



Kontakt med egen kropp i psykomotorisk fysioterapi
-kroppslige opplevelser, meningsdannelse og mestring

Jane Gabrielsen

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

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

Mai 2013

FORORD

Gjennomføringen av denne masteroppgaven har vært en krevende og utfordrende prosess. Men mest av alt har den vært lærerik og givende. Kunnskapen jeg har fått ved å jobbe så grundig og inngående med et tema vil være fruktbar både i faglige og personlige sammenhenger.

Jeg vil rette en stor takk til informantene som stilte opp til intervju. Uten deres hjelp ville ikke studien ha blitt noe av. Bidragene deres har vært omfattende og rike, og gitt mye nyttig informasjon. Videre vil jeg takke fysioterapeutene som bidro med å rekruttere informanter til studien.

Tusen takk til min veileder, Aud Marie Øien, som har vært en uvurderlig hjelp gjennom hele studieprosessen. Hennes konstruktive, grundige og innsiktsfulle tilbakemeldinger har vært en stor motivasjonsfaktor for meg. Hun har hatt en evne til å alltid virke like engasjert og oppdatert, uansett hvilket stadium jeg har vært på i studieprosessen.

Takk til Norsk Fysioterapeutforbund som gjennom Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter har gitt økonomisk støtte til studiet. Jeg vil også takke Egersund og omegn Zontaklubb, som bæret meg med et utdanningsstipend høsten 2011.

Sist men ikke minst vil jeg takke alle mine nære og kjære som over flere år har støttet meg og motivert meg for å komme gjennom studiet. Studieforløpet har i lange perioder ført til at jeg hovedsakelig har vært fokusert på meg og mitt. Jeg setter stor pris på tålmodigheten alle har vist meg.

Egersund, 13. mai 2013

Jane Gabrielsen

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Denne studien handler om pasienter i Norsk psykomotorisk fysioterapibehandling. Målet med studien er å undersøke hvordan kontakt med egen kropp har endret seg gjennom behandlingsforløpet, og hvilken betydning disse endringene har hatt. Hensikten med dette er å bidra med å utforske elementer av den psykomotoriske behandlingsformen, da dette er et fagfelt det er utført relativt lite forskning på.

Metode

Dette er en kvalitativ studie. Semistrukturerte dybdeintervju er benyttet som datainnsamlingsmetode. Tre pasienter som var henvist til psykomotorisk fysioterapi grunnet muskel-skjelettlidelser ble inkludert i studien. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering som analysemetode.

Resultater

Analysen har ført frem til tre hovedtemaer, med undertemaer som beskriver og nyanserer innholdet. Disse er:

1. *Opplevelser av egen kropp*. Undertemaer: *Nye og tydeligere kroppslige opplevelser, Totalopplevelser – mer enn kroppslig opplevelse, og Å gi kroppen oppmerksomhet.*
2. *Meningsdannelse*. Undertemaer: *Å forstå smerte i nye meningssammenhenger og Forstå seg selv gjennom refleksjon over kroppens uttrykk*
3. *Mestring og ansvar*. Undertemaer: *Mestring av egne plager og Innsikt – ansvar og utfordringer.*

Konklusjon

Resultatene viser at informantene opplever økt kontakt med egen kropp etter å ha begynt i psykomotorisk fysioterapi. Denne endringen har bidratt til å bli kjent med sine kroppslige reaksjonsmåter, til å reflektere over og forstå sine reaksjoner, og til å mestre sine kroppslige plager og vanskelige situasjoner de opplever i dagliglivet. Disse endringene har videre bidratt til at informantene opplever økt ansvar for egen helse.

Nøkkelord:

Psykomotorisk fysioterapi, kontakt med egen kropp, opplevelse, endring, refleksjon, forståelse, mening, mestring, ansvar.

ABSTRACT

Background:

This study concerns patients receiving Norwegian Psychomotor Physiotherapy treatment. The aim of the study is to explore how the contact with their own body has changed during treatment, and the consequences of these changes. The purpose is to contribute to study elements of psychomotor treatment, since there is a limited amount of research on this field of practice.

Methods:

This is a qualitative study. Research data was drawn from in-depth interviews. Three patients that were referred to psychomotor physiotherapy treatment for musculo-skeletal disorders were conducted in the study. The research data was analyzed using Systematic Text Condensation as an analyzing method.

Results:

1. Experiences of own body. Subthemes: New and clearer body experiences, Total experiences – more than body experiences and Giving the body attention.
2. Creating meaning. Subthemes: Understanding pain in new meaning context and Understanding oneself through reflections on body expressions.
3. Coping and responsibility. Subthemes: Coping with own complaints and Insight – responsibility and challenges.

Conclusion:

The results show that the informants experience increased contact with their own body after starting Psychomotor Physiotherapy treatment. This change has helped them to get to know their own body reaction patterns, to reflect upon and understand their reactions, and to cope with body discomfort and challenging daily life situations. These changes have contributed to them feeling more responsible for their own health.

Keywords:

Psychomotor Physiotherapy, contact with own body (body awareness), experience, change, reflection, understanding, meaning, coping, responsibility.

Innhold

1. INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PROBLEMTSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	1
1.3 STUDIENS RELEVANS	2
1.3.1 Kunnskapsbehov i samfunnsperspektiv	2
1.3.2 Kunnskapsbehov i psykomotorisk perspektiv	3
1.4 TIDLIGERE FORSKNING	4
1.4.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi og kontakt med egen kropp	4
1.4.2 Hva kan min studie bidra med	5
1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING	6
2. TEORI OG BEGREPSAVKLARINGER	7
2.1 BEGREPSAVKLARING	7
2.1.1 Kroppsbilde	7
2.1.2 Kroppsbevissthet	7
2.1.3 Kroppsskjema	7
2.2 NORSK PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI	8
2.2.1 Historikk	8
2.2.2 Psykomotorisk undersøkelse	9
2.2.3 Psykomotorisk behandling	10
2.3 KROPPSFENOMENOLOGI	11
2.3.1 Generelt om fenomenologi	11
2.3.2 Kroppsfenomenologi	12
2.4 DIALEKTISK RELASJONSTEORI	12
2.4.1 Dialektisk relasjonsteori	13
2.4.2 Selvsansning	13
2.4.3 Selvavgrensning og selvrefleksivitet	13
3. METODE	14
3.1 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING	14
3.2 VALG OG BESKRIVELSE AV METODE	15
3.2.1 Kvalitativ forskning	15

3.2.2	Intervju som forskningsmetode	15
3.2.3	Utforming av intervjuguide	15
3.3	UTVALG	16
3.3.1	Inklusjonskriterier for valg av informanter	16
3.3.2	Inklusjonskriterier for valg av terapeuter	17
3.3.3	Rekruttering	17
3.4	DATAINNSAMLING	18
3.4.1	Intervjusituasjonene	18
3.4.2	Erfaringer med intervjusituasjonene	18
3.5	TRANSKRIBERING	19
3.5.1	Generelt om transkribering	19
3.5.2	Egen transkripsjon og erfaringer med dette	19
3.6	ANALYSE	20
3.6.1	Generelt om analyse	20
3.6.2	Valg av analysestrategi: Systematisk tekstkondensering	21
3.6.3	Egen analyse	21
3.7	METODISKE OVERVEIELSER	23
3.7.1	Forforståelse	24
3.7.2	Forsker i eget felt	24
3.7.3	Utvalg	25
3.7.4	Analyse	25
3.7.5	Reliabilitet og validitet	25
3.8	ETISKE BETRAKTNINGER	27
4.	RESULTATER OG DRØFTING	28
4.1	INNLEDNING	28
4.1.1	Presentasjonsform	28
4.1.2	Presentasjon av informantene	29
4.2	RESULTAT: OPPLEVELSER AV EGEN KROPP	30
4.2.1	Nye og tydeligere kroppslige opplevelser	30
4.2.2	Totalopplevelser – mer enn kroppslige opplevelser	31
4.2.3	Å gi kroppen oppmerksomhet	32
4.3	DRØFTING: OPPLEVELSER AV EGEN KROPP	33
4.3.1	Nye og tydeligere kroppslige opplevelser	33
4.3.2	Totalopplevelser – mer enn kroppslige opplevelser	35

4.3.3	Å gi kroppen oppmerksomhet	36
4.4	RESULTAT: MENINGSDANNELSE	37
4.4.1	Å forstå smerte i nye meningssammenhenger	37
4.4.2	Å forstå seg selv gjennom refleksjon over kroppens uttrykk	38
4.5	DRØFTING: MENINGSDANNELSE	39
4.5.1	Å forstå smerte i nye meningssammenhenger	39
4.5.2	Å forstå seg selv gjennom refleksjon over kroppen uttrykk	40
4.6	RESULTAT: MESTRING OG ANSVAR	44
4.6.1	Mestring av egne plager	44
4.6.2	Innsikt – ansvar og utfordringer	45
4.7	DRØFTING: MESTRING OG ANSVAR	46
5.	AVSLUTNING	49
5.1	SAMMENFATNING AV STUDIENS OPPBYGNING	49
5.2	SAMMENFATNING AV RESULTATER	49
5.3	SENTRALE MOMENTER FRA RESULTAT OG DRØFTNING	50
5.4	VIDERE FORSKNING	51
	<i>REFERANSELISTE</i>	52

VEDLEGG 1:	Intervjuguide
VEDLEGG 2:	Informasjonsskriv og informert samtykke
VEDLEGG 3:	Fra meningsenhet til sentralt tema
VEDLEGG 4:	Samling av sentrale tema under hver kategori
VEDLEGG 5:	Sammenfatning av sentrale temaer under subgrupper
VEDLEGG 6:	Godkjenning fra NSD
VEDLEGG 7:	Mail fra REK

1. INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Valg av tema for oppgaven springer ut fra et ønske om å øke min forståelse av Norsk Psykomotorisk Fysioterapi. Som relativt uerfaren fagutøver opplever jeg dette fagfeltet som stort og komplekst, og jeg savner en grundigere forståelse for ulike aspekter ved faget. Kontakt med egen kropp er et av disse aspektene. Gjennom mitt studie- og praksisforløp har jeg oppfattet kontakt med egen kropp som et sentralt element som griper inn i mange ulike sider ved behandlingsmåten. Ved en økt systematisk forståelse av dette temaet håper jeg å få en bedret forståelse av faget som helhet. En bedring av min forståelse av faget er viktig for hvordan jeg forholder meg til pasienter, hvordan jeg fremmer ulike virkemidler i behandlingen, hvordan jeg oppfatter og forstår hva som skjer i behandlingen, og hvordan jeg formidler faget til både pasienter, lekfolk og kollegaer med ulik fagbakgrunn. Målet med studien er å utforske pasienters opplevelse av egen kropp gjennom psykomotorisk fysioterapi. Jeg ønsker å fokusere på er pasienter med muskel-skjelettlidelser, da dette er en pasientgruppe jeg i stor grad møter i egen praksis.

1.2 PROBLEMTSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Utviklingen av problemstillingen skjedde i første omgang parallelt med spissing av tema. Innledningsvis arbeidet jeg med problemstillingen «Hvilke erfaringer av og med egen kropp formidler pasienter i psykomotorisk behandling?». Forskningsspørsmål knyttet til dette omhandlet hva slags kontakt med egen kropp pasienter formidler, hvordan kontakt med egen kropp har endret seg og hvilken betydning endret kontakt med egen kropp har hatt for dem. Disse forskningsspørsmålene ble i stor grad ledende under datainnsamlingen, og det ville vise seg at mye av datamaterialet svarte på nettopp dette. I en kvalitativ studie blir det ofte tydeligere underveis i forskningsprosessen hvilke sider av temaet som er mest relevante å belyse. I en del tilfeller er det derfor naturlig å endre problemstillingen underveis i prosjektet (Malterud, 2008). I denne studiens tilfelle har problemstillingen blitt endret med henblikk på i større grad å inkludere undertemaene *endring* og *betydning* av kontakt med egen kropp, og lyder:

«Hvordan endrer pasienter kontakt med egen kropp gjennom psykomotorisk fysioterapibehandling, og hvilken betydning har denne endringen?».

1.3 STUDIENS RELEVANS

Det er et mål at en vitenskapelig studie skal frembringe kunnskap som er av betydning og har en nytteverdi (Malterud, 2008). Studien skal helst være nyskapende på en eller annen måte; enten ved at resultatene i seg selv gir økt innsikt og forståelse om et tema, i form av en problemstilling som setter lys på noe nytt, eller ved bruk av en metode som kan fremskaffe informasjon om et tema på en annerledes måte (Malterud, 2008). I det følgende avsnitt vil denne studiens relevans plasseres i en faglig og samfunnsmessig kontekst.

1.3.1 Kunnskapsbehov i samfunnsperspektiv

Omfang av muskel-skjelettlidelser

Forekomsten av muskel-skjelettlidelser i Norge er svært høy. Tall fra 2009 viser at 41 % av sykemeldingsdager betalt av folketrygden og 36 % av nye innvilgelser av uførepensjon var begrunnet i slike lidelser (Ihlebak & Lærum, 2010). Lidelsene fører på samfunnsbasis til et stort antall legebesøk. Estimater tilsier at ryggplager alene står for nær to millioner fastlegekonsultasjoner i året. I tillegg kommer et stort antall konsultasjoner hos fysioterapeuter, kiropraktorer og alternative behandlere. I sum blir de samfunnsøkonomiske konsekvensene av muskel-skjelettlidelser formidable (Ihlebak & Lærum, 2010). Å være rammet av muskel-skjelettlidelser kan forårsake store plager for den enkelte i form av smerter, funksjonsnedsettelse og innskrenkede muligheter for aktivitet og deltakelse i dagligliv og arbeidsliv. Samlet sett er derfor muskel-skjelettlidelser en stor samfunnsmessig utfordring (Ihlebak & Lærum, 2010). Til tross for dette påpeker Ihlebak og Lærum (2010) at denne lidelsesgruppen av ulike grunner har fått relativt lite oppmerksomhet fra forskningsmiljøer. Ikke mer enn 6 % av samlet forskningsbevilgning fra Forskningsrådet og Helse og Rehabilitering i 2002 gikk til muskel-skjelettlidelser (Ihlebak & Lærum, 2010).

Muskel-skjelettlidelser er en vanlig henvisningsgrunn til psykomotorisk fysioterapi. Rådata fra Helfo, analysert ved UiT viser at 42 % av pasientene som henvises til PMF har en muskel-skjelettdiagnose som hoveddiagnose (Studieplan Mastergradsprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, 2010). På grunn av pasientgruppens aktualitet både i samfunnsperspektiv og i psykomotorisk fysioterapi anser jeg det relevant å utføre studien på pasienter med slike lidelser.

Forskning rettet mot uspesifiserte lidelser

Muskel-skjelettlidelser representerer en stor og mangeartet gruppe lidelser (Ihlebak & Lærum, 2010). I noen tilfeller forstås og forklares plagene helt eller delvis som følge av kjente

sykdommer og mekanismer. Den individuelle grad av lidelsestrykk er likevel sterkt varierende. Det vanligste er imidlertid at det ikke blir avdekket sikre objektive funn som kan forklare plagene. Som oftest blir plagene sett på som en følge av komplekse og sammensatte årsakssammenhenger (Ihlebak & Lærum, 2010).

Både kvalitative og kvantitative forskningsmetoder kan bidra til å utvide vår forståelse av ulike fenomener utover hva vi allerede vet (Bjørndal & Hofoss, 2010). Bjørndal og Hofoss (2010) mener at det ikke går et prinsipielt skille mellom forskningstradisjonene, men at tradisjonene er egnet til å svare på hver sin type spørsmål. Ekeli (2002) mener at tradisjonelle medisinske forskningstradisjoner i mange tilfeller kommer til kort i forståelse og behandling av lidelser som mangler spesifikke, objektive tegn og forklaringer. Dette er forskningstradisjoner som bygger på en reduksjonistisk tilnærming, der det som forskes på helst skal være avgrenset og upåvirket av mulige «forstyrrende» faktorer (Ekeli, 2002). «Kanskje er det andre fagdisipliner som er nærmere til å utvikle paradigmer som gjør det mulig å forstå disse plagene bedre» undrer hun (Ekeli, 2002, s. 44). Det kan derfor synes nyttig å velge et forskningsdesign som tillater bredde og nyanser i undersøkelse av hvilken betydning kontakt med egen kropp har for pasienter i psykomotorisk behandling.

1.3.2 Kunnskapsbehov i psykomotorisk perspektiv

Psykomotorisk fysioterapi er et fagfelt som opprinnelig er utviklet gjennom praksiserfaringer, og som det tradisjonelt har vært utført lite forskning på (Bunkan, 2001).

Dokumentasjonsmengden i feltet er økende, men fortsatt er det mye ved faget som er uutforsket. Ekeli (2002) diskuterer hva slags kunnskap man har behov for i fysioterapifaget, og hvordan man skal få frem denne kunnskapen. Hun oppfordrer til å ta fagets egenart på alvor og til å rette blikket mot særtrekk, kvaliteter og nyanser ved faget (Ekeli, 2002).

Thornquist (1996) argumenterer for å benytte seg av forskningsmetoder som synliggjør og systematiserer praksiserfaringer. Hun påpeker at det er et behov for å dokumentere fysioterapibehandling og nytte av behandling, men at dokumentasjon ofte blir forstått som kvantitative mål. Hun mener at hvis dokumentasjon kun skal dreie seg om kvantitativt målbare faktorer vil en rekke sider ved faglig erfaring forbli usystematisert og usynlig for andre enn klinikerer selv. Dette igjen har følger for hvordan faget blir presentert utad i samfunnet, og også for vår selvforståelse og selvfølelse som fagpersoner. Videre fremmer hun viktigheten av refleksjon rundt forholdet mellom dokumentasjon og praksis.

Dokumentasjonen må forsøke å fange praksis, - praksis må ikke feilaktig reduseres og formes for å passe rådende dokumentasjonsmetoder (Thornquist, 1996). Med min studie ønsker jeg å

belyse ulike sider og nyanser ved psykomotorisk fysioterapi. Jeg anser pasienters tanker om og erfaringer fra psykomotorisk behandling som et viktig bidrag for å belyse ulike fenomener ved fagfeltet.

1.4 TIDLIGERE FORSKNING

1.4.1 Norsk psykomotorisk fysioterapi og kontakt med egen kropp

Psykomotorisk fysioterapi og kontakt med egen kropp har vært hovedkategoriene for mine søk etter tidligere studier. Begrepet «kroppsbevissthet» blir brukt i enkelte studier, og disse inkluderes da jeg oppfatter bruken av dette begrepet som mer eller mindre synonymt med «kontakt med egen kropp». Ulike begreper knyttet til fenomenet «kontakt med egen kropp» blir beskrevet i kapittel 2.1. Systematiske søk i Cochrane, Pubmed og Google Scholar på ulike varianter av søkeordene «psychomotor physiotherapy», «body awareness» og «patients' experiences» i tittel eller sammendrag har blitt utført i flere omganger, sist april 2013. Publikasjonslister til de aktuelle forfattere og referanselister til studiene som dukket opp har også blitt gjennomgått i forsøk på å avdekke forskningsfeltet grundigst mulig.

Dragesund (2012) påpeker i sin doktorgradsavhandling at kroppsbevissthet er en sentral del av psykomotorisk behandling, men at det mangler en overensstemmelse om hvordan fenomenet skal forstås og kartlegges innen behandlingsformen. Med denne begrunnelse utviklet, reliabilitetstestet og validitetstestet hun et spørreskjema for å kartlegge kroppsbevissthet: «Body Awareness Rating Questionnaire» (BARQ). Dragesund og Råheim (2008) undersøkte hvordan pasienter med kroniske muskelsmerter opplevde egen kroppsbevissthet og eventuell endring av kroppsbevissthet som følge av psykomotorisk behandling. Pasienter som gjennomgikk behandling ble sammenlignet med pasienter på venteliste til psykomotorisk behandling. De fleste pasientene som gikk i behandling opplevde endring i kroppsbevissthet og beskrev denne endringen som essensiell for å bedre håndtere smertene sine.

Øien (2010) utforsket i sitt doktorgradsarbeid endring og kommunikasjon i langvarige psykomotoriske behandlingsforløp for pasienter med kroniske muskulære smerter. Øien, Råheim, Iversen og Steihaug (2009) fant at pasienter i løpet av behandlingsforløpet opplevde endringer relatert til bevegelse, pust, hvordan de reflekterte over sine kroppslige opplevelser, og overføring av erfaringer fra behandling til dagligliv. Om pasientene følte de var i kontakt med egen kropp eller ikke var innvevd i alle disse elementene. Noen pasienter opplevde større endring enn andre. Hvordan pasientene oppfattet/persiperte egen kropp syntes å indikere

muligheter for endring. Øien, Iversen og Stensland (2007) identifiserte at å være i kontakt med eller å ikke være i kontakt med egen kropp fremsto som to hovedmønstre i pasientenes egne fortellinger om kroppslige opplevelser. Endringer skjedde blant annet gjennom at terapeuten hjalp pasientene å reflektere over egne kroppslige erfaringer. Opplevelse av distanse og nærhet til egen kropp var også to hovedkategorier Øien (2013) identifiserte i pasienters narrativer i langvarige psykomotoriske behandlingsforløp.

