har vært uunnværlig og du har gitt meg kraft til å stå hele løpet ut.

Oslo, 4. mai 2022

Thea Dahl Hjelkrem

## **Sammendrag**

Hensikten med denne studien er å bidra til kunnskap om hvordan studenter i Norsk psykomotorisk fysioterapi erfarer relasjon i egenbehandling og hvordan egne erfaringer kan bidra til utviklingen av relasjonell kompetanse i egen praksis. Dette er en kvalitativ studie som benytter semi-strukturerte intervjuer. Tre studenter på masternivå i psykomotorisk fysioterapi ble intervjuet og intervjuene ble analysert ved bruk av tverrgående tema-analyse. Resultatene viser til at studentene benytter seg av egenbehandling både som en reell behandlingssituasjon og som en læringsarena. De viser også at det er skiftende roller i egenbehandling som skapes både av studenten og terapeuten gjennom et samspill. Egenbehandling gir studentene mulighet til å erfare flere relasjonelle aspekter fra pasientens perspektiv. De får også erfare hvordan behandling bygger på et asymmetriske forhold og hvor viktig det er å skape et rom som er trygt nok. Deres erfaringer åpner opp for endringer i egen praksis. Det bidrar også til økt forståelse for sårbarheten en pasient kan oppleve i psykomotorisk behandling, hvem de ønsker å være som fysioterapeuter og hvordan de som studenter i psykomotorisk praksis kan bidra til å fremme eller hemme relasjonen til pasienten.

*Nøkkelord: psykomotorisk fysioterapi, studenters erfaring, terapeutisk utvikling, relasjonell kompetanse, egenbehandling.*

## **Summary**

The purpose of this study is to contribute to knowledge of how psychomotor physiotherapy students experience the therapeutic relationship through personal therapy, and how these experiences contribute to developing relational skills applied to their own practice. It is a qualitative study that utilizes semi structured interviews. Three master level students in psychomotor physiotherapy were interviewed and the interviews were analyzed using cross sectional thematic analysis. The results indicate that the students utilize the personal therapy both as a genuine treatment and as an area for learning. Alternating roles in personal therapy is created by the student and the physiotherapist. Personal therapy gives them the opportunity to experience several relational aspects from the patient perspective. They also get to experience how the treatment is based on an asymmetric relationship and how important it is to create a safe enough environment. Their experience contributes to making changes in their own praxis and gives them a better understanding of how vulnerable it can feel to be a patient,

who they want to be as physiotherapists and how one can contribute to the therapeutic relationship with the patient.

*Key Word: psychomotor physiotherapy, students experience, therapeutic development, relation skill, personal therapy.*

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Prosjektets bakgrunn .....	1
1.2	Tidligere forskning .....	3
1.2.1	Terapeutisk relasjon og allianse .....	3
1.2.2	Egenbehandling .....	4
1.3	Prosjektets hensikt.....	6
1.4	Utvikling av problemstilling .....	6
2	Teoretiske perspektiver .....	8
2.1	Vitenskapsfilosofisk perspektiv .....	8
2.2	Roller og makt.....	10
2.3	Utvikling av relasjonen .....	12
2.4	Relasjonell kompetanse og erfaringskunnskap .....	16
3	Metode.....	19
3.1	Forskningsstrategi .....	19
3.1.1	Kvalitativt forskningsintervju .....	19
3.1.2	Forståelse og bakgrunn.....	19
3.1.3	Utvalg og rekruttering .....	20
3.1.4	Forberedelser og gjennomføring av intervju .....	21
3.2	Analyseprosess .....	23
3.2.1	Transkripsjon.....	23
3.2.2	Analysemetode, koding og prosessen mot kategorisering .....	24
3.3	Metodediskusjon og kvalitet i forskningsprosessen.....	29
3.4	Forskningsetikk .....	32
4	Resultater.....	33
4.1	Kort presentasjon av informantene .....	33
4.2	Roller.....	33

4.2.1	Forhandlinger om roller .....	33
4.2.2	Forventninger til roller og behandlingssituasjonen .....	36
4.2.3	Roller og handlingsmuligheter .....	38
4.3	Maktforhold.....	42
4.3.1	Å skape et rom.....	42
4.3.2	Kroppen avslører deg .....	44
4.3.3	Å bli utfordret.....	46
4.3.4	Det relasjonelle forholdet .....	48
4.4	Praksis .....	52
4.4.1	Å bruke hele seg i møte med pasienten.....	52
4.4.2	Hvem har ansvaret i behandlingen? .....	54
4.4.3	Avgrensning og ansvar.....	56
5	Oppsummering og avslutning .....	59
6	Litteraturliste .....	61
7	Vedlegg 1: NSD Godkjenning .....	65
8	Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse .....	69
9	Vedlegg 3: Intervjuguide.....	73
10	Vedlegg 4: Kodingsarbeid.....	75

# 1 Innledning

## 1.1 Prosjektets bakgrunn

Min interesse for hva som fører til et godt møte med andre mennesker startet allerede da jeg studerte psykologi for mange år siden. Det var da jeg selv ble fysioterapeut, og senere student i psykomotorisk fysioterapi at jeg begynte å forstå hvor viktig en god relasjon og et samarbeid er for behandlingen. For å skape en god relasjon har jeg forstått at det krever et bevisst forhold til hvordan jeg er som terapeut. Gjennom å selv gå i egenbehandling opplevde jeg i stor grad å lære mer om meg selv som fysioterapeut og hvordan jeg selv påvirker behandlingssituasjonen med egne pasienter. I lys av dette ble jeg nysgjerrig på om det å gå i egenbehandling innen eget fagfelt gjør noe med hvordan en reflekterer, utvikler forståelse og muliggjør endringer i egen praksis. Siden jeg selv er student ble jeg også nysgjerrig på hvordan en som nybegynner kan utvikle seg i forhold til hvordan man skaper en relasjon til sine pasienter. På bakgrunn av dette ønsket jeg å utforske hvordan studenter i psykomotorisk fysioterapi utvikler sine relasjonelle evner gjennom å selv gå i behandling.

I forlengelse av dette spørsmålet ble det relevant å utdype hva relasjon er og hvordan det kan forstås. Det som presenteres nå er videreutviklet i denne oppgaven, men ble utarbeidet og har vært presentert i min prosjektskisse i 2021 (Hjelkrem, 2021). Begrepet relasjon blir definert som «et forhold, en forbindelse med (noen eller noe) eller som et nært forhold» (NAOB, u.å.). Videre i denne oppgave vil relasjon omhandle forholdet mellom en terapeut og en student, eller en student og en pasient. Gjennom mitt litteratursøk fant jeg ut at det er flere begreper, som noen gang brukes om hverandre. Slik jeg forstår det er de innvevd i hverandre og brukes for å beskrive relasjonen eller aspekter ved relasjonen. Disse er terapeutisk relasjon, relasjon, allianse som også beskrives som terapeutisk allianse.

Jeg opplevde at det var vanskelig å finne en spesifikk avgrenset definisjon av den terapeutiske relasjonen innen norsk psykomotorisk faglitteratur. Derfor hentet jeg inn en definisjon fra det psykoterapeutiske fagfeltet. Gelso og Carter definerer relasjonen som: “*the feelings and attitudes that the counseling participants have towards one another, and the manner in which these are expressed*” (Gelso, 2014, s. 118)<sup>1</sup>. Gelso beskriver videre at det som uttrykkes mellom partene kan både være subtilt og nonverbalt, men det må gi mening (ibid). Han

---

<sup>1</sup> Gelso (2014 s. 118) refererer til Gelso & Carter (1985, s. 159) sin definisjon av terapeutisk relasjon.



trekker frem at selve relasjonen defineres ikke av teknikker som er forbundet med skolering i fagfeltet og heller ikke de rollene en innehar i terapirommet selv om disse ha stor innvirkning på relasjonen i sin helhet i praksis (Gelso, 2014). Det er også av relevans å beskrive arbeidsalliansen eller alliansen kort, nettopp fordi begrepet anvendes enten som synonym med relasjon eller som en viktig faktor for relasjonen. Edvard Bordin sin tolkning og fremstilling av arbeidsalliansen blir trukket frem fordi den omtales som kanskje den mest kjente i dag (Bjerke, 2016; Crits-Christoph, Gibbons, & Hearon, 2006). Bordin definerer arbeidsalliansen som bestående av enighet om oppgave, mål og båndet mellom terapeut og pasient (Bordin, 1979).

Tidligere forskning innen det psykoterapeutiske fagfeltet blir summert og fremstilt av John C. Norcross og det fremheves at den terapeutiske relasjonen anses som hjørnesteinen i terapi på tvers av profesjoner (Norcross, 2010, s. 114). Det er tatt utgangspunkt i Norcross fordi den kan si noe generelt om terapi. I lengre tid har flere terapiformer innen psykologi og psykoterapi vektlagt metodiske og tekniske egenskaper hos terapeuten fremfor terapeuten som person og hvordan dette påvirker relasjonen (Nissen-Lie, 2012)<sup>2</sup>. I senere tid er selve de interpersonlige egenskapene til terapeuten ansett som vært viktig (ibid). Egenskapene som vektlegges er evnen til å vise varme, være ærlige, vise trygghet og interesse (Nissen-Lie, 2012; Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad, & Monsen, 2015; Norcross, 2010)<sup>3</sup>. Negative følelser hos terapeuten ovenfor pasienten virker til å påvirke relasjonen negativt og kan redusere den terapeutiske alliansen (ibid).

Å utvikle sine terapeutiske egenskaper ser ut til å være av betydning for utviklingen av relasjonen. Egenbehandling blir fremstilt som en arena på tvers av faggrupper der terapeuten kan utvikle seg både faglig og personlig (Geller, Norcross, & Orlinsky, 2005). Det fremgår at egenbehandling er viktig for å kunne bli klar over egne fordommer, få innsikt i egne følelser, øke evnen til å regulere seg selv i møte med pasienten, slik at en utvikler evnen til å bli lydhør og sensitiv (Bjerke, 2016; Bunkan, 2010; Bunkan, Bülow-Hansen, Thornquist, & Radøy, 1982; Schibbye, 2020). Det trekkes frem at på tvers av faggrupper innen psykisk helse

---

<sup>2</sup> Nissen-Lie (2012 s. 80) referer til Gelso & Hayes (2007).

<sup>3</sup> Nissen-Lie (2012 s. 81-82) henviser til oversiktsartiklene til Ackerman & Hilsenroth (2001;2003).

rapporters det at 85% opplever å ha hatt personlig utbytte av egenerapi og 79% opplever at egenerapi har påvirket deres profesjonelle utvikling (Geller et al., 2005).

## **1.2 Tidligere forskning**

For å kartlegge litteratur og tidligere forskning på terapeutisk relasjon, allianse og egenbehandling, ble det gjennomført søk i PsycInfo, Cinahl, PubMed, med utvidende søk i Google Scholar og Oria. Jeg har også gjennomgått referanselister til artikler, bøker og forskning jeg har funnet som relevant gjennom søket. Det ble brukt søkeord på norsk og engelsk: «norsk psykomotorisk fysioterapi», «psykoterapi», «psykologi» «terapeutisk relasjon», «terapeutiske relasjoner», «terapeutisk allianse», «egerapi», «egenbehandling», «terapeutisk utvikling». Dette danner bakgrunnen for min inngang og forståelse til prosjektet og kan gi rammer for oppgavens kontekst og relevans. Noe av forskningen som presenteres blir videre utdypet i teoretiske perspektiver som presenteres senere i oppgaven.

### **1.2.1 Terapeutisk relasjon og allianse**

Da forskning innen psykoterapi allerede er omtalt vil det i hovedsak bli presentert forskning innen fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi. Forskningen som refereres til ble også presentert i min prosjektskisse fra 2021 (Hjelkrem, 2021).

Forskning innen fysioterapi viser til at en god allianse mellom terapeut og pasient bidrar til økt effekt på behandlingsutfallet og på intervensjonene (Ferreira et al., 2013; Hall, Ferreira, Maher, Latimer, & Ferreira, 2010; O'Keeffe et al., 2016). I intervju av pasienter og terapeuter ble tilstedeværelse, å være mottagelig, genuin og å vise forpliktelse trukket frem som nødvendig for å etablere en terapeutisk relasjon (Miciak, Mayan, Brown, Joyce, & Gross, 2018). Innen psykomotorisk fysioterapi er det en rekke studier som tar for relasjon og relasjonelle aspekter som er avgjørende for forholdet mellom fysioterapeuten og pasienten i behandlingen. De fleste som presenteres her tar for seg pasienterfaringer (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt & Bergland, 2004, 2006, 2008; Marie Øien, Iversen, & Stensland, 2007; Sviland, Martinsen, & Råheim, 2014; Sviland, Råheim, & Martinsen, 2012), andre viser til pasient og terapeut (Øien, 2010; Øien, Steihaug, Iversen, & Råheim, 2011) og en tar for seg terapeutens ekspertkunnskap (Ekerholt & Bergland, 2019). Det kan se ut til at det i mindre grad er undersøkt hvordan relasjonen utvikler seg mellom student og terapeut.

Flere av studiene vektlegger terapeutens egenskaper som å fremstå empatisk, rolig, vennlig, sensitiv, evne til vise omsorg, og å være oppmerksom som viktige faktorer for å skape gode

møter med pasienten i terapirommet (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt & Bergland, 2004, 2008). I tillegg trekkes terapeutens evne til å vise profesjonalitet gjennom å være seriøs og grundig, samt tydelig i sin kommunikasjon, frem som positivt for relasjonen og utvikling av tillit (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt & Bergland, 2004; Rygge, 2015). Evnen til å lytte oppmerksomt gjennom å la pasienten få uttrykke seg fritt blir ansett som viktig og kan også være et ledd i å innta en «å ikke vite posisjon» der terapeuten selv er mer avventende med egne refleksjoner (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt & Bergland, 2004, 2019; Marie Øien et al., 2007; Sviland et al., 2014; Sviland et al., 2012). Å lytte til pasienten beskrives ikke å bare skje gjennom at terapeuten er lyttende og avventende, men også gjennom å «lytte til» pasientens kroppslige reaksjoner. Av terapeuter med lang klinisk erfaring beskrives det å være observant på pasientens kroppslige endringer som pust, spenninger og autonome reaksjoner som en del av å lytte til pasienten (Ekerholt & Bergland, 2019). Samarbeidet mellom pasient og terapeut må basere seg på å søke felles grunnlag for forståelse og forhandlinger om oppgave og relasjonen (Øien, 2010; Øien et al., 2011) Terapeuten må være observant, tilpasningsdyktig og oppmerksom på emosjonelle aspekter hos pasienten for å ikke true den terapeutiske alliansen (ibid). Å overkomme ambivalens, usikkerhet, utålmodighet eller uenigheter skaper nye måter å integrere med hverandre (ibid).

### **1.2.2 Egenbehandling**

Innenfor psykomotorisk fysioterapi inngår egenbehandling, ikke som del av studieplanen, men anses å være en del av utdanningen for psykomotoriske fysioterapeuter (NFF, u.å; UiT, 2019). 20 timer egenbehandlingen hos en psykomotorisk fysioterapeut med takstkompetanse er ett av kravene dersom en selv ønsker å heve takstkompetanse A9 (NFF, u.å). Takst A9a honorerer kompetanse og tidsbruk av fysioterapeuter som har tilleggskompetanse i psykomotorisk fysioterapi (Helsedirektoratet, 2021). I tillegg er gjennomført egenbehandling et krav hvis en ønsker å oppnå spesialisttittel innenfor psykomotorisk fysioterapi gjennom fagorganisasjonen Norsk Fysioterapiforbund, heretter NFF (NFF, 2018, u.å). Egenbehandling har som formål at studenten skal få innsikt i egen helse (NFF, u.å). Informasjon om utdanningsforløpet innen psykologi og psykoterapi, hentet fra Psykologforeningen, viser at det er et krav om egenerfaring innen spesialistutdannelsen innen psykoterapi (Norsk Psykolog Forening, 2015). Egenerfaring innebærer veiledning og egenerapi med et krav på 100 timer (ibid). Målet er et utvidet læringsfokus på hvordan egen person påvirker den terapeutiske prosessen ovenfor pasienten og utvikling av empati (ibid). Denne målsetningen skiller seg fra NFF sin beskrivelse av egenbehandling ved at den i større grad vektlegger terapeutens

utvikling fremfor innsikt i egen helse. Selv om fagtradisjonene er ulike, er det av interesse å utforske om psykomotorisk egenbehandling også kan gi mulighet for den terapeutiske utviklingen opp imot den terapeutiske prosessen.

I psykomotorisk fysioterapi brukes ordet egenbehandling, men i psykoterapi brukes ordet egenerapi for å beskrive når en mottar behandling i sitt eget fagfelt. Videre i denne oppgaven vil ordene i hovedsak brukes innenfor sine respektive fagfelt, men det kan forekomme unntak. Det er i dag gjort mye forskning på egenerapi innen psykologi og psykoterapi. På bakgrunn av at det er et omfattende forskningsfelt blir det i denne oppgaven trukket frem noen individuelle studier og en oversiktsartikkel for å belyse forskning innen disse fagfeltene. Innenfor det psykomotoriske fagfeltet er det til nå tre masteroppgaver, to ved UiT og en ved INN, som tar for seg erfaring fra egenbehandling (Jørgensen, 2021; Støle, 2021; Weideborg, 2013). Alle er kvalitative intervjustudier som inkluderer ferdig utdannede psykomotoriske fysioterapeuter. Deres funn støtter opp om at egenbehandling gir mulighet til å lære faget av en mer erfaren fysioterapeut og at egenerfaring gir mulighet for personlig og terapeutisk utvikling (ibid). Samtlige informanter på tvers av studiene trekker innsikt fra egenbehandling inn til egen praksis (ibid). Det ser derfor ut til å være en kobling mellom egenbehandling og praksis og dermed er det grunnlag for å utforske det i dybden.

I oversiktsartikkelen til Moe og Thimm (2020) oppsummeres empiri fra 30 studier som undersøker egenerapi for psykoterapeuter (Moe & Thimm, 2020). Det rapporteres fra psykoterapeuter om flere grunner for å gå i egenerapi, og noen av grunnene er å utvikle relasjonelle og profesjonelle ferdigheter, øke profesjonell og egen utvikling og å bli mer komfortabel i terapeutrollen (ibid)<sup>4</sup>. Terapeutene selv rapporterer økt forståelse for hvor viktig terapeutiske kvaliteter som blant annet empati, tålmodighet og terapeutens egen subjektivitet er i terapien (ibid)<sup>5</sup>. Her trekkes også linjer fra egenerapi til egen praksis som er i likhet med studiene innen psykomotorisk fysioterapi.

Ingen av de psykomotoriske studiene tar for seg erfaringer hos studenter under skolegang, men studenters erfaring i egenerapi er dermed belyst innen det psykologiske og psykoterapeutiske fagfeltet. I studien gjennomført av Moller, Timms & Alilovic (2009)

---

<sup>4</sup> Moe & Thimm (2020) referer til Orlinsky et al. (2011).

<sup>5</sup> Moe & Thimm (2020) referer til Norcross et al. (1988).

avdekkes det at å oppleve terapien fra klientens ståsted medvirker til økt empati mot klientene (Moller, Timms, & Alilovic, 2009). Å erfare sårbarhet og å komme i kontakt med negative følelser bidro til refleksjon i praksis. Det ble også lettere å skille egne følelser fra klientens. Studenten fikk økt innsikt i egne terapiprosesser og ferdigheter i hvordan en påvirker klientens respons i terapi (Moller et al., 2009). I en italiensk longitudinell studie gjennomført av Messina et al. (2018) følges 90 psykoterapeutstudenter over fire år der de ser på deres utvikling og effekt av personlig terapi (Messina et al., 2018). Resultat viser at studentene rapporterer å ha fått økt erfaring med terapien som en helende prosess og opplevelse av økte kliniske ferdigheter og relasjonell varme med pasientene etter egenerapi (ibid).

### **1.3 Prosjektets hensikt**

Det at egenbehandling vektlegges i så stor grad av NFF kan tyde på at egenbehandling er en viktig del av utviklingen for den psykomotoriske fysioterapeuten. Empiri innen psykoterapi, psykologi, fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi tyder på at relasjonen er viktig for utviklingen i terapi og at terapeutens væremåte, samt egenskaper har betydning for utvikling av det relasjonelle forholdet. Forskning innen psykomotorisk fysioterapi, psykologi og psykoterapi antyder at det kan trekkes linjer fra egenbehandling til utvikling i praksis både for studenter og terapeuter. Ved at det ser ut å være en kobling mellom egenbehandling og praksis innenfor flere fagfelt, gjør det interessant å utforske dette mer i dybden. Det kan se ut som at det til nå er ingen studier innen det psykomotoriske fagfeltet som tar for seg studenter, som fortsatt er i skolegang, sine erfaringer i egenbehandling. Dette gjør det interessant å utforske det nærmere. Hensikten med denne studien er å få en dypere forståelse og kunnskap om hvordan studenter i psykomotorisk fysioterapi erfarer relasjon i egenbehandling og hvordan dette utvikler deres evner til å skape relasjoner i egen praksis. Studien forankres innenfor det psykomotoriske fagtradisjonen.

### **1.4 Utvikling av problemstilling**

Gjennom å arbeide med dette prosjektet hadde jeg et ønske om å endre problemstillingens ordlyd og begreper. I informasjonsskrivet ble følgende problemstilling presentert: *«Hvilke erfaringer har studenter i psykomotorisk fysioterapi med relasjon i egenbehandling og hvordan bidrar disse erfaringene til utvikling av relasjonelle ferdigheter i egen praksis?»*.

I den første problemstillingen etterspurte jeg relasjonelle ferdigheter. Ferdigheter ble for meg noe snevert, da jeg også ønsket å trekke inn studentens refleksjoner, forståelse, holdninger, evner og kunnskap. Derfor ble problemstillingen endret til:

*«Hvilke erfaringer har studenter i psykomotorisk fysioterapi med relasjon i egenbehandling og hvordan kan egne erfaringer bidra til utvikling av relasjonell kompetanse i egen praksis?»*

## 2 Teoretiske perspektiver

I dette kapittelet presenteres teoretiske perspektiver som informerer analysen. Først presenteres oppgavens forankring innen vitenskapsfilosofiske perspektiver. Studien er forankret innen et fenomenologisk hermeneutisk perspektiv. Videre vil teorigrunnlag og empiri fra bl.a. sosiologisk, psykologisk, psykoterapeutisk, dialektisk relasjonsforståelse og psykomotorisk fysioterapi bli presentert. Det vil også innlemmes teori som omhandler relasjonell kompetanse og læring gjennom erfaring. Oppgavens teorigrunnlag er innenfor flere fagfelt, noe som kan bidra til å skape rammene for å overskride min egen forståelse for å på denne måten skape distanse (Thornquist, 2018, s. 263). Jeg forutsetter at de som leser denne oppgaven har innsikt i psykomotorisk fysioterapi som fagtradisjon da det ikke vil bli utdypet i denne oppgaven.

### 2.1 Vitenskapsfilosofisk perspektiv

Fenomenologi er en filosofisk tradisjon hvor en er opptatt av å studere fenomener, slik det erfares av subjektet med et ønske om å undersøke *hvordan* fremfor *hva* (Thornquist, 2018; Zahavi, 2018). Utgangspunktet for fenomenologien var en orientering mot kunnskap og erfaring. For å studere verden slik den fremstår må en gå gjennom vår bevissthet. Menneskets bevissthet anses for å være rett mot noe, som vil si at den er intensjonell og aldri tom (Thornquist, 2018; Zahavi, 2018). Som mennesker er vi alltid bevisst noe og vi erfarer gjennom vår bevissthet (ibid). Fenomenologien forankret også menneskets aktivitet og utforskning av verden gjennom en kroppslig interaksjon og engasjement (Zahavi, 2018). Vår subjektivitet blir dermed en forutsetning for å kunne forstå noe og vår forståelse blir dermed avhengig av subjektet (Thornquist, 2018). Vår subjektivitet forankres og er kroppsliggjort i en sosial, historisk og naturlig kontekst, og mennesket er både subjektivt og intersubjektivt (Zahavi, 2018). Mennesket eksisterer ikke alene, men eksisterer også for andre på lik linje som andre eksisterer for en selv (ibid).

