



**Omstilling som et profesjonsspesifikt begrep og fenomen i  
Norsk Psykomotorisk Fysioterapi: Hvilke betydninger tillegger  
praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter begrepet og fenomenet  
omstilling, slik de beskriver det?**

**Jahn Gustav Johansen**

**Mastergradsoppgave i helsefag,  
studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi**

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

**Mai 2013**

Antall ord: 24992

## **Den fenomenologiske kroppens dynamiske vitalitetsformer**

*"We live in impressions of vitality like we breathe air.*

*We naturally experience people in terms of their vitality.*

*We intuitively evaluate their emotions,*

*states of mind,*

*what they are thinking and*

*what they really mean,*

*their authenticity,*

*what they are likely to do next,*

*as well as their health and illness on the basis of the vitality expressed*

*in their almost constant movements"*

Sitert fra side 3 i boken *Dynamic forms of vitality. Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development* (2010),  
av Daniel Stern.

## Innholdsfortegnelse

Forord

Sammendrag på norsk

Sammendrag på engelsk

1.	Introduksjon .....	1
1.1.	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.1.2.	Den psykomotoriske tradisjon behov for teoriutvikling.....	1-2
1.1.3.	Erfaring fra egenbehandling og klinisk praksis i PMF.....	3-4
1.2.	Tidligere forskning på feltet.....	4
1.3.	Hensikt og problemstilling.....	5
1.4.	Oppbygning av oppgaven.....	5
2.	Teori.....	5-6
2.1.	Redegjørelse for omstillingsbegrepet slik grunnleggerne av den psykomotoriske fysioterapien og etterfølgere har beskrevet det.....	6-11
2.2.	PMF - om kunnskap i handling og refleksjon over arbeid med kroppserfaring og kroppsfornemmelser.....	11-12
2.3.	Omstilling i et fenomenologisk-eksistensielt perspektiv.....	12-15
2.4.	Intersubjektivitet.....	16-20
2.4.1.	Omstillingsbegrepet i PMF som overskridelse i et intersubjektivt perspektiv.....	20-21
3.	Metode.....	21
3.1	Valg av forskningsdesing og metodologisk tilknytning.....	22-23
3.2.	Fokusgruppeintervju som kilde til kunnskap i forskning og i min anvendelse.....	24-25
3.3.	Utvalg.....	25
3.3.1.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier og rekruttering.....	25
3.3.2.	Rekruttering.....	25-26

3.3.3.	Beskrivelse av utvalget.....	26-27
3.4.	Forberedelse til og gjennomføring av fokusgruppeintervjuet.....	27-29
3.5.	Analyse.....	29
3.5.1.	Transkribering av datamaterialet - fra tale til tekst.....	29
3.5.2.	Analyse av produsert tekst - de analytiske begrepene produktiv distanse, forforståelse, hermeneutisk spiral og min forskerrolle styrer analyseprosessen.....	29
3.5.2.1.	Produktiv distanse.....	30
3.5.2.2.	For-forståelse.....	30
3.5.2.3.	Hermeneutisk spiral.....	31
3.5.3.	Hovedtrekk i og progresjon av analysearbeidet.....	31-33
3.6.	Etikk.....	33-34
4.	Resultater: Psykomotoriske fysioterapeuters forståelse av omstillingsbegrepet i Psykomotorisk praksis.....	34
4.1.	“Omstilling betyr endring i videste forstand”: Om re-orientering av hva omstilling kan bety i PMF med basis i praksis i psykiatri.....	35
4.1.1.	Hva er omstilling?.....	35-36
4.1.2.	Re-orientering av omstillingsbegrepet på bakgrunn av erfaringer med psykiatriske pasienter.....	36-37
4.2.	Omstilling - Meningsskapning gjennom anerkjennelse og økt kontakt med eget følelsesliv.....	37
4.2.1.	Anerkjennelse som base for omstilling og anerkjennelse i seg selv - en hermeneutisk spiral med bevegelsesutprøving og samtale.....	38-41
4.2.2.	Ta utgangspunkt i pasientens forståelse av seg selv og egen kropp, og relatere denne til hverdagslige situasjoner.....	41-42
4.2.3.	Begrepet affektbevissthet som et terapeutisk verktøy for	

	å fremme en tydeliggjøring av følelesuttrykk ovenfor mgivelser i hverdagslivet.....	42-43
4.3.	Omstillingens sammenvevde aspekter: Kroppens sanser, følelser og kognisjon.....	43-44
4.3.1.	Utprøving av ekspressive bevegelser med eller uten verbale uttrykk som informasjonskilde for meningsskapende samtale.....	44
4.3.2.	Edukasjon - undervisning for å skape kontakt med og mening i kroppslige plager.....	44-46
4.4.	Kroppundersøkelsens betydning for vurdering av pasientens ressurser til omstilling.....	46-47
4.4.1.	Vurdering av kroppslige ressurser.....	47-48
4.4.2.	Pasientens kroppsforståelse innvirker på motivasjon og muligheter for omstilling.....	48
4.4.3.	Ta utgangspunkt i pasientens kroppskontakt og -muligheter som grunnlag for videre samarbeid.....	49-50
4.4.4.	Undersøkelsen gir svar på grad av respirasjonsfrigjøring - omstilling som en balansering.....	50-51
4.5.	Omstilling - overføringsverdi til hverdagslivet.....	51
4.5.1.	Omstilling i behandlingsrommet åpner opp for økt tilstedeværelse og kontakt med følelesliv i seg selv og andre i det sosiale rom.....	52-54
4.5.2.	Hva har vært viktigst i diskusjonen? (Nr 1): Samtale omkring tilbakemeldinger fra pasientene om overskridende erfaringer i hverdagslivet.....	54-55
4.5.3.	Hva har vært viktigst i diskusjonen? (Nr 2): Kontakt med seg selv og egen kropp gir en naturlig avgrensning til andre.....	55-56
4.5.4.	Hva har vært viktigst i diskusjonen? (Nr 3): Kontakt med	

ressurser gjenreiser verdigheten og mestring av oppgaver i hverdagen.....	56-58
4.6. Å fremme omstilling i en terapeutisk relasjon: Om hva som skal til fra terapeutens side.....	58
4.6.1. Terapeutens bruk av seg selv for å skape et terapeutisk rom hvor omstilling kan skje.....	58-61
4.6.2. Hva har vært viktigst i diskusjonen? (Nr 4): Pasienters forhold til seg selv uttrykkes i bevegelsesutprøvingen - en terapeutisk informasjonskilde.....	62
4.6.3. Gjenkjennelse av omstilling - et mikroperspektiv.....	63
4.7. Tanker om gruppedynamikken.....	63
4.8. Oppsummering av kjernetemaene.....	63-64
5. Diskusjon.....	64
5.1. Omstillingsbegrepet ses i utvidet forstand i lys av praksis i psykiatri.....	64-65
5.2. Omstilling og anerkjennelse - fra affektinntoning til erkjennelse.....	65-66
5.2.1. Å "romme" pasienten i en dvelende bevegelsesutprøving for at pasienten kan få mulighet til å "romme" seg selv - om forutsetninger i terapirelasjonen for at omstilling skal finne sted.....	66-70
5.3. Metodediskusjon - dobbeltrolle og oppgavens validitet.....	70-71
5.3.1. Forskerrollen - å forske på eget fagfelt.....	71-73
5.3.2. Intern validitet: Troverdighet.....	73-74
5.3.3. Ekstern validitet: Overførbarhet.....	74-75
6. Avsluttende bemerkninger.....	75-76
7. Litteraturliste.....	77-90
Vedlegg nr 1: Informasjonsskriv til deltakerne i fokusgruppeintervjuet	
Vedlegg nr 2: Intervjuguide	
Vedlegg nr 3: Godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS	

## Forord

Jeg er nå ved veis ende i min prosess av å skrive denne masteroppgaven. Det kjennes som en lettelse å kunne slutføre oppgaven, men samtidig som reflekterende øyeblikk hvor jeg kjenner at jeg har lært mye av arbeidet med oppgaven. Jeg står som eneforfatter på oppgaven, men mange mennesker har beriket arbeidet, og beriket oppgaven i seg selv slik den står slutført.

Jeg vil først takke de 6 Psykomotoriske fysioterapeutene som var villige til å være med i fokusgruppeintervjuet. Takk for den gode og berikende samtalen vi hadde en høstkveld 2012. Takk for at dere delte unike og interessante kliniske erfaringer på en måte som har beriket oppgaven min, og for at dere gjorde denne studien mulig å gjennomføre. Når dere leser oppgaven, håper jeg dere vil oppfatte den som givende og som at jeg har forvaltet deres ytrede erfaringer på en interessant og god måte.

Jeg vil takke min veileder, Målfrid Råheim. Din tålmodighet og kyndige veiledning i samspill med mine egne initiativ har gjort oppgaven mulig å gjennomføre i et stramt tidsskjema i studiet. Jeg synes du har vært flink til å "tone ned" min noen ganger kanskje for(!) ivrige initiativ i en retning, og holdt meg på trygg kurs for "å komme i havn" med oppgaven. Dette har gitt meg oversikt og ro til "å ta ett steg av gangen", og på denne måten få god arbeidsro. Jeg vil også takke deg for at du foreslo at jeg kunne forske på omstilling, på et punkt i tiden da jeg enda ikke hadde bestemt meg for tema for masteroppgaven. Forslaget falt i smak!

Jeg vil takke Studiekoordinator Anne Gretland for å tørre å gi meg "direkte" tilbakemeldinger i løpet av studiet. Disse har hjulpet meg til å kunne, og dermed tørre å se mine egne faglige begrensninger, og forsøke å overskride(!) disse.

Takk til mine egenbehandlere i Psykomotorisk fysioterapi, Odd Katla, Heidi Ann Fiske og Elisabeth Møyner. Dere har alle gitt meg berikende endringserfaringer som har styrket meg og som har styrket min kunnskapsforståelse av begrepet og fenomenet omstilling.

Takk til min familie for å ha støttet og oppmuntret meg fremover i arbeidet med å skrive oppgaven. Takk til Mohpal Singh Kahlon. Din tilstedeværelse gir meg styrke.

Jeg vil takke min flotte, omtensomme og engasjerte kvinne, Monica Slinning! Ditt nærvær for meg, din livskunnskap og rike bakgrunn som fysioterapeut og livsstyrketrener har vært til uvurderlig hjelp for meg i prosessen av å skrive denne oppgaven. Du er den som gir meg det jeg trenger å få, og det jeg trenger å få høre! Du er samtidig den som lar meg finne svarene selv!



## Sammendrag

**Tittel:** Omstilling som et profesjonsspesifikt begrep og fenomen i Norsk Psykomotorisk Fysioterapi (PMF).

**Problemstilling:** Hvilke betydninger tillegger praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter begrepet og fenomenet omstilling, slik de beskriver det?

**Forfatter:** Jahn Gustav Johansen.

6 Psykomotoriske fysioterapeuter med bred og variert klinisk bakgrunn, hovedsakelig fra feltet psykiatri, deltok i et fokusgruppeintervju i hensikt av å besvare problemstillingen i denne studien. Deltakerne beskrev omstilling som begrep og fenomen i Norsk Psykomotorisk fysioterapi som sentralt, komplekst og multifasettert, og i stor grad på en sammenfallende måte sett opp mot PMF-litteratur av grunnleggere og etterfølgere av denne behandlingstradisjonen. Likevel ble begrepet utvidet, sett i lys av praksis i psykiatri. Deltakerne gav dessuten ofte bidrag som knyttet omstilling til psykoterapeutiske begreper. Utviklede temaer fra datamaterialet ble diskutert opp mot tradisjonell PMF-litteratur, kroppsfenomenologi og intersubjektivitet forstått i et kroppsfenomenologisk lys. Basert på diskusjonen, vil jeg hevde at det sentrale og multifasetterte begrepet og fenomenet omstilling med fordel kan forstås på en utvidet måte ved å bygge bro mellom teoretiske perspektiver som kan komplementere hverandre.

## **Abstract**

**Title:** "Change of the phenomenological body" as a unique term and phenomenon situated in the Norwegian Psychomotoric Physiotherapy treatment approach (PMP).

**Problem-question:** What meanings does practicing Norwegian Psychomotoric physiotherapists attribute to "change of the phenomenological body" as a term and phenomenon, based on their descriptions?

**Author:** Jahn Gustav Johansen.

6 Psychomotoric physiotherapists with varied and long clinical backgrounds, mainly from the field of psychiatry, participated in a focus group interview with the intention of answering the problem-question of this study. The participants described the term and phenomenon "change of the phenomenological body" in PMP as central, complex and multifaceted, mainly concurrently with traditional theory in PMP, written by the founders and successors of this treatment tradition. However, the term was broadened in light of treatment practice in psychiatry. The participants often used terms associated with Psychotherapy. Developed and extracted themes from the participants' descriptions in answering my problem-question was discussed in collocation with theory from the NPP, theory about body phenomenology and about intersubjectivity understood in the field of body phenomenology. Based on this discussion, I will maintain that the central and multifaceted term and phenomenon "change of the phenomenological body" with benefit from a broadened understanding by building a bridge between theoretical perspectives which could complement each other.

## 1. Introduksjon

Denne studien skal handle om fenomenet og begrepet omstilling i psykomotorisk fysioterapi (PMF), slik dette blir belyst med utgangspunkt i erfarne psykomotorisk utdannede fysioterapeuters erfaringer fra klinisk praksis. Bakgrunnen for valget av dette temaet er mangfoldig.

### 1.1. Bakgrunn for valg av tema

#### 1.1.2 Den psykomotoriske tradisjon - behov for teoriutvikling

Studieplanen til Mastergradsprogrammet Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi (2010) vektlegger at psykomotorisk fysioterapi som behandlings-tradisjon er rettet mot:

*“mennesker med plager som forstås som psykosomatiske og psykiske”* (2010, s 4).

Utvikling av kompetanse omkring utredning og behandling av pasienter med disse

*“sammensatte lidelsene” fremheves som å dekke et aktuelt samfunnsbehov: “Slike lidelser er plagsomme og hemmende for pasientene, og utgjør ofte store og kostbare*

*folkehelseproblem - mht bruk av helsetjenester, så vel som kostnader knyttet til*

*sykemeldinger, attføring og uføretrygding”* (s 7). Det er imidlertid behov for så vel

teoriutvikling som forskningsmessig sterkere dokumentasjon *med tanke på*

*behandlingseffekter* når det gjelder PMF sin berettigelse i denne sammenheng.

Broberg (1993) hevdet for to tiår siden at fysioterapifaget har lite utviklet begrepsforståelse på fagets egne vilkår. Faget har tradisjonelt vært forstått som et håndtverk, med lite forventning om selvstendig teoriutvikling. Fagutførelsen består av en yrkesspesifikk, men i stor grad ikke-artikulert og erfaringsbasert kunnskap (taus kunnskap). Broberg hevder det er mulig å artikulere denne. Dette er viktig for å ha praktiske begreper å tenke med i klinisk praksis, men også for å skape en økt kongruens mellom et fags forskning og praksis-former (Ekeli, 2002 og Dahlgren, Richardsson & Kalman, 2004). Faget har vært historisk tilknyttet legenes og medisins fremtredende tankegang, posisjon og utvikling i samfunnet og i helsevesenet (Berg, 1987), og anses for å ha røtter både i naturvitenskapelig

og i samfunns- og humanistisk orientert kunnskap (Haugen, 1997, Thornquist 2008, Skatteboe, 1990). Fagutvikling og selvstendigjøring av faget fordrer derfor en klargjøring av grunnlagstenkning i faget, spesielt av tause, erfaringsbasert og vanskelig-artikulerbar kunnskap (Broberg 1993, Haugen 1997 og Thornquist, 1996 og 2008).

Selv om mye er skjedd innen fysioterapi og forskning siden Brobergs uttalelser fra 1993, kan en fortsatt hevde at teoriutvikling knyttet til fagområdet særegne bidrag er mangelfull.

Fysioterapeuter forvalter praktisk/klinisk kunnskap, både i yrkesutøvelsen og som helsepersonell (Thornquist, 2009). Dette gjør vi gjennom selve praksisutøvelsen og i vår forståelse og bruk av relevante begreper. Begrepsforståelse har tradisjonelt vært ansett som abstrakt tenkning: *“...styrt av regler og ikke relatert til kroppen og de føringene som den gir for handling”* (Martinsen & Tellevik, 2007, s 27). Selv om begreps funksjon er nært knyttet til tenkning, fremheves vesentlige kunnskapsformer nå i større grad enn tidligere som kroppsliggjorte, som kunnskap som *“sitter i kroppen”* (2007, s 27). Begreps overordnede funksjon kan på et grunnleggende plan likevel sies å være knyttet til forvaltningen av kunnskap på flere plan, i nær tilknytning til språk og refleksjonsevnen: *“Begrepsapparatet strukturerer kunnskapen om ting, hendelser og andre enheter i verden og relasjonene mellom dem”* (2007, s 15). For å tydeliggjøre begrepsforståelsen knyttet til valg og tilnæringsmåter i klinisk praksis, må den løftes frem til bevisstheten og reflekteres over. Siden omstilling som begrep og fenomen er så sentralt i klinisk praksis i psykomotorisk fysioterapi, ønsker jeg å se på begreps betydninger i PMF, spesielt med bakgrunn i at psykomotoriske fysioterapeuter nå jobber med et bredere spekter av sammensatte funksjonslidelser enn tidligere, jamfør nevnte Studieplan (2010). Min studie vil følgelig handle om en reflekterende samtale med psykomotorikere om fenomenet og begrepet omstilling, der teoretiske betraktninger og synspunkter og ikke minst erfaringer og eksempler fra klinisk praksis vil illustrere. Det betyr også at studien bidrar til å artikulere kunnskap som er relatert til tause dimensjoner.

### 1.1.3 Erfaring fra egenbehandling og klinisk praksis i PMF

Som student på Klinisk masterstudium i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, har jeg gått i egenbehandling i psykomotorisk fysioterapi. Jeg har fått kjenne denne behandlingsformen på egen kropp fra 3 ulike behandlere, og alle har gitt ulike kroppslige opplevelser og erfaringer. Jeg opplevde egenbehandlerne som kvalitativt ulike i deres yrkesutøvelse i hvordan de brukte hendene, språket innvevd i kroppstilnærmingen og ulike kroppslige utgangsstillinger. Jeg undret på hvordan de forstod og tilnærmet seg meg som pasient i forhold til mine kroppslige plager og endring av disse. Alle var flinke til å skape og opprettholde en felles oppmerksomhet om noe relevant i behandlingstimene, men noen opplevde jeg som flinkere til "å romme"<sup>1</sup> og forfølge mine bidrag i disse. Der hvor de "tok et steg til siden", og klarte "å romme" meg på en bedre måte, opplevde jeg å bli tatt alvorlig og mer forstått.

Den nå avdøde fysioterapeuten Aadel Bülow-Hansen, som utviklet psykomotorisk behandling i samarbeid med psykiateren Trygve Braatøy, forteller om egenbehandlingens betydning for fysioterapeuter som ønsker å lære seg psykomotorisk fysioterapi: *"Målet for egenbehandling er at vedkommende selv får erfare de reaksjoner som kommer under omstillingen av respirasjonen"* (Øvreberg & Andersen, 2001, s 23).

Jeg har hatt astma fra tidlige barndomsår, som gav meg et nært og bevisst forhold til pusten min. Siden respirasjonen står sentralt i endringsprosessen i psykomotorisk fysioterapi, fattet jeg interesse før begrepet omstilling. Min livserfaring med astma hadde gjort meg vant til å oppleve kroppslige "anstrengelser" og da spesielt ved bevegelsesaktiviteter som krevde fysisk utholdenhet. Jeg var alltid god til å løpe fort over kortere distanser, men følte meg underlegen og egentlig forlegen når aktiviteter satte krav til utholdenheten. I løpet av egenbehandlingene opplevde jeg å "lande mer nedpå" underlaget både når jeg satt, stod og gikk.

---

<sup>1</sup> Der hvor jeg har brukt anførselstegn både før og etter et eller flere ord i teksten, har jeg ment å betegne tekstinholdet i overført eller metaforisk betydning. Dette for å skille slike betydninger fra sitater i teksten.

Egenbehandlingen hadde "dyttet meg" i riktig retning, og jeg kunne etterhvert også merke at jeg oppnådde bedre utholdenhet. Ved å "slippe" meg mer nedpå underlaget og slippe til pusten når jeg var ute å jogget, erkjente jeg at jeg tidligere faktisk hadde bremet pusten ved utholdenhetsaktiviteter. Jeg hadde ikke sluppet kroppstygden min godt nedpå underlaget. Parallellt opplevde jeg en økt vilje og interesse til å utforske mitt forhold til meg selv og omgivelsene mine i hverdagen. Jeg fikk økt kontakt med min egen kropp som virket friere, ledigere og med flere potensialer for bevegelsesutfoldelse enn jeg tidligere hadde erfart og opplevd som mulig.

Disse erfaringene, min egen tilegnelse av behandlingsmetoden psykomotorisk fysioterapi samt egen klinisk praksis har gjort meg nysgjerrig på begrepet omstilling, som er et sentralt og overordnet begrep i psykomotorisk fysioterapi. Jeg er interessert i å finne ut av hvilke betydninger som kan tillegges omstilling som begrep og fenomen, og er nysgjerrig på om den terapeutiske relasjonen ilegges betydning. Jeg vil først knytte begrepet til en aktuell og helserelatert kontekst for å kunne knytte det til min forskningsinteresse og formulering av mine problemstillinger.

## **1.2 Tidligere forskning på feltet**

Søk (Strømme, 2008) på databasene Bibsys Ask, Clinical Evidence (Underlagt British Medical Journal), Google scholar, Norart, PEDro, PubMed, SMIL - Skandinavisk medisinsk informasjon for legfolk og SveMed+ gir ingen treff ved bruk av de kombinerte søkeordene "psykomotorisk" og "omstilling" og/eller "omstillingsevne". Ingen tidligere forskning på begrepet omstilling eller omstillingsevne er altså publisert på ovennevnte og anerkjente helsefags-databaser. Det finnes imidlertid studier av langvarige behandlingsprosesser i PMF, for eksempel Øien, Steihaug, Stensland (2009), Øien, Steihaug, Iversen og Råheim (2011) og Sviland, Råheim og Martinsen (2012). I disse studiene beskrives endring knyttet til kroppslig omstilling fulgte av erkjennelse på flere nivå, og med den terapeutiske relasjonen som bærende element. Selve fenomenet omstilling diskuteres imidlertid ikke spesifikt.

### 1.3 Hensikt og problemstilling

Denne studien har til hensikt å utforske hvilke betydninger praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter tillegger omstilling, både som begrep og som fenomen.

Studien vil med det bidra til utvikling av et sentralt begrep i fagfeltet, med praksiserfaringer som basis.

Problemstillingen er:

Hvilke betydninger tillegger praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter begrepet eller fenomenet omstilling, slik de beskriver det?

For å få svar på dette har jeg i oppgaven formulert en rekke underspørsmål (Se **Vedlegg nr. 2**).

### 1.4 Oppbygning av oppgaven

Jeg vil først belyse relevant teori knyttet til min problemstilling. Jeg legger hovedsakelig vekt på teori fra psykomotorisk litteratur og kroppsfenomenologi. Litteratur fra utviklingspsykologi, psykoterapi og vitenskapsteori blir også belyst. Deretter presenterer jeg metodologisk tilknytning, valg av metode, forarbeid og gjennomføring av denne, arbeid med analyse, etiske problemstillinger og resultater fra analysen. Derneft blir sentrale analyseresultater drøftet opp mot teori og forskning. Jeg vil også drøfte metodens validitet og min forskerrolle. Avslutningsvis vil jeg konkludere og reflektere over oppgavens relevans for fagfeltet og reflektere over egen prosess i arbeidet med oppgaven.

## 2. Teori

Jeg er altså interessert i å vite noe om hvilke betydninger praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter tillegger omstilling og vil løfte frem praksis-kunnskap. I dette kapittelet vil jeg presentere teori som jeg har valgt å bruke for å belyse og drøfte empiriske data i oppgavens diskusjonsdel. Thornquist skriver at teori styrer retningen av faguttøveres oppmerksomhet: *“Teori skal hjelpe oss til å se og forstå. Teori styrer oppmerksomheten i bestemte retninger”* (1998, s 11). Det betyr at den teoretiske forståelsen for omstillingsbegrepet hjelper til med å rette oppmerksomheten i forhold til hvilke fenomener

fysioterapeuten tillegger vekt i klinisk praksis. Jeg er altså interessert i å vite noe om hvilke betydninger praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter tillegger omstilling og vil løfte frem praksis-kunnskap og se denne i lys av relevante teoretiske perspektiver. Teori som blir belyst er litteratur om omstillingsbegrepet, vitenskapsteori og forskning, kroppsfenomenologi og intersubjektivitet forstått i lys av kroppsfenomenologi.

## **2.1. Redgjørelse for omstillingsbegrepet slik grunnleggerne av den psykomotoriske fysioterapien og etterfølgere har beskrevet det**

Omstillingsbegrepet beskrives på flere måter, med betydelig samsvarende og dermed overlappende innhold, så vel som noen vesentlige nyanser. For å få innsikt i begrepets innhold vil jeg redegjøre for noen sentrale beskrivelser av begrepet i den psykomotoriske litteraturen. Jeg vil nå ta utgangspunkt i psykiateren Trygve Braatøy og fysioterapeuten Aadel Bülow-Hansen sine bidrag. Deres utleggelser omkring respirasjonens betydning for og sammenheng med muskulær utladning av muskelspenninger gjennom psykomotorisk behandling er sentral.

Braatøy knyttet nære sammenhenger mellom livshistorie, generell muskelspenning og tilbakeholdte følelser hos pasienter som han klassifiserte som nevrotikere (1947). Sjursen skriver at Braatøy (1947, referert i 1999) omtalte svingninger i muskulær spenning som en livsviktig tilpasningsmekanisme. Han observerte at nevromuskulær hypertensjon hadde blitt stående hos pasienten uttrykt gjennom en muskulær spenningstilstand som ikke ble utladet selv om situasjonen i pasientens omgivelser som satte i sving sterke følelser i pasienten ikke lenger var tilstedeværende. Braatøy hevdet at respirasjonen var låst hos disse nevrotiske personene, og han hadde observert at pasienter i psykoterapi hadde fått en ledsagende affekteksplasjon ved respirasjonsfrigjøring. Når denne utladningen ikke fikk slippe til etter at personen ikke lenger stod i den krevende affektive situasjonen, mente han behandling var nødvendig, og begrepet baklåsfenomen benyttet.



Fysioterapeuten Aadel Bülow-Hansen hadde også gjort seg erfaringer om respirasjonens betydning for omstilling av respirasjonen ved behandling av pasienter med muskulære spenningstilstander:

*“..all form for avspenningsbehandling hadde begrenset virkning hvis ikke pusten var med..Personer med relativt fri og omstillbar pust ble kvitt sine lokale plager, mens spenningstilstander og feilfunksjoner forble fastlåste hos personer med kontrollert og ufri pustemåte” (1995, s 14).*

Fysioterapeuten løsgjør respirasjonsbreser og balanserer muskelspenninger ved hjelp av massasjeregrep og muntlige instruksjoner og oppfordringer til og sammen med pasienten, om hensiktsmessige bevegelser for å fremme fri strekk i kroppen:

*“Holdningsforandringene baner seg vei av seg selv parallellt med at respiratoriske og muskulære bremses frigjøres. Samtidig brukes strekkimpulser for å hjelpe fram den naturlige og frie strekk i kroppen” (1995, s 18).*

Begrepets funksjon kan sies å være knyttet til en avklaring av indikasjoner og kontraindikasjoner for påbegynnende av behandling. Denne avklaringen er basert på en samlet funksjonsvurdering, hvori deler og helhet ses i forhold til hverandre, og hvor: *“lokale undersøkelser og spesifikke kunnskaper”* alltid er: *“nødvendig og viktig”*, men samtidig alltid er: *“..utilstrekkelige”* (Thornquist, 1988, s 151). Vurdering av respirasjonen anses å være nært tilknyttet følelseslivet, og integreres i og gjennom hele funksjonsvurderingen.