Anderson, Strand og Råheim (2007) fant at psykomotorisk gruppetrening med fokus på kroppsbevissthet i etterkant av et multimodalt kognitivt adferdsprogram synes å ha effekt for pasienter med kroniske muskel-skjelettsmerter i form av smertereduksjon og tilbakevending til jobb etter sykefravær. Forfatterne konkluderte med at forskningsspørsmålet trenger videre utforskning.

Ekerholt (2002) fokuserte i sin hovedfagsoppgave på pasienters erfaringer med psykomotorisk fysioterapi. Hovedtemaene som kom frem av denne studien var pasienters erfaring av ikke-kontroll, kontroll og tillit til terapeut. Økt kontakt med egen kropp gjennom massasje og øvelser var et av elementene i behandlingen som ble beskrevet som meningsfulle for pasientene. Ekerholt og Bergland (2006) beskrev hvordan massasje i PMF kunne hjelpe pasienter til å oppfatte kroppen som kilde til persepsjon og refleksjon. Ekerholt (2011) fant at pasienter i psykomotorisk fysioterapi erfarte økt forståelse for autonome reaksjoner ved at fysioterapeuten gjorde dem oppmerksom på disse. Med denne økte forståelsen opplevde de også økt selvforståelse.

1.4.2 Hva kan min studie bidra med

Tidligere forskning har vist at pasienter i psykomotorisk fysioterapi kan erfare kontakt med egen kropp som en vesentlig del av behandlingen. Det er vist at opplevelse av kontakt med eller nærhet til egen kropp kan være av betydning for ulike endringer som forekommer i behandlingen. Det er også til dels vist ulike forutsetninger for å få kontakt med egen kropp, som for eksempel massasje og bevegelse, og at kontakt med egen kropp kan fremme selvrefleksjon og selvforståelse. I de fleste studiene har derimot ikke kontakt med egen kropp vært hovedfokus for oppgaven, men noe som har vist seg gjennom å undersøke behandlingsprosesser og pasienters erfaringer mer generelt. Et unntak er Anderson, Strand og Råheim (2007), men dette studiedesignet fokuserte ikke på pasientenes egne beskrivelser av kroppslige erfaringer. Min studie har flere likhetstrekk til studien til Dragesund og Råheim (2008), som både utforsket pasienters opplevelser av kroppsbevissthet, og eventuell endring

av denne gjennom psykomotorisk fysioterapi. Studiene skiller seg ved at Dragesund og Råheim studerte eventuelle forskjeller mellom pasienter i behandling og på venteliste til behandling. I tillegg er metoden for datainnsamling forskjellig, da Dragesund og Råheim utførte fokusgruppeintervjuer, mens jeg har utført individuelle dybdeintervjuer.

Hva meg er bekjent er det utover Dragesund og Råheim (2008) ikke utført tidligere studier som mer inngående undersøker pasienters egne beskrivelser om kontakt med egen kropp i psykomotorisk fysioterapi. Jeg ønsker å fremme bredde, nyanser og detaljer spesifikt om dette temaet. Med dette håper jeg å bidra med dokumentasjon rundt dette fenomenets betydning i psykomotorisk fysioterapi.

1.5 OPPGAVENS OPPBYGNING

I det følgende kapitlet gis først en avklaring av enkelte begreper som går igjen i beskrivelse av kontakt med egen kropp. Deretter følger en beskrivelse av de teoretiske perspektiver jeg har vurdert som relevante for å belyse oppgavens tema og resultater. Det teoretiske hovedperspektivet er Norsk psykomotorisk fysioterapi. Maurice Merleau-Pontys kroppsphenomenologiske teori og Inger-Lise Løvlie Schibbyes dialektiske relasjonsteori bidrar til å belyse enkelte sider av resultatene. Aktuelle begreper fra disse teoriene beskrives kort. I kapittel 3 presenteres mine valg innen metode og metodologi. Beskrivelser av fremgangsmåte for egen studie og begrunnelse for valg kommer også frem. Diskusjon rundt forskers forforståelse og rolle, samt metodiske valg presenteres også i dette kapitlet. Til slutt diskuteres etiske overveielser for studien.

I kapittel 4 presenteres resultatene av analysen, etterfulgt av diskusjon av resultatene sett i lys av den tidligere presenterte teori.

I kapittel 5 oppsummeres studien i korte hovedtrekk. Oppgaven avrundes med implikasjoner for videre forskning.

2. TEORI OG BEGREPSAVKLARINGER

2.1 BEGREPSAVKLARING

Innledningsvis vil jeg presentere enkelte begreper som er relevante for å beskrive kontakt med egen kropp. Å oppleve egen kropp er knyttet til sensorikk, og en kortfattet nevrologisk forklaring på ulike begrepet presenteres derfor. Kroppens representasjons i hjernen er et forskningsfelt i utvikling, noe som kan forklare at terminologien i dette feltet til dels er uavklart og brukes ulikt av forskjellige forfattere (Fadnes, Leira & Brodal, 2010). I det psykomotoriske fagfeltet er det heller ikke en felles avklaring om begrepet kroppsbevissthet (Dragesund, 2012). I de ulike teoriene som er valgt for å belyse resultatene fremkommer også ulike betydninger av disse begrepene. Her følger derfor en kort beskrivelse av hvordan begrepene fremstilles i de valgte teoretiske perspektiv.

2.1.1 Kroppsbilde

Dette begrepet brukes ofte om informasjon fra kroppen som er tilgjengelig for vår bevissthet (Fadnes et al., 2010). Dette gjelder informasjon om kroppens utseende, hvordan den er orientert i rommet, og vår opplevelse av eierskap til kroppen og kroppens bevegelser. Følelsen av kroppen som en helhet, og ikke bare separate kroppsdelene, inngår også i kroppsbildet (Fadnes et al., 2010). I følge Bunkan (2010) innebærer begrepet kroppsbilde «både bevisste og ubevisste integrerte sensasjoner, persepsjoner, begreper, affekter, minner og bilder av kroppen fra overflate til dybde, og fra overflaten til begynnelsen av livet» (s. 50). Jeg oppfatter hennes beskrivelse av «kroppsbilde» som tilsvarende, eller hvert fall en side ved «kontakt med egen kropp».

2.1.2 Kroppsbevissthet

Med kroppsbevissthet menes ofte den bevisste oppmerksomhet man kan ha på kroppen og ulik informasjon fra kroppen (Fadnes et al., 2010). Dette er den informasjonen som i følge Fadnes et al. (2010) inngår i kroppsbilde. Det er min oppfatning at begrepet kroppsbevissthet i stor grad brukes i allmennheten om ulike forhold som gjelder å kjenne og forstå egen kropp. Informantene brukte i all hovedsak dette begrepet når de snakket om kroppslige opplevelser.

2.1.3 Kroppsskjema

Dette begrepet brukes ofte om informasjon fra kroppen som ikke er tilgjengelig for vår bevisste erkjennelse (Fadnes et al., 2010). Kroppslige erfaringer om rom og biomekanikk inngår i dette. Dette er kroppslig kunnskap som utføres uten at vi bevisst styrer kroppen, fordi

vi er fokusert på handlingen eller målet og ikke selve utførelsen (Fadnes et al., 2010). Merleau-Ponty (1994) bruker også begrepet kroppsskjema om kroppslige erfaringer som er lært av å være i verden. Han poengterer at informasjonen kroppen får om rom ikke bare er en «posisjonsromlighet» men en «situasjonsromlighet» (s. 43). I det ligger at kroppen handler i samspill med de omgivelser og den situasjon den er i. Kroppen forstår sin posisjon ut fra den handling den utfører, eller det redskap den håndterer. Den kroppslige opplevelsen er rettet mot noe, den er intensjonell (Merleau-Ponty, 1994).

2.2 NORSK PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

2.2.1 Historikk

Psykomotorisk fysioterapi er en behandlingsform som ble utarbeidet av psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen på 1940-tallet. Aadel Bülow-Hansen var faglig interessert i pasienter med såkalte «yrkesnevros», som var smertetilstander i skuldre, nakke og armer der det ikke ble funnet patologiske årsaker. Hun oppdaget at pasienters nervøsitet og reaksjonsmåter i arbeid- og livssituasjoner så ut til å stå i sammenheng med disse lidelsene (Bunkan, Bülow-Hansen, Hauge, Hødal & Hansson, 1995). Hun erfarte at hvilken nytte pasientene hadde av behandling av muskelspenninger så ut til å henge sammen med deres pustemønster. Hvis pusten var fri og omstillbar ble lokale symptomer bedret av lokal muskulær behandling. Men hvis pusten var låst kunne symptomene vedvare, forverres, endre karakter eller forflytte seg (Thornquist & Bunkan, 1995). Hun erfarte også at dersom omstilling og bedring skulle være varig var det ikke nok å bare behandle lokale forhold. Spennings- og holdningsmønster i hele kroppen måtte tas med i behandling. Med denne bakgrunn kom hun frem til ulike måter å påvirke pusten og fremme holdningsomstilling i hele kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995).

Trygve Braatøy var på denne tiden overlege ved den psykiatriske avdeling ved Ullevål sykehus (Bunkan et al., 1995). Han hørte Bülow-Hansen presentere sin behandlingsmetode på et foredrag, og uttrykte interesse for denne behandlingen (Bunkan, et al., 1995). Han var selv interessert i sammenhengen mellom tilbakeholdte følelser, holdt pust og muskelspenninger (Braatøy, 1979). Han argumenterte for at det for mange pasienter med muskelsmerter ikke er tilstrekkelig å drive avgrenset muskulær behandling, da spenningene ofte har rot i følelsesmessige vansker. «Slike problemer vil man forbigå hvis man tror man kan drive avspenningsbehandling uten å snakke med pasientene. (...) Ved å anbefale

avspenningsbehandling som adekvat ved alle nervøse tilfelle, vil man komme i skade for å anbefale den og drive den forgjeves» (Braatøy, 1979, s. 598).

I 1945 innledet Trygve Braatøy og Aadel Bülow-Hansen et samarbeid, og startet utviklingen av Norsk psykomotorisk fysioterapi. I etterkant har flere personer bidratt med å utvikle behandlingsformen videre. Ulike vitenskapelige perspektiver bidrar til å forstå fysioterapifaget slik det praktiseres i dag. I psykomotorisk fysioterapi vil både nevrobiologiske, biomedisinske og ulike filosofiske teorier være med å belyse faget på ulike måter (Øien, 2013).

2.2.2 Psykomotorisk undersøkelse

En psykomotorisk undersøkelse består av anamnese, en kroppslig undersøkelse og registrering av pasientens opplevelse av og reaksjoner på undersøkelsen. I noen tilfeller blir også pasientens kroppsoppfatning og kroppsbilde inkludert i undersøkelsen (Thornquist & Bunkan, 1995). Kroppen blir i psykomotorisk tradisjon sett på som en samspillende enhet, der ubalanse i en del av kroppen kan gi plager i andre deler av kroppen. Symptomer i og reaksjoner fra det autonome nervesystem, immunsystem og hormonsystem blir også sett i sammenheng med pasientens helhetlige tilstand (Bunkan, 2001; Thornquist & Bunkan, 1995). I anamnesen er det derfor relevant å hente inn informasjon om naturlige og autonome funksjoner, som for eksempel søvn, appetitt, magefunksjon, menstruasjon, hyppighet av ulike infeksjoner, tendens til å få ulike sykdommer og annet. Man søker også informasjon om tidligere traumer, plager og sykdommer, om familiære og sosiale forhold, og eventuelt opplevde belastninger i sosiale og kulturelle sammenhenger (Thornquist & Bunkan, 1995). Samlet sett søker en informasjon om pasientens totale livssituasjon for å se denne i sammenheng med de plager og vansker pasienten søker hjelp for (Thornquist & Bunkan, 1995).

Den kroppslige undersøkelsen tar sikte på å vurdere pasientens kroppsholdning i ulike utgangsstillinger, der en blant annet ser på grad av muskelspenning. Funksjonsprøver utføres i ulike utgangsstillinger for å undersøke hvordan pasienten beveger seg. Muskulatur og annet bløtvev palperes for å vurdere blant annet vevskvalitet og reaksjonsmønster ved smerte. Under kroppsunndersøkelsen vurderes hele tiden pasientens respirasjonsmønster og eventuelle autonome reaksjoner som svette, rødme og temperaturforandringer. Dette for å få et inntrykk av pasientens reaksjoner på undersøkelsen. Pasientens opplevelser av undersøkelsen etterspørres også både under og etter undersøkelsen (Thornquist & Bunkan, 1995).

Funnene fra undersøkelsen sammenfattes med sikte på å presentere helhetsoppfatningen av personen (Thornquist & Bunkan, 1995). De ulike funnene må ses i forhold til hverandre, og det må vurderes om funnene samlet sett presenterer noen form for mønster. Det må også vurderes om noen av funnene er motstridende, for eksempel om pasienten uttrykker noe annet verbalt enn vi oppfatter kroppslig. På bakgrunn av pasientens ressurser og belastninger skal man vurdere pasientens omstillingsevne. Med dette skal man kunne si noe om pasienten kan anbefales psykomotorisk fysioterapi eller ikke, og om behandlingen bør være av støttende eller omstillende karakter. Gjennom vurderingen skal en si noe om hvilke mål og tiltak som anses aktuelle for behandlingen (Thornquist & Bunkan, 1995).

2.2.3 Psykomotorisk behandling

Omstilling

Psykomotorisk behandling er ikke rettet spesifikt mot diagnoser og symptomer, men tar sikte på en generell kroppslig omstilling (Bunkan, 2001; Thornquist & Bunkan, 1995). Thornquist og Bunkan (1995) skriver at «via kroppsholdning, muskulatur og pust setter vi i gang en omstillingsprosess, og selve omstillingsprosessen omfatter langt mer enn forandringer i muskel/skjelettsystemet og i respirasjonen» (s. 16). Omstilling beskrives som pasientens mulighet til endring, et uttrykk for de ressurser og potensialer som pasienten har som kan igangsette og føre en endringsprosess (Thornquist & Bunkan, 1995).

Muskulatur – pust – følelser

Den psykomotoriske forståelsesrammen bygger på erkjennelse av at muskelspenninger kan ha et emosjonelt innhold. Å gi slipp på muskelspenninger kan innebære å gi slipp på en kontroll av følelser. Det medfører å måtte vedkjenne og anerkjenne følelser som kan ha vært holdt tilbake (Thornquist & Bunkan, 1995). Det handler om å «gi etter – om å slippe til – om å gi opp kontroll» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 17). Å utvikle nærhet og kontakt med egen kropp er et ledd i den psykomotoriske behandlingen, da distanse til egen kropp kan henge sammen med distanse til egne følelser (Thornquist & Bunkan, 1995).

Kroppsholdning – stabilitet – fleksibilitet – balanse

I psykomotorisk fysioterapi er det et mål å fremme en kropp som er i bevegelig balanse. Det vil si en kropp som er stabil og stødig, og samtidig fleksibel og spenstig (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 74). Spenningsmønsteret i kroppsholdningen og den muskulære innsatsen i bevegelsesmønster er da tilpasset de oppgaver kroppen skal gjøre og den situasjon en befinner seg i (Thornquist & Bunkan, 1995). I en avslappet situasjon skal bevegelser kunne spre seg

fritt og levende i kroppen, uten å bli bremsset av muskelspenninger og holdt pust. I en fysisk eller emosjonelt krevende situasjon skal personen derimot være i stand til å mobilisere krefter, for så å kunne gi slipp igjen når situasjonen er overstått (Thornquist & Bunkan, 1995).

For å utvikle en slik balanse og stabilitet legges det stor vekt på å jobbe med den kroppslige kontakten med underlaget (Thornquist & Bunkan, 1995). «Å være godt forankret i egne bein og egen kropp – ikke bare fysisk sett men også opplevelsesmessig, er en forutsetning for god kroppsfunksjon. Det er også en hjelp til å fungere som menneske i alle livets situasjoner» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 86)

Samtale: verbalisering – refleksjon – bevisstgjøring

Gretland (2007) fremholder viktigheten av å verbalisere de kroppslige opplevelsene som pasienten har ved bruk av meningsfylte, erfaringsnære begreper som samsvarer med konkrete kroppslige fornemmelser. Dette gjør det mulig å reflektere over egne opplevelser, og å dele erfaringer med andre (Gretland, 2007). Samtaledelen av psykomotorisk behandling kan fungere som en bevisstgjørende prosess for pasienten, da terapeuten kan oppfordre pasienten til å ta stilling til egne opplevelser og refleksjoner rundt disse (Bunkan, 2001). Terapeuten hjelper pasienten til å selv belyse sine problemer for på den måten å oppnå ny innsikt om seg selv. Når pasientene selv klarer å sette ord på sine refleksjoner, blir de også selv i bedre stand til å finne egne løsninger, mål og mening (Bunkan, 2010). Verbalisering av egne opplevelser kan også fungere som en oppklaring av hva en selv føler og mener, en får flere begreper å tenke med. På den måten kan pasienten i større grad gi uttrykk for behov og grenser i behandlingen. Dette fremmer pasientens medvirkning og egenansvar i behandlingsprosessen (Bunkan, 2010).

Det helhetlige kroppssynet i PMF uttrykkes også ved anerkjennelse av at mennesket ikke bare har kropper, mennesket *er* kropper. Alt vi opplever og erfarer i verden, opplever vi med kroppen og som kroppen (Thornquist & Bunkan, 1995). Dette leder over til kroppsfenomenologiske teorier.

2.3 KROPPSFENOMENOLOGI

2.3.1 Generelt om fenomenologi

Edmund G. A. Husserl (1859-1938) regnes som grunnleggeren av fenomenologien, en filosofisk retning som anser menneskets erfaring av verden som kilde til kunnskap (Thornquist, 2008). Det vektlegges at verden ikke er objektiv og uavhengig av den som

observerer, men at verden oppfattes subjektivt av den som ser. Menneskets oppmerksomhet er intensjonal, den er rettet mot noe, og fra noe. Menneskets subjektive posisjon anses som en forutsetning for forståelse (Thornquist, 2008).

2.3.2 Kroppsfenomenologi

Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) er kjent som den første innen den fenomenologiske bevegelsen som anså kroppen som det primære erfarende ved mennesket (Thornquist, 2008). Merleau-Ponty (1994) kritiserer den kartesianske tradisjon der kroppen oppfattes som et rent fysisk naturfenomen, *res extensa*, som er separat fra en indre sjel eller bevissthet, *res cogitans* (Leder, 1990). Mennesket vil alltid være mer enn summen av disse delene (Merleau-Ponty, 1994). Han beskriver kroppen som meningsbærende og intensjonell, og at mennesket er i verden og opplever verden som kropp (Merleau-Ponty, 1994).

Den levde kroppen og livsverden

Merleau-Ponty (1994) beskriver hvordan mennesket erfarer verden på en kroppslig måte. Kroppens forhold til verden er intensjonell, det vil si at kroppen er orientert mot det den skal utføre. For eksempel hvis man skal gripe en telefon som ringer, så vil kroppen automatisk finne telefonen uten å bevisst måtte bestemme seg for å reise seg opp, strekke armen, åpne hånden og så videre (Merleau-Ponty, 1994). Begrepet *livsverden* blir brukt om det umiddelbare og fortrolige forholdet vi som mennesker har til verden. Dette forholdet til verden er preget av at det *ikke* er analytisk og reflektert, men primært og før-reflektert (Thornquist, 2008). Kunnskapen vi har om verden er kroppslig og opplevelsesbasert. Gjennom å være i verden lærer kroppen å forholde seg til verden, og utvikler vaner basert på denne kroppslige læringen. Den levde kroppen, eller egenkroppen, brukes som begrep for å romme denne betydningen av kroppen (Merleau-Ponty, 1994). Å forstå den levde kroppen som senter for opplevelse undergraver det kartesianske skillet mellom kropp og sjel, i følge Leder (1990). «The self is viewed as an integrated being» (Leder, 1990, s. 5).

2.4 DIALEKTISK RELASJONSTEORI

Gjennom analysen av datamaterialet fremkom det at informantene vektla refleksjon over egne følelser og økt selvforståelse som en viktig del av behandlingen. For å belyse disse sidene av resultatene anser jeg det som relevant å benytte Anne-Lise Løvlie Schibbyes teorier om dialektisk relasjonsforståelse. Jeg redegjør kort for sentrale begreper som er av særlig betydning for denne studien.

