



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse og omsorgsfag

Fortolkning av kroppslige væremåter

En kasusbeskrivelse i psykomotorisk fysioterapi

Ole-Jonas Liereng

Masteroppgave i psykomotorisk fysioterapi HEL-3962 - November 2022

“Japansk zentradisjon bruker et talende uttrykk om det som skjer i dramatiske faser i menneskelivet, om det nå er et religiøst gjennombrudd eller en livskrise. Sottaku doji, sier man, “hakkingens samtidighet”. En kylling skal ut av egget. Det hakker og hakker fra innsiden. Samtidig hakker hønemor fra utsiden. Begges hakking er nødvendig. Men den folkelige visdom sier noe mer. Det er livsnødvendig at hakkingen innenfra og utenfra er avstemt til hverandre. Begge må hakke samtidig på den rette tid. Er hønemor for ivrig og forserer hakkingen, kan hun risikere at kyllingen ikke enda er livsdyktig. Kommer hakkingen for sent, kan kyllingen råtne i egget. Vi strever med å komme ut, hakker og står i. Noen hjelper oss utenfra: tilfeldige mennesker, hendelser, samtaler, møter, bøker vi leser. Tidspunktet er avgjørende for at et levedyktig liv skal komme ut av egget.”

Notto R. Thelle

Forord	5
Sammendrag	6
Abstract.....	7
1.0 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn og hensikt med oppgaven	8
1.2 Problemstilling	10
1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer	10
2.0 Teori.....	12
2.1 Fortolkning og samhandling.....	12
2.2 Fornemmelsens fenomenologi.....	13
2.3 Kroppens fenomenologi	14
2.4 Kroppens sosiokulturelle karakter	16
2.5 Kropp er også biologi	16
3.0 Vitenskapsteori og metode.....	18
3.1 Vitenskapsteoretisk posisjonering	18
3.2 Datainnsamling.....	19
3.3 Kvalitet i forskningsprosessen.....	24
3.4 Etikk	25
3.5 Transkribering.....	26
3.6 Analyse	28
4.0 Resultat og diskusjon.....	31
4.1 Presentasjon av datamaterialet	31
4.2 Bakgrunn for behandlingstimen	31
4.3 Organisering av behandlingstimen	31
4.4 Innledende samtale	32
4.5 Handlingssekvenser	36

5.0 Oppsummering og avsluttende kommentar	55
6.0 Kilder	56
Vedlegg 1 NSD sin vurdering	61
Vedlegg 2 Prosjektbeskrivelse (til fysioterapeut)	64
Vedlegg 3 Prosjektbeskrivelse (til pasient).....	67

Forord

Overgangen fra tradisjonell fysioterapi til psykomotorisk fysioterapi har jeg opplevd som både lærerik og krevende, men også omveltende. Overgangen har gitt meg en kvalitativt helt annen forståelse av fysioterapi som fag og den praktiske tilnærmingen. Gjennom et 3,5 årig studieforløp har jeg blitt mer ydmyk for faget mitt og kunnskapsforståelse som en helhetlig prosess. Jeg forstår nå godt hva som menes med at psykomotorisk fysioterapi er et modningsfag, og vet at jeg alltid vil lære noe nytt i møte med andre mennesker.

Jeg vil så gjerne takke deltakerne som lot seg bli filmet (og intervjuet). All respekt til den psykomotoriske fysioterapeuten som lot seg bli filmet gjennom én hel behandlingstime. Vi har begrenset informasjon om hva som faktisk foregår i klinisk praksis, og en slik åpenhet bidrar derfor til at man kan utvikle kunnskap om nettopp slike forhold. Takk også til pasienten som lot seg bli filmet til tross for sårbarheten hun måtte kjenne på av å være pasient i en aktuell behandlingssituasjon. Takk også til den eksterne psykomotoriske fysioterapeuten som lot seg intervjuet rundt samobservasjon av behandlingstimen.

Det har vært mye spennende læring i arbeidet med både studiet og denne oppgaven. Forhåpentligvis vil det gagne pasientene i klinisk praksis.

Takk til min individuelle veileder i masteroppgaven Cathrine Maria Boge-Olsnes for gode innspill og hjelp til å rydde tanker midt i en kaotisk prosess. Takk til Barbara Rebecca Mutonyi for nyttig innspill rundt kildehandtering. Takk til Anne Lene Jøranlid Utne for god individuell veiledning under studiet. Takk til Ingar og Inger for god og inspirerende egenbehandling under studiet. Takk også til medstudenter, lærere og alle andre som har bidratt med innspill til oppgaven, og takk for noen inspirerende år under utdanningen.

Sammendrag

Bakgrunn

Fortolkninger inngår som en naturlig del av klinisk virksomhet. Formålet med dette studier har vært å gå litt mer i dybden på fortolkning som fenomen i det kliniske møtet. Hensikten har vært å studere hvordan fortolkninger av kroppslige uttrykk og reaksjoner foregår i en behandlingssituasjon og analysere hvordan det påvirker det som skjer i det kliniske møtet.

Metode og materiale

Studiet tar utgangspunkt i en fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsforståelse, og presenteres gjennom en kasusbeskrivelse. Resultatene bygger på et video-opptak fra en behandlingstime i psykomotorisk fysioterapi og to intervju basert på samobservasjon av behandlingstimen. Første intervju ble gjennomført med terapeuten ansvarlig for behandlingstimen. Det andre intervjuet med en ekstern psykomotorisk fysioterapeut (ikke involvert i behandlingstimen). Søkelys i intervjuene har vært orientert rundt terapeutenes forståelse av viktige situasjoner som utspiller seg i møtet.

Resultater

Av resultatene fremgår det at den psykomotoriske fysioterapeuten fortolker og påpeker pasientens kroppslige væremåter og reaksjoner ved hjelp av en fenomenologisk kroppsførståelse. Fortolkninger tar hovedsakelig utgangspunkt i et overordnet tema for behandling, et abstrakt begrep; om pasienten tar plass eller ikke. I lys av dette fremgår det eksempler på flertydige situasjoner ved fortolkning av pasientens kroppslige væremåter og reaksjoner. Deltakerstruktur og type spørsmålsformuleringer virker å spille en avgjørende rolle for hvilke fortolkninger terapeuten gjør. Videre virker påpeking av vaner å skape brudd i samhandlingen og ubehagelige reaksjoner hos pasienten. Humor og føyelig atferd diskuteres her som ulike verktøy partene bruker for å tilpasse, og redde, enkelte situasjoner.

Konklusjon

Fortolkning og påpeking av pasientens kroppslig væremåter og reaksjoner viser seg å være en henholdsvis delikat og skjør prosess i det kliniske møtet. Aktuelle fremgangsmåter i å bevisstgjøre pasientens væremåter og reaksjoner, fremstår som interessante tema for videre forskning.

Abstract

Background

Interpretation is a natural element in clinical encounters. The aim of this research was to explore more in depth interpretation as phenomenon in a clinical setting. The purpose has been to study how interpretations of bodily expressions and reactions is organised during a treatment session and analyse how it affects what takes place in the clinical encounter.

Method and material

The study is based on a Hermeneutical and Phenomenological philosophy of science, and is presented as a case-study. The results of the study is based on a video recording of a treatment session in Psychomotor Physiotherapy and two interviews based on a review of the treatment session. The first interview was done with the physiotherapist responsible for the treatment session, and later another interview was completed with an external psychomotor physiotherapist (not involved with the treatment itself). The aim during interviews was to learn how therapists understand important situations taking place during the clinical encounter.

Results

It becomes clear that the psychomotor physiotherapist interprets and points out bodily habits and reactions of the patient according to a body-phenomenological philosophy of science. Interpretations predominantly build on the main topic of the session, an abstract term; whether the patient “makes space for herself or not”. In light of this, ambiguous situations are illustrated when bodily expressions and reactions are interpreted. The structure of participation and the way questions are being formulated, appears playing a significant role as to how the therapist lands on different interpretations. In addition, pointing out expressions seems to create breaches in the interaction and uncomfortable reactions for the patient. Humor and compliant attitude is discussed as simple means, used by therapist and patient accordingly, in order to adjust and recover the situations.

Conclusion

Interpretation and pointing out bodily expressions and reactions appears respectively to be a delicate and vulnerable process in the clinical encounter. The practise of making patients more conscious of their own bodily expressions and reactions, stands out as an interesting topic for further studies.

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og hensikt med oppgaven

Behandlingen i psykomotorisk fysioterapi (PMF) tar utgangspunkt i en grundig og systematisk vurdering av hele pasientens kropp (Øvreberg og Andersen, 1986; Thornquist og Bunkan, 1995). Terapeuten skaffer seg et innblikk i hvordan pasientens plager kan relateres til pasientens livserfaringer, mestringsstrategier, reaksjonsmønstre, samt kroppslig-bevegelsesmåter og -vanemønstre. Et overordnet mål med undersøkelsen er å utforske om pasienten har potensialer og/eller ressurser for å kunne oppnå bedre hverdagslig fungering. I behandlingen blir pasienten trukket inn som en aktiv og viktig deltaker, da pasientens deltakelse har betydning for behandlingsutfallet (Thornquist og Bunkan, 1995). Terapeuten hjelper pasienten med å utvikle en “konstruktiv selvopptatthet” (Øvreberg og Andersen, 1986), der pasienten hjelpes til å oppnå økt fortrolighet til egen kropp og bedre forståelse for sammenhenger mellom egne reaksjoner, kropp og følelser (Ekerholt et al., 2014; Thornquist og Bunkan, 1995). Målet med behandling er å oppnå kroppslig omstilling. Omstilling blir i PMF forstått som endring av respirasjon og spenningsgrad i muskulatur, og økt kroppsfornemmelse (Øvreberg og Andersen, 1986; Thornquist og Bunkan, 1995). Behandlingen skal imidlertid ikke overskride pasientens grenser i forhold til hva pasienten kan tåle av omstilling/endring (Thornquist og Bunkan, 1995). Det krever at terapeuten er sensitiv for pasientens reaksjoner og tilpasser behandlingen utifra disse. Behandlingen innebærer derfor en høy grad av oppmerksomhet på kropp og reaksjoner, og derav også følelser.

Med et slikt utgangspunkt, opplever jeg at fortolkning av kroppslige bevegelser og uttrykk blir et viktig element for å vurdere fremdrift i behandling. Terapeuten må vurdere når tiltakene skal justeres gjennom fortolkning av pasientens reaksjoner og væremåter. Vanligvis evalueres fremdriften av tiltak i PMF med henblikk på pasientens pust, for eksempel om pasienten holder pusten eller ikke (Ekerholt og Bergland, 2006; Øvreberg og Andersen, 1986; Thornquist og Bunkan, 1995).

Med bakgrunn i forutgående forståelse av PMF, gjelder det også å være *var* for reaksjoner og væremåter som oppfattes å være til hinder for pasientens fortrolighet med egen kropp. Terapeuten bør således gripe fatt i kroppslige reaksjoner som ikke samsvarer med pasientens ord, omtalt av Thornquist (2009) som dobbeltbudskap. Pasienten skal for eksempel ikke finne seg i ubehag, eller tie og tåle, men komme med med spontane reaksjoner når noe oppleves som ubehagelig (Thornquist og Bunkan, 1995). Den bakenforliggende tanken er at det oppstår en indre konflikt, når vi stadig “behersker” og “kontrollerer” kroppen. Når vi holder tilbake egne reaksjoner, demper egne uttrykk, og stadig tilpasser oss, reagerer kroppen med (autonome) stressreaksjoner (Kirkengen og Thornquist, 2020; Thornquist og Bunkan, 1995). Påfølgende kan det resultere i biologiske belastninger (Thornquist, 2009)¹. Pasienten kan enten bevisst eller ubevisst undertrykke egne reaksjoner, og slike mønstre vil bidra til at pasienten får dårligere kontakt med egne behov og følelser (Ekerholt et al., 2014; Freund, 1990; Hochschild, 2012; Thornquist og Bunkan, 1995).

I lys av nyere litteratur og forskning bør terapeuten reagere på ulike reaksjoner ansett som nyttig å løfte frem for å kunne hjelpe pasienten med å få bedre fatt på seg selv (Fagrelid, 2021; Gretland, 2007; Kristiansen og Ekerholt, 2022; Norrøne, 2020; Råheim, 2002).

¹ Thornquist viser til (Selye, 1956; Selye, 1973).

Eksempler på slike reaksjoner kan være at pasienten kniper munn, blir klam i hendene eller sløv i blikket. Om slike reaksjoner løftes opp til et meningsbærende nivå knyttet til subjektive erfaringer, kan det potensielt bidra til å skape en bedre forståelse av betydning og mening som ligger bak. På denne måten hjelpes pasienten til å utvikle en bedre forståelse av seg selv som person gjennom sine kroppslige reaksjoner, og slik kan også pasienten utvikle bedre fortrolighet til egen kropp (Fagrelid, 2021; Gretland, 2007; Kristiansen og Ekerholt, 2022; Norrøne, 2020; Råheim, 2002). Om terapeuten bremser opp ved slike reaksjoner, signaliserer terapeuten implisitt at det har betydning for videre fremgang. Videre kan det bidra til å skape situasjoner der partene i behandling undrer seg over reaksjonenes betydning (Thornquist, 2009). I følge Gretland (2007, s. 93) bør terapeuten også være *var* for pasientens spontanitet og initiativ, for dernest å gi gjensvar på slike uttrykk og bevegelser. Slik kan pasienten forstå hvordan væremåter både oppfattes og påvirkes av andre.

Samlet, er det altså mye terapeuten kan gripe fatt i, i en behandlingssituasjon. For at terapeuten skal ha mulighet til å kunne gripe fatt i slike væremåter og reaksjoner, må terapeuten ha evner til å foreta gode fortolkninger i det kliniske møtet. Min personlige erfaring gjennom klinisk praksis tilsier at fortolkninger av kroppslige bevegelser og uttrykk er både et utfordrende og et sårbart tema. Sistnevnte, spesielt når terapeuten legger frem egne fortolkninger av pasientens kroppslige uttrykk sammen med pasienten. Pasienten kan oppleve det som pinlig å oppdage sider ved seg selv, spesielt om det viser seg at slike atferdstrekk innebærer elementer av ambivalens eller selvdestruksjon (Finset, 2006). Min erfaring er at pasienten kan reagere med ulike emosjoner når terapeuten legger frem egne fortolkninger. Dessuten kan det være utfordrende å vite **hvilke** reaksjoner som er aktuelle å gripe fatt i og **når** en skal gripe fatt i disse. Dette har foret min nysgjerrighet for temaet som er grunnlaget for oppgaven.

Hensikten med denne oppgaven er å få en bedre forståelse for hvordan enkelte valg og fortolkninger løftes frem i en behandlingstime i PMF, og om det her foreligger noen nyttige erfaringer for videre praksis. Oppgaven har derfor til hensikt å plukke frem noen praksisnære beskrivelser som gir et innblikk i hvordan fortolkninger av pasientens væremåter og reaksjoner foregår i en behandlingssituasjon. Derfor har jeg valgt å filme en konsultasjon i PMF. Et slikt videomateriale sikrer tilgang på detaljer rundt samhandling mellom terapeut og pasient (Jordan og Henderson, 1995). I tillegg har et intervju av terapeuten, basert på samobservasjon av video-opptaket, gitt tilgang på terapeutens forståelse av ulike situasjoner, og delvis terapeutens intensjoner. På denne måten har det også blitt mulig å oppdage både tilsiktede og utilsiktede handlinger og reaksjoner, som følge av at kroppslige bevegelser og uttrykk fortolkes. Slik har det også blitt mulig å fortelle noe om hva som fungerer i det kliniske møtet (Thornquist, 2018). I tillegg har jeg gjennomført et intervju med en annen (ekstern) terapeut, slik at det blir mulig å løfte frem eventuelle ulikheter i fortolkning av kroppslig uttrykksformer og reaksjoner. Disse erfaringene kan bidra til å underbygge påstanden om kroppens flertydighet.

Fortolkningene som danner grunnlag for denne oppgaven gjøres altså i behandlingssituasjon. En behandlingssituasjon består (som oftest) av et møte mellom to handlende personer (heretter kalt aktører/partner) som forsøker å skape et samarbeid om et felles prosjekt. I psykomotorisk fysioterapi er det pasientens kroppslige plager som danner utgangspunkt for samarbeidet (Gretland, 2007; Gretland, 2016; Thornquist og Bunkan, 1995). Det innebærer en kontinuerlig oppmerksomhet og vurdering av pasientens kropp. Det er pasienten som søker hjelp og det er pasientens kropp som er "gjenstand" for observasjon. Behandlingssituasjonen

er derfor i utgangspunktet asymmetrisk (Øien et al., 2011; Thornquist, 2009; Zachrisson, 2008). I denne oppgaven har jeg derfor også sett på deltakerstrukturen i samhandling mellom aktørene i behandling. Deltakerstruktur er her, i denne oppgaven, blitt definert som “*partenes bidrag og tilpasning til hverandre*”, etter inspirasjon fra studiet til Gretland og Thornquist (2003, s. 18). I dette studiet ble “deltakerstruktur” mellom fysioterapeut og pasienten studert med fokus på å forstå hvordan det påvirker samhandlingen (Gretland og Thornquist, 2003), mens i denne oppgaven ønsker jeg å studere hvordan deltakerstrukturen påvirker fortolkning av kroppslige reaksjoner. Jeg ønsker å studere om det er en slags form for mønstergjentakelse med hensyn til hvordan fortolkninger foregår i møtet. Hvem tar initiativ til å løfte frem kroppslige reaksjoner og drøfte mening til disse, og hvem avgjør betydningen relatert til de ulike reaksjonene?

1.2 Problemstilling

Basert på innledningen ovenfor, har oppgaven følgende problemstilling;

Hva skjer i behandling når terapeuten presenterer sine fortolkninger av pasientens kroppslige bevegelser og uttrykk, og hvordan foregår slike fortolkninger i møtet?

- En kasusbeskrivelse med grunnlag i en behandlingstime i psykomotorisk fysioterapi.

1.3 Avgrensninger og begrepsavklaringer

1.3.1 Avgrensninger

Problemstillingen utgjør en avgrensning og et valg jeg som forsker har tatt basert på det jeg ønsker å belyse i den aktuelle behandlingstimen. Det innebærer at det er andre interessante temaer som ikke blir belyst eller i mindre grad får oppmerksomhet i denne teksten.

Hovedtema for oppgaven har vært sentrert rundt fortolkninger i klinisk praksis.

Oppgaven bygger på hendelser fra én enkelt behandlingstime. På denne måten blir det vanskelig å si noe om behandlingsforløpet som helhet. Åpenbart betyr det også at resultatene i oppgaven ikke kan påstå å representere hele praksisfeltet i PMF. En slik avgrensning har likevel gjort det mulig å belyse enkelte nyanser ved praksis. Slik praksiskunnskap bygger på erfaringsnære beskrivelser, som er både komplekse og sammensatte, ettersom slike beskrivelser ofte omhandler abstrakte begreper (Thornquist, 2018). Kunnskaps-erhvervsen blir derfor tidkrevende, og gitt at det er visse tidsbegrensninger i arbeidet med en masteroppgave blir det naturlig å begrense antall kasus til et minimum. Jeg har derfor valgt å ta utgangspunkt i ett kasus.

Når det gjelder PMF, så har jeg gitt en svært kortfattet faglig beskrivelse innledningsvis, som jeg opplever relevant nettopp for denne oppgaven. Denne oppgaven henvender seg i første omgang til terapeuter innen PMF, og med det så tar jeg det for gitt at leseren kjenner til faget. Jeg viser heller til annen aktuell litteratur for litt mer innføring i PMF som fag².

² Aktuell litteratur ved behov for en en kort innføring i faget (Gretland, 2016; Øvreberg og Andersen, 1986; Thornquist og Bunkan, 1995). Jeg vil også presisere at PMF er et praktisk fag og et modningsfag, slik at gjennomgående forståelse krever lengre fartstid innen feltet med tilegnelse av både teoretisk og praktisk kunnskap. Egenbehandling blir også ansett som viktig for god faglig forståelse (Teigen, Ekeli og Sviland, 2020), og for bedre forståelse av egen rolle som terapeut i det relasjonelle i møtet (Hjelkrem, 2022).

1.3.2 Begrepsavklaringer

I oppgaven bruker jeg flere ord og uttrykk om hverandre som viser til samme fenomen. Bakgrunnen for det er at jeg vil vise hvordan flere uttrykk kan omtale nettopp samme fenomen, men også fordi jeg ønsker å skape en litt mer levende tekst.

Opgaven er sentrert rundt fortolkning av kroppslige reaksjoner og væremåter, såkalt nonverbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon impliserer hvordan mennesker kommuniserer seg i mellom, på alle ulike måter, foruten ord (Sebeok, Umiker-Sebeok og Kendon, 1981). Begrepet viser til menneskets kommuniserende funksjon gjennom kroppslig aktivitet [og bevegelser]; herunder gester, ansiktsuttrykk og -orientering, kroppslig holdning og plassering, men også berøring, lukter og talemåter (Sebeok, Umiker-Sebeok og Kendon, 1981)³. I oppgaven bruker jeg begrepene; *kroppslige* signaler, *kroppslige* uttrykk, *kroppslige* væremåter, *kroppslige* bevegelser og *kroppslige* handlinger. Begrepene utgjør ulike fasetter relatert til ulike former for nonverbal kommunikasjon. I all hovedsak viser disse begrepene hvordan personen, via nettopp kroppen, avgir⁴ enkelte budskap.

Videre bruker jeg flere betegnelser om fortolkning, herunder; fornemmelser, oppfattelser, opplevelser, og sansninger. Maurice Merleau-Ponty bruker begrepet “sensing” (Merleau-Ponty, 2012), og i teksten har jeg oversatt dette begrepet til fornemmelse. Jeg opplever at begreper som oppfattelse og opplevelse har nær tilknytning til fornemmelse, og videre blir det for meg naturlig å trekke inn begrepet tolkning/fortolkning som en direkte konsekvens av disse prosessene.

³ Å skille non-verbal kommunikasjon fra verbal kommunikasjon er i prinsippet misvisende. Disse kommunikasjonsformene henger sammen og supplerer hverandre til enhver tid. Skillet må derfor forstås som menneskeskapt av analytiske grunner (Sebeok, Umiker-Sebeok og Kendon, 1981). Begrepet non-verbal kommunikasjon er dessuten misvisende i seg selv, da det signaliserer hva slags kommunikasjon det ikke dreier seg om. Implisitt blir det derfor mulig forstå verbal kommunikasjon som det primære, men begge former er like viktige. Vi kan ikke “ikke-kommunisere” - vi kommuniserer hele tiden (Thornquist, 2009).

⁴ Vi både “gir” og “avgir” informasjon, og det er i det hele tatt vanskelig å skille om den informasjonen personen “avgir” er intensjonell eller ikke (Goffman, 1963).

2.0 Teori

2.1 Fortolkning og samhandling

Fortolkninger er noe vi gjør hele tiden. Disse prosessene foregår stort sett ubevisst, men noen ganger også gjennom bevisst refleksjon. Det er mulig å si at fortolkninger utgjør en slags oppfatning eller representasjon av virkeligheten slik vedkommende ser den. Hermeneutikken, som jeg kommer tilbake til senere, har vært opptatt av å diskutere læren om fortolkning og forståelse (Krogh, 2009). Fordommer er et sentralt tema for hermeneutikken. Fordom blir forstått som vår forutgående forståelse om det vi oppfatter (Krogh, 2009). Slik at når vi ser et skuespill, hører en sang, eller har andre opplevelser i hverdagen, så fortolker vi en unik mening relatert det vi ser og hører basert på tidligere erfaringer, minner og assosiasjoner (Thornquist, 2018). *“Fortolkning⁵ er [derfor] den meningen en person finner i for eksempel en tekst, et kunstverk, et skuespill, en handling eller i et utsagn”* (Pettersen, 2022). I et slikt perspektiv blir fortolkninger sett på som noe subjektivt og unikt i seg selv.

Møtet mellom aktørene i en behandling består av flere samhandlings-situasjoner der væremåter bevisst eller ubevisst fortolkes. I prinsippet er samhandlings-situasjoner flertydige (De Jaegher, 2018; Skjervheim, 2002). Vi kan misoppfatte intensjonen som ligger bak en uttrykksform eller handling, og det vil få betydning når terapeuten prøver å fortolke kroppslig væremåter og uttrykksformer hos pasienten.