Thornquist & Bunkan (1995, s 23) knytter omstilling til oppnåelse av en ideell respirasjonsfunksjon som tillater kontakt med og uttrykk av følelser: *“Den ideelle respirasjon gir umiddelbart og uten bremses uttrykk for våre følelser. Jo mer fundamentalt trygg en person er, jo mer aksepterer og har kontakt med egne følelser, desto mer lar hun dem komme til uttrykk.”* Det nære forholdet mellom respirasjon, følelser og en persons trygghet viser til den helhetlige kroppsforståelsen i psykomotorisk fysioterapi. Den er

forankret i biologisk og biomekanisk fagkunnskap, men samtidig innehar den en kvalitativt annen tenkemåte enn den medisinske reduksjonistiske (King, 1982), fordi den anser kroppen som en funksjonell, samspillende enhet; omstilling innbefatter både pust, muskulatur, kroppsholdning og autonome funksjoner, og emosjoner. Braatøy (1945, i Sviland, Råheim og Martinsen, 2009) understreket for eksempel at holdning har en dobbel og sammenbundet betydning: kroppsholdning og attitudo eller innstilling, som også handler om affekter. Thornquist og Bunkan (1995, s 23) sier videre:

*“I psykomotorisk behandling legges det..vekt på at kroppens ulike funksjoner påvirker hverandre og at forstyrrelser ett sted skaper helt andre balanser og forhold ellers i kroppen..Med kroppen som innfallsvinkel er det spillet mellom muskulære og respiratoriske bremsere som står i sentrum. Og nettopp pust og muskelspenninger virker gjensidig bindende eller gjensidig frigjørende. Det er kun teoretisk disse kroppslige reaksjonene - pust og spenning - kan sees uavhengig av hverandre”* (Thornquist & Bunkan, 1995, s 23).

Forfatterne (1995, s 18) nyanserer at omstillingen ikke omhandler en avspenning men en balansering av muskelspenningen, og avspenningen i terapeutisk øyemed mer er et middel enn et mål:

*“Når det gjelder muskulære forhold, er balansering..et mer relevant ord enn avspenning..balansen mellom muskelgrupper med hensyn til spenning og lengde..er avgjørende for en ledig og harmonisk kropp. Avspenningseffekten i behandlingen er først og fremst et ledd i frigjøringen av pusten”* (Thornquist & Bunkan, 1995, s 18).

Øvreberg og Andersen (2001, s 42) viser til at omstillingsprosessen med tanke på balanse mellom muskelgrupper og frigjøring av pust foregår over tid, og at fysioterapeuten må følge pasientens tempo i denne prosessen:

*“Dette er en omstillingsprosess som for pasienten vil si å gå fra en ufri til en mer fri form. Denne friere formen kan føles truende fordi personen opplever seg forskjellig fra hva han er vant til. For at vedkommende ikke skal bli overveldet av frykten for at denne omstillingen er farlig, må behandlingen gå tilstrekkelig langsomt frem.”*

PMF-litteratur omtaler terapeutens opptreden (Øvreberg og Andersen, 2001) eller sensitivitet (Thornquist & Bunkan, 1995) ovenfor pasienten som vesentlig med hensyn til: *“Hva og hvor mye en pasient er villig til å omstille”* (Øvreberg og Andersen, 2001, s 36), men bruker ikke psykoterapeutiske begreper eksplisitt. Isteden brukes beskrivelser som er nærliggende begreper som inntonning og markert speiling i det regulerende samspillet mellom mor og barn. Slike betegnelser kan være med hensyn til oppmerksomhet for å hjelpe pasienten til å uttrykke erkjennelse: *“..oppmerksomheten hele tiden er rettet mot pasienten, er hun ved starten alltid avventende. Pasienten får den tid de trenger for å finne de ord og uttrykk som passer”* (Øvreberg og Andersen, 2001, s 36) og stimulering av pasientens oppdagelse av annerledeshet i forhold til terapeuten:

*“I det at hun ikke kopierer pasientens opptreden, blir hennes væremåte en stimulans til at vedkommende kommer litt ut av sin væremåte. Imidlertid gjør hun dette med forsiktighet, fordi det overordnede i hennes forhold til pasienten er å tilstrebe, både bokstavelig og i overført betydning, å holde seg så mye på avstand at vedkommende føler seg fri og uavhengig, men likevel nær nok til å bistå omstillingen (Øvreberg og Andersen, 2001, s 37).”*

Bunkan (i Bunkan, Hansen, Hansson, Houge & Hødal 1995, s 33) skriver om en samtidig omstilling av følelsesmessige reaksjoner gjennom den kroppslige holdningsomstillingen i behandlingen: *“Sammen med holdningsomstillingen ser det ut til å skje en omstilling av individets følelsesmessige reaksjoner som gjør at de impulser som før utløste kroppssmerter finner annet utløp (avreageres).”* Her se vi at hun er helt i tråd med hva Braatøy selv hevdet. Muskulære forhold omkring den viktigste pustemuskelen Diafragma

viser til respirasjonens omstillingsmuligheter, på bakgrunn av muskulære forholds påvirkninger på kroppsholdningen, presises for eksempel av Monsen (1989) gjennom bruken av begrepet Diafragma-modellen.

I denne sammenheng kan benevnelsen "konstruktiv selvopptatthet" trekkes frem som en oppmerksomhetstilstand som utvikles hos pasienten som følge av respirasjonsomstillingen som skjer når kroppen svarer på massasjegrep og fysioterapeutens instruksjoner til pasienten:

*"Nå behandlingen lykkes, svarer kroppen på grepene og instruksjonene med en hensiktsmessig omstilling av respirasjonen. Gjennom denne omstillingen skjer det samtidig en omstilling av musklernes spenning, og dessuten en økt kroppsfornemmelse hos pasienten. Økt kroppsfornemmelse omfatter ikke minst pasientens trang til å røre seg, særlig å strekk seg. Den omfatter også evne til å kjenne når kroppen er spent og ikke spent. Det ideelle er å kunne oppfatte spenningene i de daglige situasjoner, og forstå hvilke hendelser og tilsvarende tanker og følelser de henger sammen med. Det utvikles med andre ord en konstruktiv selvopptatthet" (Øvreberg & Anderen, 2001, s 30).*

Undersøkelse av kroppslige reaksjoner i forhold til personens evne til å regulere eget følelsesliv vektlegges: "...sentralt å utføre undersøkelser som gjør oss i stand til å si noe om karakter og omfang av kroppens deltakelse i reguleringen av vårt følelsesliv"

(Thornquist, 1988, s 150). Denne reguleringen beskrives som sentralt for personens:

*"..evne til forandring, veksling og nyansert tilpasning. Implisitt ligger evne til å åpner - muligheter til spontanitet og evne til å lukke - til å sette grenser" (Thornquist, 1988, s 151).*

Begrepet er altså orientert mot pasientens ressurser, herunder pasientens: *"Muligheter til variasjon og veksling, som henger sammen med evne til å gi fra seg (emosjonell) kontroll og evnen til spontanitet og vitalitet" (Thornquist, 1988, s 158).*

Omstilling er altså beskrevet i PMF litteraturen som å omhandle en positiv endring av kroppslige egenskaper som tillegges vekt ut fra PMF tradisjonens helhetlige kroppsførståelse, herunder økt kontakt med og tilstedeværelse i egen kropp som et ledd i mer hensiktsmessig selv-regulering.

## **2.2. PMF - om kunnskap i handling og refleksjon over arbeid med kroppserfaring og kroppsforneemmelser**

Mitt forskningsobjekt er nært sammenvevd med den helhetlige kroppsførståelsen og tilnærmingen i psykomotorisk fysioterapi (Thornquist 1995 & 2006). Videre, representerer det en situert, yrkesspesifikk, menneskelig aktivitet og samhandling, nemlig praksis-kunnskap: *“This knowledge is used on a day-to-day basis, along with other sources of information such as high quality clinical research”* (Herbert, Jamtvedt, Mead og Hagen, 2005, s 3). Fysioterapeuter har en praktisk handlingskompetanse som kan tilskrives en kunnskapsform som er levende, kunnskap i handling, som blir formåls- og meningsfullt fullbyrdet gjennom yrkesuttøvelsen og som er dels vanskelig å artikulere (Molander, 1996).

Praksis-kunnskap som grunnlag for informerte kliniske avgjørelser, er likevel utilstrekkelig som eneste kunnskapskilde (Herbert et al., 2005). For å kunne gjøre informerte kliniske avgjørelser, bør fysioterapeuten kritisk reflektere over hvilke kunnskapskilder som benyttes (Higgs, Jones, Edwards og Beeston, 2004) for unngå at praktiske, kliniske hypoteser blir førende i behandlingsprosessen, som består av å registrere og forfølge informasjon kontinuerlig (Payton, 1985). Praktisk kunnskap (Johannsesen 1984, 1999, i Nortvedt & Grimen, 2004): *“...finnes som ferdigheter og fortrolighet med omverdenen, og utvikles i erfaringsfelt, og i den enkelte persons unike intensjonelle og situerte handlinger. Praktisk kunnskap kan artikuleres og forståes ut fra og til den sammenhengen som artikuleringen peker på og som den praktiske kunnskapen fungerer i”* (Nortvedt & Grimen, 2004).

I en tid med økende teknologisering og medikalisering av den syke eller plagede kroppen, inkludert til selv-kontroll og -monitorering, er fortsatt apparatfeilmodellen gjeldende i tenkningen og "normalisering" av sykdom (Berg, 1978, Mol 2000, Tjora 2003, Svenaeus 2007). Dette gjør at personer står i fare for å fremmedgjøre og underkjenne egne kroppslige fornemmelser og erfaringer, som nettopp PMF legger vekt på å få kontakt med og tillit til. Dessuten er personer deltakere i sosiokulturelle diskurser og gjenstand for forventninger om hvem de skal være som kropper (Lupton 1994/2003, Fredrickson & Harrison 2005, Hogle 2006) Det er derfor viktig å anerkjenne og løfte frem praksiskunnskap som bygger opp under økt fortrolighet og økt tillit til egen kroppslighet.

Pasienters subjektivitet og egen opplevelse av sykdom (Epstein, Quill & McWhinney 1999, Freund 2001 & Kirkengen 2009) blir derfor viktig å forholde seg til i klinisk praksis. Inngripende kroppsbehandling kan potensielt re-traumatisere, men også skape kontakt og fremme hensiktsmessige forhold til egen kroppslighet (Smedbråten, Råheim & Heiberg 2000 Jensen 2006). Mohr, Mattsson & Thornquist (2005, s 15) oppfordrer til at fysioterapeuten forsøker å ivareta det sammensatte i pasientens subjektivitet, og dra veksler på denne: *"Å bringe erfaring og subjektivitet inn i behandlingsrommet er ikke å forlate kroppen og kroppslige tilnæringsmåter, men å utvide perspektivene og derved de terapeutiske mulighetene."*

Omstilling er altså sammenvevd med praktisk kunnskap som i høy grad er taus, men som kan artikuleres. Oppvurdering av slik kunnskap er sentralt for å kunne løfte frem hvordan fysioterapeuter jobber med pasientens kroppserfaring og kroppsforannelser.

### **2.3. Omstilling i et fenomenologisk-eksistensielt perspektiv**

Vi har sett at omstillingsbegrepet i psykomotorisk litteratur har en overordnet betydning i psykomotorisk fysioterapi, og benevner en endringsprosess hvori fysioterapeuten fasiliterer en balansering av pasientens muskulære spenninger og samtidig fremmer en frigjøring av pasientens tilstivnede følelses- og bevegelsesmuligheter. Videre har denne litteraturen bydd på noe av tenkningen omstillingsbegrepet knyttes til. Siden grunnlagstenkning i PMF har

utviklet seg i retning en fenomenologisk basert forståelse av kroppen, vil jeg trekke inn en fenomenologisk forståelse som en bakgrunn for forståelsen for fenomenet omstilling i PMF. Jeg vil særlig her, så vel som i teorikapittelet om intersubjektivitet legge vekt på å presentere og knytte den fenomenologiske kroppsforståelsen til omstilling som begrep og fenomen. Herunder vil jeg presentere et fenomenologisk og eksistensielt perspektiv på omstilling som viderefører Trygve Braatøys tekster sammen med Knud E. Løgstrups sansefilosofi (Sviland et al, 2009 og Sviland, Råheim og Martinsen 2010). Men først, kort om kroppsfenomenologi.

Maurice Merleau-Ponty var den første fenomenologen som ga kroppen forrang, og som beskrev kroppen i 1. person entall, egenkroppen (Merleau-Ponty, 1994). Den fenomenologiske kroppen overskrider tenkning..som rent naturfenomen og tillegges en kvalitativt annen mening enn den reduksjonistiske kroppen: *“..en konkret og “situert” kropp, en kropp uløselig knyttet til verden..som deltar i menneskelig og meningsskapende liv”* (Thornquist 2009, s 192). Kroppen forstås altså både som subjekt og objekt, en grunnleggende tvetydighet. Kroppens subjektstatus er imidlertid primær, som tilgang til verden og dermed all erfaring og erkjennelsers kilde, herav Merleau-Pontys begrep den levde kroppen. Her komme også inkorporering av vaner og av livserfaring inn (Crossley 2001), som kroppslige ferdigheter og kyndighet, som kroppslige reaksjonsmønstre og spenningsmønstre. Kroppen er sett på som et sammensatt fenomen.

Leder (1992), som Schwartz & Wiggins (1985) og Ulvesund (2008), understreker at denne kroppsforståelsen ikke erstatter, men utfyller den biologiske forståelsesmodellen. Han understreker videre at personers oppmerksomhet på egen kropp er fraværende når de er friske, det vil si at kroppen trer i bakgrunn for egen oppmerksomhet og personen kan være opptatt av praktisk handling og samhandling, i deltakelse med andre og i verden (Råheim, 2001). Ved sykdom eller skade vil imidlertid oppmerksomheten rettes mot kroppen, i negativ forstand, som hinder for handling og deltakelse (Leder, 1990). Personens opplevelse av seg selv og oppfattelse av egne handlingsmuligheter kan da bli forrykket (Toombs, 1995). For pasienter med uttalte muskulære plager kan en, med en

kroppsfenomenologisk forståelse, si at vanemessige reaksjonsmønstre som personen ikke lenger er oppmerksom på, har satt seg "fast" i den levde kroppen. Først når slike spenningsmønstre skaper smerter og andre plager store nok til å hindre personens livsutfoldelse, bli han/hun oppmerksom på dette, og han/hun oppsøker hjelp.

Braatøy (1947, s 382, referert i Sviland et al., 2010, s 141) knytter utladning av affekter til respirasjonens funksjon i dagligtalen: "*Spontan utløsning av affekter i dagliglivet er knyttet til den sosialisterte form for respirasjonsutladning. Man letter sitt bryst ved å tale ut*".

Både elementer av Braatøys kroppsforståelse og ikke minst Løgstrups sansefilosofi samsvarer med en kroppsfenomenologisk forståelse, da de begge to utgangspunkt i at mennesket "*som kroppslige subjekter befinner oss i en verden som beveger oss*" (Sviland et al., 2009). Der Braatøy knyttet menneskets eksistens til en forståelse av funksjon gjennom kroppsholdning, følelsesmessig innstilling og bevissthet, var Løgstrups kroppsforståelse forankret i menneskets tilstedeværelse i verden, og sammenvevethet med naturen og kulturen omkring seg. Her ser vi tydelig Løgstrups forankring i en fenomenologisk tenkning, der nettopp sammenvevdheten mennesket/kroppssubjektet og omverdenen er så sentral, jf. Heideggers "væren-i-verden" og Merleau-Pontys "væren-i-verden" (Thornquist, 2008).

Både Braatøy og Løgstrup skilte mellom biologi og fenomenet sansning. Forfatterne (Sviland et al., 2009, s 262-263) hevder at Braatøys kritikk av "*entydig nevrofysiologisk forståelse av sansningen*" kan samsvare med Løgstrups "*skille mellom sansning som nevrofysiologisk prosess og sansning som fenomen*". Braatøy forsøkte å overskride skillet mellom psyke og soma ut fra en forståelse om at mennesket er begge samtidig: "*..pasientens kroppslige tilstander må forstås både ut fra den sansede pasienten og det som er sanset i form av mangfoldige inntrykk som har beveget og satt sitt preg på personen*" (Sviland et al. 2009, s 262-263). En slik overskridelse forstår forfatterne som å være menneskets forhold til verden, som er "*innfelt i sansningen*" (Sviland et al. 2009, s 262-263).



Gjennom Løgstrups benevnelse forende motsetninger (Sviland et al., 2010), uttrykte han et gjensidig avhengighets- og dynamisk spenningsforhold mellom kroppens før-bevisste tilstedeværelse i verden, som han kalte forståelse i sansning, og det verbale språket, som han kalte bevissthet i sansning. Om forenede motsetningers betydning og funksjon skrev han: *“Forenede motsetninger gir ‘liv til livet’, ved at grunnleggende fenomen holdes ‘i sjakk’, så ikke tilværelsen stivner i forenklinger”* (Løgstrup, 1983, referert i Sviland et al., 2010). Der hvor motsetninger er atskilte, og ikke forente, er fenomenene uforenlige og gjensidig utelukkende. Et eksempel er hvordan kroppsholdningen og bevegelser kan “fastlåses” og komme i konflikt av følelsesmessige innstillinger (attityde), dersom personen ikke aksepterer eller “slipper til” et inntrykk som beveger. En slik konflikt vil da være til hinder for en kroppslig omstilling hvori bevegelsesimpulser får lov til å ebbe ut, og uten at personens følelsesmessige innstilling fastlåser den (Sviland, Martinsen og Råheim, 2007).

Hos Braatøys pasienter hadde dette livgivende dynamiske samspillet stivnet til, slik at personen ikke lenger hadde kontakt med og evne til å slippe frem sitt kroppslige frie eller “naturlige” følelsesuttrykk. Med utgangspunkt i videreutviklingen av Braatøys tenkning i lys av Løgstrups filosofi, hevder Sviland et al. (2009, 2010) at ved å løsne og balansere pasientens muskulære spenningsmønster, kan pasienter få kontakt med livets grunnelementer, som beveger seg i samspillet mellom forenede motsetninger knyttet til suverene livsytringer som tillit, medfølelse og håp. Det kan sies at Braatøy, gjennom fortolkning av Løgstrups sansefilosofi, åpner for en forståelse av omstilling i psykomotorisk fysioterapi som en eksistensiell prosess. Muskulær omstilling kunne bidra til åpenhet og umiddelbarhet i tale og kroppslige uttrykk, og personen kunne få kontakt med suverene livsytringer og få et større spillerom i kroppslig tilstedeværelse og meningsskapende livsutfoldelse.

## 2.4. Intersubjektivitet

Merleau-Ponty (1986, referert i Thornquist, 2008, s 216-217) mente at mennesker har tilgang til andre gjennom egen kropp: *“Det er ved hjelp av min kropp at jeg forstår den Andre, slik som det er ved hjelp av min kropp at jeg persiperer ting”*. Hansen knytter intersubjektivitet til kroppsfenomenologien: *“Intersubjektivitet er først og fremst interkroppslighet”* (2012, s 40), og består i stor grad av det Stern (1998) kaller implicit relational knowledge.

Moderne utviklingspsykologi, understøttet av spedbarnsforskning og funn av såkalte speilnevroner, forener biologi og sosialitet. Barnet med sin individualitet og genetiske disposjoner påvirker og blir påvirket av omsorgspersoner (Hansen, 2001 og Mæhle, 2007), og er aktiv deltaker i samspillet og med omgivelsene (Rasmussen 1996). Forskning understøtter og kan peke på at samspillserfaringer, som i vesentlig grad er pre-refleksive, både kan fremme og hindre utvikling av en tilpasningsdyktig og funksjonell kropp (Jacobsen 2006, Brodal, 2007 og Kirkengen & Ulvestad, 2007), jf. helhetsforståelse og -tilnærming i PMF og i andre terapitradisjoner som BK (Roxendal, 1987, Dropsy, 1996), Psykodynamisk kroppsterapi (Monsen, 1989 og Monsen & Monsen, 2000), Integreert respirasjonsterapi (Johnsen, 1990), Kroppsorientert psykoterapi (Wrangsjø, 1987) og Feldenkreis (Malmgren-Olsson, Armelius & Armelius, 2001 og 2005-2007). Spedbarnsforskning (Hansen, 2012), nevrobiologisk grunnlag for kropps kompetanse (Merleau-Ponty, 1994, Crossley, 2001 og Gallagher, 2001) og integrativ fysiologi (Flescher & Laundenslager, 2004 og Porges, 2009) understøtter og knytter ovennevnte utviklingsorienterte forståelse til egenkroppen, som er forankret i kroppsfenomenologien.

Negative samspillserfaringer, nedsatt evne fortolkning av sosiale signaler og regulering av emosjoner kan knyttes til utvikling av tilbakeholdte affekter (Fangel & Thornquist, 2009), reduserte motoriske evner hos barn i skolealderen (Cummins & Piek, 2005) økt muskelspenning ved opplevde negative jobbmiljø (Holte, Vasseljen & Westgaard, 2003), dårlig selvbilde og andre utviklingsvansker (Meisingseth, 1997 og Sherborne, 1997), personlighetsforstyrrelser (Urnes, 2009), endret hjernefunksjon, og utvikling av

psykiatriske symptomtilstander på lang sikt (Read, Van Os, Morrison & Ross, 2005, Binder, 2006, Terkelsen, 2006). Under vil jeg presentere intersubjektivitet gjennom utviklingsmessige nivåer/trinn som et bakteppe for å forstå at terapeuten i samspill med pasientens forholder seg til egen og pasientens kroppslighet på flere nivåer, fra et prerefleksivt nivå til et mer refleksivt nivå.

Intersubjektivitet har blitt forstått gjennom utviklingsmessige nivåer, herunder primær-, sekundær-, tertiær- og tertiær intersubjektivitet av en annen orden.

Spedbarnet anses som å være født med en primær intersubjektivitet, hvori: *„barnet på en koordinert måte viser et følelsesmessig repertoar og mønster som umiddelbart samspiller med følelsene i partnerens uttrykk“* (Hansen 2012, s 64), og innebærer barnets endrede tilstandsaktiveringer (arousal-nivå på et nevrologisk plan) eller vitalitetsaffekter (Stern, 2010 & Hansen, 2012). Stern sammenknytter fysisk, erfart bevegelse i sinnet til personen som opplever disse vitalitetsaffektene:

*“A movement unfolds in a certain stretch of time..There is a temporal contour or time profile of the movement as it begins, flows through, and ends. Therefore a sense of time, its shape and duration is created in the mind“* (Stern, 2010, s 4).

Opplevelsen blir enhetlig erfart og kan bare isoleres og analyseres teoretisk:

*“Vitality is a whole. It is a Gestalt that emerges from the theoretically separate experiences of movement, force, time, space, and intention. It is not analyzed in any conscious way piecy by piece, any more than a familiar face is, even though each separate element could be taken aside and studied in isolation“* (Stern 2010, s 5).

Stern beskriver slik dynamiske vitalitetsformer gjennom adverb og adjektiv som *“spent“*, *“kraftfull“*, *“forsiktig“*, *“bindende“* o.l., og hevder formene er mer knyttet til hvordan, og

ikke hva (*mine understrekninger*) ved en bevegelseserfaring: *“They are the felt experience of force - in movement - with a temporal contour, and a sense of aliveness, of going somewhere..They are more form than content. They concern the “How”, the manner, and the style, not the “What” og the “Why” ”* (Stern, 2010, s 8).

Vitalitetsaffektene er innvevd i barnets affektregulerende samspill: *“..barnets våkenhet, oppmerksomhet, motorisk aktivitet og affekter berøres gjennom den reguleringen omsorgspersonene tilbyr”* (Hansen, 2012, s 67). Samspillet utvikles gjennom at koordineringen dem imellom både brytes og repareres, og representerer en læringsprosess hvori interaktivt stress er midlertidig og som forutsetning for normal utvikling. Gjennom markert speiling får barnet en erfaring av: *“..kontinuitet og fornemmelse av væren* (Hansen, 2012, s 51)”, og en fornemmelse av “andres anderledeshet”: *“Markert speiling tilbyr barnet et “rom” eller en avstand til dets egen umiddelbare opplevelsestilstand ved at den andre trer frem, og barnet får introdusert noe som er annerledes”* (Hansen, 2012, s 80).

Sekundær intersubjektivitet tilknyttes barnet rundt 8-9 månedersalder, hvori barnet utvikler en evne til å dele felles fokus eller oppmerksomhet om noe annet utenfor selve samspillet det deltar i. Barnet begynner å forholde seg og tone seg inn til andres intensjoner og affekter.

Tertiær intersubjektivitet omhandler utvikling av forståelse for og formidling av symboler og språk i 3 års-alderen: *“..evnen til å omsette erfaring i selvbiografiske fortellinger. Tilegnelsen skjer i samskaping med andre i den forstand at oppmerksomhetsfokusering, følelsesformidling, kommentarer og spørsmål fra tilhøreren vil påvirke barnets fortelling når det gjelder både form og innhold”* (Hansen, 2012, s 81).

Tertiær intersubjektivitet av en annen orden omhandler en utvikling av en evne til å gi mening til en mental verden, og til å regulere seg selv. Dette innebærer forståelse av forskjeller mellom seg selv og andres indre mentale verden, som “ligger bak” det observerbare kroppsuttrykket (Hansen, 2012). Mentalisering og evne til oppmerksom

tilstedeværelse i og til egen kropp beskrives som en nøkkelkompetanse for å kunne være åpen for andres følelsesuttrykk og handlinger, og skille disse fra ens egne (Vøllestad, 2007, Skårderud og Sommerfeldt, 2008).

På bakgrunn av slik utviklingsforståelse, blir det intersubjektive "rom" et sentralt begrep, hvori terapeutens tilnærming til den enkelte person og deres samspill kommer i fokus.

Terapeuten kan forstås som en meningsbærende andre for pasienten i "ansikt-til-ansikt"-møter (Goffman, referert i Kendon, 1998), for å skape et "rom" hvor det, som et individ i stadig endring og utvikling, er mulig å føle og tenke i (Binder, 2000), med utgangspunkt i en gjensidig opplevelse av hverandre som subjekter (Benjamin, referert i Moltu & Veseth, 2008). På denne måten, kan terapeutens viktigste oppgave forstås som å legge til rette for og bekrefte pasientens særegne og individuelle kroppslighet (Engelsrud, 1990a, Eide-Midsand, 2007) og de må dele felles referansepunkt for oppmerksomhet (Hansen, 1991) ut fra en anerkjennelse av pasientens nåværende unike, uttrykte værenstilstand (Schibbye, referert i Gretland, 2001 og Hansen, 2012). På denne måten kan pasienten oppdage egne kroppslige ressurser: "*Anerkjennelse er en forutsetning for avgrensning, og dermed for utvikling av autonomi*" (Gretland, 2001), gjennom gjensidig fortolkning og erkjennelse av kroppen som kilde til persepsjon og refleksjon for pasienter (Ekerholt & Bergland, 2006). Det er likevel viktig å forstå pasientens autonomi som bakgrunn for at endringer gjerne ikke skjer over natten eller uavhengig av deres unike samspill (Gullestad, 1997).