2.4.1 Dialektisk relasjonsteori

Schibbyes (2009) dialektiske relasjonsteori innebærer en oppfattelse av selvet som en prosess i stadig utvikling som påvirkes av sansninger og opplevelser. Selvet er altså ikke en statisk gitt enhet, den utvikles og utfoldes i relasjoner (Schibbye, 2009). Hun presiserer at relasjonelle prosesser foregår i to retninger: innover i seg selv, og utover mot andre. Den indre relasjonelle prosess er den dialog man fører med seg selv, den ytre er den samhandling man er i med andre. Den indre og ytre relasjonelle prosess foregår i et dialektisk forhold til hverandre der de påvirker hverandre gjensidig. For eksempel om man snakker med en person og samtidig har en indre dialog om at man misliker vedkommende, vil denne oppfattelsen overføres til den ytre relasjonen i en eller annen form (Schibbye, 2009). Schibbye (2009) poengterer at denne teorien ikke utelukker at selvet også består av faste strukturer som ikke forandres over tid, eller at selvet kan oppfatte seg selv som likt over tid og sted.

2.4.2 Selvsansning

Schibbye (2009) bruker begrepet «selvsansning» for å beskrive at man fornemmer sansninger og opplevelser i kroppen. Kroppslige opplevelser som blir verbalisert og begrepsfestet, er tilgjengelige for refleksjon. Andre opplevelser forblir usagte og utilgjengelige for refleksjon. Den kroppslige fornemmelsen av opplevelser oppfattes som sentral for opplevelsen av sitt eget selv (Schibbye, 2009).

2.4.3 Selvavgrensning og selvrefleksivitet

Selvrefleksivitet viser i følge Schibbye (2009) til det å kunne forholde seg til seg selv objektivt, kunne se seg selv utenfra og betrakte seg selv. Vi blir gjenstand for vår egen vurdering. Å kunne reflektere over seg selv innebærer å kunne avgrense seg selv. For å reflektere over egne opplevelser, meninger, erfaringer og følelser, må man ha et bevisst forhold til hvilke som er våre egne (Schibbye, 2009). Selvrefleksjon betyr at man kan betrakte og analysere egne opplevelser, vite at de tilhører oss selv og videre kunne uttrykke dem til andre. Gjennom selvrefleksjon kommer man nærmere seg selv, og opplever sine egne indre selvprosesser. Det skilles mellom en kognitiv og en organismisk tilgang til egen selvrefleksivitet. Å kognitivt reflektere over seg selv innebærer å tenke om egne tanker. Organismisk selvrefleksjon har rot i affekter, sansninger og sensoriske inntrykk, knyttet til kroppslige opplevelser (Schibbye, 2009).

3. METODE

3.1 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING

Studien er forankret i en fenomenologisk hermeneutisk kunnskapstradisjon. Det fenomenologiske perspektivet tilbyr en forståelsesramme som fokuserer på erfaringsorientert kunnskap (Thornquist, 2008). I fenomenologien forstås erfaring slik den oppleves for et menneske som subjektiv. Den er påvirket av den forforståelse mennesket allerede har med seg, og den påvirkes også av menneskets intensjon, altså hva man velger å rette oppmerksomheten sin mot (Thornquist, 2008). Et fenomenologisk perspektiv tillater å studere intervjupersoners livsverden, med fokus på deres opplevelser, forståelse og erfaring (Kvale, 2008, s. 28). Det fenomenologiske perspektivet er grunnleggende for studien på minst to plan: For det første er selve tematikken for studien forankret i en fenomenologisk kunnskapsforståelse, da det er informantenes erfaringer som er i hovedfokus. Det betyr at subjektiviteten til hver enkelt informant er en betydelig del av datamaterialet. For det andre er det min forståelse av pasientenes meddelelser som i siste omgang er avgjørende for resultatpresentasjonen. Min subjektivitet er da også av stor påvirkning på kunnskapsutviklingen. Kvale (2008) fremholder i tillegg at det er «den menneskelige interaksjon i intervjuet som produserer vitenskapelig kunnskap» (s. 28). Intersubjektiviteten mellom meg og informantene vil altså også være av betydning for kunnskapen som kommer frem.

Det hermeneutiske perspektivet er knyttet til forståelse og fortolkningen av datamaterialet. Informantenes uttalelser bringer med seg utallige betydninger og fortolkningsmuligheter. I hermeneutisk tradisjon forstås alle fenomener som meningsfulle og intensjonale (Thornquist, 2008). En hermeneutisk fortolkning tar sikte på å forstå den menneskelige mening i fenomener (Malterud, 2008). Hvordan vi fortolker og forstår vil alltid være påvirket av vår forutforståelse, noe vi aldri fullt ut kan fri oss fra. I fortolkning av menneskelige fenomener foregår en dynamisk prosess der en søker å forstå delene ut fra helheten, og helheten ut fra delene. Hver gang vi forstår mer av delene, utvikles vår forståelse av helheten og motsatt i en stadig videreutviklende prosess. Denne forståelsesmodellen kalles den «hermeneutiske sirkel» (Thornquist, 2008, s. 142). En slik type prosess har vært kjennetegnende for min analyseprosess. En stadig videreutvikling av min forståelse av deler og helhet, sett i lys av min forforståelse, har drevet prosessen fremover til de endelige resultatene.

3.2 VALG OG BESKRIVELSE AV METODE

3.2.1 Kvalitativ forskning

Kunnskap består av mer enn det som kan måles og veies (Malterud, 2008). Kvalitative forskningsmetoder er egnet å ta i bruk i felt der kunnskapsgrunnet fra før er begrenset, der man utforsker sammensatte og komplekse problemstillinger og stiller oss åpne for et mangfold av mulige svar. Slike forskningsmetoder kan bidra til å beskrive bredde og nyanser i de fenomener som undersøkes. Menneskers erfaringer, opplevelser og holdninger angående ulike temaer, og dynamiske prosesser som utvikling, endringsprosesser og helhet er det grunnlag for å fange opp med bruk av kvalitative forskningsmetoder (Malterud, 2008). Med bakgrunn i et ønske om å undersøke pasienters erfaring av kontakt med egen kropp og betydning av dette, var det naturlig å velge kvalitativ forskningstilnærming for å svare på problemstillingen. For å innhente informasjon fra informantene vurderte jeg det mest relevant å benytte individuelle dybdeintervjuer som datainnsamlingsmetode.

3.2.2 Intervju som forskningsmetode

«Gjennom konversasjon lærer vi andre å kjenne – vi lærer om deres erfaringer, følelser og håp, og om den verden de lever i» skriver Kvale (2008, s. 21). I motsetning til hverdagstale, er et forskningsintervju mer strukturert og styrt av en bestemt hensikt. Men fortsatt er målet å søke forståelse for den intervjuedes livsverden. Det at informasjonen som kommer fram under forskningsintervju har et sterkt subjektivt preg er nettopp det som er metodens styrke i følge Kvale (2008), da det legger grunn for at mangfold, bredde og uenighet som ikke på forhånd er definert kan fanges opp. Kvalitative forskningsintervjuer er i følge Kvale og Brinkmann (2009) et håndverk som må læres, og å utføre et godt intervju krever trening og grundig forberedelse. I forkant av intervjusituasjonene la jeg en overordnet plan for studien, utformet intervjuguide, satte meg godt inn i temaet for oppgaven, og gjennomførte et prøveintervju på en medstudent.

3.2.3 Utforming av intervjuguide

Både Kvale (2008) og Malterud (2008) beskriver viktigheten av å forholde seg åpen til det informantene har å formidle, men samtidig ha en viss plan for retningen på temaet, slik at du som intervjuer kan sørge for at informasjonen som kommer frem er av relevans for temaet. Jeg hadde som mål for intervjusituasjonene å stille meg mest mulig åpen til å forfølge det informantene selv valgte å vektlegge, og forberedte derfor en semistrukturert intervjuguide. Denne besto ikke av standardiserte spørsmål, men en blanding av spørsmål og stikkord til

hvert av undertemaene. En del spørsmål og stikkord gikk også på tvers av hovedtemaene, der informantens svar ville avgjøre hvilken kategori det falt inn under. Etter hvert intervju bearbeidet jeg også intervjuguiden noe, som følge av min egen økte forståelse for temaet, og erfaringer med intervjusituasjonene. Intervjuguiden, slik den ble bearbeidet til tredje og siste intervju, er lagt ved som vedlegg nr 1.

Intervjuguiden var delt opp i tre hovedtemaer basert på oppgavens problemstilling.

Hovedtemaene var:

- Beskrivelse av kontakt med egen kropp. Hvordan oppleves kroppen, hva kjennes i kroppen.
- Endring av kontakt med egen kropp. Hva har vært nytt i opplevelse og forståelse av kontakt med egen kropp, hva har ført til disse endringene?
- Betydning av de endringene som blir beskrevet. Hva slags innvirkning har det hatt å få endret kontakt med egen kropp?

Disse kategoriene fungerte som hovedstrukturen i intervjuguiden; innledningsvis å etterspørre kroppslige opplevelser, endringer av kroppslige opplevelser og deretter betydning av dette.

Eksempler ville jeg forsøke å få frem i alle ledd.

3.3 UTVALG

3.3.1 Inklusjonskriterier for valg av informanter

I kvalitativ forskning benyttes ofte et strategisk utvalg av informanter. Det vil si at man søker informanter som i størst mulig grad kan sikre et relevant og innholdsrikt datamateriale (Malterud, 2008). Oppgavens rammer tilsa at tre informanter var et egnet antall, og jeg ønsket å skaffe informanter som kunne gi rike og nyanserte beskrivelser om oppgavens tema.

Inklusjonskriteriene var som følger:

- Henvist til psykomotorisk fysioterapi grunnet muskel-skjelettlidelser.
- Voksne informanter, altså over 18 år.
- Må ha gått i behandling minst seks måneder. Dette for at de skulle ha hatt anledning til å tilegne seg en viss erfaring og refleksjon rundt psykomotorisk fysioterapi og kontakt med egen kropp.
- Må fortsatt gå i behandling. Dette for at deres erfaringer skulle være mest mulig ferske og aktuelle. Også for å sikre at de hadde mulighet til å følges opp videre av sin behandler etter intervjuet dersom de skulle ha behov for det.

-Ingen kriterier satt for yrkes-, arbeids-, sivil- eller sykemeldingsstatus, da disse faktorene ikke var tenkt å inkluderes som tema for oppgaven.

-Ingen kriterier til kjønnsfordeling i utvalget, da jeg anså de øvrige kriteriene som mer betydningsfulle for å belyse problemstillingen.

3.3.2 Inklusjonskriterier for valg av terapeuter

For å finne informanter måtte jeg først og fremst finne psykomotoriske fysioterapeuter som hadde aktuelle pasienter å rekruttere til studien. Hovedkriteriet jeg satte for terapeutene var at de skulle ha lang erfaring som privatpraktiserende psykomotoriske fysioterapeuter og god erfaring med pasienter med muskel-skjelettlidelser. Jeg satte ikke noe definitiv grense for hvor lang erfaring de måtte ha, men hovedhensikten var at de over tid skulle ha praktisert psykomotorisk fysioterapi, hatt mulighet til å reflektere rundt sin praksis og utviklet en faglig trygghet og ståsted. Jeg satte ikke som kriterium at de skulle være spesialister i psykomotorisk fysioterapi, da jeg anså de øvrige kriteriene som mer vesentlige for deres erfaringsgrunnlag. Som helt fersk innen psykomotorisk fysioterapi og boende på et lite sted i Norge, var kontaktnettet mitt av psykomotoriske fysioterapeuter relativt begrenset. De terapeutene jeg først kontaktet, og som sa seg villige til å forsøke å rekruttere pasienter, kjente jeg fra egen veiledning og egenbehandling. De har henholdsvis 15 og 28 års erfaring som psykomotoriske fysioterapeuter, og har jevnlig psykomotoriske studenter som jobber, får veiledning og egenbehandling hos dem. Dette gir tillit til at de er opptatt av å holde seg faglig oppdatert og jobber innen de grunnleggende rammene for psykomotorisk fysioterapi. Med denne bakgrunn anså jeg at disse terapeutene oppfylte kriteriene til erfaringsgrunnlag på en god måte.

3.3.3 Rekruttering

Rekruttering av informanter foregikk ved at de inkluderte terapeutene selv vurderte hvilke av sine pasienter som kunne være aktuelle informanter. Denne vurderingen gjorde de på bakgrunn av de nevnte inklusjonskriterier, og deres vurdering av pasientenes egnethet med tanke på blant annet evne til å uttrykke seg og antatt vilje til å delta i studien. Terapeutene forespurte først pasientene muntlig der de ga en viss informasjon om studien. Dersom pasientene viste interesse fikk de utlevert et informasjonsskriv jeg hadde formulert, som var godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (se vedlegg 2). I tillegg fikk de utlevert samtykkeskjema og frankert konvolutt adressert til meg. Etter å ha mottatt samtykkeskjemaene i posten, kontaktet jeg informantene på telefon og ga ytterligere informasjon om studien, svarte på spørsmål de måtte ha og avtale intervjuetidspunkt.

3.4 DATAINNSAMLING

3.4.1 Intervjusituasjonene

Alle intervjuene ble utført i september 2012. Et intervju ble utført på mitt kontor, et på informantens behandlingssted, og et på kafe. Varigheten på hvert av intervjuene var rett i overkant av en time. Under intervjuet noterte jeg bare noen få stikkord av hva informantene formidlet, med hensikt på å følge opp det de meddelte underveis. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker med god lyd kvalitet. Alle informantene uttrykte glede over å få bidra med å formidle sin opplevelse av behandling, som for alle hadde vært positiv. I alle intervjuene opplevde jeg at stemningen mellom meg og informant var høflig, imøtekommende og munter fra begges side.

3.4.2 Erfaringer med intervjusituasjonene

Jeg innledet intervjuene med en introduksjon, noe som er anbefalt av Kvale (2008). I introduksjonen fortalte jeg generelt om hvordan intervjusituasjonen kom til å foregå, gjentok hva som var tema for oppgaven, og at hensikten var å fokusere på informantens erfaringer og opplevelser rundt temaet. Deretter åpnet jeg med et åpent spørsmål om en opplevelse av endret kontakt med egen kropp, og forsøkte å forfølge informantens svar videre.

Å være i stand til å følge opp det som er mest relevant for studien og mest aktuelt for informanten, var en stor utfordring under alle intervjuene. Det som styrte meg i hva jeg valgte å stille oppfølgingsspørsmål om, var en ambisjon om å tydeliggjøre mest mulig hva informanten mente med sine utsagn. Kvale (2008) fremholder viktigheten av å forsøke å validere informasjonen fortløpende gjennom å omformulere informantens utsagn slik du som intervjuer forstår det, og spørre informanten om dette stemmer. Jeg tok flere ganger utgangspunkt i ord som informantene brukte, og spurte tilbake: «hva mener du med...». På denne måten gikk vi på enkelte temaer mer i dybden enn i bredden, og eksempler ble mer detaljert. Derimot slo det meg i etterkant av særlig det ene intervjuet, at jeg kan ha fremstått uvitende om psykomotorisk fysioterapi og i dårlig stand til å forstå hva informanten uttrykte. Dette kan ha ført til en usikkerhet hos informanten. I det påfølgende intervjuet var jeg dermed mer påpasselig med å informere om at spørsmål jeg stiller dreier seg om å i størst mulig grad oppklare, tydeliggjøre og unngå mulige misforståelser.

Å stille seg åpen for å følge informantens uttalelser mer enn å følge en oppsatt spørsmålsmal, førte også til utfordringer vedrørende å finne flyt, sammenheng og naturlig rekkefølge i intervjuet. Jeg opplevde også utfordringer med å stille spørsmål som var åpne nok til å kunne

fange kompleksiteten i hva kroppslige opplevelser kan være, og samtidig presise nok til å unngå misforståelser og hindre diffuse og generaliserte svar. Å få eksempler på kroppslige opplevelser viste seg å bli en god måte å møte dette problemet. På denne måten fikk informantene beskrevet både ulike kroppslige opplevelser de har erfart, og ulike betydninger dette har hatt for dem.

I etterkant av hvert intervju var jeg usikker på om jeg hadde latt informantene bringe frem alt det de hadde å si om temaet. På slutten av hvert intervju forsøkte jeg å samle trådene og gjennomgå en oppsummering av hva jeg forsto som informantens viktigste poenger. I hvert tilfelle bekreftet informanten at de var fornøyde med oppsummeringen, og at de følte de hadde fått formidlet det de ønsket om temaet. Likevel var jeg usikker på om jeg hadde styrt intervjuet for mye i retninger jeg selv interesserte meg for. Men i denne forbindelse er det nyttig å bli påminnet om at kvalitativ forskning ikke handler om å «grave frem» en definitiv og objektiv sannhet om et tema, men å skape kunnskap om et tema i samhandling med informant (Kvale, 2008).

3.5 TRANSKRIBERING

3.5.1 Generelt om transkribering

I kvalitativ forskning skal materialet fra datainnsamlingen omformes til tekst. Dette er et nødvendig steg for å bearbeide materialet på en systematisk måte. Derimot vil aldri tekst fullstendig kunne reflektere virkeligheten (Kvale, 2008; Malterud, 2008). Malterud (2008) påpeker at det er viktig å huske at transkripsjonen aldri kan gi mer enn et avgrenset bilde av det vi skal studere, og at mening alltid vil bli delvis forvrengt eller gå tapt. Når man velger transkripsjonsprosedyre må man derfor søke å ivareta meningsinnholdet på en mest mulig pålitelig og gyldig måte (Malterud, 2008). Jeg valgte det som i følge Malterud (2008) kalles en «lett moderert ordrett metode» (min oversettelse av «slightly modified verbatim mode»), med mål om å gjengi talen mest mulig nøyaktig, med fokus på innholdet i det talte (s. 79).

3.5.2 Egen transkripsjon og erfaringer med dette

Transkriberingen av intervjuene gjennomførte jeg selv kort tid etter intervjuene. Lydfilene fra båndopptaker ble overført til PC, og lyd kvaliteten var god. Etter å ha transkribert ferdig alle intervjuene hørte jeg gjennom lydbåndene en gang til for å forsikre meg om at jeg hadde fått med alt på en god nok måte, og gikk mer grundig inn på å markere småord, pauser og toneleie. Hvert intervju ble til 17-20 sider transkribert tekst med enkel linjeavstand, skriftstørrelse 11.

Jeg opplevde at transkriberingen var forholdsvis lite utfordrende teknisk, selv om det tidsmessig var krevende. Enkelheten jeg opplevde kan ha sammenheng med at jeg ved første gjennomgang forholdt meg relativt ureflektert til innholdet mens jeg transkriberte, og fokuserte i liten grad på innhold og tolkning. Andre gang jeg gjennomgikk lydbåndene og redigert transkripsjonene var jeg mer fokusert på innhold, og tok meg mer tid til refleksjon og ettertanke. Dette noterte jeg stikkordsmessig som mine hovedinntrykk om intervjuenes innhold og særtrekk. Kvale (2008) og Malterud (2008) beskriver transkripsjonsarbeidet som en mulighet til å bli kjent med materialet på en annen måte, en prosess som åpner for å legge merke til andre nyanser og gjøre seg ettertanker på innhold og mening.

Jeg oversatte ordrett hva informantene og jeg selv sa, men oversatte dialekt til bokmål. Dette gjorde jeg for å lette lesbarheten ved videre bearbeiding av materialet, og for å redusere mulige personidentifiserende karakteristika. Alle ufullstendige setninger ble skrevet slik de ble sagt uten å slås sammen til hele setninger. Småord som «eh», «em» og lignende ble stort sett utskrevet, men med noe reduksjon i deler av intervjuet der det var svært hyppig forekomst av dette. Denne modifiseringen ble gjort både for å øke lesbarheten på transkripsjonene og fokusere på innholdet i det som ble sagt. Pauser mellom ufullstendige setninger, for eksempel der informantene begynner en setning på ny, ble beskrevet med prikker, slik som dette Pauser som var mer fremtredende ble beskrevet som (pause), (kort pause) eller (lengre pause). Det ble ikke anført hvor mange sekunder pausene var på. Sukk, latter, til dels toneleie ble beskrevet med ord der jeg oppfattet at det hadde betydning for forståelsen av innholdet i det informantene uttrykte.

3.6 ANALYSE

3.6.1 Generelt om analyse

I analysefasen skal rådata organiseres og bearbeides på en systematisk og reflektert måte for å fremskaffe resultater om temaet som er undersøkt (Malterud, 2008). Prosessen krever systematisk kritisk refleksjon, der man med bakgrunn i oppgavens problemstilling stiller spørsmål til datamaterialet, for å avdekke mønstre og kjennetegn som kan belyse temaet. Datamaterialet vi har kan gi svar på ulike temaer, så vi må i denne prosessen bestemme oss hvilket fokus spørsmålene vi stiller skal ha. Dette innebærer også at det er deler av materialet og en rekke vinklinger på temaet som *ikke* blir belyst, men velvalgte begrensninger vil alltid være nødvendig (Malterud, 2008). Idealene om helhetstenkning, lojalitet til informantenes opprinnelige utsagn og fenomenologiske prinsipper om å studere fenomenene slik de fremtrer,

kan skape en utfordring i analyseprosessen, da også kvalitativ forskning innebærer en abstraksjon, reduksjon og generalisering av det opprinnelige materialet (Malterud, 2008; Kvale, 2008).