Målet med samhandling er derfor å prøve og skape en felles meningsdannelse, samtidig som at partene godtar hverandres unike perspektiver på verden, omtalt som intersubjektivitet (De Jaegher, 2018)⁶. De Jaegher (2018) er opptatt av hvordan partene *sammen* danner en felles meningsdannelse gjennom handlinger og interaksjoner. Stern (2007) omtaler intersubjektivitet som en mental kontakt der partene *“leser innholdet i den andres sinn”* (s. 93). Stern (2007) viser til spedbarnsforskning⁷ som tilsier at vi har evne til å tolke andre menneskers intensjoner (med mer) på et nivå forut for språket ved å vurdere forhold som ansiktsuttrykk, bevegelser, holdninger og toneleie. Slik skaper partene et mentalt liv i felleskap (Stern, 2007, s. 94-95). Stern (2007) hevder derfor at mye av felles forståelse og meningsdannelse foregår på et implisitt stadium. Barnet lærer blant annet hvordan det skal reagere i enkelte situasjoner ved å speile morens følelser (Stern, 2007). Slike øyeblikk blir av Stern (2007) omtalt som *“nå-øyeblikk”*, der det oppstår en form for *“intersubjektiv bevissthet”*. Det innebærer at partene har omtrentlig like oppfattelser av en situasjon, slik at begge kan oppnå en felles tilhørighet i det *“mentale landskapet”* (Stern, 2007, s. 134-135). Stern (2007)⁸ argumenterer således for at behandling bør vektlegge prosessen [opplevelser], fremfor søken etter mening [forhastede fortolkninger]. Videre forstår jeg det slik at Stern (2007) opplever implisitt viten som tilstrekkelig for å kunne oppnå forandring i det kliniske møtet. Når individet får gjentakende

5 Det er også mulig å tillegge ulik betydning til ordene fortolkning, fortolking, tolkning og tolking. Tolking og fortolking (uten n) blir omtalt som selve prosessen, hvorav tolkning og fortolkning er sluttresultatet. Tolking omhandler ord eller betegnelse, mens fortolkning utgjør en større helhetlig betydning eller forståelse (Pettersen, 2022). Jeg har ikke vært så streng med å skille disse ordene, men veksler heller mellom bruken av ordene tolkning og fortolkning i oppgaven.

6 De Jaegher viser til Jessica Benjamin sin definisjon (Benjamin, 2004, s. 5).

7 Se også blant annet (Stern, 2000).

8 Stern viser til behandling i psykoterapi. Fortolkningene vil også bestå av implisitte prosesser, da både det eksplisitte og implisitte er vevd sammen (Stern, 2007).

erfaringer på det implisitte plan, vil det etter hvert forandre seg. Eksplisitte fortolkninger er således ikke nødvendig i seg selv (Stern, 2007).

Om vi tar videre utgangspunkt i Sterns teori, blir forståelse av kroppslige bevegelser og væremåter en inngangsport til den andres sinn. En lignende forståelse kan vi finne i PMF: *“I PMF er den levde kroppen innfallsvinkelen til personen”* (Gretland, 2016, s. 140). Kroppene våre er derimot flertydige (Gretland, 2007; Morris, 1977; Sebeok, Umiker-Sebeok og Kendon, 1981; Thornquist, 2009), og kroppen er ikke innskrevet med tekst (Gretland, 2016). Fortolkninger av kroppslige væremåter og reaksjoner kan derfor by på flere utfordringer i det kliniske møtet. For terapeuten kan det derfor være aktuelt å sikre gyldighet til egne vurderinger av pasientens væremåter gjennom å forklare egne fortolkninger sammen med pasienten. Språket kan her fungere som et hjelpemiddel for å få tilgang på pasientens erfaringer og intensjoner (Thoresen, Rugseth og Bondevik, 2020; Thornquist, 2018). Ble du lei deg? Ble du overrasket? Var det det du mente? Hva vil du? osv. Stern (2007, s. 189) kaller det for “verbalt oppklaringsarbeid”. Samtidig er slike forhold basert på pasientens egne narrative bidrag. Narrativ blir her forstått som en fortelling der personen sammenfletter egne erfaringer, men som Øien (2013, s. 18) også skriver; *“narrativ er fortalt og erfaringer levd”*. Utvikling av narrativ kan hjelpe pasienten å begrepsfeste og nyansere kroppslige erfaringer, men samtidig utgjør det en abstrahering på et nivå som er litt fjernere enn den opprinnelige erfaringen i seg selv (Merleau-Ponty, 2012; Øien, 2013; Stern, 2007). Noe vinnes og noe går tapt i det erfaringer språkliggjøres (Stern, 2007). Merleau-Ponty (2012, s. 181) påpeker at “å bli satt merkelapp på” kan bidra til en distansering fra det individuelle og unike. Pasienten kan også føle seg vurdert og bli reservert når slike fortolkninger legges frem i møtet (Merleau-Ponty, 2012; Skjervheim, 2002). Terapeuten må dessuten avfinne seg med at egne fortolkninger utgjør en representasjon av egne oppfattelser og normative vurderinger (Skjervheim, 2002). Slikt sett, bør terapeuten legge opp til at pasienten selv får bidra med egne refleksjoner og tanker når kroppslige uttrykksformer fortolkes. På denne måten vil terapeuten få innblikk i pasientens meningsverden og redusere den objektive holdningen til pasientens atferd. Til syvende og sist, er terapeuten bruk av fortolkninger basert på kliniske vurderinger. Terapeuten må vite at det har både fordeler og ulemper å komme med fortolkninger i det kliniske møtet (Stern, 2007).

2.2 Fornemmelsens fenomenologi

Merleau-Ponty (2012) fremhever hvordan fornemmelser involverer kroppen og hvordan fornemmelser er både mangefasettert og flertydig. I følge Merleau-Ponty (2012) begriper vi deler av en større verden, som et slags ufullstendig utsnitt av det som finnes. På bakgrunn av dette skaper vi oss en virkelighet som oppleves som fullstendig og meningsfull. Det hele skjer på bakgrunn av et gjensidig forhold mellom tidligere erfaringer (levd liv) og den aktuelle situasjon vi står ovenfor (Merleau-Ponty, 2012). Vi tilfører mening til det vi ser og hører i lys av våre minner og erfaringer. For eksempel; når jeg ser en pasient i klinisk praksis, forstår jeg pasienten gjennom mine livserfaringer og på bakgrunn av tidligere møter med pasienter. I behandlingssituasjonen presenteres kun et lite utsnitt av pasientens fullverdige liv og væremåte. Likevel danner jeg meg et fullstendig bilde i lys av mine tidligere erfaringer og det jeg plukker opp som relevant i det aktuelle møtet.

2.3 Kroppens fenomenologi

Merleau-Ponty er kjent for å ha knyttet kroppen til fenomenologien og for en tydeliggjøring av blant annet hva som menes med kroppens subjektivitet (Thornquist, 2009). I avsnittene som følger, gjør jeg rede for hvordan slike ulike subjektive forhold kan manifestere seg i kroppen. En refleksjon rundt slike forhold virker å være relevant ved fortolkninger av kroppslige uttrykksformer, bevegelser og reaksjoner.

2.3.1 Erfaringer inkorporeres

Merleau-Ponty (2012) sin kroppsforståelse kaster lys over et flertydig, komplekst og gjensidig samspill mellom kropp og verden. “Et brent barn skyr ilden”, er et kjent uttrykk, og et fenomen som nevnes i Merleau-Ponty sitt hovedverk (Merleau-Ponty, 2012). Denne analogien gir et bilde på hvordan erfaringer nedfeller seg i kroppen og bidrar til at fenomener lades med ulike valører. Barnet som berører flammen, utvikler en respekt (og kanskje en frykt) for den. Merleau-Ponty (2012) tydeliggjør hvordan kroppen utgjør ankerpunktet og redskapet for både å kunne *ha* og *forstå* en verden. Vårt forhold til verden kommer til uttrykk gjennom blant annet gester, smil og toneleie med mer (Merleau-Ponty, 2012). Slike kroppslige uttrykk bidrar til at situasjoner skapes og endres, uten at vi nødvendigvis er klar over det selv (Thornquist, 2009). En kroppsstilling kan for eksempel være bestemmende for ens egen og andres oppfattelse av hvem du er (Thornquist, 2009), og sier noe om hvordan personen forholder seg til seg selv og verden forøvrig (Merleau-Ponty, 2012).

Kroppen spiller også en viktig rolle for våre følelsesuttrykk (Merleau-Ponty, 2012; Øvreberg og Andersen, 1986; Thornquist og Bunkan, 1995). “[Følelsene] kjennes i kroppen,” [...] og “...for å bli bedre på å forstå følelsene dine må du dermed også føle” (Stiegler, Sinding og Greenberg, 2018, s. 12). Kroppen spiller altså en viktig rolle for hvordan vi kan forstå egne følelser. Kroppen utgjør altså vårt verktøy for å kunne uttrykke abstrakte forhold i en mer konkret forstand (Merleau-Ponty, 2012; Skårderud, 2006). Mange emosjonelle tilstander er [derfor] også tilgjengelig for observasjon (Gretland, 2007). Om det er noe som fascinerer en person, så beveger personen seg på en annerledes måte, enn om det er noe som vekker avsky, og slik kan vi “...fornemme om en person er spent eller ledig, skuffet eller ivrig, nedfor eller ovenpå, trist eller munter og så videre” (Gretland, 2007, s. 72). Den kroppslige måten følelser konkret oppleves og uttrykkes på, er derimot unikt og individuelt; kroppen løser dette på ulike måter (Freund, 1990; Merleau-Ponty, 2012). Likevel er det noen generelle tendenser for hvordan følelser kommer til uttrykk i kroppen (Stiegler, Sinding og Greenberg, 2018); tristhet, glede, frykt, sinne, overraskelse og avsky er eksempler på følelser som har noen karaktermessig observerbare trekk (Darwin, 1899). Derimot som en konkret kroppslig opplevelse, kan følelsen ta form gjennom for eksempel smerte eller stivhet, i enten skulder eller rygg, eller i form av en klump i magen. Dette er bare eksempler. Poenget er at opplevelsen varierer fra person til person.

2.3.2 Kroppen som subjekt og objekt

Som mennesker må vi forholde oss til kroppen som en tvetydig enhet; både som subjekt og som objekt (Merleau-Ponty, 2012). Kroppen er alltid *med* oss og en *del* av oss, og står derfor i motsetning til andre objekter eller gjenstander i verden; vi kan omgå gjenstander og innta dem fra ulike perspektiver, men vi kan aldri gå rundt vår egen kropp (Merleau-Ponty, 2012). Dette tvetydige forholdet til kroppen gir tilgang på såkalte “doble sansninger”, slik at vi kan både se og bli sett, og berøre og bli berørt (Merleau-Ponty, 2012).

I en fysioterapikonsultasjon er det helt vanlig at pasienten presenterer sin kropp med sine kroppslige plager. Merleau-Ponty (2012) hevder at individet reduseres til et objekt når kroppen blir beglodd og gjort til gjenstand for vurdering av andre. Slik blir det også mulig å konstruere situasjoner der individet reagerer med atypisk og klumsete atferd (Merleau-Ponty, 2012). En sentral oppgave for terapeuten blir derfor å gjenvinne søkelys på kroppen som subjekt, det vil si å vektlegge pasientens opplevelser av sin egen kropp.

2.3.3 Konkrete og abstrakte bevegelser

Merleau-Ponty (2012) skiller mellom konkrete og abstrakte bevegelser. Konkrete bevegelser blir forstått som bevegelser relatert til spesifikke situasjoner, slik som mange av de bevegelsene vi gjør i hverdagen. Disse bevegelsene foregår derfor helt uten oppmerksomhet og analytisk tenkning, hvorpå kroppen fungerer som et instrument for bevegelse (Merleau-Ponty, 2012). Derimot når kroppen selv er i fokus, så begynner vi å studere og analysere hvordan bevegelsene henger sammen. Slike bevegelser blir av Merleau-Ponty (2012) omtalt som abstrakte bevegelser der kroppen gjøres til et objekt.

Vår evne til å skille mellom slike abstrakte og konkrete bevegelser handler om hvordan vi kan veksle bevisstheten til vår egen kropp og innta ulike perspektiver på verden (Merleau-Ponty, 2012). Vi er imidlertid alltid bevissthet og kropp samtidig (Merleau-Ponty, 2012). Det er først⁹ når sykdom inntreffer vi “tvinges”, i mer eller mindre grad, til å legge merke til kroppens bevegelser i henhold til relaterte utfordringer i hverdagslige oppgaver (Toombs, 1995). Vi kan også bruke kroppen bevisst, i mer eller mindre grad, til å avgi bestemt informasjon med bakgrunn i hva slags fasade vi ønsker å opprettholde i ulike sosiale situasjoner (Goffman, 1992).

2.3.4 Læring av bevegelser og vaner

Merleau-Ponty (2012) benytter seg av begrepet kroppskjema for å omtale inkorporerte vaner. Å lære seg å sykle eller spille et instrument krever mye oppmerksomhet første gang, men når slike muligheter og bevegelser har blitt lært, kan vi si at de har blitt inkorporert (Leder, 1990, s. 30-32). Bevegelsene lagres i kroppens hukommelse og trer inn i bakgrunnen, slik at vi kan glemme den oppmerksomheten som disse bevegelsene en gang krevde (Leder, 1990). Slike kroppskjema dannes på bakgrunn av de aktivitetene vi inngår i, og utgjør således en praktisk inkorporering av både situasjons- og oppgavebetingede aktiviteter (Merleau-Ponty, 2012, s. 102). Det betyr at kroppen er ubevisst bærer av ulike erfaringer og vaner, såkalt taus kunnskap (eller kroppsliggjorte erfaringer), som forenkler praktiske gjøremål og situasjoner i hverdagen (Merleau-Ponty, 2012; Thornquist, 2009). Det betyr også at våre vaner utgjør et uttrykk for hvordan vi har lært oss å omgå andre på en best mulig måte (Gretland, 2007, s. 25). I behandlingssituasjon kan det derfor dukke opp kroppslig uttrykk og væremåter hos pasienten, som pasienten selv ikke har vært oppmerksom på tidligere.

⁹ I moderne tid har det blitt en tendens til å vie kroppen oppmerksomhet i både behandling og ulike populære bevegelestradisjoner (Yoga, Mindfulness, Basal Kroppskjennskap og kroppsbevissthetstrening med mer.) Et dansk studie innen sosiologi har imidlertid vist at Mindfulness fort kan bli brukt som en teknikk og at slik praksis ikke alltid gir mening for deltakerne (Grünenberg, Kjærgaard Walker og Skov Knudsen, 2009). Kanskje praksisen blir for abstrakt for deltakerne?

2.3.5 Kroppens flertydighet

Kroppen består av sammensatte og flertydige budskap, slik at kroppen kan være vanskelig å forstå og fortolke (Thornquist, 2009). Handlinger og kroppslig væremåter kan ha ulik betydning i ulike sammenhenger og kulturer (Morris, 1977), og er i seg selv situasjonsavhengig (Freund, 1990). Kroppslige væremåter og bevegelser må derfor forstås ut ifra en bestemt kontekst (Thornquist, 2009). De vaner som fremstår i klinisk praksis er derfor, antageligvis, kun et utsnitt av det som gjelder for personens atferd forøvrig.

2.4 Kroppens sosiokulturelle karakter

Kroppen speiler også trekk ved samfunnet forøvrig (Kirkengen og Thornquist, 2020). Samfunnsmessige forhold bidrar til visse innordninger for hvordan vi er tilbøyelig til å handle, føle og reagere i ulike situasjoner (Freund, 1990; Maggio, 2018; Thornquist, 2009; Thornquist, 2018).

Bourdieu (2002) hevder at vår relasjon til verden og hvilken plass vi har rett på, kommer til uttrykk gjennom måten vi føler oss berettiget til å ta den fra andre. På denne måten er det mulig å forstå etablerte kroppsholdninger, bevegelser og gester som en *“praktisk måte å erfare og å uttrykke den følelsen en har av sin egen sosiale verdi på”* (Bourdieu, 2002, s. 220). Bourdieu (2002) fremhever her hvordan mennesker gjennom holdninger og gester gjør det mulig å innta rommet på en måte som virker trygg eller usikker. Taletiden og måten individet oppnår sin taletid på, sier for eksempel noe om hvordan individet vurderer sin egne sosiale verdi (Bourdieu, 2002). Slik blir det også mulig å gjøre fortolkninger av pasientens kroppslige fremtoning med en vurdering relatert til pasientens opplevelse av trygghet i seg selv som person. Å ta mer plass - i fysisk forstand - relateres i en slik sammenheng til pasientens selvfølelse.

Gretland (2006, s. 67) gjør rede for hvordan symbolsk makt¹⁰ kan komme til uttrykk gjennom kroppslige bevegelser og uttrykksformer. Symbolsk makt sier her noe om hvordan et individ har lært seg å gå inn i sosiale relasjoner som den dominerende eller underdanige part. Tidligere relasjonelle erfaringer bidrar til at individet ureflektert gjenskaper bestemte bevegelsesmåter i møtet med nye hendelser. Disse væremåten kan ha vært hensiktsmessig i fortiden, men kan fremstå som uhensiktsmessig og som et hinder for at individet kan oppnå nye erfaringer og sunne relasjoner (Gretland, 2007, s. 67).

Som mennesker har vi iboende behov for å bevege oss, gestikulere og uttrykke oss selv (Morris, 1977). Dersom væremåtene blir *for* rigide eller *for* fleksible, kan det medføre at personen får vansker med å åpne opp for nye situasjoner og/eller mister kontakt med seg selv (Gretland, 2007). Vi trenger både stabilitet og fleksibilitet i våre væremåter for å ivareta en balanse og unngå ytterpunktene (Gretland, 2007).

2.5 Kropp er også biologi

Kropp er også biologi. Alt ved kroppen er ikke nødvendigvis meningsbærende, da noe også er biologisk bestemt. Enkelte kroppslig forhold kan være resultat av kroppens genetik, biologi og anatomiske sammensetning. Et vanemønster og et kroppslig symptom kan for eksempel være resultat av en vevsskade oppstått som følge av fysisk eller psykisk overbelastning. I

¹⁰ Gretland viser her til begrepet symbolsk makt omtalt av (Bourdieu, 1999)

denne oppgaven har det derimot vært mer aktuelt å se på kroppens kommunikative funksjon i et kroppsfenomenologisk perspektiv. Når det er sagt, så kan slike væremåter bli forstått som hensiktsmessige i kommunikativ forstand, men uhensiktsmessig i biologisk forstand. For eksempel, å sitte “rakrygget” kan for enkelte ha en kommunikativ funksjon der holdningen ivaretar en form for integritet i situasjonen, men om stillingen vedvarer ukritisk kan den også medføre uhensiktsmessig biologiske belastninger med påfølgende anspenhet og eventuelt smertelager (Gretland, 2016). Det er også en sammenheng mellom emosjonelle belastninger og biologiske (fysiologiske) forandringer i kroppen; sykdom har sammenheng med for eksempel langvarig stress, angst, depresjon med mer (Freund, 1990; Henriksen, Nilsen og Strandberg, 2022; Kirkengen og Thornquist, 2020).

Kroppens biologi er derimot et mindre relevant tema for denne oppgaven, men nevnes likevel her da det bidrar til kroppens flertydighet. Det er forhold som fysioterapeuter selvfølgelig bør være klar over og ta hensyn til ved fortolkning av kroppslige væremåter og plager.

3.0 Vitenskapsteori og metode

Jeg minner om problemstillingen til oppgaven;

Hva skjer i behandling når terapeuten presenterer sine fortolkninger av pasientens kroppslige bevegelser og uttrykk, og hvordan foregår slike fortolkninger i møtet?

- En kasusbeskrivelse med grunnlag i en behandlingstime i psykomotorisk fysioterapi.

I boken Vitenskapsfilosofi og Vitenskapsteori - for helsefag (2018) argumenteres det for hvordan forskningen bør være gjenstandsspesifikk. Det vil si at forskningens metodevalg og gjennomføring bør peke tilbake på selve problemstillingen. Problemstillingen i denne oppgaven inneholder abstrakte og meningsfulle begreper. Det betyr at problemstillingen påkaller bruk av kvalitative forskningsmetoder og besvares best med erfaringsnære begreper (Thornquist, 2018). *“Sosialt liv [og samhandling] må beskrives i et språk som referer til mennesket som meningsbærende og fortolkende”* (Thornquist, 2018, s. 244).

I arbeidet med denne oppgaven er det flere valg og detaljer som jeg vil presentere slik at det blir tydeligere for leseren på hvilket grunnlag problemstillingen er blitt besvart. Mine bidrag som forsker og hvordan jeg har tydeliggjort disse bidragene, anses som avgjørende for oppgavens validitet. I kvalitativ forskning blir slike forhold omtalt som henholdsvis “refleksivitet” og “transparens” (Thoresen, Rugseth og Bondevik, 2020; Thornquist, 2018).

Videre vil jeg derfor si litt mer om måten jeg har gjennomført observasjon og intervju (metode), og om hvordan jeg har gått frem ved innhenting, transkribering og analyse av datamaterialet. Jeg vil også gjøre rede for etiske forhold relatert til oppgaven, og gå litt mer i detalj på både ontologisk tenkning og epistemologiske begrunnelser. Jeg diskuterer kritiske tanker til enkelte metodevalg og løfter frem noen aktuelle begreper som sier noe mer om kvaliteten til oppgaven. Leseren kan derfor selv avgjøre om forskningen er pålitelig eller ikke (Kvale og Brinkmann, 2015).

3.1 Vitenskapsteoretisk posisjonering

Oppgaven er forankret i en fenomenologisk- og hermeneutisk vitenskapsteori.

Fenomenologien åpner opp for at sannheten er relativ, avhengig av blant annet hvem som spør, hva det spørres om og hvilken kontekst som favner situasjonen kunnskapen trer frem i (Thoresen, Rugseth og Bondevik, 2020; Thornquist, 2018). Fenomenologien utgjør således et bestemt perspektiv å danne forståelse fra, der det ofte gjelder å få innblikk i hvordan personer *“erfarer sin situasjon, hva de føler, tenker, og opplever og hvilken betydning [situasjonen har for den det gjelder]”* (Thoresen, Rugseth og Bondevik, 2020, s. 12). Med fenomenologisk vitenskapsteori er det vanlig å se nærmer på såkalte tatt-for-gitt-heter, og slik blir det mulig å løfte frem ulike nyanser, betydninger og perspektiver på ulike fenomener (Thoresen, Rugseth og Bondevik, 2020).

I hermeneutikken har et sentralt anliggende vært å vite noe mer om hvordan vi kan danne forståelse, og hermeneutikken har derfor blitt omtalt som fortolkningslære (Thornquist, 2018). Hermeneutikken var opprinnelig egnet for analyse av tekster, men i mer moderne tid har hermeneutikken også fått relevans innen studier som angår menneskelig handling og samhandling (Krogh, 2009; Thornquist, 2018). Mennesket forstås *“som forstående og fortolkende vesener»* (Thornquist, 2018, s.24), der forståelsen av språk og handling blir knyttet til mening. Hermeneutikken vektlegger kunnskapsutvikling og meningsdannelse som en fortolkningsprosess (Polit og Beck, 2020). I hermeneutikken har begrepet fordom etter

hvert blitt ansett som et positivt og helt avgjørende begrep for hvordan vi fortolker og skaper mening (Krogh, 2009). Min teoretiske posisjonering, valg av problemstilling og fremgangsmåte i kunnskapsutviklingen, gir deg som leser en pekepinn på mine fordommer og mitt utgangspunkt til hva jeg anser som gyldig kunnskap. Transparente beskrivelser med hensyn til nevnte forhold, vil gjøre det mulig for leseren å korrigere for enkelte fordommer. Det er likevel umulig å ha oversikt over alle fordommer (Krogh, 2009).

Den hermeneutiske sirkel har blitt anvendt som modell for å forstå hvordan vi oppnår meningsdannelse. Den er gradvis blitt mer modernisert, og etter hvert har den blitt anvendt for å kunne ta et oppgjør med egne fordommer som hindrer forståelse av ny empiri (Krogh, 2009). Litt overfladisk, så impliserer den å kunne veksle mellom helhet og deler av helhet for å oppnå forståelse, samt en bevissthet om at forståelsen er preget av ens fordommer og førforståelse (Krogh, 2009). Slik at når jeg som terapeut tolker mening til kroppslig bevegelser, så må jeg fatte det jeg ser ikke bare relatert til en bestemt bevegelse isolert fra den sammenheng den inngår i: Jeg forstår nyanser i bevegelsen og dens sosiale funksjon basert på hvordan jeg oppfatter den sosiale rammen som omgir situasjonen som helhet og på bakgrunn av hvordan jeg har forstått slike bevegelser tidligere.

Kunnskapsforståelsen i denne oppgaven innebærer derfor en subjekt til subjekt relasjon, der jeg som forsker (og de intervjuede) tolker meningen og betydningen av det som skjer i behandlingen.

3.2 Datainnsamling

I følgende avsnitt tar jeg for meg datainnsamling og går litt mer i dybden på de ulike metodene som har bidratt til selve datamaterialet.

Kunnskapsutviklingen i denne oppgaven har vært en sirkulær prosess, og med det så mener jeg at jeg har pendlet frem og tilbake mellom datamateriale, problemstilling og analyse (Fangen, 2010; Polit og Beck, 2020). Denne fleksibiliteten har gitt meg muligheten til å se materialet med “nye “briller” fra gang til gang, som en slags hermeneutisk sirkel, og slik har jeg stadig fanget opp nye erfaringer.