Det innebærer for terapeuten å forholde seg reflektert til egen kroppslighet og til hvem han/hun og pasienten skal være for hverandre i deres samspillsaktiviteter, være det seg terapeutiske virkemidler som massasje eller bevegelsesutprøving på ulike måter, eller terapeutiske temaer tilknyttet pasientens kroppsbevissthet; som bevissthet om, assosiasjoner omkring og følelser tilknyttet egen kropp (Dragesund & Råheim, 2008). Monsen (1989) fremmet betydningen av å løfte opp pasientens affektbevissthet gjennom å gi tilbakemelding til pasientens kroppsuttrykk og -reaksjoner. Innbefattet er terapeutens reaksjoner på å være sammen med den enkelte (Zachrisson 2008, s 941), jf. opplevelsen av

å "stå i" overførings- og motoverføringsfenomener sammen med pasienten og evne til å kunne holde en profesjonell distanse til egen deltakelse i samspillet: *"..etterstreber å holde en viss oversikt over oss selv som deltaker i samspillet med pasienten"* (Zachrisson, 2008, s 941).

Refleksjon over egne bidrag i "det intersubjektive rom" i deres interaksjon, fungerer altså som en forutsetning for anerkjennelse og inklusjon av differensiering mellom partenes forskjellige kroppsligheter (Engelsrud, 1990b, Ytterhus, 2002 og Heggen, 2007).

Pasienter som har traumatisk bakgrunn og vansker med affektregulering, kan understøttes av oppbyggende affektregulering og trygghetsskapende relasjoner før pasientens kroppslige beredskap kan konfronteres, bearbeides (Hokland, 2006) og forløses: *"Hele personens overlevelsesapparat har jo fra barneårene vært innstilt på at det er farlig å trenge noe eller noen"* (Anstorp, 2006, s 129). Der hvor personers reaksjoner anses som nåværende funksjonelle og emosjonelle tilpasninger, blir en stabiliserende og støttende behandlingsform hevdet, istedet for inngripende og omstillende behandling (Thornquist 2005).

#### 2.4.1 Omstillingbegrepet i PMF forstått som overskridelse i et intersubjektivt perspektiv

Gretland betegner omstilling som: *"..endring på samme nivå, som når habituelle væremåter endres gradvis gjennom tilpasning og utvikling"* (2007, s 97), men utvider samtidig begrepet til å ha en overskridende betydning: *"Overskridelse innebærer å erfare noe kvalitativt annerledes enn vi kjenner fra før. Det kan være at vi opplever noe nytt, innser noe vi ikke har sett før."* (2007, s 97). Overskridelsesbegrepet henter hun fra fenomenologisk teori, hvor hun skriver at begrepet knyttes til "språk og bevissthet, til forståelse og refleksjon", og fra utviklingspsykologi:

*"Her innbefattes alle kommunikative nivå, ikke bare språk, tenkning og mentale forestillinger. Å være sammen med andre, å gjøre noe eller snakke sammen - på*

*alle nivå av samhandling og samtale kan det oppstå kvalitativt nye opplevelser og erfaringer av overskridende karakter, forutsatt felles oppmerksomhet og meningsfylt (proto)dialog*” (Hansen 1991 & Stern 2000, 2004, referert i Gretland 2007, s 100).

Gretland (2007, s 100-101) sammenfatter fysioterapeutens funksjon ut fra dette utvidede omstillingsbegrepet:

*”For pasienter kan fysioterapeuter ha en viktig funksjon i å antyde muligheter som er innenfor rekkevidde, og dermed anspore pasienten og skape tillit til framtiden..Utprøving av bevegelser og stillinger, ord og begreper kan åpne for et mer variert og nyansert repertoar av handlinger og følelsesmessige disposisjoner, språk og tenkemåter.”*

Omstillingsbegrepet utvides på denne måten til å innbefatte kommunikasjon på mange plan og nivåer som er meningsfylte for og tilpasset pasienten. Fysioterapeuten sam-arbeider om å utvikle en overskridende forståelse hos pasienten for dennes kroppslige plager, som Gretland, ved å referere til sosiologen og filosofen Østerberg (1996, referert i 2007, s 100), beskriver som ugjendrivelig: ”Det som er innsett kan ikke gjøres usett, en kan ikke ikke-forstå det en har forstått”.

### **3. Metode**

I dette kapitlet vil jeg presentere metodologisk tilknytning i studien, valg av forskningsdesign og metodiske fremgangsmåter. Inkludert i dette utdyper jeg kunnskapspotensialer og min anvendelse av valgt metode for produksjon av forskningsmaterialet. Jeg vil også beskrive hvordan jeg gikk frem for å fremskaffe mitt deltakerutvalg, mine forberedelser og gjennomføring av fokusgruppeintervjuet samt beskrive mer nyansert hvordan jeg gikk frem for å analysere datamaterialet. Jeg vil også redegjøre for min forskerrolle og etiske aspekter ved prosjektet.

### 3.1 Valg av forskningsdesign og metodologisk tilknytning

Ontologisk og epistemologisk forskerposisjon styrer forskerinteresse, metodologiske veivalg (Thornquist, 2008) og former konseptualiseringen av forskningsobjektene både i datainnsamling og i analyse (Carter & Little, 2007). I min sammenheng vil jeg holde meg til kunnskapsteoretiske (epistemologiske) betraktninger knyttet til forskningsmaterialets tilblivelse og analyse, der forskerens og deltakernes roller er sentrale. Kvale (2009) bruker metaforene gullgraver (kunnskapsinnhenten) versus reisende (kunnskapskonstruksjon). Jeg tilslutter meg til den siste. Denne kunnskapsforståelsen innebærer at kunnskap (sam) produseres av aktive deltakere, i en gitt sosial kontekst. Det betyr også at en ser på kunnskap som i utvikling og endring, dvs. at den ikke finnes som noe gitt og entydig. Som med-skaper av kunnskap, kan forskerens reise også endres, og ta nye retninger. Forskerens bidrag blir dermed synlig og viktig å reflektere over. Jeg vil også knytte noen tanker til karakteren av selve forskningsobjektet i studien. Mitt forskningsobjekt er omstillingsbegrepet. Begrepet er profesjonsspesifikt, og det er videre tilknyttet menneskelig samhandling i ulike behandlingskontekster. Forskningsobjektets egenart vil altså ha betydning for mitt valg av metode for å belyse omstilling både som begrep og fenomen.

Ut fra studiens eksplorerende problemstilling og i tråd med min kunnskapsinteresse, har jeg valgt et kvalitativt forskningsdesign og med fokusgruppeintervju som metodisk fremgangsmåte for produksjon av forskningsmaterialet (Polit & Beck, 2011). Individuelt intervju ble vurdert som forskningsmetode, men ikke valgt fordi jeg anså gruppeintervjuet som bedre egnet. Fokus gruppe intervjuer har flere deltakerne i samme rom og intervjuer/moderator og deltakerne kan snakke og interagere sammen. Metoden er altså basert på samhandlingen i gruppen, og kan derfor innhente kunnskap om konsensus og variasjon i betydninger deltakerne tillegger det som er samtalens kjernetema (Morgan, 1996), i dette tilfelles omstillingsbegrepet. I mitt tilfelle var også muligheten for rik illustrasjon med kliniske eksempler viktig, som er i tråd med min problemstilling. Jeg anså en gruppediskusjon som bedre egnet til å få frem nyanserende kliniske eksempler, fordi deltakerne her spiller på hverandres bidrag hele veien.



Gjenstand for analyse er lydopptak og den transkriberte teksten, som er produktet av fokusgruppe-samtalen. Prosjektets kunnskapsgenererende utgangspunkt er fokusgruppedeltakernes språkuttrykk. Det innebærer at samtale-deltakerne ses som meningsbærende og meningsskapende sosiale aktører i samhandling, der språket, med sin innholds- og uttrykksside i en symbolskapende prosess, er helt sentral (Olsen, 2003). Dette er del av mitt analytiske fokus. Språkfilosofisk erkjenner jeg språkets pragmatiske bruk og funksjon, og vil forholde meg til deltakernes ytringer som talehandlinger (Thornquist, 2009), her i en fokusgruppekontekst. For å fortolke og forstå teksten, vil jeg bruke en hermeneutisk analysetilnærming (Thornquist, 2008).

Gruppen ble intervjuet en gang. Jeg vurderte et intervju til med samme gruppe, men valgte ikke dette, dels av pragmatiske grunner. Jeg opplevde ikke å ha nok tid til å forberede eller bearbeide datamateriale fra et nytt intervju. Dels også på bakgrunn av at gruppen ga et nokså rikt datamateriale som nådde en adekvat metning (Krueger & Casey, 2009), både med hensyn til omstillingsbegrepet slik det presenteres i PMF-litteratur, påvirkning fra andre teoretiske kilder og med kliniske eksempler. Et nytt intervju med samme gruppe kunne likevel vært lærerikt, både for å nyansere utsagn knyttet til den psykomotoriske fysioterapitradisjonen, men også for å utdype noe tverrfaglige teoretiske perspektiver til omstillingsbegrepet som ble presentert i intervjuet. Deltakerne var erfarne kliniske psykomotoriske fysioterapeuter. Datamaterialet har derfor utspring i lang klinisk erfaring. Likevel gir forskningsmaterialet et bilde av erfarne klinikers tanker og erfaringer knyttet til hva omstilling i psykomotorisk fysioterapi handler om, på et gitt punkt i tid. Det betyr at deltakernes bidrag er historisk og kulturelt situert, og det er rimelig å anta at et fokusgruppeintervju med psykomotoriske fysioterapeuter med annen klinisk erfaring og bakgrunn ville kunne gitt andre nyanser av hvilke betydninger som tillegges omstilling, både som begrep og som fenomen.

## 3.2 Fokusgruppeintervju som kilde til kunnskap i forskning og min anvendelse

Morgan (1997, ref. i Halkier 2010, s 10) karakteriserer fokusgruppeintervjuets unike metode, og iboende kunnskapspotensialer: *“..en forskningsmetode der data produseres gjennom samhandling i en gruppe rundt et tema som forskeren har bestemt”*. Siden jeg er ute etter å løfte frem praksis-kunnskap om fenomenet omstilling, innehar metoden potensialer for å uttrykke tatt-for-gitt, tildels taus kunnskap og for å forhandle om betydningsdannelser deltakerne og moderator imellom (2010). Deltakerne kjenner dessuten litteraturen i PMF om omstilling, og vil reflektere rundt temaet også med det som bakgrunn.

Malterud (2012, s 18) betegner kunnskapspotensialer ved fokusgruppeintervju generelt som er i tråd med min problemstilling: *“..kan vi bearbeide og analysere..empiriske intervjudata med sikte på en vitenskapelig sammenfatning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres”*.

Intervjueren (heretter moderator) har en sentral rolle i gruppesamtalen, på flere nivå. Moderator skal oppmuntre til en tolerant og ikke-truende atmosfære, og forsøke å fremme en hverdagslig og nokså uformell gruppediskusjon hvori flyt tenkes å gi en engasjert og rik samtale. Moderators spørsmål gir dessuten intervjuet struktur og tematisk fokus, men moderator skal samtidig forsøke å være lyttende og oppmuntrende. Bred deltakelse og varierte ytringer er ønsket, inkludert uenighet både av forventet og uforventet art (Krueger & Casey, 2009). Det er omdiskutert i metodelitteraturen om heterogene versus homogene deltakere er mest ønskelig. (Krueger & Casey, 2009, Morgan, 1997). Valget kan knyttes til hva en ønsker å vite noe om, samt hensyn til forventet gruppedynamikk. Det er dessuten mulig i en og samme gruppe å ha deltakere som representerer homogenitet på vesentlige aspekter, heterogenitet på andre (Krueger & Casey, 2009). I min studie er gruppedeltakerne homogene i den forstand at de innehar direkte kunnskapsbakgrunn om forskningsobjektet og all har lang klinisk erfaring som psykomotoriske fysioterapeuter. De er også heterogene mht innhold i klinisk erfaring, alder, kjønn og utdanningsbakgrunn.

Fordi samhandlingen er konstituerende for meningsskapingen i intervju-diskusjonen, har jeg forsøkt å ivareta både innhold og prosess i intervjuet. Ytringer skapes i en lokal kontekst i intervjuet (Silverman 2013).

### 3.3 Utvalg

#### 3.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier og rekruttering

Utvalget var strategisk. Det vil si at jeg ville ha deltakere som kunne fortelle mest mulig om fenomenet jeg ville utforske (Kruger & Casey, 2009). Jeg ønsket derfor psykomotoriske fysioterapeuter med bred og gjerne langvarig klinisk erfaring. Uttøvere som hadde klinisk erfaring med psykiatriske pasienter skulle være representert og gjerne av ulike kjønn. Det var interessant om de hadde sin utdanningsbakgrunn både fra en tidligere og nyere utdanningsperiode. Formålet med både homogenitet og heterogenitet deltakerne imellom, var for å kunne få frem likheter, ulikheter og nyanser i datamaterialet med hensyn til betydningene de uttrykte om omstilling som fenomen og begrep (Morgan, 1997, Krueger og Casey, 2009, Halkier, 2010 og Malterud, 2012).

Jeg hadde mulighet til å bruke lokaler som jeg bruker i egen praksis. Et geografisk inklusjonskriterie var maksimum 2 timers reisevei for deltakerne til intervju-stedet.

#### 3.3.2 Rekruttering

For å finne utøvere etter disse inklusjonskriteriene, søkte jeg på gule sider og nettkatalogen høsten 2012. Jeg gjorde flere søk, og lagde en systematisk oversikt over mulige deltakere, herunder utøver, praksis-felt, alder, telefonnummer, adresse og ønske om deltakelse. Søkeordene psykomotorisk fysioterapi ga 135 treff, hvori 58 ble inkludert før mulige deltakere ble oppringt. Feiloppføringer, repeterte oppføringer og treff utenfor 2 timers kjørevei til intervju-stedet utregnet ved kart-tjeneste på gulesider.no ble ekskludert. Psykomotoriske fysioterapeuter som jobber i kommunehelsetjeneste, på somatiske sykehus, smerteklinikker eller DPS og andre psykiatri-orienterte behandlingsinstitusjoner

eller -tilbud stod ikke eksplisitt oppført på nettsider tilknyttet disse institusjonene, og jeg ringte derfor institusjoner som var å finne innenfor valgt geografisk område.

Når jeg fikk tak i mulige deltakere, viste de oftest tydelig interesse for studien. Praktiske grunner som reisevei eller tidsrom i hverdagen, og sykdom ble ofte nevnt som argument for å ikke ønske å delta i prosjektet. 14 ønsket å delta, derav 2 menn og 12 kvinner. Lokalene mine kunne tåle opp til ca 8-10 deltakere, og jeg landet på 7 deltakere. I litteraturen er 6 - 8 anbefalt som et ideelt antall deltakere, men både minigrupper (4 deltakere) og større grupper anvendt (12 deltakere) (Krueger & Casey, 2009). Jeg anså det som passende i min studie å inkludere 7 for å besvare min problemstilling. En liten gruppe på 3-4 ville kunne gi mer dybde og mindre variasjon i datamaterialet, mens en større gruppe på 8-10 ville gi mer variasjon, men mindre dybde (Malterud, 2012). Jeg valgte derfor et antall som balanserte mellom disse to formålene. For å komme frem til hvilke 7 av de 14 interesserte utøverne som skulle bli inkludert, ble de inndelt ut fra de 2 inklusjonskriteriene, derav kjønn og praksis-felt. 2 menn og 3 med psykiatrisk klinisk bakgrunn med inkludert. De to siste ble tilfeldig trukket ut. 1 mannlig utøver meldte frafall av sykdomsgrunner. Alle utøverne hadde bred klinisk erfaring, og har i mer eller mindre grad klinisk erfaring med psykiatriske pasienter. Dette sikret deltakere med perspektiver på omstillingsbegrepet som primært er forankret i klinisk erfaring fra det psykiatriske praksis-feltet.

De 6 inkluderte utøverne fikk tilsendt et informasjonsskriv, hvori jeg informerte om prosjektets bakgrunn og hensikt, praktiske implikasjoner og etiske anliggender (**Vedlegg nr. 1**).

### 3.3.3 Beskrivelse av utvalget

Utvalget bestod av 5 kvinner og 1 mann. Med unntak av en av kvinnene, er alle godt voksne (i 50- eller 60- åra). Alle har flere års erfaring som psykomotorisk fysioterapeut, noen svært lang.

Deltakerne har variert bakgrunn. 4 har praksiserfaring fra psykiatri med DPS, privat praksis eller en kombinasjon av disse, 1 med pasienter fra allmennpsykiatrisk poliklinikk, 3 fra somatiske sykehus, 1 fra kirurgisk avdeling, 1 delvis i kommunen, 1 med helsesportsenter, 1 på kompetansesenter med stemmeteam (logopedi), 1 med bedriftspraksis, og 1 med opptreningsinstitusjoner.

Deltakerne har erfaring fra mange ulike pasientgrupper; rusmisbrukere/pårørende til rusmisbrukere, mennesker med ulike typer stemmeproblemer, arbeid med langtidssykemeldte, pasienter med muskel-skjellettproblematikk, smerteproblematikk, angstproblematikk og eldre pasienter.

### 3.4 Forberedelse til og gjennomføring av fokusgruppeintervjuet

Som forberedelse leste jeg bredt for å få tak i sentrale aspekter av omstillingsbegrepet, slik det beskrives i psykomotorisk litteratur. Jeg skrev ned disse, og utarbeidet en intervjuguide (**Vedlegg nr. 2**). Her konstruerte jeg åpne spørsmål i tråd med metodelitteratur om intervjuguidens funksjon som retnings- og strukturgivende i gjennomføringen av intervjuet. Denne litteraturen betegner egenskaper av gode og tilpassede spørsmål i en "questioning route"/"spørsmålsrute" og progresjon av spørsmålskategorier i "spørsmålsruten" (Krueger & Casey, 2009, s 35-60).

Prosjektets resultat avhenger av: "*..hvordan den som utfører undersøkelsen, er i stand til å bruke sin egen person som metodisk verktøy*" (Halkier, 2010, s 55), og et prøveintervju anbefales for å: "*prøve ut spørreplanen og øvelsene-og eventuelt begå feilgrep - for å finne ut hva som virker, og ikke virker, og for å prøve ut seg selv som person i denne situasjonen*" (2010, s 56). Prøveintervju ble derfor vurdert, men ikke valgt. Bakgrunnen for valget var først og fremst at et prøveintervju ikke ville bli spesifikt nok ifht intervjuet, og at det ville være tidkrevende å organisere og gjennomføre. Dessuten hadde jeg lest bredt om fokusgrupper, og gjenkjente mange moderator-egenskaper i min egen person. På tross av manglende forskningsmessig bakgrunn med å lede et gruppeintervju, stolte jeg på min

evne til å kunne være komfortabel, initiativtagende og strukturerende i intervjusituasjonen. Jeg ser likevel at det ville vært nyttig å ha et prøveintervju.

Intervjuet ble gjennomført onsdag ettermiddag kl 18 den 24.10.12. Det ble holdt i et stort gruppelokale på Landfalløya legesenter i Drammen i Drammen, med utsikt til Drammenselven. Intervjurommet ble møblert med stoler og bord med kaffe/te og frukt som deltakerne forsynte seg jevnlig av under intervjuet. Deltakerne ankommer intervjuet til avtalt tid, bortsett fra en som kommer noen minutter forsinket. Jeg takker for deltakelse i prosjektet og introduserer intervjuet ved å gjenta formål til prosjektet og ved å avklare min (moderator) og Målfrids (assistent) rolle i intervjuet. Jeg beskriver omstillingsbegrepets plass i den norske psykomotoriske fysioterapi-tradisjonen, og oppfordrer deltakerne til å forsøke å ikke prate i munnen på hverandre, men likevel være spontane. Jeg informerer om etiske aspekter i studien, herunder tydelig tale med hensyn til lyd-opptak og om konfidensialitet og om frivillig deltakelse. Jeg begynner intervjuet.

Som et åpnings spørsmål, ber jeg hver enkelt deltaker presentere seg med navn og klinisk erfaring som psykomotoriske fysioterapeuter. Formålet med åpnings spørsmålet er å fremme deltakelse av alle deltakerne (Krueger & Casey, 2009). I løpet av intervjuet stiller jeg spørsmål kronologisk etter min intervju-guide, herunder introduksjonsspørsmål, nøkkelspørsmål og avslutningsspørsmål. Introduksjons- og overgangsspørsmålets formål er å gi generelle ytringer om deltakernes oppfatninger av omstillingsbegrepet, og gode ideer om sentalt innhold. Nøkkelspørsmål innehar på forhånd tematiserte sentrale aspekter av omstillingsbegrepet. Avslutningsspørsmål, "...the all things considered question" (Krueger & Casey, 2009, s 40), nyanserer fremkommet datamateriale i intervjuet frem til dette spørsmålet, og nyanserer hva som vektlegges og fremheves hos deltakerne med hensyn til omstillingsbegrepet.

Som moderator forsøkte jeg å være oppmerksomt tilstede, slippe til ytringer i samtalen og forfølge innspill fra deltakerne. Der hvor deltakerne ikke knyttet ytringer til omstillingsbegrepet, forsøkte jeg å lage bro til omstillingsbegrepet ved å etterspørre. Noen

ganger kom jeg med korte eller lengre innspill i et forsøk på å klargjøre om jeg hadde forstått dem rett, og/eller gi sammenheng til omstillingsbegrepet. Min tydelighet mht å forholde meg til tidsrammen og mine hovedspørsmål, brøt tidvis med en engasjert samtale. Jeg valgte likevel å gjøre dette, for å skape bredde og variasjon i aspekter av omstillingsbegrepet, slik intervjuguiden la opp til.

## 3.5 Analyse

### 3.5.1. Transkribering av datamaterialet - fra tale til tekst

Som forberedelse til analysearbeidet, ble lydopptaket transkribert til skriftlig form. Slik ble fokusgruppeintervjuet som en tale-begivenhet gjennom lydopptak og transkripsjon overført til fiksert mening i tekstform (Thornquist, 2008). I tråd med mitt metodologiske formål om å både ivarete innhold og gruppedynamikk i datamaterialet, har jeg i transkripsjonen i tillegg til det som har blitt sagt, forsøkt å fiksere dialogens dynamikk. Dette gjorde jeg ved å betegne pauser eller over-hopp av fyllord ved tegnene "...", jeg brukte komma-tegn for å illustrere små vendinger i deltakernes ytringer og jeg har brukt understreking for å vise at deltakerne har spilt ut sine ytringer på en livlig måte.

I selve transkripsjonen hørte jeg på lydopptaket fra fokusgruppeintervjuet mens jeg skrev ned på pc. Det var en utfordring å skrive like fort som tempoet tale-ytringene på lydopptaket kom frem i, og jeg måtte derfor ofte høre flere ganger på samme segment for å kunne transkribere og fange både innhold og prosess på en presis måte. Dette økte kjennskapen min til datamaterialet.

### 3.5.2 Analyse av produsert tekst - de analytiske begrepene produktiv distanse, forforståelse og hermeneutisk spiral styrer analyseprosessen

Thornquist skriver at "*meningsfulle fenomener er hermeneutikkens domene*" (2008, s 141). For å følge Thornquist videre i litteraturen, er mitt hermeneutiske nedslagsfeltet meningsfylte fenomener på 2 nivåer: både som sam-produsert samtale i fokusgruppeintervjuet og som et produkt av denne i ny, fiksert skriftlig form.

### 3.5.2.1 Produktiv distanse

I analysearbeidet med teksten, opplevde jeg en distanse til den. Min produserte tekst er av en kvalitativ annen form enn fokusgruppeintervjuet som tale-begivenhet. Det som opplevdes øyeblikkelig og spontant i fokusgruppeintervjuet, satte nå mer krav til meg selv som alene fortolkende av min tekst. Samtidig ble denne fasen av prosjektet meningsfull, fordi jeg måtte skjerpe min lytting og se opp for mulige misforståelser og for raske slutninger, og samtidig fikk jeg boltre meg og prøve ut mine fortolkninger av teksten. Begrepet produktiv distansering er betegnende for dette arbeidet. Begrepet er brukt av fenomenolog og hermeneutiker Paul Ricoeur. Han betoner fortolkende potensialer av dette begrepet: *“Skriften skaper en distanse, og gjennom denne åpnes det for fortolkninger ut fra andre horisonter enn dem som knytter seg til bestemte samtalesituasjoner og samtalepartnere”* (2008, s 177).

### 3.5.2.2. For-forståelse

Begrepet for-forståelse har vært vesentlig for analysearbeidet på et erkjennelsesmessig grunnlag. Min for-forståelse er både grunnlag for rollen som moderator i gruppen og for tilegnelse av tekstens mening, og for erkjennelse av egne fordommer av hva som leses inn av mening i teksten. Jeg kommer tilbake til betydningen av rollen som forsker og student under utdanning til psykomotorisk fysioterapeut nedenfor. For å bruke Gadamer (2008), har arbeidet med teksten provosert meg til å sette mine fordommer på prøve. For å kunne produsere ny, fruktbar mening omkring omstillingsbegrepet, både ut av datamaterialet og gjennom min fortolkning av dette, har jeg måtte ha et: *“..kritisk og undersøkende blikk på..egne fordommer”* (2008, s 171). Det har innebært en erkjennelse av at jeg kun kan forstå datamaterialet ut fra min egen horisont. Som Thornquist (2008) betegner, krever dette aktivt arbeid med en åpenhet og vilje til å løfte frem mine fordommer, så langt mulig. Noen steder har datamaterialet vært svært gjenkjennelig, andre ganger har det vært mindre gjenkjennelig. Jeg har forsøkt å unngå misforståelser i min forståelse av teksten, og har derfor gått mange “runder” med den.



### 3.5.2.3. Hermeneutisk spiral

Begrepet hermeneutisk spiral ble betegnende for mitt fortolknings- og skrivingsarbeid gjennom hele analyseprosessen. Begrepet er en utledning av det hermeneutiske sirkelbegrepet og betoner erkjennelsesprosessen gjennom å jobbe med hel og del:

“..er en beskrivelse av en dynamisk erkjennelsesprosess som pendler mellom del og helhet i forsøket på å forstå begge deler best mulig. Hver gang vi forstår en del av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten. Den nye helhetsforståelsen setter delen, eller delene, i nytt lys, og kan gi en ny forståelse av enkeltdelene, som igjen påvirker helhetsforståelsen” (2008, s 142).

Hermeneutisk spiral er likevel mer betegnende, da analyseprosessen førte til økt kjennskap og fornyet forståelse av datamaterialet: “..forskeren foretar en vedvarende fordypning av sin meningsforståelse” (2008, s 143).

### 3.5.3 Hovedtrekk i og progresjon av analysearbeidet

Jeg begynte analysearbeidet med å lese gjennom transkripsjonen og kommentere innholdet i marginen, der hvor det var naturlig. Dette ga meg et helhetsinntrykk av teksten, og hva som var å finne av meningsinnhold i den. Først og fremst la jeg merke til at meningsytringer tilhørte den lokale konteksten, altså hørte hjemme under hvert hovedspørsmål. Hvert hovedspørsmål gav altså tydelig struktur til hvor jeg fant meningsytringer knyttet det eller hovedspørsmålet. Jeg fikk samtidig et inntrykk av frekvens, spesifisitet og rikhet/engasjementer av meningsytringene (Krueger & Casey, 2009).