Den verden vi lever i, også kalt for livsverden, anses som noe vi tar for gitt og den er for oss ureflektert (Zahavi, 2018). Selv om den er ureflektert kan den studeres gjennom å analysere personens menings- og erfaringsverden, gjennom bl.a. handling, samtaler og praksis (Thornquist, 2018, s. 110). I den fenomenologiske forskningen er vi interessert i første-persons-perspektivet (Zahavi, 2018, s. 2). Zahavi skriver at å få tilgang til personens livsverden kan ses på som den fruktige jord som gir næring til teoretisk kunnskap (Zahavi,

2018, s. 52). På den andre siden påvirker også vår kunnskap vår livsverden og på denne måten kan en anse vitenskap som å studere den samme verden som er vår daglige verden (ibid).

Maurice Merleau-Ponty, mest kjent for sitt bidrag innen kroppsfenomenologi, forankret subjektet og subjektiviteten i kroppen (ibid). Med sin kroppsfenomenologi ønsket han å vise hvordan kantianismens erfaringsbegreper er for snevre (Merleau-Ponty, 2012). Han fremmer en forståelse av kroppen som noe man ikke står ovenfor, men som noe man har og er (ibid s. 107). På denne måten kan en ikke skille det uttrykte fra det som uttrykkes (Merleau-Ponty, 2012, s. 109). For eksempel når våre følelsesuttrykk fremtrer i ansiktet er det på denne måten det blir synlig for andre (ibid). På denne måten gir kroppen tilgang til å erfare den andre direkte ved å ta inn kroppslige uttrykk (Zahavi, 2018, s. 94) Gjennom disse kan en se den andres erfaringer og sinnstilstand (ibid).

Hermeneutikken er en filosofisk tradisjon som tar for seg spørsmål tilknyttet forståelse og fortolkning av meningsfulle fenomener (Thornquist, 2018, s. 169). Meningsfulle fenomener omhandler menneskets aktiviteter, resultater og produktet av dem som igjen reguleres av kulturelle forhold som bestemmer hva og hvordan det produseres (ibid s. 170). Eline Thornquist beskriver Heidegger og Gadamer sitt syn på hermeneutikken som vår måte å eksistere, på bakgrunn av at vi er i denne verden som forstående og fortolkende historiske vesener (ibid s. 181). De representerer den filosofiske hermeneutikken som ga en ontologisk vending med å overskrive den epistemologiske dualismen mellom verden og subjektet (ibid). I denne tradisjonen kan hermeneutikken forstås som et selvforståelsesprosjekt der vår forståelse alltid er situert og bundet av fortiden. Gjennom å utforske overskrider vi vår egen for-forståelse og forståelseshorisont, men vi skrider aldri over vår horisont fordi det da vil skapes en ny. Den hermeneutiske sirkelen forstås som at vi forstår delene ut ifra helheten og helheten ut ifra delene (ibid s. 171). Heidegger fremholder at enhver forståelse er en begrenset forståelse, og å forstå seg selv eller den andre er en uendelig prosess (ibid s. 191). Gadamer retter blikket mot at vår forståelse alltid er forbundet med våre historie og for-dommer. Det betyr at våre forståelse er betinget flere aspekter som igjen påvirker hvordan vi forstår og fortolker (ibid).

Ved å innta et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv medfører det at en erkjenner at all vitenskap er historisk, situert og fortolkende. Denne studien vil være basert på fortolkninger og en bakgrunn av antagelser som er innenfor min egen forståelseshorisont. Jeg forsøker i denne studien å være redelig for min forståelse, men det vil alltid være aspekter ved min



antagelse som jeg selv ikke helt kan forstå (Thornquist, 2018, s. 181). Det fenomenologiske perspektivet vil innebære at jeg legger vekt på erfaringsnære, kontekstualiserte og fyldige beskrivelser av studentens livsverden og erfaringer. Det innebærer at jeg må stille meg så åpen jeg kan mot det som kommer til uttrykk og uttrykkes av studentene (Thornquist, 2018; Zahavi, 2018).

## 2.2 Roller og makt

I dette kapittelet presenteres teori og begreper som omhandler hvordan mennesker forholder seg til hverandre og utvikler forholdet seg imellom. Det er innhentet teori som omhandler roller og makt. Her vil også tidligere forskning innen egenbehandling i psykomotorisk fysioterapi utdypes for å vise til tidligere funn som er relevant i forhold til temaet.

Sosiologen Erving Goffman (1922-1982) er kanskje mest kjent for sin fremstilling av samspillet som et teaterstykke der han bruker begreper som roller, scener og publikum for å beskrive relasjoner, interaksjoner og situasjoner på et mikroplan (Goffman, Risvik, & Risvik, 1992; Thornquist, 2016). Thornquist (2016) fremhever at hans teorier lett kan misforstås eller gi et inntrykk av at sosialt liv er planlagt, men at hans teorier i større grad omhandler hvordan mennesker forhandler om respekt og selvrespekt (Thornquist, 2016, s. 237).

Vi som mennesker er avhengig av å forstå hvilken situasjon vi er i for å kunne vite hvilket samspill som kan oppstå (Goffman et al., 1992, s. 20). Våre forventninger og hva vi tror kan bli forventet av oss i møte med den andre er avhengig av den situasjonen vi befinner oss i (Goffman et al., 1992, s. 11; Thornquist, 2016). Vi skaffer opplysninger om situasjonen basert på hva vi allerede vet, våre stereotypiske holdninger og hvordan vi selv ønsker å presentere oss (Goffman et al., 1992, s. 11-18). Fra et fenomenologisk perspektiv er menneskets tidligere erfaringer, forventninger, kunnskap og minner en del av hvordan vi skaper holdepunkter for hvordan vi skal tolke og handle i våre omgivelser (Thornquist, 2018, s. 128). Også vår selvrepresentasjon, altså vår egen oppfatning av oss selv, påvirker hvordan vi fremstår for andre (Thornquist, 2016, s. 33).

Gjennom å vite hvilken situasjon vi er i og hva som forventes, kan vi vite hvilken rolle vi skal spille ut (Goffman et al., 1992). En rolle blir beskrevet som *«det på forhånd fastlagte handlingsmønster som utfolder seg under en opptreden, og som kan presenteres eller spilles også ved andre anledninger»* (Goffman et al., 1992, s. 22). Våre roller skaper på denne måten våre muligheter for handling. Ofte kan roller høres ut som noe som er veldig avklart, men

Thornquist skriver at en rolle må bli forstått som noe dynamisk og ikke som noe en går inn ut og ut av (Thornquist, 2016, s. 31). Hun beskriver videre at roller blir utformet gjennom sosiale situasjoner og personer, og at det er mennesker som utformer roller (ibid).

Rollebegrepet kan gi oss en forståelse for det sosiale liv og hvordan selve rollespillet er formet og påvirket av våre skiftende sosiale situasjoner.

I samspillet med den andre er det flere begreper en kan ta i bruk for å forstå det som skjer i interaksjonen. Å opprettholde skuespillet, eller definisjonen av situasjonen, er for begge partene viktig for å skape minst mulig forstyrrelser (Goffman et al., 1992). Forstyrrelser kan true den virkeligheten som skapes og det kan skape forlegenhet, nervøsitet eller disharmoni (ibid s. 176). Da kan en stå i fare for å tape ansikt som gjør at en risikerer i vise den som er bak masken (ibid). For å unngå dette kan en forsvare seg gjennom å kontrollere inntrykkene en gir til den andre, også kalt inntrykkskontroll (ibid s. 179-108). En kan forsøke å ta kontroll over ansiktet og stemmen eller ty til spøk (ibid s. 180). Den andre kan også hjelpe til å bevare den andres inntrykk. Alle deltagere må vise omtanke og varsomhet ovenfor hverandre og spillet som utfolder seg. Og en må være forberedt på misforståelser. Gjennom å samarbeide og stadig forhandle med hverandre kan en klare å opprettholde definisjonen av situasjonen (ibid s. 72-74).

I tidligere empiri gjort på egenbehandling i psykomotorisk fysioterapi kommer det frem at alle informantene på tvers av studiene omtaler det å inngå i en pasientrolle (Jørgensen, 2021; Støle, 2021; Weideborg, 2013). I studien gjort av Jørgensen beskrives roller mer spesifikt, og det fremkommer at fysioterapeutens skiftene roller skaper usikkerhet i egenbehandlingen (Jørgensen, 2021). Det beskrives at det har vært forhandlet verbalt om rollene, og det kan se ut til at det i stor grad er terapeuten som legger føringer for hvem de skal være for hverandre i egenbehandling (ibid). I det klassiske pasient-terapeutforholdet er rollene en innehar bygd på en autoritetsstruktur og en konteksten som er uforanderlig (Thornquist, 2016, s. 30). Det er terapeuten som gir behandlingen og pasienten som tar imot. Deres ulikhet bygger på kompetansen og situasjonen de er i, der den ene trenger hjelp og den andre innehar kompetansen til å kunne hjelpe (ibid). Slike forhold er av asymmetrisk karakter og vil også inneha ulike former av makt og myndighet (ibid).

Erfaringer som omhandler maktforholdet mellom terapeuten og pasienten i egenbehandling blir omtalt i tidligere masteroppgaver i psykomotorisk fysioterapi (Støle, 2021; Weideborg, 2013). Det understrekes at man som terapeut skal være bevisst sin makt og at egenbehandling

gir innsikt i makten en fysioterapeut besitter (ibid). Det kan se ut som at de i mindre grad tar for seg makt som noe relasjonelt og noe som kan knyttes opp til hvordan mennesker skaper våre relasjoner til hverandre. Den franske filosofen Paul-Michel Foucault (1926-1984) beskriver makt som noe relasjonelt (Taylor, 2014)<sup>6</sup>. «Power», altså makt, blir ofte stilt i sammenheng med at noen «hersker over» noen (ibid s. 13). Til motsetning var han opptatt av makt inngår i alle former for relasjoner, forhold og sosiale interaksjoner. Hvis en forstår makt som å herske over en annen kan makt bli forstått negativt. Foucault anser ikke makt som negativt, men som skiftende og noe som stadig oppstår i interaksjonen eller relasjonen. Makten beskrives som et «forhold av makt» eller en relasjonell kraft og slik blir maktforhold noe som kan endres (Taylor, 2014). På denne måten kan man forstå makt som noe en utøver og ikke noe man har (ibid s. 22).

## 2.3 Utvikling av relasjonen

I dette kapitlet presenteres teori og empiri fra psykoterapi, psykomotorisk fysioterapi og et dialektisk perspektiv for å belyse relasjonelle aspekter og utvikling av relasjonen. Det dialektiske perspektivet er hentet fra Anne-Lise Løvlie Schibbye sin bok om relasjoner (Schibbye, 2020). Under dette tema innhentes og utdypes også tidligere empiri fra innledningen.

Innen psykomotorisk fysioterapi står tilstedeværelse, innlevelse og deltagelse som rettesnor i behandling (Thornquist & Bunkan, 1995). Innen det dialektiske perspektivet står anerkjennelse, selvforståelse og selvavgrensning som en viktig rettesnor for utvikling av relasjon og terapeutens evne til å bygge relasjonen (Schibbye, 2020). Relasjonen blir innen den dialektiske relasjonsforståelsen og i psykoterapi forstått som selve forholdet mellom terapeuten og pasienten, men som ikke er definert av teknikker (Gelso, 2014; Schibbye, 2020, s. 245). I den psykomotoriske tradisjonen blir relasjonen noe som springer ut av vår fagspesifikke praksiskompetanse gjennom at vi berører og beveger pasienten og på denne måten etableres relasjonen til pasienten (Gretland, 2016, s. 14).

Anerkjennelse er et ord som dukker opp både i litteratur og forskning, og som blir trukket frem som viktig (Bunkan, 2010; Ekerholt & Bergland, 2004; Gretland, 2007; Schibbye,

---

<sup>6</sup> I boken «Michel Foucault: Key Concepts» beskrives Foucault sine forståelse av makt og det er fra denne boken hans perspektiv blir hentet fra (Taylor, 2014).

2020). I mangel på en avgrenset definisjon av begrepet innen den psykomotoriske tradisjonen trekkes Schibbye sin måte å forklare anerkjennelse på frem. Schibbye henter begrepet fra Hegel og hun forstår anerkjennelse som når den andres indre opplevelsesverden blir gjort selvsagt gjennom å få fokus og bli verdsatt (ibid s. 258). En gjensidig anerkjennelse bygger på at partene har rett til sin opplevelse og kan komme frem som subjekt (ibid s. 53). Begrepet forstås som noe mer enn empati, innlevelse og medfølelse. Anerkjennelse er ikke noe du har eller gir, men noe du er, og kommer fra at en selv har kontakt med egen subjektivitet og på denne måten kan forstå den andre (ibid s.159). Som terapeuter må en klare å sette seg inn i den andres opplevelsesverden og bevissthet. Andres bevissthet fanges opp gjennom den andres kroppslige uttrykk, signaler og språk (ibid s. 259). Dette er i samsvar med fenomenologien og kroppsphenomenologien.

Anerkjennelse innehar noen ingredienser som står i sammenheng og skaper hverandres forutsetninger. Ingrediensene er lytting, forståelse, aksept og toleranse (ibid s. 263). Lytting er ikke det samme som å høre og terapeutisk lytting forutsetter at en lytter bak ordene (ibid s. 267). Schibbye trekker linjer inn mot fenomenologien når hun snakker om både tilstedeværelse og lytting. Ved å lytte må en la fenomenene fremtre for oss, som innebærer at terapeuten må klare å sette seg selv til side slik at den andre får adgang til vår bevissthet (ibid s. 268). Forståelse bygger på en indre forståelse der terapeuten selv har tilgang til egne følelser for å forstå pasientens (ibid s. 275). Berit Heir Bunkan skriver at å skape en følelse av forståelse øker følelsen av trygghet og Norcross uttrykker at forståelsen må vises gjennom empati der terapeuten ikke har egne mål, behov eller agenda ovenfor pasienten (Bunkan, 2010; Norcross, 2010). Å skape forståelse gjør også at terapeuten fremstår som mer genuin og evnen til å være genuin øker etterhvert som terapeuten får mer erfaring og utforsker seg selv (Norcross, 2010; Schibbye, 2020).

Aksept og toleranse bygger på å ikke dømme eller bedømme den andres opplevelser og gi den andre rett til sine følelser (Schibbye, 2020, s. 257). Det vil bety at en som terapeut må tåle den andre. En fysioterapeut må klare å romme og ta imot det pasienten kommer med uten å selv fordømme det eller forskrekkes (Bunkan, 2010). Hvis en ikke klarer å romme pasienten kan en stå i fare for å svekke den terapeutiske relasjonen og som terapeut må en være forsiktig med å angripe eller å gi skyld til pasienten (Norcross, 2010). Bekreftelse handler om å kunne følelsesmessig matche pasienten, gjennom emosjonell innlevelse eller følelsesmessig samstemthet (Gretland, 2007; Schibbye, 2020).

Det er gjennom terapeuten tilstedeværelse og fullstendige åpenhet mot den andre at det er mulig å skape et psykisk rom (Schibbye, 2020). Terapeutens åpenhet kan skape en tidsopplevelse som dannet denne psykiske rommet der det blir mulig for pasienten å få plass og integrere følelser. Schibbye skriver at det er sammenheng mellom tid og rom fordi «*når tempoet blir satt ned (tid) kan man oppleve mer ro (rom)*» (ibid s. 268). Som nevnt er også tilstedeværelse et viktig aspekt også innen den psykomotoriske tradisjonen, og det er pasientens kroppslige reaksjoner og uttrykk som utforskes i behandlingen (Gretland, 2007). En utfordring for fysioterapeuten kan være at det å ha fokus på kroppslige reaksjoner og uttrykk krever at en er oppmerksom på flere plan. En må både få med seg det som blir sagt og uttrykket kroppslig, samtidig som en må vurdere hvor pasienten er følelsesmessig (ibid).

Terapeutens fremtoning som varm, ærlig, trygg og interessert ble presentert i innledningen som vesentlig for utviklingen av relasjonen. På den andre siden viser forskning innen psykoterapi at terapeutens fremtoning også kan være skadelig for relasjonen hvis en fremstår som rigid, fjern eller emosjonelt førende (Norcross, 2010, s. 116)<sup>7</sup>. Videre trekker Norcross frem hvordan den empatiske terapeuten skal være (ibid). En empatisk terapeut er ingen autoritær figur, men er observant og tar i betraktning hvordan egen fremtoning påvirker pasienten i terapien. Selve terapeutens fremtoning kan ha innvirkning på motstanden som skapes i pasienten. En må derfor alltid spørre seg om en presser for hardt, om pasienten er klar for endring eller om pasienten opplever å bli ukomfortabel om en er for direkte (ibid). Trekk som å være lite empatisk, konfronterende eller å legge skyld på pasienten for lite fremgang kan i seg selv være det som skaper lite fremgang i terapien (ibid). Et trekk ved terapeuten som viser til å styrke relasjonen er at terapeuten avslører noe om seg selv (Gelso, 2014; Norcross, 2010). Selv om dette er tilfelle må en passe på at en ikke avslører for egen vinning eller behov da dette svekker rammene for behandling (Norcross, 2010). Schibbye (2020) trekker også frem at hvis terapeuten blir en venn eller deler for mye om seg selv kan en stå i fare for at det blir mindre plass til pasienten (Schibbye, 2020).

I møte med pasienten er det vesentlig at en klarer å skille på hva som er mitt og hva som tilhører den andre, også kalt avgrensning (Schibbye, 2020). Samtidig skal en ikke være så avgrenset at en ikke klarer å være åpen mot pasienten (ibid). Både pasienten og terapeuten har

---

<sup>7</sup> Norcross (2010 s. 116) henviser til Olinsky & Norcross (2005) sin studie som avdekket negative trekk ved terapeuten.

forventninger til terapien og hvis man er usikker på hvilke forventninger som tilhører hvem blir terapeuten grenser sårbare (ibid). Når grenser svekkes hos terapeuten kan følelsen av å miste seg selv eller at en ikke arbeider terapeutisk oppstå (ibid s. 301). Hvis en terapeut for eksempel blir trett, lei seg eller irritert blir det viktig å kunne registrere dette og mulig få hjelp til å håndtere det gjennom egenbehandling eller veiledning (Bunkan, 2010). Schibbye påpeker at det ofte er studenter som kan få grensene sine svekket og at første steg for å komme seg ut av dette er å erkjenne at det er noe som er vanskelig (Schibbye, 2020). I tidligere empiri om egenbehandling kommer det frem at egenbehandlingen gjør noen av informantene bevisste på dette fenomenet og at avgrensning blir sett på som viktig (Weideborg, 2013).

Det er fysioterapeuten som har ansvar både det profesjonelle møtet, at rammene for behandlingen er trygge nok og for at pasienten får tak i kunnskap om seg selv (Gretland, 2007, s. 92-95). Anne Gretland fremhever at en sentral utfordring for fysioterapeuten og for helsepersonell er å forvalte sin posisjon for å fremme deltagelse hos pasienten (Gretland, 2007, s. 184). En må derfor innta forsvarlig ledelse som fremmer anerkjennelse av erfaringer og kompetanse (ibid)<sup>8</sup>. Gretland referer til Borghild Wiem (2004:14) når hun skriver at behandling skal være passe tøft, nært og annerledes for å kunne strekke grenser i behandling (Gretland, 2007, s. 184). Schibbye fremmer at det er gjennom vår avgrensning at vi kan hjelpe den andre nettopp fordi en går bort i fra å kontrollere den andre (Schibbye, 2020, s. 304). Selv om det ofte kan føles som at terapeuten skal ha kontroll og styring på behandlingen er det å kontrollere den andre noe som kan hemme terapien (ibid).

Hvis man som terapeut vet hva den andre bør gjøre tror man at pasienten trenger kraft utenifra og står i fare for å frata pasienten muligheten til selv å finne ut hva en ønsker (ibid s. 304). Schibbye påpeker at som student i psykologi kan et ha et ønske om å være eksperten og den som vet hva den andres behov er (ibid). I den psykomotoriske behandlingen anses det som styrkende for alliansen at en lar pasienten selv få komme frem til hva funnene i undersøkelsen handler om (Bunkan, 2010, s. 77). Terapeuten må lære å holde seg selv tilbake og gi pasienten pauser (ibid s. 235).

Gjennom anerkjennelse skapes relasjonelle opplevelser og som vi har sett er ikke anerkjennelse forenelig med å ha mål eller ambisjoner på vegne av pasienten (Schibbye,

---

<sup>8</sup> Gretland (2007 s. 184) referer til Thornquist (1998) for å beskrive hvordan en fysioterapeut tar ledelse.

2020). Anerkjennelse er kun mulig gjennom å få tilgang til sin egen subjektivitet slik at en kan forstå den andres verden. Å få tilgang til den andres verden skjer gjennom metakommunikasjon, altså kroppslig kommunikasjon (ibid s. 159). Vår selvbevissthet skjer i kontakt med andre og den utvikles gjennom å reflektere hva som skjer i meg og med meg (ibid).

## 2.4 Relasjonell kompetanse og erfaringskunnskap

I denne oppgaven brukes begrepet relasjonell kompetanse i problemstilling. På bakgrunn av dette trekkes det inn teori som kan belyse hva relasjonell kompetanse er og hvordan en kan utvikle egen relasjonell kompetanse i praksis. Forståelsen for hvordan en bygger den relasjonelle kompetansen hviler på et dialektisk fundament. Her presenteres også teori om læring gjennom erfaringer fordi det er nært tilknyttet hvordan relasjonskompetansen utvikles.

Ann-Marie Aubert, dosent i tverrfaglig veiledning og Inger Marie Bakken, førsteamanuensis i pedagogikk, beskriver at relasjonell kompetanse utvikles gjennom hele livet, og at for studenten utvikles den gjennom praksis og erfaring (Aubert & Bakke, 2008). Våre egne forutsetninger og erfaringer er selve fundamentet for utvikling av den profesjonelle relasjonskompetansen. Studenten utvikler sin forståelse gjennom en sirkulær prosess lik den hermeneutiske sirkelen (ibid)<sup>9</sup>. Selve den relasjonelle kompetansen omhandler at en gjennom å være i hjelperrollen sikrer at den andre blir sett og forstått, samt at sikrer rom og evner til å styrke den andres ressurser (ibid). Relasjonskompetansen er innvevd i yrkeskompetansen (ibid).

Relasjonskompetanse knytter seg til evnen til å utvikle sin forståelse som fagperson gjennom å arbeide med egne erfaringer (ibid). Derfor er det å lære gjennom erfaringer et viktig teoretisk aspekt å se nærmere på i denne teoridelen. Psykolog, professor og utdanningsteoretiker David Kolb (1984) bygger på opphavet til arbeidet av psykologene Dewey, Lewin og Piaget når han selv presenterer teori om erfaringslæring som en motsats til rasjonalistiske, kognitive og behavioristiske teorier på hva læring innebærer da disse avviser subjektets erfaringer i læringsprosessen (Kolb, 1984). Læring blir definert som: "*Learning is the process whereby knowledge is created through the transformation of experience*" (ibid s. 38). Han presenterer en mer holistisk forståelse for læring som integrerer hele mennesket.