Datamaterialet, som har blitt utviklet til denne oppgaven består av;

- 1 videoopptak av en behandlingstime i psykomotorisk fysioterapi.
- 1 lydopptak bestående av et intervju med den psykomotoriske fysioterapeuten som deltar som terapeut i behandlingstimen (basert på samobservasjon av behandlingstimen).
- 1 lydopptak av et intervju med en ekstern psykomotorisk fysioterapeut (basert på samobservasjon av behandlingstimen).

3.2.1 Utvalg og rekruttering

For å kunne gjennomføre denne oppgaven ble det helt nødvendig med et selektivt utvalg. Jeg hadde satt som et minstekriterium at terapeuten skulle ha A9 takstkompetanse og fullført mastergrad i psykomotorisk fysioterapi. Først tok jeg kontakt med terapeuter lokalt og terapeuter anbefalt av enkelte medstudenter og kollegaer. Likevel endte jeg med å bli tilfeldig tipset om terapeuten som ble valgt inn i studiet. Hun møtte kriteriet og ble rekruttert via telefonsamtale der hun ble gjort kjent med oppgavens hensikt. Jeg hadde møtt terapeuten et par ganger før gjennomføring av opptaket, men hadde ellers ingen relasjon til terapeuten. Hun fikk tilsendt informasjonsskriv om hensikt og problemstilling for oppgaven via mail. Hun valgte selv egnet pasient fra sin kliniske virksomhet og videresendte informasjonsskriv til pasienten. Pasienten var for meg helt ukjent.

Rekrutteringen og planlegging bød på en del utfordringer, da det var mange fysioterapeuter som takket nei til deltagelse. Det tok ca. 2-3 måneder før jeg fikk “napp” med en fysioterapeut. Det tok ytterligere 2-3 måneder å få gjennomført observasjonen på grunn av kanselleringer. Pandemien (Covid-19) var antageligvis en kritisk faktor i at rekruttering og gjennomføring tok ekstra lang tid, da flere av kanselleringene oppstod som følge av sykdom, som ellers ikke nødvendigvis ville satt en stopper for gjennomføring.

3.2.2 Forskningsdesign

Oppgaven er utformet som en kasusbeskrivelse, hvor behandlingstimen utgjør selve kasuset. Valget på en kasus-studie gjør det mulig å gå mer i dybden på oppgavens problemstilling. Kasusbeskrivelser gjør det nemlig mulig å “*zoome-in*” på ekte livssituasjoner og studere ønsket fenomen slik det utfolder seg i praksis (Flyvbjerg, 2010). Gjennom dybdeanalyser kan kasus-studier bidra til ekspertisekunnskap og løfte frem nyanserte betraktninger rundt ønsket tema/fenomen (Flyvbjerg, 2010).

3.2.3 Forskningsmetoder

I oppgaven har jeg som nevnt bruk observasjon og intervju som metode.

Observasjon som metode gir innblikk i naturlig praksis, slik klinisk praksis faktisk foregår i en naturlig¹¹ sammenheng (Thornquist, 2018). Samhandling studeres best ved gjennom (video-)observasjon (Fangen, 2010; Jordan og Henderson, 1995; Thornquist, 2018). Det er særlig informasjon om kroppslig kommunikasjon og samhandling som har vært av spesiell interesse for min oppgave og som gjøres tilgjengelig ved observasjon. Observasjon gir derimot begrenset tilgang på aktørenes egne meninger og fortolkninger av det som skjer i situasjonen (Fangen, 2010; Thornquist, 2018). Et semistrukturert intervju med terapeuten har sikret tilgang på slik informasjon, ettersom intervjuet er basert på samobservasjon av videoopptaket. På denne måten har jeg fått tilgang på terapeutens begrunnelser for ulike valg og handlinger. Samme type intervju er også gjennomført med en ekstern terapeut. En slik tilleggs-vurdering har åpnet opp for flere perspektiver og forståelser av materialet, og har hjulpet meg som forsker å utvide mitt synsfelt.

Tilstedeværende observasjon med video-opptak

Behandlingstimen ble gjennomført på terapeutens arbeidsplass. Jeg filmet behandlingstimen mens jeg var til stede i behandlingsrommet. Jeg satt i et hjørne med filmutstyret foran meg, og forsøkte å lage minst mulig lyd og i det hele tatt “ta minst mulig plass”. Kamera ble justert et par ganger, forøvrig holdt jeg meg helt i ro.

Jeg har valgt å bruke begrepet; tilstedeværende observasjon, da jeg opplever at det gir en mest mulig presis beskrivelse av min deltakelse. Jeg deltok ikke i selve samhandlingen, men var fysisk til stede i rommet og *deltok* som “kameramann”. Det kan også nevnes at jeg hilste og kommuniserte med terapeuten og pasienten inne på behandlingsrommet før behandlingen startet, og minnet deltakerne på at jeg ikke skulle ha noe ansvar for behandlingen, slik som beskrevet i prosjektbeskrivelsen (utdelt i forkant).

¹¹ Naturlig med en liten hake - noe jeg utdyper nærmere under avsnittet; metodekritikk (på neste side)

Fordeler med video- og lydopptak

Et videopptak sikrer muligheten for rik og detaljert tilgang på informasjon om samhandling i sosial relasjon (Jordan og Henderson, 1995). Med video er det mulig å stoppe, spole frem og tilbake, redusere tempo, og se opptaket flere ganger. Video gjør det mulig å fange opp nyanser som ikke ville blitt fanget opp gjennom én enkelt observasjon. Video gir dessuten muligheten til å kunne stadig gå tilbake til “primærmaterialet”, og på denne måten er det større sannsynlighet for å luke vekk misoppfattelser og eventuelle problemer med erindring av hendelser. Videomaterialet blir på denne måten en slags autoritet i hva som faktisk skjedde, og tilfører en slags robusthet til oppgaven, i og med at oppgaven bygger på slike direkte erfaringer (Jordan og Henderson, 1995), også kalt førstehåndserfaringer (Thoresen, Rugseth og Bondevik, 2020).

Jeg brukte også en manuell lydbåndopptaker for å fange opp lyden i behandlingstimen. Det var lurt, da det skulle vise seg at lyden på video-opptaket var svært lav. Lyden fra lydbåndopptaker sikret tilgang på detaljer rundt innhold i samtalene. I transkriberingen har jeg gjort rede for de (få) gangene lyden har vært uklar.

Metodekritikk

Det er naturlig å anta at deltagerne ble påvirket i mer eller mindre grad av min tilstedeværelse (Fangen, 2010). Det kommer også frem gjennom at terapeuten og pasienten hadde hvert sitt tilfelle der de henvendte seg til kamera i behandlingen. Disse sekvensene var relativt korte (i varighet). Kanskje har deltakerne, i disse sekvensene, blitt påminnet om min tilstedeværelse? Det kan heller ikke utelukkes at min tilstedeværelse har påvirket behandlingen som helhet. Det er dessuten umulig å vite hva som ville skjedd om jeg ikke var tilstede. Jeg har også full forståelse for at det kan oppleves som unaturlig for begge parter å bli observert, spesielt ettersom de forutgående behandlingene har foregått uten en ekstra person i rommet. Likevel er det her det nærmeste en kommer direkte observasjon av praksis slik den foregår i “virkeligheten”. Skjult kamera ville potensielt fanget opp naturlig praksis uten påvirkning, men det ville også vært etisk uforvarselig å legge opp til en slik type observasjon. Når pasienten henvender seg til kamera, informerer hun om at hun har erfaring med å videopptak fra tidligere. Jeg opplever derfor at hun nedtoner egen påvirkning av å bli filmet. I sekvensen der fysioterapeuten henvender seg til kamera sier hun at hun vil gjøre enkelte tilpasninger med hensyn til å ikke utfordre pasienten så mye på grunn av kamera (og observasjon). Terapeuten gjør det derfor tydelig at handlingen har blitt påvirket. For øvrig virker deltakerne uaffisert av min tilstedeværelse. Erfaringer fra enkelte tidligere masteroppgaver innen psykomotorisk fysioterapi (med videopptak) tilsier at aktørene i mindre grad påvirkes av kamera, men at aktørene i enkelte tilfeller kommenterer at kamera er der, som i min oppgave (Hansen, 2016; Kristensen, 2013; Norrøne, 2020). Slik er det mulig å anta at aktørene glemmer kamera underveis, men blir oppmerksomme på kamera ved enkelte tilfeller.

Et viktig poeng her, slik jeg ser det, blir rolleavklaring. Min rolle ble tydelig avklart på forhånd, slik at begge parter visste at jeg skulle forholde meg fullstendig passiv til selve behandlingstimen: Jeg skulle ikke bidra eller ha noe ansvar for det som foregikk i selve behandlingssituasjonen. På denne måten visste aktørene at de skulle forholde seg til hverandre på samme måte som ved forutgående konsultasjoner. Denne avklaringen kan ha vært til hjelp for å dempe påvirkningen av min tilstedeværelse i rommet.

Min tilstedeværelse var derimot nødvendig for den praktiske gjennomføringen av video-opptaket. Det har sammenheng med både navigering av kamera og håndtering av sensitive opplysninger. Dessuten har min tilstedeværelse gitt meg et mer direkte innblikk i den kontekstuelle rammen som omgir selve behandlingssituasjonen. Min «passive» rolle under observasjon bidrar likevel til å opprettholde en slags avstand til selve samhandlingen. Jeg er til stede men deltar ikke aktivt i det som skjer og kan ikke “sanse” (og fornemme via berøring) pasienten slik som terapeuten gjør. Jeg får dermed ikke samme informasjon som terapeuten (som jo også kjenner pasienten fra tidligere møter), og potensielt går jeg derfor glipp av informasjon som kunne tilført mer dybde i materialet (Thoresen, Rugseth og Bondevik, 2020).

En svakhet med denne oppgaven var at deltakerne måtte bruke munnbind under konsultasjonen. Det var en faktor jeg ikke rådet over som forsker, da samfunnet var rammet av strenge retningslinjer med bakgrunn i pandemien (Covid-19). Munnbind legger skjul på viktig informasjon om mimikk i ansikt (Argyle, 1994). Det betyr at det kan være mye nonverbal-kommunikasjon som har gått tapt. Samtidig er det blitt hevdet at mennesker til en viss grad er mer observante på egne ansiktsuttrykk sammenlignet med andre kroppslige forhold, og kan derfor i større eller mindre grad legge kontroll på disse, mens med resten av kroppen uttrykker vi oss mer eller mindre ukontrollert (Argyle, 1994). Sånt sett, kan munnbindene ha bidratt positivt ved å tvinge aktørene til å ha oppmerksomhet på mer spontane kroppslig forhold. Dessuten utgjør *det faktum* at begge benytter munnbind, en utjevning av en mulig svakhet, ettersom partene må forholde seg til de samme betingelsene. Det gjelder også de andre observatørene for øvrig (intervju). Ved et par tilfeller har derimot munnbindene gjort det vanskelig å skille hvem som faktisk har ordet i konsultasjonen.

Intervju basert på samobservasjon

Fordeler med samobservasjon

Intervju basert på samobservasjon (av video) er en metode som er godt beskrevet av Jordan og Henderson (1995). I intervjuene ble videomaterialet brukt som en slags intervjuguide. Intervjuene har derfor blitt mer fokusert og konkret, og spesielt gjelder det intervjuet med terapeuten som selv var en aktør og deltaker i behandlingstimen (Thoresen, Rugseth og Bondevik, 2020).

Samobservasjon reduserer dessuten muligheten for ensidig tolkning og forutinntatthet (Jordan og Henderson, 1995), og har bidratt til at terapeutene selv kan velge ut og avklare enkelte situasjoner. Slik har jeg også fått tilgang på terapeutens fortolkninger av ulike situasjoner.

Praktisk gjennomføring av samobservasjon

I forkant av intervjuene ble det gjennomført en kort presentasjon av intervju-prosedyren. Her ble deltakerne bedt om å stoppe video når de opplevde noe som spesielt viktig for behandlingen. Deltakerne ble også bedt om å stoppe når de følte for å kommentere noe underveis eller om det var noen spørsmål som dukket opp. I tillegg fikk deltakerne beskjed om at jeg selv ville stoppe video dersom jeg hadde spørsmål. Jeg gav også beskjed om at jeg ville avslutte diskusjoner som strakk ut i tid (maksimalt 5 minutter per stopp). Disse anbefalingene samsvarer med metode anvendt i interaksjonsanalysen til Jordan og Henderson (1995). Deltakerne fikk også anledning til å lese prosjektbeskrivelsen (vedlegg 2) i forkant.

Spørsmål og kommentarer fra intervju tok derfor utgangspunkt i situasjoner fra behandlingstimen. Jeg brukte åpne spørsmål av typen; «Hva skjer her? Hvordan opplevde du denne situasjonen?», og liknende spørsmålsformuleringer. Likevel var det tendenser til at intervjuet mistet litt fokus, men da var tidsbegrensningen et nyttig verktøy for å komme på “sporet igjen”.

Intervjuet med terapeuten bestod av noen forhåndsbestemte spørsmål. Her ønsket jeg å få et innblikk i hva hun som psykomotorisk fysioterapeut er opptatt av (et stort spørsmål) og hva hun som terapeut har vært opptatt av i behandlingen med den aktuelle pasienten. Bakgrunnen for disse spørsmålene var å bidra med nyttige opplysninger for bedre forståelse av de fortolkninger som skjer i behandling.

Metodekritikk rundt intervju med behandlende fysioterapeut

Intervjuet med fysioterapeuten ble gjennomført ca. 30 minutter etter at behandlingen var ferdig. Det var en nødvendig tilpasning i henhold til terapeutens timeplan. Et så ferskt materiale kan ha bidratt til lettere erindring rundt detaljer fra behandlingen. I konsultasjonen har terapeuten informasjon om forhold som ikke gjøres eksplisitt synlig under observasjon (for eksempel; små bevegelser, motstand i bevegelse, autonome reaksjoner, med mer). Jeg anser det som mer sannsynlig at terapeuten husker slike detaljer tett opp mot selve behandlingen. Det ferske materialet kan også ha bidratt til å holde tema for intervjuet mer åpent, ettersom jeg ikke hadde anledning til å gjennomføre en detaljert analyse av video i forkant. Baksiden av et så ferskt materiale, er at terapeuten ikke har fått mulighet til å fordøye og fundere over egne handlinger, slik at formuleringer potensielt sett blir mindre gjennomtenkte.

Intervjuet tok lenger tid enn planlagt, og med hensyn til terapeutens timeplan ble jeg nødt til å avslutte intervjuet etter ca. 1,5 times varighet. Da vi avsluttet intervjuet, gjenstod ca. 15 minutter av opptaket av behandlingen. Jeg følte uansett at jeg hadde nok materiale til å kunne gå i gang med analysen. For analysens del innebærer det at terapeuten ikke hadde anledning til å kommentere handlingssekvens 5 *under samobservasjon* av denne sekvensen. Hun bidro likevel med kommentarer rundt denne sekvensen i den avsluttende delen av intervjuet.

Metodekritikk rundt intervju med ekstern fysioterapeut

Jeg gjennomførte også et intervju med en ekstern terapeut (min veileder) basert på videoopptaket. Hun er også psykomotorisk fysioterapeut med A9 takstkompetanse. Dette intervjuet ble gjennomført ca. 2 uker etter at behandlingen fant sted. På daværende tidspunkt hadde jeg sett video opptil flere ganger og derfor gjort meg opp en mening om materialet, mens for den eksterne terapeuten var materialet helt ferskt. Jeg hadde også informasjon rundt terapeutens vurderinger fra intervju. Slikt sett hadde jeg en litt ulik inngang til intervjuene, men hadde fokus på å bevare nøytralitet gjennom åpne spørsmål. Jeg opplevde likevel at jeg ved enkelte anledninger ble dreid mot mine egne oppfatninger, og at jeg da kanskje stilte spørsmål for å bekrefte disse. Likevel tilsier magesfølelsen at den eksterne terapeuten ikke har latt seg påvirke. I intervjuet opplevde jeg henne nemlig som nokså frittalende og med egne meninger.

Intervjuet med veileder varte i ca. 2 timer. Det var lengre tid enn forventet, og det har kanskje påvirket noe av kvaliteten på siste del av intervju.

3.2.4 Teknisk - lyd kvalitet

Lyden på *video* var lav under avspilling ved samobservasjon. Det kan ha påvirket intervjuene. Terpeuten¹² opplevde ikke lydproblemet som en utfordring da hun kjente seg igjen i de ferske situasjonene. Den eksterne terapeuten derimot, måtte stoppe enkelte ganger for å avklare hva som ble sagt (spesielt under den innledende samtalen). Noe av meningsinnholdet i handlingene kan derfor ha gått tapt for de intervjuede. Samtidig kan det ha bidratt til økt oppmerksomhet på den kroppslige samhandlingen, og i såfall tenker jeg at det kan være en potensiell styrke for oppgaven.

Lyden på intervju og video ble tatt opp med ekstern lydbåndsoptaker. Det har sørget for at formuleringene i oppgaven er blitt gjengitt med mest mulig nøyaktighet.

3.3 Kvalitet i forskningsprosessen

Kvaliteten i kvalitativ forskning handler, som nevnt, i all hovedsak om hvordan de ulike valgene og fremgangsmåtene gjøres “gjennomsiktig” for leseren (Fangen, 2010; Kvale og Brinkmann, 2015; Repstad, 2007; Thagaard, 2018; Thornquist, 2018). Til nå har jeg prøvd å presentere mine valg på en tydelig måte. Videre følger noen andre punkter som jeg anser som relevante med tanke på å avgjøre kvaliteten i oppgaven.

3.3.1 Validering

Kommunikativ validitet tilsier i hvilken grad arbeidet har vært drøftet med andre som har kjennskap til området (Thoresen, Rugseth og Bondevik, 2020). Primærmaterialet til denne oppgaven har blitt drøftet med fysioterapeutene gjennom samobservasjonene. Videre har jeg fått nye innspill og perspektiver via både individuell- og gruppebasert veiledning, der oppgaven har blitt diskutert med medstudenter, lærere og veileder med erfaring fra samme fag. Slik har oppgaven fått flere “stemmer” for å unngå ensidig presentering av egne betraktninger av det som skjer i behandling. På denne måten blir det også mulig å sammenligne ulike oppfattelser av det som skjer i behandlingssituasjonen. Fangen (2010) påpeker at det ikke er gitt at det er overensstemmelse mellom partene av det som skjer, men oppfordrer likevel til å presentere de ulike perspektivene. Slik blir det opp til leseren å “*foreta sin egen validitetssjekk*” (Fangen, 2010, s. 238). Eksempler på slike uoverensstemmelser, relatert til forståelser av kroppslige væremåter, er presentert under resultatdelen.

Jeg har ikke intervjuet pasienten. Pasienten har derfor ikke fått mulighet til å validere egne oppfattelser av det som skjer i behandlingen. Både av hensyn til tidsbegrensninger og mitt fokusvalg i oppgaven, har ikke det vært relevant. Slike erfaringer kunne likevel ha løftet meningsinnholdet i oppgaven ytterligere. Kanskje er det en mulighet for et annet studie?

3.3.2 Generalisering eller kontekstualisering?

Kvalitative tilnærminger blir ofte kritisert for manglende evne til å generalisere resultatene (Teigen, Ekeli og Sviland, 2020). Det er imidlertid en diskusjon som starter på feil premisser. Med postmodernismen har det blitt en ny forståelse av kunnskap. Søken etter det universelle og individuelle og unike er blitt erstattet med en større tro på mangefasettert og kontekstavhengig kunnskap (Kvale og Brinkmann, 2015; Thornquist, 2018). Ønsket om

¹² Når jeg sier terapeuten, så mener jeg den psykomotoriske fysioterapeuten som var ansvarlig fysioterapeut i behandlingstimen. Jeg bruker dette begrepet videre i oppgaven. Derimot når jeg referer til den eksterne terapeuten, så vil jeg presisere dette mer tydelig i oppgaven.

generalisering i seg selv er antageligvis problemet. Tanken om generalisering har sitt utspring fra kvantitative vitenskapsteorier der abstrakte begreper operasjonaliseres på en slik måte at det blir mulig å utføre statistiske metoder (Polit og Beck, 2020). Gjenstandsfeltet for kvalitativ forskning er derimot annerledes (Thornquist, 2018). Kvalitativ forskning er ute etter å forstå blant annet menneskelige handlinger, opplevelser og meninger, og de praksisene som dem inngår i (Thornquist, 2018). Kunnskapsutvikling rundt slike forhold forutsetter derfor et meningsfylt språk med erfaringsnære beskrivelser (Thornquist, 2018). Ønsket fenomen studeres i sammenheng med bestemte situasjoner og utvalgt teori, slik at det blir mulig å kontekstualisere den kunnskapen som trer frem (Flyvbjerg, 2010; Teigen, Ekeli og Sviland, 2020). Her forutsettes altså en forståelse om at kunnskapen ikke kan gjelde alt og alle, og vare til evig tid; kunnskapen forstås som både sosialt kontekstualisert og historisk forankret (Kvale og Brinkmann, 2015).

Med postmodernismen har det altså skjedd en endring fra generalisering til kontekstualisering (Kvale og Brinkmann, 2015). Derfor er det kanskje mer naturlig å stille seg spørsmålet om det som skjer i en behandlingssituasjon kan overføres *til* eller være gjenkjennbart *for* andre terapeuter. Til syvende og sist blir det opp til leseren å avgjøre dette.

Det er dessuten behov for mer kunnskap som bygger på erfaringsnære beskrivelser fra klinisk praksis (Carpenter, 1997; Teigen, Ekeli og Sviland, 2020; Thornquist, 2018). Slik kunnskap er viktig for videre klinisk praksis (også nevnt under kapittel 1.3), og bidrar til å sette søkelys på flertydigheten ved ulike fenomener (Thornquist, 2018). Gode beskrivelser fra klinisk praksis kan bidra til forandring i praksisvirksomhet og danne grobunn for nye spørsmål og inspirasjon til ny forskning (Thornquist, 2018).

3.4 Etikk

Denne oppgaven tar hensyn til retningslinjene fra den Nasjonale Forskningsetiske Komité for Samfunnsvitenskap og Humaniora (NESH, 2021). I følge NESH (2021) skal forskningsetikken bidra til god og forsvarlig forskning. De forskningsetiske retningslinjene skal sikre god vitenskapelig praksis forankret i grunnleggende normer som er utviklet gjennom det internasjonale forskerfellesskapet. Her fremgår det at forskningen skal være tydelig og ærlig (sannhetsnormen), saklig og etterprøvbart (metodologisk norm), og åpen og kritisk (institusjonelle normer); Samlet bidrar normene til å sikre forskningens integritet (NESH, 2021).

I denne oppgaven har det blitt utviklet et nytt datamateriale med sensitiv informasjon fra klinisk praksis. Datamaterialet er lagret på video- og lydopptak. Derav følger strenge krav til håndtering og oppbevaring, og i tillegg blir det ekstra viktig å ivareta deltakerne sin integritet. Oppgaven har derfor tatt utgangspunkt i anbefalinger fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Prosjektet ble godkjent av NSD den 25.10.2021 med prosjektnummer: 690130 (se vedlegg 1). Persondata og sensitive opplysninger (video- og lydopptak) er blitt behandlet og ivaretatt med hensyn til UIT's retningslinjer for bruk av Tjeneste for Sensitive Data (TSD). Av hensyn til oppgavens sensurfrist (på 6 uker) og eventuell etterprøvbart av materialet, lagres materialet i 3 måneder etter levering av oppgaven. Deretter slettes materialet fra TSD.

Deltakerene samtykket til deltakelse og ble informert om prosjektet (vedlegg 2 og 3). Deltakerne ble også informert om sine rettigheter, om at deltakelse var frivillig og om

mulighet for å avbryte behandling når som helst. Samtykket ble innhentet muntlig på starten av videoopptaket.

For å kunne bruke materialet fra video og intervju ble det viktig å aidentifisere informasjon om terapeuten og pasienten i oppgaven. Enkelte opplysninger, som for eksempel arbeidssted, alder og navn, er derfor blitt generalisert eller endret, slik at gjenkjenning blir svært vanskelig. Pasienten har dessuten fått et fiktivt navn for å kunne gi teksten et mer personlig preg, men også for å ivareta anonymitet.

Ved observasjon kan deltakerne fort bli ansett som “forskningsobjekter”. Spesielt gjelder det når jeg som forsker ikke *deltar* selv i samhandlingen. Intervjuet med terapeuten bidro derfor til at terapeuten fikk en “stemme”. På denne måten ble hun meningsberettiget og kunne komme frem med egne meninger om videomaterialet. Som tidligere nevnt, åpnet jeg ikke opp for at pasienten kunne få samme mulighet.

Min tilstedeværelse i behandlingen innebærer naturligvis et nytt element for deltakerne.

Deltakerne ble likevel informert om hensikten med studiet, samtykket til deltakelse, og som tidligere nevnt, hadde jeg fokus på diskresjon og tydelig rolleavklaring. Dette mener jeg kan ha bidratt til en tryggere ramme for alle parter.