Dette inntrykket tok jeg med meg til senere i analysen. Jeg ønsket nå å “vekte” meningsytringene under de ulike hovedspørsmålene, nå under foreløpige undertemaer. Meningsytringenes lokale forankring i teksten ga altså føringer for analytiske valg, når jeg i neste omgang skulle identifisere meningsbærende enheter (heretter kalt meningsenheter) og senere abstrahere og knytte disse sammen til undertemaer og kjernetemaer.

Meningsenheter innebærer: *“å velge ut deler av teksten som kan utsi noe om vår problemstilling”* (Malterud, 2012, s 103).

Når jeg senere utformet kjerne- og undertema, prøvde jeg å ivareta samtaledynamikken. Dette innebar å ikke løsrive meningsytringene for mye på tvers av intervjuets hovedspørsmål, som ga struktur og lokal kontekst for meningsytringene. Gjennom å sammenstille kjernetema, og tilhørende undertemaer, forsøkte jeg å samle bearbeidet datamateriale etter innhold og gruppedynamikk på en meningsfull måte.

Jeg har brukt begrepsparet erfaringsnær og erfaringsfjern som analytiske redskaper, både for å holde meg nær datamaterialet underveis og være *“tro”* mot det som ble sagt, og for å kunne overskride deltakerens meningsytringer og løfte datamaterialet opp på et mer abstrahert nivå. Med referanse til sosiolog og forsker Dag Album, betoner Thornquist en slik overskridelse som en forutsetning for å kaste lys på tatt-for-gitt kunnskap:

*“En forsker som ikke kommer nær nok, vil ikke kunne forstå de utforskedes verden. En forsker som ikke kommer fjernt fra den, vil ikke kunne klare å oppdage og sette ord på det selvfølgelig, heller ikke løfte analysen over det trivielle”* (1996, s 242, i Thornquist, 2008).

Det har hatt betydning for utarbeiding av den erfaringsnære, detaljerte og tekstnære fremstillingen av kjernetemaene og de mer erfaringsfjerne og fortettede beskrivelsene av kjernetemaenes innhold i kapittelet med analyse-resultater. Kvale (2009) og Fangen (2010) beskriver ulike nivåer av fortolkning omtrent tilsvarende, fra tekstnær fortolkning til mer allmenngjørende, kritisk og teoretisk fortolkning.

Nærmest parallellt med begrepsparet erfaringsnær og erfaringsfjern, har jeg *“sett”* datamaterialet som talehandlinger. *“Hva som sies”* (Thornquist, 2009, s 60) ligger på et mer erfaringsnært nivå, kalt en lokusjonær talehandling. *“Hva utsagnet gjør”* (2009, s 60) ligger på et mer erfaringsfjernt og fortolkende nivå, kalt en illokusjonær talehandling. Forskjellen

på begrepene kan også beskrives som hva deltakerne sier og hva jeg oppfatter deltakerne sier noe om (fortolkning). En illokusjonær talehandling kan fremkomme eksplisitt, gjennom en ordene som brukes, mens mer implisitte talehandlinger må tolkes ut fra meningsyttringenes lokale kontekst i datamaterialet (Martinsen & von Tetzchner, 2007).

### 3.6. Etikk

Utøverne ble bedt om å returnere informert samtykke skriftlig, noe alle gjorde.

Fordi jeg måtte lagre opplysninger om fokusgruppedeltakerne i løpet av prosjektperioden, måtte jeg søke personvernombudet hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) om tillatelse for å gjennomføre studien. Søknaden ble godkjent (**Vedlegg nr 3**).

Det foreligger alltid behov vurderinger av mulige etiske problemstillinger ved bruk av mennesker i forskningsprosjekter, noe forskningsetikkens historiske utvikling bærer preg av. Forskningsetikken skal primært beskytte individer som deltaker i forskningsprosjekter, men også eksplisere forskerens etiske ansvar (Ruyter, 2003). Relevante etiske problemstillinger som det har vært viktig å ivareta er personvern (NSD), frivillig samtykke, eksplisering av forskerrollen, risiko og gevinst ved deltakelse i prosjektet og forsvarlig fortolkning og drøfting av datamaterialet (etikkom.no, 2010). De fleste av disse hensynene har jeg redegjort for, og anser som ivaretatt. Forsvarlig fortolkning kommer jeg tilbake til under diskusjon av intern validitet i studien, under metodediskusjon.

Det er viktig å presisere at jeg ikke anser temaet for fokusgruppeintervjuet som spesielt sensitivt. Selv om samtalen rundt omstilling i PMF innebar forteller om kliniske case og terapeutens forståelse av disse med tanke på omstilling, var det likevel ikke sårbare tema for deltakerne selv det var snakk om. Jeg mener heller ikke at mine fortolkninger av deltakernes ytringer går i retning av krenkelse av deltakernes forståelse av omstillingsfenomenet, og følgelig deres selvforståelse som terapeuter. Det vil naturligvis kunne foreligge en risiko for dette i typer forskningsprosjekter som denne (etikkom.no, 2010). Deltakerne gjennomførte intervjuet på en engasjert måte og gav uttrykk for at det

var en positiv opplevelse. Jeg mener dessuten at jeg har holdt meg tro til det erfaringsnære innholdet i datamaterialet i min fortolkning og analyse av dette, jf. min redegjørelse i dette kapitlet og i metodediskusjonen i tilknytning intern validitet.

#### **4. Resultater: Psykomotoriske fysioterapeuters forståelse av omstillingsbegrepet i Psykomotorisk praksis**

I dette kapitlet skal jeg presentere de psykomotoriske fysioterapeutenes forståelse av fenomenet omstilling i psykomotorisk praksis, slik det kom til uttrykk i gruppesamtalen. Presentasjonen er bygd opp rundt kjernetema og kjerneinnhold, slik dette har vokst fram under analysen. I tillegg har jeg lagt vekt på å få fram sentrale aspekter ved samtalens dynamikk, som bidro til hva og hvordan omstillingsbegrepet ble diskutert og eksemplifisert. Kjernetemaene er ① "Omstilling betyr endring i videste forstand": Om reorientering av hva omstilling kan bety i PMF med basis i praksis i psykiatri, ② Omstilling - Meningsskapning gjennom anerkjennelse og økt kontakt med eget følelsesliv, ③ Omstillingens sammenvevde aspekter: Kroppens sanser, følelser og kognisjon, ④ Omstilling - overføringsverdi til hverdagslivet, ⑤ Kroppsundersøkelsens betydning for vurdering av pasientens ressurser til omstilling og ⑥ Å fremme omstilling i en terapeutisk relasjon: Om hva som skal til fra terapeutens side.

Hvert kjernetema er fremstilt slik: Først en fortettet beskrivelse av kjerneinnholdet i temaet i en oppsummert form, og på et mer allment nivå. Så følger en mer detaljert fremstilling egnet til å gi mer fylde, erfaringsnærhet og kontekstualisering av hva deltakerne fortalte om hva omstilling kan være i psykomotorisk praksis. Vekten er lagt på rik illustrering av hva deltakerne brakte frem, inkludert eksempler fra praksis, med en sammenbindende tekst av analytisk karakter. Struktur i fremstillingen gis også ved presisering av undertemaer. Avslutningsvis presenteres tanker om intervjuets gruppedynamikk og en oppsummering av kjernetemaene.

## Presentasjon av kjernetemaer, undertemaer og tanker om gruppedynamikken:

### 4.1 "Omstilling betyr endring i videste forstand": Om re-orientering av hva omstilling kan bety i PMF med basis i praksis i psykiatri.

Deltakerne betegnet omstilling som et vidt begrep. Omstilling kan forstås som en overskridelse. Konkret kroppslige og tankemessige nivåer av omstilling samt pasientens forhold til seg selv ble trukket frem. Det ble trukket paralleller mellom tradisjonell og nyere forståelse av omstillingsbegrepet, og likeledes for bruksområder, alt med bakgrunn i praksis med psykiatriske pasienter. Psykomotorisk tankegang ble kritisert for å undervurdere denne pasientgruppen i forhold til indikasjoner for og behandling av pasienter med psykiatriske problemstillinger og i forholdet til å tradisjonelt ha et snevert bruksområde.

**Undertemaer er:** "Hva er omstilling?" og "Re-orientering av omstillingsbegrepet på bakgrunn av erfaringer med psykiatriske pasienter."

#### 4.1.1 Hva er omstilling?

Deltakerne kom raskt på banen og beskrev omstilling som et vidt begrep:

S sa: *"Det er jo egentlig alt vi driver med."* K sa: *"Det er en type endring i vid forstand."*

T uttrykte: *"Det er så mye i begrepet..tror..en sum av hvordan hele livet ditt har vært da, sånn som det er nå."*

Kj sa hun tenker på: *"De vanskeligste pasientene"*, og beskrev omstilling på to nivåer, det konkrete kroppslige: *"Først og fremst den kroppslige..stiv rygg..avstengt respirasjon"* og det tankemessige: *"også det tankemessige..vilje til forandring av og tanker på hvor rigid man er i livsførselen sin."*

S utvidet det kroppslige nivået: *"Det kognitive..det kroppslige..pust og sånn."* og pasientens forhold til: *"det emosjonelle..og sansene i det hele tatt."*

Senere i intervjuet forsøkte jeg å knytte omstillingsbegrepet til begrepet overskridelse, om deltakerne identifiserte sin forståelse med det: *“Ja, for det har dere vært innom..at man må på en måte erfare det kroppslig for å kunne..få kontakt med..hva det er, som for eksempel er..avgrensning, grensesetting..si ifra til andre..klart og tydelig..”* T, K og Kj bekrefter med kroppsspråket (*heretter skriver jeg “bekrefter” om dette*). Jeg fortsatte: *“Altså, at en får en eller annen..et ord som er brukt, er overskridelse (Ref. til PMF litteratur)..at en får en eller annen ny erfaring som endrer oppfattelsen ens av seg selv og omverden, på en helt ny måte..sånn at man på en måte ikke kan gå tilbake, for da har man fått en ny erfaring, kroppslig erfaring..”* J bekreftet. Jeg forfulgte denne videre: *“Er det noe dere kjenner dere igjen i?”* Flere bekreftende stemmer i rommet, klarer ikke å identifisere disse på lyd-opptaket.

#### ***4.1.2 Re-orientering av omstillingsbegrepet på bakgrunn av erfaringer med psykiatriske pasienter***

K trakk frem et mer tradisjonelt syn på omstilling: *“..parakroppslige parametere som skulle endre seg, gjerne en varig endring av kroppsholdning, pust og muskeltonus.”* K beskrev en re-orientering av omstillingsbegrepet, på bakgrunn av hennes arbeid med psykiatriske pasienter: *“..har blitt nødt til å tenke..hva er det av endring vi kan oppnå sammen, pasienten og jeg, som kan føre til en lettelse, en endring, en annen måte å oppleve seg selv og sin hverdag.”* K brukte begrepet endring synonymt med omstilling, og betonte at fagutvikling har hatt implikasjoner for forståelsen av omstillingsbegrepet: *“..faget har utviklet seg veldig..det man kaller psykomotorisk fysioterapi idag er mye mer omfattende..behandlingsmetode..hvis man skulle kalle det det..i forhold til tidligere, er den brukbar innen flere sammenhenger..”* K nyanserte: *“..på en måte var (PMF) rettet mot et snevrere pasientutvalg..med den bakgrunnen for eksempel dere nyutdannede..har et kjempespekter av muligheter til å gå inn og arbeide i forskjellige belastningsnivåer hos pasientene.”* K mente altså at PMF har fått et større nedslagsfelt enn i dens tidligere historie. Hun trakk også frem innstilling til psykiatriske pasienter: *“da må man..ha disse..små..oppgavene..eller små målsetninger..(mht omstilling)”*

A fulgte opp K om omstilling av psykiatriske pasienter, og kritiserte psykomotorisk tankegang når det gjelder å jobbe med denne pasientgruppen: *“..tenker at den psykomotoriske tankegangen..undervurderer psykiatriske pasienter..du må ikke ta i dem..da blir de dårlige..”* A mener at psykomotorisk fysioterapi har mye å tilby denne pasientgruppen:

*“En kan gjøre ganske mye..må sammen finne ut av hva er det vi skal jobbe med..hva er best bruk av tiden..hjelp til å tenke på en litt annen måte og kjenne på en litt annen måte, sånn at de kan komme videre selv..mange kan faktisk jobbe ganske godt selv videre..kan ikke forvente de store endringene..”*

#### **4.2. Omstilling - Meningsskapning gjennom anerkjennelse og økt kontakt med eget følelsesliv**

Anerkjennelse fra terapeuten av der pasienten er som menneske ble betraktet som en anerkjennelse og en omstilling i seg selv. Et helhetlig kroppssyn ble videre knyttet på en uløselig måte til muligheten for å oppnå en omstilling. Kroppslig omstilling sies å skje “passivt” eller som et biprodukt gjennom et gjensidig og sirkulært forhold mellom bevegelsesutprøving og samtale, der hvor omstilling i seg selv ikke er et eksplisitt fokus i sam-handlingen. Omstilling sies å være en prosess fra å ha kontakt med tankene og til å føle med kroppen. Å bli kjent med og akseptere følelser ble betont som sentalt, inkludert samtale omkring følelser og affekter for å fremme kontakt med pasientens følelsesliv. Å relatere pasientens forståelse av seg selv til hverdagslivet var del av det. Omstilling ble knyttet til ny forståelse av seg selv og sin situasjon, en overskridelse.

**Undertemaer er:** Anerkjennelse som base for omstilling og anerkjennelse som omstilling i seg selv-En hermeneutisk spiral mellom bevegelsesutprøving og samtale, Ta utgangspunkt i pasientens forståelse av seg selv og egen kropp, og relatere denne til hverdagslige situasjoner og Begrepet affektbevissthet som et terapeutisk verktøy for fremme en tydeliggjøring av følelsesuttrykk ovenfor omgivelser i hverdagslivet

#### *4.2.1 Anerkjennelse som base for omstilling og anerkjennelse som omstilling i seg selv - en hermeneutisk spiral med bevegelsesutprøving og samtale*

##### Anerkjenne det som er - omstilling i seg selv

På mitt spørsmål om praksisnære beskrivelser av hvordan deltakerne jobber dersom de opplever at at må gå sakte frem for å få til en omstilling, svarte T: *“Å få anerkjennelse for at man er der man er som menneske..at det er en form for omstilling..å virkelig kunne tørre..å kjenne, hva er det som rører seg her, og hvorfor er..det på en måte sånn som det er..sånn synes jeg at jeg jobber mye i forhold til omstilling, altså, rett og slett en anerkjennelse..”* T la vekt på anerkjennelse av det som er - av for eksempel følelser, tilstander, reaksjoner osv. er en omstilling i seg selv.

T beskrev videre at forholdet mellom anerkjennelse og omstilling hos flere pasienter hun har møtt slik:

*“Altså vil veldig mange ha en endring til noe annet..de vil ha en omstilling, uten å anerkjenne..og hoppe over den anerkjennelsesbiten.”* T forankret anerkjennelse i et helhetlig kroppssyn: *“Kropp og tanker og følelser henger sammen.”*

##### Å fremme anerkjennelse av det som er i et samspill mellom bevegelsesutprøving og samtale

T ga et praksis-eksempel av anerkjennelse som en form for omstilling: *“Det..er en dame som heter Bodil (pseudonym) som er henvist fra DPS..hun snakket mye om at hun har hatt behov for kontroll i livet sitt..hennes ressurs..har vært å ha kontroll”.* T knyttet videre pasientens behov for kontroll til en bevegelsesutprøving i behandlingsrommet: *“..nå skal vi se litt hvordan det er i kroppen, har hun på en måte fått merke det kroppslige, denne formen for kontroll..sånn helt enkelt, bevege på, passive bevegelser”.* T beskrev at en omstilling til å kunne gi slipp følger *“passivt”* med av en slik bevegelsesutprøving: *“..ikke for at hun skal endre eller ha en omstilling til å kunne gi slipp..for det følger jo selvfølgelig med..”.* T understreket at formålet med bevegelsesutprøvingen er å skape en opplevelse av



meningssammenheng for pasienten gjennom pasientens kontakt med hvordan behovet for kontroll sitter i kroppen og når det slippes i bevegelsesutprøvingen, som i eksempelet kulminerte i: *“Ja, jeg er med, jeg må være med, dette er jo, dette er kontrollen.”* T sier at hun etter erfaringen med pasienten, kunne samtale rundt dette: *“..det å se sammenhenger til hvordan livet har vært da..at ja, det har jeg hatt, jeg har måtte hatt masse kontroll..sånn at hun..får en anerkjennelse”*. T beskrev at pasientens kontroll henger igjen i kroppen som en kroppslig beredskap: *“..den henger jo ennå igjen i kroppen som en form for beredskap..”*; og at det å anerkjenne det som en realitet også betyr en omstilling.

### Å kjenne etter i kroppen for å erkjenne og anerkjenne

Co-moderator fulgte opp med å etterspørre forholdet mellom å kjenne i kroppen for å kunne erkjenne livserfaring, og før en eventuelt kan endre, og T utdypte dette forholdet:

*“ja..merke..der og da, hva er det som skjer nå du gir meg..eller når jeg beveger da, og hun kjenner at hun er med, istedenfor at hun tenker..kjenner her og nå..nysgjerrighet..i forhold til det..og så trekke det inn..hun har jo allerede sagt litt til meg, om hvordan hun har vært i oppveksten sin..det å være i beredskap, være i kontroll, være på vakt..at kroppen faktisk er det ennå, selv om hun kanskje ikke lenger har det behovet..så bare det å merke, hvordan er det akkurat nå..ja, jeg er faktisk med..uff nei, nå klarer jeg ikke å slappe av..nå gjør jeg feil..dette her går jo over, kanskje, mange, mange, mange ganger”*.

T beskrev forholdet mellom å kjenne og erkjenne livserfaring ved at pasienten gjennom en utforskende og nysgjerrig innstilling til og i bevegelsesutprøvingen kan oppdage sitt forhold til sin livshistorie og uttrykke erkjennelse av forholdet til sitt kontrollbehov. Gjennom å erkjenne og anerkjenne dette forholdet gjentatte ganger i behandling fremmes en økt kontakt med og forståelse av dette kontrollbehovet, som en forutsetning og igangsettelse av en omstillingsprosess.

### Omstillingsprosess - å føle med kroppen, ikke med hodet

A gav et praksis-eksempel: *“Hos oss...som jobber med følelser, etter sånn ICDT-metode, Intensiv Kortids Dynamisk Terapi, og der blir pasienten i begynnelsen litt sånn frustrert, og kommer inn med med psykologen sier jeg skal føle med kroppen, men jeg følger ved ikke med kroppen, jeg føler med hodet..sier hun da..hun blir frustrert, det skjønner hun ingenting av, man får beskjed om å kjenne etter i kroppen..følelsene er jo i hodet, tenker de da..og så skjønner de at det er noe de ikke får tak i, og så blir de frustrerte, og så prøver vi å..nå frem til hvilke følelser var det du hadde i hodet da som ikke var ikke kroppen, og så..eh, vil jeg det, vil jeg ikke det..sånn mot..slutten av det 8 ukers oppholdet, så kommer de inn og sier nå skjønner jeg hva det var.jeg trodde at alle tok feil, de trodde, de påstod at det skulle kjennes i kroppen, men det gjør jo det..må bare litt sånn etterhvert, så det er en sånn prosess på veien, som er litt.. morsom å følge..”* A betoner det prosess-orienterte ved at pasienten gjennom et tverrfaglig behandlingsforløp etterhvert kan erkjenne at følelsene sitter i kroppen og ikke i hodet.

### Anerkjennelse er å akseptere og arbeide med følelser i en terapeutisk relasjon

Kj trakk frem følelser, og knyttet det til å akseptere: *“..vi har snakket om følelser, men det å kunne akseptere følelser..”* Kj fortalte om et pasient-eksempel, der endring han var inne i ble knyttet til det normative og relasjonelle: *“..hadde jeg en prest til behandling, og så litt i forløpet så begynte han å si de synes hjemme at jeg er blitt så sint..”* Gjenkjennende latter i rommet. Kj knyttet aksept av følelser til personens kontakt og forhold til sitt følelsesliv/-repertoar:

*“..det å akseptere at sinne, det er mange følelser som er tabu-belagte, men..det å være et helt menneske er å kunne kjenne på alle følelser..å kunne vise følelser av og til..av og til så er det berettiget å være sint..det..snakkes ikke om sinne hos pasienter, men man kan ha undertrykt sinne også, at man får frem det..”*

Kj betonte altså spekteret av følelser som en naturlig del av det å være menneske, og som sentralt å forholde seg terapeutisk til. Igjen ble det lagt vekt på aksept og anerkjennelse av det som er.

Jeg fulgte opp med å etterspørre en sammenheng mellom Kj's utsagn om akseptering av følelser og omstillingsbegrepet. Jeg oppfatter at Kj svarte bekreftende: *"Det er kanskje noe å være oppmerksom på, det der å snakke om følelser og affekter..sånn som hun Monsen gjør da..jeg tror for noen kanskje..det gjelder ikke alle."* Kj gav her en direkte referanse til fysioterapeut og psykolog Kirsti Monsens behandlingsmetode Psykodynamisk kroppsterapi. Kj betonte en egen-verdi i å kunne snakke om følelser og affekter for å kunne fremme en omstilling.

A og flere med henne trakk frem angst i forhold til følelser:

*"Og noen har jo også angst, som dekker over sånne skumle følelser som man ikke kan ha..altså..da kommer angsten og legger seg oppå som et lokk..så får man ikke tak i at det er egentlig sint man er..og det er det pasienten opplever, at man har kjempeangst, og så kanskje det ligger en følelser under som..er så farlig at man må legge lokk på den.."*

A viste til et forhold mellom angst og skremmende følelser. Angsten kan, etter hennes erfaring, kamuflere mer "grunnleggende følelser". Det kan danne en uheldig sirkel ved at pasienten blir redd for å slippe til følelsene under angsten, og holder da på angsten.

#### ***4.2.2 Ta utgangspunkt i pasientens forståelse av seg selv og egen kropp, og relatere denne til hverdagslige situasjoner***

Deltakerne var opptatt av å bidra til at pasientene forstod sammenhenger mellom kropp, følelser og livet en lever. A tok utgangspunkt i pasientens forståelse av egen kropp:

*"..frustrert, i deres hode skjønner de at de skulle ha kjent noe i kroppen, men det gjør de ikke der og da.."* J fulgte opp A: *"..da..der der med å begynne å..kjenne på det og, relatere det til situasjoner..at..i går, så møtte jeg den og den og..jeg begynte å gråte og.."* K bifalt dette. J og A viste til at terapeuten tar utgangspunkt i pasientens uttrykte forståelse av egen kropp og seg selv, i formålet om å fremme en omstilling. J trakk frem å *"å relatere det til situasjoner.."*, altså skape sammenhenger mellom kroppsforannelser i

behandlingsrommet og situasjoner utenfor behandlingsrommet. A fulgte opp J: *“Ja, eller når det kommer frem en følelse, og du ser at det er en følelse der, og hvor du nå ser du sint ut, eller nå ser du lei deg ut, hvor kjennes det..på en måte stille noen spørsmål.* A beskrev her en måte å tilnærme seg pasienten praktisk på, gjennom å stille meningsskapende spørsmål inn til pasientens kroppslige uttrykk. S bekreftet dette, fortsatte: *“..å hjelpe til med å spore..om det kan være noe de kjenner i kroppen, for det er jo ofte det da..”* K bekreftet A’s utsagn.

T gav et praksis-eksempel som belyste verdien av å oppdage sammenhenger mellom eget liv og kroppslige fornemmelser, gjennom en bevegelsesutprøving:

*“..jeg har..en jente på 18 år, som kom til meg med pusteproblemer og hadde vært til asse undersøkelser i forhold til lungene og var redd for at det var noe galt med lungene..det viser seg litt etterhvert at hun får..når vi har jobbet da, for å se, er det noen sammenheng med disse plagene og pusteproblemene og dette livet du har, hvordan er liksom livet ditt..så viser det seg at hun gjerne har, hun..føler at hun aldri strekker til, hun er skikkelig flink, flink pike..syndromet..og masse tanker..”*

K bekreftet gjenkjennelse i eksempelet, og T fortsatte, og betonte at pasienten kan “løse opp” sine kroppslige plager gjennom bevegelsesutprøvingen med utgangspunkt i at hun begynner å merke hva som skjer i kroppen:

*“I hodet samtidig, og blir aldri på en måte ferdig med alt hun skulle ha gjort, og når hun merker at hun virkelig er inne i de der stresspiralene sine, så har hun gått og merket at hun puster jo ikke..den kommer lenger, lenger og lenger opp..også knyter det seg helt til..det blir som et anfall da..så det er jo, når hun begynte å merke det der, å kjenne at..sånn, der er det faktisk der jeg kan..jobbe med, så har vi jo løsna masse.”*

#### ***4.2.3 Begrepet affektbevissthet som et terapeutisk verktøy for å fremme en tydeliggjøring av følelsesuttrykk ovenfor omgivelser i hverdagslivet***

J trakk frem begrepet affektbevissthet: *“..affektbevisstheten..synes jeg er veldig..viktig..få med..og..de mennene som sitter der..og blir bare mer og mer sinte og hissige, og..så er de egentlig forferdelig lei seg..men det er litt måten, det er det som er blitt løsningen da..Løsningen på å gi uttrykk for følelser..og så..hvordan de da, i forhold til pårørende..kunne etterhvert bli mer tydelige og ha et kongruent uttrykk for hva jeg tenker og mener og føler, og da ha med kroppen i det uttrykket..at de ikke bare har ordene..de må ha med kroppen, rytmen..og..artikulasjonen..og mimikken..at det blir et tydelig uttrykk..at de ikke er..det er så mye sånn..det diffuse..en sier det ene med kroppen og..det andre med..øyene..”*

J vektla affektbevissthet som fortolkningsverktøy for å få tak på hva som kan “ligge bak” pasientens kroppsuttrykk og eventuelt får frem motsetningsfylte følelsesuttrykk. For at pasienten skal kunne være tydelig og gi uttrykk for sine autentiske følelser ovenfor sine pårørende og omgivelser, betonte J viktigheten av en kongruens i pasientens kropps- og verbale uttrykk, herunder “kroppen”, “ord”, “rytme”, “artikulasjon” og “mimikk”. Hun betegner denne tydeliggjøringen av følelser ovenfor omgivelsene som en mulig løsning til pasientens angst og inkongruente følelsesuttrykk, altså en utvikling mot harmoni mellom hva kroppen og ordene uttrykker. Jeg forsøkte å knytte affektbevissthet og praktiske måter å jobbe med dette på:

*“..i beskrivelsene deres..av affektbevissthet, for å bruke det begrepet da..hvordan ser det ut i praksis? Hva slags former er det man bruker i praksis for å jobbe med det? (henvender meg til J)..sier du at..det er noe med en..å få en..enhet i uttrykket..altså, at vi ikke bare er..kognitivt, eller..ubevisst eller hva det er..altså at det er..enhetlig og tydelig og klart rettet..gjennom det kroppslige uttrykket..den affektbevisstheten..er det sånn at man, bruker man da samtale..eller bruker man..passive bevegelser, aktive bevegelser ved øvelser?”*

*J svarte: “Alt du kan.”* Spontan og gjenkjennende latter i rommet. K fulgte opp: *“Hva som helst.”* J og K understrekte at terapeuten kan jobbe på utallige måter og bruke utallige terapeutiske verktøy for å jobbe med pasientens affektbevissthet på.