---

<sup>9</sup> Aubert & Bakke (2008) referer til Nerheim (1995 s. 44) sin forståelse av den hermeneutiske sirkelen.

Som menneske lærer man gjennom sin erfaring, følelser, persepsjon, kognisjon og atferd (ibid s. 21). På denne måten fremmes subjektet i læringsprosessen og læring skjer i spenningsfeltet mellom våre forventninger og opplevelser. Dette er i tråd med annen teori og metateori i denne oppgaven. Det fremheves at kunnskap utvikles mellom transaksjonen mellom sosial og personlig kunnskap og mellom objektiv og subjektiv erfaring (ibid s. 36-37).

Innen relasjonskompetansen står vår forståelse sentralt fordi det gir grunnlaget for å både forstå seg selv og å forstå den andre (Aubert & Bakke, 2008, s. 42). Vår forståelse består av våre holdninger, verdier og forestillinger og baserer seg også på det vi erfarer fra tilsvarende situasjoner (ibid). Også vårt følelsesliv gjennom å få kontakt med våre følelser er viktig for å utvikle forståelse for oss selv og den andres perspektiv. På denne måten er våre følelser og sårbarhet en viktig ressurs i det å lære relasjonell kompetanse (ibid s. 115).

Begreper som anerkjennelse, selvrefleksjon og selvavgrensning er kjernebegreper i dialektisk relasjonsforståelse og er også knyttet til utvikling av den profesjonelle relasjonskompetansen (Aubert & Bakke, 2008, s. 27)<sup>10</sup>. På denne måten blir teori om relasjoner som presentert tidligere knyttet opp til utvikling av kompetansen. Selvrefleksjonen utvikles i møtet med den andre og det er gjennom å selv bli anerkjent at en lærer anerkjennelse (Aubert & Bakke, 2008; Schibbye, 2020, s. 28)<sup>11</sup>. Avgrensning er også viktig i utviklingen av den relasjonelle kompetansen nettopp fordi en må klare å skille på hva som tilhører en selv og hva som tilhører den andre (Aubert & Bakke, 2008). Likevel fremheves det at det er viktig å la seg kunne bli berørt uten å miste seg selv. Ved å ha fokus inn mot seg selv kan en øke evnen til tilstedeværelse. Hvis en mister taket på seg selv står man i fare for å miste oppmerksomhet og tilstedeværelse ovenfor den andre (ibid s. 206). Dette står i samsvar med forståelsen av vår bevissthet som rettet i den fenomenologiske filosofien. Aubert og Bakke trekker frem at det ofte er når studenten selv er nybegynner at dette aspektet kan være utfordrende (ibid s. 187).

Den relasjonskompetente fagpersonen reflekterer over hvem hen selv «er» og hvordan egne forutsetninger og erfaringer spiller inn i møte med den andre (Aubert & Bakke, 2008, s. 27). En er klar over at egen subjektivitet preger det profesjonelle møtet, samtidig som en er åpen og gir plass til pasienten (ibid s. 26). Gjennom å utforske sin egen forståelse utvikles vår

---

<sup>10</sup> Aubert & Bakke (2008 s. 27) referer til Schibbye (2002) i sin beskrivelse av dialektisk relasjonsforståelse.

<sup>11</sup> Aubert & Bakke (2008 s. 28) henviser til Schibbye (2002).



forståelseshorisont og er en viktig del av læringen. Dette sammenfaller med hvordan forståelse utvikles i hermeneutikken. Det er gjennom egen erfaring og forståelse en kan ta stilling til hvem en er og hvordan en selv ønsker å være som terapeut. Gjennom å arbeide med egne forutsetninger for det relasjonelle arbeidet kan man stå bedre rustet til å håndtere rystelser og dermed ikke bli så lett «vippet av pinnen» (ibid s. 207). Å skulle fullt ut beskrive hvilke prosesser som er knyttet til utvikling av relasjonskompetansen kan være utfordrende fordi kunnskapen også består av taus kunnskap (ibid). I taus kunnskap ligger det at den levde opplevelsen og hvordan en kan uttrykke dette gjennom språket ofte er ulikt (Aubert & Bakke, 2008).

## 3 Metode

### 3.1 Forskningsstrategi

I dette kapittelet blir det redegjort for prosjektets forskningsstrategi og prosess. I denne oppgaven ble min problemstilling utgangspunktet for valg av metode og design. Jeg ønsket å utforske studenters erfaring med egenbehandling. Når en ønsker å undersøke og oppnå forståelse av sosiale fenomener, få tilgang til erfaring, opplevelser og meningsverden er kvalitativ metode ansett som godt egnet (Thagaard, 2021).

#### 3.1.1 Kvalitativt forskningsintervju

Innenfor kvalitativ metode skilles det ofte mellom flere metodiske tilnærminger. Jeg valgte å gjennomføre et semistrukturerte kvalitativt forskningsintervju som egner seg til å utforske og å forstå verden slik den er erfart fra studentenes perspektiv (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2021). Samtidig gir det semistrukturerte intervjuet muligheter for fri fortelling, der studentene kan fortelle fritt om egne erfaringer og opplevelser (Skilbrei, 2019). Jeg kunne også ha valgt et strukturert intervju, men ønsket i hovedsak friheten til at studenten kunne fortelle fritt og frihet til å kunne være fleksibel i intervjuet sammen med studenten.

Fokusgruppe intervju kunne også vært et alternativ, men dette ble ikke vurdert på grunn av usikkerhet knyttet til Corona-situasjonen i Norge. Det kunne også vært interessant å benytte observasjon hvis jeg ønsket å få mer kunnskap om hvordan relasjonen utfolder seg i faktisk praksis mellom student og terapeut. Jeg kunne også ha gjort det samme for å utforske hva studenten gjør i egen praksis. Et slik prosjekt ble vurdert til å være for omfattende ettersom jeg startet prosjektet i slutten av desember 2021. Med et ønske om å forstå hva studentene selv erfarer og hvordan de bruker egne erfaringer til å utvikle seg selv i praksis, valgte jeg å gjennomføre intervju.

#### 3.1.2 Forståelse og bakgrunn

Min eksisterende kunnskap og antagelser er noe jeg bringer med meg inn i prosjektet, både bevisst og ubevisst. Jeg er på ingen måte en «tabula rasa», altså en blank tavle (Thornquist, 2018)<sup>12</sup>. Jeg har allerede redegjort for min forståelse og bakgrunn gjennom teoretiske perspektiver og vitenskapelig ståsted. Det kan også være av interesse å introdusere kort om

---

<sup>12</sup> Thornquist (2018 s. 76) beskriver betegnelsen «Tabula Rasa» hentet fra Lock og hans etterfølgere.

hvem jeg er, mine antagelser til prosjektet og mine refleksjoner rundt hvordan egen forståelsesbakgrunn kan påvirke prosjektet.

Jeg er masterstudent i psykomotorisk fysioterapi og har selv gått i egenbehandling. Før prosjektet startet hadde jeg antagelser om at andre studenter også gjør endringer i egen praksis på bakgrunn av sine erfaringer fra egenbehandling, slik også jeg opplevde å gjøre. Dette gjør at jeg måtte være svært bevisst på hva jeg selv bringer med meg inn i intervjusammenhengen og prosjektet. Det vil også stille store krav til å klare å gjøre det som er kjent for meg, fremmed (Thornquist, 2018, s. 262). At jeg forsker i eget fagfelt vil påvirke mitt arbeid i form av en dobbelthet, skriver Thornquist (ibid). På den ene siden kjenner jeg situasjonen til studentene og fagfeltet godt, noe som gjør at jeg har anledning til å forstå. På den andre siden kan jeg risikere å ta ting for gitt eller ha vanskeligheter med å stille meg kritisk til deres utsagn fordi jeg selv anser det som en sannhet (ibid). I mitt arbeid med oppgaven har jeg tilstrebet å være oppmerksom på dette ved å ha en bevisst og reflektert holdning til min forskerrolle, samtidig som jeg forsøker å utvide mitt perspektiv ved å anvende teori og perspektiver fra andre fagtradisjoner i tillegg til egen fagtradisjon.

### **3.1.3 Utvalg og rekruttering**

I mitt prosjekt valgte jeg å benytte meg av et strategisk utvalg (Thagaard, 2021). Det var et poeng for meg å velge studenter under utdanning da det kan utfylle allerede eksisterende empiri på det psykomotoriske fagfeltet som omhandler erfaring i egenbehandling. At studenten hadde hatt ti timer egenbehandling er også av betydning fordi jeg antar at de med større sannsynlighet har flere nyanserte erfaringer enn om de hadde hatt færre timer. Ti timer, altså halvparten av kravet på 20 timer, åpner også opp for at de kan være i en pågående egenbehandlingsprosess. At studenten er i praksis blir viktig nettopp fordi jeg ønsker å utforske hva de tar med seg fra egenbehandling og utforsker i egen praksis. Det strategiske utvalget er basert på en antakelse om at interesse for deltagelse indikerer et visst refleksjonsnivå. Å klare å reflektere og å sette ord på det en erfarer og lærer krever at en har en bevissthet om egen læringsprosess. Det å også være midt i en læringsprosess kan gi en annen nærhet til hvordan erfaringer fra egenbehandling påvirker egen praksis da tid kan skape avstand fra selve erfaringen.

Jeg hadde et ønske om å kunne inkludere studenter på masternivå fra universiteter og høyskoler som tilbyr psykomotorisk fysioterapiutdanning. Jeg er kjent med at det tilbys en slik utdanning i Tromsø, Oslo og Bergen. Jeg tok kontakt per e-post med studieveilederne for

mastegrad i psykomotorisk fysioterapi ved OsloMet og psykiske og psykosomatiske helseproblemer ved Høgskolen på Vestlandet (HVL). De var behjelpelig med å videreformidle informasjon om prosjektet til deres studenter. Jeg sendte ved et kort informasjonsskriv der jeg beskrev studien med mulighet for å ta kontakt ved ønske om å få mer informasjon. I tillegg la jeg ut samme informasjon på en intern Facebook-gruppe som tilhører masterkullet ved UiT – Norges arktiske universitet, der jeg selv er student. To studenter tok kontakt og viste interesse for å delta i studien. Disse fikk tilsendt et nytt informasjonsskriv og intervjuguide (vedlegg 2 og 3) for gjennomlesning før de takket ja til deltagelse. På grunn av tidsmessige hensyn bestemte jeg meg for å ta kontakt med to personer som jeg visste hadde vist interesse for studien. Begge var positive til å delta og de også fikk tilsendt informasjonsskriv og intervjuguide. Den første som takket ja til deltagelse ble inkludert. Tilsammen ble totalt tre studenter inkludert til å delta i denne studien.

### **3.1.4 Forberedelser og gjennomføring av intervju**

Før jeg tok kontakt med veilederne og studentene utarbeidet jeg et informasjonsskriv, samtykkeerklæring og intervjuguide (vedlegg 2 og 3). I forberedelsen av intervjuet leste jeg en del om hvordan en utvikler en intervjuguide og jeg hadde et ønske om å lage en intervjuguide som i stor grad åpner opp for at de selv kan fortelle om egne opplevelser. Jeg utviklet spørsmål i intervjuguiden basert på min forforståelse av relasjon og relasjonell samhandling, samtidig ønsket jeg å få innblikk i hvordan egne opplevelser kan påvirke egen praksis. Her hadde jeg mindre forforståelse fra teori, men var mer farget av mine egne opplevelser fra egenbehandling. Ut ifra problemstillingen ble det utviklet tre hovedtemaer: Innledende spørsmål om behandlingsforløp, erfaringer i egenbehandling og utvikling i egen praksis, og videre ble det utviklet 3-4 spørsmål under hvert hovedtema (vedlegg 3).

På grunn usikkerhet omkring utviklingen av Covid-19 pandemien i Norge ble intervjuene gjennomført over Teams. Intervjuene ble gjennomført individuelt i januar 2022. Det ble informert om at det kun var lydopptak som ble tatt opp og ikke selve videomøtet. Mitt inntrykk var at studenten slappet mer av og at kroppsspråket ble mer løst og ledig når de visste at det ikke ble tatt opp video. Videomøtet var kun et middel for meg og studenten til å se hverandre. Jeg ønsket å se dem nettopp fordi det da ville være lettere for meg som forsker å få inntrykk av deres ord i sammenheng med deres kroppsspråk. Det ga meg også mulighet til å kunne vise interesse i deres fortellinger (Thagaard, 2021). Selve intervjuet ble tatt opp gjennom datamaskinen ved å bruke lydopptakeren i MediaCapture med direkte sikker lagring

i TSD (Tjeneste for Sensitiv Data). Jeg hadde selv gjort flere tester med utstyr og lydopptak i forkant for å se om det fungerte godt og at lyd kvaliteten ble bra. Før lydopptaket ble startet på ble det brukt litt tid på å småprate, introdusere studien på nytt, avklare roller i situasjonen, oppfordre til å snakke fritt, informere om hvordan opptaket lagres og at samtykket gis muntlig. Når studenten var klar til å starte, ble lydopptakeren satt på, samtykket avgitt muntlig og intervju prosessen var i gang. Hvert intervju varte i cirka 60 - 70 minutter. I etterkant av intervjuet, når lydopptakeren ble slått av, ble det satt av tid til å snakke litt om hvordan det hadde vært for dem å delta og om det allerede nå var noe de ønsket å utdype mer eller trekke tilbake. Det ble gitt informasjon om deres rettigheter og muligheten til å trekke samtykket.

I intervjusituasjonen hadde jeg intervjuguiden foran meg, men opplevde det forstyrrende å på den ene siden ha fokus på alle spørsmål samtidig med å kunne være tilstede i samtalen. Min opplevelse var at deres beskrivelser fløt fritt gjennom temaene og jeg bestemte meg for å la dem få snakke fritt uten å stoppe dem. Jeg skrev ned stikkord hvis det var noe jeg ønsket å følge opp eller spørre om på et senere tidspunkt. Selve oppfølgingsspørsmålene i intervjuguiden ble bare delvis fulgt og selve intervjuguiden i sin helhet ble brukt som en mal for å se om vi hadde berørt de ulike temaene. På denne måten forfulgte jeg deres beskrivelser i større grad enn jeg hadde først sett for meg. Intervjuet ble preget av en fleksibel struktur der jeg engasjerte meg i deres beskrivelser med oppfølgingsspørsmål som «hvordan var det for deg?», «kan du utdype mer?», «er det noe du har tatt med deg i egen praksis?», «hvordan da?», «Jaha? Hvorfor det?», «var det slik at?» og «er det slik at det?». Disse spørsmålene forutsetter ingen selvfølgelig sammenheng mellom egenbehandling og praksis, men det utforsker hvordan informantene tenker om eventuelle sammenhenger. I intervjuet spurte jeg studenten om hva de selv legger i ordet relasjon da begrepet er såpass vidt. Det jeg opplevde var at det var vanskelig å svare på og at de i større grad brukte store ord eller teoretiske perspektiver for å forklare relasjonsbegrepet.

Av tekniske problemer var det kun i ett intervju at skjerm og lyd hang seg opp, totalt tre ganger. Dette medførte at intervjuet stoppet opp og at vi måtte bruke litt tid på å summere opp hva som ble sagt og hva det ble spurt om. Jeg opplevde ikke at studenten ble urolig eller stresset av dette, og intervjuet fløt godt da alt fungerte igjen. Derimot ble jeg litt stresset av dette og det tok litt for meg å komme tilbake til samtalen. Jeg sjekket av og til at selve lydopptakeren ikke hadde stoppet opp, noe som medførte at jeg ble litt forstyrret. Jeg testet ikke ut en intervjusituasjon med noen andre før jeg gjennomførte intervjuene. I etterkant ser jeg at dette hadde vært en fordel for å kunne bli klar over min egen intervjustil, samt å øve på

å kunne følge guiden og personens beskrivelser samtidig. Det at jeg ikke fulgte intervjuguiden slik jeg hadde tenkt vil bli diskutert videre i metodediskusjonen.

## **3.2 Analyseprosess**

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for min analyseprosess. Her presenteres hvordan transkripsjonene er gjennomført, analysemetode og prosessen mot kategorisering. Jeg ønsker å beskrive prosessen steg for steg for å kunne fremme transparens og vise til hvordan jeg har kommet frem til funnene i denne studien.

### **3.2.1 Transkripsjon**

I dette underkapitlet presenteres det hvordan jeg har gått frem i transkripsjonsprosessen av intervjuene. Jeg gjennomførte transkripsjonene selv. Da jeg skulle høre på opptakene i TSD oppdaget jeg at avspillingsfunksjonen ikke ga mulighet til å spole i lydfilen og at lydkvaliteten ble svært dårlig hvis tempoet ble justerte ned. Dette skapte en stor jobb i det å skulle transkribere intervjuene og jeg brukte lang tid på denne prosessen. Jeg startet først med å høre en og en setning som ble transkribert. Dette ble gjort i alt fire ganger for hvert intervju for å sikre at jeg fikk med meg hva som ble sagt. I noen tilfeller det var vanskelig å høre hva som ble sagt på grunn bakgrunnsstøy, men dette påvirket i liten grad meningsinnholdet. Deretter hørte jeg hele intervjuet sammenhengende samtidig som jeg leste fra mine transkripsjoner for å dobbeltsjekke at det stemte med det som ble sagt. Deretter ble ett og ett utdrag av intervjuet lyttet til for å kunne få tak på pauser, latter, nøling og hvor det legges trykk på ordene. Dette ble gjort i flere omganger for å sikre at det stemte. Deretter ble alle intervju hørt på nytt flere ganger i normalt tempo og dobbeltsjekket opp mot min transkripsjon. Allerede fra da jeg startet transkripsjonen ble materialet avpersonifisert. Intervjupersonene fikk fiktive navn som «Ola», «Lene» og «Ane». Detaljer omkring egen helse og livssituasjon, lærersted, detaljert informasjon om behandlere, lærere og veiledere ble utelatt. Kjønn på den psykomotoriske fysioterapeuten i egenbehandling ble også avpersonifisert og ble omtalt som «hen», «terapeuten» eller «psykomotorisk fysioterapeut». Dialekt ble endret til bokmål for alle informantene og dette førte til noen forsiktige redigeringer av setningsoppbyggingen.

Kvale et al. (2021) skriver at det ikke finnes noe standard løsning for hvordan dimensjonene av det muntlige språket skal fremstilles i transkripsjonen (Kvale et al., 2021, s. 208). Jeg hadde et ønske om å få med følelsesuttrykk i mine transkripsjoner for å gjøre den mer levende. Mitt ønske var å skrive ned tid på pauser, men dette ble svært utfordrende på grunn

av de tekniske vanskelighetene. Derfor symboliserer tegnet ... at det er en pause i samtalen, men det viser ikke lengden på den. I materialet er ord som legges trykk på etterfulgt av symbolet (!) og følelsesuttrykk som for eksempel å dempe stemmen eller sukk er fremstilt i parentes, som for eksempel: (sukker ut). Alle transkripsjoner ble lagret på egen minnepinne som ble oppbevart innelåst og utilgjengelig for andre medlemmer av husstanden.

### **3.2.2 Analysemetode, koding og prosessen mot kategorisering**

I dette underkapittelet presenteres valgt analysemetode og prosessen fra koding til kategorisering av transkripsjonene. Jeg ønsket å gjennomføre en temaanalytisk tilnærming og vurderte flere alternativer, men endte med å benytte meg tverrgående tema-analyse beskrevet av Tove Thagaard i boken «Systematikk og innlevelse» (Thagaard, 2021). Dette er i likheter med hvordan Siri Jørgensen gjennomførte sin analyse og presentasjon av resultater, som jeg også har latt meg inspirere av (Jørgensen, 2021).

Da jeg først skulle starte analysearbeidet begynte jeg for raskt med kodingsarbeidet, noe som førte til at kodene ga lite mening og ble for distansert fra meningsinnholdet i transkripsjonene. I denne prosessen ble jeg forstyrret av at materialet måtte «passe» med problemstillingen. Jeg bestemte meg for å forsøke å legge bort problemstillingen og relasjon som begrep i sin helhet. Dette ble en befriende og interessant prosess der jeg forsøke å innta en posisjon som noen som står utenfor prosjektet og titter inn. På denne måten mener jeg at jeg klarte å skape mer distanse til materialet. Som nevnt innså jeg at jeg hadde startet for raskt med kodingsarbeidet og gikk dermed tilbake til å lese transkripsjonene flere ganger fra dette nye «ståstedet». Samtidig begynte jeg å notere ned egne refleksjoner om meningsinnhold og tanker omkring materialet for å kunne være bevisst mine egne prosesser inn mot materialet. Å bruke memos opplevde jeg som svært nyttig og det gjorde også kodingsarbeidet mer interessant (Thagaard, 2021, s. 154)<sup>13</sup>.

Kodingsarbeidet ble gjennomført i et Word-dokument som ble oppbevart på egen minnepinne, sammen med transkripsjonene. For å vite hva jeg skulle kode og hva jeg skulle trekke ut som meningsbærende tok jeg først for meg hele tekstutsnitt med rike beskrivelser av det studenten formidler og spurte teksten, hva handler du om og hvordan uttrykkes det av

---

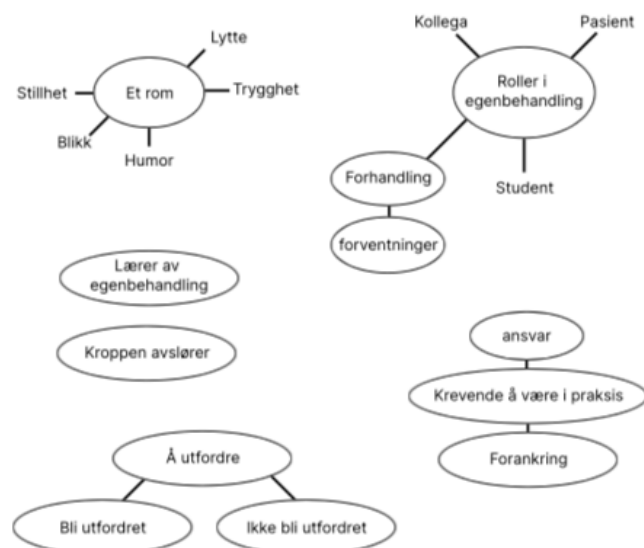
<sup>13</sup> Thagaard (2021 s. 154) refererer til Miles et al., (2014:95) når hun beskriver utvikling av «memos» i det analytiske arbeidet.

studenten? Dette er i tråd med det å lese analytisk som er første trinn i analysearbeidet (Thagaard, 2021). Se vedlegg 4 for eksempel fra kodingsarbeidet. Jeg valgte allerede i denne delen av prosessen å ikke kode det som omhandlet deres fortellinger om hva de selv legger i ordet relasjon. Det ble gjort fordi, som beskrevet tidligere, ble informasjonen preget av store ord og teori. I forhold til det andre som studentene hadde fortalt ble denne informasjonen mindre rik, autentisk og den gjenspeilte i liten grad deres erfaringer av relasjon i egenbehandlingen. Å finne meningsbærende enheter var også en omfattende prosess. Meningsbærende enheter i min studie er sitater, eller sammenfatning av setninger som viser til studentenes beskrivelser. I denne prosessen startet jeg også kodingsarbeidet på nytt. Denne gangen holdt jeg meg så empirinært som mulig ved å bruke studentens egne ord. For meg ga dette mer mening enn å lage generelle koder med et ord eller en setning som beskriver noe generelt.