Observasjon av klinisk praksis kan avdekke både tilsiktede og utilsiktede handlinger, og potensielle forhold ved praksis som kan virke å være uheldig (Thornquist, 2018). Her syns jeg det blir viktig å presisere at oppgaven ikke har hatt som hensikt å vurdere terapeuten som faglig aktør. Hensikten med oppgaven har blant annet vært å få en bedre forståelse for hvordan enkelte valg og fortolkninger gjøres på bakgrunn av ulike kroppslig væremåter og reaksjoner og om det her foreligger noen nyttige erfaringer for videre praksis. Resultatene i denne oppgaven er derfor ikke berettiget til å kunne foreta normative vurderinger om hva som er enten riktig eller feil i ulike situasjoner. Terapeuten og pasienten besitter mer informasjon om det som skjer i behandling enn utenforstående. Aktørene har nemlig tilgang på informasjon gjennom blant annet berøring, nærhet/avstand og autonome reaksjoner; aktørene har i det hele tatt tilgang på forhold som ikke gjøres tilgjengelig via observasjon. Dessuten kjenner terapeuten pasienten fra tidligere behandlinger og sitter derfor på informasjon som kan være relevant for hennes valg, som ikke nødvendigvis begrunnes eksplisitt i behandling. Begge aktørene handler derfor på taus kunnskap, eller såkalt kroppsliggjort kunnskap, handlinger som vi gjør uten at vi nødvendigvis klarer å gjøre rede for dem.

3.5 Transkribering

Materialet kan ikke presenteres som rådata (video og lyd-opptak) og må derfor *reduseres* (gjennom transkribering) til anonymisert tekst av hensyn til personvern (etikk).

Transkripsjoner er i utgangspunktet beregnet for intervjuer, altså fra talespråk til skriftspråk (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 205), men i denne oppgaven gjelder transkripsjonen også omvandling fra kroppsspråk til skriftspråk. En nøyaktig transkribering sikrer god kvalitet på datamaterialet og utgjør selve grunnlaget for dataanalysen (Polit og Beck, 2020).

Transkripsjoner blir aldri en fullstendig gjengivelse av alle detaljer i hele behandlingssituasjonen. Det vil alltid være noe informasjon som forsvinner eller endres i det materialet reduseres fra en form (video og lyd) til en annen (tekst) (Kvale og Brinkmann, 2015; Polit og Beck, 2020).

I transkriberingen velger jeg ut sekvenser og detaljer fra behandlingstimen som jeg formulerer til tekst. Allerede her foregår det en fortolkning av hva jeg anser som viktig å få med. Det er både fordeler og ulemper med at jeg selv har stått for transkribering. Jeg blir bedre kjent med materialet og har bedre tilgang på emosjonelle tilstander og forhold rundt spesifikke situasjoner, slik at det blir enklere å analysere mening til det som blir sagt og gjort (Kvale og Brinkmann, 2015; Polit og Beck, 2020; Repstad, 2007). Ulempen kan være at jeg fortolker materialet med utgangspunkt i mitt faglige utgangspunkt, og tilsidesetter andre forhold som kunne gitt andre viktige betraktninger (Repstad, 2007). Kanskje tar jeg derfor enkelte forhold for gitt og unnlater å kommentere enkelte forhold som fungerer godt.

I selve transkriberingen har jeg forsøkt å være så *transparent* som mulig, og som Fangen (2010) skriver har jeg her forsøkt å bare konstatere det jeg *ser og hører*. Jeg erkjenner likevel at det fra første steg vil være en fortolkning av det jeg har både sett og hørt. Transkriberingen utgjør derfor min fortolkning av materialet.

Prosessene i transkriberingen

I førsteomgang transkriberte jeg materialet grovt. Etter grovtranskribering gikk jeg mer detaljert til verks på utvalgte handlingssekvenser (video) og deretter utvalgte sekvenser fra intervju. Ved transkribering av de utvalgte sekvensene (video) gikk det raskt opp for meg at det var vanskelig å ha oversikt over alt samtidig. Jeg måtte skille mellom verbal og non-verbal kommunikasjon og mellom ulike forhold ved non-verbal kommunikasjon.

Transkriberingen skulle derfor vise seg å være både krevende og tidkrevende, spesielt for videomaterialet, ettersom jeg her har vært opptatt av å få med mest mulig detaljer rundt kroppslig væremåter og bevegelser. Alle kroppslige bevegelser og -uttrykk er selvfølgelig ikke inkludert. Jeg har gjort et utvalg basert på det **jeg** opplever gir mening og fylde til å kunne besvare problemstillingen. Med andre ord, vil en annen forsker/observatør kunne fanget opp andre forhold.

Detaljert transkripsjon av utvalgte handlingssekvenser (video)

Utvalgte handlingssekvenser (fra video) presenteres med løpende tekst om verbal og nonverbal kommunikasjon. Jeg har samlet nonverbal kommunikasjon etter verbale utsagn som varierer i lengde. Jeg har plassert den nonverbale kommunikasjon der jeg opplever at den gir mening, i et forsøk på å ivareta flyt i samhandlingen og skape en lesevennlig tekst. I transkriberingen av sekvensene har jeg beholdt mesteparten av fyllord og pauser, da jeg opplever at det gir et bedre inntrykk av dynamikk og særtrekk i samhandlingen. Pauser er markert med prikker ..., hvor antall prikker skal delvis gjenspeile lengden på pausene, så der hvor det er flere prikker er det litt lengre pause. Jeg har ikke gått så nøye til verks at jeg har telt sekunder og derav antall prikker, men tatt det mer på magefølelsen. Kroppslige bevegelser og uttrykk, samt latter og toneleie, er transkribert i hakeparenteser [klør seg i hodet, F ler, osv.], og utgjør en samlet ordning for non-verbal kommunikasjon. Dobbel skråstrek // brukes for å markere der den ene part avbryter den andre. **Fet skrift** brukes for å markere ord som vektlegges av den ene part der jeg opplever det som nødvendig. I enkelte tilfeller har jeg tatt med supplerende informasjon, som jeg opplever av betydning for å forstå samhandlingen, plassert i semikolon (eksempel; F referer til en kommentar fra tidligere). Enkelte dialektord er endret til vanlig bokmål og enkelte utsagn med informasjon om bakgrunnsopplysninger er blitt generalisert for at deltakerne ikke skal være gjenkjennbare.

Fysioterapeuten er blitt forkortet til F. Pasienten har fått det fiktive navnet Oda som er forkortet til O.

Transkribering av intervju

Transkriberingen av intervjuene fanger i mindre grad opp stemningen i det faktiske intervjuet, da gjengivelse av innhold i utsagn er blitt vektlagt fremfor måten det ble formidlet på.

Intervjuene mangler derfor informasjon om kroppslig bevegelser og uttrykk, fyllord og pauser, og deler av innhold i enkelte utsagn.

Noe innhold i enkelte utsagn er fjernet, markert med [...], for å korte ned på teksten, unngå gjentakelser, og gi et mer lesevennlig språk, uten at det forandrer meningsinnholdet. Noen ganger har jeg hjulpet leseren med å forstå mening til sitater når det for eksempel ikke er åpenbart hvem det refereres til. Det er blitt markert ved å legge til min forståelse i klammer; for eksempel; hun [Oda].

Videre har jeg brukt forkortelser på de enkelte aktørene, slik at intervjuer (meg som forsker) er forkortet med I, fysioterapeut med F og ekstern fysioterapeut med E. For ordens skyld; alle som deltar i intervjuene er fysioterapeuter.

3.6 Analyse

Å analysere innebærer i det store og hele å foreta noen valg. Analysen er ikke en adskilt del av forskningsprosjektet, men inngår i forskningsarbeidet fra første stund (Fangen, 2010).

Derfor vil jeg heretter beskrive noen valg og deler av prosessen som ledet **til** selve datainnsamlingen og gjøre rede for valg som ligger til grunn for analysen av datamaterialet **etter** at materialet ble hentet inn.

Det kan også nevnes at problemstillingen i denne oppgaven har blitt finpusset etter hvert som materialet har blitt gradvis nøyere vurdert og analysert. En slik fleksibel innstilling er ikke unormalt for kvalitative studier (Fangen, 2010).

Utvikling av analysefokus - fra tidlig idé

Utgangspunktet for denne oppgaven var at den skulle handle om “kroppslige signaler” i psykomotorisk fysioterapi. Nokså tidlig, gikk jeg bort fra begrepet “kroppslige signaler”, da jeg fant ut at det ble mer presist å bruke begreper som kroppslige reaksjoner, bevegelser og væremåter (såkalt nonverbal kommunikasjon). Jeg ville analysere og forstå hvordan terapeuten forholder seg til nonverbal kommunikasjon og få et innblikk i hvordan slike forhold driver behandlingen fremover.

Analysefokus i intervju

Under intervjuene var jeg ekstra opptatt av å få informasjon om forhold rundt den nonverbale kommunikasjonen. Jeg hadde fokus på å få fatt i hva fysioterapeutene *mente om* og hvordan fysioterapeuten *forstod* de ulike situasjonene. Jeg ville også fange opp hvilke situasjoner som terapeuten anså som viktige. På denne måten kunne jeg få litt mer informasjon om hvilke situasjoner eller elementer i behandling terapeutene anså som viktig og hva det er med disse situasjonene som gjør at terapeutene tolker dem som nettopp viktige. Mitt hovedfokus var å skape en bedre forståelse for hvordan terapeuten fortolket og reagerte på pasientens reaksjoner og (kroppslige) væremåter. Mitt hovedfokus presentert som; kroppslige signaler, fremgikk også i prosjektbeskrivelsen (vedlegg 2) som fysioterapeutene fikk lese på forhånd.

Videre var det altså en hensikt å kunne løfte frem eventuelle samsvar eller uenigheter i fortolkning mellom terapeutene, for å kunne si noe om flertydighet ved kroppslige væremåter.

Analysefokus ved samling av materialet

Da materialet var på plass, gikk det raskt opp for meg, at det var et dominerende tema som utpekte seg i behandlingen. Både i intervju og i behandlingstimen er terapeuten opptatt av at pasienten skal “ta mer plass”. Det fremgår som et tydelig element i flere situasjoner fra behandling, og derfor et aktuelt tema å gå videre med. Nå var det også flere nye spørsmål som meldte seg. Hvordan kom terapeuten frem til disse fortolkningene? Var det noen tydelige tegn på nonverbal kommunikasjon og kroppslige reaksjoner som terapeuten relaterer til “å ta mer plass”? Hva griper terapeuten fatt i, hva skjer i disse sekvensene og hvordan påvirker det behandlingen videre?

Videre valgte jeg derfor å ta utgangspunkt i situasjoner der terapeuten påpeker pasientens kroppslig bevegelser, reaksjoner og væremåter som relateres til “å ta mer plass”. Med et slikt fokus ble det mulig å snevre inn antall situasjoner til et håndgripelig antall, nemlig fem sekvenser, for videre dybdeanalyse. Fire sekvenser der terapeuten eksplisitt påpeker forhold ved pasienten sitt vanemønster. En sekvens der vaner ikke påpekes (eksplisitt), men som likevel er tatt med da den fremstår som avgjørende for behandlingen som helhet. Dessuten tar samtalen i denne sekvensen utgangspunkt i pasientens vaner (relatert til å ta plass). I tillegg har jeg tatt med en oppsummering med enkelte kortere sekvenser fra den innledende samtalen, da den inneholder relevant informasjon for å kunne besvare problemstillingen.

Forskningsspørsmål med analysefokus

Hovedanliggende for analysen i oppgaven er derfor å gå mer i dybden på hvordan terapeuten kommer frem til sine fortolkninger, i lys av situasjoner som oppstår i behandling og i lys av supplerende informasjon fra intervju. Videre er det ønskelig å studere hvordan fortolkning og påpeking av kroppslige vaner påvirker behandlingen. Jeg har benyttet meg av flere forskningsspørsmål for å kunne besvare problemstillingen.

Jeg minner om problemstillingen:

Hva skjer i behandling når terapeuten presenterer sine fortolkninger av pasientens kroppslige bevegelser og uttrykk, og hvordan foregår slike fortolkninger i møtet?

- En kasesbeskrivelse, med grunnlag i en behandlingstime i psykomotorisk fysioterapi

«Hva legger fysioterapeuten i begrepet “å ta mer plass”? Hvilke kroppslige væremåter, mønstre eller reaksjoner relateres til fenomenet å ta mer plass?» For å kunne svare på disse spørsmålene har jeg analysert intervjuet med terapeuten med søkelys på hva terapeuten sier om begrepet å “ta mer plass”, relatert til utvalgte sekvenser der slike væremåter påpekes. Den innledende samtalen gir også føringer for hva terapeuten legger i begrepet.

«Hvordan er deltakerstrukturen i møtet med hensyn til fortolkninger?»

Som nevnt i innledning, er målet her å avdekke eventuelle mønstre i hvordan fortolkningene foregår, og finne ut om det er jevnbyrdig bidrag fra begge parter når det skal avgjøres hva som er viktig, samt studere hvem som avgjør/fortolker mening til de ulike kroppslige reaksjonene. Hvem tar initiativ, hvem drøfter mening og hvem avgjør betydning til fortolkninger?

«Hva skjer i behandling når terapeuten presenterer sine fortolkninger av pasientens kroppslige bevegelser og uttrykk. Hvordan reagerer pasienten?»

Her vil jeg blant annet diskutere kroppen som subjekt og objekt i lys av teori fra spesielt Merleau-Ponty (2012), og gå mer i dybden på teori som omtaler de reaksjoner som oppstår hos pasienten.

«Er det samsvar med terapeuten sine intensjoner og det som skjer i klinisk praksis?»

Her har jeg fortolket pasientens intensjoner gjennom det terapeuten sier i intervju og i behandling, opp mot det som faktisk skjer i behandling. Her blir det mulig å oppdage eventuell diskrepans mellom tilsiktede og utilsiktede handlinger (relatert til de situasjoner der væremåter omtales og påpekes).

“Er det tegn på flertydighet i pasientens kroppslige reaksjoner? Er terapeuten åpen for alternative tolkninger i de ulike situasjonene?”

For å kunne si litt mer om flertydighet i kroppslig reaksjoner, vil jeg løfte frem uenigheter mellom terapeutenes fortolkninger, mine fortolkninger og eventuelt pasientens egne fortolkninger.

4.0 Resultat og diskusjon

4.1 Presentasjon av datamaterialet

I oppgaven er det altså fem utvalgte handlingssekvenser fra behandlingstimen som har fått hovedfokus, i tillegg til oppsummeringen fra den innledende samtalen.

Først presenterer jeg en kort bakgrunn for behandlingstimen. Deretter den tidsmessige organiseringen av behandlingstimen, slik at leseren får en viss oversikt over timen som helhet. Videre presenteres den innledende samtalen, der noen viktige hendelser fra intervjuet trekkes frem. Herav følger en presentasjon av hovedtema for behandlingstimen, som er relevant for oppgaven som helhet. Til slutt presenteres de fem utvalgte handlingssekvensene i detalj.

Oppsummering fra den innledende samtalen og de fem utvalgte handlingssekvensene presenteres gjennom tre ulike fortolkningsnivå. En kortfattet innledning utgjør forspillet til de ulike fortolkningsnivåene.

1. gradsfortolkning er en løpende transkripsjon av kroppslige og verbale uttrykk.
2. gradsfortolkning utgjør min meningsforståelse.
3. gradsfortolkning inneholder en diskusjon opp mot aktuell teori og utdrag fra intervjuene.

I teksten har jeg tydeliggjort hva som er utdrag fra intervjuene ved å redusere tekststørrelsen, sette den i kursiv og trekke avsnittene inn fra marginen.

4.2 Bakgrunn for behandlingstimen

Før behandlingstimen kunne den psykomotoriske fysioterapeuten fortelle meg at Oda plages med hodepine og er sykemeldt fra jobb. I den innledende samtalen kommer det frem at det er flere terapeuter involvert i behandling av pasienten, noe som antyder at pasienten har flere behandlingsforløp samtidig. Den aktuelle behandlingstimen, som presenteres her, er den fjerde så langt med den psykomotoriske fysioterapeuten (heretter kalt terapeut/F).

Både pasient (Oda) og terapeut bruker munnbind under konsultasjonen.

4.3 Organisering av behandlingstimen

Behandlingen varer i omtrent 60 minutter. Nedenfor følger en tidsmessig oppdeling av behandlingstimen med utgangspunkt i behandlingens ulike sentrale faser og utgangsstillinger. Som det fremgår av organiseringen er behandlingen lagt opp som en psykomotorisk prøvebehandling (Øvreberg og Andersen, 1986).

00:00-00:48 - **pasient og terapeut ankommer behandlingsrommet**

00:48-11:40 - **innledende samtale**

11:40-13:30 - **omkledning**

13:30-17:20 - **stående stilling**

17:20-24:50 - **sittende på krakk**

24:50-25:30 - **stupstående**

26:00-59:14 - **ryggleie**

59:14:60:40 - **sittende på benk**

60:40:62:44 - **stående stilling**

4.4 Innledende samtale

Nedenfor følger et sammendrag og noen utvalgte sekvenser fra den innledende samtalen.

"Litt trygt å holde igjen"

I den innledende samtalen sitter terapeuten og Oda på hver sin stol inne på det lune og romslige behandlingsrommet. Stolene er plassert slik at de sitter litt på skrå ovenfor hverandre. Terapeuten sitter på en kontorstol overfor sitt skrivebord, mens Oda sitter på en vanlig stol ved enden av skrivebordet. Begge har oppmerksomheten vendt mot hverandre under hele samtalen. Terapeuten skifter stadig posisjon ved å veksle mellom å krysse bena og åpne bena, lene seg på det ene armlenet, sitte delvis oppå hendene, ha armene i fanget og gestikulere med hendene. Oda derimot, veksler mellom å ha armene ned langs siden og ha hendene plassert i fanget med begge håndflatene vendt oppover. Bena har hun for det meste krysset eller trukket godt innunder stolen. Hun har tydelig innadrorterte, eleverte og fremtrukkede skuldre. Oda snakker med en høy og tydelig stemme, men hun senker stemmen betydelig når hun kommer inn på enkelte temaer. Videre gestikulerer Oda en del med armene og hendene når hun snakker. Disse bevegelsene fremstår som en slags motsats til hennes ellers så ansente kroppsmønster. I samtalen er det terapeuten som stiller spørsmål og Oda som svarer.

(I transkriberingen som følger hopper vi inn i samtalen. Til nå har det kommet frem at O har hatt en dårlig periode med økte symptomer og redusert søvn. Hun hadde en betydelig symptomforverring selve nyttårsaftnen. Vi hopper inn i samtalen i det O har fått satt ord på bekymringer rundt forhold ved sin egen helse- og livssituasjon og reagert med gråt. Gråten har blitt avløst av latter som følge av en misforståelse. O forteller nå at hun har vært hjemme med sønnen som har vært syk.)

O: ..Ja, hadde tenkt meg ferie [O snakker lavt mens hun tørker tårer med den ene hånden].

F: Ja, det er jo også noe da, jeg tenker på det vi snakket om sist, om at det noen ganger kan være litt vanskelig for deg å ta litt plass i relasjonene dine [O veksler litt med plassering av hendene, håndflatene vendt nedover deretter oppover igjen. F gestikulerer livlig, og lar den åpne håndflaten bli hengende igjen i luften].

O: Ja.

F: Hvis du har sønnen din hjemme hele dagen så blir det jo veldig lite plass til dine behov da.

(Videre forteller O at enkelte morgenrutiner har blitt borte nå som sønnen har vært syk.)

[F tar ned den venstre hånden, som hun har holdt frem til nå, og samler hendene i fanget. O er litt skjelven i stemmen og holder rundt fingrene på den ene hånda med håndflatene vendt oppover.]

O: ...Akkurat da så er det liksom hans behov som, som settes først da [O senker gradvis stemmen].

F: Ja, det er det, nå er du midt i det prosjektet ditt om at du skal prøve å finne mer plass til deg selv.

O: Mm.

F: Tenke litt over hva du trenger og hva som er dine behov.

O: Mm

F: Så havner du inn i en sånn hverdagssituasjon der det ikke finnes noe tid til ro [F gestikulerer. Begge humrer].

O: Nei, ikke sant [O ler].

F: Eller til å fokusere på det, da er det ikke noe rart at glasset blir litt fullt.

(O forteller at hun har hatt noen våkenetter. F spør så hvordan O hadde det etter forrige behandling og om hun har lagt merke til kroppslig spenninger i hverdagen. O forteller at hun spenner seg når hun *selv* har ordet i samtaler.)

F: Ja, det passer jo veldig med det vi snakket om sist med at du, på grunn av din bakgrunn og ting du har opplevd tar mye sosialt ansvar [F slår ut med åpne hender og gestikulerer] så når du må være litt sånn sosialt **på** [F spriker med fingrene].

O: Mm [O svarer med lav stemme].

F: Så havner du inn i vanemønster også [F former en slags klo med hendene og fører dem mot hverandre].

O: Ja [O med lavere stemme].

F: Spenner du deg også blir det litt mindre fokus på hvordan **du** har det [F samler hendene i fanget og justerer toneleiet sitt betydelig ned].

O: Jo [O responderer spakt. Hun samler hendene oppå hverandre i fanget, slik at begge håndflatene er vendt oppover].

(O inviteres så til å rette oppmerksomheten på hvordan hun sitter. Her forteller O om egne reaksjoner og kroppslige erfaringer, og at hun har erfart at hun sitter ulikt avhengig av om hun er hjemme eller borte.)

O: ..Ja, men hjemme så klarer jeg å slippe hendene også [O snakker høyere og slår ut med armene før hun samler dem igjen], ..men jeg merker at ellers så er det, ..den der [O senker stemmen, lener seg litt tilbake, sukker, rister litt på hendene mens hun holder et godt tak rundt fingrene på den ene hånda og trekker føttene litt inn under stolen igjen].

F: ..Ja.

O: Ja, litt trygt å holde igjen da [O nærmest hvisker. Hun knytter delvis nevene samlet fremfor seg, beveger dem raskt og opp og ned et par ganger, så sukker hun].

F: Det er fint å høre at du har tenkt på det i alle fall [F svarer med oppløftende tonefall.

Deretter lener hun seg godt frem med overkroppen som at hun er på vei til å reise seg, hvorpå O nærmest skvetter til og beveger armene raskt ned på lårene. F reiser seg derimot ikke. I stedet avvikler F sine kryssede ben og skyver rumpa litt lenger inn på stolen].

Et krevende prosjekt: Å finne mer plass til seg selv

I samtalen gjør Oda det tydelig både kroppslig og verbalt at hun er opptatt av hvordan hun skal sitte og plassere hendene. Måten hun fomler med hendene på, frem og tilbake, og plasserer dem i en slags unaturlig stilling i fanget, tolker jeg som at Oda er usikker på hvordan hun skal forholde seg til sin egen kropp. Oda sier blant annet; “...men jeg vet ikke, sånn som her, så holder jeg igjen hendene mine, de vil jeg liksom ikke slippe”, og ”...ja, litt trygt å holde igjen da”. Det kan høres ut som at Oda prøver å utfordre seg selv på å være mer åpen, men at det blir for krevende for henne.

Videre er det påfallende hvordan Oda flere ganger i den innledende samtalen regulerer toneleiet opp og ned. Kanskje hun oppfatter eget vanemønster som “feil”? Det fremgår som et felles tema for partene at Oda skal prøve å komme ut av en lukket kroppstilling. Derav oppmerksomhet på kroppslig spenninger i samtalen, hvor Oda viser til egne erfaringer der hun antyder sammenheng mellom egne væremåter og ulike sosiale sammenhenger. Lukket

stilling assosieres her med anspenhet og å sitte med fremtrukkede skuldre, samlede armer, og kryssede ben. Gitt behandlingssituasjonen, virker budskapet å være at Oda skal prøve og sitte i en mer åpen stilling; mer presist at hun skal forsøke å legge armene ned langs siden. Oda har en tydelig stemme da hun forteller at hun kan slappe av hjemme, men senker stemmen betydelig når hun legger til at det er *“trygt å holde igjen”* ellers (altså utenom hjemmet). Oda snakker derfor med lavere stemme når hun omtaler forhold hun kanskje forstår som “feil” basert på F sine fortolkninger. Hun holder også et godt tak rundt fingrene på den ene hånden, trekker begge føttene litt lenger inn under stolen, og sukker. Det er derfor mulig å tolke hennes kroppslige fremtoning som at hun har behov for å “samle seg” i situasjonen. Situasjonen viser til et godt samspill i dialogen mellom partene, hvorpå begge toner seg emosjonelt inn på den andre. Det er også mulig å forstå det slik at begge søker og ivareta hverandres integritet og stemningen i rommet. Antagelig fanger terapeuten opp en endring i Oda sin væremåte, da Oda sier det er *litt trygt å holde igjen*. I stedet for å grave i Oda sitt ubehag, går terapeuten videre og responderer heller med å rose Oda for at hun nå registrerer sine egne erfaringer. Terapeuten virker derfor opptatt av at Oda skal registrere egne væremåter, men ikke på bekostning av utrygghet. Slik avleder hun Oda bort fra det ubehaget hun kanskje måtte kjenne på i situasjonen. Terapeuten anerkjenner og viser forståelse for Oda i situasjonen. Hun signaliserer at prosjektet er fleksibelt og at det er rom for tilpasning. Terapeuten oppsummerer det hele med metaforen; *“..da er det ikke noe rart at glasset blir litt fullt”*, og gjør det dermed tydelig overfor Oda at hun både har sett, hørt og forstått henne. Videre legger terapeuten frem tema for behandling. Hun legger det frem som at Oda har et pågående prosjekt om å finne mer plass til seg selv og sine egne behov.