### 4.3 Omstillingens sammenvevde aspekter: Kroppens sanser, følelser og kognisjon

Omstilling ble beskrevet å være nært tilknyttet en kroppslig behandlingstilnærming. Omstilling ble betegnet som en prosess fra å oppfatte følelser mer kognitivt, til å oppfatte de som kroppslig tilstedeværende. Undervisning kunne forstås som en forutsetning for omstilling, og ble brukt om kroppens anatomi og fysiologi for å fremhjelpet forståelse av og logikk i kroppslige plager, sammen med arbeidet med å se sammenheng mellom kropp og følelser.

**Undertemaer er:** Utprøving av ekspressive bevegelser med eller uten verbale uttrykk som informasjonskilde for meningsskapende samtale og Edukasjon - undervisning for å skape kontakt med og mening i kroppslige plager.

#### 4.3.1 Utprøving av ekspressive bevegelser med eller uten verbale uttrykk som informasjonskilde for meningsskapende samtale

S sa: *"I prøvebehandlingen så lærte jeg noen øvelser hvor du sitter i kroksittende og sparker ut..og det er en sånn..ekspressiv øvelse..da kan du jo se på noen at de synes det her er forferdelig vanskelig og dumt..og det går det an å snakke om.."* Jeg fulgte opp for å forsøke å få tak i sammenhengen av utprøving av ekspressive øvelser som utgangspunkt for en videre meningsskapende samhandling: *"Det skaper en ny mening, det å prøve ut noe..det skaper noe..det skaper..erfaringer av det som skjer, hos pasienten..som man kan bygge videre på.."* S fortsatte: *"Du kan stå, du kan falle inn mot en benk og skyve deg ut og..prøve å koble ulike uttrykk på det der, for eksempel, si nei.."* Kj bekreftet S's utsagn. S fortsatte: *"Og det kan også gi veldig mange assosiasjoner, følelser som kommer opp med dette her..angst kan jo komme, noen synes bare det er veldig deilig..og mange synes at det blir mye lettere å sette grenser etter at de har jobbet litt med dette her lille grann.."* S beskrev at ekspressive bevegelser med eller uten verbale uttrykk kan sette igang følelsesmessige reaksjoner som kan brukes terapeutisk videre i behandlingssamarbeidet mellom terapeuten og pasienten.

### **4.3.2 Edukasjon - undervisning for å skape kontakt med og mening i kroppslige plager**

K brukte begrepet "edukasjon" i sammenheng med å gi informasjon om sammenhenger i pasientens egen kropp, herunder anatomiske sammenhenger og naturlige funksjonelle reaksjoner i nervesystemet:

*"Det har betydning..det å få en..kontakt med..plagene sine..hvordan de..for eksempel den ene delen henger sammen med den andre delen av kroppen og hvilke funksjoner som bidrar til det ene og det andre..og..få..informasjon om normale reaksjoner i nervesystemet..edukasjon om hvordan kroppen..hvordan anatomien er, fysiologien.."*

Jeg etterspurte bruken av begrepet "edukasjon", og K utdypet: "Ja, *Education* altså, informasjon..på godt norsk..at de både kjenner det selv, og lærer med det..cortex..at de skjønner det..og at det kan være en veldig viktig basis i utgangspunktet..for det er jo flere av mine pasienter som har sagt at..oi, da forstår jeg mening og sammenheng." Jeg oppfattet undervisning som meningsskapende siden pasientene både kan bli kjent med egen kropp og forstå noen sammenhenger og uttrykke en erkjennelse. K understrekte at edukasjon er et viktig grunnlag før kroppsundersøkelsen som en type praktisk utprøving av pasientens kroppsbevissthet: *"..basis tenker jeg..den er med å, den er utrolig viktig, og jeg begynner alltid..alle møter med å teste ut kroppsbevisstheten..hvordan er det med, det å kjenne på stolen..det å ta en liten undervisningsbolk"*

K gav et pasient-eksempel: *"oi, det var akkurat som om jeg ble mindre skyld i mine egne plager..de kan få en..lettelse når det gjelder skyldfølelsen..og da er de allerede i gang tenker jeg..da har det allerede skjedd en omstilling"*. K beskrev at en omstilling kunne skje, og hadde skjedd når pasienten uttrykte erkjennelse av mindre skyldfølelse etter en bevegelsesutprøving. Jeg etterspurte sammenhengen mellom edukasjon og omstilling: *"..da har det allerede skjedd et eller annet..?"*, og K utdypet: *"..bevissthet, kroppsbevissthet, kontakt med plagene sine og logikken, mange er jo ganske logiske da, de plagene folk*

*har..ihvertfall for oss som jobber med det..få det forståelig for pasienten selv er viktig..*” K trakk frem at de kroppslige plagene ofte er logiske for terapeuten, men ofte mindre forståelige for pasientene. K understrekte viktigheten i å fremme en forståelse av sammenhengen mellom bevissthet, kroppsbevissthet, kontakt med plagene og logikken i disse.

A fulgte opp K, og understrekte aspekter ved pasientens opplevelse av seg selv og egen kropp som kan bli mer i fokus enn en omfattende kroppsundersøkelse: *”For det er jo så mye som er uforklaring og rart..hvorfor i all verden reagerer jeg sånn, og jeg må jo være helt gal..litt sånn generelt, sånn psyko-edukasjon som du sier, på, at det er normale symptomer når man har det sånn..blir lettelse..faktisk, for mange..”* Jeg forsøkte å lage en sammenheng mellom begrepet psyko-edukasjon og et eget begrep: *”Så alminneliggjøring?”* A bekreftet, henvendte seg til K og utdypte: *”Alminneliggjøring, det..er jo ofte som du sier, gode forklaringer på det, og det og gjør at..de blir lettet og tør å være der..ja..for noen kommer jo inn som tør jeg dette?..så jeg tror, å være der de er og trygge dem i det..”*

S understrekte en negativ virkning av tilbakeholdt pust: *”og..hvordan tilbakeholdt pust påvirker hele systemet, både foran og bak”*. Jeg etterspurte meningen med *”systemet”*, og om han mente muskel- og skjellettsystemet. Han svarte: *”Diafragma-modellen”*. Dette er en teoretisk modell jeg gjenkjenner fra fysioterapeuten Berit Bunkans litteratur.

#### **4.4 Kroppsundersøkelsens betydning for vurdering av pasientens ressurser til omstilling.**

Gjenstand for vurdering av pasientens kroppslige ressurser til omstilling ble sagt å være evne til å kjenne forskjell, små forandringer som følge av en ny og litt nøyere instruksjon, forandringer mellom oppreiste og liggende stillinger, ryggens fleksibilitet og reaksjoner på liggende stilling. Pasientens motivasjon og innsikt i egne kroppslige plager ble sagt å ha betydning for omstillingsmuligheter. Pasientens kontakt med egen kropp og muligheter til å være i ulike utgangsstillinger ble understreket som å ha betydning for terapeutens tilnærming for å fremme en omstilling. Ved funn av små ressurser og høy belastningsgrad



ble respirasjonsfrigjøring hevdet som kontradindisert. Ved pasienter som har lite kontakt med egen kropp og motstridende funn i konkrete kroppsforhold ble terapeutens fokus sagt å være på balansering av kroppslige konkrete forhold.

**Undertemaer er:** Vurdering av kroppslige ressurser, Pasientens kroppsforståelse innvirker på motivasjon og muligheter for omstilling, Ta utgangspunkt i pasientens kroppskontakt og -muligheter som grunnlag for videre samarbeid og Undersøkelsen gir svar på grad av respirasjonsfrigjøring - omstilling som en balansering.

#### **4.4.1 Vurdering av kroppslige ressurser**

J henviste til T, jf. passiv omstilling gjennom meningsskapende bevegelsesutprøving: *“..jeg prøver da å se..nettopp det du faktisk sier, det der med å kunne kjenne..kjenne forskjell..”*. J så det å kjenne forskjell sammen med en fysioterapeutisk funksjonsvurdering: *“..for eksempel det så enkelt som dette her..Sæthre’s håndgrep”*. Ved denne funksjonsundersøkelsen kunne J oppfatte om pasienten evner å slippe armens tyngde, her komplementert med pasientens verbale uttrykk: *“..hvor du ser at..å ja, slipper..å ja, er den der ja..”*.

J så etter små forandringer når hun vurderer pasientens omstillingsevne: *“..dette her med at du kanskje gjør..en ting, gjør noe, også får de en litt nøtere instruksjon..og så å ja!..og så får det til..det er da de da..faktisk..ved..en liten, eller kanskje en hånd eller noe, så skjer en forandring..som de klarer å gjøre..der og da..og det er, det er jo..disse..små forandringene”*. J sa at terapeut og pasient gjør noe sammen, og når pasienten får en ny *“litt nøyere instruksjon”*, kunne hun få frem informasjon om omstillingsevne ved at pasienten uttrykte et kroppsuttrykk preget av mestring gjennom denne lille, men viktige forandringen.

J fortsatte med en ny vurdering: *“..å se forskjell..i fra stående til liggende..skjer det noe da? Blir det noe forandring..kanskje særlig pusten da..”*. Jeg etterspurte om hun vurderte om de

bremses seg med pusten, og J svarte: *“Ja, om de kanskje bremses seg mer, eller..eller..så er det noe som kan gi etter..noe som slipper..”*

Kj sa hun vurderer pasientens omstillingsevne gjennom å gjøre en forenklet psykomotorisk undersøkelse. Hun legger da vekt på *“..om det er fleksibilitet i ryggen..fastlåst eller eventuelt”*.

Kj la også vekt på vurdering av pasienten i liggende stilling, på kroppsholdning og på eventuelle angstuttrykk: *“..ser litt på..liggende, fordi det er noen som går mer opp i fleksjonsmønsteret..blir liggende med flekterte knær og..skuldrene kommer mer frem og..og jeg ser at..de har angst..den øker, og de greier ikke å kamuflere den på samme måte som når de står”*. Kj mente at pasientens angst er lettere å se i liggende enn i stående stilling.

#### ***4.4.2 Pasientens kroppsførståelse innvirker på motivasjon og muligheter for omstilling***

Kj gav et pasient-eksempel:

*“Tenk på det med motivasjon..jeg hadde en pasient som kom til meg, og hun var egentlig ikke..hun var ikke helt forberedt, eller innstilt på..behandlingen, fordi hun mente selv at hun hadde Bechterew..det var det hun hadde..hun var helt stiv i ryggen, og den hodepinen hun hadde..den..hadde hun, og da måtte hun ta en Voltaren hver dag..så kommer det frem en bevisstgjøring hvor hun tilsynelatende da, forlater det at hun må ha en Bechterew og tar ikke flere hode-tabletter, liksom det å se sammenhengen mellom den stressende jobben hennes og..hvis hun ikke hadde gitt slipp på det, at hun var overbevist om at hun hadde Bechterew, så hadde vi ikke kommet noen vei..”*

Jeg etterspurte en sammenheng mellom Kj's utsagn og innsikt, som Kj bekreftet. Jeg forsøkte å knytte *“innsikt”* sammen med terapeutens vurderinger: *“en innsikt som kan kobles sammen med vurderingene som terapeuten gjør..for i det hele tatt få til et samarbeid som kan fremme en omstilling?”* J og K bekrefter denne sammenhengen. Videre, forsøker

jeg å knytte pasientens kroppsoppfatning til omstilling: *“Hvis ikke så, blir en på en måte stående i en oppfatning som ikke fremmer noe endring..eller omstilling?”* Kj bekrefter.

#### ***4.4.3 Ta utgangspunkt i pasientens kroppskontakt og -muligheter som grunnlag for videre samarbeid***

K sa: *“..hvis noen bare har kontakt med hodet..og det er jo noen som faktisk har det, i alle fall i vår business..eller, i den psykomotoriske behandling, så må man jo, tenker jeg ihvertfall, begynne der hvor folk har kontakt, og da begynner..med kroppsbevissthet i hodet..for å skape noe, tilstedeværelse..”* K understreket at det er sentralt å jobbe ut fra pasientens nåværende kontakt med seg selv og egen kropp for å skape en felles plattform å jobbe sammen ut fra. K utdypte: *“..hvordan er det i ansiktet, bare spør og..da skjer det ting allerede da..da kan de kjenne noe litt nedover her, for eksempel, og så begynner man kontakten på denne måten der..”*

Jeg oppfattet at K stilte spørsmålsteget med mer tradisjonell metodisk tilnærming i Psykomotorisk behandling, og etterspurte:

*“..for når du sier det så..bryter det ihvertfall ganske mye med min oppfatning av hvordan den eldre skolen av psykomotorikk gjøres..altså..at man ikke nødvendigvis går igjennom mange kroppsstillinger, men at man kanskje da dweler mer med en eller to eller..mere..ta utgangspunkt i, i ikke så mange..som rett og slett, som et ledd av undersøkelse, eller en..utforskning sammen..”*

K beskrevet. K's svar skisserte omstillingsbegrepet til å i en større grad være knyttet til kommunikative plan, hvori hovedhensikten kan være at terapeuten tar utgangspunkt i pasientens *“begynnende kroppskontakt”*. Terapeuten tar utgangspunkt i det kommunikative planet som pasienten er fortrolig med, eller som terapeuten oppfatter at pasienten har mest kontakt med. Jeg etterspurte nærmere: *“Og det er et poeng i seg selv, at det ikke nødvendigvis er et poeng å oppfatte et spenningsmønster gjennom en rekke..utgangsstillinger..og..et bredt repertoar av funksjonsprøver”*. K bekreftet, og fylte ut:

*“Det kommer underveis, det kan komme etterhvert”. K beskrev at en initierende grundig undersøkelse av pasientens muskulære spenningsmønster ikke nødvendigvis er indisert og at hun kan oppfatte det som hensiktsmessig å samarbeide med pasienten ut fra pasientens uttrykte kontakt med seg selv. K mente at en slik tilnærming kan forstås som en prosess hvor man begynner å arbeide med “små ting”: “Det avspeiler seg jo..da setter man igang en prosess, man kan jobbe mer sammen, om større ting..altså, større deler av kroppen da..men ikke nødvendigvis.”*

A bekreftet, og fulgte opp: *“Det ser jeg også, det er jo ikke alltid at pasientene kan eller skal ligge på benken, det kan være altfor utfordrende, så du da..gjør jo ikke en hel kroppsundersøkelse, bare hoppe over den inntil videre, og evnetuelt komme tilbake til det..”* Deltaker S bekrefter A’s utsagn verbalt. A understrekte at pasientens nåværende tilstand gir føringer for hvor grundig undersøkelse terapeuten gjør.

#### ***4.4.4 Undersøkelsen gir svar på grad av respirasjonsfrigjøring - omstilling som en balansering***

S sa han gjør en grundig undersøkelse hvor funn fra undersøkelser gir informasjon om det er aktuelt å jobbe med respirasjonsfrigjøring: *“..når jeg får nye pasienter, så vil jeg alltid undersøke ganske grundig for å vite om belastning og ressurser..og er belastningene høye og ressursene små, så vil jeg ikke drømme om å begynne å..jobbe med respirasjonsfrigjøringen.”* S gav et praksis-eksempel: *“Akkurat nå har jeg en pasient som..er bipolar..og har PTSD..samtidig..er hun utrolig velfungerende så man merker jo ikke noe på henne..men bare innledningen på ROK’en..var med på å få frem mye følelser..og da..jeg hadde jo ikke undersøkt henne ferdig ennå..”* S presenterte en type motforestilling til å frigjøre respirasjonen, der hvor han i undersøkelsen vurderer at pasientens belastninger er høye og ressurser er små.

Kj utvidet omstillingsbegrepet til å omfatter flere pasient-typer: *“..den første utdanningen ikke handlet om de som var altfor syke, faktisk en omstilling for den type pasienter og..som bare flyter ut..en annen type”*. Jeg etterspurte denne utvidelsen av bruksområdet til

omstillingsbegrepet: *“Du..ser et repertoar mellom noe som er tilstivnet..eller fastlåst..og..noe som er grenseløst..eller som er hypotont?”* Kj svarte med at hun endrer tenkemåte mht omstilling av slike pasient-typer: *“..da må jeg tenke, da må jeg snu på det på en måte..ikke tenke..at en skal frigjøre..at man skal frigjøre alt, eller frigjøre”*. Dersom pasientene er mer grenseløse og hypotone, endrer hun tenkemåte hvori frigjøring ikke er sentralt, men en slags *“motsatt tankegang”*.

Jeg etterspurte vurderinger ved slike motstridende funn, og Kj svarte: *“Ja..hvordan jeg skal gå frem..”*. Jeg etterspurte om slike funn får konsekvenser for videre tilnærming for å omstille pasienten, og Kj svarte: *“Ja, da er jeg litt mer forsiktig..spesielt hvis du palperer ryggmuskulene..hvis er veldig sånn hypotone, så..og det er den veldig stive ryggen”*. Jeg etterspurte bakgrunnen for å gå forsiktig frem, og Kj sa slike funn indikerer en type balansering av de kroppslige funnene: *“Jo, da tenker jeg at de må først stabiliseres..få kontakt med bena..”*; hvori økt kontakt med bena ved hypotone muskler i ryggen og en lite fleksibel rygg.

#### **4.5 Omstilling - overføringsverdi til hverdagslivet**

Omstilling i behandlingsrommet ble beskrevet som å åpne opp for økt tilstedeværelse med følelseslivet i hverdagen. Dette kjernetemaet ble vektlagt når jeg spurte gruppen om hva de hadde opplevd som viktigst i løpet av intervjuet. Sentrale aspekter som ble løftet frem er tilbakemeldinger om pasientens overskridende erfaringer i hverdagslivet, kontakt med seg selv gir naturlig avgrensning i sosiale relasjoner og kontakt med ressurser gjenreiser verdighet og mestringsfølelse i hverdagen.

**Undertemaer er:** Omstilling i behandlingsrommet åpner opp for økt tilstedeværelse og kontakt med følelsesliv i seg selv og andre i det sosiale rom, Hva har vært viktigst i diskusjonen? (Nr 1): Samtale omkring tilbakemeldinger fra pasientene om overskridende erfaringer i hverdagslivet, Hva har vært viktigst i diskusjonen? (Nr 2): Kontakt med seg selv og egen kropp gir en naturlig avgrensning til andre og Hva har vært viktigst i

diskusjonen? (Nr 3): Kontakt med ressurser gjenreiser verdigheten og mestring av oppgaver i hverdagen

#### ***4.5.1 Omstilling i behandlingsrommet åpner opp for økt tilstedeværelse og kontakt med følelsesliv i seg selv og andre i det sosiale rom***

J gav et praksis-eksempel:

*“..en mann, 43 år, som..veldig lite følelsesmessige reaksjoner..å bli trist..lei seg..gråte..han hadde..mistet faren sin tidlig i ungdommen..og ikke grått siden da..han var virkelig så rørt og berørt fordi han hadde vært i begravelse..og hadde grått..jeg så veldig godt sammenheng med at han..faktisk hadde klart å gi mer etter i ryggen..i mage og i mellomgulvet..i noen behandlinger før..og jeg så det på flere ting, og så kom den reaksjoner..som..var god for ham..han kjente at han kunne..gi etter..istedet for å stenge det av..”*

Jeg forsøkte å skape en sammenheng mellom omstilling i og utenfor behandlingsrommet:

*“betyr det at du tenker at han..hadde hatt vanskeligheter med å kunne gi etter hvis den begravelsen kom på et tidligere tidspunkt?”* J bekreftet, og jeg fortsatte: *“For da hadde ikke ryggen..gitt etter?”* J bekreftet, og utfylte med at pasienten opplevde et mer tilgjengelig følelsesliv også i andre sosiale situasjoner: *“Nei..han hadde vel også vært i..det hadde vært noe dødsfall..tidligere i behandlingforløpet..hvor han ikke hadde..reagert, for han merket også at det var ikke bare begravelsen, men i andre situasjoner hvor han var blitt rørt, hvor han var veldig overrasket over det, i sofaen sammen med kona hvor han hadde blitt rørt”.*

K presenterte et praksis-eksempel hvori edukasjon og pasientens slipp av et muskulært hold gav tilgang til og etterhvert åpnet opp for et bredt følelsesspekter som kom til uttrykk gjennom at hun sa ifra og re-forhandlet hennes “offer-”rolle på jobben, og da til en rolle som ble lettere for pasienten å være seg selv i:

“..en kvinne som strevde med angst og depresjon, og hun var veldig..ekstremt påholden, og strevde mye med pust og veldig mye med muskulære ting, tinnitus..tett i hodet..klarte ganske tidlig i forløpet, nettopp ved en sånn kroppsbevissthetsgjørings-gjennomgang, å slippe skuldrene og kjente på velvære, og i tilknytning til det velværet så..begynte hun å gråte..og hun ble veldig overrumplet for dette, og litt skamfull..men i etterkant..fikk hun..både..følelser av sinne, fikk kontakt med sinne..det var akkurat som om det åpnet seg litt for veldig mange typer følelser og hun fikk en fornemmelse av at hun, på jobben særlig, hvor hun følte seg veldig presset..turte å gjøre noen endringer, si ifra litt..hun kjente at det sinnet gjorde at jeg vil søren ikke være noe offer lenger..at bare de skuldrene slapp, pusten kom til..så lå på en måte følelsene der..på lur..så begynte hun så smått, det var selvfølgelig ikke greit, men dette gikk jo langsomt, og hun begynte å gjøre noe spesielt i jobbsituasjonen..det gjorde at det ble litt bedre å være henne..”

K beskrev at pasienten fikk tilgang på følelsene og etterhvert turte å “gjøre noen endringer” og “si ifra” på jobben hennes.

T sa at omstilling i behandlingsrommet gir pasientene mer kontakt med seg selv og sine følelser, og bedre evne til grensesetting og å være tydelig:

“..du får på en måte mer kontakt med deg selv, og mer kontakt med følelsene og..kanskje det, som jeg jobber med, handler en del om å kunne sette grenser for seg selv..de klarer det bedre fordi de kjenner mer etter i seg selv..vil jeg dette, vil jeg ikke..nei, jeg vil ikke dette..og så..kunne..ute i hverdagen..ha det bedre..fordi..de er mer tilstede i seg selv, og kan sette grenser..ja, være tydelig..”

J nyanserte begrepet grensesetting i forhold til omstilling: “Jeg tenker også at det å ta imot..det er ikke bare å sette grenser, men også å kunne ta imot..det er litt av en omstilling..for noen..å kunne..rett og slett ta imot..” T bekreftet J. J fortsatte: “Akkurat som da du kan, gi mer etter nå kan jeg faktisk ta imot, om det så er hjelp, eller..ta imot noe hjelp..uten at jeg må gjøre noe med en gang igjen..selv..bare ta det imot..” J mente altså at

omstilling handler om balansering, hvori grensesetting kan være behandlingsfokus for pasienter som er mer "grenseløse", mens å jobbe med å ta mer imot kan være det for mer "lukkede" pasienter.

Jeg rettet meg til gruppen som helhet, og forsøkte å skape en sammenheng, hvori pasientens økte kontakt med og i seg selv gjennom en omstilling kan være mer åpen for inntrykk, og kunne evne å uttrykke seg bedre. J bekreftet, og T svarte: *"Om en får til alt det, så er det super"* med påfølgende rungende og gjenkjennende latter fra flere i rommet.

Kj trakk frem kommunikasjon med andre mennesker: *"..kommunikasjonen med andre mennesker..at man får mye lettere, kan vise andre, forstår en del og, forstår også andre.."* Kj mente at omstilling kan fremme pasientens evne til å forstå og uttrykke forståelse for andre. Kj trakk så frem et teoretisk, nevrobiologisk eksempel fra dyreverdenen, og fremhevet betydningen av å vise at en forstår andre mennesker:

*"For eksempel, i noen av de første Brodal-bøkene om hvordan man fjerner Amygdala på en ape..så oppførte den seg rart..ikke forstod den de andre apene, og de andre apene aksepterte ikke den heller, for den hadde en sånn opptreden som ikke tilhørte.."*

Jeg forsøkte å utdype pasientens tydelighet ovenfor et sosialt fellesskap: *"Ja, da kan man på en måte være tydelig ovenfor et sosialt fellesskap, hvor det gjelder visse regler..i hvilken grad man vil delta..og hvordan man vil delta?"* Kj bekreftet.

#### ***4.5.2 Hva har vært viktigst i diskusjonen? (Nr 1): Samtale omkring tilbagemeldinger fra pasientene om overskridende erfaringer i hverdagslivet***

T tok utgangspunkt i hovedspørsmål 6, og beskrev formål med omstilling i tilknytning til et sosialt aspekt av begrepet, heri bedring av pasientens relasjoner:

*"..hvis vi går til det siste spørsmålet du hadde da..hvordan det var ute i det sosiale liv..hvordan en merker noen endring..ut fra det..så tenker jeg at det handler om..det å*



*endre noen form for relasjon man har til andre..til et eller annet hakket bedre..for seg selv, og for relasjonene..”*

T gav et praksis-eksempel:

*“..en dame jeg har..som er med i en strikkeklubb, og..innenfor psykisk helse da, så det er litt helsepersonell der også..hun har sittet..i kanskje et år nå, med øreklokker i, med musikk på, for at hun ikke klarer å forholde seg til de andre, men nå har hun tatt de av, så nå har hun liksom startet, altså ett steg, hun har kledd av seg litt, som hun sier..og gjort seg litt mer synlig..kan jo risikere at noen sier noe til henne da..så..ut fra det siste spørsmålet ditt..at..noe av det viktigste er å kunne ha det..litt bedre sammen med andre mennesker..og i forhold til seg selv..det henger så sammen..”*

Jeg etterspurte en sammenheng mellom arbeid med omstilling og pasientens hverdag knyttet til formål med behandlingen om å hjelpe pasienten til å få en bedre hverdag. T bekreftet.