Å kode opplevde jeg som en omfattende prosess der jeg stadig vekslet mellom å gå tilbake til å lese analytisk, se på det jeg hadde trukket ut som meningsbærende enhet og å kode på nytt. Jeg følte jeg manglet oversikt og bestemte meg for å klippe ut de foreløpige kodene og legge de utover stuegulvet. Kodene ble deretter limt inn i et eget Word-dokument og printet ut. Ved å skille kodene fra teksten oppdaget jeg at det fortsatt var koder som ikke ga mening. Disse kodene ble samlet sammen og kodet på nytt. Denne prosessen pågikk i svært lang tid og jeg vekslet lenge mellom å gå mellom kodene og datamaterialet. På denne måten endret også min forståelse av materialet seg og jeg opplevde at jeg kom nærmere og nærmere essensen i den meningsbærende enheten. Denne vekslingen mellom helhet og deler er i tråd med den hermeneutiske sirkelen der vår forståelse utvikler seg gjennom å se på delene og helheten (Kvale et al., 2021). Til slutt opplevde jeg at dataene og kodene ikke kunne si meg noe nytt og jeg anså kodingsarbeidet som foreløpig ferdig.

Ved å legge kodene på gulvet og sammenligne data fra alle informantene ønsket jeg se om det dannet seg noen naturlige grupperinger. Å utvikle kodegrupper og en klassifisering av kodene betegnes som andre trinn i analysearbeidet (Thagaard, 2021). Her ble det et mer tydelig skille mellom ulikheter, likheter og variasjon mellom informantene. Det ble også tydelig at noen temaer hadde et rikt innhold med variasjon fra alle deltagerne og andre var mindre rike og kun belyst av en eller to studenter. Dette tror jeg har sammenheng med intervjuprosessen, og dette vil bli diskutert i metodediskusjonen. Parallelt i denne prosessen begynte jeg å utvikle tankekart for å få en oversikt over gruppene som fremkom. Jeg vil nå vise tankekartene og beskrive prosessen mot utviklingen av temaer og undertemaer.





Bilde 1: Samling av kodegrupper i tankekart

Bildet 1 er en digital versjon av tankekartet jeg utviklet. I utvikling av kodegrupper og kategorisering brukte jeg problemstillingen, tidligere empiri og teori, samt kodingen som var sammenfallende eller motstridende på tvers av alle studentene eller to studenter. Dette ble gjort for å utvikle analysen videre.

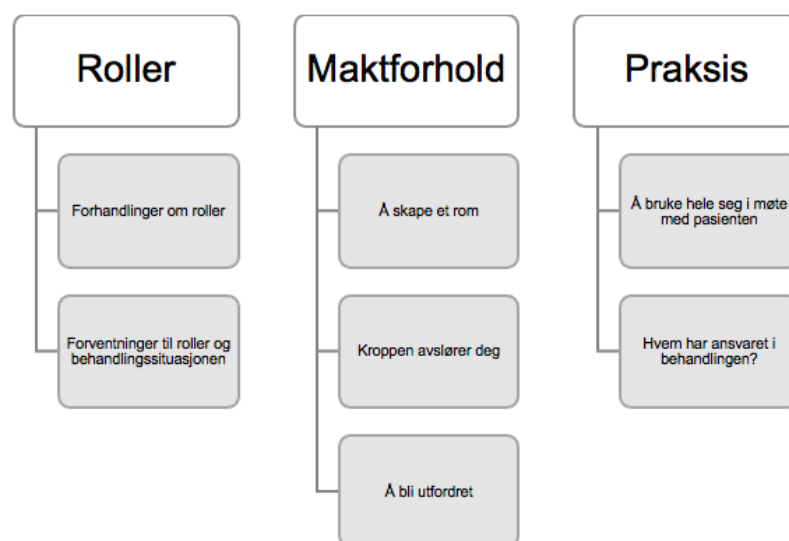
Roller i egenbehandling ble utviklet som et hovedtema ganske tidlig i prosessen på bakgrunn av at kodene viste til rik informasjon fra alle studentene som omhandlet enten det å være student, kollega og / eller pasient. Kodingen er både motstridende og sammenfallende. Dette hovedtemaet ble senere i prosessen forenklet og ble gitt navnet: Roller. I materialet dukket det opp koder som omhandlet forventninger og forhandlinger. Jeg gikk på nytt tilbake og spurte materialet. Hvordan forhandler dere og hvilke forventninger har dere? På denne måten utviklet det seg mer spesifikke koder som ga mer informasjon. Informert av teori om hvordan roller skapes og de empirinære kodene utviklet det seg to undertemaer: *forventninger til roller og behandlingssituasjonen, forhandlinger om roller.*

Fra kodingen dukket det opp en gruppering som omhandler å få «et rom». Alle studentene beskriver ulike aspekter som skaper et slikt rom. Det dukket også opp en kodegruppe som omhandler at kroppen er avslørende av to studenter, samt av alle å bli eller ikke bli utfordret i egenbehandlingen. Maktubalanse var en kode fra en student og informert av teori om maktforhold som relasjonelt virket det for meg som at alle disse kodegruppene egentlig

omhandler hvem som har mulighet til påvirke inn i en behandlingssituasjon. Maktforhold ble derfor et hovedtema med tre underkategorier: *Å skape et rom, kroppen avslører deg, å bli utfordret.*

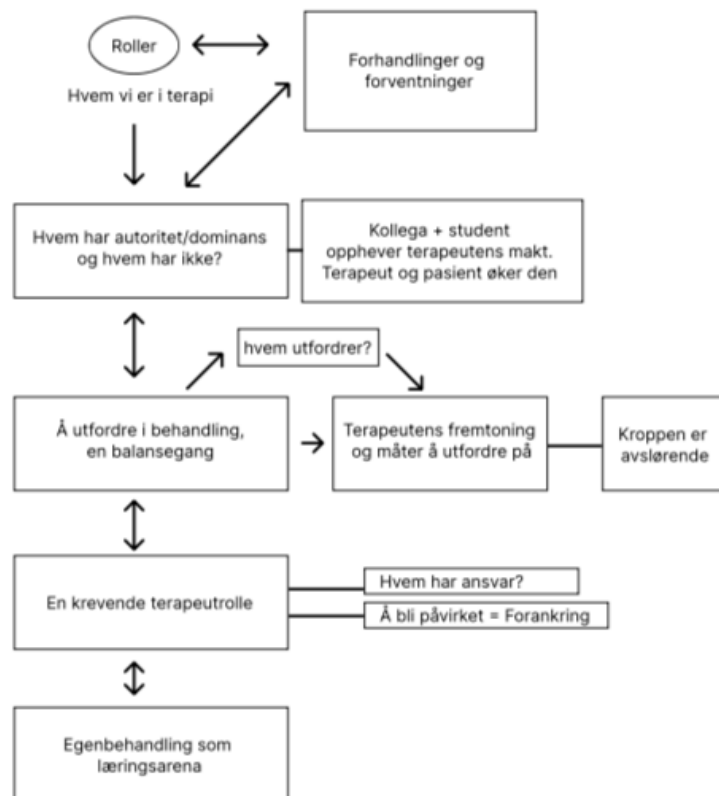
I den videre prosessen dukket det opp en gruppering som handlet om ansvar og at det er krevende å være i praksis. Videre spurte jeg inn mot materialet, hvilket ansvar er det snakk om og hva er det som er krevende? Igjen gikk jeg tilbake til kodingsarbeidet og utviklet mer spesifikke og empirinære koder. På denne måten ble det tydeligere at det omhandlet en veksling mellom å gi eller ta ansvar i behandlingen og å bruke hele seg som fysioterapeut. Forankring er også en kodegruppe som ble utviklet ut ifra to studenter, men denne omhandlet mer hvordan studentene håndterte det at de ble påvirket av pasienten og den ble derfor slått sammen med en krevende praksis. Sammenfallende for alle disse kategoriene var at de omhandlet studenten i praksis. På bakgrunn av dette ble hovedtemaet: *Praksis*. Med undertemaene: *Å bruke hele seg i møte med pasienten, hvem har ansvaret i behandlingen?*

Samlet sett var det mange koder som omhandlet ulike aspekter om å lære i egenbehandling. Dermed ble «Lærer av egenbehandling» utviklet til en kodegruppe. Videre i prosessen bestemte jeg meg for å ikke ha dette som et hovedtema, men å presentere det de lærer sammen med deres beskrivelse av erfaringene i egenbehandling. På denne måten blir denne kodegruppen presentert fortløpende under hvert undertema fordi studentens erfaringer og læring i egenbehandlingen står i forhold til hverandre. Se bilde 2 for en oversikt over hovedtemaer og undertemaer.



Bilde 2: Oversikt over avgrensede kategorisering til dybdeanalyse

Gjennom å arbeide med tankekart utviklet jeg også en forståelse for hvordan temaene kan påvirke hverandre og stå i sammenheng, se bilde 3. Jeg lot meg inspirere av kontekstanalytisk tilnærming der en går inn for å få et helhetlig perspektiv på de enhetene materialet presenterer (Thagaard, 2021). For meg virker det som at temaene står i forbindelse med hverandre og flyter over i hverandre.



Bilde 3: Hvordan temaer kan påvirke hverandre

Det er til nå tre masteroppgaver som tar for seg erfaringer i egenbehandling. Dette gjør at det er visse aspekter ved egenbehandling og terapeutisk utbytte som allerede er godt beskrevet. I analyseprosessen så jeg at det var flere temaer og aspekter innenfor mine kategoriseringer som er noe overlappende. Selv om noen temaer er overlappende gir det mulighet for å utforske de mer i dybden for å gi utfyllende informasjon. En dybdeanalyse som inneholder mine egne fortolkninger, er empirinært, informert av teori og tidligere forskning vil bli presentert som en diskusjon under hvert hovedtema. Her er målet å kunne svare på hvorfor som siste ledd i analysen (Thagaard, 2021).

### 3.3 Metodediskusjon og kvalitet i forskningsprosessen

I dette kapittelet presenteres og diskuteres metodiske avgjørelser og hvordan disse påvirker resultatene i denne studien. I tillegg vil kvalitet i forskningsprosessen bli diskutert opp imot valg som har blitt tatt og hvordan kunnskap bringes frem gjennom dette prosjektet.

Jeg har forsøkt å sikre validitet i prosjektet ved å velge en metode som er egnet til å undersøke det en skal undersøke (Kvale et al., 2021). Som nevnt tidligere ble en kvalitativ forskningsstrategi valgt på bakgrunn av at den egner seg til å utforske menneskelige fenomener. Jeg valgte å gjennomføre et kvalitativt forskningsintervju og det er flere innvendinger mot selve kvaliteten av intervjukunnskap (ibid). Den blir kritisert for å at intervjueren og intervjuuttalelsene tas ut av sammenhengen, at bekreftelser og påstander tas ut av sammenheng og at selve intervjuprosessen ikke beskrives godt nok (ibid). På bakgrunn av dette ønsker jeg å kunne heve kvaliteten ved å gjøre rede for disse elementene.

I valget av analysemetode ble tverrgående tematisk analyse valgt for å kunne få dybdekunnskap om ulike temaer (Thagaard, 2021). En kritikk mot tematiske analyser er at det kan føre til at innholdet blir løsrevet fra sin kontekst som igjen kan påvirke helhetsforståelsen (ibid). For meg har helhetsforståelsen vært viktig, nettopp fordi det er den som forteller historien til studentene. Derfor lot jeg meg også inspirere av kontekstanalytisk tilnærming. For å kunne sikre validiteten har jeg forsøkt å overholde sensitivitet til det studenten forteller og konteksten den tilhører. Jeg har forsøkt å vise et tydelig skille mellom deres fortellinger og ordbruk fra mine fortolkninger i resultatene. Ved å ta i bruk temaanalyse er en mulig fordel at studentenes anonymitet kan sikres i større grad fordi det kan være vanskeligere å identifisere noen på bakgrunn av bruddstykker (ibid).

I en temaanalyse skal en i utgangspunktet ha dype refleksjoner i hvert tema fra hver person som intervjues (ibid). På grunn av at jeg i mindre grad fulgte intervjuguiden og at intervjuet fikk en fleksibel struktur har det medført variasjon i hvor rike og hvor dype beskrivelser hver student har gitt innenfor hvert tema. Dette har en direkte påvirkning på resultatet i form av at det er tilfeller der det kun er to studenter som utdyper noen undertema. I tillegg gjorde jeg som forsker flere valg i analysen som for eksempel å utelate videre koding av begrepsforståelsen av relasjon hos studentene. Dette påvirker videre dybdeanalyse og resultatene i sin helhet.

Jeg ønsker nå rette oppmerksomhet mot min rolle og hvordan det har en påvirkning i intervjuet. I intervjuprosessen opplevde jeg flere ganger at studentene brukte ordet «vi» når de beskrev situasjoner fra praksis eller egenbehandlingen. På en måte symboliserte dette «vi» at også jeg som forsker var en del av deres fellesskap. Dette er svært vesentlig å se nærmere på nettopp fordi intervjuer er en interaksjon og det som springer ut av den skapes i samtalen mellom meg og studentene (Kvale et al., 2021). Jeg som forsker har påvirket hvilken informasjon som kommer frem i intervjuet gjennom mine oppfølgings spørsmål, bakgrunnsforståelse og interesse. Studenten har påvirket hvilken informasjon som kommer frem i intervjuet gjennom deres bakgrunnsforståelse, interesse og et ønske om å dele det de selv opplever som viktige erfaringer. Det at intervjuguiden ble sendt ut på forhånd gjorde også at flere var forberedt, og hadde innhentet informasjon gjennom notater fra egenbehandling. Kunnskapen som bringes frem gjennom disse intervjuene tilhører denne konteksten (ibid). Gjennom intervjuene oppdaget jeg at studentene bidro med perspektiver som jeg selv ikke hadde tenkt på eller ville spurt om. Til gjengjeld var det flere ganger at studenten kunne stoppe opp og uttrykke at «dette har jeg ikke tenkt på før». Det at jeg ble omtalt som et «vi» opplevdes som en utjevning av maktubalansen som er tilstede under et intervju, men uten at jeg mistet min rolle som forsker (ibid).

I rekrutteringsprosessen ble det benyttet et strategisk utvalg basert på problemstillingen og et ønske om nærhet til erfaringene gjort i egenbehandling. Dette kan sikre at utvalget har et potensial til å belyse det som faktisk skal belyses. Utvalget har variasjon i kjønn, alder, varighet på praksis og lengde på studieforløp. Det er likevel mange likhetstrekk ved utvalget i form av at de er studenter innen samme fagtradisjon og har antageligvis den samme forståelsesrammen. Det ble totalt rekruttert tre informanter til min studie. Tre informanter er et lite utvalg, og ikke stort nok til å oppnå metning som er et punkt der nye intervjuer ikke tilfører noe nytt (Kvale et al., 2021, s. 148). Det er heller ikke stort nok til å kunne uttale seg på et generelt grunnlag (ibid). Tre intervjuer var likevel det jeg hadde muligheten til med tanke på tidsrammen. Et mindre utvalg ga meg mulighet til å være grundig i mine tolkninger og jeg støtter meg til Kvale et al. (2021) når de skriver at et lite utvalg kan si noe interessant og relevant uten å hevde at det presenterer noe generelt (ibid s. 149).

Å sende forespørsler ut til medstudenter var noe jeg vurderte både for og imot. På den ene siden kjenner jeg dem som medstudenter og dette kan trolig føre til en mer levende og naturlig samtale. Samtidig kan dette åpne opp for en vennskapelig tone, der de kan risikere å avsløre mer om seg selv enn de hadde gjort ovenfor en fremmed (Kvale et al., 2021). Med

medstudenter blir jeg ikke bare en «innsider» som student, men også en «innsider» som en i klassen. Dette kan mulig påvirke maktrelasjonen til å bli mer symmetrisk, men også skape muligheter for at jeg mister min posisjon som forsker ved at jeg ikke blir tatt seriøst. I disse etiske overveielserne vurderte jeg det slik at jeg kunne tydeliggjøre rollene i starten av intervjuet og forsøke å være bevisst på å ikke stille spørsmål som kan gi utleverende svar. Jeg vurderte det også til at tema og intervjuguide i liten grad oppfordret til å avsløre intime eller svært fortrolige detaljer om ens personlige liv og helse. Jeg tenkte også over at det kunne være en mulighet at å trekke sitt samtykke kunne oppleves som vanskelig på grunn av lojalitet ovenfor meg som klassekamerat. Min vurdering for å invitere eget kull i dette prosjektet var at de hadde mulighet til å ta kontakt med min veileder og gå utenom meg hvis det skulle være behov for det. Deres ønske om å delta bygger på et frivillig og informert samtykke, med mulighet til å trekke seg uten konsekvenser.

Jeg har etter beste evne forsøkt å sikre transparens ved å tydelig beskrive hvordan forskningen har skredet frem, hvilke valg som har blitt tatt underveis, samt gitt en god beskrivelse av de empiriske og teoretiske rammene i oppgaven for å kunne styrke validiteten og reliabiliteten i prosjektet (Thagaard, 2021). Jeg har lagt vekt på hvordan jeg som forsker har påvirket prosjektet både med egne forståelsesbakgrunn, metodiske valg for utvikling av data og resultater, samt min egen rolle som forsker for å kunne vise til refleksivitet. Jeg anser min subjektivitet både som forsker og menneske som en ressurs fordi det gir meg tilgang til forståelse av de fenomenene jeg ønsker å forstå (Thornquist, 2018, s. 245). Samtidig ønsker jeg å forholde meg kritisk til min egen rolle da jeg på ingen måte står utenfor det som produseres (Kvale et al., 2021).

Om noe kan generaliseres handler om resultatet kun er lokalt interessant eller om det kan overføres til andre situasjoner og sammenhenger (Kvale et al., 2021). At det er for få informanter til å kunne generalisere er en vanlig innvending mot kvalitative forskningsintervjuer (ibid). På bakgrunn av dette kan man si at tre informanter ikke vil kunne si noe generelt om andre situasjoner eller sammenhenger. Denne oppgaven har ikke som mål å generalisere, men å få innsikt i egenbehandling og læring med tanke på utvikling av relasjonell kompetanse. Nytteverdien av denne studien er at den kan gi utfyllende informasjon i forhold til eksisterende empiri.

### 3.4 Forskningsetikk

I dette kapittelet presenteres forskningsetikk i mitt prosjekt. I min oppgave har jeg valgt å ta utgangspunkt i de nasjonale forskningsetiske komiteenes beskrivelse av forskningsetikk, fra deres brosjyre «Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora» (NESH, 2021). Forskningsetikk beskrives helt overordnet som «*et sett grunnleggende normer som er utviklet over tid og forankret i det internasjonale forskerfelleskapet*» (ibid s.6).

I arbeidet med dette prosjektet har oppbevaring av data dreid seg i hovedsak om lydopptak, transkripsjoner og kodingsarbeid. Datamaterialet kan inneholde helseopplysninger og skal derfor lagres i TSD (Tjenester for Sensitiv Data) i henhold til UiT sine retningslinjer (UiT, u.å). Råmaterialet ble innhentet via passordbeskyttet PC der lyd tas direkte opp fra PC via Media Capture og lagres direkte i sikker mappe i TSD. Transkripsjonene ble avpersonifisert, slik beskrevet tidligere i oppgaven og har vært lagret på egen minnepinne som har vært oppbevart utilgjengelig for andre og innelåst. Det er kun jeg som har hørt lydopptakene. I forhold til transkripsjonene og kodingen er det kun jeg og veileder som har hatt tilgang til disse. Utklippene fra kodingsarbeidet er allerede makulert. All data vil bli slettet etter at prosjektet er ferdigstilt og sensuren godkjent, senest 31.12.2022.

Informert og frivillig samtykke betyr at de som deltar i forskningen forstår hva de blir med på og at de gjør det av egen fri vilje. I mitt prosjekt sikrer jeg dette gjennom et informasjonsskriv, samtykkeerklæring og intervjuguide som informantene har fått og lest på forhånd. I informasjonsskrivet blir studentene informert om prosjektet, oppbevaring av data, sletting av data, sine rettigheter, og muligheten til å trekke seg uten å oppgi grunn. Samtykke er innhentet på lydopptak for å minimere innhenting av persondata som er i henhold til retningslinjer om personvern (UiT, u.å). Jeg har valgt å gi lite informasjon om studentene for å kunne verne om deres anonymitet og identitet. Studentmiljøet innen psykomotorisk fysioterapi er svært lite og dermed er de sårbare for gjenkjenning.

I forskning skal ingen komme til skade. Dette sikrer jeg ved anonymisering og sikker oppbevaring av data. Jeg passer også på at informantene ikke blir presset i samtalene eller opplever samarbeidet som krevende. Studien er godkjent og vurdert av Norsk senter for forskningsdata (vedlegg 1). Jeg har etterfulgt åpenhet og redelighet ved bruk av kilder. Det er ingen kjente interessekonflikter i denne studien. Jeg har mottatt pengestøtte av NFF sitt fond for etter-og videreutdanning.

## 4 Resultater

I dette kapittelet presenteres, analyseres og tolkes funn og resultater. Presentasjonen av resultater gjøres følgende. Først presenteres hovedtema, deretter undertema som tilhører hovedtemaet og til slutt en drøfting av funn opp imot teoretiske perspektiv og empiri. Dette er siste ledd i analyseprosessen som forsøker å svare på hvorfor. Det som presenteres i “gåsetegn” er sitater som er meningsbærende enheter fra analysen som anvendes for å få frem studentenes erfaring og perspektiv. I undertemaene presenteres studentenes erfaringer og fortellinger om utvikling i egen praksis sammen med deres erfaringer fra egenbehandling da disse står i sammenheng med hverandre. I resultatene vil den psykomotoriske fysioterapeuten i egenbehandling omtales som behandleren, terapeuten, fysioterapeuten eller psykomotorisk fysioterapeut.

### 4.1 Kort presentasjon av informantene

«Ola», «Lene» og «Ane» (heretter Ola, Lene og Ane) er studenter i psykomotorisk fysioterapi og praktiserer faget i egen praksis. De har hver for seg hatt mer enn ti timer egenbehandling. Deres opplevelser med å gå i egenbehandling beskrives som fint og nyttig, men også som krevende. De beskriver egenbehandling som annerledes enn skole og veiledning fordi det gir mulighet til å opparbeide seg erfaring fra pasientens ståsted, og ikke minst å kjenne behandlingen på egen kropp.

### 4.2 Roller

I dette hovedtemaet vil studentenes gjengivelser av hvem de har opplevd å være i egenbehandlingen fremkomme. Hovedtemaet ble utviklet på bakgrunn av Ola, Lene og Ane sine fortellinger om ulike posisjoner de har inntatt med sin terapeut. Her presenteres følgende undertemaer: *Forhandling om roller, forventninger til roller og behandlingssituasjonen og roller og behandlingsmuligheter*. I det siste undertemaet, *roller og handlingsmuligheter*, vil en dybdebeskrivelse av funnene belyses med empiri og teori.

#### 4.2.1 Forhandlinger om roller

Studentene beskriver at det ble naturlig for de å være pasient i sin egenbehandling og de beskriver det med «å få lov til å være» en pasient. Å få være pasient beskrives som å slippe ansvaret en har som terapeut eller det å ha ansvaret for den psykomotoriske konteksten. I tillegg blir pasientrollen beskrevet som å kunne få dele egne problemer, få oppmerksomheten, få rom til å kjenne etter, å bli kjent med seg selv og å få hjelp til egne plager. Selv om det blir



beskrevet som naturlig å være pasient kommer det frem i intervjuene at både Ola og Lene anser seg selv som annerledes enn andre pasienter, altså de som de selv møter gjennom sin praksis. Ola gir uttrykk for at han tåler mer enn sine pasienter, og Lene forteller mer inngående om at intensjonen i behandlingen er noe annerledes ettersom det er et krav.