Tema for behandling - Å ta mer plass

Terapeuten legger det frem som et felles tema mellom partene at Oda skal forsøke å utfordre seg selv til “å ta mer plass” i sosiale situasjoner. Terapeuten har blant annet disse utsagnene: *“...at det noen ganger kan være litt vanskelig for deg å ta litt plass i relasjonene dine..”*, *“... veldig lite plass til dine behov”*, *“...nå er du midt i det prosjektet ditt om at du skal prøve å finne mer plass til deg selv”* og *“....tenke litt over hva du trenger og hva som er dine behov”*. Måten terapeuten legger frem tema, viser at hun har lagt et stort ansvar over på Oda, jamfør Thornquist & Bunkan (1995) som hevder at PMF er en form for hjelp til selvhjelp. Det blir altså Oda sitt prosjekt. Det er hun som skal endre seg, og ta mer ansvar for å fremsette egne behov. Samtidig er det rom for tilpasning. Det hele må foregå i Oda sitt tempo. Oda har samlet både armene, bena og delvis skuldrene (som er eleverte, protrauerte og innadroterte). Samlet signaliserer Oda sin kroppsholdning hennes behov for å beskytte seg (Thornquist, 2003, s. 56). Terapeuten relaterer Oda sin reaksjon (med kroppslig anspenhet) og vanemønster (relatert til å ta sosialt ansvar) til hennes bakgrunn og tidligere erfaringer, forenlig med en kroppsfenomenologisk tankegang (Merleau-Ponty, 2012). Terapeuten oppfatter altså at Oda alltid er på vakt for å kunne tilpasse seg etter andres behov og forventninger, derav hennes ansente vanemønster. Sett i et perspektiv der denne væremåten vurderes med hensyn til symbolsk makt, er det mulig å vurdere Oda sitt uttrykk som en form for underdanig atferd (Gretland, 2007). For Oda kan det innebære en måte å håndtere vanskelig følelser på i sosiale situasjoner (Thornquist og Bunkan, 1995). Det kommer også til uttrykk gjennom hvordan Oda skvetter til da det virker som terapeuten er på vei opp fra stolen. Det kan være at Oda tilpasser seg og føyer seg for å opprettholde trygge situasjoner. Trolig har Oda erfart slike tilpasninger som nyttige strategier for å motvirke utrygge

situasjoner i tidligere utfordrende relasjoner. Væremåtene er således hensiktsmessige tilpasninger til tidligere vanskelige livssituasjoner (Gretland, 2007, s. 28; Thornquist, 2009, s. 279). Måten Oda, via kroppen, kommuniserer hvordan hun føler seg, kommer derfor til uttrykk i bestemte situasjoner og er utviklet på bakgrunn av tidligere erfaringer (Freund, 1990).

Regulering av selvfølelse og behovet om et *sammenhengende selv* står sentralt i selvpsykologien, i følge Skårderud (1998). I et slikt perspektiv blir kroppslige symptomer sett på som “*et forsøk på å fremme selvfølelse og å hele*” (s. 123). Her legges det til grunn at manglende kontakt med egne følelser har sammenheng med utvikling av symptomer (Skårderud, 1998). Slik er det også mulig å tolke Oda sin hodepine som en konkret kroppslig opplevelse av noen uforløste kroppslige følelser (abstrakte forhold) (Merleau-Ponty, 2012). Samlet forstår jeg det slik, at det er en forventning om at Odas kroppslige plager vil avta når hun lærer seg å “*ta mer plass*” og legger mer til rette for egne behov og følelser i sosiale situasjoner (Monsen og Monsen, 2000). Mindre beredskap i sosiale situasjoner vil bidra til en kroppslig omstilling med gradvis avvikling av det muskulære forsvaret. Når Oda etter hvert tør å ta mer plass vil hun ikke lengre ha behov for å være i kroppslig beredskap. Mindre kroppslig beredskap gir mindre muskulære spenninger, mindre holdt pust og mindre belastning på organismen som helhet, derav også mindre symptomer og plager (Kirkengen og Thornquist, 2020).

I intervjuet forteller fysioterapeuten (F) hva hun legger til grunn for tema i behandlingen:

F: “...det er selvfølgelig viktig at hun legger merke til hva hun selv gjør og sine vanemønstre, også er det spesielt viktig at hun får øvd på å ikke tilpasse seg andre så mye, da det er noe hun gjør veldig mye.”

I: “hvorfors tenker du at det er uheldig for henne?”

F: “...når man har hatt en barndom der man egentlig har vært en voksen for sine foreldre, og har måttet tilpasse seg...” [...] “...for å passe på at hverdagen går opp og at ingen blir såret, avvist eller klikker på en eller annen måte...” [...] “...da kan man reagere med å spenne seg og holde pust, og når det da blir et automatisk mønster og du gjør det stort sett hele tiden, så blir det en ensidig belastning på hele organismen. Det tror jeg kan være med på å drive symptomer som for eksempel hodepine og smerter i rygg og nakke...”

Videre forteller F at hun er opptatt av at Oda skal oppnå et fleksibelt vanemønster:

F: “...kunne bruke forsvaret litt mer fleksibelt...” [...] “...bruke det når man trenger det men også fjerne seg fra det når man ikke trenger det. Er du trygg og du er i en trygg relasjon så er det ikke noe vits å ha med seg uhensiktsmessige tilpasningsvaner.”

Videre forklarer F litt mer om hvordan hun anser situasjonen til O:

*F: “...hun [er] på alerten for å prøve å finne ut av hva er det folk trenger, hva er det jeg kan gjøre for at det her skal gå så glatt som mulig, også glemmer hun seg selv. Så når jeg sier sosialt ansvar så mener jeg at det er vanskelig for henne å **slappe av** i en sosial situasjon og gi seg selv litt plass og ta med seg selv og egne behov inn i det...” [...] “...det er jo på en måte et gjennomgående tema - vi ser jo det i alle utgangstillinger vi jobber i, at hun gir meg plass, hun legger til rette sånn at det skal bli enklest mulig for meg å finne den muskelen eller at jeg skal få plass til å sitte - ja, det er mye sånn, og at hun hele tiden prøver å forutse hva jeg skal gjøre med henne, sånn at hun kan gjøre det jeg forventer av henne.”*

I: “ja, ikke sant. det blir jo som å være i beredskap hele tiden.”

F: “ja, det gjør jo det, og det er hennes vanemønster og det har vi snakket om alle timene vi har hatt at det er noe hun kjenner igjen fra livet ellers.”

O sitt ansente mønster ble kommentert av begge. F kommenterte:

F: “Det vi ikke ser på video er at det her er pottestivt!” [...] “...det er lite fleksibilitet i kroppen som tyder på at hennes vanemønster har vedvart lenge.”

Den eksterne (E) fysioterapeuten kommenterte:

E: "Jeg bare synes at hun sitter helt påtagelig stille..." [...] "...hun velger å knytte bena og de er ganske hardt knyttet også sitter hun der litt sånn tilfrosset..."

Gjennom "å ta mer plass" skal Oda både ivareta og sette frem egne behov i mer sunnere relasjoner, slik at hun kan innta sosiale situasjoner på en mer avslappet måte. Ettersom vanemønsteret er ubevisst, ønsker terapeuten å påpeke situasjoner i behandling der det fremgår forhold ved Oda sitt vanemønster som kan relateres til at hun **ikke** "tar plass". Terapeuten vil gjøre Oda oppmerksom på forhold som tyder på at Oda enten tilpasser seg, legger til rette, eller hjelper til på noe annet slags vis, slik at hun skal få bedre kjennskap til hvordan det hele kommer til uttrykk kroppslig. Terapeuten ønsker også at Oda skal sitte mer åpent. Hensikten må være at Oda skal få erfaringer med hvordan det er å bryte sitt vante, fastlåste mønster. Oda skal også kjenne på fleksibilitet hva angår eget vanemønster; Oda skal forstå at hun både kan bruke og gi slipp på sitt vanemønster ettersom hva hun føler behov for. Hva skjer i behandlingen når terapeuten griper fatt i vanemønstre som relateres til at hun **ikke** "tar plass"?

4.5 Handlingssekvenser

Handlingssekvensene presenteres med et begrenset utvalg av temaer. Presentasjonen utgjør derfor et utvalg av hva jeg anser som relevant. Som det vil fremgå av transkriberingen, hadde det vært mulig å trekke frem flere temaer i én og samme handlingssekvens. Mange av de utvalgte temaene flyter dessuten over i hverandre i de utvalgte sekvensene. Likevel, har jeg valgt å presentere en til to utvalgte temaer innunder én og samme handlingssekvens. Hensikten har vært å gi en ryddigere og mer lesevennlig tekst, samt forenkle den analytiske prosessen.

Oversikt og tidsmessig organisering av utvalgte sekvenser

Tid i behandling** (og varighet):	Tema:
1715:1845 (ca. 90 sekunder)	Handlingssekvens 1*: "Men jeg har lyst til å sitte sånn."
1900:1950 (ca. 50 sekunder)	Handlingssekvens 2: "Jeg følte den var i veien."
2022:2107 (ca. 45 sekunder)	Handlingssekvens 3: "Jeg skal gjøre det lettest mulig for alle andre."
3632:3752 (ca. 90 sekunder)	Handlingssekvens 4: "Ja, jeg skal hjelpe deg da."
4530:49:25 (ca. 4 minutter).	Handlingssekvens 5: "Jeg liker veldig godt å ha kontroll."

*1 av 5 sekvenser der terapeuten ikke eksplisitt påpeker noe ved Oda sitt vanemønster/reaksjoner.

**Tiden viser til når i behandling sekvensene foregår. Eksempel: Sekvens 1 starter 17 minutter og 15 sekunder ut i behandling og avsluttes 18 minutter og 45 sekunder ut i behandling.

4.5.1 Handlingssekvens 1*

“Men jeg har lyst til å sitte sånn.”

1. gradsfortolkning

(F og O har nå nettopp fullført en sekvens i stående stilling.)

[F plasserer en krakk bak O og ber henne sette seg ned. O utfører bevegelsen med stive ankler og stiv rygg. Spontant gjør hun noen justeringer på føttene, bekkenet og overkroppen i det hun har satt seg, slik at hun får bedre balanse over bekkenet, blir mer oppreist i overkroppen, og slik at bena virker å avlaste noe mer i stillingen. Mens O justerer seg, setter F seg ned på en terapeutkrakk ved O sin høyre side. Samtidig har F en kommentar (relatert til forrige sekvens) om at man vanligvis ikke står så rett opp og ned. O ler. O har nå plassert føttene i omtrent hoftebredde avstand og har hendene samlet i fanget. Hun har noe forøket lumballordose med markant akseknekk i thorakolumbal-overgangen. Skuldrene er eleverte, innadroterte og protraherte. Albueleddene er delvis flekterte, underarmene pronerte, og hodet litt fremskutt. Litt nølende legger hun armene ned langs siden. F hviler hendene i fanget, avventer og studerer O der hun sitter].

F: ...Hvordan sitter du der? [F avventer mens O justerer seg ytterligere og trekker sitteknutene enda lenger bak på krakkens sitteplate].

O: Nå, ..prøvde jeg å sette meg mer midt på.

F: Mm, så bra [F avventer igjen].

O:Men jeg har lyst til å sitte sånn [O snakker raskt, samtidig tar hun armene tilbake i fanget og ler. O er på vei til å legge armene ned langs siden men ombestemmer seg halvveis i bevegelsen og legger armene tilbake i fanget. Hun kikker også raskt bortom F].

F: Ja.

O: Ja.

F: Er det noe som er ubehagelig med det å være åpen i overkroppen sånn? [F fører armene ut til siden, før hun legger armene tilbake i fanget. O legger armene ned langs siden igjen].

O: Nei, det føles, eh, vet ikke, føler jeg spenner meg her [O svarer raskt og legger hendene på bringa].

F: Ja.

O: Jeg føler jeg slapper mer av hvis jeg sitter sånn [O samler hendene i fanget igjen og kikker bort på F].

F: Ja [Oda legger så armene ned langs siden igjen], er det det handler om? [F legger en hånd på sin egen bringe], at det kjennes ut som at du spenn//

O: Nei, jeg tror det føles ut som en sånn utrygghet [Oda rister litt på armene]. Som den følelsen som er inne i meg [O legger høyre hånden på bringen og plukker litt på singleten, så tar hun armene ned langs siden før hun løfter dem opp i fanget igjen]. ...Eh, vet ikke, mer komfortabelt [O svarer med lav stemme. Hun trekker på skuldrene et par ganger og puster litt dypere. Hun kikker bortom F og oppnår rask blikk-kontakt].

F: Ja [F kikker ned. O responderer også med å kikke ned.]. ...Så jeg tror at vi skal være litt sånn nøye på hvor mye vi utfordrer det der [O virker å være på vei til å legg armene ned langs siden igjen, men ombestemmer seg. Hun klør seg heller på ryggen med høyre hånd].

O: Mm [O kikker bortom F, møter blikket til F, før hun kikker ned igjen].

F: Du må kjenne på det selv rett og slett [F slår ut med armene og rister litt på dem. O er på vei til å legge armene ned langs siden igjen men avbryter bevegelsen].

O: Mm.

F: Sitt sånn så lenge at du kjenner at det er greit [Oda rister litt på skuldrene og legger armene ned langs siden igjen].

O: Mm [O svarer med lav stemme].

F: Men hvis du trenger å samle deg så gjør du det [F legger armene sine opp i fanget].

O: Ja. [O nikker.]

F: Det er jo en litt sånn spesiell situasjon også i dag, ettersom vi blir observert.

O: Mm [O svarer fremdeles med lav stemme].

F: Så jeg tenker at der må du være ærlig [O kikker bortom F], du trenger ikke å utfordre deg så veldig mye på det i dag, hvis du ikke orker.

O: Nei [O nikker, og ser rett frem].

F: Det må du kjenne litt på selv.

O: Ja.

F: Du prøver å være der, også ser vi, ..også samler du deg hvis du trenger det [F slår først ut med armene ned langs siden før hun legger dem tilbake i fanget. Deretter nærmer hun seg O].

O: Ja [O svarer med spak stemme og sitter helt i ro].

O prøver å sitte annerledes

2. gradsfortolkning

I denne sekvensen blir det lagt oppmerksomhet på pasientens sittestilling. Situasjonen tilsier at Odas oppgave er å sitte mer oppreist med bedre balanse over bekkenet, og at hun skal utfordre seg på å sitte i en mer åpen stilling med armene ned langs siden.

Oda sier at hun vil sitte på en bestemt måte, men det observeres allikevel at hun er i ferd med å tilpasse seg bort fra det som virker å være hennes behov. Hun er tydelig på at hun vil sitte med hendene samlet, men prøver stadig å utfordre seg selv ved å legge armene ned langs siden. Hun fomler kroppslig og avbryter seg selv flere ganger i forsøk på å legge armene ned langs siden. Dessuten ler hun og snakker raskt når hun omtaler forhold ved seg selv. Det virker som at Oda prøver å sitte annerledes, underforstått som at hun skal "ta mer plass".

Terapeuten holder seg litt på avstand og signaliserer med det at Oda kan holde på med egne bevegelser og gir henne både tid og rom til å få tilgang på egne kroppslige erfaringer.

Terapeuten etterspør også stadig Odas erfaringer for å få et innblikk i Oda sin meningsverden. Hun er opptatt av å kartlegge hvordan ulike bevegelser erfares for henne som person. Med det påfølgende spørsmålet; "*er det det det handler om?*", stiller terapeuten seg kritisk til Oda sine beskjedne svar. Trolig har terapeuten fanget opp reaksjoner hos Oda, som hun ønsker å få bedre forståelse for. Terapeutens korte gjensvar gir Oda plass i situasjonen og hjelper henne på vei med å gi verbalt uttrykk for ubehagelige følelser. Umiddelbart blir terapeuten opptatt av gjøre tilpasninger. Slik viser terapeuten at hun er opptatt av å dosere behandlingen på pasientens premisser for å ivareta hennes trygghet.

Tilpasningen ser ut til å være en oppfordring til egenomsorg, gjennom at Oda skal ta ansvar for egne følelser. Oppfordringen fremstår likevel som tvetydig. Oda får som oppgave å samle seg når hun trenger det, men samtidig skal hun utfordre seg selv. Spørsmålet er derfor om Oda forstår oppfordringen? Det blir jo en slags vanskelig dobbeltoppgave; å kjenne etter hvordan hun vil plassere armene, men samtidig prøve å være mer åpen.

Tvetydige situasjoner ved utfordring av vaner

3. gradsfortolkning

Kroppslig uttrykk viser til et gjensidig samspill mellom kropp og sosiale situasjoner (Merleau-Ponty, 2012). Sosiale situasjoner er for Oda ladet med negativ valør. Hun har respekt for sosiale situasjoner, litt som et “brent barn som skyr ilden” (Merleau-Ponty, 2012). Hun går inn i sosiale situasjoner med kroppslig beredskap der hun er på alerten for å tilpasse seg. Disse vanene har blitt en del av Oda sitt kroppsskjema (Merleau-Ponty, 2012). Derfor kan hun heller ikke gi etter for underlaget ved å la kroppen gi etter for tyngdekraften. Hun kan heller ikke åpne opp i overkroppen ved å slippe armene ned langs siden når hun sitter på en krakk (Øvreberg og Andersen, 1986; Thornquist og Bunkan, 1995).

I den aktuelle situasjonen kommer Oda sin usikkerhet til syne blant annet ved at hun fomler kroppslig og stadig avbryter egne bevegelser. Antagelig trekker hun bena inn under stolen for å gjøre seg selv liten, eventuelt for å samle seg kroppslig. Oda har kroppslig tegn på at hun egentlig ikke vil ta plass, men prøver likevel. En slik diskrepans mellom det opplevde og det uttrykte blir i følge Freud (1990) forstått som en psykosomatisk måte for individet å håndtere ansente sosiale situasjoner. Kan det være at Oda er opptatt av å gjøre det hun tror forventes av henne? Det var også noe terapeuten selv beskrev i intervjuet. Kan det være at Oda presenterer seg på en bestemt måte basert på hva hun forstår “*ligger i luften*”, jamfør beskrivelsene til Thornquist (2009, s. 34). Måten Oda kikker bort på terapeuten og stadig speiler terapeutens bevegelser, tolker jeg dit hen at hun søker bekreftelser og vil gjøre det som er riktig i gitt situasjon. En mulig tolkning er at Oda anser *terapeuten* som et slags moralsk kompass for hvordan hun skal sitte og bevege seg.

Når Oda sier at hun kjenner på usikkerhet, så blir terapeuten opptatt av å tilpasse behandlingen deretter. Jamfør Thornquist & Bunkan (1995) som hevder at behandlingen i PMF ikke skal overskride pasientens grenser for hva pasienten kan tåle av omstilling. Slik viser terapeuten at Odas erfaringer og reaksjoner tilskrives en viktig rolle for det som utspiller seg videre i møtet (Thornquist, 2009, s. 123). Terapeuten ønsker at Oda skal ta ansvar for seg selv og kjenne på egne behov. Derimot da terapeuten legger til at Oda også skal prøve å utfordre seg selv, risikerer hun kanskje å gjøre budskapet tvetydig. Oda får altså **beskjed** om å være autoritær over egen kropp, hun skal sitte slik hun har behov for og “samle seg” når hun trenger det, men hun skal også skal utfordre seg selv og da vil hun ikke få **erfare** at det er greit å sitte slik hun vil.

F omtaler situasjonen i intervjuet:

F: “..Det skjedde i forrige time også - det å sitte og åpne seg litt i overkroppen, det gir henne en følelse av uro og ubehag..” [...] “..da er det ikke om å gjøre og tvinge henne til å sitte å kjenne på den følelsen av utrygghet, i alle fall ikke når hun blir observert av en som sitter og filmer, så da prøver jeg å dra inn det her med at det her er en forsvarsmekanisme og den kan du bruke når du trenger det og prøve å utfordre når du føler at du har mulighet til å gjøre det..”

F forklarer at hun har en intensjon om å hjelpe O med å forstå at; “*det er ikke feil å ha et forsvar*”:

*F: “...jeg er opptatt av at hun skal **få inn** fra flere vinkler at det er ikke **feil** å ha et forsvar, men det er viktig at det er fleksibelt og at hun ikke er låst fast i det, men at hun bruker det aktivt - nå trenger jeg det og nå kan jeg samle meg litt, men nå er jeg i en trygg setting, så nå kan jeg utfordre det litt - ja jeg er opptatt av at det ikke skal være svart hvitt og feil og riktig, men det her er noe som har en funksjon for deg og det skal du **bruke** - i riktige situasjoner.”*

Ekstern (E) terapeut kommenterte:

E: “..det var en god måte å løse dette på..,” [...] “..hendene får være i fanget, og hun får ekstra beskjed om å ivareta seg selv..,” [...] “..ikke utfordre deg så veldig sier hun [F], men hun [O] vet jo kanskje ikke hva det betyr.”

I intervjuet kommenterte både F og E hvordan O plasserte seg på stolen;

F: “Jeg tenkte at hun setter seg jo med bekkenet i midtstilling, for hun husker det fra tidligere timer, at det er det hun skal gjøre, men hun sitter fortsatt litt oppstrammet i sete- og lårmuskulaturen.”

E: “Når hun setter seg ned, så ser det ut som hun virkelig har lært seg å lage bred og god rumpe..”

Terapeuten er altså opptatt av at Oda skal forstå sitt kroppslige forsvar [sitte mer anspent og samlet] som en nyttig funksjon, som hun kan ha et aktivt [bevisst] forhold til. Videre ønsker terapeuten at Oda skal forstå at hun kan bruke vanemønsteret i enkelte situasjoner [utrygge situasjoner] og gi slipp i andre [trygge situasjoner]. For Oda innebærer det at hun må forstå når hun kan føle seg trygg eller ikke [noe hun må erfare selv]. Slik det legges opp til i behandling fremstår det å være litt tvetydighet rundt hvordan Oda skal sitte. Terapeutens intensjon er at det ikke skal være noe rett eller galt, og antagelig ønsker hun å hjelpe Oda med å bryte vanemønsteret, slik at Oda på denne måten skal få erfare at det ikke er utrygt å sitte mer åpent. Derimot virker det som at Oda har en forståelse for hvordan hun *bør* sitte. Det kommer til uttrykk ved at hun plasserer seg i det hun anser som “korrekt stilling” fra tidligere behandling og ved at hun stadig prøver å utfordre seg selv på å sitte mer åpent til tross for ubehag. Det er derfor usikker om Oda forstår hva det innebærer “å samle seg” i situasjonen. Dermed får hun heller ikke erfare det terapeuten ønsker; at hun skal få kjenne på et “fleksibelt vanemønster”.

4.5.2 Handlingssekvens 2

“Jeg følte den var i veien”

1. gradsfortolkning

(Denne sekvensen følger tett på forrige sekvens.)

[Begge sitter på hver sin krakk. F hjelper O med å lande bedre på krakken ved å be henne om å lage bred rumpe. Deretter trykker hun skånsomt ned på O sin hoft og lår på høyre side. F fleiper med at det er en pussig ting det hun gjør. O “hiver seg på” og fleiper med en kommentar tilbake. Begge ler. O smiler med øynene. F beveger seg så over på O sin venstre side. Hun ruller forbi og foran O med terapeutkrakken som har hjul, slik at hun plasserer seg litt på skrå foran og ved siden av henne.]

F: Vi starter med litt rumpemassasje [O ler igjen].

[F trykker og masserer med den høyre hånden over O sin hoft. Hun beveger hånden gradvis nedover låret til O. I det F nærmer seg området der venstre armen til O henger ned, løfter O armen bort og legger den opp på låret.]

F:Der trakk du armen inn? [F stopper opp med det hun gjør, trekker seg litt tilbake og plasserer hendene i fanget].

O: Ja, jeg følte den var i veien [O veksler nå flere ganger mellom å legge venstre armen opp på låret og ned igjen langs siden].

F: Ja, så det handler om å gi plass til meg? [F trekker seg enda lenger bort fra O og stiller seg nå tvers over henne fra siden].

O: Mm [O kikker bort på F].

F: Det var ikke fordi det var ubehagelig?

O: Nei [O kikker ned og fortsetter å legge armen opp og ned fra låret].