3.6.2 Valg av analysestrategi: Systematisk tekstkondensering

Malterud (2008) beskriver at de fleste analysestrategier i kvalitativ forskning innebærer en dekontekstualisering, der deler av materialet trekkes ut for å studere nøyere, og en rekontekstualisering der vi må validere at delene vi har tatt ut og belyst fortsatt har gyldighet i den opprinnelige kontekst det var hentet fra. En analysemetode som har dette som prinsipp, er systematisk tekstkondensering som er utviklet av Malterud (2008). Denne strategien gir en systematisk fremgangsmåte som fordrer refleksivitet i alle steg, og er egnet i studier der en vil fremskaffe beskrivelser av et fenomen på tvers av materiale fremskaffet av flere ulike informanter. Da nettopp dette var målet med min analyse, anså jeg denne analysestrategien som godt egnet. Prosedyren består av fire steg, der det første steget er å skaffe seg et overblikk og helhetsinntrykk av materialet. Dette gjøres ved gjennomlesing av transkripsjoner og en første overordnet tematisering av hovedinntrykk. Neste steg består av mer systematisk gjennomlesing av hver transkripsjon og å identifisere meningsenheter, som er tekstdeler som inneholder informasjon om et tema som anses relevant. I dette steget skal man også begynne å kode meningsenhetene, slik at vi samler informasjon om hvert tema i ulike kategorier. Tredje steg består av å sammenfatte innholdet fra meningsenhetene i hver av disse kategoriene. Dette arbeidet består også av å organisere innholdet i hver kategori inn i ulike subgrupper, for å best mulig nyansere innholdet i hver kategori. Meningsenheter i hver subgruppe kondenseres så ved at en formulerer kunstig sitat som fortetter innholdet. Det fjerde steget består av å skape beskrivelser av hvert tema i kategoriene og subgruppene, som er basert på det kunstige sitatet og ekte sitater fra transkripsjonen. I dette steget er det også viktig å gå tilbake til den opprinnelige transkripsjonen for å forsikre seg om at meningen vi har trukket ut og bearbeidet fortsatt er i overensstemmelse med den opprinnelige konteksten (Malterud, 2008).

3.6.3 Egen analyse

Jeg fulgte analyseprosedyren systematisk tekstkondensering med noen små modifikasjoner som redegjøres for i det følgende. Å skaffe meg hovedinntrykk av innholdet gjorde jeg ved å lese gjennom alle transkripsjonene og lytte til intervjuene en gang, samtidig som jeg noterte temaer som dukket opp som mulig relevante. Deretter begynte jeg å jobbe mer systematisk med et og et intervju for å definere meningsenheter i teksten. Ved første forsøk ble jeg til dels styrt av de noterte temaene. Etter hvert bestemte jeg meg for å se helt bort fra de temaene jeg

hadde notert meg på forhånd, og fokuserte på teksten med så åpent sinn som mulig. Hver gang jeg oppfattet et skifte i meningsinnhold i transkripsjonen, markerte jeg en meningsenhet. Hver meningsenhet, som besto av noen linjer eller avsnitt, omformulerte jeg til et sentralt tema som kortfattet oppsummerte innholdet i meningsenheten (se vedlegg 3). Alle de sentrale temaene fra hvert intervju listet jeg så opp i egne dokument, et dokument for hvert intervju. Deretter tok jeg for meg intervjuene hver for seg, og jobbet med å samle de sentrale temaene i ulike kategorier. Denne prosessen var en stor utfordring som stadig gjorde meg usikker på hvordan jeg skulle velge kategori. I starten var jeg i stor grad opptatt av at kategoriene skulle være i overensstemmelse med valg av teori til å belyse resultatene. Dette til tross for at jeg stadig ble påminnet om, både i veiledning og gjennom metodelitteratur, at dataene skal tale for seg, uten overveiende påvirkning av teoretisk perspektiv. Som hjelp for å fokusere på dataene, forsøkte jeg flere ganger å konsentrere meg om å definere hva jeg oppfattet som hovedessensen i hvert av intervjuene. Etter å ha jobbet med kategorisering av sentrale temaer for alle intervjuene i flere omganger, og også lagt frem mine forslag til kategorier til gruppeveiledning der jeg fikk tilbakemelding på disse, endte jeg opp med fire kategorier som jeg mente fanget innholdet for alle intervjuene, sett i lys av oppgavens problemstilling. Deretter samlet jeg de sentrale temaer for hver av kategoriene på tvers av intervjuene (vedlegg 4). Kategoriene var på dette tidspunktet:

1. Endret kontakt med egen kropp
2. Økt forståelse av kropp og seg selv
3. Mestringsfølelse og ansvar
4. utfordringer ved og forutsetninger for endring

Deretter jobbet jeg med å definere subgrupper under hver kategori, basert på de sentrale temaene. Denne prosessen gjorde jeg på samme måte som da jeg gjennomgikk sentrale temaer for hvert intervju for å danne kategorier. Igjen opplevde jeg store utfordringer med å favne og strukturere materialet på en måte som både velger ut det som er relevant sett i lys av problemstilling, ivaretar informantenes stemme, og som både skaper oversikt og ivaretar helheten på en god måte. Gjennom flere runder med ulike forslag til undergrupper, der jeg gjentatte ganger gikk gjennom de sentrale temaene for hver kategori for å sikre meg at jeg fikk med meg alt jeg oppfattet som relevant, kom jeg frem til to-tre subgrupper for hver kategori. For eksempel for kategori 1 kom jeg frem til undergruppene:

1. Annerledes og tydeligere kroppslige opplevelser
2. Totalopplevelser – mer enn bare kroppslig fornemmelse

3. Fokus og oppmerksomhet mot kropp

Jeg samlet så sammen alle sentrale temaer for hver subgruppe, og oppsummerte innholdet fra disse i et eller flere avsnitt (vedlegg 5). Malterud (2008) beskriver at disse avsnittene skal formuleres i jeg-form, som «kunstige sitater». Jeg valgte å gå bort fra dette, og sammenfattet innholdet i 3. person.

Med de utvalgte subgruppene og sammenfatning av sentrale temaer, skrev jeg ut resultatene fra datamaterialet. Jeg utdypet da innholdet i hver subgruppe der jeg forsøkte å belyse de nyanser jeg hadde funnet, og beskrev poengene med utvalgte sitater fra de opprinnelige transkripsjonene. Sitatene ble modifisert til en viss grad for å oppfylle et mer skriftvennlig uttrykk. Denne prosessen har jeg også gjort i flere runder.

I prosessen med å skrive ut resultatene jobbet jeg grundig med å gå tilbake til de opprinnelige transkripsjonene, for å se om meningene i resultatkategoriene var i overensstemmelse med det opprinnelig talte. I tillegg fikk jeg på denne måten inntrykk av hvor mye informasjon som faktisk fremkom om hvert av temaene, slik at jeg kunne vurdere om den valgte kategorien og subgruppen faktisk hadde solid støtte i materialet. I denne prosessen kom jeg frem til å velge bort den ene kategorien jeg hadde definert, nemlig fjerde kategori «Utfordringer ved og forutsetninger for endring». Jeg innså at denne kategorien, som inneholdt informasjon om terapeutens rolle og ulike vanskeligheter informantene hadde opplevd som følge av endringsprosessen, ikke var en naturlig del av svaret på problemstillingen. En del av poengene i denne kategorien var overførbare til de øvrige kategoriene, for eksempel terapeutens rolle i å gi informasjon om kroppens funksjon og å være en samtalepartner til å reflektere sammen med pasienten inn under kategorien «Økt forståelse», og viktigheten av fysisk behandling og berøring for å få økt kontakt med egen kropp passet inn i kategorien «Opplevelser av egen kropp». Dermed var det til slutt tre kategorier, med to til tre underkategorier i hver, som ble resultatet av datainnsamling og analyse. Bredden og nyansen i disse kategoriene oppfattes som en tilfredsstillende presentasjon av innholdet i intervjuene, sett i lys av problemstilling. Overskrifter på kategoriene og undergruppene ble finjustert ved videre bearbeiding av resultater og diskusjon.

3.7 METODISKE OVERVEIELSER

Kunnskapsutviklingen i en vitenskapelig studie vil alltid være påvirket av de ulike valg man som forsker tar i prosessen. Det er et mål i kvalitativ forskning at forskerens steg og valg underveis i forskningsprosessen blir gjort rede for i presentasjonen av studien, slik at leser i

teorien skal kunne følge og forstå forskers valg (Malterud, 2008). Dette er forsøkt ivaretatt i den foregående beskrivelsen av metode. Det vil hverken være mulig eller ønskelig å eliminere alle påvirkende faktorer, men det er et mål å synliggjøre i størst mulig grad hva som har styrt våre valg. Refleksivitet innebærer at forsker må innta en metaposisjon overfor seg selv, og betrakte bakgrunnen for sine egne valg i forskningsprosessen (Malterud, 2008). I det følgende vil jeg redegjøre for enkelte betraktningen rundt min egen og utvalgets påvirkning på kunnskapsutviklingen.

3.7.1 Forforståelse

Min forforståelse for oppgavens tema er først og fremst preget av hvordan jeg oppfatter norsk psykomotorisk fysioterapi. Kunnskap til dette feltet har jeg fra både undervisning, litteratur av eldre og nyere art, forskning på feltet, erfaring fra egen praksis, egenbehandling og praksisveiledning. Min forståelse av feltet er influert av egne opplevelser, erfaringer og refleksjoner rundt psykomotorisk fysioterapi og min kontakt med egen kropp. For meg innebærer det å ha kontakt med egen kropp kroppslige erfaringer, erkjennelser og innsikter som er knyttet til å få bedre kontakt med og forståelse av meg selv. Dette igjen opplever jeg har stor innvirkning på hvordan jeg forholder meg til meg selv og andre. I tillegg har kontakt med egen kropp hatt stor funksjonell betydning for meg, i form av bedre kroppsholdning og bevegelsesmønster. Det vil si at min erfaring med kontakt med egen kropp i stor grad bekrefter de beskrivelsene jeg finner i psykomotorisk teori. Denne forståelsen vil dermed ha vært delvis ledende i både min utforming av intervjuguide, intervjusituasjonen og analyse av datamaterialet. Til tross for denne påvirkningen har jeg gjort mitt ytterste for å forholde meg åpen til informantenes meddelelser. For eksempel ga de lite informasjon om funksjonelle forhold som for eksempel kroppsholdning og sittestilling, selv om jeg rettet spørsmål i denne retningen også. Sett i et annet lys vil også min forforståelse av temaet være en forutsetning for kunnskapsutviklingen (Paulsgaard, 1997). Det at jeg selv har forståelse og egen erfaring omkring det informantene meddeler, bidrar til å sikre en felles forståelse av temaet vi snakker om (Paulsgaard, 1997).

3.7.2 Forsker i eget felt

Psykomotorisk fysioterapi er fagfeltet jeg praktiserer til daglig, og gjennom studien har jeg hatt et særlig ønske om å øke egen kunnskap og forståelse. Jeg kan ha vært styrt av et ønske om å presentere faget på en særlig respektfull, tillitsfull og verdig måte. Dette har jeg minnet meg selv på mange ganger, særlig i analyseprosessen. Jeg har dermed forsøkt å forholde meg mest

mulig nøktern og måteholden i min tolkning av datamaterialet og presentasjon av terapeutiske virkninger av behandlingsformen.

3.7.3 Utvalg

Informantene er valgt ut av sin fysioterapeut ut fra beskrevne inklusjonskriterier. Alle informantene har gått i behandling i lang tid, mellom fire og fem år. Varigheten på behandlingen antar jeg har hatt betydning for de endringene de har erfart. Et utvalg som hadde kortere behandlingsforløp ville kanskje hatt andre erfaringer å meddele. Fysioterapeutene var klar over at jeg ønsket informanter som i størst mulig grad kunne gi rike beskrivelser av sine erfaringer. Dette kan ha medført at de pasientene som ble forespurt var pasienter som hadde hatt en særlig god fremgang i behandlingen, og som fysioterapeuten hadde et godt forhold til. Deres erfaringer kan dermed ha vært mer positivt vinklet enn den samlede pasientmassen i psykomotorisk fysioterapi ville ha vært. Informantene kan også ha vært påvirket av et bevisst eller ubevisst ønske om å fremstille både behandlingsformen og fysioterapeuten i et godt lys. De uttrykte alle takknemlighet overfor behandlingen de hadde mottatt, og var glade for å kunne delta i studien. Det at informantene kan ha vinklet behandlingsformen i et særlig positivt lys undergraver likevel ikke riktigheten av det de meddelte. Deres erfaringer presenterer uansett sider ved temaet som anses relevante å belyse.

3.7.4 Analyse

Gjennom analyseprosessen minnet jeg meg selv stadig på å forholde meg fortrolig til datamaterialet. Likevel opplevde jeg gang på gang at de kategorier og undergrupper jeg foreslo, var forankret i ulik teori jeg anså relevant for å belyse resultatene. Det at jeg følte meg styrt av teorier, gjorde også at jeg vinklet funnene i datamaterialet i disse retningene. Etter iherdig innsats for å løsrive meg fra teoretiske perspektiver, landet jeg til slutt på kategorier som i så stor grad som mulig er basert på informantenes egne beskrivelser. De teoretiske perspektivene som er valgt til å belyse resultatene, foruten det psykomotoriske perspektivet, kom jeg frem til da analysen var nærmest ferdig. Teoriene jeg har valgt fremstår som relevante som en følge av resultatenes innhold.

3.7.5 Reliabilitet og validitet

Verifiseringen av en forskningsstudie er ikke en engangsprosedyre som utføres ved slutføringen av studien, men en stadig pågående holdning under hele forskningsprosessen (Kvale, 2008, s. 164). Studiens reliabilitet dreier seg i følge Kvale (2008) om forskningsfunnenes konsekvens. Jeg har gjennom hele studien etterstrebet å være konsekvent

i min håndtering av de tre intervjuene, både i intervjusituasjonene, transkribering og analyse. Det at jeg har vært alene om å håndtere alle intervjuer og alle delprosesser er med å sikre likhet i hvordan disse har blitt behandlet og forstått. Reliabilitet er også knyttet til hvordan man som forsker påvirker studien i alle dens steg. Jeg har etterstrebet å redegjøre for dette i de foregående avsnitt.

Studies validitet dreier seg i følge Malterud (2008) ikke om hvorvidt resultatene er gyldige eller ikke, men hva de er gyldige om. Vurdering av intern validitet vil si å vurdere om innholdet i datamaterialet faktisk svarer på problemstillingen (Malterud, 2008). I min studie mener jeg å ha stilt meg tilstrekkelig åpen overfor informantenes meddelelser både i intervjusituasjonene og i analysearbeidet, til at resultatene gir et gyldig bilde på hva kontakt med egen kropp kan innebære for pasienter med muskel-skjelettlidelser i psykomotorisk fysioterapi. Mulige påvirkende faktorer er diskutert, men jeg har hele tiden søkt etter en posisjon der jeg stiller meg mest mulig åpen til datamaterialet. I tillegg ser jeg det også som en fordel, og kanskje også en forutsetning, at jeg selv har kunnskap om og erfaring fra psykomotorisk behandling både som fysioterapeut og pasient. Det gjør at jeg og informantene kan ha en felles forståelse for en del av temaene som ble tatt opp. Dette kan bidra til å forhindre mulige systematiske feil som skyldes misforståelser. I intervjusituasjonene forsøkte jeg også hele tiden å avdekke mulige misforståelser og tydeliggjøre hva informantene mente. Med dette mener jeg at datamaterialet og resultatene er et gyldig svar på oppgavens problemstilling.

Ekstern validitet dreier seg om resultatenes overførbarhet. Det vil si hvilke grupper og kontekster resultatene kan være gyldige i (Malterud, 2008). Det jeg har undersøkt i denne studien er beskrivelser av hva kontakt med egen kropp kan innebære, og hvilke betydninger endring i kontakt med egen kropp kan ha. Det har fremkommet en viss bredde i beskrivelser som dekker mange ulike aspekter av temaet. Derfor tenker jeg at resultatene presenterer temaer som kan gjelde for ulike pasientgrupper som går i psykomotorisk fysioterapi. Selv om alle informantene var henvist for muskel-skjelettlidelser, kan jeg ikke si at resultatene gjelder alle pasienter i denne diagnosegruppen. Men kanskje er det andre karakteristika ved informantene som sier noe om hvilke grupper resultatene kan være overførbare til. Øien et al. (2009) identifiserte to ulike grupper da de studerte pasienters endringsprosesser i psykomotorisk behandling. En gruppe så ut til å oppleve stor endring, den andre opplevde mindre. Hvordan pasientene opplevde og persiperte egen kropp så ut til å indikere mulighet

for endring. Det kan kanskje bety at informantene i min studie alle ville presentert gruppen som opplevde stor endring.

3.8 ETISKE BETRAKTNINGER

Alle medisinske studier som omfatter mennesker skal følge etiske prinsipper som er fastlagt i Helsinkideklarasjonen og vedtatt av Verdens legeförening (World Medical Association [WMA]) (WMA, 2012). Den innebærer blant annet at forsker må kjenne til de nasjonale etiske regler og lovgivning som omfatter forskning. Før oppstart av studien ble søknad om gjennomføring av studien, prosjektplan og informasjonsskriv til informantene godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD) (vedlegg 6). I forkant av det hadde Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vurdert at prosjektet ikke omfattes av helseforskningsloven (vedlegg 7).

Informantene ble i informert muntlig og skriftlig om studiens tema, formål, fremgangsmåte og plan for intervju situasjonen i forkant av studien (se vedlegg 1). De fikk ettertrykkelig beskjed om at deltakelsen var helt frivillig, og at de kunne trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt uten at det ville få noen konsekvenser for dem. Valg om å delta eller ikke ville ikke påvirke deres videre behandlingsforløp på noen måte. Alle informantene ga skriftlig informert samtykke til deltakelse. Det ble vurdert at mulige risikoer ved å delta var minimale, og at studiets formål derfor var større enn de mulige risikoene for informantene. Gjennom både intervjuene, bearbeiding av datamateriale og presentasjon av resultater har jeg forsøkt å ivareta informantenes integritet, privatliv, stemmer og budskap i størst mulig grad. All informasjon som fremkommer om informantene er anonymisert.

Under bearbeiding av materialet har jeg oppbevart alt skriftlig datamateriale i et låst skap. Alt digitalt materiale er oppbevart på PC og ekstern harddisk som er låst med brukernavn og passord. Personidentifiserende materiale er kun oppbevart i papirform separat fra øvrig datamateriale. En enkel koblingsnøkkel mellom personopplysninger og øvrige data er benyttet. Ved studiens slutt vil alle personidentifiserende opplysninger ødelegges.

4. RESULTATER OG DRØFTING

4.1 INNLEDNING

4.1.1 Presentasjonsform

I dette kapitlet presenteres resultatene som har kommet frem av analysen. I etterkant av hver kategori følger en drøfting av resultatene sett i lys av valgte teoretiske perspektiver.

Resultatene er en tematisk beskrivelse av fenomener som er sett på tvers av intervjuene.

Utvalgte sitater fra transkripsjonene er trukket inn for å belyse de aktuelle temaene. I resultatpresentasjonen presiseres det ikke hvilke informanter som har gitt hvilke beskrivelser. Denne presentasjonsformen er valgt for å hindre gjenkjennelse av informantene i størst mulig grad. Forskningsmaterialet fra de tre informantene gir ulike beskrivelser og nyanser til problemstillingen.

Problemstilling og analytiske spørsmål til teksten har vært ledende i utvikling av resultatene. Analytisk spørsmål til teksten har vært: «Hva sier teksten om informantenes kroppslige opplevelser, hvordan beskrives kontakt med egen kropp, endring i kontakt med egen kropp og betydning av eventuell endring?». Basert på disse spørsmålene kom jeg frem til følgende hovedkategorier: 1: Opplevelser av egen kropp. 2: Meningsdannelse. 3: Mestring og ansvar.

Problemstillingens første delspørsmål, «Hvordan endrer pasienter kontakt med egen kropp?», blir i hovedsak besvart i kategori 1. Delspørsmål 2, «hvilken betydning har denne endringen?» blir først og fremst besvart i kategori 2 og 3, men også kategori 1 kan sies å inneholde elementer av dette temaet. Å forme kategorier som både ivaretar helheten, og også poengterer skiller i fenomenet «kontakt med egen kropp» har vært en stor utfordring. Både i resultatpresentasjon og den følgende drøftingen vil flere temaer gå på tvers av kategoriene. Særlig diskusjon av kategori 1 var utfordrende da opplevelser av egen kropp ligger til grunn for de følgende kategoriene. Diskusjonen av kategori 1 vil derfor peke fremover mot de kommende kategoriene, samtidig som drøfting av kategori 2 og 3 vil peke tilbake til kategori 1. Fremstillingen er allikevel et forsøk på å systematisere og poengtere ulike sider ved fenomenet «kontakt med egen kropp» på en mest mulig oversiktlig måte. I resultatene har jeg forsøkt å fremme mest mulig bredde og nyanse i hva informantene meddelte. I diskusjonen vil derimot enkelte av kategoriene og undergruppene legges mer vekt på enn andre.