J fulgte opp: *“Overføringsverdien synes jeg..betyr enormt mye..og det er den store gleden..når jeg får høre det får til noe..”* S bekreftet J’s utsagn. Jeg etterspurte J brukte pasientens tilbakemeldinger fra deres sosiale hverdag som et “barometer” på hvordan behandlingen utvikler seg. J bekreftet, men understrekte: *“Ja..men det skal jo ikke bli noen prestasjonsgreie..men..de små nyansene”* og gav et praksis-eksempel hvori en pasienten hadde gitt tilbakemelding om en god overskridende erfaring i hverdagslivet: *“..sånn som han som hadde veldig rar talefeil..han var innpå et..internatbesøk, også hadde han vært nedi der..også var det noen kjekke jenter der som..var ekspeditriser..og han kjente at de..begynte og..så han satt beina god ned.. Ja, hvilken størrelse har du da..og så sier han 43-44..det var..kjempevankelig for han..og de spurte ikke igjen, hva sa du?”* Jeg etterspør: *“Han fikk en bekreftelse”*. J fortsatte: *“..de spurte ikke om igjen..han var altså så lykkelig..de kom frem med den rette størrelsen..”* T bekrefter J. Pasienten opplevde en situert, positiv respons, hvori hans kommunikasjon ikke ble fokus eller et hinder i

oppnåelsen av formålet hans med butikkbesøket, og ble forstått. K fulgte opp: *“Det var en kjempehistorie..og tenk for han..”*

#### ***4.5.3 Hva har vært viktigst i diskusjonen? (Nr 2): Kontakt med seg selv og egen kropp gir en naturlig avgrensning til andre***

K var opptatt av overføringsverdien av behandlingen til pasientens hverdagsliv:

*“Jeg er jo veldig opptatt av..hvordan..som vi er inne på, hva skjer ute i verden..folk begynner å relatere seg til seg selv..altså, kroppen, seg selv, hele seg..så..får det også sånne underlige..og gode gunstige følger..for da er det akkurat som om de begynner å relatere seg til andre også..en må først det hvis en virkelig skal kunne relatere seg til andre.”*

Bekreftende og gjenkjennende latter i rommet. K gav deretter et tydeliggjørende praksis-eksempel:

*“..en meget dårlig kvinne som har..en dissosiativ lidelse, og blir veldig ofte underspent og fjerne..og kontaktløshet..og så, står hun der da, og jeg står der, og så jobber vi med..kroppsgrenser, og markering av kroppsgrenser, tydeliggjøring av kroppsgrenser, og så kjenner hun seg selv..litt sånn..I'm back. (gjenkjennende latter fra rommet)..også, kan jeg merke at muskeltonusen har normalisert seg, i beina, i baken, i kroppen..altså i overkroppen, og du ser liksom den strekken bare kommer..og så sier hun jeg får kontakt med et begrep..og det er å..overgi seg i, sier hun..og da mener jeg, med å overgi seg i, så mener jeg..å overlate kroppen til seg selv, jeg gir meg over til kroppen, for kroppen vet jo best hva den kan gjøre..det skjer når jeg slutter å tenke på hva jeg skal gjøre.”*

Gjenkjennende latter i rommet. Pasienten oppdager altså tillit til seg selv, både til og i kroppen, gjennom å flytte fokus fra tanker og til kroppsformemmelsene under og gjennom en bevegelses-oppgave. K fortsatte: *“Og ikke nok med det..etterpå så sa hun at men, jeg kan jo også overlate de andre til seg selv, altså overgi de andre til seg selv.”* K mener at

økt kontakt med og tillit i seg selv og i egen kropp kan omfatte en "tilsvarende" forståelse av og avgrensning til andre i hennes hverdagsrelasjoner til disse. K fortsatte:

*"..jeg behøver jo ikke ta ansvar for de andre..jeg trodde jeg skulle..for da var det først hennes egne opplevelse av å være et eksisterende vesen, konkret vesen med hele seg..og så, poff..der og da, så blir det en naturlig avgrensning da..kan du bare la de andre være, overgi dem til seg selv sånn som jeg overgir meg til kroppen.."*

#### **4.5.4 Hva har vært viktigst i diskusjonen? (Nr 3): Kontakt med ressurser gjenreiser verdigheten og mestring av oppgaver i hverdagen**

J understreket et ressurs-orientert perspektiv i tilknytning til en overføringsverdi av omstillingen til hverdagen:

*"Det er jo det med ressurser og da..det..at de kan ha en opplevelse av at de har noen ressurser..jeg har noe som kan hjelpe meg til å bli bedre..og hvorfor jeg synes vi har så mye..å by på..og at det ofte ikke er så mye som skal til heller..og så opplever de en forandring..at de..kan både kjenne og forstå at..jeg har noe..selv som jeg kan bruke på meg selv, og i..forhold til det jeg må klare i livet mitt.."*

J fremhevet at pasienters opplevelse av forandring og mestring gjennom både å få kontakt med egne ressurser. J beskriver "små", i motsetning til "store" ressurs-oppdagelser, og knytter disse sammen med "kontakt" og "verdighet":

*"..det behøver ikke være noen sånne store greier som mye annet går på ikke sant, når de har fått alle mulige råd..og lest igjennom det andre, så er det de der små..tingene som kan gi en, stor og viktig ting..og som er med på..å hjelpe dem til å få..kontakt med noe..og reise kjerringen og verdigheten.."*

Jeg etterspør en sammenheng mellom verdighet og omstillingsbegrepet:

*“Mener du da å si at..en persons verdighet har nær sammenheng med..omstillingsprosessen, fra en, gjerne fra start..i behandlingsperioden hvor det er en redusert verdighet, fordi det er en mindre grad av mestring av egen..kropp, og sin hverdag, gjennom altså..reduserte ressurser, altså de har ikke kontakt med ressursene..men at de blir klar over en egen..verdigheten løfter seg selv opp..fordi de får den kontakten med ressursene?”*

J bekreftet. Jeg fortsatte: *“Og da, altså..det skjer som følge av den endringsprosessen..?”* J bekreftet. S fulgte opp: *“Ja, og når du, kjenner verdigheten, egenverdien, ved å bruke ressursene også..”* J bekreftet, og utdypte: *“Det henger så nøye sammen.”* S og J knyttet et tett bånd mellom pasientens verdighet, egenverdi og bruk av egne ressurser.

#### **4.6 Å fremme omstilling i en terapeutisk relasjon: Om hva som skal til fra terapeutens side**

Terapeutens unike kontakt med seg selv og tilstedeværelse egen kropp ble fremhevet, både for å kunne skape et terapeutisk rom hvori omstilling kan skje, og for å kunne være en kompetent og profesjonell samspillspartner. Psykoterapeutiske og hverdagslige begreper ble trukket frem i sammenheng med terapeutens tilnærming til pasienten for å kunne fremme en omstilling.

**Undertemaer er:** Terapeutens bruk av seg selv for å skape et terapeutisk rom hvori omstilling kan skje, Hva har vært viktigst i diskusjonen? (Nr 4): Pasienters forhold til seg selv uttrykkes i bevegelsesutprøvingen - en terapeutisk informasjonskilde og Gjenkjenning av omstilling - et mikroperspektiv.

##### **4.6.1 Terapeutens bruk av seg selv for å skape et terapeutisk rom hvori omstilling kan skje**

T sa: *“..det jeg..gjør mye..det er å holde meg mest mulig inne i mitt egen skinn..at jeg holder kontakten med bekken, med ryggraden, med pusten, med bena mine”*. T sa at formålet til denne situerte kontakten med egen kropp er å unngå for mye nærhet til

pasienten: *"..for og så..ikke bli slukt inn..jeg holder meg liksom..så godt jeg kan, rolig i meg selv.."* T fortsatte: *"..jeg tror det påvirker, at det er noe som skjer da..med den andre..i rommet.."* T brukte betegnelsen "rommet" både i en konkret og i en overført betydning. Jeg etterspurte hvorfor et "rom" er viktig å skape for fremme en omstilling hos pasienten: *"Ja, jeg tenker at..en omstilling gjerne kan skje når det er et rom, når det er tillatt å dele..når det blir pauser.."* T mente at "rommet" innhar terapeutiske egenskaper ved at det åpner opp for at omstilling gjerne kan skje, som at det i dette: *"er tillatt å dele..når det blir pauser."* T sa videre noe om terapeutens holdning til "det terapeutiske rommet" gjennom spørsmålet: *"Hva er det som skjer nå i rommet"*. T gav et praksis-eksempel hvori hun skaper en sammenheng mellom hennes måte å bruke seg selv i "rommet" og et terapeutisk formål om å jobbe med å omstille pasientens pust:

*"..hvis jeg tenker at..jeg skal jobbe med å få pusten litt mer ned da, eller kanskje slippe og få en omstilling i pusten..så..er det viktig at jeg ikke er for aktiv..og at jeg stopper opp i hodet..går i ganske sånn sakte modus..for å lage rom for at det f.eks kan slippe frem.."* T utdyper formålet med å bruke seg selv på denne måten til også å omhandle hennes forhold til egne sanser: *"..og så tror jeg at jeg sanser bedre hvis jeg holder kontakten godt med meg selv"*.

### **Diskusjon omkring terapeutens tilnærming til pasienten for å fremme en omstilling gjennom bruk av begrepene - "å romme", nærvær, tilstedeværelse, inntoning og begrepsparene overføring og motoverføring, og nærhet og avstand**

J introduserte begrepet "å romme": *"Og så er det..å romme..kunne romme pasienten"*. J fremhevet 2 begreper knyttet til det "å romme pasienten", men uten å utdype disse: *"Dette med overføring og motoverføring"*. J henvendte seg til T med hensyn til hvordan terapeuten bruker seg selv for å fremme en omstilling: *"..da er det, som du sier..det der med å være meg selv, sånn er jeg..jeg virkelig..kan romme..istedet for å komme veldig fort inn på den der handlingsgreia, med gode råd og.."* Jeg etterspurte en sammenheng mellom terapeutens kontakt med seg selv og begrepsparet nærhet og avstand: *"Så du mener at det*

gir deg en avstand, en nødvendig distanse til..pasienten, gjennom å ha kontakt med deg selv?" J bekreftet, og utdypte ved å trekke inn begrepene "nærvær" og "tilstedeværelse" for å hjelpe pasienten til å "romme" mer: "Må ha en nødvendig avstand..der det motsatt, blir et nærvær..og, gjennom tilstedeværelsen..og i det nærværet..så kan jeg..romme..som da gjør at pasienten også kan romme..mer..kanskje..ihvertfall, litt mer..". Jeg etterspurte en tydeliggjøring av begrepet "å romme": "Så en eller annen form for justering til pasienten..at man justerer seg selv gjennom det man sanser av pasienten, for å kunne gi rom til pasienten..til å kunne dvele for eksempel, eller..reflektere..eller få tid til å kjenne på en bevegelse? J bekreftet, men likte ikke min bruk av betegnelsen "justere": "Det blir litt sånn..jeg kjente bare at det blir litt teknisk..når jeg hører ordet justere..det tekniske..jeg kjenner at det er jo på en måte det helt motsatte da..". Jeg etterspurte gruppen om hjelp til en annen mer passende betegnelse enn justering. Kj foreslo: "Inntoning". J likte bedre denne betegnelsen, og utfylte med begrepet "tilstedeværelse": "Inntoning, det er et godt ord..tilstedeværelse..". T sa seg enig med at inntoning var et godt og passende ord.

### **Diskusjon omkring terapeutens fremtreden for å moderere og hjelpe samspillet videre - Bruk av begrens ansats, passe forandring, fleksibel veksling og begrepsparet speiling og avspeiling**

A fulgte opp opp T om kontakt med egen kropp: "Og hvis en kjenner i seg selv, som du sier..at jeg har en pust..at en står godt nedpå selv". A foreslo noen føringer for å kunne være en kompetent samspillspartner med pasienten: "..hvis det kommer en pasient inn som er veldig hektisk, og snakker fort og har høy angst og sånn..så sitter det også i rommet, så har vi lett for å begynne å snakke fort, eller være med på det selv." A mener at terapeuten lettere kan være trygg i seg selv og på denne måten unngå å bli "ansporet" for mye av pasientens tilstedeværelse om terapeuten er godt tilstedeværende i egen kropp:

"..men hvis vi da er litt sånn forankrede..selv..så er det lettere å ikke bli med på det..og..å være like rolig i din..pust..men samtidig være tilstede..ikke fordi du er med..men..tenke at når pasientens pust kan påvirke meg, altså, jeg kan kjenne at jeg kan bli hektisk..så kunne jo min ro påvirke pasienten."

J fulgte opp, og understrekte at samspillet mellom terapeut og pasient kan bli uten ansats eller et felles utgangspunkt dersom terapeuten har en for kontrasterende framtrede i forhold til pasienten: *“Men samtidig så..er det noen ganger, må ikke bli for stor kontrast.”* A bekreftet J. J fortsatte: *“Gjør man det, så mangler man jo helt ansats”*. Jeg etterspurte en sammenheng mellom begrepsparet nærhet og avstand, og et begrep som fysioterapeuten Aadel Bülow-Hansen brukte: *“..da tenker jeg på..som hun Bülow-Hansen sa..passe anderledes..”* J svarte og nyanserte begrepet i retning av omstillingsbegrepet: *“Passe forandring”*. K fulgte opp, og foreslo: *“Eller en veksling”*. K utdypte *“veksling”* i sammenheng med samspillet mellom terapeuten og pasienten, og introduserte begrepene *“speile”* og *“avspeile”*: *“..mellom, når at man er veldig tilstede i det man nå, må jeg ihvertfall holde meg rolig..og så kjenner man at, ja..nå kan jeg bryte det med å speile og avspeile..”* T bekreftet K’s utsagn. K knyttet denne vekslingen til *“prosess”* og *“fleksibilitet”*: *“Er en sånn prosess da, jeg tenker at det er viktig å..ha den fleksibiliteten i det..”* J bekreftet K’s utsagn. K fremhevet at terapeuten kan bruke seg selv på en fleksibel og vekslende måte, ved hjelp av kroppslige virkemidler som speiling og avspeiling. Jeg etterspurte formålet med en slik tilnærming: *“Så man kommer på en måte videre i dette samarbeidet?”* K bekreftet. Jeg forsøkte å knytte begrepene speiling og avspeiling til relasjonen mellom terapeuten og pasienten: *“I dette behandlingssamarbeidet ved..å få kontakt..og så, på en måte, speile og avspeile som du sier..altså, når du avspeiler så får du en eller annen form for respons?”* K utdypte begrepene ved å si at hun bruker seg selv som verktøy for å hjelpe pasienten til å regulere seg selv gjennom samspillet, samtidig som hun vurderer pasientens evne til å ha oppmerksomhet på aktiviteten og regulere seg selv i aktiviteten som terapeuten og pasienten gjør sammen:

*“Jo det er.. på en måte så tenker jeg at jeg..gjør det for å hjelpe pasienten til å regulere seg selv..rett og slett..hvis jeg kjenner..blir det for mye av det ene eller det andre og..vedkommende ikke klarer å være oppmerksom på det..eller heller ikke klarer å regulere det inn selv, så kan jeg bruke meg selv som verktøy..for nemlig å få..brudd i det hun eller han er inne i..moderere det eller noe sånt..”*

S understreket terapeutens registrering og "tilbake-speiling" av pasientens kroppsuttrykk som en måte å hjelpe pasienten til å oppfatte og reflektere over egne kroppslige plager: "Når vi ser kroppslige uttrykk..noen som sitter sånn..å få dem til å se det, og reflektere over hvorfor..hvis de har spenninger her, og hvorfor holder man det, og det er ofte at de oppdager det selv da..så..det er mye vi kan speile tilbake til dem, og reflektere sammen med dem.." Jeg etterspurte en sammenheng til begrepet inntoning: "Så tone inn for å få kontakt med pasienten?" S bekreftet. Jeg fortsatte: "På en måte gjennom egen kropp..speile det tilbake?" S bekreftet.

#### **4.6.2 Hva har vært viktigst i diskusjonen? (Nr 4): Pasienters forhold til seg selv uttrykkes i bevegelsesutprøvingen - en terapeutisk informasjonskilde**

A henvendte seg gjenkjennende til T's og J's utsagn under mine spørsmål (Se Vedlegg nr 2) med hensyn til terapeutens bruk av seg selv og kroppsundersøkelse:

*"Jeg tenkte litt på det du sa, i begynnelsen, om..assistert bevegelse eller sæthres grep eller..at du må være med, en kan ikke klare å la være å kjenne selv, for det er jo en stor forskjell, det, akkurat det..gjør jeg veldig ofte..si litt sånn overført betydning..ja, du skjønner, jeg må jo ha kontrollen jeg vet du. Jeg er litt sånn kontrollfrik jeg, jeg må ha kontrollen..ikke sant..så jeg trenger ikke å si det, jeg får det servert..på et fat egentlig..det er ikke jeg som sier det.."*

Pasientens deltakelsesuttrykk i samhandlingen, både kroppslig og verbalt (ved å verbalisere sitt forhold til seg selv) kan sies å representere en informasjonskilde som potensielt kan "åpne opp" aktiviteten de gjør sammen. Jeg forsøkte å knytte A, T og J's utsagn til muligheter for omstilling: "Så det at pasienten..ved sin væremåte, sier veldig mye om seg selv, og dermed..noe indirekte om hvordan..omstillingsmulighetene er?" J bekreftet. A knyttet deretter sammen terapeutens vurdering av pasientens omstillingsmuligheter og pasientens endringsvilje: ".for en som..har behov for å ha kontroll, vet det selv..og sier det jo selv..de er jo ofte innstilt, bare ønsker en endring..da klarer de det." Jeg etterspurte en sammenheng hvori terapeuten kan jobbe med pasienten ut fra en slik endringsvilje dersom



terapeuten kan gjenkjenne og ta utgangspunkt i pasientens uttrykts unike forhold til seg selv: *“Så det kan åpne opp for en dialog når en fanger det?”* A bekrefter, og utdyper: *“Ja..får sånne gullkorn på et fat..”*

#### **4.6.3 Gjenkjennelse av omstilling - et mikroperspektiv**

K presenterte et praksis-eksempel som forankrer omstillingsbegrepet til en tidsdimensjon og i et mikro-perspektiv:

*“Jeg tenker at idet jeg tenker at det der det henger jo så sammen, og jeg tenker at det, det de begynner å merke..så skjer en omstilling..i det øyeblikket de kjenner at..armen hviler på armlenet for eksempel..eller begge to hviler på noe, eller baken eller ryggen..så..gjør det et eller annet med..de kjenner at de slipper noe med en gang nesten altså..og da er man igang..og jeg tenker dette er forutsetningen for endring..det er min oppfatning.”*

K beskrev konkret en omstilling som skjer i det øyeblikket terapeuten gjenkjenner at pasienten uttrykker *“å bli klar over noe”* eller *“begynner å merke”* at armen, armene kan slippe og hvile ned på armlenene på stolen, eller at baken hviler på setet eller ryggen hviler mot stolens ryggstøtte.

#### **4.7 Tanker om gruppedynamikken**

Alle spørsmålene ble møtt med interesse, engasjement og initiativ. Noen spørsmål bar preg av *“startvansker”* av en flytende diskusjone deltakerne og meg imellom. *“Startvanskene”* ga nyttige meningsytringer gjennom dialog mellom meg og enkeltdeltakere, men bestod i mindre grad av diskusjon deltakerne imellom. Diskusjonen ble etterhvert mer aktiv og levende deltakerne imellom, og de fulgte hverandres ytringer opp nokså jevnlig.

Deltakerne var disiplinerte og høflige ovenfor hverandre. De ga plass til hverandre når en noen sa noe. Det var bare en avbrytelse under hele intervjuets varighet, ca 2 timer.

Samtidig var gruppedynamikken preget av engasjement og spontanitet, både for tematikken og hverandres ytringer. Deltakerne bekreftet hverandre med kroppsspråket, var intenst oppmerksomme og alle bidro til samtalen. For å komme godt i mål med intervjuet

angående avtalt tidsramme, var jeg tydelig med hensyn til hvor lenge jeg gir rom for diskusjon omkring hvert spørsmål. Derfor blir det noen ganger tydelige brudd når jeg tar ordet og presiserer at vi må avslutte og gå over til neste hovedspørsmål.

#### **4.8 Oppsummering av kjernetemaene**

Deltakerne har gjennomgående snakket om omstilling som fenomen i nær tilknytning til en meningsskapende samhandling, terapeut og pasient imellom. Deltakerne anser omstilling som et sentralt, overordnet og vidt begrep. Omstillingsbegrepet beskrives på flere nivåer og plan, og det trekkes linjer mellom en mer tradisjonell og en mer nyere forståelse av begrepet. Omstillingens tilknytning til anerkjennelse, følelser, kognisjon, vurdering av pasientens ressurser for omstilling og overføringsverdi til hverdagslivet tillegges vekt. Deltakerne gir ofte rike ytringer av tanker og praksis-eksempler omkring omstilling som fenomen. Deltakerne kommer ofte med selvstendige og nyanserte bidrag, og uttrykker gjennomgående konsensus for hverandres ytringer. Jeg oppfattet at deltakerne både kunne forholde seg til meg som forsker og fysioterapeut i intervju-situasjonen.

### **5 Diskusjon**

I drøftingen vil jeg ta utgangspunkt i hva studien har brakt frem av forståelse av omstilling i PMF, og drøfte vesentlige aspekter i lys av de tre teoretiske perspektivene jeg har skissert. Omstilling som fenomen og begrep ble i stor grad beskrevet på en sammenfallende måte i PMF-litteraturen, av grunnleggere og etterfølgere av tradisjonen. Likevel ble begrepet utvidet, sett i lys av praksis i psykiatri. Dessuten ga deltakerne ofte bidrag som knyttet omstilling til psykoterapeutiske begreper. Jeg vil diskutere hva disse teoretiske perspektivene kan bidra med av ytterligere forståelse av omstilling i PMF, ved å se de opp mot hverandre og i tilknytning til fylldige praksis-eksempler.

#### **5.1. Omstillingsbegrepet ses i utvidet forstand i lys av praksis i psykiatri**

I gruppen kom det frem at PMF idag var brukbar i flere sammenhenger, med bredere pasientutvalg og med større grad av belastningsnivåer enn omstillende behandling i PMF tidligere har vært anvendt på. Omstilling av pasienter i psykiatrien handlet om samarbeid

om "små" oppgaver eller målsetninger for å oppnå en endring, og uten at pasienten ble dårligere.

Thornquist (2005) hevder omstilling er kontraindisert der hvor pasienter forstås som å ha særlig belastede kroppsressurser, og -reaksjoner, og der hvor disse forstås som nåværende funksjonelle og emosjonelle tilpasninger. Stabiliserende og støttende behandling er da indisert. På bakgrunn av at deltakerne knyttet omstilling til behandling med fokus på små oppgaver og målsetninger ved behandling i psykiatrien, vil jeg hevde at omstilling også kan handle om behandlingstilnærminger av mindre inngripende art, mer enn bare støttende behandling. Det er kanskje graden, altså de helt små endringer i pust, muskelspenninger med videre Thornquist ikke vil betegne som en omstilling? Omstillingsbegrepet handler dessuten, ifølge mine deltakere, ikke hovedsakelig om å fremme nye tankemåter. De fremhevet likevel dette som vesentlig, men understrekte at det er den kroppslige tilnærmingen som er primær, slik også Thornquist beskriver. Deltakerne snakket imidlertid også om endring av tankemønstre hos psykiatriske pasienter, men alltid med det konkrete kroppslige først, og måter å kjenne på i egen kropp, sett i lys av utviklingspsykologisk forståelse av positive og utviklingsfremmende intersubjektive samspill i terapeut-pasient relasjonen. Deltakere trakk for eksempel frem at et full kroppundersøkelse i mange utgangsstillinger ikke var et primært fokus, men heller en utforskende tilnærming sammen med pasienten og ut fra pasientens uttrykte kroppskontakt her-og-nå. En slik tilnærming til omstilling kan forstås med begreper utviklet innenfor det psykoterapeutiske feltet, og med utgangspunkt i "et intersubjektivt rom" i overført betydning (Binder, 2000, og Benjamin, 1994 og 2004, referert i Moltu & Veseth, 2008).

Det kan tilføyes her at det er beskrevet betydelig omstilling i spenningsmønstre, pust, ledighet osv i langvarige behandlingsprosesser i PMF, fulgt av krevende erkjennelser og med en sterkt belastet pasient, i instituttpraksis utenfor den tradisjonelle psykiatrien (Sviland et al., 2012). Her er imidlertid tidsaspektet fremhevet som helt vesentlig, og "det intersubjektive rommet" i betydningen en terapeutisk relasjon preget av tillit og anerkjennelse. Det har paralleller til hva deltakerne mine fortalte fra psykiatrien. Det leder over til neste tematikk jeg vil diskutere.

## 5.2. Omstilling og anerkjennelse - fra affektinntoning til erkjennelse

Jeg vil hevde i det følgende at det kan være fruktbart å se omstillingsbegrepet på en ny og utvidet måte, og mer i retning av å hjelpe pasienten til å bedre regulere seg selv gjennom samspillet, og med bruk relevante kroppslige og terapeutiske virkemidler.

Anerkjennelse ble både sagt som forutsetning for at omstilling kan skje, og som en omstilling i seg selv. Anerkjennelse kan, ut fra terapeutens perspektiv, både ses på som bekreftelse av pasientens særegne kroppslighet (Engelsrud, 1990a og Eide-Midsand, 2007), som en gjenkjennelse og inklusjon av terapeutens og pasientens "anderledes" kroppsligheter i deres interaksjon og som en forutsetning for avgrensning og utvikling av autonomi hos pasienten (Gretland, 2001). Omstilling ble også knyttet til, i vid forstand, å akseptere "det som er", som ikke behøvde å innebære kroppslig omstilling. Ovennevnte sammenheng mellom omstilling og anerkjennelse kan både forstås som en igangsatt endringsprosess på bakgrunn av terapeutens anerkjennelse av pasientens kroppslighet og som en endringsprosess i seg selv, i og gjennom en anerkjennelse. I denne sammenhengen brukte også deltakerne inntoning til pasientens kroppslig-affektive uttrykk som en vesentlig inngang med tanke på anerkjennelse. Med dette trakk de inn terapeutens måte å være til stede på som sentrale her.

### 5.2.1 Å "romme" pasienten i en dvelende bevegelsesutprøving for at pasienten kan få mulighet til å "romme" seg selv - om forutsetninger i terapirelasjonen for at omstilling skal finne sted

Med utgangspunkt praksis-eksempler i fokusgruppeintervjuet, vil jeg nå skissere omstilling som en bevegelse i konkret, fysisk situert tid og rom, og i et intersubjektivt "rom" mellom terapeuten og pasienten, der den kroppslige tilnærmingen er utgangspunktet. Bevegelsen begynner med at terapeuten toner seg inn på pasientens affektuttrykk, slik også beskrevet innen tilknytningsteori av for eksempel Stern (2010) og av Hansen (2012). I vår sammenheng betyr dette å åpne opp for gjensidig bevegelsesopplevelse med et felles referansepunkt for oppmerksomhet (Hansen, 1991, og Benjamin, 1994 og 2004, referert i

Moltu & Veseth, 2008) i en bevegelsesutprøving som er initiert av terapeuten. Dessuten fremholdt deltakerne at de brukte seg selv til å skape et "rom" hvori det er tillat å dele og dvele, som en forutsetning for å fremme en omstilling hos pasienten. Terapeuten kan slik forstås som en meningsbærende andre, jf. Binder (2000). En deltaker presiserte for eksempel at det var helt sentralt at hun gav pasienten tid og rom til å slippe omstilling frem hos pasienten, altså at hun ikke forserte endring før pasienten var moden for det. Deltakerne snakket om å "romme" pasienten, for å kunne hjelpe pasientene til å "romme" seg selv litt bedre. Dessuten var det viktig å "romme" seg selv som terapeut, for å få en nødvendig distanse til pasienten. Jeg oppfatter en slik distanse som en forutsetning for å kunne få oversikt og ta reflekterte valg i rollen som terapeut, jf. opplevelse og evne til å "stå" i overførings- og motoverføringsfenomener i "rommet" med pasienten (Zachrisson, 2008). Deltakere fortalte om en erkjennelse av at begge parter i samspillet påvirket hverandre, og at det derfor var viktig å ikke være for lik eller for anderledes pasientens kroppsuttrykk eller språklige uttrykk for å kunne få til et dynamisk og vekslende samspill med pasienten, jf. speiling, bryting og gjenoppbygging av samspills-koordineringen dem imellom (Hansen, 2012). Slik kunne terapeuten hjelpe pasienten til å lære selv-regulering gjennom terapeutens bruk av egen kroppslighet primært, men også i samtale i samspillet. Jeg anser det som formålstjenlig å reflektere over og integrere slike begreper i praksis, og da i samråd med kroppslig omstilling, herunder balansering av pasientens kroppslige forhold, jf. Thornquist og Bunkan (1995), og med et samtidig fokus på å fremme pasientens vitalitet, jf. Monsen (1989) og Sterns tenkning omkring dynamiske former for vitalitet (2010).