F: Nei, du er jammen meg en serviceinnstilt type, det skal du ha [O kikker bortom F og ler med bevegelse rundt øynene. O plukker på singleten, legger så armene ned langs siden igjen og kikker ned],...men du trenger ikke å gjøre det altså.

O: Nei, okei [De ler samstemt, mens O nå ser rett frem. F trekker skuldrene litt opp og frem i det hun ler].

F:Okei, skal vi se [F nærmer seg O igjen. F snakker nå med lavere stemme. Hun fortsetter der hun slapp; hun trykker ned med begge hendene over O sitt venstre lår].

Brudd i samhandling

2. gradsfortolkning

Kanskje er terapeuten litt ubekvem med grep så tett opp mot hoftene og setemuskulaturen til Oda, derfor ufarliggjør hun situasjonen med litt tøys. Igjen virker det å være jevnbyrdig innsats fra begge parter om å trygge handlingen og ivareta den gode relasjonen. Situasjonen viser derfor til en god tone mellom partene. Så oppstår et kort brudd i samhandlingen.

Bruddet oppstår som følge av at terapeuten påpeker bevegelsen til Oda. Her virker partene delvis uenig i det som skjer. Oda virker overrasket, og spontant virker det å være en antydning til hun forsøker å hevde sin rett (til å flytte armen). Terapeuten blir deretter opptatt av å avveie situasjonen, hvorpå hun stiller noen kontrollspørsmål for å vurdere holdbarheten til egne fortolkninger. I samtalen som følger, veksler Oda flere ganger mellom å bevege hånda opp på låret og ned langs siden igjen. Det kan tyde på at hun har blitt usikker på hvor hun skal gjøre av armen. Alternativt kan det tyde på at hun er i ferd med å bli kjent med seg selv på en ny måte, i lys av at terapeuten påpeker forhold ved hennes væremåte. Kontrollspørsmålene til terapeuten er derimot ledende; *“ja, så det handler om å gi plass til meg?”* og *“..det var ikke fordi det var ubehagelig?”* Kanskje går hun derfor glipp av alternative tolkninger i situasjonen. Potensielt kan det også være at Oda føyer seg i retning terapeuten sine fortolkninger. Humor fremstår som en avløser for ubehaget i situasjonen.

Påpeking og fortolkning av kroppslige reaksjoner

3. gradsfortolkning

Igjen er det kroppen som utgjør utgangspunkt for samtalen. Det er en anerkjent tankegang i PMF (Gretland, 2016; Thornquist og Bunkan, 1995). Terapeuten ønsker å hjelpe Oda med å få bedre tak på sine egne reaksjoner i deres samspill. Slik kan pasienten hjelpes til å utvikle en bedre forståelse av seg selv som person gjennom sine kroppslige reaksjoner (Fagrelid, 2021; Gretland, 2007; Kristiansen og Ekerholt, 2022; Norrøne, 2020; Råheim, 2002). Terapeuten påpeker Oda sine reaksjoner slik at Oda skal bli oppmerksom på hva hun selv gjør i enkelte situasjoner. Disse vanene, som for Oda til nå har vært ubevisst, trer frem i bevisstheten. Spørsmålet er om terapeuten slår til på et tydelig nok tegn eller om det blir utydelig for Oda hva terapeuten reagerer på? For at partene skal kunne dele opplevelser må de kroppslige reaksjonene være tilstrekkelig tydelig for begge (Gretland, 2007, s. 129). Jeg husker også

ordene fra en ekstern foreleser i et av praksisfagene under studieforløpet: [Slå til på store nok tegn - ikke pirke bort små usikre tegn - vite når man skal ta opp pasientens reaksjoner - timing - vente, vente, vente og romme, romme.] (Susanne Sternberg, forelesning, 25. august 2020).

Med hensyn til prosjektet om å ta mer plass, ligger det noen terapeutiske potensialer i å gjøre Oda bevisst på hva hun gjør i situasjoner der hun i større grad tilrettelegger for andre på bekostning av egne behov (Monsen og Monsen, 2000). Kanskje ønsker terapeuten å fremprovosere et poeng med hensyn til prosjektet om å skulle ta mer plass? Terapeuten er derfor på utkikk etter handlinger, bevegelser og reaksjoner, som kan relateres til dette temaet. Muligens har terapeuten en tendens til å tolke Oda sine bevegelser med utgangspunkt i en slik forhåndsbestemt "kategoriboks"; om Oda tar plass eller ikke. Det kan også være at terapeuten har sett et gjentakende mønster fra tidligere behandling, slik at terskelen for å påpeke enkelte bevegelser og reaksjoner nå er redusert. Det virker dessuten som at Oda kjenner seg igjen i terapeuten sine hypoteser om at hun kan være både en tilbøyelig og "*serviceinnstilt type*" i sosiale relasjoner. Begge ler også av situasjonen, som kan peke i retning av at partene har et forløsende møte-øyeblikk som følge av pasientens reaksjon på fortolkningen (Stern, 2007). Jeg tolker her Stern (2007, s. 216) sin definering av "møte-øyeblikk", som en "*autentiske reaksjon som er tilpasset den krisen som det kritiske nå-øyeblikket har skapt*". Likevel plukker Oda litt på overdelen, fomler frem og tilbake med armen (opp og ned fra låret) som om hun ikke vet hvor hun skal gjøre av den lenger, og hun kikker ned. Oda sin reaksjon signaliserer derfor et slags dobbeltbudskap, der det virker som at det er misforhold mellom det verbale uttrykte og det kroppslige uttrykte (Thornquist, 2009). Situasjonen virker delvis ubehagelig for Oda. At hun smiler, senker blikket og ydmykt godtar de bemerkninger som blir gitt, er noen av flere signaler som samlet kan assosieres med den underkastede kroppsholdning (Bourdieu, 2000). Muligens føyer Oda seg i retning terapeuten sine hypoteser og vurderinger, slik hun har for vane å rette seg etter andre.

Terapeuten har blant annet disse kommentarene og spørsmålene; "...*der trakk du armen inn*", "...*ja, så det handler om å gi plass til meg*", "...*det var ikke fordi det var ubehagelig?*" og "...*du er jammen meg en serviceinnstilt type*". Kommentarene og spørsmålene er kutymemessig stilt via oppdagelser rundt kroppslige reaksjoner (Thornquist og Bunkan, 1995). At terapeuten stiller spørsmål rundt kroppslig reaksjoner, gjenspeiler en forståelse av kroppens flertydighet og at terapeuten er opptatt av å utforske disse reaksjonene sammen med pasienten (Gretland, 2016, s. 141). Spørsmålene virker derimot å ha en slags ledende og påpekende form. Et mulig utfall blir at terapeuten snevrer inn på egne fortolkningsmuligheter. Mer åpne spørsmål kunne kanskje i større grad avklart hvilken betydning Oda selv legger i egne bevegelser og uttrykk. Oda virker uansett å være sparsom i egne erfaringsutvekslinger når det gjelder kroppslig forhold, men flere spørsmål av typen: La du merke til hva du gjorde der? Hva skjedde der? Er det noe du legger merke til / kjenner på? osv, kunne kanskje løftet meningsinnholdet ytterligere på pasientens premisser (Andersen, 2013).

Generelt virker terapeuten selektiv, men samtidig opptatt av å fremme pasientens deltagelse i behandling, slik at begge parters erfaringer og ressurser aktiveres. Det hele skjer i tråd med det Thornquist (2009, s. 65-67) omtaler som en avbalansert rollefordeling i klinisk sammenheng. Behandlingen er pasientssentrert, men under ledelse av terapeuten. Gjentakende forsøker terapeuten å løfte frem pasientens erfaringer og følger opp på det pasienten sier og gjør. På denne måten fremmes pasientens handlinger og reaksjoner som viktig for den videre

behandlingen (Gretland, 2007). Terapeuten møter Oda som en **person** med erfaringer og følelser og ikke bare en person med kroppslige plager. Derimot når det gjelder fortolkninger av Oda sine kroppslige væremåter, så virker det å være en fast deltakerstruktur der terapeuten tar styring og avgjør betydning til det som skjer. Fortolkninger av kroppslig væremåter og reaksjoner foregår i et mønster der; terapeuten spør, pasienten svarer, og terapeuten fortolker betydning. Slikt sett, blir det mulig å si at terapeuten har fortolkningsautoritet i situasjonen. Det kan isåfall ligge litt i rollen som autorisert helsepersonell, der det er en implisitt forståelse om at fysioterapeuten er eksperten (Thornquist, 2009), og at det derfor er terapeuten som tar føringen når det gjelder å avgjøre betydningen av det som oppfattes som viktig i behandling. Den aktuelle situasjonen viser videre til en hårfin balanse mellom tema og relasjon. Den utgjør et avgjørende øyeblikk, et kritisk nå-øyeblikk, hvor både saken og relasjonen står på spill (Stern, 2007). Et kritisk nå-øyeblikk er i følge Stern (2007) en delt følelse der partene opplever at det intersubjektive felt er truet, hvor påfølgende handlinger avgjør den videre relasjonen. Den vanlige måten å være sammen på blir lagt på *forhandlingsbordet*. Det oppstår et brudd i samhandling og den påfølgende “reparasjon” vil virke inn på pasientens forståelse for hvordan det er å inngå i relasjoner (Stern, 2007). Slike øyeblikk kan bane vei for utforskning, forandringer og nye tolkninger, men også at muligheter for forandring går tapt (Stern, 2007). Forandring innebærer at det oppstår delt oppmerksomhet (intersubjektivitet) og følelsesladde øyeblikk mellom partene (Stern, 2007). Partene i den aktuelle behandlingssituasjonen virker å ha ulike strategier for å delvis stenge av for slike følelsesladde øyeblikk. Det kan virke som at Oda føyer og tilpasser seg, mens terapeuten bruker humor. Begge strategier virker å være for å lette på stemningen, og fungerer således som reparasjon når relasjonen virker truet (Goffman, 2005; Stern, 2007). Kunne partene ha tillatt litt mer tid i det ukjente? Det innebærer at reaksjoner løftes frem, foruten at det nødvendigvis tolkes i en bestemt retning (Thornquist, 2009). Potensielt kan implisitte utprøvinger i det intersubjektive felt bidra til trygghet som på sikt kan bane vei for at et nytt eksplisitt tema dukker opp i behandling (Stern, 2007). Det gjør det jo her, men jeg lurer på om det skjer litt forhastet på terapeutens premisser. Det finnes dessuten eksempler på at Oda selv tolker egne reaksjoner i behandling. En gjentakende tendens virker uansett å være at terapeuten fortolker Oda sine reaksjoner opp mot tema “å ta mer plass”. Det medfører brudd i samhandlingen med påfølgende reparasjonsarbeid. Det kan derfor virke som at partene er i en prosess der det fremdeles legges grobunn for at mer følelsesladde øyeblikk kan deles (Stern, 2007), og at forandring i Oda sitt vanemønster vil ta tid.

Fysioterapeuten betegnet denne situasjonen som viktig;

F: “det her er litt viktig fordi, det som skjer er at hun trekker armen til seg når jeg kommer på siden av henne”, [...]”..så da kommenterer jeg det og prøver å finne ut hvorfor;” [...] “..om det var noe som var ubehagelig og at hun måtte samle seg eller om det var fordi hun skulle være litt serviceinnstilt og gi meg plass, og da sier hun at det var det hun ville da, at hun gjør det fordi hun ikke skal være i veien for meg,....og det er jo det som er litt av temaet vårt. Litt av temaet i behandlingen er at hun skal ta plass, fordi der er alltid hun som tilpasser seg andre i sitt liv, men akkurat her med meg så skal hun øve seg på å ta plass, også er det jeg som skal tilpasse meg henne,....men det her skjer jo automatisk som hun sier; så derfor er det viktig å påpeke det og øve på å la den armen henge også går jeg rundt armen [F ler].”

Den eksterne terapeuten kommenterte om påpeking av disse bevegelsene;

*E: “det kan fort bli litt at man skal gi alt betydning, mens jeg tenker at det gjør vi da, vi oppfører oss jo litt sånn at vi hjelper litt hverandre her i samfunnet, også flytter man seg både fordi tørne ikke vil bli påkjørt og fordi man er **vennlig**. Du skal forbi, men da gjør jeg det litt lettere for deg. Er det ikke litt sånn vi gjør det da?”*

4.5.3 Handlingssekvens 3

“Jeg skal gjøre det lettest mulig for alle andre”

1. gradsfortolkning

(Neste sekvens følger tett på forrige sekvens. På eget initiativ har O rettet seg mer opp i overkroppen. Hun har sluppet seg bedre ned på underlaget som svar på terapeutens grep fra forrige sekvens. Hun sitter med et bredere kontaktgrunnlag på sitteplaten, bedre balanse over bekkenet, og med mindre utpreget lordose i lumbalcolumna.)

[O har blikket rett frem og sitter helt i ro. F sitter først ved O sin venstre side, så fører hun med seg terapeutkrakken og setter seg over på hennes høyre side. F nærmer seg hoften til O, kikker mot den, og trekker seg litt tilbake igjen. Hun legger hodet litt på skakke og ser bort på O. O har fremdeles blikket rett frem. O har gjort en ørliten ruggebevegelse fra side til side med bekken og overkropp (utover det er det vanskelig å fange opp hva F har fått øye på).]

F: Jeg får liksom følelsen av at du har lyst til å gi meg plass her også [F lener overkroppen sin tydelig over til siden samtidig som trekker høyre armen inn mot kroppen],...at du lager rom til meg [O ler og smiler med tydelig bevegelse i magen og rundt øynene. F følger opp med latter og kikker ned].

O: Ja, ..ja, ...jeg er nok [F kikker bortom O før hun senker blikket igjen. O fortsetter å se rett frem med hodet litt på skakke],...hva skal jeg si, både oppdratt og litt sånn satt sammen at jeg [O kikker ned], ...hva skal jeg si, jeg skal gjøre det lettest mulig for alle andre [O kikker bortom F før hun vender blikket rett frem igjen, før øvrig sitter hun helt bom stille. Hun prater med litt lavere stemme].

F: Ja.

O: Vil være snill og være, ...ja, ikke være til bry, liksom [F søker blikket innom O, som ikke gjengjeldes. F kikker ned igjen].

F: Mm.

O: Mm.

F: Også løfter du armen for å gi meg plass [F trekker sin høyre albue inn mot magen. O kikker bortom armen til F før hun løfter blikket i retning F som nå kikker ned på sin egen arm]//

O: Mm.

F: Også trakk (*du*) kneet ditt litt inn igjen [F roterer innover i hoften og fører kneet litt innover, så søker hun kontakt og kikker bort på O. F snakker nå med lavere stemmen og kikker bort på O. Det oppstår en rask blick-kontakt, før O responderer med å kikke rett frem igjen].

O: Mm.

Å bli observert og vurdert

2. gradsfortolkning

Det er vanskelig å fange opp (via videopptak) hva terapeuten legger merke til i denne situasjonen, men antagelig har hun sett noe som hun tolker dit hen at Oda lager plass til henne. Hun hevder Oda “*trakk kneet litt inn*”. Alternativt kan det være at hun anvender ordet *følelse* fordi hun ikke har sett noe spesifikt i situasjonen, men at hun likevel har dannet seg en

opplevelse av Oda sitt vanemønster så langt i behandling. Terapeuten sitt spørsmål er ledende med en invitasjon om at Oda skal utdype.

Oda kommer med egne beskrivelser av seg selv som person, som antyder at hun nå identifiserer seg selv som en “serviceinnstilt type” (i tråd med forrige sekvens). Samtidig har hun flere kroppslig tegn som kan antyde at hun kjenner på ubehag i situasjonen. Det virker som at Oda sitter i en oppstilt stilling, også er det påfallende hvordan partene har mindre blick-kontakt enn tidligere. Det fremgår derfor som at terapeuten har truffet noe som Oda kjenner seg igjen i og som er ubehagelig for henne.

Terapeuten søker stadig blicket til Oda. På denne måten viser hun at hun anser det som viktig å opprettholde kontakt med Oda i behandlingen. Oda har noen tilfeller der hun kikker bortom terapeuten, men det virker mest å være for at hun skal få med seg hva terapeuten gjør når terapeuten forklarer med kroppslige bevegelser. Oda responderer dessuten med å vende blicket bort når det først oppstår litt kontakt dem i mellom, og da har terapeuten allerede flere ganger forsøkt å oppnå blick-kontakt.

Skamfølelse relatert til oppmerksomhet på kropp og vaner

3. gradsfortolkning

Måten Oda håndterer denne situasjonen på er å unngå blick-kontakt, senke stemmen, og svare kortfattet og raskt. Hun bruker blant annet mumlende enstavelsesord. I det hele tatt virker det som om hun forsøker å ta litt mindre plass. Antagelig snakker hun raskt for å bli fortrest mulig ferdig og unngår blick-kontakt for å gjøre seg selv emosjonelt utilgjengelig (Finset, 2006).

Oda har også flere tegn i behandling som til nå kan peke tilbake på skamfølelse. Så langt, har Oda fomlet med armene og hatt hendene i fanget på en måte som har virket unaturlig og “plassert”. I sekvensen her, sitter hun nokså “tilfrosset” med armene plassert ned langs siden og blicket vendt rett frem, foruten at hun kikker ned og bortom terapeuten et par ganger.

Typisk for skamfølelsen er at den kommer til uttrykk gjennom subtile tegn som signaliserer usikkerhet og at vedkommende ønsker å trekke seg tilbake, og derav gjør seg selv emosjonelt utilgjengelig (Finset, 2006). Tegn på skam kan være at vedkommende ser ned, ler nervøst, avbryter seg selv midt i en setning eller unngår blick-kontakt med den andre part (Finset, 2006, s. 34)¹³.

Som Skårderud (1998) skriver, kan skamfølelsen knyttes til avsløringen av hvem du er som person: “*Ved skammen føler man seg blottstilt som den man egentlig er, og skammen krever derfor at man forvandler seg*” (s.139). Terapeuten finner flere eksempler på at Oda nettopp ikke tar den plassen hun skal, da hun “pirker borti” Oda sine vanemønstre. Oda får dermed økt oppmerksomhet på sin kropp, seg selv og sine vaner, og opplever antagelig at det hun gjør kroppslig er feil. Kanskje Oda skammer seg som følge av at hun opplever hun ikke får til det hun blir bedt om? Trolig har Oda en implisitt forståelse om at hun skal ta *mer* plass. Det innebærer at hun inntar et kunstig forhold til sin egen kropp, der hun analyserer hvordan hun skal sitte “riktig” basert på det hun opplever er forventet av henne. Det kan også bidra til at Oda beveger seg på en klumsete måte, jamfør Merleau-Ponty (2012).

I Scheff (2000) sin skamteori opplever individet som skammer seg at ens handlinger eller væremåter er utilstrekkelige og derfor at det sosiale bånd er truet. Disse båndene kan være enten sikre eller usikre; et *usikkert* sosialt bånd er enten *for* strengt eller *for* løst. Et strengt bånd innbærer at partene er oppslukt i å skulle ivareta båndet, mens med et løst bånd

13 Goffman oppgir flere signaler som kan peke tilbake på skamfølelse (eller “embarrassment”, som er ordet Goffman bruker). Se referanse: (Goffman, 2005, s. 97).

innebærer at partene heller er opptatt av egne behov (Glavind Bo, 2012). Derfor kan det også tenkes at Oda, ved *ikke* å ta plass, men heller være ettergivende, unngår konflikter slik at hun holder skam og skyldfølelse på avstand (Risholm Liverød, 2022). Det er i såfall myntet på Oda som den underdanige, hvorpå Oda oppgir egne behov for å kunne ivareta det usikre sosiale båndet (Glavind Bo, 2012).

Skamfølelsen er gjerne en reaksjon på at individet opplever egne handlinger eller forhold ved seg selv for å være "*utilstrekkelig, upassende, uheldig, avvikende eller umoralsk*" (oversatt fra, Dolezal, 2015, s. 569). Skam går derfor på identiteten løs og kan bidra til at en føler seg både eksponert og mindreverdige (Dolezal, 2015). Skammen undertrykkes og er derfor ofte usynlig, men samtidig styrende for individets atferd (Glavind Bo, 2012; Goffman, 1992). Skam ble ikke nevnt under intervjuene.

4.5.4 Handlingssekvens 4

"Ja, jeg skal hjelpe deg da"

1. gradsfortolkning

(Denne sekvensen er et stykke lenger frem i behandlingen. F har hjulpet O med å bli bredere på benken i ryggeleie gjennom modulerende bevegelser av blant annet skuldrene og bekkenet. I tillegg har O gjort isolerte og nyanserte bevegelser med både bena og armene. Så langt med mest oppmerksomhet til O sin venstre side. Påfølgende sekvens starter med at O har hatt venstre arm elevert og strukket over hodet.)

[O er fremdeles i ryggeleie. Hun har et teppe over seg som dekker henne fra føttene og midtveis opp til magen foruten armen som nettopp har blitt beveget av F. F fører O sin venstre arm tilbake til utgangsstillingen og pakker den inn med teppet slik at den ligger tett inntil kroppen til O.]

F: Så nå har vi gjort litt *forskjellig* på venstre siden din [F berører skulderen og leggen til O, på hennes venstre side mens hun snakker. Deretter trekker hun seg litt tilbake og plasserer hendene i sidene av overkroppen].

O: Mm [O ligger helt i ro].

F: Kjenner du noe forskjell nå på høyre og venstre side [F stiller seg opp bak O ved hodeenden og studerer O der hun ligger. O ligger godt innpakket av teppet].

O: Ja, jeg føler at den her er mye mer, ... avslappet.

F: Ja [F svarer med et spørrende tonefall].

O: Mm, føler den her ligger litt mer... opp [O humrer og drar høyre skulderen frem et par ganger].

F: Ja, er det særlig i skuldra du kjenner det eller?

O: Ja. [O svarer raskt. F avventer].

F: Er det noe ellers?

O: Ja, skuldra og armen [O svarer raskt og ligger ellers helt i ro].

F: Skuldra og armen, mm. Er det noe ellers noe aktivitet, prikking, noe temperaturforandringer, noen sårne ting? [F gestikulerer med høyre armen].

O: Hmm, ...nei [O svarer veldig lavt. F avventer litt før hun går videre].

F: Nei, ...skal vi se litt på foten her da [F snakker lavt og stiller seg opp nede ved høyre benet til O, så bretter hun vekk teppet],.....du må bare la den armen ligge (*Antagelig har O flyttet bort høyre armen - ikke synlig grunnet kameravinkel*). [F legger venstre hånden sin vennlig på overarmen til O og søker kontakt med O. O ler forsiktig]. Jeg **tar** den plassen jeg trenger jeg altså.

O: Ja [Begge ler].

F: Du kan bare ta den plassen du skal ha [F tar hånden bort fra overarmen til O og beveger seg lenger ned mot leggen til O. F ler]. Det er litt morsomt at det er så gjennomgående [F snakker og ler samtidig. O responderer med en tydelig latter og bevegelse i mage og thorax-region. F søker samtidig kontakt med O og rugger litt på høyre benet hennes].

O: Ja, jeg skal hjelpe deg da [O ligger i samme stilling under hele sekvensen. Hun kikker rett frem opp mot taket. Angivelig er det ingen blikk-kontakt under samtalen].

F: Ja, det skal du ha,...okei,...da skal vi se litt mer på knestrekken din her også [F kjenner med venstre hånd på hoften til O og med høyre hånd over O sitt kneskjell].

Terapeuten lokker frem nyanser og fortolker Oda sin reaksjon

2. gradsfortolkning

Terapeuten har gitt mye stimulering til Oda sin venstre side. På denne måten vil hun være mer tilgjengelig for å kunne kjenne forskjell mellom venstre og høyre side. Oda svarer raskt og bekrefter å kjenne forskjell både verbalt og med gester. Terapeuten er riktignok opptatt av å finne ut om det er noe **mer** Oda har blitt oppmerksom på. Her bruker terapeuten ulike strategier for å få frem en respons fra Oda, men Oda har ikke noe mer å tilføye.

Terapeuten setter så kursen mot Oda sitt høyre ben. I det terapeuten bretter unna teppet blir hun oppmerksom på at Oda gjør en bevegelse (*en bevegelse som ikke fanges opp på video, antagelig fordi terapeuten er i veien for kamera*). Terapeuten sier at Oda flytter armen bort. Det oppfatter hun som et tegn på at Oda igjen tilpasser seg henne i behandling. Derfor blir hun opptatt av at Oda skal hevde sin plass og oppfordrer Oda vennlig til å la armen ligge.

Videre ler terapeuten av situasjonen og kommenterer at hun syns det er et tydelig gjentakende mønster. Oda hiver seg på og begge ler samstemt. Oda forklarer seg, nok en gang, med at hun prøver å være hjelpsom. Kanskje innrømmer Oda at hun hjelper til eller så føyer hun seg med en gøy tone. Uansett virker både Oda og terapeuten å være opptatt av å skulle ivareta stemningen i rommet.