4.1.2 Presentasjon av informantene

Informantene er tre kvinner mellom 40 og 60 år, og alle har gått i psykomotorisk behandling i fire til fem år. Det ble under intervjuet ikke spurt om den aktuelle diagnosen de var henvist for, men alle var henvist for muskel-skjelettplager. De ga under intervjuene beskrivelser av sine smerter. En informant beskrev kroppen som en sammenhengende vond masse, der hun nesten ikke klarte å skille smerter fra hverandre. Hun beskrev ulike smerteopplevelser som svært intense, for eksempel følelse av nåler som stakk inn i bak øynene. En annen informant beskrev mye plager fra mage/tarmsystem, periodevis energitap, og smerter i flanke, skuldre, nakke og rygg. Den tredje informanten ga i mindre grad beskrivelser av kroppslige smerter, men nevnte pustebesvær, kvalningsfølelser og følelse av handlingslammelse.

4.2 RESULTAT: OPPLEVELSER AV EGEN KROPP

I denne kategorien presenteres informantenes beskrivelser av kroppslige opplevelser og sansninger som er relatert til kontakt med egen kropp. Her er fokuset først og fremst hva de kjenner i kroppen, og hvordan dette har endret seg fra før de begynte i behandling.

Innledningsvis i intervjuene ble alle informantene spurt om de opplevde å ha bedre kontakt med egen kropp nå i motsetning til før behandling. De tre svarene på dette var: «I aller høyeste grad», «Uten tvil» og «Absolutt. Veldig. Det er helt utrolig». Derfra ble det utdypet på hvilke måter de opplevde å ha endret kontakt med egen kropp.

4.2.1 Nye og tydeligere kroppslige opplevelser

Alle informantene bemerker at de har fått bedre kontakt med egen kropp, de opplever kroppen og kroppslige reaksjoner tydeligere og har oppdaget nye og annerledes kroppslige fornemmelser.

Fra omfattende til avgrenset smerte

En informant forteller at det hun husker som den første endringen av kroppslig opplevelse, var da hun kjente at kroppen ikke bare var en sammenhengende vond masse. Hun merket at kroppen besto av ulike kroppsdelene, og at det var ulike deler av kroppen som var vonde. Denne opplevelsen har gitt grobunn for å forstå at ulike kroppsdelene påvirker hverandre, at smerte og spenning et sted kan skape smerte og spenning et annet sted.

Å være mer tilstede i egen kropp

En informant forteller at hun i behandling har opplevd å føle seg mer tilstede i sin egen kropp, hun merker kroppen tydeligere, og hun føler en klarere forskjell på seg selv og omverdenen. Dette kjenner hun for eksempel når behandler berører kroppen hennes med tydelige grep for å markere kroppens omriss, noe hun kaller «markering». To av informantene beskriver at særlig å ha kontakt med et område i buk/bekkenområde er av betydning for å føle seg mer tilstede i seg selv. For den ene informanten har dette særlig sammenheng med opplevelse av egen pust. Tidligere merket hun pusten som en stram følelse utenpå mageregion. I løpet av behandlingsforløpet opplever hun pusten som en mer innvendig fornemmelse av ro, varme og avslapning i bekken-/bukområdet. Mer om dette følger i kategori 4.2.2.

Å fortrenge sine kroppslige reaksjoner i mindre grad

Alle informantene gir eksempler på at de tidligere fortrenget det de kjente i kroppen, og ikke tok sine kroppslige reaksjoner på alvor. Nå legger de lettere merke til kroppslige reaksjoner,

og tar hensyn til dem. «*Kroppen min snakken mye mer*» sier en informant, «*og jeg hører på*». Økt kontakt med egen kropp gjør det lettere å legge merke til reaksjoner fra kroppen når de opplever utfordrende situasjoner. Alle informantene gir eksempler på dette, for eksempel følelse av at luftrøret blir trangt, at pusten stopper opp, at magen blir urolig og strammer seg, at kroppen blir stiv og at musklene vil trekke kroppen sammen. Informantene har i større grad blitt bevisst sine egne vanemessige kroppslige reaksjonsmønstre, og oppdager disse raskere enn før. Det gjør at de kroppslige plagene ikke blir like kraftige som før: «*Det trenger ikke komme så langt at du nesten blir kvalt*» ler den ene informanten.

Økt avspenning

Opplevelse av kroppslig tyngde og avspenning kommer frem som sentralt for alle informantene. De gir alle uttrykk for at avspenning blant annet har sammenheng med å kjenne på underlaget de har kontakt med. En informant formidler at hun tidlig i behandlingsforløpet hadde vansker med å kjenne underlaget når hun lå på behandlingsbenken, og at det ikke føltes som et trygt og stabilt underlag. «*Det var som en veldig avgrunn under meg (...). Etter hvert kjente jeg at jeg kunne tørre å slippe meg bitte litt nedpå, og jeg fikk en fornemmelse av at det var noe som tok i mot*». Avslapning av muskelspenningen kan også oppnås ved ulike kroppslige øvelser og fokusering på kropp. Opplevelse av avspenning og kroppslig ro er et tema som belyses på ulike måter i senere kategorier.

4.2.2 Totalopplevelser – mer enn kroppslige opplevelser

Trygghet, balanse og stabilitet

Informantene beskriver flere ganger vansker med å sette ord på sine kroppslige erfaringer under intervjuene, da det de vil beskrive ofte dreier seg om både kroppslige fornemmelser, følelser, tanker, holdninger og adferd. En informant uttrykker at de opplevelsene hun prøver å beskrive befinner seg i et krysningspunkt mellom kroppslige opplevelser og mentale forestillinger: «*Noe som er både-og og hverken-eller, og der er det så udefinert at jeg ikke har dekkende begrep på de opplevelsene som ligger der*». Et eksempel på en slik kobling mellom mental forestilling og kroppslig opplevelse, er en innvendig fornemmelse i mageregionen som hun refererer til som sitt indre rom. Ved å vende oppmerksomheten mot dette området kan hun oppnå en følelse av avspenning og ro. Kroppslig dreier det seg om å gi slipp på muskelspenninger. Da opplever hun at rommet blir mer åpent. Hun får større innvendig plass og puster dypere og friere. Å gi slipp på muskelspenninger ved å la seg slippe mot underlaget hun har kontakt med, dreier seg om å gi slipp på sitt eget forsvarsverk sier hun. Dette igjen gir henne en følelse av trygghet, balanse og stabilitet, og er et bedre utgangspunkt for å være i seg

selv, og for å møte verden på en tryggere måte. Hun kaller denne type opplevelser, som både er følelser, kroppslige fornemmelser og mentale forestillinger for «totalopplevelser».

Kroppslig og mental ro

Også en annen informant trekker frem en fornemmelse av avspenning i mageregion som viktig for en opplevelse av ro og trygghet. For henne bidrar dette til å bevare roen i stressende situasjoner. «Tidligere var jeg et hastig menneske som alltid skulle gjøre fem ting på en gang», sier hun. Hun var også veldig sårbar for hva andre måtte mene og synes om henne. Etter hvert har hun fått et mer avslappet forhold til andres vurdering av henne. Hun sier hun kan gi slipp på en kroppslig kontroll, og bevarer en større kroppslig og mental ro i flere situasjoner. «Hele den der trygghetsfølelsen sitter her, og den er der» sier hun og holder seg på magen. «Det er der jeg klarer å roe meg uansett. Det er der det sitter».

4.2.3 Å gi kroppen oppmerksomhet

Fokus og oppmerksomhet

For å få kontakt med egen kropp, legge merke til kroppslige reaksjoner, og legge merke til de behagelige opplevelsene i kroppen, beskriver informantene at det er nødvendig med fokusert oppmerksomhet mot kroppen. Dette krever både tid, øving, ro og konsentrasjon for å få til. «Det krever en form for ro og fokus som for mitt vedkommende har måttet læres, for det har ikke vært til stede tidligere» sier den ene informanten. Ved å rette sin fokuserte oppmerksomhet mot egen kropp er de i stand til å oppnå en ro og avspenning i kroppen.

Å bevege oppmerksomt fremmer kontakt med kroppen

En informant beskriver at det å kjenne kroppen henger tett sammen med bevegelse av kroppen. Hun kjenner fordi hun beveger. To av informantene beskriver å ha god nytte av å gjøre ulike kroppslige øvelser som går på å bevege kroppens ledd i rolig tempo. «Jeg beveger alle de større leddene for å frigjøre det som må ha festet seg der (...). Og en så liten ting som det merker jeg frigjør mye energi». En informant beskriver også at det å fokusere på kroppen og rolige bevegelser av leddene i ryggstøtten er en god hjelp til å redusere tankekaos og oppnå kroppslig avspenning når hun skal sove.

Vansker med å holde oppmerksomheten på kroppen

En av informantene beskriver derimot større vansker med å fokusere på kroppen på egenhånd i hverdagen. Hun bemerker selv at hun ikke gjør det ofte nok, at hun ikke tar seg tid til det i hverdagen, og at det er vanskelig å oppnå samme kontakt med egen kropp når hun ikke er i behandling. Også de øvrige informantene fremhever fysioterapeutens rolle for å fremme

oppmerksomhet mot egen kropp. Direkte spørsmål fra fysioterapeuten om hva de kjenner og fysisk berøring beskrives av alle som betydningsfullt for å legge merke til kroppen, kroppslige reaksjoner og følelser.

4.3 DRØFTING: OPPLEVELSER AV EGEN KROPP

4.3.1 Nye og tydeligere kroppslige opplevelser

Psykomotorisk perspektiv – å kjenne kroppen tydeligere

Resultatene viser at pasientene opplever å kjenne kroppen tydeligere på ulike måter nå enn før de begynte i psykomotorisk behandling. At informantene kjenner kroppen sin bedre nå, kan bety at de har et tydeligere eierskap til egen kropp. Eierskap er knyttet til kroppsbilde, en opplevelse av at det er min kropp; det er min arm som beveges, det er jeg som beveger (Fadnes et al., 2010). Følelse av eierskap kan bli forstyrret ved nedsatt bevegelseskommando, for eksempel ved ulike nevrologiske lidelser eller immobilisering ved skade (Fadnes et al., 2010). I tillegg kan eierskap reduseres ved at signaler fra kroppen undertrykkes eller ignoreres (Fadnes et al., 2010). For å opprettholde et stabilt forhold til egen kropp er det viktig at kroppens representasjon i hjernen stadig oppdateres «gjennom variert sensorisk informasjon, gjennom oppmerksomhet rettet mot kroppen og ved stadige målrettede bevegelser» (Fadnes et al., 2010, s. 37). For den ene informanten ble det å kjenne kroppen tydeligere en måte å erkjenne at kroppen ikke bare var en stor masse som gjorde fryktelig vondt. Hun opplevde etter hvert at hun hadde armer, bein, nakke, øyne og hode som hver for seg var vonde. Kanskje kan dette forstås som at hun gjennom tydeligere kroppsansninger har blitt i stand til å fornemme kroppen annerledes, og fått et endret kroppsbilde.

Alle informantene gir også beskrivelser av at de i større grad legger merke til reaksjoner fra kroppen. Eksempler på dette er muskelspenninger, mage/tarmproblemer og pustebesvær. Ut fra informantenes beskrivelser kan det se ut som at en slik økning i kontakt med egen kropp er viktig for å bli klar over og ta hensyn til ubehagelige kroppslige reaksjoner. Dette kan forstås som en økt kroppsbevissthet, som vil si bevisst oppmerksomhet på sensorisk informasjon fra kroppen (Fadnes et al., 2010).

Thornquist og Bunkan (1995) poengterer at i psykomotorisk behandling er det et grunnleggende prinsipp «å oppleve kroppen og å oppleve via kroppen» (s. 72). Å oppøve økt kontakt med egen kropp, i betydning proprioceptiv sans, er en sentral del av psykomotorisk behandling (Thornquist & Bunkan, 1995). Gjennom ulike former for massasje og berøring, samt aktive og passive bevegelser, påvirkes reseptorer i ulike kroppsstrukturer som sender

«beskjeden» videre til cortex (Bunkan, 2010). Å oppfordre pasienten til å kjenne etter og registrere ulike fornemmelser fra kroppen virker stimulerende på sanseapparatet. Slik sansestimulering kan virke stimulerende på kroppsbildet (Bunkan, 2010). Det er et mål i behandlingen å blant annet «utvikle varhet og kontakt med kroppens signaler og reaksjonsmåter» (Thornquist & Bunkan, 1995, s. 72). Det kan tyde på at stimulering av kroppsbilde og kroppsbevissthet har vært en sentral del av behandlingen til informantene. Om fysioterapeutene selv har hatt et bevisst forhold til hva som har dreid seg om kroppsbevissthet og hva som har vært rettet mot kroppsbilde er ikke sikkert, og det er ikke sikkert det er en nødvendighet heller. Men ved å studere informantenes opplevelser kan det se ut som om å stimulere kroppssanser på ulike måter har vært en sentral del av behandlingen.

Slik jeg forstår resultatene har økt fornemmelse av egen kropp vært en elementær side ved å få økt kontakt med egen kropp. Dragesund og Råheim (2008) fant også at det å bli kjent med kroppen på nye måter, å sanse kroppen på mer differensierte måter og å føle seg mer tilstede i egen kropp var viktige endringer pasienter i psykomotorisk behandling opplevde. Det ser ut som om det å fornemme kroppen går igjen i alle de følgende kategoriene og undertemaene. Dette funnet kan kanskje sammenlignes med funnene til Øien et al. (2009). De fant at kontakt med egen kropp var innvevd i endringer pasienter opplevde i bevegelse, pust, hvordan de reflekterte over sine kroppslige opplevelser, og overføring av erfaringer fra behandling til dagligliv. Øien et al. (2007) identifiserte også at det å være eller å ikke være i kontakt med egen kropp var hovedmønsteret i ulike narrativer pasienter meddelte om kroppslige opplevelser.

Fenomenologisk perspektiv – erfare verden som kropp

Forstått i et kroppsfenomenologisk perspektiv er det gjennom kroppen man opplever verden og har tilgang til verden (Merleau-Ponty, 1994). Å ikke kjenne kroppen, vil derfor kunne ha konsekvenser i form av redusert tilgang til verden, ved at man i mindre grad kan ta inn opplevelse og lære av dem (Merleau-Ponty, 1994). Å få økt kontakt med egen kropp vil derimot kunne legge forutsetninger for å innta verden og være-i-verden på en mer deltagende og opplevende måte. For informantene har det å kunne være tilstede i egen kropp betydning for hvordan de opplever seg selv i møte med verden, og hvordan de forholder seg til verden gjennom å føle seg mer stabile og balanserte. Mer om disse fenomenene sett i fenomenologisk perspektiv under avsnitt 4.3.2.

4.3.2 Totalopplevelser – mer enn kroppslige opplevelser

Psykomotorisk perspektiv – balanse, stabilitet og fleksibilitet

Når det i psykomotorisk teori snakkes om begreper som «balanse», «stabilitet» og «fleksibilitet», fremheves sammenhengen mellom det kroppslige og det følelsesmessige aspektet (Thornquist & Bunkan, 1995; Bunkan, 2010). En kropp som er i god balanse er smidig nok til å la seg bevege, og stødig nok til å hente seg inn igjen hvis den kommer ut av balanse. Det samme beskrives om den «personlige» egenskapen å være i balanse: da er man også i god likevekt (Thornquist & Bunkan, 1995).

Informantene beskriver å oppleve stabilitet, balanse og trygghet som en kroppslig og følelsesmessig opplevelse. De beskriver flere ulike faktorer av kroppslig og følelsesmessig art som inngår i disse opplevelsene. Å kjenne på underlaget er sentralt. Det vil for informantene si å kjenne det underlaget de står, sitter eller ligger på. Å føle at underlaget er stødig og trygt erfarer informantene ved å gi slipp på muskelspenninger i ulike deler av kroppen. Da opplever de å bli «tatt i mot» av underlaget. Den kroppslige balansen kan man tenke seg blir forbedret av å gi slipp på unødvendige muskelspenninger som kan føre til en stiv og lite fleksibel kropp. Ved å slippe muskelspenninger blir ikke den frie flyten i bevegelser og pust forhindret av spenning. Da har kroppen bedre forutsetning for et hensiktsmessig samspill mellom å stabilisere og mobilisere i ulike oppgaver (Thornquist & Bunkan, 1995). Særlig to av informantene beskriver videre hvordan det å gi slipp på muskelspenninger gir en opplevelse av ro og trygghet. Kanskje dreier dette seg om at de faktisk erfarer, kroppslig og følelsesmessig, at det er trygt å gi slipp på muskelspenninger. De nevner begge at å gi slipp på muskelspenninger handler om å gi slipp på en kontroll og et forsvarsverk. Men i stedet for å miste kontroll, ender de opp med å føle seg mer trygge og balanserte. Kanskje er det dette som menes med «fleksibilitet» i psykomotorisk teori. At når de gir slipp på spenninger så kan de være mer utsatt for krevende påvirkninger utenfra. Men at de ved å være mer avslappet og balansert i større grad kan håndtere utfordringene på en avbalansert måte. Jeg vil si at informantene beskriver og bekrefter den psykomotoriske forståelsen av sammenheng mellom kroppslige og følelsesmessige opplevelser av stabilitet, balanse og fleksibilitet.

Fenomenologisk perspektiv – ikke «psykisk og fysisk»

I den overforstående beskrivelsen brukes begrepene «kroppslig» og «følelsesmessig» som om de var separate enheter. Dette kan være med på å understøtte en dualistisk forståelse av mennesket. Informantene uttrykte flere ganger under intervjuene vanskeligheter med å formidle sine erfaringer, fordi opplevelsene er en blanding av «psykisk og fysisk». En av

informantene løser dette problemet med å bruke begrepet «totalopplevelser». I kroppsfenomenologisk filosofi forstås kroppen som det primære opplevende ved mennesket, og i en slik forståelse blir det unødvendig å skille mellom «kroppslig» og «følelsesmessig» opplevelse (Leder, 1990). Merleau-Ponty (1994) beskriver at menneskets opplevelse av verden nedfeller seg i kroppen. Man kjenner verden gjennom kroppen, og som kropp. En slik forståelse kan hjelpe til å forstå at opplevelser av trygghet og stabilitet er en «menneskelig» fornemmelse, og at denne er «*både-og og hverken-eller*» som den ene informantene sa.

I de følgende kategoriene vil det utdypes på hvilken betydning opplevelsen av balanse og stabilitet har for informantene i ulike aspekter av livet

4.3.3 Å gi kroppen oppmerksomhet

Psykomotorisk perspektiv – å åpne seg opp for kroppslige opplevelser

Bunkan (2010) beskriver at kroppsbildet blant annet dannes av sensorisk informasjon fra kroppen, og at persepsjonen ofte kan være svekket ved emosjonelle lidelser. Stimulering av kroppssansning er derfor en viktig del av psykomotorisk behandling. I dette arbeidet er det viktig at pasienten er motivert, og selv åpner seg for opplevelsen av egen kropp. Hun beskriver at pasientens egen innsats i å oppøve sensitivitet for kroppens sanser er en egentrening som det er vesentlig at pasientene utfører. Pasientene må øve seg opp i å rette oppmerksomheten innover mot kroppen og seg selv for å registrere det de merker. Det gjelder både proprioceptive impulser som muskelspenninger og bevegelser, og også opplevelse av for eksempel tretthet, lyst/ulyst, behag/ubehag og annet (Bunkan, 2010). Informantene påpeker også at det å skulle legge merke til kroppslige opplevelser og reaksjoner har krevd et fokus og en oppmerksomhet mot kroppen som de ikke var vant til tidligere. Å oppøve slik kontakt med kroppen har krevd øving og konsentrasjon. De beskriver denne prosessen som en stor utfordring. Fysioterapeuten har bidratt til å øke pasientens fokus på egen kropp ved å stille direkte spørsmål om hva og hvor de kjenner noe og ved massasje og annen berøring. I tillegg beskriver informantene at det å gjøre bevegelser kan fremme fornemmelser fra kroppen. Bunkan (2010) skriver at det å konsentrere seg om å kjenne kroppen er en av de viktigste teknikkene for å få større bevissthet av kroppen (Bunkan, 2010). Informantenes beskrivelser tydeliggjør sammenhengen mellom det å fokusere på å kjenne kroppen, og det å faktisk kjenne kroppen, og bekrefter at oppmerksomhet fremmer opplevelse.

4.4 RESULTAT: MENINGSDANNELSE

I denne kategorien trekkes til dels linjene fra kategori 1 videre for å vise hvordan økt kontakt med egen kropp har bidratt til økt forståelse og meningsdannelse av ulike aspekter ved egen kropp, helsetilstand og seg selv som person. Refleksjon og samtale er sentrale aspekter ved den økte forståelsen.