*«I og med at jeg ikke var en sånn ... vanlig pasient som terapeuten tar inn på avtale men kom fordi at det er et krav(!) da (...) Jeg hadde ikke stått på venteliste og kjent at dette her(!) er noe jeg må(!) ha(!) for å klare meg, som kanskje noen pasienter gjør eller kan kjenne (...).»*

- Lene

I materialet kommer det frem at de også har inntatt andre roller enn å kun være pasient og at det er i samarbeid med terapeuten at disse rollene blir til. Ola synliggjør hvordan hans terapeut la til rette for at han selv skulle få lov til å være pasient, dette til tross for at de begge var klar over at han jobber innenfor samme fagfelt og den naturlige antagelsen om at han da har god kunnskap til behandlingen han var i.

*«Så det var liksom det første som slo meg at det var utelukket deilig å få lov til å være pasient da(!). ... Og selv om terapeuten jo visste at jeg visste mye så var det liksom ... hen var veldig lite til å fasilitere til faglig samtale. Det var mer sånn at om jeg tok opp ett eller annet så var hen veldig med, men hen var også veldig på(!) det med at jeg var der som pasient da(!). Og det syns jeg var utrolig digg»*

- Ola

For Lene og Ane kommer det frem et mer nyansert bilde av roller og mer utydelige rammebetingelser for egenbehandling. De har i større grad beveget seg mer mellom det å være pasient til det å være student. For Ane innebar det at hennes terapeut spurte henne ut om ulike teorier.

*«Altså, terapeuten var jo klar over at jeg var student og derfor ble det jo slik at hen spurte meg jo en del om ulike teorier. Så ja, det er jo klart at når en har denne bakgrunnen som jeg har så blir det jo noe helt annet enn om en ikke har denne bakgrunnen å gå i denne behandlingen»*

- Ane.

Lene nevner at hun var kollega med sin terapeut. Videre reflekterer Lene rundt at det opplevdes noe unaturlig at terapeuten skal klare å legge fra seg sin forståelse om at hun også jobber som terapeut.

*«Jeg lurer på, om det ble tatt opp? ... Etter sånn to eller tre ... dette her med at vi også er kollegaer og at det blir litt sånn ... Hen brukte ikke, ingen av oss brukte ordet unaturlig(!) men hen oppfordret meg veldig til å si i fra hva jeg trenger (...) Både som person men også som yrkesutøver og da (...) Det er litt den dobbeltsidigheten da, at ja(!) jeg er pasient der og da men ... Vi kunne også snakke litt sånn. Vi var på en måte på felles nivå i hverdagen vår da i og med at vi håndterte de samme situasjonene og sånn da. Og det kunne bli gjenstand for samtale ... Så det var veldig nyttig»*

- Lene.

I sitatene kommer det frem at Ane sin terapeut mulig tok initiativ til å spørre henne om hennes teorigrunnlag på bakgrunn av at hun var student. Lene forteller at hun og hennes terapeut anså seg selv som kollegaer nettopp fordi de var på et felles nivå i hverdagen, og at det dermed ble åpning for at Lene kunne diskutere sin egen praksis med terapeuten. Lene reflekterer rundt om det er på grunn av dette at det ble litt lettere for terapeuten å fremme at hun selv må si fra hva hun trenger. Slik jeg forstår hennes refleksjoner, får hun på denne måten noe av ansvaret for hva egenbehandlingen skal inneholde. Det at egenbehandling beskrives som å ikke være unaturlig, men noe annerledes, kan tyde på at det oppleves som at egenbehandlingen skiller seg fra en vanlig behandlingssituasjon. Både Lene og Ane beskriver at terapeutene deres delte erfaringer og kunnskap fra egen praksis og at det var noe de satte pris på. For Ane ble det at terapeuten selv bød på egne erfaringer, noe hun selv har sett verdien av å gjøre ovenfor sine pasienter.

*«Det er viktig å dele den erfaringen og å informere pasienten om dette også for å ufarliggjøre det og normalisere det og for å generalisere det».*

- Ane

For Lene ble det at terapeuten selv delte fra eget liv noe som gjorde at relasjonen mellom de ble mer symmetrisk. Hun beskriver at det var med på å gjøre terapeuten til et medmenneske, samtidig som det alminneliggjorde det som skjedde i terapirommet.

«At hen som fremstod som veldig ... veldig dyktig og dedikert i faget sitt ... At også hen kunne si at «vi kan ikke se på dokumentarer hele tiden» ... Vi må kunne sette(!) chipsen på bordet og være litt(!) vanlig vi og (ler)».

- Lene

Slik jeg ser det er det et underliggende tema at studenten og terapeuten inngår i forhandlinger om hvem de skal være for hverandre i egenbehandlingen. For meg kan det tenkes at det er en glidende overgang mellom de ulike posisjonene eller rollene de inntar, og at terapeuten på lik linje som studenten er med på å skape denne overgangen. Et annet tema som kommer frem er at studentene ser på seg selv som annerledes enn «vanlige pasienter». Enten fordi en ser seg selv som å tåle mer eller at en har innsikt i fagfeltet, samt at det er andre betingelser for deres behandling gjennom at det i denne situasjonen er et krav. Forholdet til terapeuten som Ane beskriver kan minne mer om et lærer-elev-forhold og for Lene fungerer terapeuten mer som en veileder eller en sparrepartner. Ola sin tydeliggjøring av rollen som pasient virker å være mer bestemt ut ifra at terapeuten selv avstår fra å diskutere fag eller søke dette fellesskapet med ham. Det at Lene beskriver et «vi»-fellesskap med terapeuten kan tyde på at det er en følelse av et fellesskap av likhet mellom dem.

#### **4.2.2 Forventninger til roller og behandlingssituasjonen**

Lene, Ane og Ola beskriver tydelige «forventninger» på flere plan i materialet. Det er ulikt hva de vektlegger og dette kan forstås med at de har hatt ulike erfaringer i egenbehandlingen. De tre studentene beskriver å ha forventninger til egenbehandlingen på bakgrunn av at de selv har praksis innen samme fagfelt og gjennomgår utdanning for å bli psykomotorisk fysioterapeut. Det trekkes frem at det er forventninger til behandlingssituasjonen, til seg selv og til behandleren.

Ola forteller om forventninger ovenfor fysioterapeuten sin og behandlingssituasjonen. Han beskriver at lærere og veiledere skaper en forventning til hvordan en skal være som fysioterapeut, og at han i større grad hadde forventet en mer utfordrende tilnærming slik at terapien skulle gi mening for han fra første stund. Da terapeuten brøt med denne forventningen skapte det en følelse av at det manglet action i behandlingen og at det gikk for tregt. Samtidig erfarte han at en som terapeut ikke alltid behøver å være så utfordrende, noe han opplevde at var en fin måte å gjøre det på.

*«Sånn generelt mild, rolig og observant tilnærming som jeg i utgangspunktet i starten tenkte at, her er det for lite(!) som skjer(!). Men samtidig var det utrolig behagelig(!). Det gjorde også at jeg følte meg veldig godt ivaretatt hele veien».*

*- Ola*

Lene hadde også forventninger til behandlingssituasjonen, men som ikke ble møtt. Hun hadde forventet å måtte kle av seg tøy. I tillegg beskriver hun en hendelse mellom henne og terapeuten som skaper en følelse av at terapeuten misforstår hennes klesvalg som om hun ikke vet hva hun bør ha på seg i en psykomotorisk behandling.

*«Så jeg kom jo med den forventingen om at hun skulle be meg om å kle av ... ta(!) av meg da(!) før vi skulle begynne med prøvebehandling ... Og så gikk den første timen bare til samtale ... Og gang nummer to kom jeg med litt andre klær(!) ... Og da, jeg husker ikke ordrett hva terapeuten sa, men hen sa ett eller annet med at ... Ja nå har du litt bedre klær på deg, eller ett eller annet ... Og så husker jeg at jeg tenkte at oj(!) trodde hen at jeg ikke tenkte over hva jeg burde ha på meg(!)? (sukker ut) Trodde hun at jeg bare kom å flåsa liksom (ler litt) ... Jeg lurte liksom på om hen hadde misoppfatta intensjonen min da .... Og det var kanskje også at jeg fra da av bare tok på meg lette treningsklær(!)»*

*- Lene*

For Ane er det å være student og å vite hva som er en riktig måte å reagere på i behandlingen det som skaper forventninger. Hun kan generelt føle på forventninger i slike situasjoner og tror ikke at det bare er i egenbehandling hun ønsker å være flink.

*“Og gjerne at jeg følte litt på forventninger og sånn ... Jeg kunne jo føle på en del prestasjon også, som jeg ofte gjør i den situasjonen faktisk ... Og at jeg skulle få til å gi slipp og gi etter og la meg bli beveget og ha en fri pust, sant? ... Så det kunne jeg kjenne en del på for jeg visste at det var ting som ble vurdert på en måte. En går inn der og skal være flink (...)*»

*- Ane*

Kommentarene til Ane og Lene er ulike ved at de tar for seg ulike aspekter om hva som skaper en forventning og hvordan det utspiller seg, men jeg synes at det er antydninger til å også ha noen likhetstrekk. I disse beskrivelsene kommer det frem at det å allerede ha en forestilling om hvordan en skal være som pasient i en behandling kan bidra til et behov for å

leve opp til egne forventninger. Å ikke leve opp til de kan skape en følelse av å ikke ha prestert eller presentert seg selv riktig.

Med tanke på forventninger til behandlingssituasjonen er det kun Lene som trekker frem at hun anså egenbehandlingen som å være en læringsarena. Læringen skulle gå ut på at hun selv fikk erfare på egen kropp, for å så kunne ta med seg det hun selv opplevde som godt eller behagelig videre til sine egne pasienter. Dette ble også tatt opp med behandleren, og som nevnt tidligere hadde de et mer kollegialt forhold der Lene fikk komme med egne ønsker om hva egenbehandling skulle inneholde.

*“Det var kanskje litt det som var forventningen og ... for terapeuten kartla forventninger første gang og det ble kanskje et tema i samtale også at jeg ville ha mer(!) å rutte med i møte med mine egne pasienter”.*

- Lene

Underliggende i dette materialet tenker jeg at det kommer frem at forventninger spiller inn på flere plan. Det at terapeuten ikke møtte forventningene til Ola kan tenkes å skape en ny opplevelse av hvordan en terapeut kan være, og dermed bidra til å øke hans forståelse for terapeutrollen. For Ane og Lene blir det mer tydelig at de kommer i en slags konflikt mellom å være en pasient og en student som «vet» hvordan en skal oppføre seg og kle seg innenfor en gitt kontekst.

### **4.2.3 Roller og handlingsmuligheter**

I dette underkapittelet presenteres en diskusjon av resultatene belyst med perspektiver fra teori og tidligere presentert empiri. Jeg ønsker å få frem en dypere forståelsen av hvordan situasjonen, våre roller og våre forventninger er med på å etablere studentens og terapeutens forhold. I tillegg ønsker jeg å belyse hvordan våre roller skaper handlingsmuligheter.

Gelso & Carter i 1985 definerte relasjonen som uavhengig av rollene en har ovenfor hverandre, men at roller har en innvirkning på relasjonen i sin helhet (Gelso, 2014). Hvem en er for hverandre i en situasjon har innvirkning på ens handlingsmuligheter og relasjonen i sin helhet. Dermed er det være av interesse å se dette opp mot utviklingen av det terapeutiske forholdet.

Å forstå hvilken situasjon en er i, er avgjørende for å vite hva som forventes av oss i situasjonen og hvilken rolle vi inntar (Goffman et al., 1992; Thornquist, 2016). Studentenes

situasjonsforståelse er derfor en viktig faktor å ta med i vurderingen, nettopp for å kunne få innblikk i hvordan de opplever situasjonene i sin egenbehandling. Egenbehandling blir beskrevet som både et sted de kan få lov til å komme til behandling, men også som et krav og en læringsarena. Å faktisk få behandling av egen kropp gjennom egenbehandlingen er en måte å få innsikt i sin egen helse, som er i tråd med NFF sine føringer (NFF, u.å.). På den andre siden beskrives det som en læringsarena som gjør at det faller utenfor disse betingelsene. Egenbehandling blir beskrevet av Ane og Lene som en behandlingssituasjon, både fordi partene som møtes vet at den andre også praktiserer i samme fagfelt, men også fordi de selv har innsikt i dette fagfeltet. Fra deres beskrivelser tenker jeg at det kan komme av at situasjonen oppleves som annerledes enn en vanlig behandling, og at det gir muligheter for variasjoner i roller, både for studenten og for terapeuten.

Informantene beskriver å ha inngått i en pasientrolle med deres terapeuter. Dette er i likheter med tidligere funn gjort på psykomotorisk egenbehandling (Jørgensen, 2021; Støle, 2021; Weideborg, 2013). I deres rolleforståelse av å være en pasient ligger det på den ene siden å kunne få komme slik en er, slippe ansvar for behandlingen og terapeutrollen. Som nevnt tidligere innebærer det å få være pasient at partene som møtes i situasjonen er klar over dens rammer og betingelser (Goffman et al., 1992, s. 72-73). Når studentene snakker om å få slippe ansvar kan det nettopp være deres bevisste eller ubevisste definisjon av situasjonen som oppstår. De som pasienter har ikke ansvar for å være terapeut i situasjonen, nettopp fordi det ikke inngår i deres definisjon av en pasientrolle. Dette skaper også forutsetningen om at terapeuten kan få være i sin rolle som terapeut, hvis vi forstår at partenes definisjon av situasjonen må ligge til grunn for å vite hvem vi skal være for hverandre (Goffman et al., 1992)

På den andre siden problematiseres pasientrollen av Lene ved at hun ikke er en «vanlig» pasient. Av Ane påpekes det at det blir noe annet å gå i en slik behandling når en allerede kan mye om fagfeltet. Goffman presiserer at våre forventninger, selvrepresentasjon, og tidligere erfaringer bidrar inn i hvordan vi definerer situasjonen og dermed også vår rolleforståelse (Goffman et al., 1992). I mine refleksjoner av materialet trakk jeg frem at terapeuten i stor grad er med på å påvirke inn i forhandlingen om hvem de skal være for hverandre, men det kan også se ut til at studentens selv er med på denne forhandlingen. Vår selvoppfatning vil være av betydning og vil påvirke en situasjon enten bevisst eller ubevisst (Goffman et al., 1992; Thornquist, 2016). Av dette forstår jeg at hvis en ikke føler seg som en pasient vil det bli mindre naturlig å definere seg som en. I samspillet med terapeuten vil dette trolig ha

innvirkning på hvordan definisjonen av situasjonen og hvem de skal være for hverandre (ibid).

En kan antageligvis se for seg at hvis både studenten og terapeuten anser det som en annerledes situasjon enn en normalt er i med pasienter, og at studenten heller ikke «passer inn» i rolleforståelsen av å være en pasient, da blir det heller ikke naturlig å innta slike roller. Det vil med andre ord si at studenten og terapeuten er i et gjensidig samspill der de vil påvirke rolleutvikling gjennom forhandling (Goffman et al., 1992). I forhandlinger av hvem de skal være for hverandre beskrives det av Ola at hans terapeut i mindre grad åpnet opp for å dele et kollegafellesskap med ham og at han selv opplevde dette som positivt. I forhandlinger om roller og situasjonen vil det inngå at en også aksepterer den rollen man inntar (ibid). En slik tydeliggjøring fra begge parter vil være med på å opprettholde definisjonen av situasjonen og dermed også rollene. For Ane og Lene har terapeutene mulig i større grad invitert til faglig deling og et kollegafellesskap. En slik åpning av rammene vil også endre de handlingsmulighetene en har i situasjonen og definisjonen av situasjonen.

I materialet kommer det frem at Ane har blitt spurt om ulike teorier som mulig åpner opp for at hun kan tre inn i studentrollen. Lene beskriver at hun hadde tydelige forventninger til egenbehandling ved å lære mer om hva som hun kan bruke i møte med egne pasienter. Hun beskriver videre at hun får beskjed om å si i fra hva hun trenger, både som person men også om yrkesutøver. Jeg tolker dette som at hun også får noe av ansvar for hva egenbehandlingen skal kunne inneholde. Både Ane og Lene sine skiftende roller mellom student og pasient kan mulig tre frem nettopp fordi egenbehandlingen som situasjon og rollene de innehar defineres av dem selv og terapeuten som annerledes. Ved å gjøre det slik kan en si at forholdet og relasjonen endres. I dette ligger også muligheten til å endre forholdet av makt (Taylor, 2014).

Lene beskriver at hun og terapeuten er kollegaer. I forlengelse av Goffman sin rolleforståelse snakker han også om hva en kollega er. Goffman (1992) skriver at når kollegaer møtes kan fasaden som en holder ovenfor hverandre tas bort og dermed kan en slappe av (Goffman et al., 1992, s. 134-135). En er en del av fellesskapet og blir naturlig en av «oss». Når kollegaer møtes kan det bli mindre pinlig å se bak fasaden hvis den andre også har vært på det samme skuespillet tidligere (ibid). Så når Lene får noe av ansvaret for å si hva hun har behov for, kan dette være terapeutens måte å se bak fasaden og gi gyldighet til at egenbehandling er en annerledes behandlingssituasjon for dem begge. På denne måten kan også betingelsene for den klassiske terapeut–pasient-relasjonen endres der Lene som student kan påvirke

behandlingen i større grad. Når en forstår makt som noe dynamisk som påvirkes av relasjonen mellom partene blir endringer i roller med på å skape mulighet for at Lene kan få bestemme mer (Taylor, 2014). Samtidig opplever hun relasjonen som mer symmetrisk nettopp gjennom at det dannes et fellesskap ved bruken av betegnelsen «vi».

Ved at en inngår i andre roller, som kollega eller student, åpner dette opp for at også handlingsmønsteret endres. Som vi har sett kan det innebære at studenten kan få mer innflytelse på egenbehandlingen eller at det kan åpne opp for at terapeuten kan dele mer av for eksempel teorier, kunnskap og personlige forhold. I materialet kommer det frem at terapeutene gir studentene innsikt i egen kunnskap og deler av eget liv. Dette er ansett som positivt på det relasjonelle forholdet og det tyder på at det påvirker i hvor stor grad en opplever terapeuten som genuin (Gelso, 2014; Norcross, 2010)<sup>14</sup>. På den andre siden kan det at en terapeut deler av sitt eget liv være distraherende for pasienten fordi det skaper mindre plass til seg selv (Schibbye, 2020). Det kommer frem i materialet at studentene opplevde dette som utelukkende positivt. Likevel kan det tenkes at dersom jo mer perifert en kommer fra terapeut-pasient-forholdet, altså jo mer man går over i en kontekst av å være kollega eller student, jo mer kan en stå i fare for å skape andre forutsetninger for behandlingen, og mindre mulighet for at studenten kan få plass i terapirommet. Siri Jørgensen spør om det er roller til besvær i egenbehandling og at hennes materiale viste til at det var en utfordring med rolleavklaring (Jørgensen, 2021). I mitt materiale kommer det i mindre grad frem usikkerhet rundt egenbehandlingen grunnet rollefordeling, men mine funn peker mot at rolleforståelse og situasjonen kan medføre andre forutsetninger for samhandling.

I pasientrollen kommer både Lene og Ane i kontakt med egne forventninger av hva som er riktig å gjøre i en psykomotorisk kontekst. Begge opplever at de må presentere seg godt nok i tråd med hva som forventes i situasjonen, enten det er å være en flink pasient eller å kle seg riktig. Lene opplever at hennes klesvalg blir misforstått på en slik måte at det kan ha gitt inntrykk av at hun ikke vet hva som er forventet av henne i en behandlingssituasjon. I alle samhandlinger blir det viktig at en klarer å opprettholde «skuespillet» ovenfor hverandre og hvis det oppstår slike forstyrrelser kan det skape forlegenhet eller tap av ansikt (Taylor, 2014). Lene beskriver ikke videre hvordan hun og fysioterapeuten rettet opp i denne misforståelsen, men dette førte til at Lene valgte å gå i andre klær videre i behandlingsforløpet. For Ane er

---

<sup>14</sup> Gelso (2014 s. 120) referer til forskning gjort av Ain og Gelso (2008 og 2011).



det selve forventninger til det å være en flink pasient som oppstår på bakgrunn av at hun har innsikt i hva en terapeut kan forvente av en pasient i en behandlingssituasjon. Det kan tenkes at det å være en god pasient og en god student kan by på motsettende forventninger. For eksempel der en pasients reaksjoner er ubevisste og ærlige, vil en students reaksjoner kunne være påvirket av kunnskap og forventninger til rollen. Når Ane sier hun vet hva som forventes av henne og at hun forsøker å leve opp til dette kan dette føre til at reaksjonene blir bevisste og dermed noe «uærlige». Dette kan naturligvis påvirke behandlingen for studenten.

I denne diskusjonsdelen har jeg forsøkt å oppnå en dypere forståelse for hvordan våre forventninger, situasjonsforståelse og selvrepresentasjon har en innvirkning på definisjonen av egenbehandling som behandlingssituasjon. Jeg har forsøkt å bringe inn aspekt ved roller og forståelse for hvordan disse utvikles i et samspill og gir muligheter til både studentens og terapeutens handlingsmuligheter. En kan tenke seg at det er terapeuten som i stor grad har ansvaret for å skape rammene for en behandlingssituasjon (Gretland, 2007). Mine funn viser til at det er muligheter for at studenten også er bidragsgivende til forhandlinger om situasjonen og relasjonen som utfolder seg.

## **4.3 Maktforhold**

I dette hovedtemaet presenteres ulike aspekt ved maktforholdet. Det var kun en student som brukte ordet maktubalanse i sin beskrivelse, men sammenlagt beskriver studentene en veksling mellom sårbarhet og trygghet i møte med sin terapeut. I min analyse trakk jeg paralleller til at dette kan handle om hvem som er i posisjon til å utfordre og ikke. Under dette hovedtemaet presenteres tre undertemaer som kom frem gjennom analysen, og disse er: *Å skape et rom, kroppen avslører deg og å bli utfordret*. Til slutt vil en dybdeanalyse informert av empiri og teori bli presentert under undertemaet: *Det relasjonelle forholdet*.

### **4.3.1 Å skape et rom**

Å få «et rom» eller «å få rommet» i egenbehandling blir beskrevet av alle studentene. Et rom blir beskrevet som muligheten til å kunne ha oppmerksomhet mot seg selv ved at terapeuten lytter eller er stille. Det trekkes også frem at et rom kan gis gjennom blick eller humor. Når informantene snakker om et rom, kommer også ordet trygghet opp som en beskrivelse av hva et rom skaper for dem. Lene utdyper at det var rom for stillhet og at terapeuten skapte ro, og at dette var helt avgjørende for at det ble godt å være i terapirommet.