Humor og flertydighet i fortolkning av kroppslige reaksjoner

3. gradsfortolkning

Igjen er det kroppen som utgjør *ankerpunktet for erfaring*, for å bruke Merlaeu Ponty (2012) sine ord. Slikt sett, kommer det frem at terapeuten forstår kroppen som kanskje den viktigste kilden for å hjelpe pasienten i å utvikle nye erfaringer.

I sekvensen antyder Oda, uten at hun bruker ord, at hun strever med å sette ord på eller i det hele tatt kjenne på egne erfaringer. Hun svarer svært raskt. Derfor kan en jo undre seg om hun i det hele tatt har gitt seg selv tid til å kunne kjenne etter. Terapeuten prøver å hjelpe henne på vei og bruker ulike strategier. Hun bruker åpne, delvis åpne og lukkede spørsmål. Hun gir også en meny; “..*noe aktivitet, prikking, noe temperaturforandringer, noen sanne ting?*”. I tillegg bruker hun også en avventende strategi, der hun tillater tid og rom for undring, slik Thornquist (2009) foreslår. Oda får ikke tak på noe nytt. Til tross for at terapeuten ikke får “napp” i den aktuelle situasjonen, fremstår sekvensen likevel som et godt eksempel på

hvordan erfaringer potensielt kan lokkes frem gjennom ulike strategier. Oda kjenner riktignok at den ene skulderen er mer avslappet på den ene siden, men det virker som om terapeuten ønsker Oda skal utvikle litt mer nyanserte erfaringer enn som så.

Situasjonen gir også et nytt eksempel på hvordan den kroppsfenomenologiske tenkningen understøtter måten terapeuten forholder seg til pasienten på (Merleau-Ponty, 2012).

Terapeuten fremstår som mer opptatt av Oda som person og “kroppslig subjekt”, enn om hun objektivt sett kan utføre en isolert “knestrekke”. Hun tilpasser behandlingen utifra pasientens reaksjoner. Det understøtter også prosessen som styrer fremdriften i behandling; terapeuten tar styringen, men åpner opp for pasientens bidrag. På denne måten føler Oda seg sett som person og får en opplevelse av at det hun gjør påvirkes (Gretland, 2007).

Det er mye latter når terapeuten påpeker Oda sine vanemønstre. Dessuten er det et slags gjentakende mønster i hvordan situasjonene utarter seg, hver gang terapeuten påpeker forhold ved Oda som indikerer at hun ikke tar den plassen som hun skal; først dramatisering der situasjoner tilspisses som følge av at vaner påpekes, for deretter avdramatisering gjennom forløsende øyeblikk med latter. Latter fungerer her som et effektivt hjelpemiddel for å avdramatisere situasjonen og som et lim for det relasjonelle samholdet (Coser, 1959; Goffman, 2005). Delt latter og humor reduserer den sosiale avstanden mellom mennesker; Latteren er samlende (Coser, 1959). Bruken av humor underbygger derfor tankegangen om at terapeuten anser trygghet som et viktig premiss i situasjonen. Å utfordre egne vaner krever nemlig en underliggende følelse av trygghet (Eide-Midsand, 2017). Derimot, virker humoren i situasjonen å kunne åpne opp for et mer tvetydig budskap. I følge Coser (1959) kan humor bidra til å se situasjoner i et mer positivt perspektiv, men samtidig kan humor tildekke det som er uønsket, slik at forandring uteblir. Spørsmålet er om Oda forstår konsekvensen av egne handlinger, ettersom situasjonen “flires bort”. Gitt situasjonen blir budskapet; Oda skal ikke hjelpe til men det er likevel hyggelig og gøy at hun gjør det. Riktignok, kan det også tenkes at terapeuten anvender humor fordi hun får et inntrykk av Oda “har fått nok” i situasjonen. På denne måten brukes humor for “å dosere” behandling, forenlig med tankegangen om at behandlingen ikke skal overskride pasientens grenser (Thornquist og Bunkan, 1995).

Nok en gang, når terapeuten påpeker forhold ved Oda sine væremåter, ansett som *uhensiktsmessig tilpasningsvaner*, oppstår et lite brudd i samhandlingen. Humor forstås her som et terapeutisk virkemiddel for å avdramatisere situasjonen. Slik balanseres forholdet mellom tema og relasjon. Når temaet blir for “nært” eller ubehagelig for en av partene, bruker terapeuten humor for å justere både situasjonen og relasjonen dem i mellom. Bruk av humor kan derfor være en måte for terapeuten å tilpasse nærhet til følelser i behandling (Greenberg et al., 2001). Goffman (2005) beskriver hvordan humor kan avvæpne en alvorlig eller intens situasjon. Slik kan humor brukes for å nå inn til hverandre når situasjonene preges av alvor. Det er det også eksempler på i behandlingssituasjon fra tidligere masteroppgaver innen fagfeltet (Andersen, 2013). Oda responderer dessuten med latter som virker ekte (Ekman, 1992), og slikt sett kan det virke som at Oda føler seg trygg i situasjonen.

Humor kan også forstås som et terapeutisk virkemiddel for å skape trygghet slik at pasienten etter hvert skal kunne by mer på seg selv (ta mer plass). I en slik sammenheng, er det mulig å anta at partene fremdeles bygger grobunn for at mer følelsesmessige erfaringer kan deles på sikt (Stern, 2007).

Som mennesker benytter vi stadig ulike strategier for å regulere egne følelser (Hochschild, 2012). Vi nedregulerer sterke inntrykk ved å bagatellisere, eller vi “lyver” til oss selv ved å snakke varmt om noe som kanskje ikke er så bra. Vi bruker disse strategiene, bevisst eller

ubevisst, for å beskytte oss selv og skape avstand til vanskelige følelser. En slik kontrollering av følelser bidrar derimot til mindre emosjonell kontakt, og derav et svekket forholdet til ens egen kropp og seg selv som person (Freund, 1990; Hochschild, 2012). Oda ler av situasjonen og sier at hun prøver å hjelpe til, og gir derfor uttrykk for at hun spiller med på terapeuten sin tankegang. Det er uansett lite som tilsier at Oda plutselig skulle protestere og gå imot terapeuten sine oppfattelser og tanker. Det er i det hele tatt ingen tegn på at Oda noen gang er direkte uenig i noe av det terapeuten sier i behandling. Jeg mistenker derfor at Oda kan ha en tendens til å “føye seg” og at hun ikke kjenner etter på egne behov og at hun ikke tillater å være seg selv ved og vedkjenne egne følelser. Antageligvis medvirker disse forhold til at Oda også har utfordringer med å sette ord på egne kroppslige erfaringer (innledningsvis i denne sekvensen) (Freund, 1990).

Om denne situasjonen sa F dette:

F: “...hvis jeg hjelper henne med å lande helt på den ene siden, så blir det ekstra tydelig når jeg etterpå skal spørre henne om hun kjenner noe forskjell...,” [...] “...at det føles annerledes å få strekt seg ut litt og å slutte og bremse alle bevegelser, da er det mange som føler at dem får mer kontakt, og at det blir tydelig og at kroppen lander mer på benken...,” [...] “...jeg føler at når jeg tar kroppen på langs så er det ofte lettere for folk.”

F forklarer hvordan hun opplever O sin reaksjon;

F: “...Før jeg i det hele tatt har lagt hendene mine på kroppen hennes så er hun i ferd med å gi meg plass. Hun er klar sånn at det skal være så lett som mulig for meg. Det er jo noe av mønstret som jeg vil at hun skal øve på å bryte - bli liggende og la meg tilpasse meg henne, og ikke omvendt.”

F forklarer hvorfor hun spøker med O sitt vanemønster;

F: “...på en måte tulle det bort, sånn at det ikke blir så alvorlig. - det er hyggelig at hun er så hjelpsom liksom..”

F nevnte også i intervjuet (relatert til sekvens 2¹⁴):

F: “...altså det er jo viktig å tulle litt også, det skal jo ikke være så veldig alvorlig, det skal jo være hyggelig å komme hit - vi skal jo ha det fint sammen...,” [...] “...det er kanskje også litt for å normalisere, at vi kan le litt av at vi gjør sånn som vi gjør, og at vi har de vanene vi har. Det er ikke så gravalvorlig. Vi er jo alle mennesker og vi gjør disse tingene her.”

Videre i intervjuet forklarer F hva hun legger i begrepet “gjennomgående”;

F: “...”Vi ser det liksom i alle utgangsstillinger og med alle bevegelser vi driver med, så ser vi den tendensen hun har til å tilpasse seg meg.”

Den eksterne F åpnet opp for en alternativ forståelse av situasjonen;

E: “...det er litt sånn de åpenbare psykomotoriske temaene - å ta plass og sånn...,” [...] “...så skal det [å flytte armen] være det samme som å begrense seg selv, og det er ikke sikkert at det er sant...men, det kan godt være at pasienten kjenner seg veldig godt igjen i det, men det kan også være at hun tenker at - er det galt da, å gi deg plass? - kan ikke jeg få lov til å gjøre det? - at det ikke er sånn det legges opp til her, men det vet jeg ikke.”

I: “ja det legges opp til noe mener du?”

[...]

E: “...ja, hvis det er sånn jeg oppfatter, så syns terapeuten at det er et gjennomgående kroppslig mønster og drive å gi henne plass, at hun flytter armen sin og bena sine når hun skal forbi, og at hun syns det er gøy at det er så gjennomgående. Nei, jeg syns ikke det er så gøy.”

I: “ja, så du stusser litt på det da, hvorfor hun syns det er så gøy?”

E: [...] “...nei, jeg er bare kanskje ikke helt enig av å gjøre et poeng ut av det.”

14 Humor kunne også vært et aktuelt tema i handlingssekvens 2, men er nevnt her for å få en bedre flyt i oppgaven.

Terapeutene åpner opp for ulike fortolkninger av situasjonen. Den eksterne terapeuten spør om det er nødvendig å legge så stor betydning til Oda sine bevegelser. Hun åpner dermed opp for at Oda rett og slett bare oppfører seg vennlig, og at det ikke koster Oda så mye å flytte bort den armen. Den eksterne terapeuten var også inne på dette poenget tidligere (sekvens 2), der det ble stilt spørsmålstegn rundt mening bak en slik handling; kanskje er det bare en naturlig måte å oppføre seg vennlig på?

Terapeuten bygger likevel sin forståelse på flere forhold som ikke nødvendigvis gjør seg synlig for den utenforstående observatør. Overordnet besitter terapeuten på mer informasjon i situasjonen. Samtidig viser situasjonen til flertydighet når det gjelder kroppslig uttrykk og væremåter, og at det er mulig å oppfatte situasjoner og reaksjoner på flere måter.

4.5.5 Handlingssekvens 5

“Jeg liker veldig godt å ha kontroll”

1. gradsfortolkning

(Det gjenstår nå ca. 15 minutter av behandlingstimen. O har vært i ryggeleie i ca. 20 minutter. Siden forrige sekvens har O blant annet fått øvd på isolerte bevegelser med høyre ben.)

[O ligger i ryggeleie på behandlingsbenken. F sitter på en terapeutkrakk ved hodeenden. F lar venstre hånd hvile lett på O sin venstre skulder. Samtidig har hun høyre hånd rundt O sin høyre skulder. F trykker den høyre skulderen til O skånsomt og langsomt ned mot benken og holder skulderen litt i den nye posisjonen, slipper så grepet og har et øye med pustebevegelsen til O. Deretter endrer F grepet og skyver skulderen til O nedover mot den andre enden av benken. Bevegelsen utføres på samme måte, skånsomt og langsomt, holdes litt i den nye posisjonen før F slipper grepet og ser hva som skjer med pusten til O. F endrer så grepet slik at hun kan dra skulderen litt mer utover og ned mot benken. Hun holder skulderen til O i den nye stillingen og tar deretter venstre hånd over brystbenet til O og gjør små ruggebevegelser retning fotenden av benken (caudalt), så slipper hun grepet og observerer pusten til O. F gjentar ruggebevegelsen over brystbenet en gang til før hun slipper og observerer pusten på nytt. Hele denne innledende sekvensen foregår uten verbal kommunikasjon mellom partene.]

F: Da løfter jeg opp nakken din litt [F bryter stillheten, snakker med lav stemme, og løfter hodet til O for å kunne gi plass til venstre hånd som hun støtter hodet med. Deretter lirker hun litt på nakken til O med fingertuppene på høyre hånd som hun har plassert oppå hodet til O. F tar så sin høyre hånd tilbake på O sin høyre skulder og gir et nytt press nedover i retning føttene til O. F holder presset noen sekunder før hun slipper].

F: Er det greit for deg om jeg kjenner på den her? [F griper rundt sternocleidomastoideus på O sin høyre side].

O: Ja [O svarer med en forsiktig stemme].

F: Da sier du bare i fra om du synes det blir ubehagelig [F palperer muskelen samtidig som hun støtter opp nakken med venstre hånd]....Så nå kjenner jeg med en gang at du **strammer** deg til i nakken [F slipper grepet og tar hånden tilbake på hodet til O].

O: Mm.

F: Kan du **slippe** den, bare la haka di bare synke inn i halsen? [F snakker fremdeles med lav stemme og lirker videre på nakken til O som en invitasjon om at hun skal få mer fleksjonsbevegelse øverst i nakken]. Var det for at det var ubehagelig? [F hever stemmen].

O: Var det? Jeg tror (*O mumler noe*), når jeg nå har fokusert bare på tunga, så har jeg lagt merke til at jeg...før, hver gang det er en ny øvelse [O svarer med litt hevet stemme og beveger litt på høyre hånden som ligger pakket inn under teppet].

F: Ja?

O: Eller før du på en måte tar på meg på et nytt sted, på en måte [F legger høyre hånd på O sin høyre skulder].

F: Ja?

O: Så kommer tunga opp igjen [O snakker med en tydelig stemme].

F: Okei.

O: Det er akkurat som en sånn mekanisme på en måte, at jeg gjør kroppen min **klar da**, eller jeg vet ikke [O rikker hodet litt til siden, gjør et litt dypere innpust, og ser videre opp i taket, mens F følger pusten til O].

F: Mm.

O: Jeg vet ikke om det er det som, skjedde da, ..også at det, det er nytt da.

F: Mm.

O: Jeg vet ikke helt hva du skal [O med klar stemme].

F: Nei.

O: Så selv om det er helt greit for meg at du tar der så er det likevel//(*F er i ferd med å avbryte men lar O fortsette å snakke*), litt sånn hva..., hva skjer nå? [O beveger litt på den høyre armen som er pakket inn i teppet og puster litt dypere].

F: Ja, en liten usikkerhet i det?

O: Ja [F avventer],...jeg liker veldig godt å ha kontroll.

F: Ja [F nikker og holder fremdeles et grep vennlig over O sin høyre skulder].

O: På en måte, både her og ellers holdt jeg på å si [O blir litt skjelven i stemmen før hun ler forsiktig],...jeg liker ikke sånne ting hvor jeg ikke vet helt hva jeg går til [O sier siste kommentar med betydelig lavere stemme, og holder pusten litt i inspirasjonsstilling]. Ja, for når jeg snakker om det så..[O gjør en stor ruggebevegelse med overkroppen og skuldrene, som til nå har vært nokså livløs(e)]//

F: Strammer du deg opp ja [Begge ler samstemt].

O: Ja [O har et tydelig pustevar, med økt pustebevegelse i mage- og brystregionen. Hun lager en tydelig og hørbar sukkelyd. F avventer og følger med på pusten til O].

F:..... Jeg vet ikke om det er riktig, men jeg får litt følelsen av at det handler om at du vil vite hva jeg forventer av deg for du vil gjøre det som er riktig?

O: Ja kanskje det [O svarer med lav stemme].

F: Tror kanskje, at det handler litt om å være klar.

O: Mm.

F: Sånn at du kan gjøre det jeg vil at du skal gjøre?

O: Mm, ja det kan godt være det også [O svarer med litt høyere stemme].

F: Jeg vet ikke [F beveger hodet litt fra den ene til den andre siden], nei fordi det er jo, jeg merker at ofte, så handler det om å gi meg plass da og du trekker deg litt innover for at jeg skal få plass [F viser ved å trekke underarmen mot overkroppen sin].

O: Mm.

F: Men her er det jo litt mer sånn at du skal få plass.

O: Ja [O ler og F hiver seg på. Videre følger O opp med et pustesvar. Hun slipper til pusten gjennom øvre thorakal partier og ned i magen, og sukker. F følger med på pusten til O].Ja, det er den tankegangen der da, som er litt vanskelig.

F: Ja [O sukker igjen. F avventer litt før hun gjør noe mer],.....skal vi se, hvis du prøver å slippe haken din ned i halsen igjen [F griper oppå hodet til O igjen og gjør små lirkebevegelser]. Det handler jo om å slippe til øverst i nakken, ...hvis du ikke synes det er ubehagelig så prøver vi en gang til da.

O: Jaja.

F: Så kjenner jeg på denne muskelen.

O: Ja.

F: Også prøver du å tenke at nå er det du som skal ta plass.

O: Ja.

F: Jeg tilpasser meg deg [F palperer muskelen på nytt].

O: Mm.

F: Og hvis,hvis jeg ikke får plass så tar jeg ansvaret for det selv, det trenger ikke du å gjøre [F fortsetter å palpere langs med muskelen].Det gikk jo fint [F slipper grepet og legger begge hendene bak hodet til O].

O: Mm.

Terapeuten prater mindre og Oda tar mer plass

2. gradsfortolkning

Denne sekvensen skiller seg ut fra de andre på flere punkter. For det første at den innebærer et parti som foregår helt uten verbal kommunikasjon, og for det andre at Oda gjør noe helt annerledes enn det hun pleier.

Uten verbal samhandling er det mulig å anta at Oda blir usikker. Oda sin usikkerhet kan også relateres til kroppsområdet, som for Oda er forbundet med mye smerter og ansenhet.

Mindre instruksjoner og verbal kommunikasjon gir Oda mindre holdepunkter for å kunne være i forkant av situasjoner. Til nå har Oda kunnet tilpasse seg etter terapeutens ord, mens her foregår samhandlingen kun kroppslig (innledningsvis).

Terapeuten er skånsom og følger nøye med på hvordan Oda har det i situasjonen. Det kommer til uttrykk gjennom at terapeuten gjør et grep og venter på Oda sin reaksjon. Hun gjør et nytt grep og venter igjen på Oda sin reaksjon. Stadig har terapeuten et øye med blant annet pusten til Oda.

Nok en gang er det subtile reaksjoner som terapeuten griper fatt i. Terapeuten legger merke til at Oda strammer til i nakken. Terapeuten prøver så å avdekke bakgrunn for Oda sin reaksjon.

Det resulterer i en situasjon der Oda etter hvert **tar initiativ til å legge frem egne behov**.

Spontant "livner Oda litt til". Hun avreagerer kroppslig med å riste løs skuldrene og med et tydelig pustesvar og sukk. Pustesvaret kommer antagelig som en reaksjon på at Oda har fått satt ord på noe som har vært viktig og eventuelt ubehagelig for henne.

Det handler ikke nødvendigvis om at Oda tar mer plass slik terapeuten legger opp til, «nemlig å rette seg kroppslig etter hva som forventes av henne», men om å ta mer plass i forstand av «å melde fra om egne behov». På denne måten gjenvinner Oda kontroll over situasjonen.

I situasjonen bidrar terapeuten med kun korte gjensvar og pauser på pasientens ytringer. Slik hjelper hun Oda på vei til å ta initiativ. Det bidrar til å gi Oda mer plass, ettersom Oda blir den dominerende part i samtalen. En relativt kort sekvens, men samtidig et relativt stort sprang for

Oda. Hun tar på en måte sats og hopper idet. Situasjonen fremstår derfor som et gjennombrudd i behandlingen.

Videre følger en situasjon der terapeuten deler sine fortolkninger. Her tar terapeuten tilbake føringen over samtalen. Oda gjør det klart at hun synes det er vanskelig å skulle forene seg med tankegangen om at hun skal ta mer plass. Kanskje Oda ikke helt forstår konseptet? Alternativt kan det være at Oda rett å slett strever med å følge opp tema for behandling. Det virker uansett å være en uklar oppgave som blir gitt på tampen av sekvensen.

Å ta plass - et abstrakt begrep

3. gradsfortolkning

I starten av denne sekvensen skjer det en “*dialog via kroppen*”, kjennetegnet for å være et typisk samhandlingsmønster i PMF (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 41-42). Når Oda viser tegn på ubehag, stopper terapeuten helt opp med det hun gjør. Terapeuten inviterer til en refleksjon rundt reaksjonen, og Oda får så meldt i fra om egne behov og får en kortere opplevelse av å være den dominerende part i samtalen.

Når Oda gjenvinner kontroll, kan engstelsen slippe, og Oda kan slippe pusten til (Thornquist og Bunkan, 1995). Oda sin forløsende reaksjon med pustesvar og kroppslig spontanitet, kommer kanskje som et resultat av hun hevder seg selv og tar plass i situasjonen. Oda *benytter seg av taletiden* under fortolkning av egne reaksjoner, jamfør (Bourdieu 2002, s. 220) sitt begrep. Oda får dermed være den dominerende part ved at hun selv ilegger betydning til egne kroppslige reaksjoner. Endelig løser hun litt på det fastlåste mønsteret. Hun livner til kroppslig. Situasjonen utgjør derfor en betydelig vending vurdert opp mot behandlingen som helhet. Det blir nesten et paradoks, at Oda uoppfordret tar mer plass i behandlingen.

Alternativt kan det tenkes at Oda har blitt trygg gjennom terapeuten bruk av humor. For Oda har det skjedd en oppsamling av trygge implisitte utprøvinger i det intersubjektive felt, slik at hun nå tør å by mer på seg selv gjennom å tilføre eksplisitte tema i behandling (Stern, 2007). De tidligere situasjonene i behandling har lagt grobunn for at mer følelseladde øyeblikk kan deles (Stern, 2007).

Situasjonen viser derfor til et gjensidig forhold mellom kroppslig uttrykk og følelser (Freund, 1990; Merleau-Ponty, 2012; Thornquist og Bunkan, 1995). Oda “slipper garden”, den kroppslige beredskapen, da hun føler seg trygg eller gjenvinner kontroll over situasjonen. Det er imidlertid en forbigående endring, da hun kort tid etterpå er tilbake i sitt låste mønster, men utgjør likevel en betydelig endring sett i sammenheng med behandlingen som helhet.

Det er riktignok mulig å undre seg om Oda i det hele tatt forstår hva terapeuten legger i begrepet “å ta plass”. Eventuelt om terapeuten her opererer med en litt *for* snever forståelse av begrepet? Å ta mer plass er et abstrakt begrep og en metafor som blant annet sier noe om hvordan personen fremtrer med høy grad av «*trygghet, selvtillit og verdighet*», men som også kan beskrives med begrepet «*å ha personlig tyngde*» (Gretland, 2007, s. 66). Det er i det hele tatt et begrep som kan fortolkes på ulike måter.

Oda virker her å ta plass gjennom å hevde egne behov. Hun fremsetter behovet om kontroll som et viktig premiss for egen opplevelse av velvære. Hun antyder vel også at hun ønsker å vite hva som skal skje i behandling. Terapeuten derimot, virker å være mer opptatt av hvordan Oda skal ta plass gjennom å hevde seg mer kroppslig, at hun ikke skal flytte seg for andre, at hun skal sitte bredt, stå bredt, osv. Et nytt eksempel på det, kommer helt på tampen av denne sekvensen. Terapeuten sier: “*..så kjenner jeg på denne muskelen, også prøver du å tenke at nå er det du som skal ta plass*”. Er det slik at Oda skal unngå å bevege hodet bort i det terapeuten

palperer, og er det en implisitt forståelse for begge parter? Eller er det slik at Oda bare “jatter med” for å ikke være til bry? Gitt situasjonen, fremstår begrepet “å ta mer plass” som et tvetydig fenomen. Det virker nødvendig å konkretisere hva som legges i begrepet for den aktuelle situasjonen. Det er likevel mulig at det foregår en implisitt forståelse mellom partene, som ikke gjøres tilgjengelig for utenforstående observatører; det vil si partene som ikke deltar i selve situasjonen.

F bidro med en kommentar rundt situasjonen (i avrundingen av intervjuet):

F: “...så skulle jeg kjenne på sternocleido og da slo hun til i nakken for å liksom gi meg plass og da sa hun at hun også kjente på en usikkerhet eller en uro og at hun hadde lagt merke til at det skjer hver gang jeg skal gjøre noe nytt, så når hun ikke helt vet hva jeg skal gjøre og hva jeg forventer av henne, så blir hun urolig. Jeg prøvde å utforske litt for jeg tenkte at den uroen hun kjente akkurat der og da i den situasjonen det kunne rett og slett være et ubehag, nemlig at den bevegelsen eller den palpasjonen kunne aktivere, altså at det hadde med minne å gjøre i ubehaget, det er en mulighet - det andre handler om beredskapen om å være i forkant og tilpasse seg meg og det jeg forventer av henne.”

I: "ja, ikke sant, et overordnet tema egentlig."