4.4.1 Å forstå smerte i nye meningssammenhenger

Forstå hvordan kroppen «henger sammen»

Å få bedre kontakt med egen kropp har gitt informantene grobunn til å forstå mer om hvorfor smerter oppstår og hvordan kroppsdelene henger sammen og påvirker hverandre. De gir alle eksempler på å ha erfart at smerter og spenning i en del av kroppen kan påvirke andre deler av kroppen som også blir anspente og smertefulle. «*Jeg begynte å kjenne at jeg hadde vondt der fordi at jeg hadde vondt der, ikke sant, smertene hang sammen*» sier den ene informanten. «*Jeg oppdaget at jeg hadde en kropp som hadde vondt forskjellige steder, og det var tydelig at det var en grunn til det*». De har også merket hvordan holdnings- og bevegelsesmønstre kan være med på å fremme og/eller opprettholde smerte. For eksempel sier en informant at hun plutselig kan oppdage at kroppen har inntatt en anspent og ugunstig sittestilling. Da kan hun rette på sittestillingen sin ved å «*systematisk slippe musklene opp igjennom kroppen til jeg får hodet i riktig posisjon så det balanserer av seg selv, slik at jeg kan slappe av i kjevemusklene*».

Alle informantene beskriver også at de har merket at smertene øker i perioder når det er mye som står på i livene deres. En informant kan for eksempel våkne om morgenen og være helt stiv i fingerledd og knær. «*Og da tenker jeg: Så fint, det er en beskjed om at nå har jeg jobbet for mye. (...) Nå må jeg være obs noen dager fremover og prøve å skru ned på arbeidsmengden og bruke mer tid på å leve rolig og slappe av. Og da sklir det vekk*».

Mindre redd for smerter

Terapeutens forklaringer på kroppslige reaksjoner har vært av betydning for å øke forståelse og redusere redsel for smerter og plager. «*Fysioterapeuten forklarte meg en gang noe som jeg alltid har tenkt på når jeg får vondt, og det er at når noe har vært stramt og vondt fryktelig lenge, så gjør det også vondt når det slipper*». Denne forståelsen har hjulpet denne informanten å forstå og slappe mer av ved enkelte smerter. En annen informant forteller at hun gjennom behandling har vent seg til å tenke over hva det er som har stått på i livet hennes den senere tid hvis hun i en periode har økte smerter. Da har hun ofte innsett at det er ulike

faktorer som har vært stressende og belastende for henne, og hun har merket at dette stresset har forbindelse med smertene. Hun har gjennom behandlingen blitt klar over det hun kaller sine «svake punkter», som er områder som hun hurtig får plager fra. Mage, nakke og skuldre er områder hun fort får «beskjed» i fra hvis det er noe som står på i livet hennes. Innsikt i dette opplever hun betryggende, og hun har også opplevd reduksjon i plagene etter å ha forstått dem.

4.4.2 Å forstå seg selv gjennom refleksjon over kroppens uttrykk

Verbalisering og samtale

Alle informantene gir ulike beskrivelser av hvor viktige samtalene i behandlingen har vært for bevisstgjøringen av hvordan kroppslige mønstre og reaksjoner henger sammen med deres opplevelser, tanker og følelser fra både nå-tid og fortid. Det å knytte tanker og forklaringer til det de kjenner i kroppen på en og samme tid, beskrives som viktig. «*Det gir deg en kobling du kan jobbe videre på*», sier en informant. «*Når du setter ord på noe så tror jeg at en gjør det til sin egen virkelighet*».

Refleksjon over egne reaksjonsmåter

Gjennom økt kroppslig bevisstgjøring beskriver informantene at de har fått grobunn til å reflektere over sine egne vanemessige reaksjonsmåter på ulike situasjoner. Samtaler med fysioterapeuten om disse refleksjonene beskrives av alle informantene som svært betydningsfulle. De har på den måten blitt klar over mange av sine egne vanemønstre og forsvarsstrategier som de ikke var klar over tidligere. En informant beskriver at hun etter en periode i behandling begynte å legge merke til at hun stadig følte uro i kroppen. Etter hvert innså hun at hun faktisk gruet seg til alt mulig og var redd for eller mislikte en rekke ting. Tidligere hadde hun ikke vært klar over eller tatt hensyn til sine egne ønsker. Hun hadde alltid vært typen som ikke var redd for noe, første mann ned skibakken, og førstemann uti vannet selv om det var kaldt. Etter hvert har hun innsett at hun både var redd for bakken og mislikte det kalde vannet, men hun hadde lært seg å skru av egne følelser. «*Egentlig har jeg alltid vært redd for alt*».

Å kjenne at forklaringer stemmer

En informant forteller om et kroppslig forsvarsmønster hun har blitt klar over i behandling. Ved smertestimuli reagerte hun med å trekke seg sammen i midje og overarmer. Ved at fysioterapeuten påpekte dette mønsteret klarte pasienten etter hvert å gjenkjenne det selv. Sammen reflekterte pasient og fysioterapeut rundt hva dette kunne bety, og pasienten ble klar

over at hun i mange vanskelige situasjoner har et ønske om å gjøre seg liten og ta minst mulig plass. For å kunne forstå slike sammenhenger uttrykker hun at det er nødvendig å *kjenne* at forklaringer stemmer. Hun gjenkjenner stramminger i midje og overarm, og kjenner følelser knyttet til dette, og ved refleksjoner rundt dette forstår hun hvordan det henger sammen. Dette krever kontakt med egen kropp sier hun. Noen deler av kroppen, for eksempel lårene, er fortsatt mer utydelige og fjerne for henne, og det blir da vanskelig å både kjenne og forstå egne reaksjonsmåter knyttet til denne delen av kroppen.

Kroppen husker

En informant forteller om hvordan minner fra tidligere i livet har blitt vekket gjennom kroppslige opplevelser. Et eksempel var en hendelse på sykehus, der hun plutselig hadde begynt å riste og skjelve voldsomt. Etter refleksjoner rundt denne reaksjonen sammen med fysioterapeuten kom hun på minner fra barndommen som også var knyttet til sykehus, og hun fikk dermed en forståelse for hvorfor kroppen hadde reagert slik den hadde gjort.

4.5 DRØFTING: MENINGSDANNELSE

4.5.1 Å forstå smerte i nye meningssammenhenger

Psykomotorisk perspektiv – mindre redd smerter

At informantene har fått et mer avslappet forhold til smerter og ubehag fra kroppen, ser ut til å ha sammenheng med en ny forståelse av smertene. Særlig to av informantene fremhever viktigheten av den informasjonen fysioterapeuten har formidlet om kroppslige forhold og sammenhenger. De har lært nye ting om kropp og helse som gir økt forståelse. Det ser også ut som om læringen er knyttet til deres kroppslige opplevelser. De har for eksempel kjent at smerter forverrer seg i ulike situasjoner og stressende tider. En slik gjenkjenning kommer kanskje av den allerede nevnte økte kontakten med egen kropp. Erfaringene informantene har gjort seg har altså vært et samspill mellom egne opplevelser, og en kanskje mer teoretisk forklaring som fysioterapeuten har gitt dem. Det virker som om informantene selv har hatt en opplevelse av at forklaringene gir mening for dem og kjent at de stemmer.

At pasienter opplever mindre redsel forbundet med smerte kan kanskje også påvirke deres funksjonsnivå. «Smerte og angst er våre viktigste beskyttelsesmekanismer» skriver Fadnes et al. (2010, s. 138). Smerte vil derfor fra biologiens side ofte føre til immobilisering og passivitet (Fadnes et al., 2010). En forståelse av smerte som mindre farlig, og som en naturlig kroppslig reaksjon på ulike stressfaktorer, kan da kanskje føre til en ny kroppslig læring om at

aktivitet og deltakelse er mulig likevel. Jeg forstår resultatene slik at informantenes endrede forståelse av smerte har bidratt til en mestringsfølelse. Mer om dette i kategori 4.6.1 og 4.7

4.5.2 Å forstå seg selv gjennom refleksjon over kroppen uttrykk

Psykomotorisk perspektiv – kjenne, verbalisere, reflektere, skape mening

I psykomotorisk teori fremstilles kontakt med egen kropp blant annet som en måte å komme i kontakt med seg selv på, bli kjent med sine egne kroppslige reaksjoner og å få kontakt med sine indre følelser (Bunkan, 2010; Thornquist & Bunkan, 1995). For alle informantene har det vært viktig å bli kjent med sine egne følelser og reaksjonsmåter, for å kunne reflektere over opphavet til disse. Denne økte forståelsen beskriver alle som svært betydningsfull.

Flere av informantene poengterer at når fysioterapeuten stiller direkte spørsmål som «hva kjenner du nå», kan det bli lettere å legge merke til kroppen. At fysioterapeuten videre stiller direkte spørsmål om de kroppslige fornemmelsene, for eksempel om de minner dem om noe og om de får noen tanker rundt det de kjenner, bidrar dette til å utforske og reflektere rundt hva disse opplevelsene representerer. Blant annet gjelder dette følelser av redsel og uro og av å ville gjøre seg liten og usynlig. Disse opplevelsene har et kroppslig uttrykk som de har blitt bevisst i behandlingen. Dette funnet støtter også Ekerholts (2011) funn om at når fysioterapeuten gjorde pasienten oppmerksom på autonome reaksjoner, ble det lettere for pasientene å registrere opplevelsen. En videre refleksjon over disse reaksjonene kunne føre til økt selvforståelse. I teori om psykomotorisk fysioterapi poengteres det at samtaler vedrørende pasienten i stor grad tar utgangspunkt i kroppslige forhold (Bunkan, 2010; Bunkan, 2001; Thornquist & Bunkan, 1995). Gjennom at fysioterapeuten stiller direkte spørsmål inn til pasientens kroppslige reaksjoner eller opplevelser, er målet å øke pasientens bevissthet (Bunkan, 2001). Gretland (2007) beskriver at å fokusere på pasientens her og nå-opplevelser kan bidra til å bevisstgjøre pasienten hva de kjenner konkret i kroppen, noe som kan være uvant for mange. Gjennom økt bevissthet på hva de konkret kjenner, kan videre forståelse av disse opplevelsene utforskes. På denne måten kan for eksempel kroppslige behov, ønsker, grenser og lyster utforskes (Gretland, 2007).

Forstått på denne måten virker det for meg som om det er en direkte sammenheng mellom økt kontakt med egen kropp og økt bevissthet rundt seg selv som person. Refleksjon kan se ut som et bindeledd for forstå hva det er kroppen uttrykker. Denne sammenhengen er også vist i tidligere studier. Dragesund og Råheim (2008) fant at gjennom økt kontakt med egen kropp kunne pasientene tolke sine kroppslige reaksjoner på nye måter. Reaksjonene ble blant annet

koblet til emosjonelle og relasjonelle dimensjoner, og til vanemessige handlingsmåter. Øien et al. (2007) fant også at endringer som oppsto i psykomotorisk behandling ble fremmet av refleksjon over kroppslige opplevelser. Fysioterapeutens oppfordring til disse refleksjonene var viktig. Ekerholt og Bergland (2006) fokuserte på pasienters opplevelse av massasje. De fant blant annet at pasientene opplevde kroppen som inngangsport til egne opplevelser og refleksjoner.

Dialektisk relasjonsteori – selvsansning og selvrefleksjon

I Schibbyes (2009) dialektiske relasjonsteori beskrives sammenhengen mellom selvsansning og selvrefleksjon. Med eksistensialismen som filosofisk bakgrunn skiller hun mellom menneskets eksistens og essens. Menneskets eksistens dreier seg om *at* vi er til i verden, mens menneskets essens dreier seg om *hva* vi er. Eksistensen presenterer *værenssiden* ved mennesket, det vil si deres «sansninger, sensasjoner og stemninger fra dypet i oss selv» (Schibbye, 2009, s. 26). Essensen presenterer vårt innhold, i betydning «egenskaper og handlinger som er basert på de ytre definisjonene av hvem jeg er» (Schibbye, 2009, s. 25). Å fortape seg selv i egen essens kan i denne forståelsen innebære at man mister kontakt med sine innerste og mest autentiske fornemmelser av hvem man selv er. Schibbye (2009) mener at gjennom værenssansning kan man få kontakt med sin egen eksistens igjen. Værenssansning vil si å få fatt på «stemmene fra dypet», som kan gi oss viktig informasjon om oss selv og muliggjøre selvrefleksjon. Dette kan bidra til å skape mening og forståelse av oss selv. Schibbye (2009) poengterer den kroppslige forankringen til værenssansningen, og kaller disse sansningene for «organismiske».

Sett i dette perspektivet vil kontakt med egen kropp kunne bidra til å komme i kontakt med sine innerste autentiske følelser. Informantene uttrykker å ha innsett en rekke ting om seg selv, som har vært knyttet til å *kjenne* ting i seg selv. For eksempel dreier dette om å kjenne uro, kjenne at en gruer seg, at en gjør seg liten, stivner til og blir handlingslammet, kjenne minner fra tidligere hendelser. Gjennom blant annet verbalisering av disse opplevelsene har informantene blitt mer klar over hva de opplever og føler. At de har blitt klar over egne følelser har gjort dem i stand til å reflektere over seg selv, sine reaksjonsmåter, forsvarsmønster og handlingsmønster. En informant har for eksempel blitt klar over at hun alltid ville være pliktoppfyllende, rask og flittig på jobb, alltid ville være den som kunne løse alle problemer, alltid være «første mann» og rask til bens. Kanskje kan disse mønstrene forstås som det Schibbye (2009) kaller «essens», det vil si ytre definisjoner av hvem man er. Informanten forteller også at hun tidligere var opptatt av andres vurdering av henne, og var

sårbar for kritikk. Hun har etter hvert innsett at hun har hatt andre følelser knyttet til de situasjonene hun skulle være «best». Nemlig at hun har vært redd, nervøs, opptatt av hva andre synes om henne og at alle andre skulle ha det bra. Kanskje kan dette forstås som det Schibbye kaller «selvsansninger», som kan forstås som en dypere kontakt med seg selv. Gjennom bevisstgjøring av egne følelser kan man bli i stand til å reflektere over dem, skriver Schibbye (2009). Kontakten med egne følelser gir oss den nødvendige avstand vi trenger for å kunne studere dem objektivt (Schibbye, 2009). Alle informantene gir beskrivelser av hvor viktig det har vært å reflektere over de opplevelsene de har blitt bevisste på i behandlingen. De sier at en slik refleksjon over seg selv har vært av stor betydning.

Denne forståelsesmodellen mener jeg presenterer en interessant måte å se hvordan kontakt med egen kropp kan ha sammenheng med å ha kontakt med seg selv. Å ha kontakt med seg selv mener jeg her betyr å forstå sine egne følelser, og å kunne reflektere over hvorfor disse følelsene preger oss. «Hvorfor er dette viktig?» spør Schibbye seg selv (Schibbye, 2009, s. 26). Hun svarer at hvis essensen tar overhånd for hvordan vi ser på oss selv og forstår oss selv, står vi i fare for å leve inautentiske liv der vi kan føle oss styrt utenfra. Jeg mener denne forståelsesmåten er relevant for å belyse hvilken hensikt kontakt med egen kropp kan ha i psykomotorisk fysioterapi.

Fenomenologisk perspektiv – kjenne at forklaringer stemmer

Særlig en informant legger vekt på at hun kan kjenne når en forklaring stemmer. Det dreier seg da om de kroppslige forklaringene, som for eksempel at spenninger i midje kan ha sammenheng med å snøre kroppen sammen, og at spenninger i overarm kan komme av et ønske om trekke armene inn mot kroppen. Begge disse bevegelses- og spenningsmønstrene kom av et ønske om å gjøre seg liten. Det var fysioterapeuten som presenterte disse forståelsesmåtene, men pasienten måtte selv kjenne om det var riktig for henne. For å forklare dette fenomenet er det igjen relevant å bruke et kroppsfenomenologisk perspektiv. Merleau-Ponty (1994) beskriver at kroppens kunnskap, for eksempel bevegelsesmåter, ikke bare er en mekanisk læring av hvordan armer og ben skal bevege seg. Bevegelse er ikke bare en *tenkt* bevegelse, «Motorikken er således ikke bevidsthedens tjenestepige» (Merleau-Ponty, 1994, s. 92). Kroppen forholder seg til tid, rom og situasjon i et gjensidig forhold. På den måten er kroppslig læring en følge av alle de situasjoner vi befinner oss i (Merleau-Ponty, 1994). I det beskrevne eksempelet fra min informant, vil kanskje dette bety at det å trekke armene inn mot kroppen og stramme midjen, ikke bare kan forstås som en mekanisk handling. Handlingen kan ha sammenheng med hennes forhold til verden. Hun kan ha opplevd å være i situasjoner

der hun har hatt behov for å gjøre seg liten. Denne kunnskapen kan man med et kroppsfenomenologisk perspektiv tenke «sitter» i kroppen hennes. Derfor har hun gjennom bedre kontakt med kroppen, økt kontakt med indre følelser og refleksjoner rundt disse gjenkjent en kroppslig kunnskap som er individuell for henne.

4.6 RESULTAT: MESTRING OG ANSVAR

I denne kategorien presenteres informantenes opplevelser av økt mestring av både sine plager, og ulike vanskelige situasjoner. Nye innsikter om seg selv har også gitt informantene en følelse av mer ansvar for egen endringsprosess og helsesituasjon. Sammenlignet med forrige resultatkategori beskriver denne kategorien i større grad endringer i *handling og adferd* som en følge av økt forståelse og innsikt.

4.6.1 Mestring av egne plager

Håndgripelige problemer skaper mestring

Den økte forståelsen av egne plager har for alle informantene ført til en tro på at det er mulig å få det bedre. En av informantene uttrykker eksplisitt at det å forstå hvorfor hun har plager gir henne en følelse av mestring. Problemene blir håndgripelige. «*Det gir meg mening, det jeg kjenner i kroppen. Og det gir forhåpning om at dette [plagene] er noe som jeg kan håndtere ved økt bevissthet. Så det gir en form for mestringsopplevelse*». En annen informant uttrykker at hun gjennom behandlingen har lært noe hun aldri kommer til å glemme igjen. Hun kan fortsatt kjenne at kroppen strammer seg og blir urolig i ulike situasjoner, men «*det skal aldri få lov til å overta igjen (...). Du kan ikke glemme at det kjennes så godt å puste*». Hun sier hun føler seg trygg på at bedringen av de kroppslige plagene er varig, fordi hun er i stand til å håndtere de vansker som måtte dukke opp. To av informantene bemerker også at den økte forståelsen for muskelspenningene gjør at det nå er legitimt å ta dem på alvor og gjøre noe med dem.

Å håndtere krevende situasjoner

Alle informantene gir også beskrivelser av ulike strategier de kan benytte seg av i utfordrende situasjoner som de opplever stressende. I slike situasjoner merker de ofte kroppslig ubehag av ulike former. En informant ble for eksempel tidligere veldig stresset i situasjoner der hun skulle forholde seg til en overordnet på jobb. Hun kunne oppleve mageproblemer, smerter og pustebesvær i disse situasjonene. En annen informant beskriver å ha vært svært sårbar for hva andre mente om henne. Hun kunne lett oppfatte alle tilbakemeldinger som kritikk og ble veldig satt ut og såret av dette. Å kunne være oppmerksomt tilstede i krevende situasjoner beskrives som viktig av alle informantene. Det innebærer å registrere egne reaksjonsmønstre og reflektere over hvorfor disse oppstår. I begge eksemplene ovenfor har informantene reflektert over at de ikke trenger å føle seg så sårbare. De har innsett at kritikken de eventuelt måtte få ikke er så farlig at de trenger å føle seg dårlige eller mindreverdige av den. De

beskriver at de føler seg mer trygge på seg selv. Tryggheten kjenner de kroppslig i form av avspenning og ro. Å kjenne forankring til egen kropp og til underlaget bidrar til å kunne gi slipp på muskelspenninger og puste friere. *«Jeg er ikke så sårbar lenger»* sier den ene informantene. *«Det er å kjenne seg sterk for meg»*. En informant beskriver at hun tidligere kunne bli paralyisert i ulike situasjoner, men at hun nå gjennom pust og kroppslig nærvær i større grad klarer å være i det som skjer. *«Da kjenner jeg på den tryggheten som er forbundet med å gi slipp mot et underlag. Som et fundament i situasjonen. (...). Jeg opplever en form for stabilitet i mitt indre som gjør at jeg er bedre rustet til å være samlet og fokusert i situasjonen»*. Å kjenne en slik stabilitet og trygghet gjør at hun kan møte situasjoner på måter som er mer verdige for henne forteller hun.

Å endre vanemessige handlingsmønstre

Gjennom bevisstgjøring av egne vanemessige reaksjonsmåter og refleksjoner rundt disse, har også informantene innsett at de kan gjøre endringer i sine vaner og handlinger med utgangspunkt i hva de selv ønsker. En informant forteller at hun tidligere ikke kunne unne seg noen ting før hun var sikker på at hun hadde gjort absolutt alle oppgaver som skulle gjøres. Nå innser hun at hun kan unne seg en tur på kafe, kino eller annet og slappe av når hun har behov for det. Et annet eksempel er informantene som alltid badet i kaldt vann selv om hun ikke likte det. *«Nå bader jeg ikke lenger, fordi jeg hater å gå uti kaldt vann»* ler hun. Den siste informantene beskriver det samme teamet slik: *«Jeg foretar handlinger mye mer med basis i meg selv. Ikke i en forestilling om hvordan ting kanskje ideelt sett burde være eller hvordan andre forventer at det skal være»*.