*«Det var rom for ... rom for stillhet var kanskje avgjørende for at det ble så(!) avslappende ... Jeg fikk sitte en stund å reflektere uten at terapeuten kom med så mange spørsmål hivende etter hverandre eller ... Det var bare stille .... Og det var kanskje det viktigste som skapte det rommet da(!) til å bare være (...) Sensitiviteten i det jeg følte og jeg slapp å forklare meg eller årsaks forklare, eller(!) forsvare meg(!) Bare (demper stemmen) aksept da(!)»*

- Lene

For Ola ble egenbehandling et sted som ga mulighet til å utforske egne følelser og deler av seg selv som han ikke har gjort andre steder, og at terapeuten «lyttet til det». For Ane ble humor og blikket til terapeuten viktig for å kunne skape et rom som var trygt og der terapeuten fremstod som ydmyk. Humor ble spesielt brukt av fysioterapeuten de gangene hun selv ønsket å prestere og terapeuten ønsket å hjelpe henne ut av det. I starten kunne hun kjenne både på skam og flauhet over å ville prestere, men at humor hjalp henne til å slappe av og ikke ta seg selv «så høytidelig». Hun har blitt mer bevisst på hvordan humor kan bidra inn i terapierommet. I forhold til blikket til terapeuten utdyper hun:

*“Terapeuten senket blikket sitt en del og var ydmyk i måten å være på. Jeg fikk aldri spurt hen om det, men jeg lurte på om dette var bevisst eller om det var terapeutens personlighet. Eller om hen gjorde det bevisst for å slippe meg til og gi meg rom”.*

- Ane

I materialet kommer det frem at det å selv få oppleve å få et rom gjør at de blir mer bevisst på hvordan de selv kan skape et slikt rom og møte egne pasienter. Det trekkes frem av Ola at det på skolen er lite opplæring i forhold til disse elementene og at det å se det i egenbehandlingen var til god hjelp.

*Jeg forsøker jo etter beste evne å lytte. Særlig da når pasienten forteller så hender det jo at jeg litt sånn ... haker tak i noe i hodet mitt og tenker at dette(!) er .... veldig viktig(!) ... Og så har det jo skjedd da at det ... at kanskje jeg (ler litt) ... Tar opp det litt for tidlig, men jeg forsøker jo å ta meg i det. Det har jeg jo tenkt på at jeg merker at jeg har lyst til å ta det opp akkurat nå(!) ... og så forsøke å la det ligge ... Og bare lytte».*

- Ola

For Lene har det blitt mer avgjørende å være mer stille, slik at pasientene selv kan få plass.

*«At jeg lar det være stille(!). (...) Det syns jeg kan være med på å gi rom for dem da. For pasienten. Og det var jo noe jeg selv fikk erfare i egenbehandling at ... Ja at det var plass(!) til meg(!) liksom ... I både tid og rom. Da blir det jo tryggere også kom jeg på»*

*- Lene*

Både Ola og Lene opplever at når de lar det være stille eller de lytter så kan pasienten selv komme tilbake til temaet eller ta det opp på et senere tidspunkt. Ola reflekterte videre rundt dette med å lytte og forteller:

*«Og så er det jo litt sånn. Det er ikke alle som vil det heller på en måte? Jeg opplever også noen ganger at pasienten liksom vil bli fortalt hva som skjer. Og hvis jeg da lytter for mye og er for mye stille så blir det feil og».*

*- Ola*

Jeg tolker det som at disse elementene er faktorer som bidrar til å skape opplevelsen av å være i sentrum av behandlingen, og at terapeuten selv ved å holde seg tilbake er med på å skape dette rommet. Terapeutens fremtoning kan være med på å skape aksept, mulighet for å utforske egne følelser, få tid og kan bidra til å redusere skam og flauhet. Gjennom å få en opplevelse av et rom, som Ane og Lene beskriver, fremstår det som at de blir styrket som subjekt i terapirommet. Fra hvordan studentene beskrev disse situasjonene, kan det virke som at de tar med seg disse erfaringene videre i sin egen terapi. Gjennom Ola sin beskrivelse kan det se ut til at det ikke alltid er like enkelt å holde seg selv tilbake og å gi pasienten nettopp dette rommet. Det virker til at det krever erfaring og bevissthet for å sikre at en kan gi et slikt rom til egne pasienter.

### **4.3.2 Kroppen avslører deg**

Å blir synlig gjennom kroppen skaper følelser av «usikkerhet» og «sårbarhet» i møte med sin terapeut. Ane og Ola forteller om deres opplevelser tilknyttet å ha en kropp som avslører en i behandlingen. Slik som jeg ser det, kan det virke som at kroppen kan gjøre det vanskelig å skjule seg i terapien.

Ane forteller at når hun har vært i møte med andre helsepersonell kunne hun gjerne bestemme hva hun ønsket å dele og ikke, men at hos den psykomotoriske terapeuten opplevde hun at kroppen avslørte henne.

*“Vi snakker om ting og så forteller kroppen uten at jeg har sagt noen ting. Så en har ikke samme kontrollen over det som blir formidlet og det syns jeg har vært veldig(!) ubehagelig. At jeg ikke kan bestemme(!) hva kroppen. Den forteller hva du vil eller ikke. Og at jeg ikke har kontroll over det autonome nervesystemet og hva den sier og det som skjer».*

*- Ane*

Ola opplevde i behandlingen å få en kroppslig reaksjon. Han kunne kjenne på at terapeuten fikk med seg dette og at det skapte en følelse av å bli på defensiven.

*“Når jeg fikk en reaksjon, hvor jeg tenkte shit(!) nå merker terapeuten at jeg får en reaksjon. Jeg har ikke lyst å ligge her å grine liksom. Det har jeg hvert fall(!) ikke lyst til. Da ble jeg på defensiven med en gang (...).».*

*- Ola*

Slik jeg tolker Ane og Ola sine beskrivelser av disse situasjonene kan det virke som at kroppen kan være avslørende i terapien. Kroppslige reaksjoner kan dermed skape motstand, et ønske om å forsvare seg, følelsen av ubehag og en følelse av miste kontroll over seg selv. Det kan også vise hvordan en ved å ta seg sammen, slik Ola antyder, kan forsøke å kontrollere det kroppslige uttrykket. Jeg tolker det også slik at disse opplevelsene kan skape følelsen av utrygghet i terapien, selv om de ikke bruker disse ordene til å beskrive deres opplevelser. Ingen av informantene forteller at slike opplevelser skapte brudd i relasjonen med terapeuten, men Ane trekker frem at hun ble så klar over sårbarheten og maktubalansen som er i relasjonen mellom terapeut og pasient.

*«Det er jo den sårbarheten som det er å være pasient, som du blir så klar over i din egenbehandling. Hvor sårbart det er å komme inn i det rommet. Og igjen det der med maktubalansen som er der. Og det å ha kjent og å ha vært på den siden da i den relasjonen ... Det tenker jeg en må oppleve for å skjønne. Og for å kunne ta med seg videre som terapeut da».*

*- Ane*

Det å være observant på pasientens kroppsspråk blir beskrevet som en viktig rettesnor i egen praksis, men det tematiseres også av Ola at det kan være vanskelig noen ganger å klare å få det med seg. Han undrer seg om det kan ha sammenheng med at det er en

«mengdetreningssak som man tar på automatikk eller innsikt» etter hvert. For Ane ble egenbehandlingen en måte å forstå hvordan det er å være på «den andre siden».

*«Nei altså det var veeeldig veldig uvant og være på den siden. Og det er noe jeg ikke har kommet på tidligere i møte med mine pasienter på en måte. Altså hvordan det faktisk(!) oppleves (...) Jeg tenker i min praksis hvor brå sikker(!) jeg har vært mange ganger. Og at jeg har kommet for tett på for fort (...)*».

- Ane

### **4.3.3 Å bli utfordret**

For dette undertemaet har jeg valgt å presentere studentenes fortellinger om å bli utfordret eller å ikke bli utfordret av terapeuten. Historiene deres er noe ulike, men det som kommer frem hos alle tre er at en kan oppleve sårbarhet eller trygghet i forhold til hvordan terapeuten fremstår og situasjonen utvikles. For Lene og Ola beskriver historiene en motsetning om å bli utfordret eller å bli latt være i fred. Ane sin historie handler om å kle av seg i terapien og å bli utfordret på dette.

Som beskrevet tidligere i forrige undertemaet kommer det frem at Ola får en kroppslig reaksjon i behandlingen. I møte med sin terapeut opplevde han at terapeuten lot være å utfordre han på den måten han hadde forventet. I forlengelse av hans beskrivelser av at han får en kroppslig reaksjon forteller han videre:

*«Og så lå jeg å venta på at hen skulle si noe, men hen sa jo aldri noe (...) Hen nevnte ikke noe om det og det var helt greit ... Så da tenkte jeg at ok ... Da har jeg ryggen fri liksom (ler litt) ... Da er det greit. Da er jeg trygg(!)».*

- Ola

Ola opplevde at terapeuten tok det opp med han på et senere tidspunkt, men da på en vennlig og skånsom måte som gjorde at han aldri følte seg overkjørt. Han utdyper at han likte godt denne måten å tilnærme seg en slik situasjon på, og at dette var en ny måte å utfordre på som han ikke hadde sett før. Han beskriver seg som en terapeut som trolig er mer utfordrende enn sin terapeut i egenbehandlingen, men dette er fordi han ønsker å skape mening for egne pasienter. Han ble imponert over at terapeuten “fant akkurat det perfekte tidspunkt å gjøre det på”. Og han sier at dette førte til at deres relasjon vokste av denne situasjonen, nettopp fordi han selv da skjønnte at terapeuten “På en måte ser meg(!) og forstår meg(!) ... Her er jeg

trygg”. Han har forsøkt å ta med seg erfaringen med å finne det riktige tidspunktet på i sin egen praksis, men opplever at det ikke er lett. Fra hans erfaring med å ikke bli utfordret forteller han videre at han gjennom egenbehandling har lært seg å holde seg mer tilbake.

*«At det jeg har lært mest av er jo ... å ikke være. Å forsøke å vite når du skal backe off i stede for å ... pushe på(!)»*

- Ola

Lene hadde to ulike terapeuter og hun beskriver den første terapeuten som mer erfaren enn den andre. Hun opplevde den første terapeuten som mer bestemt som førte til at “(...) jeg følte nok mer at jeg måtte ta meg litt mer sammen(!) eller prestere på en annen måte”. Terapeuten var både mer bestemt i håndlag og hvordan hen stilte spørsmål, noe som førte til at Lene opplevde å måtte være “ganske konsentrert, sharp og på(!)” for å kunne svare terapeuten. Hun var aldri i tvil om at hun var trygg hos terapeuten, men beskriver en følelse av sårbarhet i å bli møtt slik.

*“Men det kjentes litt sårt også (tenker seg om) ... Det var litt mer sårt(!) ved det. Jeg kjente at det liksom kunne bli litt sånn ... litt klump i halsen, uten å at jeg måtte bruke mye krefter på å holde igjen, men det var noe som traff(!) ved liksom bestemtheten og tydeligheten der da”.*

- Lene

Hun opplevde ikke dette som et sterkt angrep på henne som person og hennes væremåte, men hun undrer seg over om de som kanskje er mer sårbare enn henne muligens ville opplevd det slik. Lene reflekterer videre over at det er viktig å vite hvem en har fremfor seg i terapien og at en må tilpasse seg. Likevel trekker hun frem at det også kan være en “(...) ressurs i det at terapeuten tok tak i det og er tydelig” for det gjorde at hun ble utfordret og kunne reflektere over hennes etablerte vaner.

Ane forteller at hun i møte med sin terapeut opplevde at det var krevende å kle av seg. Hun fortalte terapeuten dette, men ble da fortalt at det er viktig berøringen i psykomotorisk behandling.

*«Jeg sa det jo at jeg synes det var krevende. Samtidig så la jo terapeuten vekt. Hen sa jo det var viktig med den berøringen hud mot hud (...)».*

For Ane ble opplevelsen av at det kan være krevende å kle av seg beskrevet som en viktig erfaring som hun har tatt med seg videre i møte med egne pasienter. Hun reflekterer over at det ikke alltid er nødvendig for pasienten å kle av seg, spesielt om en ser at det blir for krevende for dem. Hun prøver i større grad å avveie om pasientene trenger å ta av seg eller ikke.

Studentenes erfaringer om å bli utfordret i egenbehandling er forskjellige, men slik jeg ser det har de også noen fellestrekk. For Ane og Lene kan det virke som at terapeutens fremtoning eller det at terapeuten bestemmer over en kan gi en utrygghet eller økt følelse av sårbarhet. Ola sitt eksempel kan gi et bilde på at terapeuten gjennom å være mer avventende kan skape trygghet. Gjennom deres opplevelser får de ulike erfaringer, og dermed også ulike refleksjoner og forståelse av hvordan man som terapeut i praksis kan justere seg. Justeringene de snakker om handler enten om å kunne se hvem en har fremfor seg, oppdage om det blir for krevende eller å vite når man skal la være å presse på videre. Slik jeg ser det representerer også disse fortellingene maktforhold i et behandlingsrom og hvordan det kan komme til uttrykk. Det er terapeuten som utfordrer, ikke motsatt.

#### **4.3.4 Det relasjonelle forholdet**

I dette undertemaet presenteres diskusjonen av resultatene opp imot teoretiske perspektiver og empiri som er presentert i denne oppgaven. Her ønsker jeg å se på aspekter ved det relasjonelle forholdet, terapeutens fremtoning og studentenes utvikling av forståelse gjennom egenbehandling.

I materialet kommer det frem hvordan terapeutens fremtoning kan være bidragsgivende til å skape en følelse av trygghet eller utrygghet. Det er terapeutens ansvar for å sikre at behandlingen oppleves trygg nok for studenten (Gretland, 2007, s. 95). Studentene gir et inntrykk av at de har opplevd trygghet i behandlingen, gjennom at Ane opplevde terapeuten som ydmyk, Ola opplevde at terapeuten var avventende og Lene opplevde at terapeuten ga ro. Til motsetning opplevde Lene at hennes terapeut var bestemt og tydelig, og at dette skapte en følelse av at hun måtte ta seg sammen for å klare å svare for seg. At terapeuten var så direkte traff noe i henne og hun opplevde en sårbarhet på grunn av dette. Terapeutens tydelighet og faglig trygghet blir trukket frem som positivt for relasjonen (Dragesund & Øien, 2021; Ekerholt & Bergland, 2004, 2006, 2019; Rygge, 2015). Som Lene selv nevner anså hun det

også som positivt fordi terapeuten fikk henne til å tenke over egne vanemønstre. Samtidig trekker hun frem at noen som mulig er mer sårbar enn henne kan oppleve det som et angrep på ens væremåte.

Å fremstå for konfronterende eller angripende blir trukket frem som noe som kan skape motstand i en pasient og svekker den terapeutiske relasjonen (Norcross, 2010). Terapeutens fremtoning har mye å si for relasjonen som skapes og for forutsetningene pasienten har for deltagelse i terapien (ibid). Motstand beskrives som å uttrykke seg på flere plan enten det er en direkte respons på terapeuten, å være ukomfortabel eller motvillig til endring (ibid). Når Ola beskriver sin erfaring med å ville ta seg sammen når han fikk en kroppslig reaksjon kan det ses på som en slags motstand. I sosial handlingsteori kan en også forstå motstand som kontroll av inntrykk (Goffman et al., 1992). Ane beskriver å miste kontroll over hva hun formidler når kroppen blir synlig og på denne måten kan en stå i fare for å miste tape ansikt ovenfor terapeuten sin (ibid). Kroppen blir dermed avslørende når en forstår at det er gjennom kroppen en blir synlig for den andre (Merleau-Ponty, 2012).

På mange måter beskriver studentene i egenbehandling å inngå i et asymmetrisk forhold der studenten tar imot behandling og terapeuten gir behandlingen (Thornquist, 2016). Et underliggende tema som kom frem i analysen var også forhold av makt. På mange måter kan en si at det er selve situasjonen og interaksjonen som studenten og terapeuten inngår i som kan skape forhold av makt. Ved at fysioterapeuten besitter muligheten til å be den andre kle av seg, utfordre vanemønstre eller å være avventende, så skapes dette maktforholdet i relasjonen (Taylor, 2014). Når Ane beskriver at terapeuten vektla hudkontakt selv om hun opplevde det som krevende kan det være et uttrykk for hvem som har mulighet til å definere situasjonen. Ane går ikke videre inn på at dette ble «for tøft» for henne, og det kan tenkes at det var akkurat nok krevende for henne slik at hun klarte å håndtere situasjonen. Ansvarlig ledelse av fysioterapeuten beror på at en kan strekke grenser i behandling på grunnlag av at det er «passe nok» tøft, nært og annerledes slik at en fremmer anerkjennelse for pasientens erfaringer (Gretland, 2007, s. 184)<sup>15</sup>. På den andre siden, når man anser makt som dynamisk og skiftene er det når studenten får komme til og gjøre egne opplevelser gjeldende at studenten selv får mulighet til å respondere og påvirke forholdet til terapeuten. På denne måten kan også makt forskyves også i ikke-jevnbrydige forhold (Taylor, 2014). Når Lene får

---

<sup>15</sup> Gretland (2007 s. 184) referer til Thornquist (1998) for å beskrive hvordan en fysioterapeut tar ledelse.



være i fred og få mulighet til å sitte i stillhet kan det også tenkes at hun får anledning til å lytte til seg selv, og dermed også muligheten til å kjenne etter hva hun har å bidra med.

Å komme frem som et subjekt i terapirommet og å få muligheten for at egen opplevelsesverden blir gjort gjeldende er en viktig del av anerkjennelse (Schibbye, 2020). Som beskrevet skjer anerkjennelse gjennom at en oppfatter en andres bevissthet gjennom den kroppslige kommunikasjonen (ibid). Når Ola forteller at terapeuten var tilbakeholden med å kommentere hans reaksjoner i egenbehandlingen kan det være en måte en terapeut både lytter til hans kroppsspråk og oppfatter hans bevissthet. I den psykomotoriske tradisjonen blir det å lytte også forstått som å lytte på flere nivåer, altså å også lytte til kroppens svar gjennom pust og autonome reaksjoner (Ekerholt & Bergland, 2019; Gretland, 2007). Når Ane opplever terapeutens blick som ydmykt og en måte å gi henne rom på, kan det være et uttrykk for at terapeuten selv gjennom sin metakommunikasjon kan bidra til en følelse av anerkjennelse og nok plass til henne (Schibbye, 2020).

I anerkjennelsen ligger flere ingredienser som ikke må forstås som separate, men som flettet inn i hverandre (Schibbye, 2020). Flere av disse ingrediensene blir trukket frem som viktig i egenbehandling. Av Lene blir stillheten viktig for å kunne få aksept for det som var. For Ane ble humor og blick viktig og for Ola ble det å bli lyttet til trukket frem. Både Ane og Lene snakker om å få et rom. Det er terapeuten fullstendige åpenhet og tilgjengelighet som kan skape et slikt psykisk rom (Schibbye, 2020). Så må en se nærmere på hvordan kan en forstå en slik åpenhet hos terapeuten. Fra et fenomenologisk ståsted anses vår bevissthet som alltid rettet mot noe, det vil si at for at vi skal kunne ta inn den andre må vår bevissthet være åpen og rettet mot den andre (Schibbye, 2020; Thornquist, 2018; Zahavi, 2018). I denne åpenheten skapes muligheten for ro og tid og et sted der det er plass til seg selv, slik Lene beskriver så fint (Schibbye, 2020). Lytting beskriver å ikke være noe enkelt sak og det krever at en får tak på det som ligger bak det som blir sagt (Schibbye, 2020). I tillegg krever det at terapeuten selv holder sine egne, tanker, følelser og behov til side slik at en kan oppnå denne åpenheten og tilgjengeligheten mot den andre (ibid). Når Ola beskriver at han forsøker etter beste evne å lytte, men at han av og til er for rask til å tenke på egne forhold, kan dette vise til hvor vanskelig det å lytte faktisk er.

I forlengelsen av å møte en terapeut som utfordrer dem på ulike måter kommer de også i kontakt med egen sårbarhet og får refleksjoner rundt hvordan de selv er som terapeuter. Som beskrevet anses det å komme i kontakt med egen sårbarhet som viktig for utvikling av egen

profesjonell relasjonskompetanse (Aubert & Bakke, 2008). Gjennom egen sårbarhet kommer en i kontakt med egne følelser som gir mulighet til å sette seg inn i andres ståsted (ibid). At egen sårbarhet er viktig for å kunne utvikle forståelse for pasientrollen blir også støttet av tidligere empiri (Moller et al., 2009; Weideborg, 2013).

For å kunne forstå hvordan egne følelser kan gjøres normative og allment ønsker jeg å trekke inn et perspektiv som ikke er presentert tidligere. Perspektivet omhandler også utvikling av kompetanse, men omhandler vår emosjonelle kompetanse. Hvordan våre følelser kan inngå som en del av vår kompetanse belyser Odin Fauskevåg (Fauskevåg, 2019)<sup>16</sup>. Våre følelser kan ses på som subjektrefererende ved at de kan gi oss innsikt i våre normer og verdier som igjen kan si oss noe om hvem vi er som subjekter (ibid s. 126). Selv om følelser er subjektrefererende er de også noe som binder mennesker sammen gjennom at det gir mening og hindrer fremmedgjøring ovenfor hverandre. På denne måten kan følelser forstås som ikke bare tilhørende subjektet, men våre følelser kan også si noe om den objektive virkeligheten (ibid). På denne måten blir våre følelser objektiv kunnskap og den emosjonelle kompetansen vil derfor omhandle hvordan vi som subjekter involverer oss i virkeligheten vi lever i som mennesker (ibid s. 129). Fra det fenomenologiske perspektivet kan en si at følelser uttrykker seg i kroppen, i ansiktet, og det er på denne måten den andre blir synlig for oss (Merleau-Ponty, 2012; Zahavi, 2018).

I utviklingen av den relasjonelle kompetansen blir det viktig at man reflekterer oven hvem en er (Aubert & Bakke, 2008). Både Ola og Ane trekker frem et slikt perspektiv der de begge på hver sin måte reflekterer over sin egen terapeutstil i forlengelse av sine erfaringer fra egenbehandling. Ola mener at han er mer utfordrende enn sin terapeut, og Ane tror hun har vært noe rask ovenfor sine pasienter. I forlengelse av at Ola forteller at han har lært mer om når han skal trekke seg litt tilbake, kan han i større grad ha muligheter til å skape rammer for anerkjennelse, forståelse og trygghet ovenfor pasienten. Å gi seg tid til å få forståelse for sine egne forutsetninger og hvordan en som terapeut preger det profesjonelle møtet, er av stor betydning i relasjonskompetansen (Aubert & Bakke, 2008). Gjennom egne erfaringer og utvikling av forståelse kan de utvide sin forståelseshorisont (ibid).

---

<sup>16</sup> Fauskevåg (2019) referer til Taylor C (1985) for sin argumentasjon for hvordan våre følelser er subjektrefererende og kan gi kunnskap om den normative virkeligheten.

Studentenes opplevelse av å ha fått et rom har gitt dem erfaringer med å få plass, å bli lyttet til og kunne kjenne på ydmykhet fra terapeuten. For Lene og Ola trekkes det frem at de selv i større grad forsøker å enten holde seg selv tilbake eller å la det være stille i egen praksis. På denne måten kan de mulig i større grad skape plass til pasienten, i både tid og rom. Når de snakker om at de opplever at pasienten selv kan ta opp tråden igjen etter det har gått en tid kan det være et uttrykk for at de har gitt pasienten nok tid til selv å kjenne etter på egenhånd. Sammenlagt kan funnene vise til at ved å inngå i egenbehandling kan man få forståelse for hvordan det er å være pasienten i relasjonen, som både forskning innen psykomotorisk fysioterapi og psykoterapi viser til (Jørgensen, 2021; Moller et al., 2009; Støle, 2021; Weideborg, 2013). Samtidig kan en også få forståelse for hvordan maktforhold kan oppleves i behandling og hvordan egen fremtoning, samt væremåte kan påvirke det relasjonelle forholdet. Dette er mer i tråd med hva en ser for seg at egenbehandling kan bidra med for psykoterapeuter (Norsk Psykolog Forening, 2015).