F: “ja, egentlig, og det er det som er min tolkning og følelsen jeg får når jeg sitter der sammen med henne, at det hun gjør det gjør hun for at hun hele tiden prøver å finne ut av hva jeg forventer av henne- så det tenker jeg at blir viktig å ha med seg videre. Det blir en øvelse for henne å prøve å slippe litt den overvåkingen med å finne ut av hva jeg forventer. Det har vel litt med overtilpasning å gjøre.”

5.0 Oppsummering og avsluttende kommentar

I denne oppgaven er det gitt praksisnære eksempler på hva som kan skje i behandling når terapeuten påpeker og fortolker pasientens atferd. Disse eksemplene utgjør mitt utvalg basert på hvordan jeg har fortolket datamaterialet. Fortolkning forgår derfor på flere nivåer, og fortolkning fremstår derfor som et overordnet tema for prosjektet som helhet.

I behandlingen utgjør kroppen inngangsporten til pasienten som person. Den psykomotoriske fysioterapeuten danner seg en forståelse av pasienten via kroppslige væremåter og reaksjoner, basert på det terapeuten fanger opp som relevant informasjon i ulike situasjoner.

Praksiseksempelene tydeliggjør imidlertid hvordan fortolkning av kroppslig væremåter er en komplisert prosess, sett i et kroppsfenomenologisk perspektiv. Oppgaven har trukket frem deltakerstrukturen i møtet som en avgjørende faktor for hvordan kroppslige vaner, reaksjoner og bevegelser fortolkes. Valg av spørsmålsformuleringer og måten terapeuten åpner opp for pasientens bidrag, ses her som avgjørende faktorer for hvilke fortolkninger som utpeker seg i det kliniske møtet. Samtidig åpner oppgaven opp for en diskusjon angående flertydighet av kroppslig vaner og situasjoner.

Videre fremgår det hvordan påpeking av vaner er en delikat og skjør prosess. Her har oppgaven flere praksiseksempel som tydeliggjør hvordan det oppstår brudd i samhandling med påfølgende reparasjonsarbeid når vaner påpekes. Humor og føyelig atferd er trukket frem som eksempler på reparasjonsarbeid fra henholdsvis terapeut og pasient. Humor vurderes her som et terapeutisk middel for å balansere nærhet til tema og som et nyttig verktøy for å ivareta trygghet i den terapeutiske relasjonen. Pasientens føyelighet vurderes til å kunne påvirke terapeutens fortolkninger.

Faren for utilsiktet å påføre pasienten skam, når forhold ved pasientens atferd påpekes, er også blitt trukket frem og diskutert i oppgaven. Kanskje har det sammenheng med terapeutens naturlige autoritet som "hjelperen" i situasjonen?

Oppgavens avgrensning har gitt mindre fokus på andre aktuelle temaer. Terapeuten fremstår empatisk i møtet med pasienten, og har mange strategier, gjennom hele behandlingssituasjonen, som virker å ha til hensikt å trygge pasienten og øke pasientens følelse av medvirkning og kontroll. Søkelyset i denne oppgaven har derimot vært mindre sentrert rundt slike forhold.

Oppgaven trekker frem abstrakte begreper som "å ta plass" og "samle seg", samt "fleksibelt vanemønster", som virker å skape utfordring for både terapeut og pasient. Oppgaven har til dels trukket frem flertydigheten ved slike abstrakte begreper og viser til eksempler på utilsiktede virkninger som følge av at bevegelser og væremåter påpekes relatert til begrepet "å ta plass". Gjennom å belyse mulige misforhold mellom terapeutens intensjoner og virkningene av dem, har oppgaven til en viss grad vist hvordan formidling av abstrakte begreper (i en klinisk situasjon) er en intrikat prosess.

Med bakgrunn i behandlingen presentert her virker det som at påpeking av vaner skaper ubehag for pasienten. Noe ubehag må naturligvis påregnes i en behandlingssituasjon. Likevel lurte jeg på om det finnes alternative og mindre ubehagelige fremgangsmåter i å gjøre pasienten mer bevisst eget vanemønster. Oppgaven har ikke lagt opp til at det finnes et objektivt riktig svar på området, men har kanskje bidratt til å skape undring rundt forhold ved påpeking og fortolkning av vaner. Det åpner opp for en ny diskusjon, som ikke besvares her, men som kanskje kunne vært tema for videre studier.

6.0 Kilder

Andersen, T. H. (2013) *Kropslig dialog - dialog om kroppen: Fysioterapeutisk samhandling*. Tromsø: Universitetet i Tromsø. Masteroppgave. Tilgjengelig fra: <http://munin.uit.no> (Lest: 1. august 2022).

Argyle, M. (1994) *The Psychology of Interpersonal Behaviour*. 5. utg. Harmondsworth: Penguin.

Benjamin, J. (2004) Beyond Doer and Done To: an Intersubjective View of Thirdness, *Psychoanal Q*, LXXIII(1), 5-46. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2004.tb00151.x>

Bourdieu, P. (1977) *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bourdieu, P. (1999) *Meditasjoner*. Oversatt av Prieur, A. og Ringen, E. Oslo: Pax.

Bourdieu, P. (2000) *Den maskuline dominans*. Oversatt av Stene-Johansen, K. Oslo: Pax.

Bourdieu, P. (2002) *Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oversatt av Prieur, A. Oslo: De norske bokklubbene.

Carpenter, C. (1997) Conducting Qualitative Research in Physiotherapy, *Physiotherapy*, 83(10), 547-552. [https://doi.org/10.1016/s0031-9406\(05\)65614-3](https://doi.org/10.1016/s0031-9406(05)65614-3)

Coser, R. L. (1959) Some Social Functions of Laughter: a Study of Humor in a Hospital Setting, *Human Relations (New York)*, 12(2), 171-182. <https://doi.org/10.1177/001872675901200205>

Darwin, C. (1899) *The expression of the emotions in man and animals*. New York: D. Appleton and company.

De Jaegher, H. (2018) The intersubjective turn, i Newen, A., De Bruin, L. og Gallagher, S. (red) *The Oxford Handbook of 4E Cognition*. Oxford: Oxford University Press, s. 453-468.

Dolezal, L. (2015) The Phenomenology of Shame in the Clinical Encounter, *Med Health Care Philos*, 18(4), 567-576. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9654-5>

Eide-Midtsand, N. (2017) Betydningen av å være trygg: 1. Utviklingstraumatiserte barns affektreguleringsvansker forstått i lys av Stephen Porges polyvagale teori, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(10), 918-926. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2017/10/betydningen-av-vaere-trygg> (Lest: 10. september 2022).

Ekerholt, K. og Bergland, A. (2006) Massage as interaction and a source of information, *Advances in Physiotherapy*, 8(3), 137-144. <https://doi.org/10.1080/14038190600836809>

Ekerholt, K. et al. (2014) Body awareness - a vital aspect in mentalization: experiences from concurrent and reciprocal therapies, *Physiother Theory Pract*, 30(5), 312-318. <https://doi.org/10.3109/09593985.2013.876562>

Ekman, P. (1992) Facial Expressions of Emotion: New Findings, New Questions, *Psychol Sci*, 3(1), 34-38. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.1992.tb00253.x>

Fagrelid, J. A. (2021) *Kroppslig omstilling ved kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME: pasientenes erfaringer fra norsk psykomotorisk fysioterapi*. Masteroppgave. Tilgjengelig fra: <https://hvlopen.brage.unit.no/> (Lest: 1. september 2022).

Fangen, K. (2010) *Deltagende observasjon*. 2. utg. Bergen: Fagbokforl.

Finset, A. (2006) Om skam og fallgruver i konsultasjonen, i Gulbrandsen, P. (red.) *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 31-44.

Flyvbjerg, B. (2010) Five Misunderstandings About Case-Study Research, *SAGE Journals Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. <https://doi.org/10.1177/1077800405284363>

Freund, P. E. S. (1990) The expressive body: a common ground for the sociology of emotions and health and illness, *Sociology of Health & Illness*, 12(4), 452-477. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11340419>

Glavind Bo, I. (2012) Det sociale bånd og følelser i menneskers interaksjon: Thomas Scheffs sosialpsykologiske perspektiv på stolthed og skam, *Psyke & Logos*(1), 7-26. Tilgjengelig fra: <https://tidsskrift.dk/psyke/article/view/8771> (Lest: 1. august 2021).

Goffman, E. (1963) *Behavior in Public Places: Notes on the Social Organization of Gatherings*. New York: Free Press.

Goffman, E. (1992) *Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik*. Oversatt av Risvik, K. og Risvik, K. Oslo: Pax.

Goffman, E. (2005) *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior*. New Brunswick, N.J: Aldine Transaction.

Greenberg, L. S. et al. (2001) Empathy, *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 38(4), 380-384. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.380>.

Gretland, A. og Thornquist, E. (2003) Kropp, samtale og deltakelse - Del 1. To praksissituasjoner - en sammenligning, *Fysioterapeuten*, 80(7), 18-24. Tilgjengelig fra: <https://www.fysioterapeuten.no/kropp-samtale-og-deltakelse-del-1-to-praksissituasjoner---en-sammenligning/124312> (Lest: 1. oktober 2021).

Gretland, A. (2007) *Den relasjonelle kroppen: fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.

Gretland, A. (2016) Psykomotorisk fysioterapi, i Bergem, A. K. (red.) *Kroppen i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 139-161.

Grünenberg, K., Kjærgaard Walker, H. og Skov Knudsen, J. (2009) Mindfulness meditation – mellom autenticitet og effektivisering, *Dansk sociologi*, 20(2), 89-109. <https://doi.org/10.22439/dansoc.v20i2.2994>.

Hansen, I. E. (2016) *Slitenhetsyndrom i lys av en psykomotorisk undersøkelse*. Masteroppgave. Tilgjengelig fra: <http://munin.uit.no> (Lest: 10. august 2022).

Henriksen, R. E., Nilsen, R. M. og Strandberg, R. B. (2022) Loneliness increases the risk of type 2 diabetes: a 20 year follow-up - results from the HUNT study, *Diabetologia*. <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05791-6>

Hjelkrem, T. D. (2022) *Egenbehandling i norsk psykomotorisk fysioterapi: studenters erfaringer med egenbehandling og utvikling av relasjonell kompetanse*. Masteroppgave. Tilgjengelig fra: <http://munin.uit.no> (Lest: 20. oktober 2022).

Hochschild, A. R. (2012) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.

Jordan, B. og Henderson, A. (1995) Interaction Analysis: Foundations and Practice, *The Journal of the Learning Sciences*, 4(1), 39-103. https://doi.org/10.1207/s15327809jls0401_2

Kirkengen, A. L. og Thornquist, E. (2020) *Sammensatte lidelser: et samfunnsspeil*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kristensen, G. B. E. (2013) *Psykomotorisk fysioterapi i forhold til pasienter som strever med ettervirkninger etter alvorlige livshendelser i nære relasjoner*. Masteroppgave. Tilgjengelig fra: <http://munin.uit.no> (Lest: 1. august 2022).

Kristiansen, I. og Ekerholt, K. (2022) Fra kaos til sammenheng og mening: pasienterfaringer med norsk psykomotorisk fysioterapi, *Fysioterapeuten*, 89(5), 40-45. Tilgjengelig fra: <https://www.fysioterapeuten.no/fagfellevurdert-fysioterapi-psykomotorisk-fysioterapi/fra-kaos-til-sammenheng-og-mening-pasienterfaringer-med-norsk-psykomotorisk-fysioterapi/141026> (Lest: 05. september 2022).

Krogh, T. (2009) *Hermeneutikk: om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oversatt av Anderssen, T. M. og Rygge, J. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Leder, D. (1990) *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.

Maggio, R. (2018) *An Analysis of Pierre Bourdieu's Outline of a Theory of Practice*. London: Macat Library.

Merleau-Ponty, M. (2012) *Phenomenology of Perception*. Abingdon, Oxford: Routledge.

Monsen, K. og Monsen, J. T. (2000) Chronic pain and psychodynamic body therapy: a controlled outcome study, *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 37(3), 257-269. <https://doi.org/10.1037/h0087658>

Morris, D. (1977) *Menneskers adfærd*. København: Gyldendal.

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag [NESH] (2021) *Medisinsk og helsefaglig forskning i lav- og mellominntektsland*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/medisinsk--og-helsefaglig-forskning-i-lav--og-mellominntektsland/> (Lest: 13.04.2022).

Norrøne, M. (2020) *Å gi seg selv mer tyngde: en kasusbeskrivelse av hvordan Psykomotorisk fysioterapi kan fremme utvikling av selvet*. Masteroppgave. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet.

Øien, A. M. et al. (2011) Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study, *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(1), 53-61. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00790.x>

Øien, A. M. (2013) Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring, *Fysioterapeuten*, 80(3), 22- 26. Tilgjengelig fra: <https://www.fysioterapeuten.no/fortellinger-mellom-naerhet-og-avstand-til-kroppslig-erfaring/121999> (Lest: 13.04.2022).

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

Pettersen, T. (2022) *Fortolkning*. Tilgjengelig fra: <http://snl.no/fortolkning> (Lest: 25.06.22).

Polit, D. F. og Beck, C. T. (2020) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 11. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. [Supplerende materiell: "Supplement to Chapter 25 - Transcribing Qualitative Data" Tilgjengelig fra: <https://thepoint.lww.com/Book/Show/890700#> (Lest: 25.06.22).]

Råheim, M. (2002) Kroppsfenomenologi: innsikt relevant for klinisk praksis, *Fysioterapeuten*, 80(1), 14-80. Tilgjengelig fra: https://www.fysioterapeuten.no/files/archive/425/4856/version/3/file/0103_Fagartikkel.pdf (Lest: 25.06.22).

Repstad, P. (2007) Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag. 4. utg. Oslo: Universitetsforl.

Risholm Liverød, S. (2022) #368 - Skamfull [Podcast]. Tilgjengelig fra: <https://www.webpsykologen.no/artikler/368-skamfull/> (Lastet ned: 17. oktober 2022).

Scheff, T. J. (2000) Shame and the Social Bond: A Sociological Theory, *Sociological Theory*, 18(1), 84-99. <https://doi.org/10.1111/0735-2751.00089>

Sebeok, T. A., Umiker-Sebeok, D. J. og Kendon, A. (1981) Nonverbal communication, interaction, and gesture: selections from Semiotica. New York: Mouton Publishers.

Selye, H. (1956) Endocrine reactions during stress, *Curr Res Anesth Analg*, 35(3), 182-193. Tilgjengelig fra: https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/citation/1956/05000/endocrine_reactions_during_stress__4.aspx (Lest: 17. oktober 2022).

Selye, H. (1973) The evolution of the stress concept, *Am Sci*, 61(6), 692-699. [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(70\)90796-4](https://doi.org/10.1016/0002-9149(70)90796-4)

Skårderud, F. (1998) Uro: en reise i det moderne selvet. Oslo: Aschehoug.

Skårderud, F. (2006) Flukten til kroppen: senmoderne skamfortellinger, i Gulbrandsen, P. (red.) *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 45-64.

Skjervheim, H. (2002) *Mennesket*. Oslo: Universitetsforl.

Stern, D. N. (2000) *Spædbarnets interpersonelle verden: et psykoanalytisk og utviklingspsykologisk perspektiv*. 3. utg. København: Hans Reitzels forlag.

Stern, D. N. (2007) *Her og nå: øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oversatt av Roster, M. T. og Bielenberg, T.-J. Oslo: Abstrakt forl.

Stiegler, J. R., Sinding, A. I. og Greenberg, L. S. (2018) *Klok på følelser: det følelsene prøver å fortelle deg*. Oslo: Gyldendal.

Teigen, I., Ekeli, B.-V. og Sviland, R. (2020) "Bruk intuisjonen og fantasien" Ein analyse av kroppss- og kunnskapssynet i Aadel Bülow- Hansen si fagutøving og norsk psykomotorisk fysioterapi, *Fysioterapeuten*, 87(3), 22-27. Tilgjengelig fra: <http://munin.uit.no> (Lest: 17. oktober 2022).

Thagaard, T. (2018) *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder*. 5. utg. Bergen: Fagbokforl.

Thoresen, L., Rugseth, G. og Bondevik, H. (2020) *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thornquist, E. og Bunkan, B. H. (1995) *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Pensumtjenesten.

Thornquist, E. (2003) *Lungefysioterapi: funksjonsvurderinger og klinisk arbeid*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thornquist, E. (2009) *Kommunikasjon: teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Thornquist, E. (2018) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Toombs, S. K. (1995) The lived experience of disability, *Human Studies*, 18(1), 9-23. <https://doi.org/10.1007/BF01322837>

Zachrisson, A. (2008) Motoverføring og endringer i synet på den psykoanalytiske relasjonen, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 939-948. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2008/08/motoverføring-og-endringer-i-synet-pa-den-psykoanalytiske-relasjonen> (Lest: 17. august 2021).

Vedlegg 1 NSD sin vurdering

12/10/2022, 11:48

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

[Meldeskjema](#) / [Kroppslige signaler i psykomotorisk fysioterapi](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
690130	Standard	25.10.2021

Prosjekttittel

Kroppslige signaler i psykomotorisk fysioterapi

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Cathrine Boge-Olsnes

Student

Ole-Jonas Liereng

Prosjektperiode

01.09.2021 - 01.07.2022

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 01.07.2022.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 25.10.2021 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 helse frem til 01.07.2022.

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

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/61431b86-1059-416d-94e8-5b17997735fe0>

1/2

- 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 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: Markus Celiussen

Lykke til med prosjektet!

[Meldeskjema](#) / [Kroppslige signaler i psykomotorisk fysioterapi](#) / Vurdering

Vurdering

Referansenummer	Type	Dato
690130	Standard	12.07.2022

Prosjekttittel

Kroppslige signaler i psykomotorisk fysioterapi

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig

Cathrine Boge-Olsnes

Student

Ole-Jonas Liereng

Prosjektperiode

01.09.2021 - 01.03.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 01.03.2023.

[Meldeskjema](#) 

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektslutt dato.

Vi har nå registrert 01.03.2023 som ny slutt dato for behandling av personopplysninger.

Hvis det blir nødvendig å behandle personopplysninger enda lengre, så kan det være nødvendig å informere prosjektdeltakerne.

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

Kontaktperson: Markus Celiussen

Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg 2 Prosjektbeskrivelse (til fysioterapeut)

Vil du delta i forskningsprosjektet

“Kroppslige signaler i psykomotorisk fysioterapi” ?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få frem kunnskap om det som skjer i klinisk praksis. Mye av det som skjer i klinisk praksis er uartikulert kunnskap, såkalt taus kunnskap. Praksisnære beskrivelser kan bidra til å sett ord på det som foregår i det terapeutiske rom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å belyse situasjoner fra klinisk praksis. I hovedsak er formålet å studere interaksjon mellom terapeut og pasient. Mer spesifikt er formålet å analysere hvordan terapeuten forholder seg til pasientens kroppslige signaler i psykomotorisk fysioterapi. Med problemstilling: Hvilke kroppslige signaler gjøres relevant i psykomotorisk fysioterapi og hvordan forholder terapeuten seg til disse?

Studiet er en masteroppgave som gjennomføres som en del av mastergradsutdanningen i fysioterapi - retning psykomotorisk fysioterapi.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har tatt kontakt med din terapeut om å bli observert i en behandlingssituasjon. Du går i behandling hos din terapeut og terapeuten din har allerede forhørt seg om du kunne tenke deg å delta. Du har sagt at deltagelse kan være aktuelt og at det er i orden for deg at vi får dine kontaktopplysninger slik at du nå kan få mer informasjon om hva deltagelse innebærer for deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelse innebærer at jeg observerer en behandlingstime med deg og din pasient. Behandlingen filmes og forsker står for filmingen. Derfor trenger forsker å være til stede under behandling. Du som terapeut er ansvarlig for behandlingen alene og forsker vil ikke ha noe med behandlingen å gjøre. Forsker vil være helt passiv bak kameraet, foruten at forsker endrer stillingen på kameraet av og til.

Det er også ønskelig å gjennomføre et intervju med deg basert på samobservasjon av videoopptaket. Under observasjon kan både du og forsker stoppe video når du anser noe som viktig for samhandlingen eller relevant med hensyn til kroppslige reaksjoner / signaler fra pasient, slik at vi kan vite mer om hva du tenker og erfarer om det som skjer i ulike situasjoner. Intervjuet tas opp på lydopptak.

Et lignende intervju gjennomføres med forskerens veileder.

Din deltagelse vil derfor også kunne belyse sider ved din praksis som du kan bli oppmerksom på. Det kan være mye god læring i dette, for begge parter.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er Universitetet i Tromsø som er ansvarlig for ditt personvern. Ditt personvern sikres gjennom at vi forholder oss til strenge regler i tråd med personvernregelverket. Video- og lydopptaket lagres på en sikker forskningsserver kalt tjeneste for sensitive data (TSD). Det er kun veileder og forsker som har tilgang på opptakene. Video blir sett av terapeut, veileder og forsker.

Alle opplysninger aidentifiseres, slik at verken terapeut eller pasient kan gjenkjennes i det skriftlige materialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 01.06.22. Personopplysninger og opptak slettes ved prosjektslutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Universitetet i Tromsø
 - ved prosjektansvarlig Cathrine Boge-Olsnes, e-mail: cathrine.boge-olsnes@uit.no eller telefon: +4777660723.
 - personvernombud: Joakim Bakkevold, e-mail: personvernombud@uit.no eller telefon: +47776 46 322 og +47976 915 78

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

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

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)
Cathrine Boge-Olsnes

Student
Ole-Jonas Liereng

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*kroppslige signaler i psykomotorisk fysioterapi*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i observasjon
- å delta i intervju basert på samobservasjon av videoopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet den 01.07.22.

(Innhentes muntlig på videoopptak)

Vedlegg 3 Prosjektbeskrivelse (til pasient)

Vil du delta i forskningsprosjektet

“Kroppslige signaler i psykomotorisk fysioterapi” ?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få frem kunnskap om det som skjer i klinisk praksis. Mye av det som skjer i klinisk praksis er uartikulert kunnskap, såkalt taus kunnskap. Praksisnære beskrivelser kan bidra til å sett ord på det som foregår i det terapeutiske rom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å belyse situasjoner fra klinisk praksis. I hovedsak er formålet å studere interaksjon mellom terapeut og pasient. Mer spesifikt er formålet å analysere hvordan terapeuten forholder seg til pasientens kroppslige signaler i psykomotorisk fysioterapi. Med problemstilling: Hvilke kroppslige signaler gjøres relevant i psykomotorisk fysioterapi og hvordan forholder terapeuten seg til disse?

Studiet er en masteroppgave som gjennomføres som en del av mastergradsutdanningen i fysioterapi - retning psykomotorisk fysioterapi.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har tatt kontakt med din terapeut om å bli observert i en behandlingssituasjon. Du går i behandling hos din terapeut og terapeuten din har allerede forhørt seg om du kunne tenke deg å delta. Du har sagt at deltagelse kan være aktuelt og at det er i orden for deg at vi får dine kontaktopplysninger slik at du nå kan få mer informasjon om hva deltagelse innebærer for deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelse innebærer at jeg observerer en behandlingstime med deg og din terapeut. Behandlingen filmes og forsker står for filmingen. Derfor trenger forsker å være til stede under behandling. Terapeuten er ansvarlig for behandlingen alene og forsker vil ikke ha noe med behandlingen å gjøre. Forsker vil være helt passiv bak kameraet, foruten at forsker endrer stillingen på kameraet av og til. Behandlingen går derfor som normalt foruten at det blir en observatør med kamera i rommet.

Senere vil forsker gjennomføre et intervju basert på en samobservasjon av video med din terapeut. I dette intervjuet er forsker opptatt av å vite mer om hva terapeuten tenker og erfarer i ulike situasjoner fra behandlingstimen. Et lignende intervju gjennomføres med forskerens veileder. Intervju med terapeut og veileder tas opp på lydopptak.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke

samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Det vil ikke påvirke din behandling med din terapeut dersom du velger å takke nei eller trekke deg fra studiet.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er Universitetet i Tromsø som er ansvarlig for ditt personvern. Ditt personvern sikres gjennom at vi forholder oss til strenge regler i tråd med personvernregelverket. Video- og lydopptaket lagres på en sikker forskningsserver kalt tjeneste for sensitive data (TSD). Det er kun veileder og forsker som har tilgang på opptakene. Video blir sett av terapeut, veileder og forsker.

Alle opplysninger aidentifiseres, slik at verken terapeut eller pasient kan gjenkjennes i det skriftlige materialet. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 01.06.22. Personopplysninger og opptak slettes ved prosjektslutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Universitetet i Tromsø
 - ved prosjektansvarlig Cathrine Boge-Olsnes, e-mail: cathrine.boge-olsnes@uit.no eller telefon: +4777660723.
 - personvernombud: Joakim Bakkevold, e-mail: personvernombud@uit.no eller telefon: +47776 46 322 og +47976 915 78

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

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

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)
Cathrine Boge-Olsnes

Student
Ole-Jonas Liereng

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*kroppslige signaler i psykomotorisk fysioterapi*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i observasjon

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet den 01.07.22.

(Innhentes muntlig på videoopptak)