4.6.2 Innsikt – ansvar og utfordringer

Lytte til egen kropp

Alle informantene er inne på at de selv må lytte til egen kropp, og ta hensyn til de reaksjoner som oppstår. En informant forteller at hun gjennom behandlingen er blitt klar over kroppens «svake punkter», for eksempel dårlig mage-/tarmsystem og nakke. Hun sier at når hun vet at dette er «svake punkter», så har hun selv ansvar for å passe på at hun holder seg så god som mulig. Hun har selv ansvar for å kjenne etter når hun blir dårlig, prøve å forstå hva det er som forårsaker forverringen, og så gjøre endringer for å passe på seg selv. For eksempel kan dette innebære å ta mer pauser i arbeidet sitt.

Forberede seg på vanskelige situasjoner

En måte å passe på egen helsetilstand innebærer også for alle informantene å være forberedt i

situasjoner og møter som de er klar over kan være utfordrende for dem. Da kan de på forhånd gjennomgå med seg selv eller sammen med behandler hvordan dette kan komme til å bli og hvordan de kan håndtere dette best mulig. «Jeg må holde det langt fremme i bevisstheten at dette er en situasjon som krever en endring fra min side. Når det er situasjoner som krever grensesetting og den slags, da er jeg nødt til å være tilstede på en annen måte» sier en av informantene. Hun beskriver videre hvordan hun må være ekstra bevisst både hvordan kroppen reagerer, ha et fokus på å forstå hvorfor hun reagerer slik hun gjør, og å benytte seg av kroppslige mestringsstrategier som for eksempel forankring til underlag og å frembringe en følelse av stabilitet og styrke.

Ansvar for egen endring

Alle informantene beskriver å ha fått nye innsikter om seg selv, og har reflektert over egne reaksjonsmåter. Enkelte innsikter har vært sårende å ta inn over seg. «Det var rett og slett forferdelig å innrømme at jeg var sånn», uttrykker den ene informanten. En informant beskriver at å gå i behandling er som å gå på en tynn is; hun må gå forsiktig frem i verden med sine nye innsikter for å unngå å ramle gjennom isen. Hun beskriver at det har vært utfordrende å innse sitt eget ansvar; hun må selv prøve ut endrede væremåter i møte med verden for å oppnå bedring av sine plager og problemer. «Du må våge deg utpå, du må våge å ta konsekvensene av det du opplever og kjenner(...). At du faktisk har noe å stille opp med i gitte situasjoner».

4.7 DRØFTING: MESTRING OG ANSVAR

Psykomotorisk perspektiv – å trekke pasienten aktivt med i behandlingen

Thornquist og Bunkan (1995) påpeker viktigheten av å trekke pasienten aktivt inn i behandlingen fra første stund. Dette legger grunnlag for at pasienten kan ta medansvar for egen helse og oppleve mestring. «Svært mange er fremmedgjort i forhold til egen kropp og egne plager» (Thornquist & Bunkan, 1995, s 42). Det å ha nedsatt kontakt med egen kropp kan tenkes å henge sammen med det å være fremmedgjort overfor egne plager. Økt kontakt med egen kropp i betydning proprioseptiv sans er nødvendig for at pasienten skal kunne bli sin egen «behandler» (Thornquist & Bunkan, 1995). Å bli i stand til å endre uhensiktsmessige bevegelsesmønstre, kroppsholdning og muskelspenninger gjør det mulig å bedre dagligdagse «vaner» (Thornquist og Bunkan, 1995, s. 91).

De foregående kategoriene synes jeg viser hvordan det å få kontakt med egen kropp har spilt inn i å få økt forståelse for seg selv og sine plager, og også gitt opplevelse av at egen tilstand

er håndterbar. Informantene forstår plagene sine på nye måter som gjør at de kan gjøre noe med dem selv. Det kan se ut som om det er pasienten som «eier» behandlingsforløpet. De blir ikke bare presentert for noen årsaksforklaringer og tiltak som må utføres. De er tilsynelatende selv pådrivere for å oppnå bedre kroppsforhold og mer håndterbare livssituasjoner. Av denne grunn kan psykomotorisk fysioterapi anses som en aktiverende og ansvarliggjørende behandlingsform. Ekerholt (2011) peker også på hvordan økt forståelse av kroppslige reaksjoner kan bidra til økt selvforståelse, og at dette kan føre til økt følelse av sammenheng og mestring.

Det ser videre ut som om det er en nær kobling mellom informantenes følelse av mestring, og deres opplevelse av ansvar for egen helsetilstand. Det at de selv er i stand til å både gjenkjenne reaksjoner fra kroppen, at de kan håndtere vanskelige situasjoner bedre og at de kan ivareta kroppen med økt avspenning, gjør at de anser det som egen oppgave å ivareta egen helse.

Fenomenologisk perspektiv – erfaringer endrer kroppsskjema

Begrepene balanse, stabilitet og fleksibilitet er igjen relevante for forståelsen av informantenes mestringsfølelse. Det de beskriver handler blant annet om å føle seg mer trygge på seg selv. For en informant dreier det seg om å være mindre sårbar for kritikk, for en annen å ikke bli for stresset sammen med en overordnet på jobb, og for den tredje om å ikke bli paralyisert, men klare å være aktivt tilstede i utfordrende situasjoner. Kroppslig dreier trygghetsfølelsen seg blant annet om å være avslappet, puste dypt og rolig og føle seg i balanse. Merleau-Pontys (1994) beskrivelse av kroppsskjema innebærer at kroppens kunnskap stadig oppdateres som følge av nye erfaringer. Kroppsskjema i hans forståelse dreier seg ikke bare om rent mekaniske kroppsforhold, som leddstillinger og kraftanstrengelser, men også kroppens opplevelser av situasjoner (Merleau-Ponty, 1994). Med denne bakgrunn kan man tenke seg at informantene har gjort seg noen gjentakende erfaringer av at trygghet, verdighet og balanse er følelser de kan oppleve i egen kropp. Informantene har opplevd at reaksjonsmåtene deres avhenger av situasjoner, og de har også erfart at tryggheten kan fremmes i situasjoner de tidligere strevde med. I fenomenologisk perspektiv kan dette forstås som at kroppsskjemaet er endret til å inkorporere opplevelsen av trygghet og ro i deres *levde kropp*. Den ene informant uttrykker at det hun har lært og kjent, er noe hun aldri kommer til å glemme. Hun virker trygg på at endringen er varig, og at hun alltid vil være i stand til å ivareta seg selv. Det virker som om hun har en form for «eierskap» til den tryggheten hun nå

opplever. Tryggheten er i kroppen hennes, og er dermed med i hvordan hun møter og opplever verden.

Dialektisk relasjonsteori – å ta utgangspunkt i egne ønsker

Schibbye (2009) beskriver at gjennom værensansning kan man komme i kontakt med vår egen eksistens, som gjør selvrefleksjon mulig. Selvrefleksjon kan bidra til å innse hvilke sider ved oss selv som tilhører «essensen», og hvilke som tilhører «eksistensen» (Schibbye, 2009, s. 25). Det kan se ut som om informantenes innsikter i seg selv har bidratt til å innse enkelte sider ved seg selv som de i større grad tar avstand fra nå. En informant beskriver at hun har innsett hvor mye hun tidligere har latt seg påvirke av hva andre måtte synes om henne. Det førte til at hun anla et handlingsmønster som var preget av å fremstå som rask, tøff, flittig, og flink. Hun var også veldig sårbar for kritikk, og tok seg svært nær av negative kommentarer. Etter å ha innsett dette, og også fremmet en sterkere følelse av trygghet og balanse, har hun fjernet seg litt fra tidligere adferdsmønster. Hun kan i større grad ta det med ro, hun bader ikke i kaldt vann, og hun er mindre nærtagende for hva andre sier og mener om henne. Dette kan forstås som at hun ikke lenger er «fortapt i essensen» (Schibbye, 2009, s. 26). Alle informantene uttrykker at de i mindre grad lar seg styre av ytre forventninger og rammer for hvordan en skal være og oppføre seg. Men det dreier seg ikke bare om faktiske ytre krav. Det virker som en del av kravene som informantene tidligere har opplevd har kommet fra dem selv. For eksempel gjelder det for en informant å ikke gi seg selv lov til å gå på kafe, kino eller andre hyggelige ting før alle tenkelige plikter er oppfylt. Dette dreier seg kanskje om det Schibbye (2009) sier om at «de andres definisjoner blir våre definisjoner av oss selv» (s. 26).

Når man innser og kan reflektere over hvordan man definerer seg selv, kan man fri seg selv fra en del ytre definisjoner og konvensjoner skriver Schibbye (2009, s. 27). Denne friheten gjør at man i større grad bevisst kan velge hvem man er og hva man står for. Da står man også mer ansvarlig for egen valg (Schibbye, 2009). Det er kanskje denne formen for ansvar den ene informanten snakker om når hun sier at å gå i psykomotorisk behandling har vært som å gå på en tynn is. De innsiktene hun har gjort seg i behandlingen, har hun måttet prøve ut i virkeligheten. Hun har blant annet blitt klar over at hun kan bli handlingslammet og forsøke å gjøre seg selv liten i enkelte utfordringer. At hun selv har blitt klar over dette, gjør kanskje at hun innser sitt eget ansvar for endring. I det ligger det kanskje at hun frir seg fra hvordan hun tidligere har sett på seg selv, og begynner å se på seg selv som en sterkere og mer verdig person enn tidligere, som «*faktisk har noe å stille opp med*», som hun selv sier.

5. AVSLUTNING

5.1 SAMMENFATNING AV STUDIENS OPPBYGNING

I denne oppgaven har jeg fokusert på pasienters opplevelse av kontakt med egen kropp. Problemstillinger er: «Hvordan endrer pasienter kontakt med egen kropp gjennom psykomotorisk fysioterapibehandling, og hvilken betydning har denne endringen?».

Tre informanter ble inkludert i studien. Alle var henvist til psykomotorisk fysioterapi grunnet muskel-skjelettlidelser. Muskel-skjelettlidelser er en stor samfunnsmessig utfordring, og de personlige lidelsene av å være rammet kan være betydelige. Muskel-skjelettlidelser er en svært vanlig henvisningsgrunn til psykomotorisk fysioterapi. Individuelle dybdeintervjuer ble benyttet som datainnsamlingsmetode. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering som analyseverktøy.

5.2 SAMMENFATNING AV RESULTATER

I denne studien har det kommet frem at alle informantene opplever å ha bedre kontakt med egen kropp nå i motsetning til før de begynte i psykomotorisk behandling. Økt kontakt med egen kropp opplever de blant annet i form av å kjenne kroppen tydeligere, legge merke til kroppslige reaksjoner og kjenne kroppslig avspenning og ro. Kroppslige opplevelser beskrives også som kombinert med følelsesmessige aspekter, for eksempel å føle seg trygg, fleksibel, stabil og balansert. Fokusert oppmerksomhet på kroppen er for informantene en forutsetning for å få kontakt med egen kropp.

Å få bedre kontakt med egen kropp har for informantene ført til økt forståelse for kroppslige forhold som smerter, muskelspenninger, pustebeviser og mage/tarmproblemer. Kontakt med egen kropp har også bidratt til økt innsikt i egne følelser og meninger. Verbalisering av kroppslige opplevelser og refleksjon over disse har medvirket til ny meningsdannelse og forståelse for seg selv.

Kontakt med egen kropp, selvinnsikt og selvrefleksjon har bidratt til endringer i informantenes mestring av egne plager. Økt forståelse for de kroppslige plagene har bidratt til at smerter og annet ubehag oppfattes mer håndgripelig og mindre farlig. Informantene opplever å ha bedre muligheter til å begrense egne plager. Innsikt i hva slags situasjoner som kan fremme kroppslig ubehag har gjort det mulig å håndtere disse situasjonene bedre. Å

fremme en følelse av stabilitet og trygghet kan gjøre ubehagelige situasjoner mindre belastende. Mestringsfølelse og mestringsstrategier har videre gitt informantene en følelse av ansvar. De beskriver å selv ha ansvar for å lytte til kroppen og gjøre de endringer som må til for å fremme bedre helse.

5.3 SENTRALE MOMENTER FRA RESULTAT OG DRØFTNING

Resultatene og drøftingen viser en viss bredde i hvordan kontakt med egen kropp erfares for et utvalg pasienter i psykomotorisk fysioterapi, og hvilken betydning dette har for dem. Gjennom sammenfatningen av resultatene fremstår likevel enkelte hovedmomenter som særlig fremtredende. Jeg har inntrykk av at det har vært særlig betydningsfullt for informantene å oppleve *forståelse for og mening i sine kroppslige uttrykk og kroppslige opplevelser*. «*Det er en helt ny måte å tenke på*», sa den ene informanten. «*Det dreier seg om en bevissthetsendring*», sa en annen. Videre synes jeg det er et viktig aspekt at den mening informantene formidler ser ut til å ha en kroppslig forankring. De *kjenner* at en forklaring stemmer for dem. Og informantene beskriver i ganske klare ordelag hvor stor betydning økt forståelse har hatt for deres følelse av mestring av egne plager, og ansvar for egen helse. Jeg vil i denne sammenheng repetere Thornquist og Bunkan (1995): «Svært ofte er pasienter fratatt muligheten til å spille en aktiv rolle i forebyggelse og behandling av egne plager. Svært mange er fremmedgjort i forhold til egen kropp og egne plager» (s. 42). Jeg synes resultatene fremhever at det er viktig at pasienter blir tatt aktivt med i behandlingen, og at de selv forstår og kan skape mening i sin egen situasjon.

I tillegg til meningsdannelse og økt forståelse, vil jeg også fremheve de kroppslige endringene informantene rapporterer om. De har alle sammen en større evne til å gjenkjenne muskelspenninger og annet kroppslig ubehag. Videre har de større evne til å gi slipp på muskelspenninger og oppleve kroppslig og mental ro. De beskriver å føle seg mer balanserte, stabile og trygge. Denne delen av resultatet mener jeg også er viktig, da endrede spenningsforhold i muskulatur vil kunne bidra til å redusere muskelsmerter (Bunkan, 2010). Et mer gunstig spennings- og bevegelsesmønster vil også kunne bidra til å bedre eller unngå feil- og overbelastninger av muskel-skjelettsystem, som også kan medføre smerte og funksjonsnedsettelse (Bunkan, 2010).

5.4 VIDERE FORSKNING

Min studie er svært beskjeden i omfang, noe som naturlig nok har betydning for resultatenes tyngde. Likevel synes jeg enkelte interessante temaer har dukket opp i analysen av datamaterialet. Et spørsmål som har opptatt meg i arbeidet med denne studien er «hvilke faktorer virker helsefremmende ved psykomotorisk behandling?» I denne analysen kan det se ut som om meningsdannelse og mestringsfølelse er sentrale elementer. Det samme kan kanskje sies om det jeg har kalt «totalopplevelser». Dette dreier seg om opplevelser av både kroppslig og følelsesmessig karakter som har gitt informantene opplevelse av å være avslappet, rolige, trygge og sterke. Ved videre forskning kunne det vært interessant å se grundigere på mer avgrensede elementer som kan være relevante ved psykomotorisk behandling. Et slikt forslag virker kanskje paradoksalt med tanke på at jeg innledningsvis argumenterte for viktigheten av å studere fenomener åpent og unngå for stor grad av reduksjonisme. Men med en hermeneutisk kunnskapsforståelse vil det være nødvendig å forstå deler for å forstå helheten, og likeledes forstå helheten for å forstå deler (Thornquist, 2008). I og med at psykomotorisk fysioterapi fortsatt er et fagfelt det er utført forholdsvis lite forskning på, kan det være fruktbart å også studere enkeltfenomener mer grundig.

Referanseliste

Anderson, B., Strand, L. I., & Råheim, M. (2007). The Effect of Long-Term Body Awareness Training Succeeding a Multimodal Cognitive Behavior Program for Patients with Widespread Pain. *Journal of Musculoskeletal Pain, 15*(3), 19-29.

Bjørndal, A., & Hofoss, D. (2010). *Statistikk for helse- og sosialfagene*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Braatøy, T. (1979). De nervøse sinn. Medisinsk psykologi og psykoterapi. Del 2. Oslo: J.W. Cappelens forlag

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

Bunkan, B. H. (2001). Psykomotorisk fysioterapi – prinsipper og retningslinjer. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 24*(121), 2845 – 8 245

Bunkan, B.H. (2010). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

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

Dragesund, T. (2012). Development of a Self-report Questionnaire in the Context of Norwegian Psychomotor Physiotherapy (NPMP). (Doktoravhandling). Bergen: Universitetet i Bergen

Ekeli, B-V. (2002). Evidensbasert praksis. Snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten? Tromsø: Eureka Forlag.

Ekerholt, K. (2002). Psykomotorisk fysioterapi – behandling og samhandling. Psykomotoriske behandlingsprosesser belyst med pasienterfaringer. (Hovedfagsoppgave). Bergen: Universitetet i Bergen

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

Ekerholt, K. (2011). Awareness of breathing as a way to enhance the sense of coherence: Patients' experiences in psychomotor physiotherapy. *Body, Movement and Dance in*

Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice, 6 (2), 103-115.

Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17432979.2011.568762>

Fadnes, B., Leira, K., & Brodal, P. (2010). *Læringsnøkkelen*. Oslo: Universitetsforlaget

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

Ihlebak, C., & Lærum, E. (2010). Rammer flest, koster mest og får minst. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 21(130), 2106. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/2029670>

[Kvale, S. \(2008\). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.](#)

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

Leder, D. (1990). *The Absent Body*. Chicago: The University of Chicago Press

Malterud, K. (2008). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag AS

Paulsgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur – innenfra, utenfra eller begge deler? I: E. Fossaskåret, T. H. Aase, & O. L. Fuglestad (red.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.

Schibbye, A-L. L. (2009). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget

[Studieplan Mastergradsprogram i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi. \(2010\). Det helsevitenskapelige fakultet. Institutt for helse- og omsorgsfag. Faggruppe for master- og doktorgradsstudier. Tromsø: Universitetet i Tromsø](#)

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

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

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

WMA. (2012, 02. april). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. Hentet fra <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Øien, A. M., Iversen, S., & Stensland, P. (2007). Narratives of embodied experiences – Therapy processes in Norwegian psychomotor physiotherapy. *Advances in Physiotherapy*, 9, 31-39.

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

Øien, A. M. (2010). Change and Communication. Long-Term Norwegian PsychoMotor Physiotherapy Treatment for Patients with Chronic Muscle Pain. (Doktoravhandling). Bergen: Universitetet i Bergen.

Øien, A. M. (2013). Fortellinger mellom nærhet og avstand til kroppslig erfaring. *Fysioterapeuten*, 80(3), 22-26

VEDLEGG 1

INTERVJUGUIDE

Beskrivelse av kontakt med egen kropp. Hvordan oppleves kroppen, hva kjennes i kroppen. Hva vil det si å ha kontakt med egen kropp?

Spørsmål til dette temaet:

- Hva er det første du tenker på når du hører ordet «kontakt med egen kropp»?
- Hvordan oppleves/erfares/merkes kroppen i hverdagen? I hvor stor grad du kjenner kroppen sin i løpet av en hverdag? Hvordan bruker/forholder du deg til hva du kjenner?
- Spørsmål relatert til sensorikk: kjennes mye smerte, anspenhet, behag, avslapning, kulde, varme osv. Hvordan kjennes bevegelser, aktiviteter, kroppsholdning, hvilestillinger?

Endring av kontakt med egen kropp. Hva har vært nytt i opplevelse og forståelse av kontakt med egen kropp, hva har ført til disse endringene?

Spørsmål til dette temaet:

- Hva slags endringer i kroppslige opplevelser har du erfart etter å ha begynt i behandling?
- Merker du ulik sensorisk informasjon, både motorisk og autonom, lettere nå?
- Har kontakt med egen kropp endret betydning nå? Hva vil det si å ha kontakt med egen kropp nå i forhold til før?
- Har noen kroppslige opplevelser blitt sterkere eller svakere?
- Har noen nye kroppslige opplevelser dukket opp?
- Etterspørre eksempler fra behandlingssituasjoner om hvordan kroppen har blitt opplevd.
- Hva i behandlingen som har gjort at kroppslige opplevelser har blitt erkjent (berøring, øvelser, fokus/konsentrasjon, måter å tenke på, terapeutens betydning?)
- Eksempler fra dagliglivet om kroppen merkes/oppleves/erfares på andre måter nå enn før.
- Hva er nødvendige faktorer for å få kontakt med egen kropp? Dreier det seg om økt oppmerksomhet, varhet og forståelse av kroppslige reaksjonene, eller handler det om at signalene fra kroppen har blitt tydeligere?

Betydning av de endringene som blir beskrevet. Hva slags innvirkning har det hatt å få endret kontakt med egen kropp?