## **4.4 Praksis**

I dette hovedtemaet blir studentenes erfaringer og opplevelser av å være i praksis presentert. Temaet gjorde seg gjeldende ettersom det viser til en samlebetegnelse på studentenes erfaringsdelinger i intervjuene, både om ulike aspekt fra praksis og de utfordringene de opplever å stå i. Her vil følgende undertemaer blir presentert: *Å bruke hele seg i møte med pasienten og hvem har ansvaret i behandlingen?* Til slutt vil dette videre diskuteres i lys av teori og empiri som er presentert, og dette presenteres i undertemaet: *Avgrensning og ansvar.*

### **4.4.1 Å bruke hele seg i møte med pasienten**

I materialet kommer det frem fra Ane og Ola at den psykomotoriske tilnærmingen krever mer av dem som terapeuter sammenliknet med da de praktiserte som allmennfysioterapeuter. Det kommer også frem av Lene og Ane at det blir viktig for dem å avgrense seg i møte med pasienten. På tvers av studentene beskriver de at de må som terapeuter være oppmerksom på pasientens kroppsspråk og det som blir sagt for å kunne registrere hvor trygg eller utrygg pasienten er, samtidig som at de må ha fokus på egen kroppsfremtoning, hvor de står og hvordan de berører pasienten.

Den psykomotoriske praksisen beskrives av Ola og Ane å være mer utfordrende fordi det krever tilstedeværelse og at en bruker hele seg i møte med pasienten.

*«At jeg bruker mye meg selv og derfor syns jeg det er krevende å være, og jobbe på den måten. For jeg bruker meg, jeg bruker flere deler av meg selv. Jeg bruker meg mer nå enn det jeg har gjort tidligere»*

- Ane

Ola forteller at det er spesielt to ting som gjør det krevende. På den ene siden som mannlig terapeut, må han av og til endre terapistil og forsøke å være så kjønnsnøytral som mulig. På den andre siden er det krevende fordi han må være fokusert og observant i møte med pasienten da en aldri helt vet hva pasienten har vært igjennom eller hva som kan skje i behandlingen dersom en gjør noe feil. Han beskriver at en lett kan tråkke feil om en ikke har full oppmerksomhet på det en gjør.

*«Jeg må(!) faktisk være mer tilstede og mer på(!) med de psykomotoriske pasientene (...) At hvis du tråkker feil i starten av behandlingstimen så blir den ødelagt fordi pasienten klarer ikke å finne roen på en måte da(!) ... Det kan jo ofte skje hvis en ikke er observant da(!)».*

- Ola

I materialet dukker det også opp fortellinger om at det av og til kan være vanskelig å stå i det pasientene kommer med.

*«Og så er det jo mye voldsomme, vonde historier og erfaringer som pasienten kommer med da som også kan være vonde å stå i (...) Du må jo også stå i det og romme(!) det»*

- Ola

I møte med pasientene beskriver Ane og Lene at en ikke bare må være tilstede med pasienten, men også i seg selv. De beskriver å bruke egen kropp til å avgrense seg i møte med pasienten ved at de kjenner på kroppen, kontaktflater, føttene og egen pust. For Ane handler det om å redusere uro i kroppen som kan komme av sterke følelser.

*«Så det at jeg må jobbe med å være tilstede i meg selv også for å klare å stå i det sant. Innimellom kommer det sterke følelser i meg også, som gjør at jeg må være veldig bevisst på den der forankringen i meg selv da (...) Jeg gjør det ofte i situasjoner der jeg kjenner at nå, nå blir det litt mye. At når jeg kjenner på den uroligheten da. At jeg må gjøre noen grep for at på en måte komme, eller være til stede igjen i det rommet»*

- Ane

For Lene handler det om å ikke bli med pasienten inn i stresset, slik jeg forstår hennes forklaringer. Lene opplevde å få hjelp til denne avgrensningen av sin terapeut i egenbehandlingen, der de arbeidet sammen med at hun skulle kunne kjenne sin egen kropp samtidig som hun skulle observere ting i rommet. Etter dette opplevde hun at det ble lettere å regulere seg i møte med egne pasienter.

*«Og det er kanskje den største forskjellen, å være bevisst. At jeg står bedre i meg selv og er veldig bevisst hvordan jeg sitter mot underlaget, merker pusten min ... Hvert fall(!) hvis jeg merker at pasienten er litt høyt(!) oppe så blir det desto viktigere at jeg (sukker) ... Ikke går inn i det, men at jeg er avgrensa(!) da»*

- Lene

Her presenteres, slik jeg forstår det, fortellinger om at det å være i praksis kan kreve mer av dem i form av at de må være observant på flere nivåer samtidig. De må være observant på pasientens kroppsspråk og kroppslige tegn, samt sitt eget og hvor de selv er plassert i forhold til pasienten. Samtidig beskriver de, slik jeg tolker det, at de blir emosjonelt påvirket av å være i kontakt med pasienten og at de har måttet ta grep for å klare å avgrense seg. Ved at Lene for eksempel lærer å avgrense seg kan det virke til at hun klarer å få mer distanse fra pasientens stress.

#### **4.4.2 Hvem har ansvaret i behandlingen?**

Når de beskriver å være i en pasientrolle fokuserer de på at det er godt å slippe ansvaret for behandlingen eller det å være terapeut. Lene opplevde gjennom egenbehandling å få et tydeligere forhold til hvem som har ansvaret for å følge opp terapien:

*“Og hvert fall som terapeut har jeg kjent på det ansvaret for at pasientene skal få(!) til(!). Og når rollene ble snudd så fikk jeg kjenner at oj(!) ansvaret ligger faktisk hos pasienten. Det er de som må(!) gjøre jobben ... Så kan man jo fasilitere, men vi kommer jo liksom ikke lengre enn det pasienten gjør på egenhånd(!)».*

- Lene

Lene utdyper at det å skulle ta ansvar for det pasienten følte, tenkte og gjorde, var for henne kaotisk og opplevdes grenseløst og hun forteller videre: «(...) jeg følte mye ansvar, skulle fikse

*og ordne og begynte å bli veldig uvel og kvalm(!) sjøl av alt!(ler litt). Det var grenseløst(!) da». Det å få muligheten til å erfare det at en må ta ansvar i behandling som pasient var mer på at hun kunne endre dette i praksis og hun beskriver: «Det var jo det å ta mye ansvar som kanskje var det jeg endra mest på. Fra å ta veldig mye ansvar for en pasient til å la rommet få være pasienten sitt da».*

Ola reflekterer rundt om dette med ansvar, og han undrer seg om det å fortsatt være uerfaren som terapeut kan spille inn i det å klare å gi fra seg ansvaret eller å ta ansvaret i behandlingen. Han forklarer at hans pasienter i liten grad bestemmer hva som skjer i behandlingen.

*«Men det jeg sitter og tenker på er at ... det kan jo være noe terapeutisk ved min side at jeg ikke har på en måte jobbet så mye? Men jeg har jo forsøkt. Altså, jeg opplever noen ganger eller ofte egentlig at hvis jeg forsøker å legge mer ... kall det ansvar da over på pasienten ... Hvis de får mer frihet, for å kalle det det, så er det mange som ikke reagerer så godt på det. De forstår ikke helt hva som skjer og de vet ikke helt hva vi skal gjøre. De mister liksom litt ... meningen i det da(!) ... At de kanskje ikke har helt forutsetningen ennå for å velge så fritt? Men det kan også være det at hvis jeg hadde i større grad gitt de sjansen så hadde de overasket på det (ler lavt). Det kan jo tenkes?».*

- Ola

Gjennom egenbehandling fikk også Ane oppleve at det er i stor grad terapeuten som bestemmer hva som skal skje og til hvilken tid en skal gjøre de ulike tingene. Dette gjør at hun i større grad reflekterer over hva det vil si ovenfor pasientene hun selv møter i praksis. Videre mener hun at dette skaper en ubalanse mellom terapeuten og pasienten. Hun tror selv at det er svært viktig at en som terapeut er bevisst dette slik at en kan la pasienten få muligheten til å delta mest mulig. På spørsmål om hvordan hun jevner ut denne ubalansen i praksis svarer hun:

*«At pasienten har en større rolle enn det jeg har egentlig i det rommet. Og at det pasienten som får komme med svarene ... At det handler om å være der, instruere eller modellere, men at det er pasienten selv som kommer frem til de ulike sammenhengende da. Eller at der er de som finner ut av ting i sin egen kropp».*

- Ane

Slik jeg tolker Lene sine beskrivelser kan det virke som at det å erfare å måtte ta ansvar i egen behandling er med på å skape en bevisstgjøring av ansvar i egen praksis. Også det å erfare, som Ane beskriver, at det er terapeuten som i stor grad bestemmer i egenbehandling, gjør at en selv blir bevisst dette og kan få en forståelse for hva det vil si for egne pasienter i praksis. Med tanke på Ola sitt sitat, kan det godt tenkes at det å være uerfaren gjør noe med i hvor stor grad man klarer å slippe pasienten til og å klare å gi de ansvar for å skape mening i behandlingen på egne premisser.

#### **4.4.3 Avgrensning og ansvar**

I materialet kommer det frem at det er ulike aspekter ved praksis som er utfordrende for studentene. Her ønsker jeg å diskutere deres erfaringer og fortellinger om det å avgrense seg som terapeut og det å skulle ta ansvar i behandlingen.

Ola og Ane beskriver den psykomotoriske praksisen som krevende fordi de må gi av hele seg i møte med pasienten. Dette er i tråd med det Gretland (2007) trekker frem som en utfordring for fysioterapeuten som må få tak på pasientens kroppslige reaksjoner, uttrykk og emosjoner på en og samme tid (Gretland, 2007). Ola trekker frem at han må være tilstede i den psykomotoriske praksisen nettopp for å sikre at pasienten ikke taper roen. Tilstedeværelse er en viktig rettesnor i den psykomotoriske behandlingen og er en forutsetning for å klare å ta inn den andre (Bunkan, 2010; Schibbye, 2020). Å klare å være tilstede forutsetter at en klarer å holde sitt eget utenfor, og det krever at en retter bevisstheten mot den andre fullt og helt (Schibbye, 2020). Som beskrevet tidligere er det nettopp denne tilstedeværelsen som kan gi den andre en følelse av et rom, og det er i tilstedeværelsen at studentene kan klare å fange opp de små endringene som skjer hos pasienten (ibid).

Ane og Lene beskriver også at de må være tilstede i seg selv når de møter pasientene sine. Å ha evnen til å ha fokus rettet mot seg selv kan også øke deres evne til å være tilstede hos pasienten (Aubert & Bakke, 2008). Det motsatte vil være å miste taket på seg selv og på denne måten mister en også oppmerksomheten og tilstedeværelsen ovenfor den andre (ibid s. 206). En kan tenke seg at hvis studenten opplever å miste taket, kan en i større grad bli opptatt av hva møtet med pasienten gjør med en selv. På denne måten er ikke bevisstheten og oppmerksomheten rettet mot den andre lengre, den er rettet mot seg og egne indre prosesser.

Ane beskriver en tydelig uro i egen kropp og Lene beskriver en opplevelse av kvalme og grenseløshet når hun skulle ta ansvar for hva pasienten følte, mente og tenkte. Dette kan være

uttrykk for svekkede grenser (Schibbye, 2020). Schibbye (2020) påpeker at følelsen av å bli dratt ut eller å miste seg selv er hvordan svekkede grenser kan kjennes ut følelsesmessig (Schibbye, 2020, s. 301). I det relasjonelle arbeidet er det viktig å la seg bli berørt, men uten å miste seg selv. Det er en balansegang mellom å være tilstedeværende og åpen, og å kunne avgrense seg. Å bli emosjonelt berørt eller reagere kroppslig i situasjonen med pasienten kan være kilde til kunnskap og forståelse om seg selv (Aubert & Bakke, 2008). Når Lene oppdager at det er grenseløst kan hun få muligheten til å kjenne på hva det gjør med henne som skaper muligheter for å kunne forstå seg selv i møte med pasientene. Kroppen kan dermed være en kilde til forståelse av seg selv, men den er også en forutsetning til å forstå andre (ibid). Det blir derfor viktig å få tak på hva en pasient gjør med egen kropp (Bunkan, 2010). Å avgrense seg er en viktig del av å utvikle egen relasjonell kompetanse slik at en klarer å skille på hva som er mitt og hva som er den andres (Aubert & Bakke, 2008). Det blir trukket frem at det er nettopp denne avgrensningen som kan være vanskelig når man er student og dermed blir det også lettere for at grenser svekkes (Aubert & Bakke, 2008; Schibbye, 2020). Når Lene forteller at hun har fått hjelp til lære mer om hvordan hun kan avgrense seg i møte med sine pasienter er det i tråd med hvordan teori og empiri beskriver nytten av egenbehandling (Bunkan, 2010, s. 222; Weideborg, 2013).

Som nevnt tidligere er det terapeuten som har ansvar for det profesjonelle møtet (Gretland, 2007). Når Ola uttrykker at han kanskje i mindre grad gir ansvar til pasientene og Lene beskriver å ta mye av ansvaret kan det være et uttrykk for svekket avgrensning. Hvis en går inn og skal styre behandlingen eller inntar en posisjon om å vite bedre enn pasienten står en i fare for å true anerkjennelse og alliansen. Anerkjennelsen kan bli truet nettopp fordi det ikke er forenelig med å ha et mål på pasientens vegne (Schibbye, 2020). Alliansen kan trues fordi den bygger på at en har et felles mål som begge parter er enig om i behandlingen (Horvath & Greenberg, 1994). En kan derfor se for seg at hvis terapeuten har et mål og pasienten ett annet vil de kanskje ubevisst eller bevisst dra i hver sin retning og behandlingen kan gå i stå. Schibbye påpeker at studenter i psykologi kan ha tilbøyeligheter til å være «eksperten» som vet mer enn pasienten etter at de har tatt lange utdannelser (Schibbye, 2020, s. 304). Ola spør om det kanskje er hans uerfarenhet som bidrar inn til at det er vanskeligere å la pasienten få ansvar. Mulig kan det hun skriver ha noe overførbarhet til andre studenter med lang utdanning, som for eksempel studenter i psykomotorisk fysioterapi.

Gjennom egenbehandling beskriver Lene at hun har utviklet en forståelse for hva som er hennes ansvar og hva som er pasienten sitt. Ane beskriver at hun lar pasienten få komme frem



til sammenhengene på egenhånd gjennom sine egne opplever. Dette er elementer som bidrar inn til å styrke relasjonen til pasienten (Bunkan, 2010; Schibbye, 2020). På denne måten kan en også være anerkjennende ovenfor pasienten ved at man inntar et perspektiv der en ikke vet hva pasienten skal mene, føle eller tenke. Deres erfaringer, refleksjoner og forståelse gir grunnlag for å kunne utvikle en selv i egen terapeutrolle. Man kan finne ut av «hvem man vil være» som terapeut (Aubert & Bakke, 2008). Gjennom å selv ikke være eksperten øker de også sjansen for at pasientene har mulighet til å komme frem som et subjekt i behandlingen og å kunne få tak i kunnskap om seg selv (Gretland, 2007; Schibbye, 2020). Dette er i tråd med fysioterapeutens ansvar i behandlingen (Gretland, 2007). Gjennom å arbeide med egne forutsetninger for det relasjonelle arbeidet kan de stå bedre rustet til å håndtere rystelser og dermed ikke bli så raskt «vippet av pinnen» (Aubert & Bakke, 2008, s. 207). For Lene blir egenbehandling en arena der hun lærer både avgrensning og å gi ansvar tilbake til pasienten. Schibbye skriver at en som terapeut må stadig minne seg på hvordan en skaper forholdet til pasienten (Schibbye, 2020, s. 244). Som student kan man lære teori, men i praksis er det ikke alltid teorien gjenspeiler virkeligheten og de utfordringene man kommer opp i (ibid).

## 5 Oppsummering og avslutning

Utgangspunktet for denne studien var mitt ønske om å undersøke hvordan egenbehandling kan bidra til å utvikle studenters evner til å skape relasjoner i egen praksis. Bakgrunnen for dette var min egen nysgjerrighet og erfaringer av å lære mer om meg selv som fysioterapeut gjennom egenbehandling. Spesielt mener jeg dette av interesse når empiri og forskning viser til at relasjonen er viktig for at terapien skal ha effekt, samt at terapeutens egenskaper er av stor betydning for det relasjonelle forholdet.

I denne studien hadde jeg ønsket om å kunne svare på problemstillingen «*Hvilke erfaringer har studenter i psykomotorisk fysioterapi med relasjon i egenbehandling og hvordan kan egne erfaringer bidra til utvikling av relasjonell kompetanse i egen praksis?*».

Denne studien baserer seg på intervju av tre studenter i psykomotorisk fysioterapi og er deres unike fortellinger om erfaring i egenbehandling. Funnene tyder på at egenbehandling fungerer både som en reell behandlingssituasjon og en læringsarena for studenten. I kraft av å være studenter i behandling kan det se ut til at det åpner opp for både andre forventninger og forhandlinger om hvem fysioterapeuten og studenten skal være for hverandre. Rollene som kollega og student kan medføre at forholdet mellom terapeut og studenten åpner opp for andre handlingsmønstre.

I det relasjonelle forholdet med fysioterapeuten kommer det frem at studentene har opplevd å bli utfordret på ulike vis der de har kommet i kontakt med egen sårbarhet og synlighet. På den andre siden har de fått erfare hvordan stillhet, å bli lyttet, ydmykhet gjennom blikket og humor kan være med på å gi dem et rom til å være. Gjennom egne opplevelser og erfaringer med å være pasienten, utvikler studentene økt forståelse for hvem de er, hvem de ønsker å være som terapeuter og hvordan en som fysioterapeut kan bidra til å hemme eller fremme relasjonen med egne pasienter. De beskriver også at egne erfaringer påvirker til endring i egen praksis. Ola prøver å lytte og å holde seg selv mer tilbake. Lene holder det mer stille i behandlingen, er mer avgrenset i møte med pasienten og gir mer ansvar til pasientene. Ane velger å være mer avventende med å be pasienten kle av seg og hun har fått økt forståelse for hvordan det er å være sårbar i behandlingen. Å være uerfaren i det psykomotoriske fagfeltet beskrives som krevende for studentene. Både fordi det krever oppmerksomhet på flere plan og fordi de blir kroppslig og emosjonelt påvirket av møte med pasienten. Det kan virke som at

egenbehandling kan hjelpe studenten til å utvikle evnen til avgrensning som øker deres evne for tilstedeværende i pasientmøtene.

Denne studien ansees som et bidrag til kunnskap om verdien av egenbehandling og hva egenbehandling kan være for studenter i psykomotorisk fysioterapi. Studien belyser studentens erfaringer i egenbehandling som tidligere ikke ser ut til å være undersøkt i det psykomotoriske fagfeltet. I forhold til relevans kan den være av interesse for de som behandler studenter i psykomotorisk fysioterapi, studenter i pågående praksis og alle andre som har et ønske om å lære mer om egenbehandling. Studien støtter opp under allerede eksisterende empiri som viser til at egenbehandling gir mulighet for terapeutisk utvikling. Funnene viser til at egenbehandlingen for de tre studentene i psykomotorisk fysioterapi har gitt mer enn bare innsikt i egen helse. Egenbehandlingen kan gi mulighet til økt refleksjon om egen rolle som terapeut og bidra til studentens utvikling av den relasjonelle kompetansen gjennom forståelse.

For videre forskning hadde det vært av interesse å undersøke hvordan det er for den psykomotoriske fysioterapeuten å behandle kollegaer eller studenter innenfor samme fagfelt da det til nå, som jeg vet, ikke er utforsket.

## 6 Litteraturliste

- Aubert, A.-M., & Bakke, I. M. (2008). *Utvikling av relasjonskompetanse : nøkler til forståelse og rom for læring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjerke, E. (2016). Relasjonens betydning i psykoterapi. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 136(22), 1908-1910. doi:10.4045/tidsskr.16.0427
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Bunkan, B. H. (2010). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde : teori og helsefremmende behandling* (4 utg. Oppl. 2). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bunkan, B. H., Bülow-Hansen, A., Thornquist, E., & Radøy, L. (1982). *Psykomotorisk behandling : festskrift til Aadel Bülow-Hansen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 280-285. doi:10.1037/0033-3204.43.3.280
- Dragesund, T., & Øien, A. M. (2021). Developing self-care in an interdependent therapeutic relationship: patients' experiences from Norwegian psychomotor physiotherapy. *Physiother Theory Pract, ahead-of-print*(ahead-of-print), 1-11. doi:10.1080/09593985.2021.1875524
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2004). The first encounter with Norwegian psychomotor physiotherapy: patients experiences, a basis for knowledge. *Scand J Public Health*, 32(6), 403-410. doi:10.1080/14034940410029441
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in physiotherapy*, 8(3), 137-144. doi:10.1080/14038190600836809
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2008). Breathing: A Sign of Life and a Unique Area for Reflection and Action. *Phys Ther*, 88(7), 832-840. doi:10.2522/ptj.20070316
- Ekerholt, K., & Bergland, A. (2019). Learning and knowing bodies: Norwegian psychomotor physiotherapists' reflections on embodied knowledge. *Physiother Theory Pract*, 35(1), 57-69. doi:10.1080/09593985.2018.1433256
- Fauskevåg, O. (2019). Å leve eit djupt liv - subjektiv sjølvinnsikt og kompetanse. I Jan A.Haugan og Øyvind Kvello (Red.), *Selvinnsikt og profesjonalitet* (Utg. 1, s. 107-130). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., & Adams, R. D. (2013). The Therapeutic Alliance Between Clinicians and Patients Predicts Outcome in Chronic Low Back Pain. *Phys Ther*, 93(4), 470-478. doi:10.2522/ptj.20120137
- Geller, J. D., Norcross, J. C., & Orlinsky, D. E. (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy : patient and clinician perspectives*. Oxford University Press. Retrieved from <https://ebookcentral-proquest-com.mime.uit.no/lib/tromsoub-ebooks/reader.action?docID=4702992>
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychother Res*, 24(2), 117-131. doi:10.1080/10503307.2013.845920
- Goffman, E., Risvik, K., & Risvik, K. (1992). *Vårt rollespill til daglig : en studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen : fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Gretland, A. (2016). Psykomotorisk fysioterapi. Med kroppen som innfallsvinkel til personen. I A. K. Bergem (Red.), *Kroppen i psykoterapi* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hall, A. M., Ferreira, P. H., Maher, C. G., Latimer, J., & Ferreira, M. L. (2010). The Influence of the Therapist-Patient Relationship on Treatment Outcome in Physical