Gjennom bevegelsesutprøving, kan pasienten få mulighet til å uttrykke verbalt en overskridende erkjennelse, mener (Gretland, 2007), som videre kan knyttes til en sammenheng mellom pasientens opplevelse av egne bevegelser og bevegelsenes betydning i et livserfaringsperspektiv (Løgstrup, 1983, referert i Sviland et al., 2007, 2009 og 2010, Monsen 1989 og Ekerholt & Bergland 2006.). Det skisseres altså en bevegelse fra terapeutens inntoning på pasientens kroppsuttrykk, gjennom en bevegelsesutprøving, og til et verbalt erkjennelsesuttrykk av meningsforståelse hos pasienten. Å sanse og fornemme

kroppslig fremheves altså som primært, for å kunne erkjenne bevisst og via språk. Samarbeidet om dette via utprøving og dveling finner sted, i et terapeutisk rom som gir grunn å stå på. Slike prosesser er beskrevet i studier av langvarige behandlingsprosesser, for eksempel av Øien et al. (2011) og Sviland et al. (2012). Jeg vil etterhvert nyansere denne bevegelsen med flere pasient-eksempler som introduserer psykoterapeutiske begreper til denne forståelsen av omstilling.

En deltaker snakket om en pasient som har fortalt om et sterkt behov for kontroll i livet sitt. Terapeuten fortalte om bevegelsesutprøvingen sammen, jf. begrepet interkroppslighet (Hansen, 2012), her med passiv bevegelse av pasienten, men med aktiv oppmerksomhet fra begge parter. Terapeuten/deltakeren sjekket hele veien ut hvordan pasienten opplevde denne utprøvingen, og fanget opp at pasienten fornemmet i kroppen hva som skjedde. Det bidro til at pasienten verbaliserte en oppdagelse av hennes kontroll i hennes egne bevegelser, hun klarte ikke å slippe og la seg bevege. Pasientens oppdagelse førte til at denne meningssammenhengen kunne gjøres til gjenstand for samtale, der følelser knyttet til behov for kontroll var i sentrum, jf. Monsens (1989) begrep affektbevissthet, altså en samtale med pasienten om følelser.

Pasienten uttrykte altså en erkjent meningsforståelse mellom egne bevegelser i interaksjon med terapeuten, og følelsene rundt dette fikk utløp og hun fikk bokstavelig talt puste ut sammen med terapeuten. Dette er i tråd med Braatøys (1947, og 1947, referert i Sjursen, 1999) forståelse av personers kontakt med og utladning av affekter gjennom ut-tale og ekspirasjon i respirasjonen, jf. respirasjonens og følelsenes nære forhold. Omstilling som en kontakt med og uttrykk av følelser er også beskrevet av Thornquist & Bunkan (1995). Ifølge Sviland et al. (2009, 2010) kan omstilling forstås som en eksistensiell prosess, der forenende motsetninger settes i spill gjennom kontakt med og uttrykk av suverene livsytringer i en meningsskapende livsutfoldelse (Sviland et al., 2007) her i behandlingsrommet. Pasienten kan også forstås som å ha fått en overskridende opplevelse og erfaring av seg selv gjennom den kroppslige omstillingen (Gretland, 2007).

Et annet praksis-eksempel knyttet den bevegelsen av omstilling kan innebære var knyttet tydeligere til forhold mellom en mer kognitivt orientert selv-oppfattelse og en erkjent innsikt av å merke kroppen. Pasienten hadde tidligere verbalisert et syn på sin kropp som lå nært tenkning om kropp, jf. apparatfeilmodellen og hadde ment at det var noe feil med lungene sine når hun opplevde at pusten "knøt seg" og hun fikk "pusteanfall". I bevegelsesutøvelsen sammen med terapeuten/deltakeren erkjente hun en sammenheng mellom hennes ønske om å være flink, hennes opplevelse av å aldri strekke til og hennes "hold" i bremsingen av pusten. Terapeuten/deltakeren mente at pasientens erkjennelse innbar en innsikt som satte i gang en endrings-prosess med et felles referansepunkt som terapeut/deltaker og pasient kunne jobbe videre sammen ut fra.

Pasienten kommer altså til terapi for pusteproblemer. Hun var oppmerksom på kroppen sin i forhold til at den ikke fungerte slik den skulle, og hindret henne i alt hun følte hun måtte gjøre, jf. Leders fenomenologiske utlegning om oppmerksomhet på kroppen ved sykdom - dys-appearance. Terapeuten forholdt seg til pasientens verbaliserte kroppsplager, og til pasientens økte kroppsbevissthet i terapirommet. Økt kroppsbevissthet knyttet til økt fornemmelse av hva som skjer i kroppen med tanke på spenningsreaksjoner er også beskrevet av Dragesun & Råheim (2008) og Øien et al. (2009). På bakgrunn av en meningsskapende samtale og bevegelsesutøvelse uttrykte pasienten en erkjennelse av økt tilstedeværelse i sin egen kropp relatert til sine plager. Pasienten kan sies å ha fått økt evne til å være oppmerksomt tilstede i egen kropp (Vøllestad, 2008).

Et praksis-eksempel betonte utøvelse av ekspressive bevegelser, gjerne kombinert med verbale uttrykk som bakgrunn for meningsskapende samtale. Terapeuten/deltakeren mente at pasienten ofte da kunne "få frem" kroppslige reaksjoner omkring øvelsen. Den kunne oppleves som unaturlig eller vanskelig, men også kunne som godt og forløsende. Disse reaksjonene mente terapeuten/deltakeren at det gikk an å snakke om og ta videre utgangspunkt i, i den kroppslige omstillingsprosessen. Jeg oppfatter at terapeuten her observerte og tonet seg inn til pasientens kroppsuttrykk ved å tillegge pasientens kroppsuttrykk spesifikke dynamiske vitalitetsformer, jf. Stern (2010). Terapeuten/

deltakeren understreket at dette både kunne oppleves forløsende og godt, men også angstskapende. Det siste aspektet knytter seg til forståelsen av omstilling som en inngripende terapeutisk intervensjon. Her sier tradisjonell teori om omstilling at denne må skje langsomt og i pasientens tempo, for ikke å oppleves for truende for pasienten, jf. Øvreberg (2001). Utfra pasientens ulike og mulige kroppsreaksjoner tilknyttet praksiseksempelen, kan omstilling forstås som å skje gradvis og i faser med varierende grad av og veksling mellom forløsning og tilbaketrekning. Omstillingsbegrepet kan således både knyttes til Braatøys utlegning om svingninger i muskulær spenning som en livsviktig tilpasningsmekanisme (Sjursen, 1999), kunnskap om kroppens deltakelse i regulering av følelseslivet gjennom begrepsparet åpning-spontanitet og lukking-grensesetting, slik Thornquist (1988) benevner det, og som affektregulering av vitalitetsaffekter i samspill med andre, slik den utviklingspsykologiske litteraturen om tidlige samspill utlegger der (Stern, 2010, Hansen, 2012).

Et praksis-eksempel knyttet omstilling i behandlingsrommet til en overførende verdi til relasjoner i den sosiale hverdagen. Omstillingen skapte en kontakt med og erkjennelse av egen vitalitet og avgrensning til andre mennesker. Dette skjedde når terapeuten/deltakeren og pasienten gjorde en øvelse med hensikt i å tydeliggjøre/markere kroppsgrenser mens de stod på gulvet. Pasienten uttrykte en erkjennelse av at hun ikke behøvde å "anstrenge seg" for å være i kroppen sin og samtidig av en naturlig avgrensning til andre mennesker gjennom at hun ikke trengte å ta ansvar for de andre. Terapeuten/deltakeren observerte samtidig at pasientens muskeltonus normaliserte seg og at pasienten "tok plass" og strakk seg fysisk i rommet, jf. idealet om den frie strekken i PMF (Thornquist & Bunkan, 1995).

Praksis-eksempelen peker på at det kan oppstå en naturlig avgrensning fra andre mennesker gjennom å få økt kontakt med kroppen, jf. å sette grenser, slik også påpekt av Thornquist (1988). Dette har betydning for personens evne til å avgrense og regulere seg selv i relasjoner med andre mennesker (Vøllestad, 2007, Skårderud, 2011 og Hansen, 2012). Det er beskrevet endringsprosesser over tid i PMF som innehar dette aspektet, overføring til dagliglivet av kroppslig basert læring og erkjennelse, for eksempel av Øien



et al. (2011). I min studie kom det altså frem at slik endring ble sett som et aspekt ved omstilling.

### **5.3. Metodediskusjon - dobbeltrolle og oppgavens validitet**

Jeg vil diskutere min dobbeltrolle i forskningsprosjektet, både som forsker i utformingen av prosjektet og skriveingen av oppgaven, men også som deltaker i skapingen av de empiriske dataene. Jeg vil dessuten si noe om oppgavens interne validitet og overførbarhet til PMF, både i klinikken og med hensyn til fagutvikling.

#### **5.3.1. Forskerrollen - å forske på eget fagfelt**

Kunnskapen som utvikles i dette prosjektet forstår jeg som å være samskapt mellom meg og deltakerne, og utledet fra diskusjonen i fokusgruppeintervjuet, jf. intersubjektivitet mellom forsker og prosjekt-deltakere:

*“Gjennom praksis og interaksjon med andre i ulike sammenhenger bekreftes, avkreftes, videreutvikles og utfordres enkeltindividets antatt delte viten. Slik utvikles intersubjektivitet hele tiden i et dialektisk samspill mellom individer og deres omgivelser, ikke minst gjennom sosial interaksjon (Thornquist, 2008, s 111).”*

Kvale og Brinkmann (2009) viser til en slik kunnskapsforståelse med tanke på forskningsintervjuer som kunnskapskilde, i tittelen på sin bok: “InterViews”. For å belyse mine refleksive praksiser i dette prosjektet, har jeg både forsøkt å løfte frem og oppnå en hensiktsmessig balanse mellom forforståelse og åpnehet, og nærhet og analytisk distanse. Sammen med forberedelser til fokusgruppeintervjuet, hadde jeg fått noen forventninger til hva som ville komme frem av datamateriale tilknyttet omstillingsbegrepet. Jeg ble lite overrasket over det tematiske innholdet, men ikke desto mindre engasjert. At tverrfaglige perspektiver på omstilling fremkom, var etter forventning utfra introduksjon av tverrfaglig kunnskap gjennom Klinisk masterstudium i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Likevel var ytringene preget av ny og nyanserende mening med hensyn til min egen forforståelse. Jeg måtte ta hensyn til forholdet mellom min forforståelse og deltakernes

ytringer måtte når jeg tolket det de fortalte. Jeg forsøkte å legge merke til betydningene jeg selv la i deltakernes ytringer i tillegg til det de konkret sa, men samtidig forsøke å være åpen for at deres ytringer hadde et annet betydningsinnhold enn det jeg la i dem (Aase, 1997). For eksempel sjekket jeg kontinuerlig ut om jeg hadde forstått rett underveis i samtalen. Som fysioterapeut var jeg felles kollega med deltakerne i fokusgruppen. Jeg var nokså nyutdannet fysioterapeut med 1 års klinisk erfaring før jeg ble student ved Klinisk masterstudium i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. Gjennom ulike teoretiske og praktiske læringsformer i gjeldende masterstudium, tilegnet jeg meg etterhvert ulike typer kunnskap i og omkring den norske psykomotoriske fysioterapi-tradisjonen. På denne måten hadde jeg både utviklet en viss fortrolighet til og interesse for omstilling som et profesjonsspesifikt begrep og fenomen. Samtidig var jeg novise sett opp imot deltakernes langvarige kliniske erfaring. Field (1989/1991) skriver ut fra felt-arbeid, men trekker frem sentrale innsikter om studenten som forsker på eget fagfelt. Hun hevder at en slik tilnærming er krevende siden studenten må holde rollen som fysioterapeut, her fersk fysioterapeut, og forsker fra hverandre. Field understreker viktigheten av å ha en tydelig planlagt fremgangsmåte (her: intervjuguide) for å unngå å påvirke for sterkt med egen subjektivitet med hensyn til forskningsobjektet. Jeg opplevde derfor at tydelig, og til en viss grad styrende struktur i intervjuguiden med hensyn til tidsbruk ved diskusjon av ulike temaer som jeg hadde forberdet var en hjelp for ikke "å miste taket" på en eventuelt "fri diskusjon" av erfarne klinikere som jeg kanskje ikke ville klare å delta like spontant i. Det betydde imidlertid ikke at forberedte tema ikke ble utfordret. Nye aspekter enn hva jeg hadde tenkt på forhånd kom frem, og andre tema ble berørt.

Jeg var primært forsker, men også fysioterapeut med en nokså nær trolighet til prosjektets nedslagsfelt. Jeg måtte altså håndtere en dobbeltrolle i fokusgruppeintervjuet. For å kunne delta i meningsproduksjon både som moderator og som forsker, måtte jeg se denne dobbeltrollen som en forutsetning og ressurs for innsikt og bruke min for-forståelse aktivt i fokusgruppeintervjuet, istedet for å anse min for-forståelse som en feilkilde (Paulgaard, 1997). Jeg forsøkte å ikke bare fremtre som forsker, men også som fysioterapeut. Deltakernes oppfattelse av en slik

rollefremtreden og -status kunne gi tilgang til deltakernes kunnskap om forskningsobjektet (Field 1989/1991). Slik beveget jeg meg mellom nærhet og avstand i diskusjonen ved å veksle mellom hvilke roller jeg fremhevet eller betonet i mine verbale ytringer, og etablerte på denne måten en felles fortolkningsramme hvori jeg kunne forhandle om ytringers betydning på mer lik linje med deltakerne (Kaarhus, 1999). Ved at jeg hadde erklært denne dobbeltrollen i informasjonsskrivet til fokusgruppedeltakerne, og i starten av fokusgruppeintervjuet, hadde jeg gjort mine hensikter med intervjuet tydelig. Jeg kunne derfor være direkte i mine forespørsler til deltakerne uten at de oppfattet dette som unaturlig. Slik ble det, som Album uttrykker det: *„normalt å være nysgjerrig“* (1996, s 228), det vil si hele veien etterprøve om jeg hadde oppfattet det de formildet på en saksvarende måte.

### 5.3.2. Intern validitet: Troverdighet

For å få en viss dybde, men også variasjon omkring mitt forskningsobjekt, valgte jeg fokusgruppeintervju som forskningsmetode. Jeg har tidligere argumentert for at dette valget er relevant med hensyn til å få svar på problemstillingen i studiet. Jeg opplevde da også at deltakerne ga varierte, rike og unike ytringer om betydningene som de tilla omstilling som begrep og fenomen, der innspill ble fulgt av nyanserende innspill og eksempler fulgt av nye eksempler. Det ville ikke latt seg gjøre i enkeltintervjuer.

Forskningsmaterialets bredde og dybde er av betydning for intern validitet. Fordi jeg ønsket å gjennomføre intervjuet med tydelig struktur i min rolle som moderator, fikk jeg dekket temaer som jeg på forhånd hadde sett meg ut som relevante å belyse omkring forskningsobjektet. Jeg opplevde å klare å slippe til og tidvis få livlige ytringer, både fra enkelt deltakere og engasjerte diskusjoner deltakere imellom. Imidlertid kunne jeg kanskje fått en samtale enda mer på deltakernes premisser og med større engasjement gjennom hele dersom jeg hadde sluppet meg mer løs fra strukturen i intervjuguiden (Krueger & Casey, 2009). Jeg oppfattet co-moderator, altså veileder, som oppmerksomt tilstedeværende, i hovedsak som lyttende og observerende til samtalen, samtidig som hun skrev notater som jeg har dratt veksler på i denne delen av metodekapittelet. Tidvis stilte hun spontant

spørsmål til det deltakerne formidlet, som deltakere fulgte opp. Jeg forsøkte å formulere tydelige, men åpne spørsmål slik at deltakerne selv kunne bestemme meningsinnholdet i spørsmålene mine. Jeg forsøkte å ikke stille spørsmålene mine på en lukkende eller ledende måte. Der hvor jeg undret meg, forsøkte jeg å stille tydelige spørsmål for å oppklare. Malterud (2012, s 132) trekker frem: *„..en felles forståelse av hvilke spørsmål diskusjonen skal gi svar på“* og dialogisk validitet som to sentrale hensyn tilknyttet intern validitet. Jeg hadde altså gjort mine hensikter med intervjuet klart for deltakerne både gjennom informasjonskrivet, og ved begynnelsen av fokusgruppeintervjuet. Jeg etterspurte regelmessig bekreftelse og klargjøring av deltakernes ytringer, og fikk dette som oftest og på en tydelig måte. Dessuten opplevde jeg at det var rom for og at deltakerne “sjekket” hverandres svar i dialogen regelmessig, jf. Kvaales begrep kommunikativ validitet. Det handler altså om at deltakerne “sjekker” og følger hverandre opp med hensyn til hverandres ytrede argumenter i samtalen (Kvale & Brinkmann, 2009).

### 5.3.3. Ekstern validitet: Overførbarhet

Malterud (2012, s 134) knytter deltakerutvalget og *„..en grundig teoretisk diskusjon av funnene..“* til funnenes overførbarhet: *“Til hvilke sammenhenger kan våre funn gjøres gjeldende ut over den konteksten der vi har kartlagt dem?”* Dessuten knytter hun overførbarhet til leserens opplevelse av gjenkjennbarhet i funnene: *„..kombinasjonen av “aha-effekt” (som betyr at leseren får en umiddelbar innsikt av å lese resultater og konklusjon) og gjenkjennelighet (som betyr at leseren oppfatter fokusgruppstudiets kontekst som sammenlignbar med den virkeligheten som han eller hun lever i)“* (Malterud 2012, s 133). Deltakerne er praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter med lang klinisk erfaring, som kunne gi fylldige praksisnære beskrivelser. Eksempler de gav på omstilling fra erfaringer de hadde hatt med pasientbehandling var ofte tilknyttet psykiatri, og studiens overførbarhet vil bære preg av det. Det er usikkert i hvilken grad praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter, som arbeider med andre pasientgrupper og belastningsnivåer enn de som løftes frem i denne oppgave vil kjenne seg igjen i studiens funn. Samtidig kunne gjennomføring av flere fokusgrupper gitt mer variasjon og fylde i tilknytning min problemstilling, spesielt med hensyn til å oppnå rikere nyanse i

diskusjonen omkring fenomenet og begrepet omstilling. Malterud (2012) trekker frem bruk av anerkjent og relevant teori som understøttende av forskningsfunnene. Alle deltakerne trakk nokså systematisk og gjennomgående frem psykoterapeutiske begreper som er situert i en annen terapeutisk behandlingstekst enn i den psykomotoriske. Selv om psykoterapi er en kvalitativt annen behandlingform enn den psykomotoriske, er det likevel rimelig å anta at mye av de samme "menneskelige" og intersubjektive dynamikkene som det refereres til via psykoterapeutiske begreper også forekommer i psykomotorisk fysioterapi. At deltakerne vektla disse begrepene i egen kliniske psykomotoriske praksis, peker på en viss allmenngjørende overførbarhet av studiens funn til praksis med psykiatriske pasienter i sin alminnelighet.

Pragmatisk validitet innebærer om kunnskapen oppleves som relevant, og stimulerer til refleksjon og endring av praksis (Kvale og Brinkmann, 2009), her i hvilken grad fagfeltet (psykomotoriske fysioterapeuter) både gjenkjenner seg i funnene og anser funnene som verdifulle å følge opp, for eksempel med faglig diskusjon og refleksjon, og med videre forskning. Jeg håper at studien vekker interesse og gir gjenkjennbarhet hos psykomotoriske fysioterapeuter i klinisk praksis når det gjelder forståelse og bruk av begrepet og fenomenet omstilling, også utenfor psykiatrien, siden studien omtaler et så sentralt og gjennomgripende begrepet og fenomen. Funnene i denne studien løfter frem begreper fra psykoterapi, med utgangspunkt i deltakernes ytringer. Psykomotorisk fysioterapi så vel som psykoterapi omhandler menneskelige samspillefenomener i en terapeutisk sammenheng, som i stor grad er uartikulert og foregår implisitt. Jeg håper studien kan åpne opp for fruktbar diskusjon omkring integrering av relevant tverrfaglig kunnskap inn i psykomotorisk fysioterapi. Videre forskning på hvordan slike begreper kan forstås opp mot omstilling som begrep og fenomen i klinisk praksis, kan utforskes videre ved hjelp av andre forskningstilnæringer.

## **6. Avsluttende bemerkninger**

I denne studien har jeg utforsket begrepet og fenomenet omstilling i PMF, med erfarne terapeuters erfaringer og tanker til grunn. Det empiriske materialet har bidratt til en mer

nyansert forståelse av dette sentrale begrepet i fagfeltet. Deltakerne tilla omstilling mangfoldige betydninger, som er redegjort for i underpunkt 4.8 Oppsummering av kjernetemaene.

I diskusjonen har jeg også forsøkt å anvende en syntese av relevante teoretiske perspektiver på omstilling, sett i lys av de empiriske data. Herunder har jeg forsøkt å utdype forståelsen av dette komplekse fenomenet, og også bygge bro mellom teoretiske perspektiver som jeg mener kan komplementere hverandre. Håpet er at studien har bidratt til at omstilling kan forstås i en utvidet betydning og i et utvidet teoretisk perspektiv.

## 7. Litteraturliste

Aase, T. H. (1997). Tolkning av kategorier. Observasjon, begrep og kategori. I: *Fossaskået et al. (red). Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data.* (s 144-166.) Oslo: Universitetsforlaget.

Album, D. (1996). Nære fremmede. Pasientkulturen i sykehus. I: *Den nære fremmede observatør* (s 225-249). Oslo: Tano.

Anstorp, T. (2006). Kap 8: Hvordan skape trygghet hos klienter med alvorlige dissosiative lidelser? I: Anstorp, T., Benum, K. & Jacobsen, M. (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (s 122-136). Oslo: Universitetsforlaget.

Berg, O. (1978). Medisinen og det moderne samfunn. I: *Ringén, A. (red.) Helsepolitikk og samfunn* (s 13-31). Oslo: Tiden.

Berg (1987). The medisinske yrkeshierarki. I: *Medisinens logikk: studier i medisinenes sosiologi og politikk* (s 29-74). Oslo: Universitetsforlaget.

Binder, P.E. (2000). Den meningsbærende andre i psykoterapi. Om å bygge en verden der det er mulig å følge og tenke. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, s 327-333.

Binder, P.E. (2006). At the verge of unthinkable anxiety: On the relevance of a neurophysiologically informed relational perspective on meaning-making in psychosis. *International Forum of Psychoanalysis*, 15 (4), s 201-211.

Braatøy, T. (1947). De nervøse sinn. Medisinsk psykologi og psykoterapi, del 1 og 2. Oslo: Cappelen Forlag.

Broberg (1993). Om teori ock begreppsutveckling i sjukgymnastikk i historisk perspektiv. *Sjukgymnasten Vetenskaplig Supplement, 1*, s 4-15.

Brodal, P. (2007). Kap 6: Det somatosensoriske systemet, kap 9: Likevektssans og balanse, kap 18: Perifere deler av det autonome nervesystem: Det autonome nervesystemets oppgaver, kap 19: Hypothalamus og psykiske funksjoner og kap 20: Limbiske strukturer, emosjoner og hukommelse. I: *Sentralnervesystemet. 4. utg.* (s 193-235, 279-289, 469-472, 501-504 og 509-529). Oslo: Tano Forlag.

Bunkan, B.H., Hansen, A.B., Hansson, H., Houge, N.H. & Hødal, T. (1995). *Psykomotorisk behandling*. Kompendium. Oslo: Pensumtjenesten.

Carter, S. M & Little, M. (2007). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qualitative Health Research, Volume 17 (Number 10)*, s 1316-1328).

Coats-Matton, C. (1987). Grounding. I: Wrangsjø (red.), *Kropporientert psykoterapi* (s 206-215). Lund: Natur och Kultur.

Crossley, N. (2001). Kap 7: Habit, incorporation and the corporeal schema. I: *The social body: Habit, identity and desire* (s 120-139). London: Sage.

Cummins, A. & Piek, J.P. (2005). Motor coordination, empathy and social behaviour in school-aged children. *Developmental Medicine & Child Neurology, 47*, s 437-442.

Dahlgren, M.A., Richardsson, B. & Kalman, H. (2004). Redefining the reflective practitioner. I: Higgs, J. Et al.: *Developing Practice Knowledge for Health Professionals* (s 15-33). Edinburgh: Butterworth-Heinemann.



Dragesund, T. & Råheim, M. (2008). Psychomotor physiotherapy and patients with chronic pain: Patients' perspective on body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 24 (4), s 243-254.

Dropsy, J. (1996). *Den harmoniske kropp, en usynlig øvelse*. København: Hans Reitzels forlag.

Eide-Midtsand, N. (2007). Boltrelek og lekeslåsing: Lekens funksjon i psykoterapi og i barns normale utvikling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (12), s 1459-1466.

Ekeli (2002). *Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?* Tromsø: Eureka Forlag.

Ekerholt, K. & Bergland, A. (2006). Massage as interaction and a source of information. *Advances in Physiotherapy*, 8 (3), s 137-144.

Engelsrud, G. (1990a). Del 1: Konteksten for yrkesutøvelsen og Del 3: Analyse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse. I: *Kjærlighet og bevegelse: Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse. Rapport 1*. (s 1-26 og 147-179). Oslo: Statens Institutt for Folkehelse/Seksjon for Helsetjenesteforskning.

Engelsrud, G. (1990b). Kroppen glemt eller anerkjent? I: Jensen, K. (red.), *Moderne omsorgsbilder*, s 160-181. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Epstein, R.M., Quill, T.E. & McWhinney, I.R. (1999). Somatization reconsidered. Incorporating the patient's experience of illness. *Arch Intern Med.*, 159 (3), s 215-222.

Erdmanis, I. (1987). Psykodrama och gestaltterapi. I: Wrangsjø (red.), *Kroppsorientert psykoterapi* (s 79-92). Lund: Natur och Kultur.

Etikkom. (2010, 27. april). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra: <http://www.etikkom.no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>

Fangel, A.K. & Thornquist, E. (2009). Tårer i behandlingen: Hvordan forstår vi pasientens tårer, og hvordan reagerer vi på dem? *Fysioterapeuten (DK), 1*, s 4-12.

Fangen, K. (2010). *Deltakende observasjon*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Field, P.A. (1989/1991). Doing fieldwork in Your Own Culture, I: Morse, J.M. (red), *Qualitative Nursing research*, s 91-104. Sage.

Flescher, M. & Laudenslager, M.L. (2004). Psychoneuroimmunology: Then and now. *Behavioral and cognitive Neuroscience Reviews, vol 3 (2)*, s 114-130.

Fredrickson, B.L. & Harrison, K. (2005). Throwing like a girl. Self-objectification predicts adolescent motor performance. *Journal of Sport and Social Issues, 29 (1)*, s 79-101.

Freund, P. (2001). Bodies, Disability and Spaces: the social model and disabling spatial organisations, *Disability & Society, 16 (5)*, s 689-706.

Gallagher, S. (2001). Dimensions of embodiment: Body Image and body schema in medical contexts. I: Toombs, S.K. (red.), *Handbook of phenomenology and medicine* (s 147-175). Dordrecht: Kluwer academic publishers.

Gretland, A. (2001). Analyse av et bevegelsessystem i et sosialt perspektiv. *Fysioterapeuten 68 (6)*, s 10-16.

Gretland, A. (2007). Innledning: En sykehistorie og noen spørsmål, Fysioterapi i psykisk helsearbeid og Fra kropp til person - muligheter i fysioterapi. I: *Den relasjonelle kroppen* (s 11-14, 86-170 og 171-209). Bergen: Fagbokforlaget.

Gullested, S. (1997). Samspill. Et psykoanalytisk synspunkt. *Sosiologi idag*, 2, s 51-64.

Halkier, B. (2010). *Fokus-grupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hansen, B.R. (1991). Betydningen av oppmerksomhet og samspill i psykoterapi for barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol. 28, s 779-788.