- Fokus på åpne spørsmål direkte rettet mot det informantene selv formidler om kontakt med egen kropp. Om hvordan de faktiske endringene har påvirket pasienten. Har for eksempel bevegelsesmønster, muskelspenninger og holdning endret seg lurer jeg på om det har ført til

mindre ubehag nå enn før? Hvordan og når kan disse endringene tas i bruk?

Øvrige spørsmål som kan bli aktuelle:

Fokus på egen kropp; når blir det feil/for mye? Kan du bli for bevisst din egen kropp? Kan kroppen oppta for mye plass i bevisstheten?

Å være bevisst sin egen kropp: er det en tanke eller fornemmelse/følelse? Er det forskjell på å kjenne kroppen, og å tenke/reflektere over kroppen? Henger dette sammen, eventuelt hvordan?

Opplevs kroppen som «meg selv»? Hvordan oppleves det å fornemme/kjenne seg selv kroppslig? Hva er nytten av dette? Er dette positivt, eventuelt hvorfor?

Forstås egen «kroppsspråk» bedre? Forstås ulike bevegelses-, holdnings- og spenningsmønstre som meningsfulle og forståelige? Forstås kroppens budskap bedre?

Kan kroppen brukes som et «instrument» også? Kan du bruke kroppen bevisst på spesifikke måter, for eksempel sitte eller stå annerledes for å fremme andre følelser? Brukes kroppslige «teknikker» på noen måter i løpet av hverdagen for å redusere smerter, stress og andre plager?

VEDLEGG 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet «Kroppsbevissthet i psykomotorisk fysioterapi»

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som utforsker kroppsbevissthet som en del av psykomotorisk behandling. Jeg vil undersøke pasienters oppfatning av kroppsbevissthet (hva de legger i ordet «kroppsbevissthet», hva dette begrepet innebærer/betyr for dem), om og eventuelt på hvilken måte kroppsbevisstheten til pasienter endrer seg i løpet av et behandlingsforløp, og hvilken betydning denne endringen har for pasienten. Jeg er videre interessert i hvordan disse erfaringene samsvarer med eksisterende teori om kroppsbevissthet i psykomotorisk fysioterapi.

Din behandler har spurt deg om å delta i dette prosjektet på grunn av din henvisningsgrunn til psykomotorisk behandling (diagnose), varighet av behandlingsforløpet ditt, og fordi du ble vurdert som en egnet informant. Dersom du er interessert i å delta, eller vil ha mer informasjon om studien, ber jeg deg ta kontakt på telefon (for kontaktinformasjon se lenger ned). Din behandler har ikke gitt meg noen taushetsbelagte opplysninger om deg i forkant av din henvendelse.

Jeg er student på mastergrad i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi ved Universitetet i Tromsø. Denne studien er den avsluttende masteroppgaven. Universitetet i Tromsø er den ansvarlige virksomheten for denne studien, og veileder Aud Marie Øyen er daglig ansvarlig.

Hva innebærer studien?

Det er planlagt å inkludere tre pasienter som har gått til psykomotorisk behandling i minst 6 mnd på grunn av muskel/skjelettsmerter i nakke og rygg. Dersom du velger å delta i denne studien vil undertegnede utføre et enkeltstående dybdeintervju med deg. Intervjuet vil vare ca en time, og vi blir sammen enige om tid og sted. Det vil bli brukt båndopptaker og tatt notater under intervjuet for å best mulig sikre at all informasjon kommer med. Temaet for intervjuet vil som nevnt ovenfor være hva du oppfatter som kroppsbevissthet, eventuelle endringer i kroppsbevissthet som følge av behandling, og hvilken betydning denne endringen har hatt for deg.

Mulige fordeler og ulemper

Det anses at denne studien gir minimale fordeler, ulemper, ubehag eller risiko på noe vis.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Personopplysninger (navn, kjønn, alder, henvisningsårsak, telefonnr) lagres i papirformat mens studien pågår. Opplysninger fra intervju lagres som lydfil på PC, transkriberes og lagres på PC, samt notater fra intervjuet lagres på sikker PC. Ved studiens slutt slettes alle opplysninger om deg (se kapittel B for mer informasjon).

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling.

Dersom du ønsker å delta, signerer du samtykkeerklæring på slutten av dette skrivet og sender meg i ferdig frankert konvolutt. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte studenten Jane Gabrielsen på telefon 90264301, eller daglig ansvarlig og veileder Aud Marie Øien på telefon 57676328.

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – *utdypende forklaring av hva studien innebærer.*

Ytterligere informasjon om biobank, personvern og forsikring finnes i kapittel B – *Personvern, biobank, økonomi og forsikring.*

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

Kriterier for deltakelse: tre informanter som er henvist til psykomotorisk fysioterapi på grunn av kroniske muskel/skjelettsmerter inkluderes i studien. Deltakerne skal ha gått i psykomotorisk behandling ca 6 mnd, for å ha tilegnet seg litt kjennskap til behandlingsformen. Pasientenes behandlere vurderer hvilke pasienter som kan være aktuelle informanter, på bakgrunn av pasientens forløp i behandlingen og evne til å beskrive sine opplevelser verbalt.

Bakgrunnsinformasjon om studien: studentens interesse er å undersøke samsvar eller forskjeller mellom det som beskrives om kroppsbevissthet i psykomotorisk teori, og det som pasienter selv opplever og erfarer. Formålet med å belyse dette er todelt. For utøvere av psykomotorisk fysioterapi kan det være nyttig å bli bevisst pasientenes erfaringer for å kunne møte pasientene på best mulig måte. I tillegg ønsker jeg å bidra til å formidle enkelte virkemidler i psykomotorisk fysioterapi som kan være terapeutiske for pasienters lidelse, med den hypotesen at kroppsbevissthet slik det anvendes i psykomotorisk fysioterapi kan være et redskap for å skape bedring av pasienters helse.

Tidsskjema – hva skjer og når skjer det? I løpet av høsten 2012 vil jeg kontakte deg for å bekrefte deltakelse, og eventuelt svare på spørsmål du måtte ha og komme med tilleggsinformasjon. Vi avtaler så tid og sted for intervjuet, som mest sannsynlig vil finne sted i september/oktober 2012. Når studien er ferdig juli 2013 kan du få tilsendt den ferdige oppgaven.

Mulige fordeler og ubehag/ulempes: Det vurderes at mulige fordeler/ulempes er få og små. Du blir bedt om å dele egne erfaringer, som kan oppleves både som en fordel, og eventuelt som en belastning. Sensitive opplysninger om dine helseforhold, som for eksempel symptomer og plager, kan bli berørt dersom du anser det som relevante opplysninger for å svare på spørsmålene. Dette er derimot ikke en nødvendighet, og intervjuer vil etterstrebe å ikke skape ubehagelige situasjoner for deg.

Kapittel B - Personvern, biobank, økonomi og forsikring

Personvern

Personopplysninger som registreres om deg er: navn, kjønn, alder, henvisningsårsak (diagnose), varighet på behandling og telefonnummer. Personopplysningene vil ikke bli lagret digitalt, men i papirformat. Når studien avsluttes våren 2013 vil alt forskningsmaterieil slettes.

Intervjuet blir tatt opp på lydbånd som lagres på PC, transkribert (skrevet ned) på PC, og notater vil bli tatt under intervjuet. PC'en vil være sikret av brukernavn og passord.

Sikkerhetskopier vil bli tatt på ekstern harddisk og minnepenn som vil være kryptert og/eller sperret med brukernavn og passord. Disse opplysningene er aidentifiserte, det vil si at de ikke kan knyttes til dine personopplysninger uten en koblingsnøkkel (nummerering) som oppbevares i papirform.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Universitetet i Tromsø ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Som deltaker har du rett på informasjon om resultatet av studien. Dersom du er interessert kan du få tilsendt den ferdige oppgaven når den er godkjent. Normert sluttid er 01.juli 2013.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

VEDLEGG 3:

FRA MENINGSENHET TIL SENTRALT TEMA (UTDRAG)

(I=informant, F=Forsker)

Eksempel 1

Meningsenhet:

I: Mhm. En av de, bare for å illustrere, en av de første tingene jeg måtte lære meg, hvis det går an å si det, eeh, det var at når behandleren hadde gjort noen ting så kom det gjerne som en der fossende bølge av smerte i hodet

F:okei

I:Og dermed så måtte jeg tenke at jeg måtte bare slippe det og la det komme. Ikke stritte imot, ikke prøve å gjøre noe for at den smerten ikke skulle komme. Bare la den komme og tenke at, det hjalp behandleren meg med å tenke at, eh, at smerten var der for noe. Ehm, sånn ville jeg jo... Nei jeg var nok ikke i stand til å tenke det før altså.

Sentralt tema: Endret forståelse av smerteopplevelser og endret kroppslig reaksjon på smerte, på grunn av hva behandler lærte henne

Eksempel 2

Meningsenhet:

F:Kan du komme på en episode fra behandling som du kan beskrive, der du har merket kroppen din på en annen måte, der du har fått en opplevelse av kroppen din.

I: i selve behandlingen?

F: Mhm. Vi begynner med det.

I: eh. Det kan ha vært for eksempel når behandler driver med kroppsmarkering

F:jaha

I: altså du markerer, eh, kroppens omriss eller kroppens område, rent fysisk, og da får jeg gjerne en fornemmelse av en (liten pause). En opplevelse av å være mer til stede i meg selv og at det er et klarere, en klarere forskjell på meg og omverdenen, hvis jeg kan si det slik. Jeg har også, jeg opplever også at jeg får en annen, altså det en kaller bakkekontakt, en annen.. en opplevelse av at kroppen kan gi etter mot et underlag for eksempel

Sentralt tema: fysisk behandling gitt henne en fornemmelse av å være mer tilstede i kroppen, mer tydelig kropp, endret kontakt med underlag (kroppslige fornemmelser).

VEDLEGG 4:

SAMLING AV SENTRALE TEMAER UNDER HVER KATEGORI (UTDRAG)

Sentrale temaer for kategori 1: kontakt med egen kropp

1M3: har fått bedre kontakt med egen kropp etter at hun begynte i behandling

1M6: endret opplevelse av egen kropp. Ikke bare en vond masse, men ulike deler som hang sammen. Begynte å se at det er en grunn til at hun har vondt.

1M11: begynte å kjenne og forstå kroppsdelene og dermed smerter henger sammen. Det er en grunn til smertene.

2M1: fysisk behandling gitt henne en fornemmelse av å være mer tilstede i kroppen, mer tydelig kropp, endret kontakt med underlag (kroppslige fornemmelser).

2M2: kjenner kroppslige reaksjoner på både fysisk behandling og på samtaler

2M8: vanskelig å sette ord på hva hun kjenner når hun kjenner stabilitet. Opplevelsene er mer enn bare kroppslige. Både en mental forestilling og en kroppslig fornemmelse. Kjenner noe i mage/brystregion og har et indre bilde av et rom.

2M9: den kroppslige fornemmelsen dreier seg om muskelspenninger.

2M10: både en mental forestilling og en kroppslig fornemmelse er nødvendig for opplevelsen

3M8: har begynt å legge merke til når hun blir anspent i hverdagen, men det er vanskelig.

Trenger langsiktig behandling.

3M9: å komme ned betyr en avslappet følelse i alle muskler, og fred i både muskler og det mentale.

3M11: blir veldig avslappet i slutten av behandling, som en annen bevissthet. Etterpå får hun mer energi

3M19: kjenner mer etter på kroppen nå, retter oppmerksomheten mot hva hun kjenner, ikke bare det mentale. Kjenner etter hvordan hun har det, for eksempel trøtt i kroppen.

Sentrale temaer kategori 2: Økt forståelse

1M6: endret opplevelse av egen kropp. Ikke bare en vond masse, men ulike deler som hang sammen. Begynte å se at det er en grunn til at hun har vondt.

1M8: status før, ved behandlingsstart. Manglet forhold til egen kropp, forsto ikke hva kroppen trengte.

1M11: begynte å kjenne og forstå kroppsdelene og dermed smerter henger sammen. Det er en grunn til smertene.

1M17: beskriver personlighet, et urolig menneske, springer galmann. Status før behandling?

1M21: mer observant på hva hun kjenner i kroppen. Smerter som oppstår er en beskjed om at hun stresser.

2M17: lært om hvordan tidligere erfaringer har satt seg i kroppen. Hvordan følelser og minner aktiveres gjennom kroppslige erfaringer i behandling.

2M26: viktig for henne å forstå kognitivt hvordan hennes muskelspenninger henger sammen med hennes mestringsstrategier

2M33: forståelse av hvorfor muskelspenninger oppstår helt grunnleggende for å kunne mestre egen situasjon.

3M15: forstår plagene sine bedre. Tenker at det er hennes egen jobb å være bevisst når hun blir dårlig, og selv passe på at hun holder seg så god som mulig.

3M16: plager fra magen oppstår med en gang hun opplever noen former for stress.

3M18: forskjell på å bare kjenne kroppslige reaksjoner, og det å forstå dem. Å forstå dem, det er det som krever bevissthet og refleksjon.

Sentrale temaer for kategori 3: Mestring og ansvar

1M23: forstår reaksjoner fra kroppen som beskjed, for eksempel om å roe ned. Er ikke redd smertene lenger.

1M31: når hun får beskjed fra kroppen om stress så gjør hun tiltak for å redusere stress. Gjør kroppslige øvelser for å slappe av.

1M40: før: gjorde mange ting hun ikke likte

1M41: blitt klar over hva hun ikke liker, og lar være å gjøre ting hun ikke liker.

2M4: Opplever mestring, gir forhåpning om mulighet for bedring.

2M5: Mestring: lært at hun selv kan gjøre tiltak for å takle utfordrende situasjoner bedre.

Gjennom å bruke kroppen/kroppslige teknikker, få til en endring i eget reaksjonsmønster

2M6:teknikk for å være tilstede i og mestre vanskelige situasjoner: kjenne på underlag, gi slipp mot underlag, opplevelse av trygghet og stabilitet, en opplevelser av å være samlet og fokusert

2M12: være forberedt på at enkelte situasjoner vil være vanskelige for henne. Er situasjoner der hun må være mer tilstede, konsentrert og fokusert.

3M35: lært å gjenkjenne kroppens signaler, og også ta dem på alvor. Lytte til kroppen når den er vond og utslitt.

3M37: når hun trenger hjelp til å roe seg ned/ta pause kan hun unne seg noe hun liker uten dårlig samvittighet. For eksempel gå på kafe, kino. Har tidligere hatt vanskelig for å unne seg noe og slappe av uten dårlig samvittighet.

VEDLEGG 5:

SAMMENFATNING AV SENTRALE TEAMER UNDER SUBGRUPPER (UTDRAG)

Kategori 1: kontakt med egen kropp

Subgruppe 1: Kroppen har blitt tydeligere/kjenner mer/kjenner lettere

Sentrale temaer:

1M3, 1M6, 1M11, 1M12, 1M13, 1M14, 1M21, 1M26, 1M46, 2M1, 2M2, 2M14, 2M15, 2M16, 2M19, 2M20, 2M44, 3M4, 3M6, 3M7, 3M8, 3M9, 3M36, 3M38, 3M41

Sammenfatning:

Kroppen merkes tydeligere enn før. Føler seg mer tilstede i egen kropp, merker at kroppen er en integrert del av personen. Merker at kroppen henger sammen, ulike kroppsdelene påvirker hverandre. Fornemmelse av tyngde og avspenning viktig, kjenner en fullstendig ro i kroppen

Begynt å legge merke til reaksjoner fra kroppen: muskelspenninger, holdt pust, tranghet i pusterør, trøtthet, ubehag i mage, smerter fra ulike deler i kroppen. Lagt merke til at plagene kommer som en reaksjon på ulike situasjoner som oppleves utfordrende, enten i behandling eller i dagliglivet. Blitt bevisst egne reaksjonsmåter, hvordan de selv har for vane å reagere. Merker slike reaksjoner tidligere nå, før det går like langt som det gjorde før. Anerkjener det de kjenner, fortrenger ikke reaksjoner slik som før.

Subgruppe 2: Bevisst kunne rette fokus mot kropp/bruke kroppen som redskap

Sentrale temaer:

1M15, 1M24, 1M25, 1M32, 2M18, 2M42, 3M19, 3M24, 3M25, 3M26

Sammenfatning:

Viljestyrt avspenning: Rette fokus og oppmerksomhet mot kroppen. Kjenne på underlaget, slippe kroppstyngden mot underlaget. Gi slipp på muskelspenninger som de gjenkjenner ulike steder i kroppen. Registrere pusten, kjenne at pusten forflytter seg dypere når kroppen slapper av. Fokus og oppmerksomhet på kropp kan også brukes som teknikk for å redusere tankekaos og gi følelse av ro.

Bevegelse av kropp viktig del av å kunne kjenne og fokusere på kroppslige fornemmelser. Gjør rolige øvelser som får kroppen til å slappe av, frigjør spenninger som har satt seg ulike steder i kroppen. Gir mer energi. Øvelsene gjøres ved behov (ved muskelspenninger og stress av ulike slag), og også regelmessig for å bevare kontakt med egen kropp.

Bevisst rette fokus og oppmerksomhet mot kroppen er også en måte å sjekke med seg selv hvordan de har det. Legge merke til ulike reaksjoner for å kunne forstå om det er noe i den aktuelle situasjonen de er i som de reagerer på.

Subgruppe 3: Totalopplevelser – mer enn bare kroppslig fornemmelse

Sentrale temaer:

1M16, 1M18, 1M56, 2M8, 2M9, 2M10, 2M18, 2M21, 2M23, 2M24, 2M25, 2M30, 2M42, 3M20, 3M21, 3M31, 3M33

Sammenfatning:

Fornemmelser av ro sitter i magen. Ved følelse av uro i ulike situasjoner, kan hun fokusere på en følelse av ro i magen som får hele henne til å føle seg roligere. Erkjennelse av seg selv ved å kjenne på denne følelsen i magen.

Kroppslige fornemmelser ofte knyttet til en mental forestilling/et bilde, nødvendig for å forsterke den kroppslige fornemmelsen. Kan se for seg et rom i bekken/mage for eksempel, se for seg at bekkenbeina forskyves fra hverandre og skaper større plass. Bilde og kroppslig fornemmelse utfyller hverandre, gjøres både konkret og abstrakt.

Å gi slipp på muskelspenninger har betydd å gi slipp på eget forsvarsmønster. Men ved å gi slipp på forsvarsmønster har hun våget å slippe seg ned mot et underlag. Ved å kjenne underlag/bakkekontakt føler hun mer stabilitet i kroppen. Har dermed fått en annen type styrke/forsvar, som føles som et fundament. Føler seg mer stabil, dermed mer rolig og mer trygg. Føler seg mer rustet til å møte dagliglivet. Følelsene av stabilitet, styrke, ro, trygghet, fundament er mer enn bare kroppslig, det er en totalopplevelse. Det kroppslige aspektet av det dreier seg om reduserte muskelspenninger og friere pust.

VEDLEGG 6

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

Aud Marie Øien
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 19.07.2012

Vår ref:30955 / 3 / MAS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.06.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30955	<i>Kroppsbevissthet i psykomotorisk fysioterapi</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Aud Marie Øien</i>
Student	<i>Jane Gabrielsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

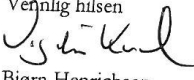
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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. 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, 01.07.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Mads Solberg

Kontaktperson: Mads Solberg tlf: 55 58 89 28
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Jane Gabrielsen, Nyvollsvæien 3, 4370 EGERSTUND

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@svt.uib.no

VEDLEGG 7

MAIL FRA REK

Vår ref. nr.: 2012/1066

Prosjekttittel: "Kroppsbevissthet i psykomotorisk fysioterapi"

Prosjektleder: Jane Gabrielsen

Kjære Jane Gabrielsen,

Vi viser til Framleggingsvurdering mottatt 12.06.2012.

Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger der en bedriver virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

Formålet med prosjektet er å undersøke pasienters meninger om betydningen av kroppsbevisst som et terapeutisk element i psykomotorisk fysioterapi og å undersøke samsvar eller mangel på samsvar mellom pasienters erfaringer av kroppsbevissthet, og det som beskrives om kroppsbevissthet i psykomotorisk teori. Det vil bli gjennomført semistrukturert dybdeintervju av informantene. Opplysningene som vil innhentes dreier seg om pasienters egne erfaringer og meninger, ikke kunnskap om helse/sykdom i seg selv. Prosjektet er derfor å anse som forskning som ikke omfattes av helseforskningsloven.

Etter min oppfatning er dette prosjektet ikke fremleggingspliktig for REK. Jeg gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jfr. forvaltningslovens § 11. Dersom du allikevel ønsker å søke REK vil søknaden blir behandlet i komitémøte og det vil bli fattet enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Merk at prosjekter som behandler personopplysninger, men som ikke omfattes helseforskningsloven, skal meldes til personvernombudet. Du må derfor kontakte personvernombudet.

Med vennlig hilsen | Best regards

Camilla Gjerstad

rådgiver

post@helseforskning.etikkom.no

T: 55978499

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK vest-Norge (REK vest)
<http://helseforskning.etikkom.no>