- Rehabilitation: A Systematic Review. *Phys Ther*, 90(8), 1099-1110.  
doi:10.2522/ptj.20090245
- Helsedirektoratet. (2021). Takst A9a. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/folketrygdloven-kap-5/rundskriv-til-folketrygdloven--5-8--fysioterapi/helsedirektoratets-merknader-til-kapittel-ii-takster/takst-a9a> Hentet dato 27.04.22
- Hjelkrem, T. D. (2021). *Forskningsprosess og forskningsetikk, Prosjektbeskrivelse*. UIT. Norges arktiske universitet.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The Working alliance : theory, research and practice*. New York: Wiley.
- Jørgensen, S. (2021). *Egenbehandling i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi Så lite og så mye: En intervjustudie om fysioterapeuters erfaringer fra egenbehandling*. UiT Norges arktiske universitet,
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning: Experience as the source of learning and development* (Oppl. 1). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. 6 oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Marie Øien, A., Iversen, S., & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences - Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in physiotherapy*, 9(1), 31-39. doi:10.1080/14038190601152115
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Bokklubben.
- Messina, I., Gelo, Omar C. G., Sambin, M., Bianco, F., Mosconi, A., Fenelli, A., . . . Orlinsky, D. (2018). Trainees' self - evaluation of their development as psychotherapists: An Italian contribution to an international collaborative study on psychotherapy training. *Clin Psychol Psychother*, 25(2), 338-347. doi:10.1002/cpp.2165
- Miciak, M., Mayan, M., Brown, C., Joyce, A. S., & Gross, D. P. (2018). The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study. *Arch Physiother*, 8(1), 3-3. doi:10.1186/s40945-018-0044-1
- Moe, F. D., & Thimm, J. (2020). Personal therapy and the personal therapist. *Nordic psychology*. doi:<https://doi.org/10.1080/19012276.2020.1762713>
- Moller, N. P., Timms, J., & Alilovic, K. (2009). Risky business or safety net? Trainee perceptions of personal therapy: a qualitative thematic analysis. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 11(4), 369-384. doi:10.1080/13642530903444803
- NAOB. (u.å). Relasjon. Hentet fra <https://naob.no/ordbok/relasjon> Hentet dato 03.05.21
- NESH. (2021). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora. In <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora.pdf>. [www.forskningsetikk.no](http://www.forskningsetikk.no).
- NFF. (2018). Spesialist i psykomotorisk fysioterapi Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforisiden/Kompetanseutvikling/Spesialitetene-i-NFF/Spesialist-i-psykomotorisk-fysioterapi> Hentet dato 03.04.22
- NFF. (u.å). Takst A9, psykomotorisk fysioterapi Hentet fra <https://fysio.no/Forbundsforisiden/Kompetanseutvikling/Takstkompetanse/Takst-A9-psykomotorisk-fysioterapi> Hentet dato 28.02.22
- Nissen-Lie, H. A. (2012). Hva kjennetegner gode og mindre gode psykoterapeuter *Nordic journal of child and adolescent psychotherapy*, 26, 79-90.
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Rønnestad, M. H., & Monsen, J. T. (2015). Patient and Therapist Perspectives on Alliance Development: Therapists' Practice

- Experiences as Predictors. *Clin. Psychol. Psychother*, 22(4), 317-327.  
doi:10.1002/cpp.1891
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. I B. L. Duncan, D.S, Miller, E,B, Wampold. & A,M, Hubble (Red.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (s. 113-141). doi:<https://doi-org.mime.uit.no/10.1037/12075-004>
- Norsk Psykolog Forening. (2015). Spesialiteten i psykoterapi. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning/block-forsideblokk-tosaker/spesialistutdanningen2/spesialitetene-i-psykologi/utfyllende-bestemmelser-for-spesialitetene-i-psykologi/spesialiteten-i-psykoterapi> Hentet dato 19.03.2022
- O'Keeffe, M., Cullinane, P., Hurley, J., Leahy, I., Bunzli, S., O'Sullivan, P. B., & O'Sullivan, K. (2016). What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Physical Therapy*, 96(5), 609-622. doi:10.2522/ptj.20150240
- Rygge, E. (2015). *Norsk psykomotorisk fysioterapi; Betydningen av den terapeutiske relasjonen og måleverktøyet N-STAR*. Høgskolen i Oslo og Akershus,
- Schibbye, A.-L. L. (2020). *Relasjoner : et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2 utg. Oppl. 4). Oslo: Universitetsforl.
- Skilbrei, M.-L. (2019). *Kvalitative metoder : planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (1 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Støle, I. (2021). *Erfaringer med egenbehandling innen psykomotorisk fysioterapi*. INN: Høgskolen i Innlandet.
- 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.  
doi:10.1007/s11019-014-9562-0
- Sviland, R., Råheim, M., & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation - moved by respiration. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(4), 811-819.  
doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01024.x
- Taylor, D. (2014). *Michel Foucault: Key Concepts*. Durham: Taylor & Francis Group.
- Thagaard, T. (2021). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5 utg. Oppl. 3). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2016). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2 utg. Oppl. 3). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag* (2 utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1995). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.
- UiT. (2019). Studieplan. Master i fysioterapi Hentet fra <https://uit.instructure.com/courses/15257/files?preview=542682> Hentet dato 20.02.22
- UiT. (u.å). Informasjonssikkerhet og personvern ved UiT. Hentet fra <https://uit.no/om/informasjonssikkerhet#v-pills-675218> Hentet dato 13.05.21
- Weideborg, M. (2013). *Betydningen av egenbehandling for studenter i psykomotorisk fysioterapi*. UIT, Universitetet i Tromsø.
- Zahavi, D. (2018). *Phenomenology: The Basics*(1 utg.).Routledge. doi:<https://doi-org.mime.uit.no/10.4324/9781315441603>
- Øien, A. M. (2010). Change and Communication. Long-Term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/14038190802315073>
- Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S., & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study: Communication as

negotiation processes in long-term physiotherapy. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(1), 53-61. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x

# 7 Vedlegg 1: NSD Godkjenning

## NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

### Vurdering

**Referansenummer**

961035

**Prosjekttittel**

Betydningen av relasjonserfaringer i egenbehandling

**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**

Thea Dahl Hjelkrem , thea.hjelkrem@gmail.com, tlf: 93490380

**Prosjektperiode**

31.07.2021 - 31.12.2022

**Vurdering (2)**

---

**09.12.2021 - Vurdert**

Denne vurderingen erstatter forrige vurdering, sendt den 17.09.2021.

Det er NSD sin vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 09.12.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 31.12.2022.

**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 Media Capture 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/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Eva J. B. Payne

Lykke til med prosjektet!

#### 17.09.2021 - 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 17.09.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til 31.12.2022.

Metoden som anvendes i prosjektet er observasjon og dybdeintervju basert på sam-observasjon. Prosjektdata vil bestå av videoopptak av behandlingstid med psykomotorisk fysioterapeut og pasient, lydopptak av intervju, samt skriftlige notater.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Pasienten vil også samtykke til at terapeuten deler refleksjoner rundt samhandling under behandlingstimen med prosjektet (taushetsplikten oppheves), og terapeuten vil samtykke til å bli omtalt av pasienten.

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 om helseforhold tilknyttet pasienten 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 ved 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/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

**OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

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

Kontaktperson hos NSD: Eva J. B. Payne

Lykke til med prosjektet!

## 8 Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse

### Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Dette er et spørsmål til deg som er masterstudent i psykomotorisk fysioterapi om å delta i en forskningsstudie. Denne studien er et masterprosjekt i forbindelse med min mastergrad i «psykomotorisk fysioterapi» ved UiT (UiT Det norske arktiske universitet i Tromsø). UiT er ansvarlig for studien. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Tidligere forskning og empiriske funn tyder på at det er elementer i det verbale, nonverbale og fysiske som ligger til grunn for pasient-terapeutrelasjonens utvikling. Både inne psykoterapi, fysioterapi og psykomotorisk fysioterapi fremheves relasjonen som det viktigste for at terapien skal holde frem. På bakgrunn av dette kan en anta at terapeuters relasjonelle kompetanse er avgjørende i behandling.

Som student i psykomotorisk fysioterapi lærer man gjennom flere arenaer. En har veiledning, praksisutøvelse, gruppebehandlinger, refleksjoner, teoretiske oppgaver og egenbehandling. For å bli psykomotorisk fysioterapeut med muligheten til å heve takst A9 krever NFF i dag en mastergrad og 20 timers egenbehandling. Dette må også ligge til grunn om en ønsker å utvikle seg videre til å bli spesialist i faget. Formålet med egenbehandlingen er at studenten skal bli bevisstgjort egen helse. Det at egenbehandlingen er et av kravene for å få takstkompetanse og mulighet for å bli spesialist kan tyde på at egenbehandlingen er viktig for psykomotorisk fysioterapeuters kompetanseutvikling.

Det finnes lite dokumentasjon om egenbehandlingens betydning i kompetanseutvikling i norsk psykomotorisk fysioterapi, men tidligere masteravhandlinger som tar for seg temaet viser at egenbehandling kan legge til rette for en personlig og en terapeutisk utvikling. Med det som bakteppe og ved å anerkjenne viktigheten av relasjon i terapi er jeg interessert i å få en dypere forståelse for hvordan studenter, som er på vei til å bli psykomotoriske fysioterapeuter, erfarer relasjonsdannelse i egenbehandling og hvordan dette påvirker deres egen praksisutøvelse og relasjonelle kompetanse.

**Problemstillingen:** *Hvilke erfaringer har studenter i psykomotorisk fysioterapi med relasjon i egenbehandling og hvordan bidrar disse erfaringene til utvikling av relasjonelle ferdigheter i egen praksis?*

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Rekrutteringen av deg som student har foregått ved at jeg har forespurt om mulige kandidater gjennom lærere, veileder og kollegaer. Kriteriene som er satt for deltagelse i denne studien er: Du har gjennomført minst 10 egenbehandlinger, er student på masternivå og praktiserer psykomotorisk fysioterapi på egen arbeidsplass.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Metoden som anvendes i denne studien er semi-strukturert individuelt intervju. Intervjuet baserer seg på spørsmål fra intervjuguiden, men det vil forekomme oppfølgingsspørsmål som ikke er en del av guiden for å få mer utfyllende informasjon. Det oppfordres til fri fortelling i intervjuet der formålet er å få tak i dine egne opplevelser, tanker og refleksjoner. Intervjuet vil bli gjennomført digitalt, enten ved bruk av «Teams» eller over telefon på grunn av nåværende situasjon med Covid-19-pandemi. Intervjuet vil ha en varighet på cirka 60-90 minutter.

Studien medfører ikke andre ulemper enn belastningen det er å delta i intervjuet og tiden du må avsette til dette. I publikasjonen vil det forekomme bruk av ulike teorier som omhandler relasjonsforståelse, kommunikasjon og samhandling. Dette vil påvirke hvordan dataen blir presentert, analysert og fortolket.

#### **Det er frivillig å delta**

Samtykke om deltagelse vil bli innhentet på lyd-opptak. Vedlagt vil du finne en samtykkeerklæring som viser deg skriftlig hva det er du samtykker til. Samtykket hentes inn muntlig for å begrense innhenting av personopplysninger.

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. Du kan ta kontakte meg eller veileder hvis du ønsker å trekke deg. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg om du velger å trekke deg fra prosjektet.

#### **Ditt personvern – hvordan opplysninger om deg blir oppbevart og tatt i bruk**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket og UiT sine retningslinjer for behandling av persondata. Det skal ikke være mulig å identifisere deg eller din terapeut i resultatene når prosjektet er ferdigstilt.

Konfidensialitet opprettholdes ved at din identitet ikke avsløres ved å aidentifisere all data. Datamaterialet kan inneholde helseopplysninger og skal derfor lagres i TSD (Tjenester for Sensitiv Data) i henhold til UiT sine retningslinjer. Alt råmateriale vil bli innhentet via passord beskyttet PC der lyd-materiale tas direkte opp fra PC til TSD Media Capture der lagring av data skjer i sikker mappe. Det er jeg og veileder Mari Norrøne som har tilgang til dataen og opplysningene vil ikke bli utlevert til andre. Ved transkribering aidentifiseres råmaterialet. UiT og jeg er ansvarlig for håndtering og sikring av data.

#### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Studien skal etter planen ferdigstilles innen Mai 2022. All informasjon slettes etter at prosjektet er ferdig og sensuren er godkjent, cirka. 31.12.2022.

#### **Dine rettigheter**

Hvis du ønsker å delta i studien har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og du vil bli gitt muligheten til å lese igjennom det transkriberte intervjuet. Du har videre rett til å korrigere eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Du vil også få muligheten til å lese ferdigstilt masterprosjekt hvis du ønsker. Som deltager i studien har du rett til å få informasjon om utfallet av studien.

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 muntlige samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet 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:

- Masterstudent ved UiT Norges arktiske universitet:  
Thea Dahl Hjelkrem  
Telefon: 934 90 380 eller mail: [thj004@uit.no](mailto:thj004@uit.no)
- Universitetslektor ved UiT /Veileder for masterprosjekt:  
Mari Norrøne  
Telefon: 981 31 006 eller mail: [mari.norrone@gmail.com](mailto:mari.norrone@gmail.com)
- UiT Personvernombud:  
Joakim Bakkevold  
Telefon: 776 46 322 / 976 915 78  
Mail: [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)

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](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

*Thea Dahl Hjelkrem*  
(Forsker / Masterstudent ved UiT)

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “*Betydningen av relasjonserfaringer i egenbehandling*” og har fått anledning til å stille spørsmål. Samtykket vil bli tatt opp på lydopptak og vil inneholde følgende:

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju basert på intervjuguiden der lydopptak anvendes for innhenting av data
- at data fra intervjuet blir brukt i forskningsprosjektet
- at Mari Norrøne (masterveileder) kan få innsyn i råmaterialet.
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

## 9 Vedlegg 3: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Innledningsvis:

- Informasjon om taushetsplikt og oppbevaring av data
- Fortelle om hovedtema i studien
- Innhente samtykke
- Oppfordre til å snakke fritt, være spontan, få frem egne følelser, tanker og holdninger. Gi gjerne eksempler.

#### Tema 1: Innledende spørsmål om behandlingsforløp

- Hvor studerer du?
- Hvor mange timer egenbehandling har du hatt?
- Har du hatt en eller flere terapeuter?
- Hvordan gjennomfører du din praksis? mange praksistimer har du hatt?

#### Tema 2: Erfaringer

*Problemstilling: Hvilke erfaringer har studenter i psykomotorisk fysioterapi relasjon i egenbehandling*

1. Kan du fortelle litt om hvordan det var eller er for deg å være i egenbehandling?
2. Kan du fortelle litt om hvordan du opplevde samarbeidet med din terapeut?
3. Er det øyeblikk eller hendelser som du husker spesielt godt eller som gjorde inntrykk på deg i behandlingen?
4. Kan du huske tilbake om det var en hendelse der du opplevde at det ble noen misforståelser eller brudd i kontakten med deg og din terapeut?

#### Tema 3: Utvikling av egen praksis og relasjonell kompetanse

*Problemstilling: utvikling av relasjonell kompetanse i egen praksis*

1. Av de erfaringene du nå har snakket om. Hvordan har de bidratt inn i din egen praksis og din utvikling i det å bli psykomotorisk fysioterapeut?
  - Tror du at en kunne lært deg det gjennom andre læringsarenaer?
2. Lærte du selv noe i egenbehandling som har vært nyttig i hvordan du selv skaper kontakt med dine pasienter?
  - Har det hatt noe betydning for opplevd kompetanse?
  - Har det hatt noe betydning for utvikling av ferdighet?
  - Har det hatt noe betydning for utvikling av kunnskap?
3. Hvordan har egne opplevelser vært med å påvirke din egen oppmerksomhet i møte med dine pasienter?
  - Er det noe som har blitt viktig for deg / mindre viktig? - hvorfor?



### **Avrunding:**

- Er det noe du tenker jeg burde ha spurt deg om eller noe annet du vil fortelle?
- Er det noe du nå har sagt som du ikke ønsker skal være med i studien?
- Er det noe du lurer på i forbindelse med intervjuet eller videre arbeid?
- Informasjon om hvordan henvende seg til meg eller veileder om det er spørsmål i ettertid.

# 10 Vedlegg 4: Kodingsarbeid

Kodingsarbeid Lene:

Meningsbærende enhet	Datadrevne koder	Memos	Kodegruppe
<p>I og med at jeg ikke var en sånn ... vanlig pasient som terapeuten tar inn på avtale men kom fordi at det er et krav(!) da ... Så ble det en litt annen intensjon i behandlingen kanskje? ... En annen intensjon og at jeg møtte opp da .... Jeg hadde ikke stått på venteliste og kjent at dette her(!) er noe jeg må(!) ha(!) for å klare meg, som kanskje noen pasienter gjør eller kan kjenne. Det var liksom en annen agenda med det ... Hvor det kanskje var litt lettere for terapeuten å (tenker seg om) ... å si at eller fremme at nå må du bare si fra hva du trenger i det her.</p>	<p><b>Ikke helt «vanlig pasient» og EB er ikke noe hun må ha.</b></p>	<p><i>Lene beskriver seg som annerledes enn en vanlig pasient. Hun er noe annet? Det kan virke som behandling for henne er noe annet enn behandling for de pasientene som kommer til psykomotorisk behandling.</i></p>	<p><b>Pasientrollen /Forhandling om roller</b></p>
<p>Det føltes jo trygt. Jeg var jo aldri i tvil på om det var trygt å være der men jeg ... Men det kjentes litt sårt også (tenker seg om) ... Det var litt mer sårt(!) ved det. Jeg kjente at det liksom kunne bli litt sånn ... litt klump i halsen, uten at jeg måtte bruke mye krefter på å holde igjen, men at det var noe som traff(!) ved liksom den bestemtheten og tydeligheten der(!) da ... Selv om jeg personlig ikke opplevde det som et sterkt angrep på meg som person så tenker jeg at noen andre som var litt mer sårbar enn meg(!) nok ville opplevd det som et angrep på seg selv som person da .... Og angrep på ens væremåte(!).</p> <p>Samtidig så kan det være en ressurs i det at hen tar tak i det(!) og er tydelig(!) .... Så jeg ble jo utfordra også da på en god måte også da(!). Og fikk reflektere over mine etablerte vanemønstre.</p>	<p><b>Bestemthet og tydelighet fra terapeuten kan oppleves som sårt</b></p> <p><b>Tydelighet kan også være en ressurs hos terapeuten</b></p>	<p><i>Lene beskriver sin sårbarhet i møte med terapeuten og at hun mulig opplever det som ubehagelig? Her har terapeuten makten til å utfordre henne. Et asymmetrisk forhold. Opplevelsen skaper refleksjoner om hvordan andre kan reagere på en slik tydelighet. Å være for tydelig kan oppleves som et angrep og mulig skape utrygghet?</i></p> <p><i>Tydelighet kan også være en ressurs fordi det utfordrer deg til å tenke over det som er etablert. En balansegang som terapeuten må mestre for at det ikke skal bli for utrygt?</i></p>	<p><b>Å bli utfordret</b></p>

Kodingsarbeid Ola

Meningsbærende enhet	Datadrevne koder	Memos	Kodegruppe
<p>Og så var det liksom det å komme til terapeuten(!) og få lov til å være hundre prosent pasient selv(!). For det fikk jeg lov til å være ... bare være helt pasient ... Ikke liksom tenke terapeut i det hele tatt (!). Og det synes jeg var utrolig befriende(!). <b>Så det var liksom det første som slo meg at det var utelukket deilig å få lov til å være pasient da(!) ... Og selv om terapeuten jo visste at jeg visste mye så var det liksom ... hen var veldig lite sånn til å fasilitere til faglig samtale. Det var mer sånn at om jeg tok opp ett eller annet så var hen veldig med, men hen var også veldig på(!) det med at jeg var der som pasient da(!). Og det synes jeg var utrolig digg.</b></p>	<p><b>Terapeut er «med på» at han skal være pasient</b></p>	<p><i>Ola beskriver å få lov til å innta en pasientrolle i EB. Hans terapeut bidrar til lite faglig samtaler som blir kan fungere som en tydeliggjøring av rollene de skal ha ovenfor hverandre. Her virker det som en forhandling og en måte å definere hvem de skal være for hverandre?</i></p>	<p><b>Forhandlinger om roller</b></p>
<p>Det var på en måte ikke som at hen ikke tok tak i det ... Hen bare gjorde det på et annet tidspunkt. ... Så når vi stod i det ... <b>Når jeg fikk en reaksjon, hvor jeg tenkte shit(!) nå merker terapeuten at jeg får en reaksjon. Jeg har ikke lyst til å ligge her å grine liksom. Det har jeg vertfall(!) ikke lyst til. Da ble jeg på defensiven med en gang ...</b> For jeg har jo ikke lyst til å få den da(!).</p> <p><b>Og så lå jeg å venta på at hen skulle si noe, men hen sa jo aldri noe.</b> Det skjedde ingen ting på en måte ... Hen bare fortsatte som ingenting og det var ikke noe problem i det hele tatt(!) ... Så tenkte jeg liksom at jaja(!) da(ler) ... Det var litt sånn digg(!) å slippe det liksom, for jeg hadde ikke lyst, som jeg sa, å få den tilbake igjen. Jeg merka jo at det skjedde noe og så ble jeg usikker for jeg hadde aldri opplevd det før .... Og så kom jeg tilbake gangen etter og var litt sånn. Tenkte kanskje at hen tar det nå (spørrende) men det gjorde hen ikke(!) ... <b>Hen nevnte ikke noe om det og det var helt greit ... Så da tenkte jeg at ok ... Da har jeg ryggen fri liksom (ler litt) ... Da det greit. Da er jeg trygg(!).</b></p>	<p><b>Å få en kroppslig reaksjon er avslørende</b></p> <p><b>Å ikke bli utfordret når man får en reaksjon oppleves som trygt</b></p>	<p><i>Ola opplever at kroppen avslører han i terapien og dette skaper motstand i han. Det virker til at det kan være utrygt og skape usikkerhet å bli så synlig i terapi? Kommer han i møte med egen sårbarhet?</i></p> <p><i>Når han opplever at terapeuten er avventende med å utfordre han videre kan han slippe opp noe av motstanden og han opplever økt trygghet i behandlingen. Terapeuten er den som har makten til være avventende og respektere hans kroppsspråk.</i></p>	<p><b>Kroppen avslører deg</b></p> <p><b>Å bli utfordret</b></p>

Kodingsarbeid Ane

Meningsbærende enhet	Datadrevne koder	Memos	Kodegruppe
<p>Jeg sa det jo at jeg synes det var krevende. Samtidig så la jo terapeuten vekt. Hen sa jo det var viktig med den berøringen hud mot hud. Men jeg ser jo selv at fordi det har vært krevende for meg så har det jo blitt noe jeg har tatt med meg videre da. I møte med mine pasienter ... I forhold til at jeg avveier når de trenger å ta av seg og ikke. At det er ikke alltid nødvendig og å kle av seg ... Hvis jeg ser at det blir for krevende.</p>	<p>Krevende å kle av seg, men terapeuten sa det var viktig</p>	<p><i>Ane opplever det som krevende å måtte kle av seg og blir på en måte overtalt av terapeuten om at det er viktig. En tydeligere maktubalanse kommer frem der terapeuten bestemmer rammene for behandlingen.</i></p>	<p>Å bli utfordret</p>
<p>Altså, terapeuten var jo klar over at jeg var student og derfor det ble jo slik at hen spurte meg jo en del om ulike teorier. Så ja, det er jo klart at når en har denne bakgrunnen som jeg har så blir det jo noe helt annet enn om en ikke har denne bakgrunnen å gå i denne behandlingen.</p> <p>Altså det at jeg visste litt hva hen så etter. Og gjerne at jeg følte litt på forventninger og sånn ... Jeg kunne jo føle på en del prestasjon også, som jeg ofte gjør i den situasjonen faktisk. Og at jeg skulle få til å gi slipp og gi etter og la meg bli beveget og ha en fri pust, sant? Så det kunne jeg kjenne en del på for jeg visste at det var ting som ble vurdert på en måte. En går inn der og skal være flink(!) (lang pause) (sukker) ... Ja altså det. Jeg opplevde jo flere ganger det å kjenne på den forventningen at jeg skulle prestere.</p>	<p>Terapeut er klar over at hun er student og spør om teori</p> <p>Å være student gjør at en vet hva som forventes</p>	<p><i>Ane opplever at terapeuten åpner opp for å spørre om teorier. Her åpnes det opp for at hun kan være noe annet enn en pasient?</i></p> <p><i>Ane beskriver å ha forventninger til seg selv som pasient fordi hun vet hvordan det er riktig å være i behandlingen. Kan det tenkes at det kan være en rollekonflikt mellom å være seg selv i behandling og det å være en flink pasient?</i></p>	<p>Forhandling om roller</p> <p>Forventninger til rollen (som pasient).</p>