Hansen, B.R. (2001). Psykoterapi som utviklingsprosess: Sentrale bidrag fra to kunnskapsteoretiske utviklingsfelt, s 91-111. I: *Holtet, A. (red.): Psykologi og psykoterapeutisk veiledningsteori, empiri og praksis*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Hansen, B.R. (2012). Kap 1: Inspirasjon og fraspark, kap 2 Fellesskap og gjensidighet - filosofisk utgangspunkt og psykologiske modeller og kap 3 Intersubjektivitet og spedbarnsforskning. I: *Dialog med barnet: intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi* (s 13-88). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugen, K. (1997). Kap. 1: Som om det skulle være et ukjent begrep og Kap 2: Den norske fysioterapiens røtter. I: *En utdanning i bevegelse: 100 år med fysioterapiutdanning i Norge* (s 11-47). Oslo: Universitetsforlaget.

Heggen. (2007). Kap 4: Rammer for meistring. I: Ekeland, T.J. & Heggen, K. (red.), *Meistring og myndegjering. Reform eller retorikk?* (s 64-82). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Herbert, R., Jamtvedt, G., Mead, J. & Hagen, K.B. (2005). Kap 1: What, why and how? og kap 3: What constitutes evidence? I: *Evidence-based physiotherapy* (s 1-10 og s 19-48). London: Elsevier.

Higgs, J., Jones, M., Edwards, I. & Beeston, S. (2004). Kap 2: Redefining the reflective practitioner og kap 11: Clinical reasoning and practice knowledge. I: *Developing practice knowledge for health professionals* (s 15-33 og s 181-199). Edinburgh: Butterworth-Heinemann.

Hogle, L.F. (2006). Enhancement technologies and the body. *Annual Review of Anthropology*, 34, s 695-716.

Hokland, H. (2006): Kan noen traumatiserte pasienter ta skade av eksponering for minner om traumer? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43 (11), s 1150-1158.

Holte, K.A., Vasseljen, O. & Westgaard, R.H. (2003). Exploring perceived tension as a response to psychosocial work stress. *Scand J Work Environ Health*, 29 (2), s 124-133.

International Feldenkreis Federation (2005-2007): The Feldenkreis Method. Exerpts from the works of Moshe Feldenkreis. Hentet fra: <http://feldenkreis-method.org/en/node/338>.

Jakobsen, M. (2006). Kap 3: Kroppen husker. Nevrobiologisk kunnskap om traumetilstander. I: *Anstorp, T., Benum, K. & Jacobsen, M. (red.) Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (s 43-59). Oslo: Universitetsforlaget.

Jensen, M.F. (2006). Samija kunne ikke kramme sine barn. *Fysioterapeuten (DK)*, 14, s 16-23.

Johnsen, L. (1990). Integrated Respiration therapy: A function of wholeness. I: *Hegna, T. & Sveram, M. (red.). Psychological and psychosomatic problems. International perspectives in physical therapy* (s 153-187). New York: Churchill Livingstone.

Kaarhus, R. (1999). Intervjuer i samfunnsvitenskapene. Bidrag til en videre metodologisk diskurs. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 40 (1), s 33-62.

Kendon, A. (1998). Kap 2: Goffmans approach to face-to-face interaction, I: *Drew, P., Wotton, A. & Goffman, E. Exploring the interaction order* (s 14-40). Oxford: Polity Press.

Kirkengen, A.L. & Ulvestad, E. (2007). Overlast og kompleks sykdom - et integrert perspektiv. *Tidsskri Nor Lægeforen*, 127, s 3228-3231.

Kirkengen, A.L. (2009). Innledning, I: *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (s 19-32). Oslo: Universitetsforlaget.

King, L.S. (1992). Kap 6: Disease and health, og kap 7: The clinical entity and the disease entity. I: *Medical thinking - a historical preface* (s 131-164). Princeton: Princeton University Press.

Krueger, R.A. & Casey, M. S. (2009). *Focus groups - A Practical Guide for Applied Research*. California: SAGE Publications, Inc.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Leder, D. (1990). Part 1: Phenomenological Investigations. Kap 1: The Ecstatic Body, kap 2: The Recessive Body og kap 3: The Dys-appearing Body. I: *The abscent body*. (s 9-99). Chicago: Chicago University Press.

Leder (1992). A tale of two bodies: The Cartesian crops and the lived body. I: *The body in Medical Thoughts and praksis* (s 17-35). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Lupton, D. (1994/2003). Kap 2: The body in medicine. I: *Medicine as culture? Illness, disease and the body in Western societies* (s 22-53). London: Sage.

Malmgren-Olsson, E., Armelius, B. & Armelius, K. (2001). A comparative outcome study of Body Awareness Therapy, Feldenkreis and conventional physiotherapy for patients with

nonspecific, musculoskeletal disorders: change in psychological symptoms, pain and self-image. *Physiotherapy Theory and Practice*, 17, s 77-95.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, D., Nærland, T. & von Tetzchner, S. (2007). Kap 1: Begreper og begrepsforståelse og kap 2: Språk - Mening og bruk. I: *Perspektiver på språk, kognisjon, sosial kompetanse og tilpasning* (s 15-74). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Meisingseth, G.C. (1997). Når barns kropp forteller om et vanskelig liv. *Fysioterapeuten*, (2), s 20-26.

Merleau-Ponty, M. (1994). Kap 3: Egenkroppens rumlighet og motorikken. I: *Kroppens fenomenologi* (s 41-103). Oslo: Pax Forlag.

Mæhle, M. (2007). Kap 1: Nyere utviklingspsykologi som ramme og forutsetning for klinisk arbeid med barn. I: *Haavind H. & Øvreeide, H. (red.): Barn og unge i psykoterapi. Bind 1: Samspill og utviklingsforståelse.* (s 27-60). Oslo: Gyldendal.

Mohr, B.S., Mattsson, M. & Thornquist, E. (2005). Balanse og likevekt - integrering av ulike perspektiver. *Nordisk fysioterapi*, 9 (1), s 9-16.

Molander, B. (1996). Kap 1: Kunnskap och lärande; några exempel, Kap 2: Tysta och tystade kunskaper; kropp, kultur, handling - och språk, Kap 3: Kunnskap - ett fortsatt sökande, Kap 5: Människors handlande - alltid på väg, og Kap 6: Den reflekterande praktiken. I: *Kunnskap i handling* (s 11-31, 33-56, 57-82, 105-130 og 131-161). Göteborg: Diagalos.

Moltu, C. & Veseth, M. (2008). Fra det fastlåste til det forløsende - om å skape rom for endring i terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45 (8), s 932-938.

Monsen, K. (1989). *Psykodynamisk kroppsterapi*. Oslo: Tano.

Monsen, K. & Monsen, J.T. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: a controlled outcome study. *Psychotherapy*, 37, s 257-269.

Morgan, D.L. (1996). Focus groups. *Annual Review of Sociology, Volume 22*, s 129-152.

Morgan, D.L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. California: Sage Publications.

Mol, A. (2000). What diagnostic devices do. The case of blood sugar measurements. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21, s 9-22.

Nortvedt, P. & Grimen, H. (2004). Indeksert kunnskap - den praktiske kunnskapens problem. I: *Sensibilitet og Refleksjon* (s 165-191). Oslo: Gyldendal.

Olsen, H. (2003). "Gode" kvalitative interview med "riktige" informanter? *Sosiologisk tidsskrift; Volum 11 (hefte 2)*, s 123-153.

Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur - innenfra, utenfra eller begge deler? I: Fossaskråret et al, *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (s 70-93). Oslo: Universitetsforlaget.

Payton, O. (1985). Clinical reasoning process in physical therapy. *Physical therapy*, 65, s 924-928.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2011). Kap 1: Introduction to Nursing Research in an Evidence based Practice Environment, kap 3: Generating evidence: Key Concepts and Steps in Qualitative and Quantitative Research og kap 4: Conceptualizing Research Problems, Research Questions, and Hypotheses. I: *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (s 3-27, 55-77 og 81-104). Philadelphia: Wilters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

- Porges, S. (2009). The polyvagal theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76 (Suppl 2), s 86-90.
- Rasmussen, T.H. (1996). Lekens umiddelbare trekk og Lek og kropp. I: *Orden og kaos: elementære grunnkrefter i lek* (s 31-56 og 67-74). Stokke: Forsythia.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, s 330-350.
- Roxendal, G. (1987). *Et helhetsperspektiv. Sjukgymnastik för framtiden*. Lund: Studentlitteratur.
- Ruyter, K. (2003). Forskningsetikkens spede begynnelse og tilblivelse: Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn, I: Ruyter, K. (red), *Forskningsetikk* (s 17-37). Oslo: Gyldendal
- Råheim, M. (2001). Kap 3: Teoretisk forankring. I: *Kvinnens kroppserfaring og livssammenheng. En fenomenologisk studie av friske kvinner og kvinner med kroniske muskelsmerter* (s 111-169). Avhandling. Det psykologiske fakultet og Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Schwartz, M.A. & Wiggins, O. (1985). Science, humanism, and the nature of medical practice: a phenomenological view. *Perspectives in Biology and Medicine*, 28, s 331-361.
- Sherborne, V. (1997). Kap 3: Bevegelsesanalyse og kap 4: Observasjon av bevegelse. I: *Utvikling gjennom bevegelse. For barn i alle aldre med ulike og spesielle behov* (s 77-82 og 83-92). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research: A practical handbook*. California: Sage Publications.



Sjursen, G. (1999). *Teorigrunnlaget i psykomotorisk fysioterapi - En kvalitativ studie*. (Hovedfagsoppgave i fysioterapi). Bergen: Universitetet i Bergen.

Skatteboe, U.B. (1990). Kap 2: Teori og kap 4: Kropporientert gruppebehandling for pasienter med personlighetsforstyrrelser. I: *Å være i samspill. En kropporientert gruppeterapi for pasienter med kroniske nevroser og personlighetsforstyrrelser* (s 18-47 og 63-85).

Hovedfagsoppgave. Statens Spesiellærerhøgskole, Hosle.

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, nr 9, s 1066-1069.

Smedbråten, B.K., Råheim, M. & Heiberg, E. (2000). "Alle musklene og tankene roet seg..." - et kroppsfenomenologisk perspektiv som kilde til innsikt i unges livsverden. *Fysioterapeuten*, 6, s 25-30.

Stern, D. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), s 300-308.

Stern, D. (2010). *Forms of vitality. Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development*. New York: Oxford University Press.

Strømme, H. (2008). Litteratursøking i evidensbasert praksis og forskning. *Fysioterapeuten*, (8), s 30-32.

Studieplan, Mastergradsprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi (2010). Hentet fra <http://uit.no/Content/176190/Studieplan%20aug2010.pdf>

Svenaesus, F. (2007). Do antidepressants affect the self? A phenomenological approach. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, s 153-166.

Sviland, R., Martinsen, K. & Råheim, M. (2007). Hvis ikke kropp og psyke - hva da? Holdning og bevegelse i selvtillit og tilbakeholdelse. *Fysioterapeuten, nr 12*, s 23-28.

Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2009). Å komme til seg selv - i bevegelse, sansning og forståelse. *Matrix, 2009 (2)*, s 257-275.

Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2010). Språk - uttrykk for inntrykk. *Matrix, 2010 (2)*, s 132-156.

Sviland, R., Råheim, M. & Martinsen, K. (2012). Touched in sensation - moved by respiration. Embodied narrative identity - a treatment process. *Scandinavian Journal of Caring Sciences. Nordic College of Caring Science*, s 1-9.

Terkelsen, T. (2006). Å bli overvåket gjennom en radiosender - hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres i en psykiatrisk avdeling. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, 4*, s 89-110.

Thornquist, E. (1988). Kap: Livet innebærer variasjon og veksling. I: *Fagutvikling i fysioterapi* (s 149-163). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Thornquist, E. (1995). Musculo-skeletal suffering: Diagnosis and a variant view. *Sociology of Health and Illness, 17*, s 167-192.

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

Thornquist, E. (1996). Dokumentasjon: Mål(ing) og mening. *Fysioterapeuten, 1996 (9)*, s 14-22.

Thornquist, E. (1998). Kroppslig erfaring, språk og tenkning. *Fysioterapeuten, (1998), nr 14*, s 8-12.

Thornquist, E. (2005). Kroppen som kilde til innsikt og utgangspunkt for utvikling. En kasuistikk fra psykomotorisk fysioterapi. Oslo: Universitetsforlaget: *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* 2, 1, s 30-44.

Thornquist, E. (2006). Face-to-face and Hands-On: Assumptions and Assessments in the Physiotherapy Clinic. *Medical Anthropology*, Vol 25 (1), s 65-97.

Thornquist, E. (2008). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. Fagbokforlaget: Bergen.

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.

Tjora, A.H. (2003). Teknologisk medikalisering? Om den medisinske sosiologiens interesse for medisinsk teknologi. *Sosiologi i dag*, 33 (2), s 51-74.

Toombs, S.K. (1995). The lived experience of disability. *Human studies* 18, s 9-23.

Ulvesund, E. (2008). Chronic fatigue syndrome defies the mind-body-schism of medicine. *Med Health Care and Philos*, 11, s 285-292.

Urnes, Ø. (2009). Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskr Nor Legeforen*, 129, s 872-876.

Vøllestad, J. (2007). Oppmerksomt nærvær: Meditative teknikker som utgangspunkt for psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (7), s 860-867.

Wrangsjø, B. (1987). En terapisession och introduktion av bokens innehåll. I: Wrangsjø (red.), *Kropporientert psykoterapi* (s 19-32). Lund: Natur och Kultur.

Ytterhus, B. (2002). Kap 6: Kropp. I: *Sosialt samvær mellom barn: inklusjon og eksklusjon i barnehagen* (s 91-105) Oslo: Abstrakt forlag.

Zachrisson, A. (2008). Motoverføring og endring i synet på den psykoanalytiske relasjonen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, vol 45 (8), s 939-948.

Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S., & Råheim, M. (2009). Self-perception as embodied knowledge - changing processes for patients with chronic pain. *Advances in Physiotherapy*, Volum 11 (3), s 121-129.

Øien, A. M., Steihaug, S., Iversen, S. & Råheim, M. (2011). Communication as negotiation processes in long-term physiotherapy: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Volum 25 (1), s 53-61.

Øvreberg, G. & Andersen, T. (2001). *Aadel Bülow-Hansens fysioterapi - En metode til omstilling av anspent muskulatur og hemmet respirasjon*. Skarsnes: Compendius forlag.

## Vedlegg

### Vedlegg nr 1: Informasjonsskriv til deltakere i fokusgruppeintervjuet

## Forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju

### Bakgrunn og hensikt med forskningsprosjektet

I forbindelse med min mastergrad Psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø gjennomfører jeg et prosjekt som skal handle om begrepet omstilling i psykomotorisk fysioterapi. Omstilling er et overordnet og praksisnært begrep i den psykomotoriske behandlingstradisjonen og et begrep psykomotoriske fysioterapeuter må forholde seg til i den psykomotoriske behandlingsprosessen når han eller hun skal avhjelpe pasientens plager av en variert psykosomatisk og psykiatrisk funksjonsart.

Hensikten med prosjektet er å utforske praktiserende psykomotoriske fysioterapeuters forståelse av og bruk av omstillingsbegrepet i klinisk praksis. Målet er å få frem ny kunnskap omkring dette sentrale begrepet med utgangspunkt i erfaringer psykomotoriske fysioterapeuter gjør seg i behandlingsprosesser, og se nærmere på forholdet mellom teori og praksis.

Med utgangspunkt i begrepet, er det ønskelig å få frem konkrete beskrivelser/fortellinger fra praksis hvor behandler har registrert en omstilling, og dennes sammenheng med pasientens uttrykte opplevelse av endring, både i og utenfor behandlingsrommet. Videre er det ønskelig å undersøke overføringsverdi av terapeutiske endringer oppnådd i behandlingen til pasientens hverdag med utgangspunkt i omstillingsbegrepet, slik praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter beskriver det.

Som intervjuer og forsker vil jeg i fokus gruppen være svært åpen for deltakernes egne beskrivelser/historier som uttrykk for deres unike kunnskap og forståelse for tema eller perspektiver omkring omstillingsbegrepet. Det vil si at jeg legger vekt på å få frem det er hver enkelt deltakers beskrivelser/historier og gruppediskusjonen denne skaper, da dere i gruppen, sammen med meg, forsøker å frem-skape ny kunnskap gjennom dette prosjektet.

Jeg vil anbefale hver enkelte deltaker til å tenke gjennom minst en praksisnær beskrivelser/historie som berører deres interesse om omstilling før dere møter opp på selve intervjuet. Slik kan det være lettere å komme godt i gang med intervjuet.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i forskningsprosjektet for å frem-skape aktuell og ny kunnskap om et sentralt begrep i psykomotorisk fysioterapi som jeg mener det er viktig å forske

på og belyse i dagens psykomotoriske praksis, hvor psykomotoriske fysioterapeuter behandler pasienter med en stadig større variasjon av psykosomatiske og psykiatriske funksjonslidelser.

Ansvarlig institusjon for forskningen er Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultetet, Institutt for helse- og omsorgsfag. Prosjektet vil bli utført av undertegnende i samarbeid med professor II ved Universitetet i Tromsø, Målfrid Råheim. Sammen med andre praktiserende psykomotoriske fysioterapeuter i ulike arbeidsfelt i Østlandsregionen, får du denne forespørselen om deltakelse i forskningsprosjektet.

### **Hva innebærer studien?**

Deltakelse i prosjektet innebærer at jeg ber deg om å delta i et gruppeintervju som varer max 2 timer. Det kan bli aktuelt med et oppfølgende gruppeintervju, og jeg vil i så fall kontakte deltakerne nærmere angående dette.

Gruppeintervjuet vil bestå av 7 deltakere. Det vil bli ledet av meg og med Målfrid Råheim som ko-moderator. Gruppesamtalen vil bli tatt opp på bånd, som representerer prosjektets innsamlede datamateriale. Gruppedeltakere vil anonymiseres både ved bearbeiding av datamateriale og i den ferdigstilte mastergradsoppgaven. Personopplysninger som vil bli innsamlet i forbindelse med gruppeintervjuet er deltakernes navn og telefonnummer. Disse vil kun benyttes for å kontakte deltakere på ny dersom et oppfølgingsintervju kan bli aktuelt.

Det er helt frivillig å delta i prosjektet og du kan på hvilket som helst tidspunkt trekke deg fra studien uten å måtte begrunne dette nærmere. Det er kun meg og min veileder som vil ha tilgang til personidentifiserbare opplysninger og datamateriale fra gruppesamtalen under prosjektperioden. Disse er underlagt taushetsplikt og opplysningene vil bli behandlet strengt konfidensielt.

Deltakelse i forskningsprosjektet er en anledning til å reflektere og diskutere sammen med kollegaer om noe som er sentralt i en behandlingstradisjon en selv er utøver av og i.

Resultatene av studien vil bli presentert i mastergradsoppgaven, og uten at den enkelte gruppedeltaker kan gjenkjennes. Oppgaven forventes å være ferdigstilt til senvåren 2013.

Prosjektet er tilrådet av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Det er delfinansiert av Fond til etter- og videreutdanning for fysioterapeuter.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet, er det fint om du signerer den vedlagte samtykkeerklæringen og returnerer den i den frankerte konvoluttet så snart som mulig.

Har du spørsmål i forbindelse med denne henvendelsen, og/eller ønsker å bli informert om ferdigstilling av masteroppgaven når den foreligger, kan du gjerne ta kontakt med meg.

Med vennlig hilsen  
Jahn Gustav Johansen

Elvebakken 13  
3420 LIERSKOGEN  
Tlf. 93 04 55 47.

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

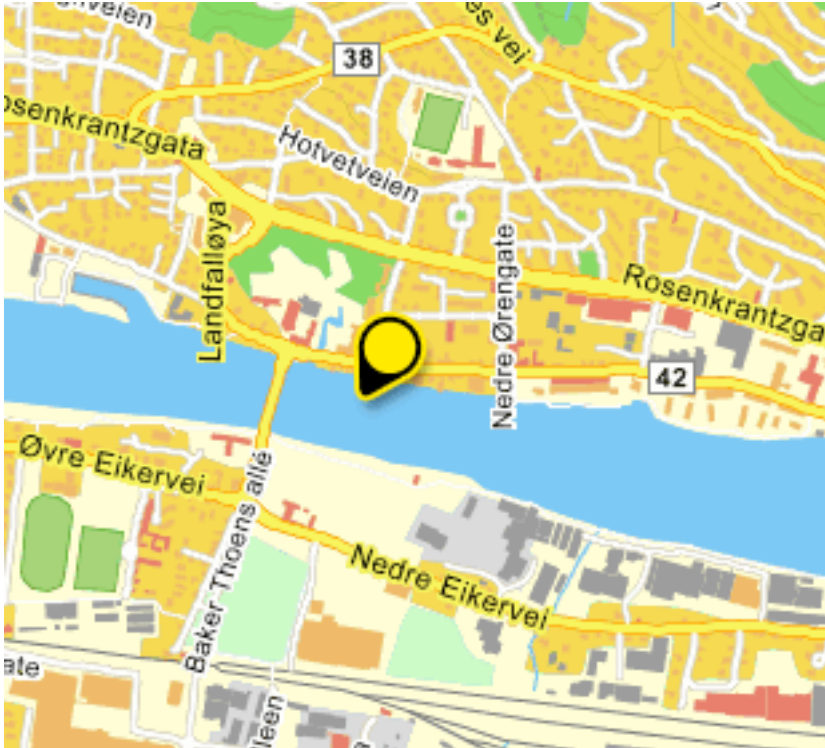
Signatur.....dato, den.....

Telefonnummer.....

## **Praktisk informasjon**

Takk for at du vil delta i dette forskningsprosjektet!

Fokus gruppe-intervjuet holdes onsdag den 24 oktober 2012, kl 18. Det varer i utgangspunktet i 90 minutter, og maks i 2 timer. Det vil holdes i fine lokaler i andre etasje på Landfalløya Legesenter, med adresse Landfalløya 49, 3023 DRAMMEN. Adressen er ca 5-10 min fra Drammen Jernbanestasjon, og 3-5 fra Gulskogen Jernbanestasjon. Herunder er *kart* vedlagt:



Jeg har bil, og kan få til henting mellom togstasjon og gruppe-lokalene dersom dette er ønskelig. Ta kontakt med meg i god tid, dvs i dagene før, dersom du ønsker dette. Parkering skal være greit å finne, enten på motsatt side av samme vei litt lenger bort i gate eller på en større parkeringsplass ovenfor Sonans. Ta kontakt med meg om du lurer på dette.

Jeg vil servere drikke og frukt under gruppeintervjuet.

Hvis du av en eller annen grunn ikke kan delta i intervjuet, vennligst ring meg så raskt så mulig slik at jeg kan invitere en ny deltaker. Hvis du har noen spørsmål, er det bare å ringe på min tlf 93045547.

Jeg og Målfrid ser frem til å møte deg til intervjuet. Ses da.

Med vennlig hilsen

Jahn Gustav Johansen  
Fysioterapeut og Mastergradsstudent



## Vedlegg nr 2: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Innledning Tid: 10 min

- Takke deltakerne for deltakelse i intervjuet. Intervjuet skal kunne ut i en masteroppgave og forhåpentligvis en publisering. Jeg håper prosjektet vil få frem nye perspektiver om omstillingsbegrepet, og kan bidra til å utvikle faget videre.
- Introdusere Målfrid, både som min veileder og som sekretær under intervjuet.
- Omstilling som et overordnet og praksisnært begrep i PMF-behandlingstradisjon.
- Om hensikt med intervjuet: Ønske om å utforske praktiserende PMF's forståelse av og bruk av begrepet.
- Mål med intervjuet: Få frem ny kunnskap om begrepet, med utgangspunkt i praksisbeskrivelser.
- Om min rolle som intervjuer:
  - Ønsker deltakernes beskrivelser, som alle er unike og med særskilt kunnskap.
  - Jeg ønsker praksisnære beskrivelser av begrepet og en åpen gruppediskusjon deltakerne imellom om disse.
- Etiske aspekter:
  - Lydopptak, oppfordre til tydelige stemmer og forsøke å unngå å avbryte hverandre, men likevel forsøke å være spontane i gruppediskusjonen.
  - Informere kort om konfidensialitet og mulighet til å trekke seg fra intervjuet.

#### Åpningsspørsmål Tid: 5 min

- Be deltakerne om å dele navn, samt kort om deres praksisfelt og erfaring.

#### Introduksjons- og overgangsspørsmål Tid: 15 min

- Hvilke praksiserfaringer tenker dere på når dere hører begrepet omstilling?

#### Nøkkelsspørsmål Tid: ca 10 min per spørsmål

- Hva legger dere vekt på i undersøkelsen når dere skal vurdere pasientens omstillingsevne?
- Terapeuten bruker seg selv for å fremme en omstilling hos pasienten. Hvordan gjør dere dette?
- Det kan sies at en ideell respirasjonsfunksjon har sammenheng med pasientens evne til å bli mer fortrolig med og uttrykke egne følelser. Har dere noen eksempler på pasienterfaringer hvor

dere ikke opplevde det som hensiktsmessig å omstille pasientens hemmede respirasjonsfunksjon?

- Det kan sies at det er ønskelig at pasienten utvikler en økt evne til å oppfatte og forstå sine kroppslige plager. Hvilken betydning har en slik økt bevissthet omkring egne kroppslige plager i en omstillingprosess?
- Kan dere fortelle om noen eksempler med pasienterfaringer hvor pasienten har uttrykt en opplevd endring i deres sosiale hverdag som følge av omstillingen i behandlingsforløpet?

**Evt:**

- Kan dere gi noen eksempler på at pasientens oppfattelse av seg selv og egen kropp har betydning for kvaliteten og graden av omstilling?

Avslutningsspørsmål Tid: max ca 10 min per spm.

- Av alle spørsmålene vi har diskutert, hvilke har vært viktigst for dere? **“the all things considered question”**

**Sekretær eller meg gir sammendrag over diskusjonen, spesielt ut fra nøkkelspørsmålene.**

- Opplever dere at denne sammenfatningen er dekkende for beskrivelsene og diskusjonen i gruppen? **“summary question”**
- Kort oversikt over prosjektets formål; deretter spørsmålet: Er det noe vi har glemt å trekke frem om omstilling i intervjuet? **“insurance question”**

**Totalt 1 time og 50 min.**

# Vedlegg nr 3: Godkjennelse fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Målfrid Råheim  
Institutt for helse- og omsorgsfag  
Universitetet i Tromsø  
MH-bygget  
9037 TROMSØ

Vår dato: 20.07.2012

Vår ref:30999 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.07.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30999	<i>Omstillingsbegrepet i psykomotorisk fysioterapi</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Målfrid Råheim</i>
<i>Student</i>	<i>Jahn Gustav Johansen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

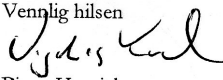
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Lis Tenold

Lis Tenold tlf: 55 58 33 77  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Jahn Gustav Johansen, Elvebakken 13, 3420 LIERSKOGEN

*Avdelingskontorer / District Offices:*

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



## Personvernombudet for forskning



### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 30999

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Personvernombudet finner skrevet godt utformet.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at bruk av privat pc er i tråd med Universitetet i Tromsø sine rutiner for datasikkerhet.

Innsamlede opplysninger anonymiseres og lydbandopptak makuleres ved prosjektslutt, senest 31.12.2012. Med anonymisering innebærer at navnelister slettes/makuleres, og ev. kategorisere eller slette indirekte personidentifiserbare opplysninger. Ved publisering vil ingen enkeltpersoner kunne gjenkjennes.

*[Faded handwritten signatures and text]*

*[Faded printed text]*